OECD Health Working Papers No. 121

Ökonomie der
Patientensicherheit, Teil III:
Langzeitpflege: Der Wert
der Sicherheit auf lange
Sicht

**Katherine de Bienassis,
Ana Llana-Nozal,
Nicolaas S. Klazinga**

<https://dx.doi.org/10.1787/03307512-de>

OECD Health Working Paper No. 121
Ökonomie der Patientensicherheit, Teil III: Langzeitpflege

Der Wert der Sicherheit auf lange Sicht

Katherine de Bienassis,* Ana Llana Nozal,* and Niek Klazinga*

JEL classification: I11, I14, I18

Zur Veröffentlichung freigegeben von Stefano Scarpetta, Leiter der OECD-Direktion Beschäftigung, Arbeit und Sozialfragen

(*) OECD-Direktion Beschäftigung, Arbeit und Sozialfragen, Abteilung Gesundheit

Auf folgender OECD-Webseite sind alle Health Working Papers verfügbar:

<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-working-papers.htm>

JT03465155

Ökonomie der Patientensicherheit, Teil III: Langzeitpflege

Der Wert der Sicherheit auf lange Sicht

OECD Health Working Papers

<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-working-papers.htm>

Die Studien aus der Reihe OECD Working Papers sollten nicht so wiedergegeben werden, als spiegelten sie die offizielle Einstellung der OECD oder ihrer Mitgliedstaaten wider. Die in ihnen zum Ausdruck gebrachten Meinungen und Argumente sind die ihrer Autor*innen.

In den Working Papers beschreiben die Autor*innen vorläufige Ergebnisse oder laufende Forschungsarbeiten. Sie werden veröffentlicht, um eine Diskussion über einen breiten Fächer von Themen anzuregen, mit denen sich die OECD beschäftigt. Kommentare zu den Working Papers sind willkommen und können an folgende Adresse gesendet werden: health.contact@oecd.org.

Diese Publikationsreihe zielt darauf ab, ausgewählte für den internen Gebrauch der OECD erstellte Studien zu Gesundheitsthemen einer breiteren Leserschaft zur Kenntnis zu bringen. Bei den Studien handelt es sich gewöhnlich um Gemeinschaftsprojekte, die wichtigsten Autor*innen werden jedoch namentlich genannt. Sie liegen in der Regel nur in der Originalfassung – Englisch oder Französisch – und einer Zusammenfassung in der jeweils anderen Sprache vor.

Dieses Dokument und die darin enthaltenen Karten berühren weder den völkerrechtlichen Status von Territorien noch die Souveränität über Territorien, den Verlauf internationaler Grenzen und Grenzlinien sowie den Namen von Territorien, Städten oder Gebieten.

Die statistischen Daten für Israel wurden von den zuständigen israelischen Stellen bereitgestellt, die für sie verantwortlich zeichnen. Die Verwendung dieser Daten durch die OECD erfolgt unbeschadet des völkerrechtlichen Status der Golanhöhen, von Ost-Jerusalem und der israelischen Siedlungen im Westjordanland.

Anmerkung der Türkei:

Die Informationen zu „Zypern“ in diesem Dokument beziehen sich auf den südlichen Teil der Insel. Es existiert keine Instanz, die sowohl die türkische als auch die griechische Bevölkerung der Insel vertritt. Die Türkei erkennt die Türkische Republik Nordzypern (TRNZ) an. Bis im Rahmen der Vereinten Nationen eine dauerhafte und gerechte Lösung gefunden ist, wird sich die Türkei ihren Standpunkt in der „Zypernfrage“ vorbehalten.

Anmerkung aller in der OECD vertretenen EU-Mitgliedstaaten und der Europäischen Union:

Die Republik Zypern wird von allen Mitgliedern der Vereinten Nationen mit Ausnahme der Türkei anerkannt. Die Informationen in diesem Dokument beziehen sich auf das Gebiet, das sich unter der tatsächlichen Kontrolle der Regierung der Republik Zypern befindet.

Originaltitel: *The Economics of Patient Safety Part III: Long-Term Care: Valuing safety for the long haul*

Übersetzung durch den Deutschen Übersetzungsdienst der OECD.

© OECD 2020

Die OECD gestattet das Kopieren, Herunterladen und Abdrucken von OECD-Inhalten für den eigenen Gebrauch sowie das Einfügen von Auszügen aus OECD-Veröffentlichungen, -Datenbanken und -Multimediaprodukten in eigene Dokumente, Präsentationen, Blogs, Websites und Lehrmaterialien, vorausgesetzt die Quelle und der Urheberrechtsinhaber werden in geeigneter Weise genannt. Sämtliche Anfragen bezüglich Verwendung für kommerzielle Zwecke und Übersetzungsrechte sind zu richten an: rights@oecd.org.

Dank

Die hier vorgestellten Arbeiten wurden von der OECD durchgeführt. Sie sollten Hintergrundmaterial für den vierten Internationalen Ministergipfel zur Patientensicherheit liefern, der im Februar 2020 in Montreux stattfinden sollte, aber pandemiebedingt verschoben werden musste.

Die Arbeiten wurden durch einen finanziellen Beitrag des deutschen Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) möglich gemacht. Besonderer Dank der Autor*innen gilt Dr. Christian Berringer und Dr. Ingo Härtel, die wichtige Kommentare und Anregungen beisteuerten.

Die Arbeiten wurden durch die OECD und namentlich Katherine de Bienassis, Ana Llana Nozal und Niek Klazinga koordiniert. Kapitel 2 wurde von Katherine de Bienassis, Michael Mueller und Emily Bourke verfasst. Kapitel 3 wurde von Ana Llana Nozal und Katherine de Bienassis geschrieben. Die Autor*innen von Kapitel 4 waren Katherine de Bienassis, Eliana Barrenho, Cristian Herrera und Mircha Poldrugovac. Doris Grinspun, Megan Bamford, Shanoja Naik und Stephanie Voong haben Kasten 2.4 und 4.2 verfasst; Kasten 4.1 stammt von Karen Born. Ane Auraaen koordinierte die Anfangsphase des Berichts und gab die ersten Orientierungen vor. Die Autor*innen danken Ian Brownwood, Tiago Cravo Oliveira Hashiguchi, Luke Slawomirski, Doris Grinspun und Ane Auraaen für ihre wertvollen Beiträge und Anregungen.

In Abbildung 2.4 sind Arbeiten von Mamiko Yokoi-Arai und Yael Regev (OECD-Direktion Finanz- und Unternehmensfragen) wiedergegeben.

Ebenfalls dankend zu erwähnen sind Frederico Guanais, Francesca Colombo und Mark Pearson für ihr Feedback sowie Duniya Dedeyn, die die Arbeiten auf der Verwaltungsseite unterstützte.

Wichtigste Punkte

- Einrichtungen der Langzeitpflege **versorgen heute mehr Menschen denn je zuvor** – insgesamt 25 Millionen im OECD-Raum –, **darunter immer mehr Personen mit chronischen Krankheiten und Mehrfacherkrankungen**. Dies stellt für den Pflegesektor eine gewaltige Belastung dar, die angesichts der Alterung der OECD-Bevölkerung in den kommenden Jahren weiter zunehmen wird.
- **Die Ausgaben für die Langzeitpflege steigen rapide. Die öffentlichen Pflegeaufwendungen könnten in den nächsten fünfzig Jahren um mehr als 70 % zunehmen und 2070 2,7 % des BIP ausmachen.** Ausschlaggebend dafür sind die wachsenden Anforderungen an die Pflege, die inzwischen einer der am schnellsten wachsenden Ausgabenbereiche innerhalb des Gesundheitssektors ist.
- 2016 beliefen sich die Gesamtkosten vermeidbarer Krankenhauseinweisungen aus Pflegeeinrichtungen auf knapp **18 Mrd. USD¹**, wie eine Analyse von Daten aus 25 OECD-Ländern zeigt. **Dies entspricht 2,5 % der Ausgaben für die stationäre Krankenhausversorgung bzw. 4,4 % der Ausgaben für die Langzeitpflege.** Wenn sich nichts ändert, dürften diese Kosten unter Berücksichtigung von Bevölkerungswachstum und demografischem Wandel **bis 2030 auf fast 22 Mrd. USD² steigen – dies wäre ein Anstieg um fast 20 % in den nächsten zehn Jahren.**
- Forschungsarbeiten zeigen, dass **mehr als die Hälfte der unerwünschten Ereignisse in der Pflege vermeidbar sind, was auch für 40 % der Krankenhauseinweisungen aus Pflegeeinrichtungen** gilt. Den Grundursachen dieser Ereignisse kann durch eine bessere Prävention sowie Sicherheitsmaßnahmen und Personalentwicklung (u. a. unter den Gesichtspunkten Kompetenzmix und Ausbildung) begegnet werden.
- Durch **gezielte Investitionen** – selbst in nur wenigen Schlüsselbereichen – können signifikante Effekte erzielt und die wichtigsten Kostentreiber unerwünschter Ereignisse in der Langzeitpflege reduziert werden. Dazu gilt es, **angemessene Qualitätsstandards und Standards für Personalausstattung und Kompetenzen** umzusetzen, um den Bedürfnissen der Bewohner*innen von Pflegeeinrichtungen gerecht zu werden.
- **Die immer wichtiger werdenden Verknüpfungen mit der Akutversorgung, die sich z. B. durch Übergänge zwischen den Settings, Akuteinweisungen und die Inanspruchnahme stationärer Rehabilitationsleistungen ergeben, dürfen nicht außer Acht gelassen werden.** Es bedarf Governancereformen, um hinreichende Mittel und eine effektive Planung der Leistungen über die Grenzen der Akutversorgung und der Langzeitpflege hinweg sicherzustellen.
- Es gibt enorme Möglichkeiten, den Pflegesektor zu einem **lernenden System** umzubauen, in dem Prävention und Risikobewertung Vorrang vor der reinen Fehlerkorrektur haben. Der Pflegesektor kann von den Erfahrungen lernen, die in der Akutversorgung bei der Förderung einer **starken Kultur der Patientensicherheit** gewonnen wurden. Eine solche Kultur ermöglicht es dem Pflegepersonal, durchgängig hochwertige Leistungen sicher zu erbringen.
- Äußerst wichtig ist ein **inklusive Ansatz** im Risikomanagement: Die Bewohner*innen von Pflegeeinrichtungen und deren Angehörige sollten beim Risikomanagement und bei Abwägungen zwischen Sicherheitserfordernissen und einer möglichst individuellen Gestaltung des Lebensumfelds als Partner einbezogen werden.

¹ 17 740,5 Mio. USD, jeweilige Preise und KKP.

² 21 836,1 Mio. USD, jeweilige Preise und KKP.

Zusammenfassung

Der besondere Kontext der Langzeitpflege

1. In der Versorgung älterer Menschen vollzieht sich derzeit ein grundlegender Wandel: Leistungen, die früher in Krankenhäusern erbracht wurden, fallen zunehmend in den Bereich der Langzeitpflege. Angesichts der raschen Bevölkerungsalterung steigen im OECD-Raum die Anforderungen an die Pflegebranche, die sich um immer mehr – und immer ältere – Menschen mit komplexen Erkrankungen und erhöhtem, fachlich anspruchsvollem Pflegebedarf kümmern muss. Aktuell leben 58 % der Erwachsenen ab 65 Jahren eigenen Angaben zufolge mit zwei oder mehr chronischen Krankheiten. In einigen OECD-Ländern beläuft sich dieser Anteil sogar auf über 70 %. Zugleich sind Trends einer Verlagerung von Pflegeheimen und anderen Formen stationärer Pflege hin zur häuslichen Pflege sowie anderen Unterstützungsangeboten für ältere Menschen zu erkennen, die es ihnen ermöglichen sollen, so lange wie möglich alleine oder bei der Familie zu leben.

2. Die Langzeitpflege geht mit noch größeren Sicherheitsrisiken einher als die Krankenhausversorgung. Pflegeeinrichtungen bieten nach dem traditionellen Verständnis ein breiteres Spektrum an Pflegeleistungen an als Krankenhäuser. Zudem müssen sie anstelle der strikteren medizinischen Parameter, die in Krankenhäusern gelten, die Rechte und Pflichten ihrer Bewohner*innen beachten, die sich bei ihnen in ihren eigenen vier Wänden befinden. Dies schafft besondere Herausforderungen in Bezug auf Risiken und Sicherheit, vor allem wenn die Versorgung durch spezialisierte Einrichtungen und Fachkräfte aufgrund allgemeiner Entwicklungen und des Kostendrucks durch häusliche bzw. informelle Pflege ersetzt werden muss. Wegen der längeren Verweildauer der Menschen in Pflegesettings steigen auch die Sicherheitsrisiken. Die Menschen werden in diesen Settings von Personal versorgt, das vielfach weniger gut ausgebildet ist als im Krankenhaussektor und weniger gut in der Lage ist, medizinische Leistungen zu erbringen. In der Pflege kommt es immer wieder zu vermeidbaren sicherheitsrelevanten Ereignissen wie z. B. Stürzen, Dekubitalgeschwüren, einem unsachgemäßen Einsatz von Benzodiazepinen oder Multimedikation, zu starken freiheitseinschränkenden Maßnahmen oder Infektionen. Außerdem dürfen neben den komplexen medizinischen Anforderungen die menschlichen Aspekte nicht außer Acht gelassen werden. So darf z. B. nicht vergessen werden, dass die Pflegeeinrichtung ihren Bewohner*innen ein Zuhause bieten muss.

Finanzierung und Governance sind Hebel, bei denen die Politik ansetzen kann, um die Sicherheit in der Langzeitpflege zu erhöhen

3. **Die Ausgaben für die Langzeitpflege steigen rapide. Die öffentlichen Aufwendungen für die Pflege könnten in den nächsten fünfzig Jahren um mehr als 70 % zunehmen und 2070 2,7 % des BIP ausmachen.** Die an das Pflegesystem gestellten Erwartungen haben zu einem erheblichen Ausgabenanstieg geführt. Die Pflege ist inzwischen einer der am schnellsten wachsenden Ausgabenposten innerhalb des Gesundheitssektors. Geringe Investitionen und fehlende Standards lassen Risiken entstehen, die die Sicherheit und Qualität der Pflege gefährden. So kann es beispielsweise dazu kommen, dass in der Pflege weniger gut geschultes Personal tätig ist, obwohl der Akuteitsgrad, die Komplexität und die Intensität der notwendigen Versorgung eigentlich fachlich höhere Qualifikationen erfordern würden. Daher

können in der Öffentlichkeit zunehmend Rufe nach Sicherheitsstandards laut werden, während zugleich eine stärkere Personalisierung und „Humanisierung“ der Pflege verlangt wird.

4. Gerade in einem solchen Kontext, in dem sowohl öffentliche als auch private Anbieter wesentliche Leistungen erbringen, braucht es einen ausgewogenen Governanceansatz. Unzureichende Standards und Investitionen können zu zunehmenden Kosten im Zusammenhang mit Sicherheitsrisiken führen, sowohl direkt in der Pflege als auch infolge von Einweisungen in Krankenhäuser oder andere Einrichtungen der Akutversorgung. Durch die Abstimmung der Zuständigkeiten und Befugnisse von Pflegeanbietern kann die Sicherheit in der Pflege wirkungsvoller durch finanzielle und sonstige Anreize gesteigert werden.

Wird in das Gesundheitspersonal investiert, steigt die Patientensicherheit

5. **Die Sicherung einer ausreichenden Zahl hinreichend geschulter Pflegekräfte ist eine der dringlichsten Herausforderungen im Pflegesektor.** Personalmangel ist nicht das einzige Problem. Oft besteht ein Missverhältnis zwischen den zu erbringenden Pflegeleistungen und den Kenntnissen, Kompetenzen und Fähigkeiten des Personals, das diese Leistungen erbringen soll. Während sich das Gesundheitsprofil und der Grad der Pflegebedürftigkeit der Pflegeempfänger verändert haben, ist die Zahl der Beschäftigten und deren Kompetenzmix weitgehend unreguliert und unverändert geblieben. Inzwischen klafft auf allen Ebenen, einschließlich Kapazitäten, Befugnissen und Kompetenzmix, eine gefährliche Lücke zwischen dem Pflegebedarf, also der Nachfrage, und dem Pflegekräfteangebot.

6. Da viele Pflegeeinrichtungen inzwischen Leistungen erbringen, die früher nur von Krankenhäusern angeboten wurden, sind Investitionen in angemessen qualifiziertes Personal im heutigen Kontext entscheidend, um die Sicherheit der Pflegeheimbewohner*innen zu gewährleisten. Solche Investitionen kosten zwar Geld, sie ermöglichen jedoch erwiesenermaßen Kosteneinsparungen – nicht nur in der Langzeitpflege, sondern auch in der Krankenhausversorgung, die wesentlich kostspieliger ist. Die Frage der unzureichenden Personal-, Sach- und Finanzmittelausstattung der Langzeitpflege sollte unbedingt mit Blick auf die erzielbaren Kosteneinsparungen im gesamten Gesundheitssystem und insbesondere in Relation zur Versorgung im Krankenhaus betrachtet werden.

Durch die Vermeidung von Sicherheitsrisiken und unerwünschten Ereignissen in der Pflege könnten bessere Ergebnisse erzielt und Kosten gesenkt werden

7. **Schäden in der Pflege zu verringern bzw. zu verhüten, ist nicht nur äußerst wichtig, sondern auch wirtschaftlich sinnvoll.** In der Pflege kommt es immer wieder zu vermeidbaren sicherheitsrelevanten Ereignissen wie z. B. Stürzen, Dekubitalgeschwüren, einem unsachgemäßen Einsatz von Benzodiazepinen oder Multimedikation, zu starken freiheitseinschränkenden Maßnahmen oder Infektionen. Zusätzlich zu diesen Zeichen unzureichender Patientensicherheit besteht bei Pflegebedürftigen angesichts ihrer Schwäche und Abhängigkeit auch das Risiko, dass sie vernachlässigt oder misshandelt werden – vor allem wenn die personellen Ressourcen nicht ausreichend sind. Alle Bewohner*innen von Pflegeeinrichtungen sind einem oder mehreren dieser Risiken ausgesetzt und ein Großteil von ihnen erleidet während des Aufenthalts in der Pflege mehr oder minder große Schäden.

8. Dies ist mit erheblichen menschlichen, finanziellen und politischen Kosten verbunden. Berechnungen dieses Berichts zufolge beliefen sich die Gesamtkosten vermeidbarer Krankenhauseinweisungen infolge von Sicherheitsdefiziten in Pflegeeinrichtungen im OECD-Raum

2016 auf fast 18 Mrd. USD. Dies entspricht 2,5 % der Ausgaben für die stationäre Krankenhausversorgung bzw. 4,4 % der Ausgaben für die Langzeitpflege. Die **meisten dieser Schäden sind indessen vermeidbar** und die Hauptursachen unerwünschter Ereignisse können durch bessere Präventions- und Sicherheitsmaßnahmen eingedämmt werden. Diesbezügliche Verbesserungen können – selbst wenn sie nur in wenigen Schlüsselbereichen erfolgen – einen erheblichen Effekt haben und die wichtigsten Kostentreiber unerwünschter Ereignisse in der Langzeitpflege reduzieren.

Der Weg zur Verbesserung der Patientensicherheit in der Langzeitpflege

9. Die Sicherheit der Pflegeheime erhielt bisher weniger Aufmerksamkeit als die der Krankenhäuser. Da aber die Nachfrage nach Altenpflegeleistungen steigt und immer mehr zuvor in Krankenhäusern erbrachte Leistungen in Pflegesettings ausgelagert werden, gewinnen die Strukturen, Verfahren und Anreize, die die Sicherheit in Pflegeheimen gewährleisten sollen, politisch ebenfalls stärker an Bedeutung. Es gibt klare Warnzeichen, die auf künftige Herausforderungen im Pflegesektor hinweisen. So steigen nicht nur die Anforderungen an die Langzeitpflege, sondern auch die Erwartungen seitens der Angehörigen und der Öffentlichkeit an ihre Sicherheit.

10. Mit den wachsenden Bedarfen und Anforderungen verändert sich die Art der erforderlichen Pflegeleistungen, die immer komplexer werden. Die Regulierung, Finanzierung und Personalausstattung der Langzeitpflege muss mit diesen Entwicklungen Schritt halten. Durch folgende Maßnahmen kann die Pflege verbessert und die Effizienz der Pflegeausgaben gesteigert werden.

- **Standards für die Qualität der Pflege festlegen und durchsetzen:** Dem Staat kommt eine Schlüsselrolle dabei zu sicherzustellen, dass die Bewohner*innen von Langzeitpflegeeinrichtungen durch die dort bestehenden Systeme keinen Schaden erleiden. Um die Einhaltung von Mindeststandards für Personal (Personalschlüssel und Qualifikationen), Infrastruktur, Lebensumfeld und Qualität zu gewährleisten, sollten Sicherheitsstandards ausgearbeitet und umgesetzt werden.
- **Vorbeugen ist besser als Heilen:** Die Finanzierungstrends deuten auf einen Anstieg der Pflegeaufwendungen hin. Sowohl vom öffentlichen als auch vom privaten Sektor werden erhebliche Mittel bereitgestellt. Es könnte mehr getan werden, um Maßnahmen umzusetzen, bei denen Sicherheitsmechanismen auf der Basis gewonnener Erfahrungen und Risikobewertungen im Vordergrund stehen und die somit über die nachträgliche Fehlerkontrolle hinausgehen.
- **Personalausstattung und Kompetenzen regulieren:** Die Pflegeheimpopulation hat sich in den vergangenen Jahrzehnten stark verändert. Pflegebedürftige, die in Einrichtungen leben, in denen das Personal nicht ausreichend qualifiziert ist, sind Risiken ausgesetzt. Die Politik muss darauf hinwirken, dass eine adäquate Personalausstattung gewährleistet ist, um medizinisch komplexe Pflegefälle in Pflegeheimen zu versorgen.
- **Den Pflegesektor zu einem lernenden System mit einem Schwerpunkt auf der Sicherheitskultur umbauen:** Die Beschäftigten auf allen Ebenen sollten sich autorisiert fühlen, Sicherheitsprobleme zu dokumentieren und Verbesserungen der Abläufe vorzuschlagen. Sie sollten sich für die Ergebnisse ihrer Einrichtung verantwortlich fühlen. Mit der Schaffung eines guten Arbeitsumfelds für die Pflegekräfte verbessert sich auch die Qualität und die Sicherheit der Versorgung der Pflegebedürftigen – und umgekehrt. Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen der Förderung einer Kultur

der Patientensicherheit und einem gesunden Arbeitsumfeld, das es den Beschäftigten ermöglicht, durchgängig hochwertige und sichere Pflegeleistungen zu erbringen.

- **Ein inklusives Sicherheitskonzept umsetzen:** Sicherheitskultur und lernende Systeme können nur effektiv sein, wenn sie inklusiv gestaltet sind. Daher ist die Einbindung der Pflegeheimbewohner*innen und ihrer Familien bei Bemühungen zur Risikominderung von grundlegender Bedeutung. Um das richtige Gleichgewicht zwischen Risikominderung und einer individuell gestalteten Umgebung für die Bewohner*innen zu erreichen, ist ein kontinuierlicher Dialog über Sicherheitskonzepte entscheidend.
- **Die grundlegenden Ursachen von Sicherheitsdefiziten beseitigen:** Um die wirtschaftlichen Kosten von Sicherheitsdefiziten in der Pflege zu reduzieren, müssen die Politikverantwortlichen gezielte Investitionen tätigen, die den Ursachen der Sicherheitsrisiken entgegenwirken. Dazu müssen sie auf Politikmaßnahmen setzen, die die Personalausstattung, Kommunikation, Pflegequalität und Koordination mit der Akutversorgung verbessern. Darüber hinaus bedarf es gezielter Investitionen in Best Practices, um häufig auftretende unerwünschte Ereignisse und Sicherheitsrisiken einzudämmen, z. B. durch bessere Personalschulungen, Hygienemaßnahmen und Überprüfungen der Medikation.

Executive Summary

The unique context of long-term care

1. A fundamental shift is underway in care provision for older populations, with LTC increasingly taking on care provision that was traditionally delivered in hospitals. As OECD populations are rapidly aging, there has been increasing demand on the LTC sector to provide care for more, and older people, with complex conditions and heightened needs for expert care. Currently, 58% of adults aged 65 or over report living with two or more chronic diseases, with this figure rising over 70% in many OECD countries. Simultaneously, trends in LTC focus on substitution of care settings from nursing homes and residential care towards home care and supporting older persons to live on their own or with family as long as possible.

2. The significant safety risks presented in hospital care are amplified in LTC. Long-term care facilities – in the traditional conception – have a broader scope of care than hospitals and the care of residents requires careful consideration of their rights and responsibilities in their own home, rather than the more stringent oversight of the medical paradigm in hospitals. This creates unique challenges regarding risk and safety, especially when trends and cost pressures enforce substitution from specialized settings and professionals towards home settings and informal care. Here, people remain in the setting for long-periods, increasing their exposure to a safety incident. They receive care from workers who in many cases are less skilled than in the hospital sector and less able to provide some of the health care interventions of a more medical nature. Preventable safety failures are endemic to the LTC environment: falls, pressure injuries, inappropriate use of benzodiazepines and polypharmacy, overuse of restraints, and infections are key examples. Finally, the setting must balance these complex medical requirements with humanization—understanding that for residents of LTC facilities, this is their home.

Financing and governance are levers policy makers can use to improve safety in LTC

3. **Spending on long-term care is rising rapidly—with public expenditure on LTC expenditure on track to increase by over 70% over the next 50 years, totaling 2.7% of GDP by 2070.** Demands for care have led to significant increases in LTC spending, which is now one of the fastest growing spending item of the health sector. Low investment in the sector and lack of standards expose the system to risks that compromise safety and quality of care. For example, this may result in less trained nursing and care staff working in the sector, at the same time that the acuity, as well as the complexity and intensity of required care necessitates higher skill levels. The public appeal to set safety standards may rise whilst at the same time further personalization and “humanisation” of care services is asked for.

4. A balanced governance approach is needed, particularly in this setting where there is significant provision of care from both public and private providers. Inadequate standards and investment may lead to increasing costs of safety events, both within LTC or admissions to hospital or other acute care settings. By aligning responsibility and authority of long-term care providers, financial and other incentives can be more effectively applied to improve care safety.

Investing in health care workforce can improve patient safety

5. **Sufficient and adequately trained health care workforce is one of the most pressing issues faced by the sector today.** Shortages of workers are not the only problem. The services delivered in LTC and the knowledge, competencies and skills of those who provide them are often misaligned. While the health profile and dependency of LTC recipients has been changing, the workforce mix and level has remained relatively unregulated and static. There is now a dangerous gap between care needs (demand) and human resources (supply) at all levels, including capacity, competences and skill-mix.

6. In today's environment, where many LTC facilities deliver services previously found only in hospitals, investment in an appropriately skilled workforce is pivotal to ensuring the safety of residents. While investments in workforce come at a cost, they have been proven to reduce spending in LTC and also in hospitals, which comes at a much higher price. It is pivotal to look at inadequately resourcing and equipping LTC as also in relation to savings for the whole health system--in particular its relationship with hospital care.

Addressing safety risks and adverse events specific to LTC settings improves outcomes and reduces costs

7. **Reducing and preventing harm in LTC is an end in itself, but there is also an economic case to be made.** Preventable safety failures are endemic to the LTC environment: falls, pressure injuries, inappropriate use of benzodiazepines and polypharmacy, overuse of restraints, and infections are key examples. But related and in addition to these manifestations of unsafe care, the vulnerability and dependency of people in long-term care exposes them to systemic neglect and abuse—especially in the context of inadequate human resources. All LTC residents are exposed to one or more of these risks, and a large majority will experience some level of harm over the course of their stay in LTC.

8. The harm resulting from these risks has significant human, financial, and political costs. Findings from this report calculate that the total cost of avoidable admissions due to safety lapses to hospitals alone from LTC facilities in OECD countries was almost USD18 Billion in 2016. This figure is equivalent to 2.5% of all spending on hospital inpatient care or 4.4% of all spending on LTC. Yet, **most of this harm is preventable**, and the root causes of these events can be addressed through improved prevention and safety practices. Improvements, in even a limited number of key areas, can have a significant impact by mitigating the main cost drivers of adverse events in LTC.

The way forward for improving patient safety in long-term care

9. Safety in nursing homes has received less attention than hospitals but as demand for aged care rises and the hospital sector relies more and more on care in the community, the structures, processes and incentives for safety in nursing homes will gain greater policy importance. The warning signs of challenges ahead for the LTC sector are clear. Not only will the demands for LTC increase, so will the expectation that care is safe, from family members and the community at large.

10. As the needs and demands on this sector grow, and the nature of required long-term care services become more complex, so must the regulation, funding and workforce that support people receiving long-term care. Countries can take the following actions to improve LTC outcomes and improve the efficiency of spending on LTC services.

- **Establishing and enforcing standards for quality of care:** Governments have a key role to play in ensuring that the systems in place do not harm the residents of LTC facilities. Safety standards should be developed and enforced to ensure that minimum standards are met with regard to employment (staff ratios and qualifications), infrastructure, living environment and quality outcomes.
- **Funding prevention over response:** Financing trends show that spending in LTC is increasing, with significant amounts of funding coming from both the public and private sectors. More could be done to implement policies that prioritize safety mechanisms based on learning and risk assessment, expanding on current policies that respond to the safety lapses only after an adverse event occurs.
- **Regulation of staffing levels and competencies:** The population of nursing homes has been notably dynamic in recent decades, which has created risk exposure for persons who live in LTC facilities without appropriately matched staff. Policy efforts should be designed in order ensure that there are appropriate staffing levels for the management of medical complex nursing home residents.
- **Transitioning LTC into a learning system, with a focus on safety culture:** Staff of all levels should feel empowered to document safety issues, suggest process improvements, and feel responsibility for facility outcomes. Creating a good work environment for health care employees and improving people's quality and safety of care are mutually reinforcing efforts. Fostering a culture of patient safety is intimately linked to the healthy work environments that enable staff to consistently deliver high-quality and safe care services.
- **Realizing an inclusive approach towards safety:** Culture and learning systems can only be effective when they are set up in an inclusive way. Hence, the involvement of nursing home residents and their family in the efforts to mitigate risks is essential. To achieve the right balance between risk-control and a personalized environment for residents, a continuous dialogue about safety approaches is key.
- **Addressing the root causes of safety lapses:** To address the economic burden of safety lapses in LTC, policy makers need to make targeted investments that address the root causes of these safety risks, by investing in policies that will increase staffing, communication, quality improvement, and better coordination with the acute care sector. Targeted investments in best practices to reduce common adverse events and safety risks, such as improved staff education, hygiene, and medication review, are also needed.

Résumé

Le secteur des soins de longue durée et la sécurité

1. Un changement de fond est en train de s'opérer dans la prise en charge des populations âgées, le secteur des soins de longue durée (SLD) prenant de plus en plus le pas sur la prise en charge hospitalière. Face au vieillissement des populations dans les pays de l'OCDE, le secteur des SLD doit gérer des personnes plus nombreuses, plus âgées, présentant des pathologies complexes et nécessitant des soins renforcés et plus spécialisés. Actuellement, 58 % des adultes de 65 ans et plus déclarent souffrir d'au moins deux pathologies chroniques, pourcentage qui dépasse 70 % dans de nombreux pays membres. Parallèlement, la tendance, dans le secteur des SLD, consiste à remplacer les établissements médicalisés et les établissements de soins avec hébergement par une prise en charge à domicile et des services d'aide permettant aux personnes âgées de vivre seules ou avec leur famille le plus longtemps possible.

2. Les risques pour la sécurité déjà présents à l'hôpital ne font que s'amplifier dans le secteur des SLD. Les structures de soins de longue durée – au sens classique du terme – prodiguent un éventail de soins plus large que les hôpitaux et la prise en charge des résidents exige de bien prendre en considération leurs droits et leurs responsabilités dans leur propre domicile, contrairement au périmètre plus strict de la surveillance médicale à l'hôpital. De cette situation découlent des difficultés particulières en termes de risques et de sécurité, notamment dans la mesure où l'évolution et la pression des coûts incitent de plus en plus à remplacer les structures spécialisées et les professionnels par des soins à domicile et des aidants informels. Les personnes dépendantes restent dans les structures de SLD pendant de longues périodes, où elles s'exposent à des risques accrus pour leur sécurité. Elles reçoivent des soins de travailleurs qui, en grande majorité, sont moins qualifiés que les personnels hospitaliers et moins à même d'effectuer certaines interventions de nature plus médicale. Les défaillances de sécurité évitables sont endémiques dans le secteur des SLD : chutes, escarres, mésusage des benzodiazépines et de la polymédication, surutilisation des moyens de contention ou encore infections figurent parmi les exemples les plus marquants. En définitive, il convient, dans les structures de SLD, de trouver le bon équilibre entre respecter des exigences médicales complexes et faire preuve d'humanité, autrement dit bien comprendre que ces structures tiennent lieu de maison à leurs résidents.

L'impact du financement et de la gouvernance sur la sécurité dans le secteur des SLD

3. **Les dépenses du secteur des SLD enregistrent une augmentation rapide – laquelle devrait atteindre près de 60 % au cours des 50 prochaines années.** Les exigences auxquelles le système est confronté entraînent une hausse importante des dépenses du secteur des SLD, dont le développement est l'un des plus rapides du secteur de la santé. Cependant, les mesures de maîtrise des coûts exposent le système à des risques en termes de sécurité des patients et de qualité des soins. Ainsi, les efforts faits pour contenir les coûts peuvent avoir pour conséquence le recrutement de personnel infirmier moins cher mais moins qualifié, alors même que la complexité et l'intensité des soins nécessaires exigent des niveaux de qualification plus élevés. Le grand public pourrait ainsi exiger plus de normes de sécurité

alors que dans le même temps, des efforts supplémentaires de personnalisation et d'« humanisation » des services sont nécessaires.

4. Une approche équilibrée de la gouvernance est requise, en particulier dans ce contexte, où une part significative des soins est assurée à la fois par des prestataires publics et privés. Les économies tirées de la maîtrise des coûts risquent d'être effacées par la hausse du coût de la sécurité, tant dans le secteur des SLD qu'à l'hôpital ou dans d'autres services de soins aigus. L'harmonisation des responsabilités et de l'autorité des prestataires de soins de longue durée permettrait d'appliquer plus efficacement les incitations, entre autres, financières à même d'améliorer la sécurité des soins.

L'offre et le personnel dans le secteur des SLD

5. **Une main-d'œuvre suffisamment nombreuse et qualifiée constitue l'un des problèmes les plus pressants du secteur des SLD aujourd'hui.** Les pénuries de personnel ne sont pas le seul problème ; les soins dispensés ainsi que les connaissances, les compétences et les qualifications de ceux qui les dispensent ne sont pas adaptés. Alors que le profil des résidents en termes d'état de santé et de dépendance est en train de changer, la composition des personnels et les niveaux de qualifications demeurent relativement statiques et peu réglementés. On constate désormais un décalage dangereux entre les besoins de soins (la demande) et les ressources humaines (l'offre) à tous les niveaux, notamment en termes de capacités, de compétences et de combinaison des compétences.

6. Dans le contexte actuel, où de nombreuses structures de SLD proposent des services autrefois prodigués uniquement à l'hôpital, il apparaît essentiel d'investir dans une main-d'œuvre correctement qualifiée pour garantir la sécurité des résidents. Malgré le coût que cela représente, un investissement de la sorte permet de réduire les dépenses dans le secteur des SLD mais aussi les dépenses hospitalières, lesquelles sont bien plus élevées. Il est indispensable d'examiner les dépenses de SLD au regard des économies réalisées sur les ressources humaines et des économies connexes sur les plans humain, politique et financier, ainsi que des économies que cela représente pour l'ensemble du système de santé – en particulier les services hospitaliers.

Réduire le poids économique des risques pour la sécurité et des événements indésirables propres aux structures de SLD

7. **Réduire et prévenir les dommages liés aux soins de longue durée constitue une fin en soi, mais la question économique est également importante.** Les défaillances de sécurité évitables sont caractéristiques des SLD, qu'il s'agisse par exemple de chutes, d'escarres, de mésusage des benzodiazépines et de la polymédication, d'une surutilisation des moyens de contention ou encore d'infections. Cependant, outre les risques pour la sécurité des patients que peuvent comporter les soins, la vulnérabilité et la dépendance des personnes âgées exposent ces dernières à des négligences et abus systémiques, notamment dans le contexte de ressources humaines inadaptées. Tous les résidents des structures de SLD sont confrontés à un ou plusieurs de ces risques, et une large majorité d'entre eux subira un certain nombre de préjudices au cours de son séjour.

8. Les dommages résultant de ces risques ont des coûts humains, financiers et politiques importants. Les résultats du présent rapport montrent que, dans les pays de l'OCDE, le coût total des hospitalisations évitables dues à des défaillances de sécurité dans les seules structures de SLD s'élevait à près de 18 milliards USD en 2016, soit 2.5 % de l'ensemble des

dépenses d'hospitalisation et 4.4 % des dépenses de SLD totales. Pourtant, **la plupart de ces dommages sont évitables** et les causes premières de ces événements peuvent être corrigées par des mesures de prévention et de sécurité renforcées. Des améliorations, même si elles ne concernent qu'un nombre limité de domaines essentiels, peuvent avoir un impact significatif en atténuant les principaux déterminants des coûts des événements indésirables en matière de SLD.

Améliorer la sécurité des patients en soins de longue durée : conclusions et recommandations

9. La sécurité dans les établissements médicalisés reçoit moins d'attention que celle des hôpitaux, mais à mesure que la demande augmente et que le secteur hospitalier s'appuie de plus en plus sur les services de proximité, les structures, processus et incitations en matière de sécurité dans les établissements médicalisés vont gagner en importance. Les signes annonciateurs des défis à venir dans le secteur des SLD sont clairs : la demande dans ce domaine va s'accroître en même temps que les exigences des proches et de la société dans son ensemble en matière de sécurité des résidents.

10. L'évolution des besoins et des attentes dans le domaine des SLD ainsi que de la nature des soins prodigués doit s'accompagner d'une évolution parallèle de la réglementation, du financement et des professionnels chargés des personnes dépendantes. Les liens de plus en plus étroits avec les services de soins aigus ne peuvent être ignorés. Il est nécessaire de réformer la gouvernance pour garantir des ressources suffisantes et une planification efficace des soins lors du passage entre soins aigus et soins de longue durée. Les systèmes de santé sont encouragés à adopter des mesures favorisant un passage de relais efficace entre les différents services compte tenu des implications qu'un manque de sécurité des soins pose pour les deux secteurs, en amont comme en aval.

11. Il est essentiel de bien comprendre les déterminants économiques de la sécurité des patients dépendants pour pouvoir investir là où c'est nécessaire et obtenir ainsi des systèmes de santé hautement performants et durables assurant la sécurité des patients et la satisfaction de ces derniers et de leurs familles. Les coûts économiques du secteur des SLD sont moins étudiés, mais il y a tout lieu de penser qu'ils représentent une part importante des coûts du secteur de la santé dans son ensemble, notamment au niveau des transferts, des admissions en soins aigus et des services de rééducation avant le retour en structure de SLD. Bien que les établissements médicalisés présentent des caractéristiques particulières, au sens où ce ne sont pas des hôpitaux mais des lieux de résidence, des éléments fondamentaux similaires existent dans la mesure où ces établissements doivent disposer de structures de soins aigus.

12. La taille, les capacités et les compétences de la main-d'œuvre sont au cœur du problème – les gouvernements vont devoir appliquer des normes adaptées en matière d'effectifs et de compétences. Il est possible de renforcer la direction et la culture, mais en l'absence de capacités suffisantes, l'amélioration de la sécurité restera limitée. Des efforts supplémentaires pourraient être faits pour mettre en œuvre des mesures accordant la priorité aux mécanismes de sécurité en incitant à renforcer les capacités, à évaluer les risques et à élargir le périmètre des systèmes de contrôle actuels sur la base des erreurs commises. Passer du coût des défaillances à celui de la prévention nécessite de se placer dans une perspective systémique globale, à travers laquelle le fonctionnement des établissements médicalisés du secteur des SLD est considéré en parallèle et en interaction avec les services de soins aigus et les services sociaux.

Inhaltsverzeichnis

Dank	4
Zusammenfassung	6
Executive Summary	10
Résumé	13
Abkürzungsverzeichnis	19
Einführung	20
1 Inwieweit stellt die Langzeitpflege in Bezug auf die Sicherheit einen Sonderfall dar?	21
1.1. Der Pflegebedarf verändert sich	22
1.2. Der besondere Kontext der Langzeitpflege	27
1.3. Die Ökonomie der Patientensicherheit in der Langzeitpflege	30
2 Der Effekt von Finanzierung und Governance auf die Sicherheit in der Langzeitpflege	36
2.1. Finanzierungsmodelle	36
2.2. Governance- und Anreizstrukturen	42
3 Pflegeversorgung und Pflegekräfte	54
3.1. Übersicht über die Herausforderungen in der Pflege	54
3.2. Qualifikationen und Kompetenzen der Pflegekräfte	57
3.3. Arbeitsbedingungen in der Pflege, Gesundheit und Sicherheit der Arbeitskräfte	59
3.4. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird mit einem Mangel an Langzeitpflegekräften gerechnet	61
3.5. Führungsstil, Technologien und Patientensicherheitskultur haben Auswirkungen auf das Personal	63
3.6. Durch Investitionen in das Pflegepersonal die Patientensicherheit verbessern	64
4 Die Ökonomie der Patientensicherheit in der Langzeitpflege: Verringerung der wirtschaftlichen Belastung im Zusammenhang mit Sicherheitsrisiken und unerwünschten Ereignissen	66
4.1. Messung und Rechenschaftslegung	66
4.2. Arten, Risiken und Häufigkeit unerwünschter Ereignisse in der Pflege	69

5 Der Weg zur Verbesserung der Patientensicherheit in der Langzeitpflege: Schlussbetrachtungen und Empfehlungen	90
5.1. Empfehlungen zur Eindämmung der Kosten unerwünschter Ereignisse in der Langzeitpflege	91
5.2. Schlussbetrachtungen	93
Literaturverzeichnis	94
OECD Health Working Papers	110
Neuere OECD-Publikationen zu diesem Thema	111

ABBILDUNGEN

Abbildung 1.1 Der Altenquotient wird sich in den kommenden 35 Jahren im Schnitt fast verdoppeln	22
Abbildung 1.2 Lebenserwartung und gesunde Lebensjahre im Alter von 65 Jahren, nach Geschlecht, 2017 (oder nächstverfügbares Jahr)	23
Abbildung 1.3 Mit zunehmendem Alter steigt die Prävalenz von Behinderungen	24
Abbildung 1.4 Erwachsene ab 65 Jahren, die ihren Gesundheitszustand als „mittelmäßig“, „schlecht“ oder „sehr schlecht“ einstufen, 2017 (oder nächstverfügbares Jahr)	25
Abbildung 2.1 Aufwendungen für die Langzeitpflege (Gesundheitsversorgungs- und Sozialpflegekomponenten), Staatliche Systeme/Pflichtversicherungssysteme, als Anteil am BIP, 2017 (oder nächstverfügbares Jahr)	37
Abbildung 2.2 Berichterstattung über die Ausgaben für die Langzeitpflege, nach Komponente, Durchschnitt von 32 OECD-Ländern, 2017 (oder letztverfügbares Jahr)	38
Abbildung 2.3 In Ländern mit höheren Aufwendungen für die Langzeitpflege sind weniger Befragte mit der öffentlichen Pflegeversorgung unzufrieden	39
Abbildung 2.4 Pflegeheimplätze nach Art des Anbieters	40
Abbildung 2.5 Übersicht über Formen ökonomischer Instrumente, mit denen OECD-Länder die Qualität der Pflege fördern	45
Abbildung 2.6 Effektivität und Patientensicherheit haben für die Qualität der Langzeitpflege in den OECD-Ländern höchste Priorität, 2012	51
Abbildung 3.1 Trends bei den Langzeitpflegeplätzen in Pflegeeinrichtungen und Kranken- häusern, 2007-2017 (oder nächstverfügbares Jahr)	55
Abbildung 3.2 Pflegebedürftige ab 65 Jahren in häuslicher Pflege, 2007 und 2017 (oder nächstverfügbares Jahr)	56
Abbildung 3.3 Langzeitpflegekräfte nach Bildungsniveau, 2016	58
Abbildung 3.4 Anteil der informellen Pflegepersonen in der Bevölkerung ab 50 Jahren, 2017 (oder nächstverfügbares Jahr)	59
Abbildung 3.5 Durchschnittlicher monatlicher Bruttoverdienst von Pflegehilfskräften und Pflegefachkräften	61
Abbildung 3.6 Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren und ab 80 Jahren, 2017 und 2050	62
Abbildung. 4.1. Die 10 häufigsten Defizitbereiche, Pflegeheime in den Vereinigten Staaten	68
Abbildung 4.2. Prozentsatz der Pflegeheimbewohner*innen mit mindestens einem Dekubitalgeschwür, 2016-2017	71
Abbildung 4.3. Opioid-Verordnungen nach Altersgruppen, 2017 (oder nächstverfügbares Jahr)	75
Abbildung 4.4. Multimedikation bei Erwachsenen ab 75 Jahren: Primärversorgung und Langzeitpflege, 2017 (oder nächstverfügbares Jahr)	77
Abbildung 4.5. Anteil antimikrobieller Resistenzen bei nosokomialen Infektionen in der Langzeitpflege, 2016-2017	82
Abbildung 4.6. Kategorien unerwünschter Ereignisse (n = 173), die der schwedischen Aufsichtsbehörde IVO (Inspektionen för vård och omsorg) gemeldet wurden	85
Abbildung 5.1 Entscheidende Elemente für die Verbesserung der Sicherheit in der Primärversorgung und in der ambulanten Versorgung auf nationaler Ebene	91

TABELLEN

Tabelle 2.1 Öffentliche Pflegefinanzierung	38
Tabelle 2.2 Nutzung von Akkreditierungsstandards in der Pflege	43
Tabelle 3.1 Einrichtungstypen in sechs Ländern	55
Tabelle 3.2 Typische Risiken für Langzeitpflegekräfte	60
Tabelle 4.1 Ursachen als vermeidbar eingestufte Ereignisse bei Medicare-Patient*innen	70
Tabelle 4.2 Finanzielle Belastung durch bestimmte unerwünschte Ereignisse oder Gegebenheiten (in % der öffentlichen Gesundheitsausgaben)	86

KÄSTEN

Kasten 1.1 Untersuchungsgegenstand des Berichts	30
Kasten 1.2. Wichtige Erkenntnisse der OECD-Reihe Ökonomie der Patientensicherheit	33
Kasten 1.3. Definitionen und Konzepte	34
Kasten 2.1 Beispiele für die Festlegung von Kriterien und Mindeststandards in der Langzeitpflege	42
Kasten 2.2 Entwicklung eines Personalbemessungsinstruments in Deutschland	44
Kasten 2.3 Das Fünf-Sterne-Programm für Pflegeheime in den Vereinigten Staaten	46
Kasten 2.4 Qualitätsindikatoren des Verbands der Pflegefachkräfte von Ontario für Berichterstattung und Evaluierung (Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation)	47
Kasten 3.1. Das Zuhause als Pflegesetting	56
Kasten 4.1. Verringerung des unnötigen Neuroleptika-Einsatzes in Langzeitpflegeeinrichtungen der kanadischen Provinz Alberta	74
Kasten 4.2 Wirtschaftliche Auswirkungen von Leitlinien zur Sturzprophylaxe in Ontario	79

Abkürzungsverzeichnis

ATL	Aktivitäten des täglichen Lebens
AUA	Appropriate Use of Antipsychotics
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPG	Best Practice Guidelines
BPSO	Best Practice Spotlight Organization
CASPER	Certification and Survey Provider Enhanced Reporting
CIHI	Canadian Institute for Health Information
CMS	Centers for Medicare and Medicaid Services (Ver. Staaten)
DDD	Defined Daily Dosage
DG	Dekubitalgeschwür
IATL	Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens
NHS	National Health Service (Ver. Königreich)
NQUIRE	Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation
OIC	Opioidinduzierte Obstipation (<i>Opioid-induced constipation</i>)
OIG	Office of Inspector General (Ver. Staaten)
PIM	Potenziell inadäquate Medikation
RNAO	Registered Nurses' Association of Ontario
SAAD	Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (System zur Förderung der Selbstbestimmung und Hilfe für Pflegebedürftige)
SCN	Seniors Health Strategic Clinical Network
UAE	Unerwünschtes Arzneimittelereignis
UAW	Unerwünschte Arzneimittelwirkungen
VTE	Venöse Thromboembolien

Einführung

13. Die Langzeitpflege, die Menschen hilft, im Alter möglichst selbstständig und sicher zu leben, ist von der COVID-19-Krise besonders stark betroffen. Bislang entfiel der Großteil der COVID-19-Todesfälle auf ältere Menschen, insbesondere auf über 80-Jährige, die 50 % der Pflegebedürftigen ausmachen. Befunde aus 13 europäischen Ländern zeigen, dass sich im Schnitt mehr als ein Drittel der COVID-19-Todesfälle in Pflegeeinrichtungen ereignete (OECD/Europäische Union, 2020^[1]). Der tatsächliche Anteil ist möglicherweise noch höher, da die Bewohner*innen solcher Einrichtungen oft nicht getestet wurden.

14. Die COVID-19-Pandemie hat umfassende Sicherheitsdefizite in der Langzeitpflege aufgezeigt. Durch die zahlreichen Todesfälle ist der Mangel an angemessenen Sicherheitsstandards, Praktiken und Ressourcen in der Langzeitpflege stärker ins Bewusstsein der Öffentlichkeit gerückt.

15. Pflegeheimbewohner*innen weisen häufig ein geschwächtes Immunsystem oder chronische Krankheiten auf und sind dadurch einem höheren Infektionsrisiko ausgesetzt, insbesondere – aber nicht nur – in der Corona-Pandemie. Die große Nähe und der ständige Kontakt mit dem Personal und Mitbewohner*innen kann die Ausbreitung von Atemwegs- und anderen Infektionen begünstigen. Daher waren in der Langzeitpflege auch vor der COVID-19-Krise häufig nosokomiale Infektionen zu beobachten – 2016-2017 lag die Prävalenz unter Pflegeheimbewohner*innen im OECD-Durchschnitt bei 3,8 % (OECD, 2019^[2]).

16. Dieser Bericht wurde vor der COVID-19-Pandemie erstellt und schon damals war offenkundig, dass in der Langzeitpflege Sicherheitsrisiken bestehen.

17. Bedauerlicherweise hat die COVID-19-Pandemie aufgezeigt, welche Herausforderungen die Gewährleistung einer sicheren Pflege mit sich bringt – und welche Risiken und menschlichen Kosten mit dem Status quo verbunden sind. Die Sicherheitsmängel und die hohe Rate unerwünschter Ereignisse in der Langzeitpflege sind z. T. dem Ressourcenmangel und z. T. inadäquaten Protokollen, Kompetenzen und Verfahren zuzuschreiben: Der Zugang zu geeigneten Fachkräften, Materialien und Behandlungen kann zur Herausforderung werden, wenn es darum geht, eine sichere und hochwertige Pflege bereitzustellen. Den Hauptursachen der meisten sicherheitsrelevanten Ereignisse kann durch eine bessere Prävention, Sicherheitsmaßnahmen und Personalentwicklung begegnet werden. Hierzu zählt u. a. die Förderung von Höherqualifizierungen und/oder spezifischen Zertifizierungen bestimmter Mitarbeiter*innen.

18. Die aktuelle Fokussierung auf die Langzeitpflege bietet Politikverantwortlichen die Chance, zu handeln und die Sicherheit in der Pflege zu verbessern. Der Bericht enthält konkrete Empfehlungen für Verbesserungsmaßnahmen, etwa im Hinblick auf den Bedarf an angemessenen Qualitätsstandards bzw. Standards für Personalausstattung und Kompetenzen, um den Bedürfnissen der Bewohner*innen von Pflegeeinrichtungen gerecht zu werden, eine bessere Anbindung an die Akutversorgung und eine Verbesserung des organisationalen Lernens sowie der Sicherheitskultur in der Pflege.

1 Inwieweit stellt die Langzeitpflege in Bezug auf die Sicherheit einen Sonderfall dar?

19. In der Altenpflege zeichnet sich ein grundlegender Wandel ab. Angesichts der raschen Bevölkerungsalterung steigen im OECD-Raum die Anforderungen an die Pflegebranche, die Leistungen für mehr – und ältere – Menschen mit komplexen Erkrankungen und erhöhtem Pflegebedarf erbringen muss. Aktuell **leben 58 % der Erwachsenen ab 65 Jahren eigenen Angaben zufolge mit zwei oder mehr chronischen Krankheiten**, und in einigen OECD-Ländern beläuft sich dieser Anteil sogar auf über 70 %.

20. Die Langzeitpflege umfasst daher zunehmend auch Leistungen, die früher in Krankenhäusern erbracht wurden. Zugleich sind Trends einer Verlagerung von Pflegeheimen und stationärer Pflege hin zu häuslicher Pflege und Unterstützungsangeboten für ältere Menschen zu erkennen, die es ihnen ermöglichen sollen, so lange wie möglich alleine oder bei ihrer Familie zu leben. Pflegeheime sind jedoch keine Krankenhäuser. Stationäre Pflege erfordert keine strenge Überwachung wie die medizinische Versorgung im Krankenhaus, sondern vielmehr eine sorgfältige Abwägung der Rechte und Pflichten der Pflegebedürftigen, da es sich dabei um ihr Zuhause handelt. Bei der stationären Pflege **bedarf es mehr als in anderen Settings der Gesundheitsversorgung einer Personalisierung der Pflegeumgebung**, um einen angenehmen Rahmen zu gewährleisten, der den körperlichen und kognitiven Bedürfnissen der Pflegebedürftigen gerecht wird. Die Heterogenität der Pflegeumgebungen bringt in Bezug auf Risiken und Sicherheit jedoch besondere Herausforderungen mit sich. Verstärkt werden diese durch die Verlagerung von der spezialisierten und professionellen Pflege hin zu häuslicher und informeller Pflege bzw. durch den Kostendruck, der sich in Politikmaßnahmen niederschlägt, die diese Entwicklung begünstigen.

21. Die Langzeitpflege geht mit noch größeren Sicherheitsrisiken einher als die Krankenhausversorgung. Da die Pflegebedürftigen über längere Zeiträume hinweg in den jeweiligen Pflegesettings bleiben, sind sie vermehrt sicherheitsrelevanten Zwischenfällen ausgesetzt. Außerdem werden sie von Pflegekräften versorgt, die in der Regel weniger qualifiziert sind, aber trotzdem komplexe, medizinisch ausgerichtete Pflegeleistungen erbringen sollen. Ein besseres Verständnis der Ökonomie der Patientensicherheit in der Langzeitpflege ist von grundlegender Bedeutung, um intelligente Investitionen zur Gewährleistung leistungsstarker und nachhaltiger Gesundheitssysteme zu ermöglichen.

1.1. Der Pflegebedarf verändert sich

1.1.1. Die Bevölkerung der OECD-Länder altert

22. Die OECD-Länder verzeichnen eine rasche Bevölkerungsalterung. OECD-Schätzungen zufolge wird sich die Zahl der über 80-Jährigen bis 2050 verdoppeln. Lange zu leben, ist zunehmend die Regel: In den letzten 70 Jahren hat sich der Anteil der Männer, die älter als 70 Jahre werden, um 13 Prozentpunkte erhöht. Bei den Frauen belief sich der Anstieg auf 7 Prozentpunkte. Die höhere Lebenserwartung wird zu einem wachsenden Bevölkerungsanteil älterer Menschen führen, die Pflege und Hilfe benötigen. Es wird davon ausgegangen, dass sich der Altenquotient (Zahl der über 65-Jährigen im Verhältnis zur Zahl der Personen im Erwerbsalter [18-65 Jahre]) in den kommenden 35 Jahren fast verdoppeln wird (vgl. Abbildung 1.1).

Abbildung 1.1. Der Altenquotient wird sich in den kommenden 35 Jahren im Schnitt fast verdoppeln

Zahl der über 65-Jährigen je 100 Personen im Erwerbsalter (20-64 Jahre), 1980-2050

Quelle: OECD (2017^[3]).

23. Ein höheres Alter geht zwar nicht zwangsläufig mit einem zusätzlichen Pflegebedarf einher, tendenziell nehmen die Gesundheitsprobleme und Behinderungen im Alter jedoch zu. In Großbritannien haben mehr als 20 % der Personen ab 65 Jahren Pflegebedarf (Gori, C., J. Fernandez und R. Wittenberg (Hrsg.), 2016^[4]). Im Alter treten zudem vermehrt kognitive Störungen auf. **Zwischen 1990 und 2016 hat sich die Zahl demenzkranker Menschen weltweit mehr als verdoppelt** (Nichols et al., 2019^[5]). Heute ist ein Großteil der Pflegeheimbewohner*innen von kognitiven Störungen betroffen, sodass es für das Pflegepersonal schwierig ist, die Symptome und Bedürfnisse der Betroffenen zu erkennen und zu deuten (Andersson et al., 2018^[6]).

24. In den letzten 100 Jahren war in allen Ländern ein deutlicher Anstieg der Lebenserwartung zu beobachten, in einigen Ländern konzentrierte sich diese Entwicklung allerdings auf die letzten 30 Jahre. Im OECD-Raum verzeichneten die Türkei, Korea und Chile seit 1970 den stärksten Anstieg, wo sich die durchschnittliche Lebenserwartung um 24, 20 bzw. 18 Jahre erhöhte (OECD, 2019^[2]). Die Länder, in denen die Lebenserwartung in relativ kurzer Zeit stark gestiegen ist, dürften sich mit einem erheblichen Druck konfrontiert sehen, angesichts des

rasanten demografischen Wandels Maßnahmen zur Ausweitung des Pflegeangebots zu ergreifen.

25. Noch stärker fiel der Anstieg der Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren aus, der in den letzten Jahrzehnten in allen OECD-Ländern festzustellen war. Zwischen 1970 und 2017 stieg die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren im OECD-Durchschnitt um über fünf Jahre (OECD, 2019^[2]). Es ist allerdings davon auszugehen, dass nicht alle gewonnenen Lebensjahre bei guter Gesundheit verbracht werden. Abbildung 1.2 veranschaulicht die länderspezifischen Unterschiede in Bezug auf die Lebenserwartung bei guter Gesundheit bzw. mit Aktivitätseinschränkungen ab dem Alter von 65 Jahren.

Abbildung 1.2. Lebenserwartung und gesunde Lebensjahre im Alter von 65 Jahren, nach Geschlecht, 2017 (oder nächstverfügbares Jahr)

Anmerkung: Die Vergleichbarkeit der Daten ist aufgrund von kulturellen Faktoren und Unterschieden bei der Formulierung der Frage in der EU-SILC begrenzt.

1. Dreijahresdurchschnitt (2015-2017).

Quelle: OECD (2019^[2]).

26. **In den OECD-Ländern ist angesichts der Bevölkerungsalterung mit neuen Krankheitsbildern und Bedarfsstrukturen in der Langzeitpflege zu rechnen.** Forschungsergebnisse zeigen, dass mit zunehmendem Alter auch die Wahrscheinlichkeit von chronischen Krankheiten und Mehrfacherkrankungen steigt. Verhaltensänderungen und gesundheitsbezogene Trends, z. B. in Bezug auf Ernährung und Übergewicht, dürften sich in der Langzeitpflege niederschlagen. Gleiches gilt für die zu erwartenden Veränderungen in der Prävalenz kognitiver und psychischer Störungen.

1.1.2. Die Bedürfnisse der zu Pflegenden werden immer komplexer

27. Mit zunehmendem Alter steigt auch die Wahrscheinlichkeit, von einer Behinderung betroffen zu sein (Abbildung 1.3). Die heutigen Pflegeheimpopulationen sind also älter und in

stärkerem Maße von Behinderungen betroffen als frühere und benötigen eine umfassendere und komplexere Pflege. Untersuchungsergebnisse der OECD zeigen, dass mehr als 15 % der Männer über 65 Jahre eigenen Angaben zufolge eine Behinderung haben, die Auswirkungen auf Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) hat. Frauen berichten in der Regel häufiger von Behinderungen als Männer, wobei deutliche, durch verschiedene soziale und wirtschaftliche Faktoren bedingte Unterschiede festzustellen sind (OECD, 2017^[3]). Menschen mit Behinderungen benötigen häufig intensivere Pflegeleistungen, einschließlich Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens.

Abbildung 1.3. Mit zunehmendem Alter steigt die Prävalenz von Behinderungen

Behinderungsquoten in den Altersgruppen 50-64 Jahre und ab 65 Jahren, 16-Länder-Durchschnitt, 2013/2014 oder nächstverfügbares Jahr

Anmerkung: Die Abbildung zeigt die altersstandardisierten Raten. Für die Altersstandardisierung wurde die Bevölkerung der OECD-Länder im Jahr 2005 herangezogen. Die Stichprobe wurde gewichtet. Die Erhebung zu Gesundheit und Altern in Japan enthält keine Frage zur Erwerbsbeteiligung im Zusammenhang mit Behinderungen. Die Messung von Behinderung basiert auf vier Selbsteinschätzungsindizes: 1. mindestens eine Einschränkung bei Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL), 2. mindestens eine Einschränkung bei instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IATL), 3. mindestens eine mobilitätsbedingte funktionale Einschränkung und 4. eingeschränkte Erwerbsfähigkeit aufgrund eines Gesundheitsproblems.

Quelle: OECD-Schätzungen auf der Basis von SHARE-, ELSA-, HRS-, JSTAR- und CHARLS-Daten.

28. Dass sich der Gesundheitszustand mit zunehmendem Alter in der Regel verschlechtert, ist bekannt. Nur 10 % der Gesamtbevölkerung im Alter von 20 Jahren bezeichnen ihren Gesundheitszustand als schlecht. Im Alter von 64 Jahren ist mehr als die Hälfte der Menschen eigenen Angaben zufolge nicht bei guter Gesundheit (OECD, 2019^[2]). In einigen Ländern betrachten drei Viertel der über 65-Jährigen ihren Gesundheitszustand nicht als gut, darunter die Türkei, die Slowakische Republik, Polen und Korea (OECD, 2019^[2]). In Lettland und Litauen beläuft sich dieser Anteil auf über 90 %. Ältere Menschen weisen häufig Mehrfacherkrankungen auf. Im OECD-Durchschnitt leben 58 % der Erwachsenen ab 65 Jahren eigenen Angaben zufolge mit zwei oder mehr chronischen Krankheiten. In Portugal, Polen, Ungarn, der Slowakischen Republik und Deutschland liegt dieser Anteil bei 70 % oder darüber (OECD, 2019^[2]).

29. Ein weiterer Einflussfaktor, der bei Pflegeheimbewohner*innen zum Tragen kommt, ist die Entscheidungsfähigkeit. Viele Pflegebedürftige sind in der Lage, Entscheidungen zu treffen und sich aktiv an der Pflege zu beteiligen. Bei anderen sind diese Fähigkeiten aufgrund des Alters, von Krankheiten oder einer Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten eingeschränkt. In solchen Fällen ist die Gefahr besonders groß, dass das Recht auf Selbstbestimmung verletzt wird (Fjordside, S. und A. Morville, 2016^[7]). Eine Studie zu Pflegebedürftigen in den Vereinigten

Staaten ergab, dass Selbstbestimmung und Unabhängigkeit für die Pflegebedürftigen einen höheren Stellenwert haben als ihre jeweilige Präferenz für häusliche oder stationäre Pflege (Boisaubin, E., A. Chu und J. Catalano, 2007^[8]). Der gesellschaftliche Wandel familiärer Strukturen und sozialer Netze kann Auswirkungen auf die Verfügbarkeit sozialer und pflegerischer Unterstützung haben. Solche gesellschaftlichen Veränderungen können daher gravierende Folgen für Sozialdienste, die Wohlfahrt und die Finanzverwaltung haben (OECD, 2019^[9]).

30. Bedingt durch ein hohes Maß an Gebrechlichkeit und Behinderung haben die zu Pflegenden häufig eine schlechte Prognose und weisen eine hohe Sterblichkeit auf. Einer neuen Studie zufolge sterben zwischen 12 % und 38 % der Ältesten in Europa in einer Pflegeeinrichtung (Honinx et al., 2019^[10]). Diese Arbeit, die die Situation in Belgien, Finnland, Italien, den Niederlanden, Polen und England untersuchte, ergab, dass Bewohner*innen von Pflegeeinrichtungen heute im Schnitt im Alter von 85 Jahren sterben. Eine Ausnahme bildet Polen, wo das durchschnittliche Sterbealter bei 81 Jahren liegt. Ein beträchtlicher Anteil der in der Studie berücksichtigten Heimbewohner*innen (47-74 %) wies Mehrfacherkrankungen auf und mindestens 60 % litten an Demenz. Auch klinische Komplikationen waren häufig zu beobachten (51,9 % in England; 66,4 % in Finnland und Polen). Sie betrafen in erster Linie die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme (Honinx et al., 2019^[10]).

Abbildung 1.4. Erwachsene ab 65 Jahren, die ihren Gesundheitszustand als „mittelmäßig“, „schlecht“ oder „sehr schlecht“ einstufen, 2017 (oder nächstverfügbares Jahr)

Anmerkung: Im Fall von Kanada, den Vereinigten Staaten, Australien, dem Vereinigten Königreich und der Tschechischen Republik liegen die Werte für Frauen und Männer nahe beieinander. Die Daten für Neuseeland, Kanada, die Vereinigten Staaten und Australien sind im Vergleich zu den Daten der übrigen Länder nach unten verzerrt und somit nicht direkt vergleichbar.

Quelle: OECD (2019^[2]).

1.1.3. Die Selbstbestimmung zu wahren und zugleich die Risiken zu minimieren, ist für Pflegeeinrichtungen ein schwieriger Balanceakt

31. In der Langzeitpflege, die jenseits der Grenzen der klassischen medizinischen Versorgung zu verorten ist, sind Behandlung und Leben untrennbar miteinander verbunden. Daher muss die Sicherheit im Zusammenhang mit anderen Werten gesehen werden. Sicherheit und Unabhängigkeit bilden dabei keinen fundamentalen Gegensatz, sondern sind zwei Werte unter vielen, deren Relevanz je nach Kontext variiert. Die Forschung argumentiert, dass Sicherheit in der Langzeitpflege im Gegensatz zu vielen anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung kein absoluter Wert ist, sondern unter verschiedenen Gesichtspunkten betrachtet werden muss. Dabei gilt es auch die Risikoeinschätzung der Pflegekräfte und der Pflegebedürftigen zu berücksichtigen. Der potenzielle Schaden sollte auf Basis der betrachteten Prädiktoren und nicht auf Basis von Worst-Case-Szenarien evaluiert werden (Collopy, 1995^[11]).

32. In vielen Gesellschaften ist Selbstbestimmung ein zentraler Wert. Dies geht mit dem Anspruch einher, dass Menschen die Möglichkeit haben sollten, möglichst selbstbestimmt zu leben. Bei Pflegebedürftigen ist dies ein zentrales Anliegen, da vielen von ihnen eine selbstbestimmte Lebensführung ohne Hilfe krankheitsbedingt verwehrt ist. Die Überlagerung von Selbstbestimmung und Abhängigkeit kann bei der Pflege, der Einhaltung der üblichen Sicherheitsmaßnahmen und beim Pflegemanagement zu Herausforderungen führen. Angesichts dessen, dass es sich um eine langfristige Versorgung am Lebensort der Patient*innen handelt, müssen Pflegeeinrichtungen und Einzelpflegekräfte den Präferenzen der Pflegebedürftigen stärker Rechnung tragen als bei anderen Patientengruppen.

33. Die subjektiv wahrgenommene Selbstbestimmung kann sich sowohl auf die Patientenergebnisse auswirken als auch darauf, wie Patient*innen die Pflege erleben. Eine Studie über ältere Menschen in Pflege- und Altenheimen in Irland ergab, dass eine Umgebung, die die Selbstbestimmung einschränkt, mit einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit, einschließlich Depressionen, einhergeht (Boyle, 2005^[12]). Eine Forschungsarbeit aus den Vereinigten Staaten wiederum zeigte, dass zwischen der Zufriedenheit älterer Menschen mit den Leistungen von Seniorenzentren und der subjektiv wahrgenommenen Selbstbestimmung ein signifikanter Zusammenhang besteht (Matsui, M. und E. Capezuti, 2008^[13]). Die Selbstbestimmung wurde anhand zahlreicher Aspekte der Lebensqualität in den Pflegesettings untersucht. Beispiele hierfür sind das Vorhandensein individuell gestalteter Lebensräume und die Möglichkeit, frei über die eigene Zeit, Ernährung und den Pflegeplan zu bestimmen. Durch Maßnahmen des Staates und der jeweiligen Einrichtungen kann die Selbstbestimmung der Bewohner*innen von Pflegeeinrichtungen als Menschenrecht anerkannt und gestärkt werden (Boyle, 2008^[14]). Dafür entschied sich z. B. das finnische Ministerium für Soziale Angelegenheiten und Gesundheit, das Autonomie bzw. Selbstbestimmung als Kennzeichen hochwertiger Leistungen für ältere Menschen wertet (Ministry of Social Affairs and Health, 2018^[15]).

1.1.4. Die Pflegelandschaft verändert sich sowohl im Hinblick auf die Pflegebedürftigen und Pflegenden als auch im Hinblick auf die Pflegesettings

34. Die Pflegelandschaft hat sich in den letzten Jahren stark verändert. Angesichts des Anstiegs der Gesamtzahl und des Bevölkerungsanteils älterer Menschen dürfte auch die Zahl der Pflegebedürftigen deutlich steigen. Im OECD-Raum erhielten 2017 rd. 11 % der Menschen ab 65 Jahren Pflegeleistungen (OECD, 2019^[2]).

35. Diese demografischen Trends betreffen nicht nur die Pflegebedürftigen, sondern auch die Pflegenden. In Anbetracht der Präferenzen der Betroffenen und des finanziellen Drucks wurde im OECD-Raum eine Vielzahl von Maßnahmen ergriffen, durch die sich die Langzeitpflege zunehmend von der stationären zur häuslichen Pflege verlagert. Diese Entwicklung geht jedoch oft mit einer Umorientierung von formeller zu informeller Pflege einher. Diese Trends führen dazu, dass in Pflegeheimen komplexere Fälle betreut werden, für die stärker spezialisierte Pflegefachkräfte benötigt werden.

36. Immer mehr Menschen werden zu Hause gepflegt, wo sie potenziellen Sicherheitsrisiken ausgesetzt sind. Grund hierfür sind gering- oder unqualifizierte Pflegekräfte, ein unzureichender Zugang zu Leistungen und Räumlichkeiten, die nicht für Personen mit speziellem Pflegebedarf geeignet bzw. ausgestattet sind. Abschnitt 3.2 befasst sich eingehender mit den Herausforderungen in Bezug auf die Fähigkeiten und Kompetenzen der Pflegekräfte.

37. Der höhere Lebensstandard im OECD-Raum führt zu einer wachsenden Nachfrage nach Wahlmöglichkeiten in Bezug auf verschiedene Aspekte der Langzeitpflege. Hierzu zählt, wo die Pflege stattfindet, welche Leistungen angeboten werden und wie sie finanziert bzw.

erbracht werden. Die Gesundheitssysteme sollten sich darauf einstellen, dass die Pflegebedürftigen künftig mehr Mitsprache bei der Organisation und Koordination ihrer Pflege und genauere Informationen über das Angebot und die Qualität der Leistungen fordern werden (Royal Commission, 2019^[16]). Bei diesen Veränderungen sollte die Patientensicherheit das Fundament eventueller neuer Dienstleistungsmodelle bilden. Diese Punkte wurden auch in der öffentlichen Untersuchung zur Sicherheit von Pflegeheimbewohner*innen *Safety and Security of Residents in the Long-Term Care Homes System* behandelt, die 2019 in der kanadischen Provinz Ontario veröffentlicht wurde. Der Bericht zeigte eine Reihe systemischer Probleme auf, die die Qualität der Pflege in den Pflegeeinrichtungen Ontarios gefährden. Er enthält 91 Empfehlungen, die einen detaillierten Plan für seit Langem überfällige Verbesserungen abstecken (Gillese, 2019^[17]).

1.2. Der besondere Kontext der Langzeitpflege

1.2.1. Dem Kontext der Langzeitpflege kommt im Gesundheitssystem ein besonderer Stellenwert zu

38. In der Population, die Pflegeleistungen in Anspruch nimmt und in Pflegeheimen betreut wird, sind ältere und medizinisch komplexe Patient*innen in der Regel überrepräsentiert. Bei pflegebedürftigen Patient*innen ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass sie bereits stationär behandelt wurden und dass sie weitere Krankenhausaufenthalte benötigen werden (McAndrew et al., 2016^[18]). Darüber hinaus leiden viele dieser Patient*innen an zwei oder mehr chronischen Krankheiten, was ein kontinuierliches Pflegemanagement erforderlich macht und zu Multimedikation führt. Die hohe Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen verbunden mit einer begrenzten Fähigkeit zum Selbstmanagement von Krankheiten geht mit einem erhöhten Risiko unerwünschter Ereignisse einher.

39. Langzeitpflegebedürftige sind durch die Sicherheitsdefizite im Pflegesektor u. U. besonders gefährdet. Langzeitpflege und Akutversorgung unterscheiden sich im Hinblick auf die Sicherheit durch einige wesentliche Faktoren: den Zeitrahmen, das Personal und das Setting. Die Pflegebedürftigen werden häufig über einen längeren Zeitraum hinweg gepflegt. In den Vereinigten Staaten etwa beträgt die durchschnittliche Pflegedauer bei Frauen 2,5 Jahre und bei Männern 1,5 Jahre (ASPE, 2015^[19]). Eine langfristige Pflege erfordert die Koordination mehrerer – professioneller und informeller – Pflegekräfte, die die Pflegebedürftigen medizinisch versorgen und ihnen physische und soziale Unterstützung bieten. Die Gebrechlichkeit, der komplexe Pflegebedarf (einschließlich des Managements chronischer Krankheiten), die eingeschränkte Mobilität und/oder kognitive Beeinträchtigungen bringen für Pflegebedürftige ein erhöhtes Risiko unerwünschter Ereignisse mit sich, insbesondere auf lange Sicht. Zusätzlich verstärkt werden die Sicherheitsrisiken durch die Personalausstattung, die im Hinblick auf die Zahl und die Qualifikationsstruktur der Pflegekräfte (reglementierte vs. nicht reglementierte Berufe) häufig inadäquat ist. Pflegeheimbewohner*innen sind zunehmend älter und benötigen eine immer komplexere Pflege. Vor diesem Hintergrund wird sich die Aufenthaltsdauer in Pflegeeinrichtungen künftig verkürzen, was zu einer Pflegeheimpopulation mit immer komplexerem Pflegebedarf führen wird (RNAO, 2018^[20]; RNAO, 2019^[21]).

40. Eine weitere Besonderheit der Langzeitpflege ist das Setting. Pflegeleistungen können an verschiedenen Orten erbracht werden, angefangen von Pflegeeinrichtungen (wie Pflegeheimen oder Rehabilitationszentren) bis hin zum Zuhause der Betroffenen. Das Pflegesetting ist medizinische Einrichtung und Lebensort zugleich. Diese doppelte Funktion bringt Herausforderungen und strukturelle sowie personenbezogene Sicherheitsrisiken mit sich, die schwerer zu kontrollieren sind als die Risiken in intensivmedizinischen Settings wie Krankenhäusern. Hinzu kommt, dass der Pflegemarkt von privaten, profitorientierten Anbietern dominiert wird,

was bei der Krankenhausversorgung in den meisten Ländern nicht der Fall ist. Struktur, Governance und Finanzierung der Langzeitpflege haben Auswirkungen auf die Sicherheit.

41. In den letzten Jahren wurde die häusliche Pflege als Alternative zur stationären bzw. institutionellen Pflege mit Politikmaßnahmen gefördert. Zurückzuführen ist diese Umorientierung auf den Wunsch der Menschen, möglichst lange zu Hause zu leben, sowie auf die hohen Kosten der stationären Langzeitpflege. Dieser Trend ging in vielen OECD-Ländern mit der Entwicklung von Dienstleistungen für die häusliche Pflege älterer Menschen einher. Zwischen 2007 und 2017 erhöhte sich der Anteil der Pflegebedürftigen, die zu Hause gepflegt werden, um 4 Prozentpunkte – von 64 % auf 68 %; den höchsten Anstieg verzeichneten Portugal, Australien, Schweden, Deutschland und die Vereinigten Staaten (OECD, 2019^[2]).

42. Die Zahl der Pflegebedürftigen ist gestiegen, die Zahl der professionellen Pflegekräfte hat mit dieser Entwicklung jedoch nicht Schritt gehalten, sodass nun viele Menschen auf informelle Pflege angewiesen sind. Intensivpflege geht für die Pflegenden mit höheren Armutsquoten, einer geringeren Erwerbsbeteiligung und einer höheren Prävalenz von psychischen Gesundheitsproblemen einher (OECD, 2019^[2]).

43. Informelle Pflegestrukturen können für die Pflegebedürftigen Sicherheitsrisiken mit sich bringen, insbesondere wenn dabei ungelernte Pflegepersonen für medizinische Maßnahmen zuständig sind, die bei unsachgemäßer Durchführung schwerwiegende Folgen haben können. Eine Studie zu pflegenden Familienangehörigen in Neuseeland zeigte, dass diese eine Reihe komplexer medizinischer Aufgaben übernommen hatten, die in der Regel qualifizierten Gesundheitsfachkräften vorbehalten sind. Diese betrafen u. a. die Ernährung von Patient*innen mit transnasalen Sonden, Gastrostoma und Jejunostoma, das Management von Typ-1- oder Typ-2-Diabetes, Einläufe oder Darmreinigungen, Harnkatheter, zentrale Venenzugänge, Tracheotomien, Peritonealdialysen oder Ileostomien (McDonald et al., 2017^[22]). Im Krankenhaus würden solche Leistungen von einer medizinischen Fachkraft übernommen werden und sogar eine besondere Schulung oder Qualifikation erfordern. Informelle Pflegekräfte erhalten jedoch in vielen Fällen kaum oder gar keine Schulungen, bevor sie komplexe Aufgaben übernehmen, die für die Pflegebedürftigen mit Risiken verbunden sind.

44. Zu Pflegebedürftigen wurden deutlich weniger Studien durchgeführt als zu anderen Patientengruppen. Einer Untersuchung aus dem Jahr 2011 zufolge gibt es in der Langzeitpflege im Verhältnis zu den öffentlichen Ausgaben deutlich weniger wissenschaftliche Arbeiten als im Gesundheitssektor insgesamt (Brown, J. und A. Finkelstein, 2011^[23]). Eine 2018 vorgelegte Studie beleuchtete die Gründe für die geringe Forschungstätigkeit und nannte u. a. budgetäre, methodologische und ethische/rechtliche Aspekte sowie die betroffenen Akteure selbst (Eigentümer/Verwalter, Pflegebedürftige, Personal und Familien/Pflegende) als Faktoren, die die Pflegeforschung erschweren (Lam et al., 2018^[24]).

1.2.2. Langzeitpflege und Akutversorgung können nicht mehr isoliert voneinander betrachtet werden

45. Der Bezug zwischen Pflege und Akutversorgung ist in den vergangenen Jahrzehnten stärker in den Fokus gerückt, da die Lebenserwartung bei zuvor unheilbaren Krankheiten dank fortschrittlicher medizinischer Behandlungen steigt (Costa-Font, J., J. Fernandez und K. Swartz, 2015^[25]). Die Langzeitpflege umfasst zunehmend komplexe Versorgungsleistungen, die früher u. U. im Krankenhaus erbracht wurden. Zudem gibt es eine erhebliche Mobilität zwischen Akutversorgung und Langzeitpflege, was insbesondere während der Übergänge mit sicherheitsrelevanten und unerwünschten Ereignissen verbunden ist. Wenn Pflegebedürftige in die Notaufnahme gebracht werden, geht dies mit dem Risiko von nosokomialen Infektionen, Medikationsfehlern, Verwirrtheit und Delirium und unnötigen medizinischen Maßnahmen einher. Eine

Studie aus Australien zeigte, dass bei 80 % der Pflegeheimbewohner*innen, die in die Notaufnahme gebracht wurden, potenziell invasive Eingriffe vorgenommen wurden und 34 % im Krankenhaus verstarben (Dwyer et al., 2014^[26]). Eine andere Forschungsarbeit aus Australien gelangte zu dem Schluss, dass 31 % der Einweisungen von Pflegeheimbewohner*innen in die Notaufnahme potenziell vermeidbar gewesen wären, was im international beobachteten Spektrum von 7-48 % liegt (Codde et al., 2010^[27]).

46. Infolge von Komplikationen im Pflegesetting werden die Patient*innen häufig erneut ins Krankenhaus gebracht. Beim Übergang von der Akutversorgung zur Pflege ist das Risiko unerwünschter Ereignisse besonders groß. Eine neue Studie aus den Vereinigten Staaten ergab, dass bei fast 40 % der Patient*innen in den ersten 45 Tagen nach der Rückkehr vom Krankenhaus ins Pflegesetting ein unerwünschtes Ereignis auftrat (Kapoor et al., 2019^[28]). Eine andere Studie aus den Vereinigten Staaten zeigte, dass 5 % der pflegebedürftigen Medicare-Patient*innen von unerwünschten Ereignissen betroffen waren, die zur Folge hatten, dass sie in ein Krankenhaus, eine Notaufnahme oder eine andere spezialisierte Versorgungseinrichtung gebracht wurden (OIG, 2018^[29]).

1.2.3. Die Langzeitpflege ist eng mit der Sozialfürsorge verknüpft

47. Die Langzeitpflege betrifft zum großen Teil die soziale Funktionsfähigkeit. Sie hilft Menschen dabei, mit körperlichen und geistigen Behinderungen zurechtzukommen, durch die Alltagskompetenzen – wie essen, baden, ankleiden, einkaufen und mit Geld umgehen – beeinträchtigt sind (Royal Commission, 2019^[16]). Anders als bei anderen Patientengruppen liegt der Schwerpunkt bei der Pflege älterer Menschen im Allgemeinen auf den funktionalen Beeinträchtigungen und nicht auf der Behandlung von Krankheiten. Pflegebedürftige sind nicht zwangsläufig krank, trotzdem ist die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der Regel hoch (Royal Commission, 2019^[16]).

48. Trotz hoher Gesamtausgaben für Pflegeleistungen stehen den Betroffenen für gewöhnlich nur wenige Ressourcen zur Verfügung. Die Pflege wird größtenteils aus öffentlichen Quellen finanziert und die Pflegebedürftigen verfügen im Allgemeinen nur über sehr geringe finanzielle Mittel. Über 75-Jährige sind mit überdurchschnittlich hoher Wahrscheinlichkeit von Armut betroffen; die durchschnittliche Armutsquote dieser Altersgruppe liegt bei 14,4 % (OECD, 2017^[3]). In einigen Ländern beläuft sie sich auf mehr als 20 %, darunter Japan, die Vereinigten Staaten, die Schweiz, Australien, Mexiko, Korea, Lettland, die Türkei, Israel und Estland (OECD, 2017^[3]).

49. Nur 30 % der älteren Menschen weltweit sind in Alterssicherungssystemen erfasst (Krug, E. et al. (Hrsg.), 2002^[30]). Aufgrund von niedrigen Einkommen verfügen Pflegebedürftige mit geringerer Wahrscheinlichkeit über hohe Ersparnisse, sehen sich aber mit höheren Zuzahlungen für Gesundheitsleistungen konfrontiert. Im OECD-Raum entfallen insgesamt 11 % aller Zuzahlungen für Gesundheitsleistungen auf die Langzeitpflege (OECD, 2019^[2]). Angesichts ihrer begrenzten finanziellen Ressourcen bleibt den Betroffenen wenig, um ihren Lebensunterhalt zu bestreiten, was die Abhängigkeit von der Familie und von staatlicher Unterstützung verstärkt. Die Länder stehen weiterhin vor der schwierigen Aufgabe, ausreichenden Pflegeversicherungsschutz und tragfähige öffentliche Ausgaben miteinander in Einklang zu bringen. Einer neuen OECD-Studie zufolge wären 70-90 % der Senior*innen mit hohem Pflegebedarf ohne soziale Absicherung armutsgefährdet (Muir, 2017^[31]).

50. In einigen Ländern haben die Sozialhilfeausgaben nicht mit dem demografischen Wandel Schritt gehalten. Im Vereinigten Königreich beispielsweise hat sich die Zahl der über 80-Jährigen zwischen 2010 und 2017 um 340 000 erhöht. Im selben Zeitraum sind die realen öffentlichen Sozialhilfeausgaben insgesamt um 1 % gesunken und die Sozialhilfeausgaben für Erwachsene um 6,4 % (Papanicolas et al., 2019^[32]).

51. Darüber hinaus gibt es mehrere Überschneidungsbereiche zwischen der Pflege und anderen Sozialdienstleistungen, darunter Leistungen der psychischen Gesundheitsversorgung, die Behindertenbetreuung sowie Rehabilitationsleistungen. Ältere Menschen sind häufig von psychischen Erkrankungen betroffen. Senior*innen mit chronischen psychischen Erkrankungen benötigen eine komplexe Pflege, namentlich eine Kombination psychiatrischer und medizinischer Betreuung (van der Wolf et al., 2019^[33]). Ob eine Person Pflegeleistungen erhält, hängt in erster Linie davon ab, ob sie eine Behinderung hat, so das Ergebnis einer Untersuchung (de Meijer et al., 2009^[34]). Die staatlichen Systeme der psychischen Gesundheitsversorgung, insbesondere für Demenzerkrankte, die Behindertenbetreuung und die Rehabilitationsleistungen weisen bedeutende Schnittstellen mit der institutionellen Pflege auf und sollten als Schlüsselkomponenten der Pflege betrachtet werden.

Kasten 1.1. Untersuchungsgegenstand des Berichts

Dieser Bericht befasst sich mit der – wirtschaftlichen und menschlichen – Belastung, die eine minderwertige Pflege für Pflegebedürftige und ihre Familien, Pflegekräfte, Gesundheitssysteme und Volkswirtschaften mit sich bringt. Pflegeleistungen werden in verschiedenen Pflegesettings erbracht. Dieser Bericht beschäftigt sich in erster Linie mit der stationären Pflege in Einrichtungen wie Pflegeheimen. Außerdem stehen in diesem Bericht vor allem ältere Menschen (über 65-Jährige) im Fokus. 2017 waren im OECD-Durchschnitt 51 % aller Pflegebedürftigen mindestens 80 Jahre alt und weitere 27 % entfielen auf die Altersgruppe 65-79 Jahre (OECD, 2019^[2]).

Uns ist bewusst, dass auch jüngere Menschen in Pflegeheimen leben und betreut werden, beispielsweise Menschen mit schweren Behinderungen oder Genesende. Für die Zwecke dieses Berichts konzentrieren wir uns jedoch vor allem auf ältere Menschen.

1.3. Die Ökonomie der Patientensicherheit in der Langzeitpflege

1.3.1. Schädigungen von Pflegebedürftigen verursachen nicht nur menschliches Leid, sie stellen auch eine Mittelverschwendung dar

52. In der Pflege gehören unerwünschte Ereignisse zum Alltag und verursachen hohe Kosten. Die OECD unterscheidet in der Gesundheitsversorgung grundsätzlich zwei Kategorien, die als „Verschwendung“ eingestuft werden. Die erste umfasst Leistungen und Verfahren, die Schaden verursachen bzw. keinen Nutzen bringen. Die zweite Kategorie betrifft Kosten, die durch günstigere Alternativen mit ebenso großem Nutzen vermieden werden könnten (OECD, 2017^[35]). Die Mittelverschwendung in der Pflege wurde bislang kaum systematisch untersucht. Es gibt jedoch konkrete Beispiele, die darauf schließen lassen, dass viele Pflegeleistungen und -ausgaben unnötig sind.

53. Ebenso wie in anderen Sektoren sind in der Langzeitpflege die durch Defizite bei der Patientensicherheit entstandenen Kosten höher als die Investitionen in Prävention und klinisches Risikomanagement. Eine qualitativ schlechte Pflege kann unerwünschte Ereignisse wie unnötige oder längere Krankenhausaufenthalte nach sich ziehen und hohe Kosten verursachen. Die Kosten von Präventionsmaßnahmen sind zwar nicht unerheblich, Maßnahmen zur Vermeidung von unerwünschten Ereignissen wie Stürzen, Infektionen und Dekubitalgeschwüren lassen sich jedoch kostengünstig umsetzen (Slawomirski, L., A. Aaraaen und N. Klazinga, 2017^[36]). Eine wichtige, aber kostenintensivere Methode zur Verbesserung der Pflegequalität besteht darin, für ausreichend qualifiziertes Personal zu sorgen.

54. Ein Großteil der vorliegenden Forschungsarbeiten beschäftigt sich mit der Angemessenheit der Pflegesettings und mit Möglichkeiten, die Verschwendung durch eine Umschichtung der Pflegeleistungen zwischen den Pflegesettings zu verringern. Eine Untersuchung aus den Vereinigten Staaten ergab beispielsweise, dass Medicare durch die Verlegung von Patient*innen in andere Versorgungseinrichtungen rd. 4,6 Mrd. USD jährlich einsparen könnte, ohne dass dies negative Auswirkungen auf die Versorgung und die Patientenergebnisse hätte (Einav, L., A. Finkelstein und N. Mahoney, 2018^[37]). Es ist wichtig, eine angemessene Versorgung der Patient*innen in geeigneten Settings und durch geeignete Pflegekräfte sicherzustellen, um zu gewährleisten, dass die Ausgaben für Langzeitpflege in Leistungen fließen, die die Lebensqualität der Patient*innen tatsächlich verbessern bzw. erhalten.

1.3.2. Es bedarf flexibler Ansätze, um die Sicherheit zu verbessern und die Pflege in den einzelnen Ländern auf die Bevölkerungsalterung auszurichten

55. Die Länder bereiten sich auf einen wachsenden Pflegebedarf vor. Dazu muss einerseits die Effizienz gesteigert und andererseits eine adäquate Ressourcennutzung gesichert werden. Pflegeheime übernehmen zunehmend komplexere medizinische Aufgaben. Dies erfordert neue Ansätze, damit eine sichere Pflege gewährleistet werden kann. Pflegesettings müssen als Hochrisikosettings anerkannt und die Patientensicherheit und Qualität, wie in anderen Hochrisikoumgebungen auch, als prioritär eingestuft werden.

56. Es gilt, Sicherheitsproblemen in der Langzeitpflege nicht nur in den Pflegeheimen selbst, sondern im gesamten Gesundheitssystem zu begegnen. Die Kosten der Langzeitpflege müssen im Verhältnis zu jenen der Akutversorgung und der Sozialfürsorge gesehen werden. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Integrationsbemühungen in den Gesundheitssystemen sollte die Pflege nicht länger isoliert, sondern im Kontext verschiedener Versorgungsleistungen betrachtet werden. Pflegeheimbewohner*innen sind darüber hinaus oft umfassend in Akutversorgungs- und Sozialfürsorgemaßnahmen eingebunden. Daher kann die Sicherheit nicht mehr nur aus dem Blickwinkel des Geschehens im Pflegeheim betrachtet werden. Die Sicherheit in Krankenhäusern kann Auswirkungen auf die Ergebnisse in Pflegeeinrichtungen haben und umgekehrt. Investitionen bzw. fehlende Investitionen in soziale Dienste wirken sich auf die Beanspruchung des Systems und auch auf die Gesundheitsergebnisse und die Sicherheit der Pflegebedürftigen aus.

1.3.3. Bei der Verbesserung der Sicherheit muss der Lebensqualität Rechnung getragen werden

57. Die Lebensqualität der Pflegebedürftigen hängt vom Pflegesetting, vom sozialen Umfeld und vom medizinischen Kontext ab. Es ist schwierig, die Lebensqualität von Pflegebedürftigen zu messen. Dazu kann auf unterschiedliche Informationsquellen zurückgegriffen werden, Eigenangaben gelten allerdings als die zuverlässigste Quelle. Studien haben gezeigt, dass selbst Patient*innen mit kognitiven Störungen und leichter Demenz in der Lage sind, über ihre Lebensqualität Auskunft zu geben (Gerritsen et al., 2007^[38]).

58. Zu den Aspekten der Lebensqualität, die bei Pflegebedürftigen untersucht werden, zählen u. a. die Privatsphäre, die Sicherheit, der Komfort, der Respekt, der ihnen entgegen gebracht wird, die Reaktivität des Personals, das Aktivitätsangebot sowie persönliche Beziehungen (Kehyayan et al., 2015^[39]). Die Lebensqualität ist in der Pflege ein wichtiger Gesichtspunkt, da selbst Patient*innen, die keine verbesserten klinischen Ergebnisse aufweisen, erheblich von einer höheren Lebensqualität im Zusammenhang mit den Pflege- und Unterstützungs-

leistungen profitieren können. Im Gegensatz dazu kann eine Verschlechterung der Lebensqualität aufgrund von invasiver Pflege oder zu wenig Selbstbestimmung negative Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen haben.

1.3.4. Frühere Arbeiten der OECD zur Ökonomie der Patientensicherheit

59. Viele unerwünschte Ereignisse sind vermeidbar. Sie stellen aus Sicht der Gesundheitssysteme eine Verschwendung dar und beeinträchtigen die Wertschöpfung im Gesundheitswesen. Bemühungen zur Verringerung der Schäden sind mit Kosten verbunden. Diese Präventionskosten fallen jedoch oft deutlich geringer aus als die durch Schäden verursachten Kosten. Nationale Expert*innen der Gesundheitspolitik und Wissenschaftler*innen haben eine Hierarchie von Interventionen beschrieben, die zur Verfügung stehen und Defiziten der Patientensicherheit insgesamt effektiv entgegenwirken können.

60. Frühere OECD-Berichte haben die wirtschaftlichen Auswirkungen der Patientensicherheit weltweit in den Fokus gerückt und potenziell fruchtbare systemweite Ansätze zur Verringerung der Schäden und zur Verbesserung der Patientensicherheit aufgezeigt. Der erste Bericht wurde im Rahmen des internationalen Ministergipfels zur Patientensicherheit vorgestellt, der 2017 in Bonn stattfand (Auraaen, A., L. Slawomirski und N. Klazinga, 2018^[40]). Die Kosten, die durch Patientenschäden in Krankenhäusern anfallen, sind beträchtlich. Schätzungen zufolge sind 15 % der Krankenhausaktivitäten und -ausgaben unmittelbar auf Patientenschäden zurückzuführen.

61. In Krankenhäusern steht die Patientensicherheit besonders im Fokus. Etwa 50 % der weltweit durch Patientenschäden verursachten Kosten entfallen jedoch auf die Primärversorgung und die ambulante Versorgung. Es wird immer wichtiger, unbeabsichtigten Patientenschäden in und außerhalb der Krankenhausumgebung Rechnung zu tragen, namentlich in der Primärversorgung, der ambulanten Versorgung und der Langzeitpflege, denn die Gesellschaften altern und chronische Krankheiten werden vermehrt in anderen Settings behandelt.

62. In der Primärversorgung und der ambulanten Versorgung treten immer wieder Sicherheitsdefizite auf. 2017 gab es allein im OECD-Raum mehr als 8 Milliarden Konsultationen in der Primärversorgung. Dabei waren 40 % der Patient*innen mit Sicherheitsdefiziten konfrontiert. Fast die Hälfte der weltweiten Krankheitslast infolge von Patientenschäden geht auf die Primärversorgung zurück. Auf diese Schäden entfallen jährlich mehr als 7 Millionen Krankenhauseinweisungen bzw. insgesamt 6 % aller Krankenhaustage. Die Fragmentierung des Sektors, die mangelhafte Integration von Informations- sowie Messsystemen und die unzureichende Ressourcenausstattung stellen bei der Verbesserung der Patientensicherheit in der Primärversorgung die größten Herausforderungen dar. Dies spiegelt sich im offenkundigen Mangel an konsistenten und belastbaren Daten zur Patientensicherheit wider. Beim internationalen Ministergipfel zur Patientensicherheit, der 2018 in Tokyo stattfand, legte die OECD einen Bericht zur Ökonomie der Patientensicherheit in der Primärversorgung vor. Dieser Bericht zeigt, dass Investitionen in eine integrierte Informationsinfrastruktur und die Stärkung der Governance als die wichtigsten und dringendsten politischen Imperative in der Primärversorgung zu sehen sind (Auraaen, A., L. Slawomirski und N. Klazinga, 2018^[40]).

Kasten 1.2. Wichtige Erkenntnisse der OECD-Reihe Ökonomie der Patientensicherheit

Der vorliegende Bericht ist die dritte Publikation einer OECD-Reihe zur Ökonomie der Patientensicherheit, die vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) in Auftrag gegeben wurde.

The Economics of Patient Safety: Strengthening A Value-Based Approach to Reducing Patient Harm at National Level (2017)

Patientenschäden sind mit hohen finanziellen Kosten verbunden. Die verfügbaren Daten lassen darauf schließen, dass insgesamt **15 % der Krankenhausaussgaben und -aktivitäten im OECD-Raum auf Sicherheitsdefizite zurückzuführen** sind. Dabei dürfte es sich um eine konservative Schätzung handeln. In wirtschaftlicher Hinsicht schlagen sich Patientenschäden als Kapazitäts- und Produktivitätseinbußen bei Patient*innen und Pflegekräften nieder. Die Gesamtkosten belaufen sich Schätzungen zufolge auf mehrere Billionen US-Dollar jährlich. Unter dem Gesichtspunkt der politischen Ökonomie betrachtet, verursachen Sicherheitsdefizite Kosten in Form eines Vertrauensverlusts in Gesundheitssysteme, Regierungen und gesellschaftliche Institutionen.

Ein Großteil der Kosten im Zusammenhang mit der Patientensicherheit ist **einigen wenigen häufig auftretenden, unerwünschten Ereignissen** zuzuschreiben. Hierzu zählen insbesondere nosokomiale Infektionen, venöse Thromboembolien (VTE), Dekubitalgeschwüre, Medikationsfehler und falsche bzw. verzögerte Diagnosen. In den Vereinigten Staaten beispielsweise ist Schätzungen zufolge jeder Erwachsene mindestens einmal im Leben von einem Diagnosefehler betroffen. In England entstehen durch häufig auftretende unerwünschte Ereignisse pro Jahr Kosten, für die 2 000 Allgemeinmediziner*innen oder 3 500 Krankenhauspflegekräfte beschäftigt werden könnten.

Höhere Investitionen in die Prävention sind gerechtfertigt. Viele unerwünschte Ereignisse können durch eine bessere Politik und Praxis systematisch vermieden werden. Die Prävention ist in der Regel mit wesentlich geringeren Kosten verbunden als die Schäden. Programme zur Prävention nosokomialer Infektionen oder venöser Thromboembolien beispielsweise kosten einen Bruchteil der mit solchen Ereignissen verbundenen Schäden. In den Vereinigten Staaten konnten zwischen 2010 und 2015 schätzungsweise 28 Mrd. USD eingespart werden, indem die Sicherheit systematisch verbessert wurde.

The economics of patient safety in primary and ambulatory care: Flying blind (2018)

In der Primärversorgung und der ambulanten Versorgung gibt es häufig Sicherheitsdefizite; viele davon sind vermeidbar. **Schätzungen zufolge erleiden in den Industrie- bzw. Entwicklungsländern 20 % bzw. 25 % der Gesamtbevölkerung in diesem Setting einen Schaden.** Einige Schätzungen gehen davon aus, dass 40 % der Patient*innen in der Primärversorgung/ambulanten Versorgung geschädigt werden. Die größten Schäden entstehen durch Diagnose-, Verschreibungs- und Medikationsfehler. Bis zu 80 % der Schäden in der Primärversorgung und der ambulanten Versorgung sind vermeidbar.

Sicherheitsdefizite verursachen hohe wirtschaftliche und finanzielle Kosten. Schätzungen zufolge belaufen sich die direkten Schadenskosten in der Primärversorgung und der ambulanten Versorgung – für zusätzliche Tests, Behandlungen und Gesundheitsversorgung – auf **rd. 2,5 % der gesamten Gesundheitsausgaben**. Die tatsächlichen Kosten dürften jedoch höher sein. Die Schäden in der Primärversorgung und der ambulanten Versorgung führen häufig zu Krankenhauseinweisungen. Auf Letztere könnten in den OECD-Ländern jährlich mehr als 6 % der Krankenhaustage und mehr als **7 Millionen Krankenhauseinweisungen** entfallen – und zwar zusätzlich zu den 15 % der Aktivitäten in der Akutversorgung, die ausschließlich auf die in Krankenhäusern verursachten Schäden zurückzuführen sind. Die weiterreichenden gesellschaftlichen Folgekosten der Schäden in der Primärversorgung und der ambulanten Versorgung sind beträchtlich. In den Industriestaaten können sie sich Schätzungen zufolge auf bis zu 3 % des BIP belaufen.

1.3.5. Die Ökonomie der Patientensicherheit in der Langzeitpflege

63. Bei der vorliegenden Publikation handelt es sich um den dritten OECD-Bericht zur Ökonomie der Patientensicherheit. In der Langzeitpflege ist die Patientensicherheit ein prioritäres Anliegen. Sicherheitsmängel in der Pflege und in anderen Settings haben gravierende Folgen. In den Vereinigten Staaten etwa sterben schätzungsweise 5 % der Pflegebedürftigen an den Folgen eines unerwünschten Ereignisses (OIG, 2018^[29]). Die Sicherheitsmängel in der Langzeitpflege sind nicht nur mit enormen menschlichen Kosten verbunden, sie stellen für die Länder und die Betroffenen auch eine große wirtschaftliche Belastung dar.

64. Über die wirtschaftlichen Kosten der Sicherheitsdefizite in der Langzeitpflege ist wenig bekannt. Es gibt jedoch klare Anzeichen dafür, dass die Kosten für den Gesundheitssektor insgesamt beträchtlich sind. Dies betrifft u. a. die Kostenbelastung bei Krankentransporten, Akuteinweisungen und stationären Rehabilitationsleistungen. Eine Besonderheit von Pflegeheimen besteht darin, dass es sich dabei um das Zuhause der Pflegebedürftigen und nicht um Krankenhäuser handelt. Trotzdem müssen in Bezug auf die Patientensicherheit ähnliche Voraussetzungen erfüllt sein wie in der Akutversorgung. In der Pflege stehen jedoch häufig weniger Ressourcen zur Verfügung als in anderen Settings der Gesundheitsversorgung und der Zugang zu geeigneten Fachkräften, Materialien und Behandlungen kann zur Herausforderung werden, wenn es darum geht, eine sichere und hochwertige Pflege bereitzustellen. Führungskompetenz und Sicherheitskultur können gefördert werden. Bei unzureichenden Kapazitäten kann die Patientensicherheit jedoch nur begrenzt verbessert werden.

Kasten 1.3. Definitionen und Konzepte

Wichtige Definitionen

Langzeitpflege: Langzeitpflege umfasst laut Definition verschiedene Leistungen, die Menschen benötigen, deren Autonomie und funktionale Kapazitäten (körperlich oder kognitiv) eingeschränkt sind und die daher über einen längeren Zeitraum hinweg bei Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) auf Hilfe angewiesen sind. Die Komponente persönliche Pflege wird häufig mit einer medizinischen Grundversorgung wie Behandlungspflege (Wundversorgung, Schmerztherapie, Verabreichung von Medikamenten, Gesundheitsüberwachung), Prophylaxe, Rehabilitation oder Palliativpflege verknüpft. Die Pflege kann auch mit hauswirtschaftlicher Unterstützung oder Hilfe bei instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IATL) kombiniert werden.

Pflegeeinrichtungen: Dieser Begriff bezieht sich auf Pflegeheime und Altenheime (nicht Krankenhäuser), in denen Menschen leben und gepflegt werden, die aufgrund von chronischen Beeinträchtigungen und einer eingeschränkten Autonomie bei Aktivitäten des täglichen Lebens eine ständige gesundheitliche und pflegerische Versorgung benötigen. Solche Einrichtungen bieten verschiedene Kombinationen von Heimunterbringung, Pflege, Beaufsichtigung und, je nach Bedarf, anderen Pflegearten an. Zu Pflegeeinrichtungen zählen auch spezialisierte Einrichtungen, die in erster Linie Pflegeleistungen für Menschen mit mittleren bis schweren funktionalen Einschränkungen bereitstellen.

Pflegebedürftige: Menschen, die in Pflegeeinrichtungen oder zu Hause gepflegt werden, einschließlich Bezieher*innen von Geldleistungen.

Pflegesetting: Der Ort, an dem Personen leben, die Pflegeleistungen in Anspruch nehmen, wie Pflegeheime, Einrichtungen für betreutes Wohnen oder Privatwohnungen; häusliche Pflege und Pflege in Gemeinschaftseinrichtungen.

Patientensicherheit: Verringerung des Risikos unnötiger Schäden im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung auf ein akzeptables Minimum. Der Begriff „akzeptables Minimum“ bezieht sich auf

kollektive Vorstellungen, die auf dem aktuellen Wissensstand beruhen, die verfügbaren Ressourcen sowie den Kontext, in dem die Versorgungsleistungen erbracht und die damit verbundenen Risiken und die Risiken einer Nichtbehandlung oder alternativen Behandlung abgewogen werden (WHO, o. J.^[41]).

Unerwünschtes Ereignis: Der Begriff „unerwünschtes Ereignis“ bezeichnet die Schädigung eines*einer Patient*in infolge einer Behandlung bzw. in Settings der Gesundheitsversorgung, was auch eine Unterversorgung einschließt. Dabei führt die Versorgung bzw. Behandlung zu einem unerwünschten klinischen Ergebnis, das nicht von einer Krankheit herrührt. Zeitlich begrenzte Schadensereignisse werden gesondert ausgewiesen. Dies sind Ereignisse, die zu einem Patientenschaden führen und eine medizinische Behandlung erforderlich machen, aber keinen dauerhaften Schaden verursachen (OIG, 2018^[29]).

Kosten durch Defizite der Patientensicherheit: Geschätzte Kosten durch Defizite der Patientensicherheit. Die Kostenschätzung erfolgt basierend auf der Krankheitslast (Morbidität und Mortalität) und den finanziellen sowie ressourcenbezogenen Auswirkungen auf das Gesundheitssystem. Dieser Teil des Berichts beruht auf einer Durchsicht der einschlägigen Literatur.

Effektive und effiziente Schadensminderung: Wertorientierter Ansatz für Investitionen in die Patientensicherheit in einem Kontext knapper Ressourcen. Die relativen Kosten und Auswirkungen verschiedener Maßnahmen (bzw. Maßnahmenbündel) im Zusammenhang mit Patientenschäden in Gesundheitssystemen werden basierend auf Snapshot-Umfragen unter internationalen Patientensicherheitsexpert*innen und Politikverantwortlichen geschätzt.

Quelle: OECD/Europäische Union (2013^[42]).

2 Der Effekt von Finanzierung und Governance auf die Sicherheit in der Langzeitpflege

65. Die Aufwendungen für die Langzeitpflege erhöhen sich explosionsartig. Die an das Pflegesystem gestellten Anforderungen führen zu einem erheblichen Ausgabenanstieg, sodass die Pflege inzwischen einer der am schnellsten wachsenden Posten innerhalb des Gesundheitssektors ist. OECD-Schätzungen zufolge werden die Aufwendungen für die Langzeitpflege bis 2070 um nahezu 60 % steigen und dann 2,7 % des Gesamt-BIP ausmachen (OECD, 2018^[43]).

66. Versuche zur Eindämmung der Kosten sind mit Risiken verbunden, die die Sicherheit und Qualität der Pflege beeinträchtigen. Potenzielle Einsparungen werden möglicherweise durch die Kosten sicherheitsrelevanter Ereignisse zunichtegemacht (sowohl in der Pflege selbst als auch infolge von Einweisungen in Krankenhäuser oder andere Akutversorgungseinrichtungen). Auf organisatorischer Ebene kann indessen an vielen Punkten angesetzt werden, um die Pflege zu verbessern. Außerdem gibt es Modelle, um Pflegeleistungen in weniger ressourcenintensiven Settings zu erbringen (z. B. häusliche Pflege). Die schwersten und komplexesten Fälle müssen allerdings weiterhin in Pflegeheimen versorgt werden. Dabei kommt hinzu, dass die Regelungen und Sicherheitsstandards für Pflegeheime im Allgemeinen weniger ausgereift sind als diejenigen für die Krankenhausversorgung, obwohl Pflegeeinrichtungen in immer stärkerem Maße medizinisch komplexe Fälle versorgen müssen.

2.1. Finanzierungsmodelle

2.1.1. Gängige Pflegefinanzierungsmodelle und -quellen im Überblick

67. Die Aufwendungen für die Langzeitpflege steigen seit Jahrzehnten. Die Gesamtaufwendungen von staatlichen Systemen und Pflichtversicherungssystemen für die Langzeitpflege (Gesundheitsversorgungs- und Sozialpflegekomponenten) beliefen sich 2017 im OECD-Durchschnitt auf 1,7 % des BIP. Die höchsten Aufwendungen (über 3 % des BIP) verzeichneten die Niederlande, Norwegen und Schweden (Abbildung 2.1).

Abbildung 2.1. Aufwendungen für die Langzeitpflege (Gesundheitsversorgungs- und Sozialpflegekomponenten), Staatliche Systeme/Pflichtversicherungssysteme, als Anteil am BIP, 2017 (oder nächstverfügbares Jahr)

Anmerkung: Der OECD-Durchschnitt enthält nur die 17 Länder, die Angaben zu den gesundheitsbezogenen und sozialen Komponenten der Langzeitpflege machen.

Quelle: OECD (2019^[2]).

68. Nach der Wirtschafts- und Finanzkrise von 2008 kam es in zahlreichen OECD-Ländern zwar zu einer erheblichen Verlangsamung der Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen, neueren Vorausberechnungen zufolge befinden sich die Gesundheitsausgaben inzwischen jedoch wieder auf einem Aufwärtstrend. Während die Gesundheitsausgaben für die stationäre und die ambulante Versorgung in den EU-Ländern bis 2070 voraussichtlich um weniger als 1 Prozentpunkt steigen werden, wird im selben Zeitraum mit einer Verdopplung der Pflegeaufwendungen gerechnet (OECD/Europäische Union, 2018^[44]; Europäische Kommission, 2018^[45]). Entsprechend wird ein beträchtlicher Anteil der Erhöhung der Gesundheitsausgaben in den kommenden fünfzig Jahren dem Ausgabenanstieg in der Pflege zuzuschreiben sein.

69. Insgesamt entfallen auf die Langzeitpflege 14 % der Gesundheitsausgaben, verglichen mit 60 % für die stationäre und die ambulante Patientenversorgung (OECD, 2019^[2]). Die Pflegeaufwendungen unterscheiden sich im Ländervergleich, was auf die erheblichen Unterschiede im Hinblick auf die Organisation der Pflege, die Existenz formeller Pflegestrukturen, die Absicherung der Pflege über öffentliche Leistungen sowie die demografische Zusammensetzung der Bevölkerung zurückzuführen ist. Abbildung 2.2 bietet einen Überblick über die aktuelle Berichterstattung zu den verschiedenen Ausgabenkomponenten für die Langzeitpflege in den 32 OECD-Ländern, die Daten hierzu vorlegen. Im OECD-Vergleich fließt der Großteil der Finanzmittel – **durchschnittlich 52 % der angegebenen Gesamtaufwendungen – in die stationäre Versorgung.**

Abbildung 2.2. Berichterstattung über die Ausgaben für die Langzeitpflege, nach Komponente, Durchschnitt von 32 OECD-Ländern, 2017 (oder letzter verfügbares Jahr)

Quelle: OECD Health Statistics 2019.

Tabelle 2.1. Öffentliche Pflegefinanzierung

Steueraufkommen	Staatliche Mittelzuweisungen	Einkommensabhängige Beiträge	Sonstige
Belgien	Costa Rica	Chile	Estland
Estland	Estland	Costa Rica	Litauen
Israel	Israel	Deutschland	Tschech. Rep.
Japan	Japan	Japan	
Luxemburg	Luxemburg	Korea	
Tschech. Rep.	Österreich	Luxemburg	
Ver. Staaten	Russ. Föderation	Tschech. Rep.	
	Tschech. Rep.	Ver. Staaten	
	Türkei		
	Ungarn		
	Ver. Staaten		

Anmerkung: In Österreich gibt es keine zweckgebundenen Abgaben zur Finanzierung der Langzeitpflege. In der Tschechischen Republik erfolgt die Finanzierung durch Mittel der zentralen, regionalen und kommunalen Ebene. Estland nutzt Mittel des ausländischen privaten Sektors und der Europäischen Union. In Litauen erfolgt die Finanzierung durch Mittel aus dem Staatshaushalt, den Kommunalhaushalten und EU-Strukturfonds, durch ausländische Stiftungen, Spenden, Sozialeinrichtungen und Familien.

Quelle: OECD-Fragebogen (OECD, 2019^[46]).

70. Für die Finanzierung der Pflege gibt es – wie für andere Gesundheitsleistungen auch – verschiedene mögliche Quellen. In den meisten OECD-Ländern ist die öffentlich finanzierte Pflege fragmentiert und umfasst selbst in Fällen, in denen Anspruch auf staatlich finanzierte Leistungen besteht, keine vollständige Kostenübernahme. Daher müssen die Pflegebedürftigen häufig einen erheblichen Teil der Pflegekosten selbst tragen (Costa-Font, J. und C. Courbage, 2015^[47]). Eine Untersuchung der Situation in verschiedenen OECD-Ländern ergab, dass staatliche Mittelzuweisungen die wichtigste öffentliche Finanzierungsquelle für die Pflege darstellen.

Diese Studie zeigt auch, dass viele Länder unterschiedliche Quellen für die öffentliche Pflegefinanzierung nutzen. Die Tschechische Republik und Litauen finanzieren die Pflege z. B. sowohl aus Mitteln der zentralen und der kommunalen Ebene. Estland und Litauen verwenden zusätzlich Mittel der Europäischen Union sowie ausländische private Mittel (OECD, 2019^[46]).

71. Die Ausgaben für die Pflege können die Zufriedenheit der Bevölkerung mit den erbrachten Leistungen wesentlich erhöhen. Wie aus Abbildung 2.3 hervorgeht, sind die Aufwendungen von staatlichen Systemen und Pflichtversicherungssystemen für die Langzeitpflege signifikant mit der öffentlichen Wahrnehmung ihrer Qualität und Zugänglichkeit korreliert.

Abbildung 2.3. In Ländern mit höheren Aufwendungen für die Langzeitpflege sind weniger Befragte mit der öffentlichen Pflegeversorgung unzufrieden

Pro-Kopf-Aufwendungen für die Langzeitpflege (staatliche Systeme/Pflichtversicherungssysteme, in US-Dollar, KKP von 2010) und prozentualer Anteil der Menschen, die der Aussage, dass sie Zugang zu qualitativ hochwertigen und erschwinglichen öffentlichen Pflegeleistungen für ältere Menschen und Menschen mit Behinderungen haben, nicht (oder überhaupt nicht) zustimmen

Quelle: OECD (2018^[48]).

2.1.2. Die Modelle für die Vergütung der Anbieter beeinflussen die Erbringung von Pflegeleistungen

72. Die für die Bezahlung der Gesundheitsdienstleister, Pflegepersonen oder Einrichtungen verwendeten Vergütungsmodelle können sowohl die Kosten als auch die Qualität der Pflege beeinflussen. Beispiele für Vergütungsmodelle sind Einzelleistungsvergütungen, Tages-, Fall- oder Betreuungspauschalen, Pflegebudgets und Gehälter. Jedes davon hat seine spezifischen Vor- und Nachteile im Hinblick auf Qualität und Effizienz (WHO, 2007^[49]). Bei den ersten dreien kann es tendenziell zu einer Überversorgung, bei den letzten dreien zu einer Unterversorgung mit Pflegeleistungen kommen.

73. Einzelleistungsvergütungen sind in der Langzeitpflege unüblich, vor allem in institutionellen Settings (Colombo et al., 2011^[50]). Betreuungspauschalen kommen in vielen Ländern zum Einsatz, beispielsweise in den Vereinigten Staaten. Zwar können Betreuungspauschalen Anreize für eine Unterversorgung mit Pflegeleistungen schaffen, aus der langen Dauer der Pflege ergeben sich jedoch dem entgegenwirkende Anreize, die Gesundheit der betroffenen Personen zu gewährleisten. Bei öffentlichen Pflegesystemen, wie es sie z. B. in Frankreich, Belgien und Kanada gibt, erfolgt die Vergütung in der Regel in Form von Tagespauschalen. In

manchen Fällen sind die Zahlungen risikoangepasst, um der relativen Pflegeintensität kränkerer Patienten durch entsprechend höhere Vergütungen Rechnung zu tragen (Colombo et al., 2011^[50]).

2.1.3. Der private Pflegeversicherungsmarkt ist klein, aber private Pflegedienste sind gang und gäbe

74. Pflegebedürftigkeit ist das wohl größte versicherungsfähige Risiko, dem sich ältere Menschen in den OECD-Ländern gegenübersehen. Angesichts der potenziell erheblichen Kosten, die mit diesem Risiko einhergehen, scheint die Gesamtnachfrage nach Pflegeversicherungen jedoch unverhältnismäßig gering (Costa-Font, J. und C. Courbage, 2015^[47]). Die geringe Marktnachfrage erklärt sich offenbar z. T. aus Erwartungen im Hinblick auf öffentliche Leistungen sowie informelle Pflege durch Familienangehörige. Es gibt im Wesentlichen zwei Arten von Pflegeversicherungen: solche, die Teilerstattungen, und solche, die Pauschalvergütungen vorsehen.

Abbildung 2.4. Pflegeheimplätze nach Art des Anbieters

Quelle: Cushman & Wakefield (2019^[51]).

75. Der private Pflegemarkt ist in den OECD-Ländern in der Regel klein. In den Vereinigten Staaten und Japan ist der Anteil der privaten Versicherungen an den Gesamtaufwendungen für die Langzeitpflege mit 5 % bzw. 7 % am höchsten. In Europa weist Frankreich (mit 5,5 Millionen Versicherten im Jahr 2010) den größten privaten Pflegeversicherungsmarkt auf, gefolgt von Deutschland mit 3,5 Millionen Versicherten (Stand 2017) (Costa-Font, J. und C. Courbage, 2015^[47]). Im Durchschnitt der OECD-Länder entfallen auf private Versicherungen weniger als 2 % der gesamten Pflegeaufwendungen (Colombo et al., 2011^[50]). Während private Pflegefinanzierung weniger üblich ist, sind private Pflegeeinrichtungen in den OECD-Ländern weit verbreitet. Private Pflege ist häufig teurer als öffentliche Pflege. Dennoch ist die Versorgung durch

private Anbieter, z. T. bedingt durch eine höhere Nachfrage, in den vergangenen Jahren gestiegen. Auf privat betriebene Einrichtungen entfallen in Frankreich, Belgien, Spanien, Italien, dem Vereinigten Königreich und Deutschland über 20 % der Pflegeheimplätze (Cushman & Wakefield, 2019^[51]).

2.1.4. Öffentliche Langzeitpflege und Leistungsspektrum, Finanzierung und Personalmodelle

76. Die Absicherung des Pflegerisikos erfolgt überwiegend aus öffentlichen Quellen. Dies umfasst im Allgemeinen ein breites Spektrum an Sach- und Geldleistungen sowie Programmen. Dennoch ist es möglich, Ländergruppen zu unterscheiden, die jeweils ähnliche Ansätze verfolgen. Dementsprechend können die öffentlichen Pflegesysteme in mehrere große Kategorien eingeteilt werden (Colombo et al., 2011^[50]).

77. In mehreren Ländern ist eine universelle Absicherung über ein einziges System vorgesehen. Dies geschieht über einen einheitlichen Mechanismus, entweder über ein vom Gesundheitswesen getrenntes System (wie dies in den nordischen Ländern im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung der Fall ist) oder als Teil der regulären Krankenversicherung (wie z. B. in Belgien). Diese Systeme bieten den Anspruchsberechtigten – abhängig von ihrem Pflegestatus – öffentlich finanzierte Pflege- bzw. Pflegeassistenzeleistungen. In einigen Ländern richten sich diese Leistungen in erster Linie an ältere Menschen, beispielsweise in Japan und Korea, in anderen an alle Personen mit festgestellten Pflegeansprüchen, so z. B. in den Niederlanden und Deutschland (Colombo et al., 2011^[50]). Auch wenn der Großteil der Mittel aus öffentlichen Quellen stammt, werden selbst in universellen Systemen Zuzahlungen, Nutzergebühren oder Selbstbehalte verlangt.

78. In gemischten Systemen erfolgt die Absicherung über verschiedene Programme und Leistungen oder eine Kombination von universellen und bedürftigkeitsabhängigen Ansprüchen. In vielen Ländern mit gemischten Systemen gibt es kein umfassendes, einheitliches Leistungsprogramm, sondern vielmehr eine Vielzahl verschiedener Pflegeleistungen, -programme oder -ansprüche je nach Zielgruppe, Pflegekostenkomponente oder Pflegesetting. Einige Länder bieten statt Sachleistungen Geldleistungen (Colombo et al., 2011^[50]).

79. Systeme nach dem Prinzip des Sicherheitsnetzes bieten denjenigen Schutz, die ansonsten nicht in der Lage wären, Pflegeleistungen zu bezahlen. Es handelt sich also um eine Form der Mindestsicherung. Der Anspruch auf öffentlich finanzierte Pflegeleistungen wird dabei anhand von Einkommens- und/oder Vermögensgrenzen ermittelt. Nur Pflegebedürftige bzw. Familien, die unter diesen Grenzwerten liegen, haben Anspruch auf öffentlich finanzierte Pflege- oder Geldleistungen, wobei die Pflege je nach Bedarf priorisiert wird. Die Anspruchskriterien, die Flexibilität der für die Bedarfsfeststellung zuständigen Personen und die angelegten Grenzwerte unterscheiden sich zwischen den einzelnen Ländern erheblich (Colombo et al., 2011^[50]).

80. Zur Deckung der Kosten der Pflege müssen die meisten Menschen jedoch zusätzliche Mittel aus anderen Quellen aufbringen. In den Vereinigten Staaten beispielsweise fließen über 30 % der gemeinsam von der Bundesebene und den Bundesstaaten getragenen Medicaid-Aufwendungen (insgesamt 400 Mrd. USD) in die Pflege von älteren Menschen und Menschen mit Behinderungen. Allerdings bietet dieses System keinen vollständigen Schutz, da Rehabilitationsmaßnahmen nur für höchstens 100 Tage bezahlt werden und Pflege- und Assistenzleistungen im Alltag nicht im Leistungsumfang enthalten sind (Bernstein, 2012^[52]). Daher müssen die Betroffenen oft erhebliche Zuzahlungen leisten oder die Kosten durch freiwillige Versicherungen decken.

2.2. Governance- und Anreizstrukturen

2.2.1. Nationale Standards und Qualitätsanreize

81. Die Sicherheit der Langzeitpflege liegt im Wesentlichen in der Verantwortung des Staates. Seine Aufgabe ist es zu gewährleisten, dass die Pflege sicher ist und die Pflegebedürftigen keinen Schaden erleiden. Dennoch ist die Pflege häufig weniger stark reguliert als andere Teile des Gesundheitswesens. Dabei kommt erschwerend hinzu, dass Pflegeleistungen durch eine Vielzahl staatlicher und privater Anbieter mit potenziell unterschiedlichen Verfahrensweisen, Personalanforderungen und Rechenschaftsmechanismen erbracht werden. Die Sicherheit der Pflege ist ein entscheidendes Anliegen der öffentlichen Gesundheit und ein wichtiger Aspekt guter Regierungsführung. Dies wurde auch im Rahmen der Sicherheitsstrategie der „Öffentlichen Untersuchung zur Sicherheit der Pflegeheimbewohner*innen“ (Public Inquiry into the Safety and Security of Residents in the Long-Term Care Homes System) der kanadischen Provinz Ontario festgestellt (Gillese, 2019^[17]; RAO, 2019^[21]).

82. Trotz der Bemühungen um Verbesserungen bleibt eine qualitativ hochwertige Pflege in allen Settings ein schwer zu erreichendes Ziel. Die OECD-Länder nutzen in erster Linie Akkreditierungssysteme und Standards, um eine Mindestqualität der Pflege zu gewährleisten. In Deutschland ist im November 2019 ein neues System der Qualitätsdarstellung in der stationären Pflege in Kraft getreten, das internes Qualitätsmanagement mit regelmäßigen externen Qualitätsprüfungen verbindet und auf einheitlichen Indikatoren zur Messung der Ergebnisqualität basiert (wie z. B. Dekubitusentstehung und schwerwiegende Sturzfolgen). Einer neueren EU-Studie zufolge berichten nationale Sachverständige in vielen Ländern von gravierenden Mängeln bei der Qualitätssicherung in der Pflege (z. B. in Griechenland, Mazedonien, Rumänien, Vereinigtes Königreich). In Litauen wurde sogar Besorgnis über Menschenrechtsverletzungen in Altenpflegeeinrichtungen geäußert (Spasova et al., 2018^[53]).

Kasten 2.1. Beispiele für die Festlegung von Kriterien und Mindeststandards in der Langzeitpflege

Irland: Die Health Information and Quality Authority legt Standards für die stationäre Pflege fest und führt regelmäßige Prüfungen von Pflegeheimen durch.

Lettland: Alle Anbieter von Pflegeleistungen müssen sich beim Sozialministerium registrieren und Qualitätskriterien einhalten. Hierzu zählen beispielsweise Zahl und Qualifizierung der Beschäftigten, Barrierefreiheit der Räumlichkeiten und Ausrichtung auf den Bedarf der Pflegebedürftigen. Alle Anbieter sollen jährlich im Rahmen von Qualitätskontrollen geprüft werden, tatsächlich kann aufgrund eines Mangels an Ressourcen aber nur ein Teil von ihnen kontrolliert werden.

Litauen: Für stationäre Pflegeeinrichtungen wurden entsprechend den Vorgaben des Arbeits- und Sozialministeriums Qualitätsstandards festgelegt. Allerdings funktioniert das Evaluierungssystem nicht gänzlich, obwohl die Umsetzung der Standards durch die für die Sozialaufsicht zuständige Ministerialabteilung überwacht wird.

Portugal: Für Anbieter von Pflegeleistungen gibt es Akkreditierungsverfahren. Hierfür wurden Standards für drei allgemeine Bereiche festgelegt, namentlich Strukturen (Bettenanzahl, Personal), Verfahren (Registrierungsverfahren zur Beurteilung der Risiken usw.) und Ergebnisse (Auftreten von

Verletzungen, Infektionen, Stürzen usw.). Zusätzlich gibt es für die verschiedenen Arten von Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige stationär versorgt werden, jeweils spezifische Standards. Die Anbieter werden stichprobenartig kontrolliert.

Polen: Die für die stationären Pflegeeinrichtungen festgelegten Qualitätsstandards decken drei große Bereiche ab: Beschäftigung, Verfahren und Beherbergungsstandards, jeweils getrennt für den Gesundheits- und den Sozialsektor.

Quelle: Spasova et al. (2018^[53]).

Akkreditierung

83. Nahezu alle OECD-Länder schreiben für Pflegeeinrichtungen eine Zulassung auf der Grundlage eines Mindestkatalogs von Sicherheits- und Leistungskriterien vor, die die Funktionsfähigkeit der Einrichtungen sicherstellen sollen (OECD/Europäische Union, 2013^[42]). Über zwei Drittel der 27 geprüften OECD-Länder gaben an, dass Pflegeeinrichtungen eine Akkreditierung oder Zulassung benötigen. Im Rahmen der Akkreditierungsverfahren wird untersucht, welche Leistungen in welcher Qualität angeboten werden. Einrichtungen, die die vorgegebenen Standards erfüllen, werden anerkannt. Übliche Akkreditierungsstandards in der Pflege sind beispielsweise Strukturbenchmarks sowie Standards für Personal und Sicherheit.

Tabelle 2.2. Nutzung von Akkreditierungsstandards in der Pflege

Akkreditierung	Beispiele
Anbieter von Pflegeleistungen müssen akkreditiert sein	England, Spanien, Irland und Frankreich
Akkreditierung ist Voraussetzung für Erstattung oder Auftragsvergabe	Australien, Deutschland, Spanien, Irland, England, Portugal, Vereinigte Staaten
Akkreditierung ist üblich	Schweiz

Quelle: OECD/Europäische Union (2013^[42]).

Personalausstattung

84. Von besonderem Interesse im Pflegesektor sind die Anforderungen in Bezug auf die Personalausstattung (RNAO, 2019^[21]). Obwohl anerkannt wird, wie wichtig eine angemessene Personalausstattung ist, können sowohl im Ländervergleich als auch innerhalb der einzelnen Länder erhebliche Unterschiede im Hinblick auf die Personalbemessung und den Umfang der erbrachten Pflege bestehen. Ausschlaggebend für die Qualität der Pflege ist dabei allerdings nicht nur die Zahl der Pflegekräfte, sondern auch deren Erfahrung (Boscart et al., 2018^[54]).

85. Um die Qualität der Pflege zu verbessern, machen einige Länder Vorgaben im Hinblick auf Zahl und Qualifikation der Beschäftigten. In den Vereinigten Staaten ist beispielsweise vorgeschrieben, dass zertifizierte Pflegeheime an sieben Tagen pro Woche für acht aufeinanderfolgende Stunden mindestens eine examinierte Pflegefachkraft, d. h. eine *registered nurse*, was auch eine Pflegedienstleitung in Vollzeit beinhaltet, sowie je eine *registered nurse* und eine *licensed nurse* für die verbleibenden beiden Schichten beschäftigen müssen (ohne Berücksichtigung der kognitiven Fähigkeiten der Heimbewohner*innen) (Harrington et al., 2012^[55]). Die Voraussetzungen für die Zertifizierung von *registered nurses* und *licensed nurses* variieren je nach Bundesstaat. In Kanada werden Personalstandards auf Provinzebene festgelegt. Drei Provinzen schreiben die Beschäftigung einer *registered nurse* als Pflegedienstleitung vor und in sieben Provinzen muss rund um die Uhr eine *registered nurse* im Dienst sein (Harrington et al., 2012^[55]). In England sehen die Vorschriften vor, dass mindestens 50 % des Pflegeheim-

personals über eine Zertifizierung verfügen müssen. In Deutschland wird derzeit ein wissenschaftlich fundiertes Personalbemessungsinstrument entwickelt und getestet, mit dem eine hinreichende Personalausstattung der stationären Pflegeeinrichtungen sichergestellt werden soll (Kasten 2.2). In Schweden und in Norwegen gelten keine formellen Standards in Bezug auf die Personalausstattung oder den Qualifikationsmix, sodass die Pflegeeinrichtungen die Personalstruktur dort selbst festlegen (Harrington et al., 2012^[55]).

Kasten 2.2. Entwicklung eines Personalbemessungsinstruments in Deutschland

Pflegeheime mit unterschiedlicher Bewohnerschaft haben einen unterschiedlichen Personalbedarf. Beispielsweise benötigen Pflegeheime, die viele Demenzerkrankte betreuen, möglicherweise mehr und zudem fachlich spezifischer ausgebildetes Personal als andere Einrichtungen. Viele bundes- bzw. landesweite Vorschriften bezüglich Personalmengen und Qualifikationsanforderungen berücksichtigen jedoch nicht den spezifischen Bedarf der Pflegeheimbewohner*innen.

Die Personalausstattung und der Qualifikationsmix der Beschäftigten in den Pflegeheimen sind Fragen, mit denen sich die Politik in Deutschland intensiv auseinandersetzt. Die Personalausstattung in deutschen Pflegeheimen wird als zu niedrig betrachtet. Es wird davon ausgegangen, dass dies Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung und die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte in den Pflegeheimen hat.

Die gemeinsame Selbstverwaltung in der Pflege hat daher, einem gesetzlichen Auftrag folgend, die Universität Bremen mit der Entwicklung eines Instruments betraut, das ein bundesweites Personalbemessungsverfahren ermöglichen soll. Ziel ist es, die in den Pflegeheimen erforderlichen Personalmengen und -strukturen zu bestimmen und ein positives Arbeitsumfeld für die Pflegekräfte zu sichern.

Mit diesem Instrument sollen anhand eines analytischen Ansatzes die optimalen Personalmengen und Qualifikationsmixe für die Erbringung einer hochwertigen Pflege ermittelt werden. Berücksichtigt werden dabei 1. die Zahl der bedarfsnotwendigen Interventionen je Heimbewohner*in, 2. die bedarfsgerechte Zeit pro Intervention für die jeweiligen Bewohner*innen und 3. das bedarfsgerechte Qualifikationsniveau der leistungserbringenden Person für diese Intervention. Die ersten Modellierungen lassen darauf schließen, dass für eine optimale Personalausstattung in den Pflegeheimen deutlich mehr Assistenzkräfte, aber nur wenige zusätzliche Pflegefachkräfte benötigt werden.

Quelle: Rothgang, H., M. Fünfstück und T. Kalwitzki (2020^[56]).

Finanzielle Anreize

86. Im OECD-Raum wurden verschiedene ökonomische Instrumente eingeführt, um eine hochwertige Pflege zu fördern. Hierzu zählen qualitätsbezogene Zuschüsse, qualitätsbezogene Vergabe- und Bezahlssysteme (z. B. leistungsbezogene Vergütung) und das öffentliche Vergabewesen. Qualitätsbezogene Zuschüsse sind z. B. in England vorgesehen, wo Anbieter, die in die Fortbildung ihrer Beschäftigten investieren, Anspruch auf staatliche Förderung haben. Dies dient als Anreiz zur Anhebung der Qualifikationen des Personals. Bei der qualitätsbezogenen Auftragsvergabe ist die Finanzierung an Merkmale der Leistungserbringung oder an die Personalausstattung geknüpft. Australien und Japan beispielsweise leisten zusätzliche Vergütungen, wenn bestimmte Standards eingehalten oder übertroffen werden. In Japan beruhen solche zusätzlichen Vergütungen auf der Personalausstattung. In Australien wird die Vergütung erhöht, wenn bestimmte Personalreformen umgesetzt werden.

87. Eine andere Form der qualitätsbezogenen Vergabe ist die leistungsbezogene Vergütung. In den Vereinigten Staaten werden die im Medicare-System auf nationaler Ebene gezahlten Vergütungen für Pflegeheime auf der Grundlage ihrer Ergebnisse in Bezug auf vermeidbare Krankenhauseinlieferungen nach einem Bonus-Malus-System angepasst (Rau, 2018^[57]). Allerdings haben Forschungsarbeiten in den Vereinigten Staaten ergeben, dass leistungsbezogene Vergütungen nicht nur positive Auswirkungen auf die Qualität der Pflegeheime haben (Werner, R., R. Konetzka und D. Polsky, 2013^[58]). In Japan gibt es zurzeit zwei leistungsbezogene Programme für öffentliche Pflegedienste. Im Rahmen des ersten Programms erhalten Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage des Anteils der Pflegebedürftigen, die Rehabilitationsleistungen nach einem Schlaganfall erhalten, einen höheren Vergütungssatz. Ein zweites Programm bietet Anreize für leistungsfähige Pflegeeinrichtungen, die Präventionsmaßnahmen umsetzen (Norton, 2017^[59]).

88. Wirtschaftliche Qualitätsanreize kann auch das öffentliche Vergabewesen setzen. So kann eine öffentliche Vergabestelle beispielsweise die Qualität der Pflege verbessern, indem sie die Angebote nach Qualitätskriterien und die infrage kommenden Anbieter nicht nur nach dem Preis, sondern auch nach der Qualität evaluiert. Abbildung 2.5 enthält weitere Beispiele für wirtschaftliche Instrumente, mit denen OECD-Länder die Qualität der Pflegeleistungen fördern.

Abbildung 2.5. Übersicht über Formen ökonomischer Instrumente, mit denen OECD-Länder die Qualität der Pflege fördern

Art der Maßnahme	Umsetzung
	Top-down
Qualitätsbezogene Zuschüsse , z. B. für Investitionen in hochwertige Infrastruktur, für Zertifizierungen, für Vorhaben zur Verbesserung der Qualität	ENG (Fortbildungsförderung)
Qualitätsbezogene Preisregulierung, Vergütungssysteme , z. B. leistungs-basierte Vergütung, Vergütungs-aufschläge für die Übererfüllung von Standards	AUT (an die Einführung von Qualitäts-managementsystemen geknüpfte Förderung) JPN (Vergütungsaufschlag) AUS (Care Awaiting Placement programme) ENG, US (leistungsbezogene Vergütung – Pflegeheime) AUS (leistungsbezogene Vergütung – Pflegeheime und häusliche Pflege)
Qualitätsbezogene öffentliche Auftragsvergabe , z. B. Qualitätskriterien und ihre Gewichtung im Rahmen der öffentlichen Auftragsvergabe	AUS (Ausschreibungen nach Qualitäts-kriterien nur möglich) ENG

Legende: AUT = Österreich, AUS = Australien, ENG = England, FIN = Finnland, JPN = Japan

Quelle: Gori, C., J. Fernandez und R. Wittenberg (Hrsg.) (2016^[4]).

Kasten 2.3. Das Fünf-Sterne-Programm für Pflegeheime in den Vereinigten Staaten

Die für Medicare und Medicaid zuständigen Stellen (Centers for Medicare and Medicaid Services – CMS) haben das Pflegeheim-Vergleichsportal „Nursing Home Compare“ sowie ein Fünf-Sterne-System für die Bewertung der Qualität von Pflegeheimen (Five-Star Quality Rating System) eingerichtet. Diese Instrumente sollen Pflegebedürftigen, Angehörigen und Pflegepersonen helfen, Pflegeeinrichtungen zu vergleichen, indem sie ihnen z. B. ermöglichen herauszufinden, was ihnen bei der Suche nach einem geeigneten Pflegeheim wichtig ist. Die entsprechenden Informationen werden nicht nur von den Verbraucher*innen genutzt, sondern auch vom Gesundheitssystem. Sie helfen beim Aufbau von Pflegeheim-Netzwerken mit besseren klinischen und finanziellen Ergebnissen.

Das Portal Nursing Home Compare umfasst ein Qualitätsbewertungssystem, bei dem jede Einrichtung eine Bewertung zwischen ein und fünf Sternen erhält. Pflegeheime mit fünf Sternen weisen eine überdurchschnittliche Qualität auf, diejenigen mit einem Stern eine unterdurchschnittliche Qualität. Inzwischen erhalten die Verbraucher auf dem Portal außerdem Warnhinweise über Pflegeheime, in denen mögliche Probleme im Zusammenhang mit Misshandlungen angezeigt wurden.

Für jede Einrichtung gibt es eine Gesamtbewertung anhand der fünf Sterne sowie separate Teilbewertungen für folgende drei Faktoren:

Gesundheitsinspektionen. Von den zuständigen Stellen vor Ort durchgeführte Prüfungen der Einhaltung der Gesundheits- und Sicherheitsanforderungen von Medicare und Medicaid.

Personalausstattung. Die Personalausstattung entspricht der Zahl der Pflegekräfte, die zu einem gegebenen Zeitpunkt jeweils in einer Pflegeeinrichtung verfügbar sind.

Qualitätskennzahlen. Die Kennzahlen für die Qualität der stationären Pflege beruhen auf Evaluierungen durch die Pflegeheimbewohner*innen und Abrechnungsdaten von Medicare.

Das Fünf-Sterne-Ratingsystem beinhaltet zurzeit u. a. folgende Kennzahlen für die Qualität von Pflegeeinrichtungen:

Anzahl der Hospitalisierungen je 1 000 Pflegetage

Ambulante Notfalldienstvisiten je 1 000 Pflegetage

Prozentsatz der Bewohner*innen, die mit Neuroleptika behandelt wurden

Prozentsatz der Bewohner*innen, die aufgrund eines oder mehrerer Stürze schwere Verletzungen erlitten haben

Prozentsatz dekubitusgefährdeter Bewohner*innen mit Dekubitalgeschwüren

Prozentsatz der Bewohner*innen, die unter einer Harnwegsinfektion leiden

Prozentsatz der Bewohner*innen, die einen Blasendauerkatheter gelegt bekommen haben

Prozentualer Anteil der Bewohner*innen, deren Fähigkeit zur eigenständigen Bewegung abgenommen hat

Prozentsatz der Bewohner*innen, deren Assistenzbedarf bei Alltagstätigkeiten gestiegen ist

Prozentsatz der Bewohner*innen, die in der laufenden Grippezeit eine Grippeimpfung benötigt und erhalten haben

Prozentsatz der Bewohner*innen, die eine Impfung gegen Lungenentzündung benötigt und erhalten haben

Prozentsatz der Bewohner*innen, die physisch fixiert wurden

Prozentsatz der Bewohner*innen, die keiner Risikogruppe angehören und eine Stuhl- oder Harninkontinenz entwickelt haben

Prozentsatz der Bewohner*innen, die zu viel Gewicht verloren haben

Prozentsatz der Bewohner*innen, die Depressionssymptome aufweisen

Prozentsatz der Bewohner*innen, die Anxiolytika oder Hypnotika erhalten haben

Quelle: Stefanacci (2019^[60]); CMS (2019^[61]).

2.2.2. Anreize für die einrichtungsübergreifende Koordination der Pflege könnten Qualität und Sicherheit verbessern, sind jedoch unüblich

89. Die Langzeitpflege ist eng mit anderen Teilen des Gesundheitssystems verknüpft. Politikverantwortliche achten zunehmend darauf, dass Akutversorgung und Langzeitpflege richtig genutzt werden und eine Koordination zwischen den verschiedenen Settings stattfindet. Einweisungen gebrechlicher älterer Menschen in Akutversorgungseinrichtungen können problematisch sein. Sie können sich dort weitere Erkrankungen bzw. Krankenhausinfektionen zuziehen, müssen u. U. nötige Untersuchungen und invasive Behandlungen über sich ergehen lassen und finden sich in einer Umgebung wieder, in der sie sich nicht wohl fühlen. Außerdem liegen die Kosten für die Akutversorgung deutlich über den üblichen Kosten für die Langzeitpflege. Die Ergebnisse und die Effizienz von Pflegeeinrichtungen lassen sich verbessern, indem sichergestellt wird, dass Pflegebedürftige zum richtigen Zeitpunkt Zugang zu der für sie jeweils angemessenen Versorgung haben.

90. In mehreren Pilotprojekten wurde versucht, die Koordination zwischen den verschiedenen Settings zu verbessern. Eine in den Vereinigten Staaten durchgeführte Studie ergab, dass finanzielle Anreize zusammen mit Programmen, die die orale oder subkutane Verabreichung kostspieliger Medikamente in Pflegeeinrichtungen ermöglichen, die Zahl der nicht akuten Hospitalisierungen reduzierten (Lagoe et al., 2005^[62]). Auch verschiedene andere organisatorische Maßnahmen haben sich in den Vereinigten Staaten als effektiv erwiesen, um die Zahl der Krankenhauseinweisungen aus Pflege settings zu reduzieren. (Bercaw et al., 2016^[63])

91. In einigen Ländern wurden Programme eingeführt, in deren Rahmen die unteren Versorgungsebenen die Budgetverantwortung für die Patienten tragen und daher finanzielle Anreize haben, die Zahl der vermeidbaren Notfallbehandlungen im Krankenhaus zu verringern. Dies war beispielsweise im Vereinigten Königreich in der Primärversorgung der Fall (Ham et al., 2010^[64]). Einige OECD-Länder prüfen gegenwärtig die Nutzung derartiger Konzepte in der Pflege, um Investitionen in präventive Maßnahmen zu fördern.

Kasten 2.4. Qualitätsindikatoren des Verbands der Pflegefachkräfte von Ontario für Berichterstattung und Evaluierung (Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation)

1999 initiierte der Verband der Pflegefachkräfte von Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario – RNAO) das vom Gesundheitsministerium finanzierte Programm Best Practice Guidelines (BPG), das sich im Wesentlichen auf drei Säulen stützte: Erarbeitung von Leitlinien, aktive Unterstützung ihrer Umsetzung sowie Zugang zu Evaluierungen mittels eines umfangreichen Datensystems (Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation® – NQIRE®) (Grinspun, D. und I. Bajnok, 2018^[65]).

Im Rahmen des BPG-Programms wurde 2008 auch eine ebenfalls vom Gesundheitsministerium finanzierte und vom RNAO geleitete Koordinationsstelle für Best Practices in der Langzeitpflege eingerichtet. Das Programm verbesserte die Qualität der Pflege und die Situation der Pflegeheimbewohner*innen. Außerdem wurde durch die Umsetzung der Best-Practice-Leitlinien eine evidenzbasierte

Verfahrenskultur beim Pflegepersonal vorangetrieben. 2014 initiierte die RNAO eine Ausschreibung speziell für Pflegeheime, die sich um den Titel Best Practice Spotlight Organization (BPSO) bewerben konnten. Inzwischen nehmen an diesem Programm 52 Pflegeheime als BPSO teil, die jeweils eine formelle Vereinbarung über drei Jahre mit dem RNAO geschlossen haben. Während dieser drei Jahre bemühen sich die Pflegeheimleitungen und ihre Beschäftigten, ihre Arbeitskultur evidenzbasiert zu verbessern, indem sie mindestens drei klinische Best-Practice-Leitlinien umsetzen (eine davon organisationsweit) und evaluieren. Der RNAO hat mittlerweile auch BPSO in allen anderen Sektoren. Inzwischen gibt es 550 BPSO in Ontario und rd. 350 in anderen kanadischen Provinzen sowie in 15 anderen Ländern.

Auf politischer Ebene hat der RNAO wiederholt Bedenken darüber geäußert, dass die Zahl der Pflegefachkräfte im Verhältnis zur Bevölkerung in Ontario stetig sinkt, da die Entwicklung der Zahl der Pflegefachkräfte nicht mit dem Bevölkerungswachstum Schritt hält. Im Folgenden werden die vom kanadischen Institut für Gesundheitsinformationen (Canadian Institute for Health Information – CIHI) zur Verfügung gestellten Daten kurz analysiert.

In der nachstehenden Abbildung ist die Entwicklung der Zahl der Pflegefachkräfte (*registered nurses – RN*) im Verhältnis zur Bevölkerungszahl in Ontario und Kanada im Zeitraum 2014-2018 dargestellt. Seit 2014 ist diese Zahl stetig gesunken, von 701 auf 669 Pflegefachkräfte je 100 000 Einwohner. Zudem verfügte Ontario 2018 lediglich über 669 Pflegefachkräfte je 100 000 Einwohner (gegenüber 762 in Kanada insgesamt). Ontario weist das niedrigste Verhältnis Pflegefachkräfte/Gesamtbevölkerung in ganz Kanada auf.

Abbildung: Zahl der Pflegefachkräfte (RN) im Verhältnis zur Bevölkerungszahl in Ontario

Der RNAO unterhält ein robustes Pflegedatensystem, um die BPSO bei der Beobachtung und Evaluierung der Auswirkungen der Umsetzung der Leitlinien zu unterstützen. NQulRE zielt darauf ab, die Evaluierung der Umsetzung der Best-Practice-Leitlinien auf der Grundlage von Indikatoren zur Qualität und zu den Ergebnissen der Pflege zu ermöglichen. Zudem soll der Effekt der Nutzung der BPG auf die Pflegebedürftigen, die Organisationsformen und die Leistung des Gesundheitssystems aufgezeigt werden. BPSO sind verpflichtet, über eine webbasierte Schnittstelle anonymisierte aggregierte Daten zu leitlinienspezifischen, pflegesensiblen Qualitätsindikatoren in NQulRE einzureichen.

Anhand des NQulRE-Datensystems werden verschiedene Indikatoren zur Sicherheit entwickelt, beispielsweise zu Stürzen und Dekubitalgeschwüren. In der nachfolgenden Tabelle sind die NQulRE-Indikatoren aufgeführt, die für diese beiden Bereiche verfügbar sind.

Tabelle: NQuIRE-Indikatoren zu Stürzen und Dekubitalgeschwüren

Best Practice Guidelines	Verfahrensindikatoren	Ergebnisindikatoren
<i>Vermeidung von Stürzen und Verringerung von Verletzungen aufgrund von Stürzen (2017, 4. Ausgabe)</i>	Prozentsatz der Erwachsenen, deren Sturzrisiko geprüft wurde	Sturzrate je 1 000 Erwachsenen-Pflegedage/Pflegevisiten
	Prozentsatz der sturzgefährdeten Erwachsenen, für die eine Beurteilung durchgeführt wurde	Prozentsatz der Erwachsenen, die in den vorangegangenen 30 Tagen gestürzt sind
	Prozentsatz der Erwachsenen, die mehrfach gestürzt sind, multiple Risikofaktoren aufweisen und/oder komplexe Bedarfe haben und für die eine weitergehende Beurteilung durchgeführt werden muss	Prozentsatz der Stürze, die zu einer Verletzung führten
	Prozentsatz der Erwachsenen, für die nach einem Sturz eine Beurteilung durchgeführt wurde	
	Prozentsatz der Gesundheitskräfte, die in allgemeiner Sturzprävention geschult wurden	
<i>Untersuchung und Versorgung von Dekubitalgeschwüren (DG) für das interdisziplinäre Team (2016, 3. Ausgabe)</i>	Prozentsatz der Personen mit DG, bei denen das Risiko der Entwicklung weiterer DG evaluiert wurde	Prozentsatz der Pflegebedürftigen, die bei Pflegebeginn bereits ein DG aufwiesen
	Prozentsatz der Pflegebedürftigen mit einem neu festgestellten DG im Stadium II bis IV, bei denen zu Beginn der Pflege eine Beurteilung durchgeführt wurde	Anteil der Pflegebedürftigen, die ein neues DG entwickelt haben, je 1 000 Pflegedage/Pflegevisiten
	Prozentsatz der Pflegebedürftigen mit einem neuen oder bereits vorhandenen DG, für die ein individueller Pflegeplan erarbeitet wurde	Prozentsatz der Pflegebedürftigen, deren DG im Stadium II bis IV sich verschlimmerte
	Prozentsatz der Pflegebedürftigen mit DG, die mit einem Druckverteilungs-/entlastungsgerät ausgestattet wurden	Prozentsatz der Pflegebedürftigen mit DG, deren Zustand sich nach 2 bis 4 Wochen verbesserte

Quelle: Doris Grinspun, Shanoja Naik und Megan Bamford.

Nähere Einzelheiten zum BPSO-Programm können unter <https://rnao.ca/bpg/bpsa>, zu NQuIRE unter <https://rnao.ca/bpg/initiatives/nquire> abgerufen werden.

2.2.3. Es gibt gesetzliche Regelungen zur Wahrung des Rechts auf Selbstbestimmung

92. Das Recht auf Selbstbestimmung in der Pflege wird häufig durch gesetzliche Regelungen auf nationaler oder subnationaler Ebene geschützt. Ein Beispiel hierfür ist das System zur Förderung der Selbstbestimmung und Hilfe für Pflegebedürftige (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia – SAAD) in Spanien, das den betroffenen Personen die Möglichkeit geben soll, weiter in ihrer gewohnten Umgebung zu leben, und das Standards in Bezug auf Qualität und Barrierefreiheit setzt (Peña-Longobardo et al., 2016^[66]). Das 1988 verabschiedete Zusatzprotokoll zur Europäischen Sozialcharta enthält eine Bestimmung zum sozialen Schutz älterer Menschen, die von zwanzig Mitgliedstaaten angenommen wurde. Die Unterzeichnerstaaten verpflichten sich, älteren Menschen ein eigenständiges Leben in ihrer gewohnten Umgebung zu ermöglichen, solange sie dies wollen und können, und ihnen angemessene gesundheitliche Versorgung zu bieten. Ältere Menschen, die in stationären Einrichtungen leben,

sollen nach dieser Bestimmung angemessene Unterstützung unter Achtung ihres Privatlebens erhalten und an der Festlegung ihrer Lebensbedingungen beteiligt werden (Muižnieks, 2018^[67]).

2.2.4. Richtig genutzt können neue Technologien Möglichkeiten zur Verbesserung der Pflege eröffnen

93. Innovative Ansätze zur Versorgung von Pflegebedürftigen können zu Kostensenkungen und Effizienzsteigerungen in der Pflege führen. Neue Technologien sind ein solcher Ansatz, allerdings ist im Vergleich zur Akutpflege oder zur Versorgung in Gemeindefestsetzungen bisher kaum erforscht, welchen Nutzen sie in der stationären Pflege bringen könnten.

94. Der Großteil der entwickelten Technologien zielt darauf ab, die Arbeit des Pflegepersonals zu erleichtern, die Fernpflege zu unterstützen und Disease Management sowie Selbstmanagement zu ermöglichen. Zu den Assistenztechnologien zählen Sensoren, die im Rahmen der häuslichen Pflege verwendet oder in Pflegeheimen installiert werden, sowie Technologien, die die Medikamentenverwaltung – d. h. Ausgabe, Aufzeichnung und Einnahme – unterstützen (Colombo et al., 2011^[50]). Diese Technologien unterstützen das Personal bei der Überwachung ihrer Pflegepatient*innen und machen die Pflege dadurch effizienter. Manche Fernüberwachungssysteme sind in der Lage, verschiedene Gesundheitsparameter zu überwachen. Sie können Gesundheitsdaten wie z. B. Körpertemperatur, Blutdruck und andere Vitalparameter erheben und zur Beobachtung und Auswertung an andere Orte senden (Europäische Kommission, 2015^[68]). In Norwegen und den Niederlanden hat der Einsatz von Kameras und Sensoren in Pflegeheimen die Zahl der Notfallbehandlungen gesenkt und den Personalbedarf verringert (OECD, 2020^[69]). Auch die Telemedizin erweitert die Möglichkeiten für die Fernpflege. Solche Systeme ermöglichen eine teamübergreifende Kommunikation (z. B. zwischen Pflegeheim und Krankenhaus), unterstützen die Eigenständigkeit der Pflegeanbieter und ermöglichen es den Pflegekräften, Pflegebedürftige an unterschiedlichen Orten zu betreuen.

95. Auch Technologien zum Selbstmanagement werden relativ häufig genutzt, um älteren Menschen ein unabhängigeres Leben zu ermöglichen. Dies können u. a. technische Assistenzsysteme (einschließlich Assistenzroboter), Kommunikationsgeräte, Smart-Home-Technologien und technologiegestützte medizinische Versorgung sein (Europäische Kommission, 2015^[68]). Die technologische Modernisierung des Pflegesektors kann Produkte und Dienstleistungen umfassen, die den Pflegebedürftigen bei Alltagstätigkeiten helfen, ihre Wahlmöglichkeiten vergrößern, ihnen mehr Selbstbestimmung und Würde ermöglichen und die Lebensqualität in Pflegeeinrichtungen verbessern (Tak, S., L. Benefield und D. Mahoney, 2010^[70]). Zudem erhöhen einige Technologien nicht nur die Produktivität der Pflegefachkräfte und die Versorgungsqualität, sondern gestatten auch Einsparungen für das öffentliche Pflegewesen (Europäische Kommission, 2015^[68]).

2.2.5. Politische Impulse können ein wichtiger Faktor für die Verbesserung der Sicherheit in der Pflege sein

96. Die Sicherheit in der Pflege ist für die Politikverantwortlichen von großem Interesse, wie aus Abbildung 2.6 hervorgeht. Eine in OECD-Ländern durchgeführte Erhebung ergab, dass der Effektivität der Pflege und der Patientensicherheit (u. a. im Hinblick auf unerwünschte Ereignisse und Medikationsfehler) höchste Priorität beigemessen wird. Als weitere prioritäre Anliegen wurden die Patientenorientierung, die Koordinierung der Pflege und die Personalausstattung genannt. Eine 2013 durchgeführte Studie von 25 OECD-Ländern ergab, dass alle untersuchten Länder über Rechtsvorschriften verfügten, in denen die Grundsätze einer angemessenen und sicheren Pflege festgelegt waren. Die Rechtsetzung ist eines von vielen Instrumenten, mit denen sichergestellt werden soll, dass ältere Menschen eine angemessene und

hochwertige Versorgung erhalten und an der Auswahl und Kontrolle der ihnen zuteilwerdenden Pflege beteiligt werden (OECD/Europäische Union, 2013^[42]).

Abbildung 2.6. Effektivität und Patientensicherheit haben für die Qualität der Langzeitpflege in den OECD-Ländern höchste Priorität, 2012

Anmerkung: Berücksichtigt wurden Antworten aus 24 Ländern.

Quelle: OECD/Europäische Union (2013^[42]).

2.2.6. Die organisatorische Führung und Kultur auf institutioneller Ebene ist ein entscheidender Faktor für eine sichere Pflegeumgebung

97. In Pflegeeinrichtungen kommt es entscheidend auf Management- und Führungskompetenzen an, um die Qualität der Pflege zu verbessern. Pflegeeinrichtungsleitungen sehen sich zahlreichen Herausforderungen gegenüber, darunter zunehmende Qualitätsansprüche, verschiedene Präferenzen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie finanzielle Sachzwänge und Personalengpässe (Dana, B. und D. Olson, 2007^[71]). Trotz dieser Herausforderungen können die Leitungen von Pflegeeinrichtungen die Organisations- und Sicherheitskultur in der Pflege beeinflussen und verbessern. Die Leitungen sind für die Gestaltung und Verwaltung der Systeme zuständig, die über lange Zeiträume hinweg eine durchgehend hochwertige Pflege für sehr gebrechliche Menschen gewährleisten müssen. Jede Entscheidung kann die Erbringung qualitativ hochwertiger Pflege beeinflussen. Ein wichtiges Beispiel hierfür ist die Personaleinteilung. Im Gegensatz zu vielen anderen Aspekten der Gesundheitsversorgung wird die Langzeitpflege häufig von Arbeitskräften erbracht, die nur eine begrenzte medizinische Ausbildung und Erfahrung besitzen. Forschungsergebnissen aus Norwegen zufolge steht ein höherer Anteil an Pflegekräften ohne Fachausbildung in Pflegeheimen in einem

umgekehrten Zusammenhang mit der Qualität der Pflege (Havig et al., 2011^[72]). Pflegeheimleitungen müssen mit knappen Budgets für eine geeignete Personalausstattung sorgen, um den Bedarf der Pflegebedürftigen effizient und effektiv zu decken.

98. Die Pflegekräfte, die die Pflegebedürftigen direkt versorgen, und die Einrichtungsleitungen haben oft unterschiedliche Vorstellungen von Führungsaufgaben und Verbesserungsmethoden. In einer Studie gab das Leitungspersonal an, dass die häufigsten Hemmnisse für die Erbringung einer hochwertigen Pflege mit der Anwerbung geeigneter Pflegekräfte und der angemessenen Ausbildung und Vorbereitung der eingestellten Kräfte zusammenhängen. Das Pflegepersonal gab wiederum an, dass Hemmnisse vor allem Führungsaspekten im Hinblick auf Arbeitsverteilung, Unterstützung und Mittel – bzw. physische Unterstützung – zuzuschreiben sind (Chu et al., 2015^[73]). Studien zur Leitung von Pflegeheimen in Norwegen ergaben, dass ein aufgabenorientierter Managementstil, der darin besteht, klare Vorgaben zu Arbeitsverfahren und -regeln zu machen und die Erledigung der Aufgaben zu verfolgen, mit einer höheren Qualität der Pflege einhergeht (Havig et al., 2011^[72]). Einige Methoden resultieren in einer besseren Führungsleistung und erhöhen die Sicherheit der Pflege in der Praxis. So haben Pflegeeinrichtungen in den Niederlanden beispielsweise Verfahren wie WalkRounds eingerichtet, bei denen die Einrichtungsleitungen sicherheitsbezogene Aspekte in der Einrichtung gegenüber dem Pflegepersonal informell ansprechen und ihre Unterstützung für empfehlenswerte Vorgehensweisen in diesem Bereich zum Ausdruck bringen (van Dusseldorp et al., 2014^[74]).

2.2.7. Governance für Sicherheit in der Pflege – der Weg nach vorn

99. Ein Grundaspekt der Pflege ist die Sicherheit. **Pflegebedürftige, Pflegepersonal und Besucher*innen sollten sich in Pflegeeinrichtungen sicher fühlen.** Wenn aus Sicht einer dieser Gruppen Sicherheitsmängel bestehen, ist das System nur eingeschränkt in der Lage, eine hochwertige Pflege zu bieten und ein sinnvolles soziales Engagement zu fördern.

100. Wenn die Sicherheit der Bewohner*innen in Pflegeeinrichtungen nicht gewährleistet ist, handelt es sich um ein Systemversagen. Es ist die Aufgabe der zuständigen staatlichen Stellen sicherzustellen, dass in den Pflegeeinrichtungen Sicherheitsstandards gelten und die Pflegebedürftigen dort keinen Schaden erleiden. Dies ist besonders wichtig, da ältere Menschen, die in Pflegeheimen leben, u. a. aufgrund ihres Alters, ihrer Behinderungen und des Nachlassens ihrer kognitiven Fähigkeiten besonders vulnerabel sind, wie in Abschnitt 1.2.2 beschrieben. Um Pflegeeinrichtungen besser in die Lage zu versetzen, ihre Bewohner*innen sicher zu versorgen, bedarf es Informationen über die Ergebnisse der Systeme in Bezug auf die Patientensicherheit. Auf dieser Grundlage lässt sich erkennen, in welchen Bereichen Verbesserungen erfolgen können. Gegenwärtig verfügen zahlreiche Länder über keine adäquaten Sicherheitsstandards für Pflegeheime und sonstige Pflegesettings (Spasova et al., 2018^[53]). Sicherheitsstandards, einschließlich solcher, die für Akkreditierungsverfahren gelten, sind entscheidende Instrumente, um die Einhaltung von Mindeststandards in Bezug auf Mitarbeitende (Personalschlüssel und Qualifikationen), Infrastruktur, Lebensumfeld und Qualität zu gewährleisten, auch wenn diese Standards in der Pflege nach wie vor oft unterentwickelt sind (Spasova et al., 2018^[53]).

101. Standards allein genügen indessen nicht, ihre Einhaltung muss auch in geeigneter Weise gemessen und durchgesetzt werden. In den meisten Ländern wird die Einschätzung der Sicherheit in der Pflege durch Personal und Pflegebedürftige z. B. nicht regelmäßig erfasst. Es gibt zwar Instrumente, um das Pflegeumfeld zu beurteilen und zu verbessern. Diese werden aber nicht auf breiter Ebene bzw. systematisch eingesetzt. In den vergangenen Jahrzehnten wurde zunehmend erkannt, wie wichtig es ist, die Patientensicherheitskultur zu messen. Desgleichen **sollte auch die Sicherheitskultur in den Pflegeheimen systematisch gemessen werden – und zwar sowohl aus Sicht der Pflegebedürftigen als auch aus Sicht der**

Pflegenden. Dies ist entscheidend, um die Pflege zu verbessern und unerwünschte Ereignisse zu verhindern.

102. Neben einer besseren Datenerhebung könnten auch finanzielle Anreize und Governancemodelle, die der Prävention Vorrang vor der nachträglichen Fehlerbehebung geben, besser genutzt werden. Versuche zur Eindämmung der Kosten im Pflegewesen können unbeabsichtigt zu Risiken für die Sicherheit und Qualität der Pflege führen. Ist dies der Fall, werden potenzielle Einsparungen möglicherweise durch die Kosten sicherheitsrelevanter Ereignisse zunichtegemacht (sowohl in der Pflege selbst als auch infolge von Einweisungen in Krankenhäuser oder andere Akutversorgungseinrichtungen).

103. Die Finanzierungstrends deuten auf einen Anstieg der Pflegeaufwendungen hin. Sowohl vom öffentlichen als auch vom privaten Sektor werden dabei erhebliche Mittel bereitgestellt. Obwohl die Kosten der Langzeitpflege dringend unter Kontrolle gebracht werden müssen, werden innovative Governancemodelle relativ selten auf breiter Ebene umgesetzt. Das Gleiche gilt für systematische Anreize zur Förderung der Koordination der Pflege. Es könnte mehr getan werden, um Maßnahmen und Verfahren umzusetzen, die Sicherheitsmechanismen auf der Basis von Erkenntnissen und Risikobewertungen Vorrang geben und somit über die reine Fehlerkontrolle hinausgehen. Von Erfolgsbeispielen können Pflegeheime mindestens ebenso viel lernen wie von der Fehlererkennung und -beseitigung im Einzelfall.

104. Auch wenn die bereits eingeleiteten Initiativen u. U. von begrenzter Reichweite sind bzw. noch nicht ausgedehnt wurden, bieten sie doch großes Potenzial zur Verbesserung der Sicherheit und Qualität der Pflege. Es gibt zahlreiche innovative Modelle, von gesetzlichen Vorgaben bezüglich der Personalausstattung und Best-Practice-Leitlinien bis hin zu fortschrittlichen Akkreditierungsstandards, mit denen sich die Qualität und Sicherheit der Pflege effektiv verbessern lassen. Auch als Lerngemeinschaften bieten Pflegeeinrichtungen großes Potenzial. Hierfür bedarf es jedoch Führungskompetenz und Unterstützung. Darüber hinaus sind auch Maßnahmen zur Förderung der Rechenschaftspflicht in Bezug auf die Versorgung der Bewohner*innen bzw. Patient*innen von Pflege- und Akutversorgungseinrichtungen gut geeignet, um die Sicherheit und die Qualität der Pflegeleistungen zu verbessern.

3

Pflegeversorgung und Pflegekräfte

105. Die Fachkräftesicherung ist eine der dringlichsten Herausforderungen im Pflegesektor. Arbeitskräfteengpässe sind dabei nicht das einzige Problem. Es gibt auch erhebliche Diskrepanzen zwischen den in der Pflege erbrachten Leistungen und den Kompetenzen der Pflegekräfte. Während sich das Gesundheitsprofil und der Grad der Pflegebedürftigkeit der Pflegeheimbewohner*innen verändert haben, ist die Zahl der Beschäftigten und deren Kompetenzmix weitgehend unreguliert und unverändert geblieben.

106. Mittlerweile hat sich eine Lücke zwischen den Kapazitäten, den Kompetenzen und der Nachfrage herausgebildet. Viele Pflegeeinrichtungen funktionieren inzwischen wie Kleinstkrankenhäuser. Daher sind Investitionen in angemessen qualifiziertes Personal von entscheidender Bedeutung, um die Sicherheit der Pflegeheimbewohner*innen zu gewährleisten. Solche Investitionen sind zwar mit Kosten verbunden, können jedoch Einsparungen in Krankenhäusern ermöglichen, die ein wesentlich größerer Kostenpunkt sind. Die Aufwendungen für die Langzeitpflege sollten unbedingt im Kontext des gesamten Gesundheitssystems und insbesondere in Relation zur Versorgung im Krankenhaus betrachtet werden.

3.1. Übersicht über die Herausforderungen in der Pflege

3.1.1. Durch die Entwicklungen in der Pflege haben sich sowohl die Profile der Pflegebedürftigen als auch des Pflegepersonals verändert

107. In der Vergangenheit erfolgte die Pflege in den meisten Ländern in institutionellen Settings. Hierzu gehörten z. B. medizinische Einrichtungen, Rehabilitationseinrichtungen, spezialisierte soziale Einrichtungen und Sozialfürsorgeeinrichtungen mit Heimunterbringung.

108. Seit einigen Jahrzehnten setzen viele Länder im Bereich der Langzeitpflege auf „Deinstitutionalisierungsstrategien“ und fördern die häusliche Pflege, um der Präferenz älterer Menschen Rechnung zu tragen, im Alter zu Hause zu leben, und zugleich die Pflegeaufwendungen einzudämmen. Trotz der in vielen Ländern zu beobachtenden Deinstitutionalisierungstendenzen entfällt der Großteil des Pflegepersonals in den meisten Ländern nach wie vor auf Pflegeeinrichtungen. Neben der Verbesserung der häuslichen Pflegeleistungen fördern diese Länder auch die Nutzung von Gemeinschaftseinrichtungen wie z. B. Hospizen für Erkrankte im Endstadium, Tagespflegezentren und Behindertenheimen. Über die Hälfte der Länder hat damit begonnen, die Pflege von den stationären Einrichtungen in das Lebensumfeld der Betroffenen zu verlagern.

109. Diese Politik entspricht zwar dem Wunsch älterer Menschen, möglichst lange zu Hause zu leben, die Umsetzung solcher Maßnahmen stellt den Pflegemarkt jedoch vor neue Herausforderungen. Die Länder müssen insbesondere das Angebot von Arbeitskräften für die häusliche Pflege ausweiten. Außerdem müssen sie sicherstellen, dass die Pflegeheime für die damit einhergehende Veränderung des Profils der Bewohner*innen gerüstet sind (die stärkere

Behinderungen aufweisen werden). Um den Pflegebedarf zu Hause und in Einrichtungen zu decken, bedarf es zunehmend hochqualifizierter Pflegefachkräfte.

Abbildung 3.1. Trends bei den Langzeitpflegeplätzen in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern, 2007-2017 (oder nächstverfügbares Jahr)

1. Die Daten für 2007 beziehen sich auf 2011.

Quelle: OECD Health Statistics 2019.

110. Die Personalmodelle in der Pflege sind zu einem immer wichtigeren Faktor avanciert, den es in der Pflegepolitik zu berücksichtigen gilt. Dabei steht zunehmend die Frage im Fokus, wer welche Pflegeleistungen erbringt und welche Qualifikationen dafür erforderlich sind. Die Einrichtungen unterscheiden sich im Hinblick auf das von ihnen beschäftigte Personal, angefangen von Ärzt*innen bis hin zu Pflegeassistent*innen. Die Pflegeeinrichtungen lassen sich nach dem Personalmodell bzw. nach der internen Verfügbarkeit der verschiedenen Personal-kategorien klassifizieren.

Tabelle 3.1. Einrichtungstypen in sechs Ländern

	Typ 1: Einrichtungen mit internen Ärzt*innen, Pflegefachkräften und Pflegeassistent*innen	Typ 2: Einrichtungen mit internen Pflegefachkräften und Pflegeassistent*innen und externen Ärzt*innen	Typ 3: Einrichtungen mit internen Pflegeassistent*innen und externen Pflegefachkräften und Ärzt*innen
Belgien		X	
Niederlande	X	X	
Ver. Königreich		X	X
Finnland		X	
Italien	X	X	
Polen	X	X	

Quelle: Honinx et al. (2019_[10]).

111. Tabelle 3.1 zeigt die verschiedenen Personalmodelle in sechs Ländern. In allen sechs Ländern gibt es Einrichtungen mit internen Pflegefachkräften und Pflegeassistent*innen sowie externen Ärzt*innen, Einrichtungen mit internen Ärzt*innen dagegen in weniger Ländern. Im

Vereinigten Königreich findet man darüber hinaus auch Modelle, bei denen sowohl die Pflegefachkräfte als auch die Ärzt*innen Einrichtungen extern betreuen und nur die Pflegeassistent*innen intern beschäftigt sind (Honinx et al., 2019^[10]).

Kasten 3.1. Das Zuhause als Pflegesetting

Viele Pflegebedürftige werden bei sich zu Hause gepflegt und nicht in einer Einrichtung wie z. B. einem Pflegeheim. Zwischen 2007 und 2017 erhöhte sich der Anteil der Pflegebedürftigen, die zu Hause gepflegt werden, in den OECD-Ländern um 4 Prozentpunkte (von 64 % auf 68 %); den höchsten Anstieg verzeichneten Portugal, Australien, Schweden, Deutschland und die Vereinigten Staaten (OECD, 2019^[2]). Häusliche Pflege ist allgemein üblich. In Dänemark erhalten 20 % der Bevölkerung häusliche Pflegeleistungen (Fjordside, S. und A. Morville, 2016^[7]). In den Vereinigten Staaten nehmen mehr als 2 Millionen Pflegebedürftige jährlich häusliche Pflege in Anspruch (Ellenbecker et al., 2008^[75]). Die häusliche Pflege kann vielfältige Formen annehmen, wobei das Spektrum von informeller Pflege bis zur häuslichen Krankenhauspflege reicht. Weitere Kategorien häuslicher Pflege sind z. B. formelle Pflegeleistungen, qualifizierte Gesundheitsleistungen und die Primärversorgung zu Hause. (Lee et al., 2016^[76]) Der größte Anteil der Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege entfällt auf die niedrigsten Pflegestufen und der geringste Anteil auf die intensivste Pflege, die häusliche Krankenhauspflege. Letztere umfasst eine komplexe und intensive Versorgung, ohne die eine Aufnahme ins Krankenhaus erforderlich wäre (Chevreul et al., 2004^[77]).

Abbildung 3.2. Pflegebedürftige ab 65 Jahren in häuslicher Pflege, 2007 und 2017 (oder nächstverfügbares Jahr)

Quelle: OECD (2019^[2]).

Das Zuhause ist ein vollkommen individuelles Pflegesetting, dessen wichtigste Merkmale die darin lebende Person bestimmt; im Gegensatz zu anderen medizinischen Settings, in denen die medizinische Versorgung die Hauptfunktion ist, ist sie hier nur einer von mehreren Aspekten. Mit Blick auf die Gewährleistung der Patientensicherheit und der Ergebnisqualität stellen sich einige besondere Herausforderungen, die durch verschiedene Merkmale der häuslichen Pflege bedingt sind: die hohe Eigenständigkeit der Pflegebedürftigen, das Selbstmanagement in der Pflege sowie die durch Angehörige oder andere informelle Pflegekräfte erbrachten Pflegeleistungen und die einzigartige Individualität der häuslichen Umgebung (Ellenbecker et al., 2008^[75]). Die Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege unterscheiden sich erheblich von jenen in Pflegeeinrichtungen. So ergab beispielsweise eine Studie aus Chinesisch Taipei, dass Pflegebedürftige in Pflegeeinrichtungen über ein geringeres Bildungsniveau verfügen, mit größerer Wahrscheinlichkeit alleinstehend sind, weniger Familienangehörige haben und eine höhere Prävalenz von Darminkontinenz und Demenz sowie stärkere Behinderungen aufweisen als Personen, die zu Hause gepflegt werden (Wu et al., 2014^[78]).

Da die Pflege im eigenen Zuhause erfolgt, haben die Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege häufig ein größeres Mitspracherecht im Hinblick darauf, wie und ob gepflegt wird, als die Pflegebedürftigen in klinischen oder institutionellen Settings. Dabei decken sich die individuellen Präferenzen möglicherweise nicht mit den evidenzbasierten Verfahrensweisen, und die Selbstständigkeit kann manchmal den im Hinblick auf die Patientensicherheit oder die klinische Versorgung empfehlenswerten Praktiken zuwiderlaufen. Die Versorgung zu Hause erfolgt in einem Umfeld, auf das klinisches Personal kaum Einfluss hat. Die strukturellen und umgebungsbedingten Sicherheitsrisiken können möglicherweise nicht kontrolliert werden, wodurch sich das Risiko damit zusammenhängender unerwünschter Ereignisse erhöht.

Die Beschäftigung in der häuslichen Pflege unterscheidet sich erheblich von jener im Krankenhaus. Pflegefachkräfte in der häuslichen Pflege und andere Pflegepersonen arbeiten häufig allein und werden von einer zentralen Stelle koordiniert. Die Pflegefachkräfte haben bei ihrer Arbeit nur begrenzt Kontakt zu Ärzt*innen, die sich oft auf sie verlassen, wenn es darum geht, die Pflegebedürftigen zu untersuchen und Pflegeanweisungen weiterzugeben. Die professionellen Pflegekräfte müssen sich dabei häufig mit informellen Pflegepersonen abstimmen, denen gegenüber sie nicht weisungsbefugt sind, sodass sie auf die Qualität der von ihnen erbrachten Pflege nur begrenzten Einfluss haben (Ellenbecker et al., 2008^[75]).

Verglichen mit Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen ist die Prävalenz unerwünschter Ereignisse in der häuslichen Pflege relativ wenig erforscht. Die vorhandenen Forschungsarbeiten lassen jedoch darauf schließen, dass Sicherheitsprobleme weit verbreitet sind. Eine in Kanada durchgeführte Forschungsarbeit zeigte, dass mehr als 13 unerwünschte Ereignisse je 100 häusliche Pflegefälle auftreten – die meisten davon im Zusammenhang mit Stürzen oder unerwünschten Arzneimittelereignissen (Sears et al., 2013^[79]). Eine weitere diesbezügliche Studie kam zu dem Ergebnis, dass die Mehrheit der unerwünschten Ereignisse auf Handlungen der Betroffenen selbst zurückzuführen war, gefolgt von Handlungen von Pflegefachkräften und informellen Pflegepersonen (Blais et al., 2013^[80]). Forschungsarbeiten aus Schweden lassen darauf schließen, dass das Problem noch größer ist; dort traten in 37 % der untersuchten Fälle häuslicher Pflege unerwünschte Ereignisse auf (Schildmeijer et al., 2018^[81]).

3.2. Qualifikationen und Kompetenzen der Pflegekräfte

112. Weniger als ein Viertel der Langzeitpflegekräfte im OECD-Raum verfügt über einen Hochschulabschluss (vgl. Abbildung 3.3). Dies lässt sich durch die Tatsache erklären, dass es sich im Durchschnitt der OECD-Länder bei 70 % des Pflegepersonals um Pflegehilfskräfte bzw. Betreuungskräfte handelt. In einigen Ländern (Estland, Finnland, Korea, Israel und Schweden) sind es sogar bis zu 90 %. Lediglich Deutschland, Ungarn und die Schweiz verfügen über mehr Pflege- als Betreuungskräfte. Nur in sehr wenigen Ländern müssen Betreuungskräfte gegenwärtig ein Mindestbildungsniveau, eine Zulassung und/oder eine Zertifizierung vorweisen. Aber auch wenn die in der Pflege tätigen Kräfte zum überwiegenden Teil geringer qualifiziert sind, entfällt doch ein erheblicher Teil ihrer Zeit auf die Ausführung von Aufgaben, die komplexer als die Grundpflege sind. Die geringer qualifizierten Kräfte verfügen jedoch nicht immer über das hierfür nötige Wissen und die entsprechende Ausbildung, was die Versorgungsqualität beeinträchtigen kann.

Abbildung 3.3. Langzeitpflegekräfte nach Bildungsniveau, 2016

Anmerkung: Die Daten der EU-Arbeitskräfteerhebung beruhen auf der ISCO-Klassifikation (4-stellige Ebene) und der NACE-Klassifikation (2-stellige Ebene). 1. Die Daten wurden auf Basis der 3-stelligen ISCO- und der 2-stelligen NACE-Ebene berechnet. 2. Die Daten sind mit Vorsicht zu interpretieren, da die Stichproben klein sind.

Quelle: OECD (2019)^[2].

113. Für die Altenpflege werden immer häufiger fortgeschrittene Kompetenzen benötigt, insbesondere in der stationären Pflege. Der Pflegebedarf wird zunehmend komplexer, und die Arbeitskräfte sind oft nur unzureichend ausgebildet für die Aufgaben, die sie übernehmen müssen (OECD, 2020^[69]). Am häufigsten weisen die Pflegekräfte Qualifikationslücken in folgenden Bereichen auf: Kenntnisse über geriatrische Erkrankungen (Demenz, Gebrechlichkeit usw.), Sicherheit bei der Pflege und beim Heben bzw. Umlagern von Pflegebedürftigen, Pflegebedarf nach der Entlassung aus dem Krankenhaus, Stressbewältigung, Beziehungsmanagement im Hinblick auf die Pflegebedürftigen und ihr informelles Versorgungsnetzwerk, Krisenmanagement, Rechtsfragen, Trauerbewältigung, Prävention von Behinderungen und Nutzung neuer Technologien.

3.2.1. Private Pflegedienste dürften an Bedeutung gewinnen

114. Dank der staatlichen Förderung ihrer Dienste kommen neue Anbieter auf den Markt. Ihr Geschäftsmodell beruht häufig darauf, ältere Menschen bei der Beantragung öffentlicher Pflegebeihilfen zu unterstützen, um die Kosten der von ihnen angebotenen Pflegeleistungen zu senken. Die zunehmende Bedeutung dieser privaten Unternehmen wirft Fragen bezüglich der Privatisierung der Pflege auf. Da der Druck auf die öffentlichen Haushalte wächst und Angehörige seltener für die Pflege zur Verfügung stehen, ist davon auszugehen, dass der private Sektor in Zukunft eine immer wichtigere Rolle in der Pflege spielen wird, da er die Lücken schließt, die im öffentlichen Pflegewesen entstehen.

3.2.2. Die informelle Pflege deckt einen großen Teil des Langzeitpflegebedarfs

115. In den OECD-Ländern sind Familie und Freunde die wichtigsten Versorgungsquellen für Menschen mit Langzeitpflegebedarf. Im Durchschnitt der OECD-Länder, für die Daten verfügbar sind, erbringen rd. 13 % der Menschen ab 50 Jahren eigenen Angaben zufolge mindestens einmal wöchentlich informelle Pflegeleistungen. Der Anteil der Personen im Alter von 50 Jahren und darüber, die Pflegebedürftige informell versorgen, beträgt in der Tschechischen Republik, Österreich, Belgien, dem Vereinigten Königreich, Frankreich und Deutschland nahezu 20 %, in Portugal, Schweden, Polen, den Vereinigten Staaten, Irland und Griechenland hingegen weniger als 10 %. Auch die Pflegeintensität variiert. Am geringsten ist der Anteil informeller Pflegekräfte, die täglich Pflegeleistungen erbringen, in Schweden, Griechenland, der Schweiz, Dänemark und den Niederlanden. In den meisten dieser Länder ist der formelle Pflegesektor gut entwickelt und die öffentliche Pflege deckt den Bedarf umfassend ab.

Abbildung 3.4. Anteil der informellen Pflegepersonen in der Bevölkerung ab 50 Jahren, 2017 (oder nächstverfügbares Jahr)

1. Vereinigtes Königreich bezieht sich auf England. Der Begriff informelle Pflegepersonen ist in den verschiedenen Erhebungen unterschiedlich definiert (vgl. Definition und Vergleichbarkeit). 2. Im Vereinigten Königreich und in den Vereinigten Staaten werden informelle Pflegepersonen auf Wochenbasis berücksichtigt. 3. In Australien werden alle informellen Pflegepersonen zusammen erfasst.

Quelle: Health at a Glance.

116. Die Tatsache, dass sich in Ländern mit besser entwickelten formellen Pflegesystemen weniger Menschen täglich um Pflegebedürftige kümmern, lässt den Schluss zu, dass zwischen informeller und formeller Pflege eine Substitutionsbeziehung besteht. Da die Familien kleiner werden, die geografische Mobilität zunimmt und die Erwerbsquote der Frauen steigt, besteht das Risiko, dass in Zukunft weniger Menschen willens und in der Lage sind, informelle Pflegeleistungen zu erbringen. Dies könnte zusammen mit den Effekten der Bevölkerungsalterung zu einer höheren Nachfrage nach professionellen Pflegeleistungen führen. Die öffentlichen Pflegesysteme benötigen angemessene Ressourcen, um die steigende Nachfrage zu decken und zugleich die Zugänglichkeit, Sicherheit und Qualität der Pflege zu wahren.

3.3. Arbeitsbedingungen in der Pflege, Gesundheit und Sicherheit der Arbeitskräfte

117. Pflegekräfte in der Langzeitpflege sind mit sowohl physisch als auch psychisch anspruchsvollen Arbeitsbedingungen konfrontiert, die sie nur begrenzt beeinflussen können. Die Arbeitsbelastung ist hoch und die Personalausstattung oft unzureichend. Nur in sehr wenigen Ländern müssen Langzeitpflegekräfte über ein Mindestbildungsniveau, eine Zulassung und/oder eine Zertifizierung verfügen. Trotz geringer medizinischer Qualifikationen, Kenntnisse und Schulungen müssen Pflegekräfte häufig komplexe, medizinisch ausgerichtete Tätigkeiten ausführen. Dies kann sich auf die Qualität der Versorgung auswirken (OECD, 2019^[2]).

118. In den Vereinigten Staaten gilt der Pflegeheimsektor in Bezug auf anerkannte Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten als der zweitgefährlichste (Zhang et al., 2011^[82]). Die Arbeitskräfte sind im Zusammenhang mit der Lagerung, dem Transfer und dem Umsetzen von Patient*innen beträchtlichen körperlichen Belastungen ausgesetzt. Zudem betreuen Pflegekräfte häufig komplexe Fälle mit hohem medizinischem Versorgungsbedarf, kognitiven Störungen und Demenz. In einer Erhebung unter Langzeitpflegekräften nannten die Beschäftigten insbesondere ergonomische Risiken und hohen Stress als Belastungsfaktoren (Zhang et al., 2011^[82]).

119. Gesundheitsfachkräfte in der Langzeitpflege sind häufig Gewalt am Arbeitsplatz ausgesetzt, die in den meisten Fällen von Patient*innen ausgeht. Laut einer in den Vereinigten Staaten durchgeführten Studie, an der in der Langzeitpflege tätige Pflegefachkräfte und zertifizierte Pflegehilfskräfte teilnahmen, hatten 65 % der Erhebungsteilnehmer*innen bereits Gewalt am

Arbeitsplatz erlebt (Fasanya, B. und E. Dada, 2016^[83]). Dies deckt sich mit Forschungsergebnissen aus Slowenien, denen zufolge über 60 % der befragten Pflegefachkräfte im Vorjahr Opfer von Gewalt geworden waren (Kvas, A. und J. Seljak, 2014^[84]).

120. Die Sicherheit der Pflegekräfte zu gewährleisten, ist nicht nur Best Practice, Sicherheitsmängel sind auch kostspielig. Untersuchungen in der kanadischen Provinz Nova Scotia ergaben, dass die Arbeitskräfte in der häuslichen Pflege, der stationären Pflege und der Behindertenpflege immer häufiger Schadensersatzansprüche stellen. Die Schadensersatzleistungen für Arbeitskräfte dürften die Arbeitgeber in Nova Scotia im Jahr 2023 Schätzungen zufolge bis zu 51 Mio. CAD kosten (Province of Nova Scotia, 2018^[85]). In derselben Studie wurde festgestellt, dass Arbeitskräfte in der häuslichen und stationären Pflege im Durchschnitt mehr als doppelt bzw. fast viermal so viele Fehltage aufgrund von Arbeitsunfällen hatten wie die Beschäftigten der Provinz insgesamt (Province of Nova Scotia, 2018^[85]).

Tabelle 3.2. Typische Risiken für Langzeitpflegekräfte

Risiken	Beschreibung
Physisch	Die meisten Pflegebedürftigen sind aufgrund ihres fortgeschrittenen Alters und der Auswirkungen ihrer Erkrankungen in hohem Maße von den Pflegepersonen abhängig. Die Pflegekräfte müssen die Pflegebedürftigen häufig heben und andere physische Unterstützung leisten und haben dadurch ein hohes Risiko, Muskel-Skelett-Verletzungen zu erleiden. Außerdem sind die Pflegenden aufgrund der hohen Prävalenz psychischer und kognitiver Störungen der Pflegebedürftigen aggressiven Verhaltensweisen ausgesetzt, die Verletzungen zur Folge haben können.
Biologisch	Aufgrund ihres hohen Alters und ihres geschwächten Immunsystems haben Pflegebedürftige ein hohes Infektionsrisiko, und durch den regelmäßigen engen Kontakt mit den Pflegebedürftigen besteht für die Pflegekräfte ein Ansteckungsrisiko.
Chemisch	Bei der Arbeit können die Pflegekräfte Latexprodukten, gefährlichen Medikamenten und verschiedenen Chemikalien ausgesetzt sein.
Arbeitsorganisation	Unterbesetzung, Schichtarbeit und Überstunden sind in Pflegeheimen nicht unüblich. Die Art der Tätigkeit und der Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen führen zu chronischem Stress und den damit verbundenen Gesundheitsrisiken.

Quelle: Eliopoulos (2011^[86]).

121. Schwierige Arbeitsbedingungen – z. B. zu lange oder zu kurze Arbeitszeiten, lange Fahrtwege, die Art der Tätigkeit, die geringe Wettbewerbsfähigkeit der Löhne und prekäre Beschäftigungsverhältnisse – erklären, weshalb es schwierig ist, Arbeitskräfte in der Langzeitpflege zu halten. Die hohe Fluktuation kann die Kontinuität der Pflege und die Qualität der Arbeit beeinträchtigen, da sich neue Arbeitskräfte erst mit den Vorlieben der Pflegebedürftigen vertraut machen müssen und die Pflegebedürftigen destabilisiert werden. Dies führt zu einer Verschwendung der Ressourcen von Arbeitgebern, die Zeit für die Einstellung und die ständigen Einweisungen aufwenden müssen.

122. Gegenwärtig sind die Löhne der Pflegekräfte niedrig. Pflegehilfskräfte verdienen weniger als Pflegefachkräfte, außer in Bulgarien und Ungarn, wo beide Kategorien gleich entlohnt werden. In Portugal beispielsweise beträgt das Durchschnittsgehalt einer Pflegehilfskraft rd. 600 EUR monatlich, was in etwa dem Mindestlohn entspricht. Das Einstiegsgehalt einer Pflegefachkraft beträgt 900 EUR.

Abbildung 3.5. Durchschnittlicher monatlicher Bruttoverdienst von Pflegehilfskräften und Pflegefachkräften

Durchschnittlicher monatlicher Bruttoverdienst in Euro, 2017 (oder nächstverfügbares Jahr)

Anmerkung: 1. Die Daten für Pflegehilfskräfte und Pflegefachkräfte beziehen sich auf einen Durchschnitt, der auf unterschiedlichen Qualifikationen beruht. 2. Die Daten für Pflegehilfskräfte beziehen sich auf einen Durchschnitt, der auf unterschiedlichen Qualifikationen beruht. 3. Keine Aufschlüsselung vorhanden. 4. Die Daten für Pflegefachkräfte beziehen sich auf einen Durchschnitt, der auf unterschiedlichen Qualifikationen beruht. 5. Die Daten beziehen sich auf den öffentlichen Sektor. 6. Die Daten beziehen sich für die Pflegehilfskräfte auf den monatlichen Bruttomedianverdienst in der stationären Altenpflege und für die Pflegefachkräfte auf den wöchentlichen Bruttomedianverdienst in der stationären Altenpflege. 7. Die Daten für Pflegehilfskräfte beziehen sich auf einen Durchschnitt, der auf unterschiedlichen Qualifikationen beruht, und bei den Daten für die Pflegefachkräfte wurden unregelmäßige Einnahmen nicht berücksichtigt.

Quelle: OECD (2020^[69]).

3.4. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird mit einem Mangel an Langzeitpflegekräften gerechnet

123. In den vergangenen zehn Jahren haben sich verschiedene Entwicklungen auf die Nachfrage ausgewirkt, durch die sich der Personaldruck im Pflegesektor weiter erhöhen wird. Zunächst einmal altert die Bevölkerung im OECD-Raum rasch. Im OECD-Durchschnitt wird der Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren den Projektionen zufolge in den kommenden Jahrzehnten weiter steigen, von 17,4 % im Jahr 2017 auf 27,1 % im Jahr 2050 (OECD, 2019^[2]). In fünf OECD-Ländern (Italien, Portugal, Griechenland, Japan und Korea) wird 2050 mehr als ein Drittel der Bevölkerung mindestens 65 Jahre alt sein. In Israel, Mexiko und Australien hingegen werden dank höherer Geburtenziffern und Zuwanderungsraten weniger als 20 % der Bevölkerung 65 Jahre oder älter sein.

124. Der Zuwachs der Bevölkerung ab 65 Jahren im OECD-Raum ist bemerkenswert. Besonders rasch wuchs die Gruppe der Hochbetagten (d. h. der Menschen ab 80 Jahren). Von 2017 bis 2050 wird sich der Anteil der Bevölkerung ab 80 Jahren im OECD-Durchschnitt von 4,6 % auf 10,1 % mehr als verdoppeln. 2050 wird in fast der Hälfte (17) der OECD-Länder mindestens ein Zehntel der Bevölkerung 80 Jahre oder älter sein. In sechs Ländern (Litauen, Portugal, Italien, Griechenland, Korea und Japan) wird mehr als ein Achtel der Bevölkerung mindestens 80 Jahre alt sein.

Abbildung 3.6. Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren und ab 80 Jahren, 2017 und 2050

Quelle: OECD Health Statistics 2019, OECD Historical Population Data and Projections (Datenbank), 2019.

125. Die Pflegenachfrage wird auch von einer Veränderung der Krankheitsbilder geprägt (da die meisten gebrechlichen älteren Menschen wegen mehrerer chronischer Erkrankungen einen hohen Pflegebedarf haben). Hinzu kommen neue Erwartungen an die Pflege, bei denen das Patienteninteresse im Mittelpunkt steht. In den OECD-Ländern, in denen die Bevölkerungsalterung rasch voranschreitet, steigt die Prävalenz von Demenzerkrankungen. 2017 lebten in den OECD-Ländern nahezu 19 Millionen Demenzerkrankte, und mit dem Alter der Bevölkerung nimmt auch die Prävalenz von Demenzerkrankungen zu (OECD, 2017^[87]).

126. Es besteht zunehmend Bedarf an formeller Pflege, die die Pflege durch Familienangehörige ersetzt bzw. ergänzt. In Zukunft stehen möglicherweise weniger Familienangehörige als Pflegepersonen zur Verfügung, da die Geburtenziffern in den vergangenen Jahrzehnten gesunken sind, die räumliche Mobilität zugenommen hat, mehr Menschen in Kernfamilien leben und mehr Frauen erwerbstätig sind (OECD, 2017^[87]).

127. Mehrere OECD-Länder rechnen damit, dass es künftig einen Mangel an Pflegekräften geben wird. In Japan herrscht Besorgnis, dass die steigende Nachfrage nach formeller Pflege zu Engpässen führen könnte. Trotz einer wachsenden Zahl von Pflegekräften je 100 über 65-Jährige prognostiziert die japanische Regierung einen Bedarf an 250 000 neuen Pflegekräften, um die steigende Nachfrage bis 2020 zu decken (OECD, 2020^[69]). Für Australien zeigen die Projektionen, dass der Pflegesektor bis 2050 980 000 neue Arbeitskräfte einstellen muss, um Engpässe zu vermeiden (Mavromaras et al., 2017^[88]).

128. Der Personalmangel ist mit den nationalen Vorschriften zur Personalausstattung sowohl in Bezug auf die Zahl der Arbeitskräfte als auch auf das Qualifikationsniveau verknüpft. Daten zeigen, dass es in den OECD-Ländern 2017 fast neun Pflegefachkräfte je 1 000 Einwohner*innen gab. Dabei reichte die Bandbreite von rd. 2 Pflegefachkräften je 1 000 Einwohner*innen in der Türkei bis zu mehr als 17 Pflegefachkräften je 1 000 Einwohner*innen in Norwegen und der Schweiz (OECD, 2019^[21]). Im Jahr 2000 lag der OECD-Durchschnitt noch bei 7,5 Pflegefachkräften je 1 000 Einwohner*innen. In den vergangenen zehn Jahren ist die Zahl der Pflegefachkräfte pro Kopf in den meisten OECD-Ländern gestiegen. In einigen Ländern, beispielsweise der Slowakischen Republik, Israel, dem Vereinigten Königreich und Irland, ist die Zahl der Pflegefachkräfte pro Kopf hingegen zurückgegangen. Eine hinreichende Zahl von Arbeitskräften zu sichern, ist für viele OECD-Länder ein dringendes Anliegen, aber es wird mehr und mehr auch auf den Qualifikationsmix und die Kompetenzen dieser Arbeitskräfte ankommen. Um zu gewährleisten, dass die Gesamtzahl der Pflegekräfte und ihre Kompetenzen den demografischen Entwicklungen und der Nachfrage nach Pflegeleistungen entsprechen, bedarf es einer sorgfältigen Prüfung der Maßnahmen, mit denen die Verfügbarkeit von Pflegekräften gefördert und verbessert werden soll.

3.5. Führungsstil, Technologien und Patientensicherheitskultur haben Auswirkungen auf das Personal

129. Viele Pflegekräfte haben sich bewusst für den Sektor entschieden, scheiden später aufgrund der schlechten Arbeitsbedingungen aber aus dem Beruf aus. Diese Arbeitskräfte möchten sich um ältere Menschen kümmern, weil sie den Kontakt mit ihnen und ihren Familien, die Beziehungen zu den Kolleg*innen und die Lernmöglichkeiten in der Pflege schätzen. Die Arbeitskräfte sind zunächst also motiviert. Der Mangel an Autonomie und Unterstützung sowie die hohen Anforderungen wirken jedoch belastend. Außerdem sind die Pflegekräfte häufig isoliert, insbesondere in der häuslichen Pflege. Zugleich sind die Arbeitsplatzorganisation und das Management tendenziell hierarchisch geprägt und reglementiert, sodass die Arbeitskräfte kaum Möglichkeiten haben, ihre Kompetenzen umfassend einzubringen. Dies führt zusammen mit der hohen Arbeitsbelastung und der begrenzten Zeit, die für die Pflegepatient*innen zur Verfügung steht, zu Frustration und Überlastung.

130. In einer älteren Untersuchung wird hervorgehoben, dass die Pflegeheimleitung, insbesondere die Pflegedienstleitung, dazu beitragen kann, die Verweildauer der Beschäftigten zu verlängern (Hunt et al., 2012^[89]). Eine Pflegeheimleitung, die individuell auf die Beschäftigten eingeht und ihnen Denkanstöße gibt, kann die Organisationskultur positiv beeinflussen, indem sie mit gutem Beispiel vorangeht und die Arbeitskräfte motiviert (Utley, R., R. Anderson und R. Atwell, 2011^[90]). Diskussionen anzuregen, die Beschäftigten einzubeziehen, wenn es darum geht, Probleme im Zusammenhang mit der Verbesserung der stationären Pflege zu lösen, informelles Lernen in Gruppen und Weiterbildungsangebote sind Möglichkeiten, die Motivation von Langzeitpflegekräften zu stärken. Ein solcher Führungsstil in Kombination mit evidenzbasierten Verfahrensweisen führt außerdem zu besseren Ergebnissen für die Pflegeheimbewohner*innen (z. B. einem selteneren Auftreten von Dekubitalgeschwüren und Stürzen), und die Arbeitskräfte fühlen sich dadurch wertgeschätzt und schöpfen daraus Kraft für ihre Arbeit (RNAO, 2018^[20]).

131. Eine Möglichkeit, die Diskrepanz zwischen der Nachfrage und dem Angebot von Pflegekräften zu verringern, besteht darin, die Effizienz bzw. Produktivität in diesem Sektor zu verbessern. Da es sich jedoch um einen arbeitsintensiven Markt handelt, ist es nicht leicht, Effizienzgewinne herbeizuführen. Viele der von den Gesundheitskräften und Sozialarbeiter*innen ausgeführten Tätigkeiten sind schwer zu standardisieren und müssen von einem Menschen ausgeführt werden. Die technologischen Entwicklungen versprechen, die Produktivität zu steigern oder zumindest die Sicherheit und Arbeitszufriedenheit der Arbeitskräfte zu erhöhen (RNAO, 2018^[20]; Gillese, 2019^[17]).

3.6. Durch Investitionen in das Pflegepersonal die Patientensicherheit verbessern

132. Die Fachkräftesicherung ist eine der dringlichsten Herausforderungen im Pflegesektor. Arbeitskräfteengpässe sind dabei nicht das einzige Problem. Es bestehen erhebliche Diskrepanzen zwischen den in der Pflege erbrachten Leistungen und den Kompetenzen (Kenntnissen und Qualifikationen) des Pflegepersonals. Während sich das Gesundheitsprofil, die Komplexität des Pflegebedarfs und der Grad der Abhängigkeit der Pflegeheimbewohner*innen aufgrund ihres tendenziell höheren Alters drastisch verändert haben, ist die Personalzusammensetzung und -ausstattung relativ unreguliert und statisch geblieben. Inzwischen hat sich eine erhebliche Diskrepanz zwischen den Kapazitäten und der Nachfrage herausgebildet (Gillese, 2019^[17]).

133. Die Pflegeheimpopulation hat sich in den vergangenen Jahrzehnten stark verändert. Pflegebedürftige, die in Einrichtungen leben, in denen das Personal nicht ausreichend qualifiziert ist, sind Risiken ausgesetzt. Nationale Sicherheitsstandards für Pflegeheime und eine Mindestausstattung mit Pflegefachkräften sind Beispiele für Maßnahmen, die Länder ergriffen haben, um das Kompetenzniveau des Personals anzuheben und das Auftreten sicherheitsrelevanter Ereignisse zu verringern (Gillese, 2019^[17]).

134. Wie in Abschnitt 2.2.7 erörtert, sollte das Pflegepersonal bei regelmäßigen Sicherheitsüberprüfungen der Einrichtungen eingebunden werden, so wie es auch im Krankenhaussektor in einer Vielzahl von Ländern zunehmend der Fall ist. Eine neuere Analyse der einschlägigen Fachliteratur ergab, dass das Verständnis der Sicherheitskultur in Pflegeheimen viel weniger weit entwickelt ist als im Fall von Krankenhäusern (Gartshore, E., J. Waring und S. Timmons, 2017^[91]). Dieser Analyse zufolge wurde die Sicherheitskultur in Pflegeheimen in den Vereinigten Staaten in 18 Studien, in Kanada in 3 Studien und in Australien, den Niederlanden und der Schweiz lediglich in jeweils einer Studie untersucht. Dies ist in Anbetracht der relativen Bedeutung und Kosten sicherheitsrelevanter Ereignisse in Pflegeheimen eine völlig unzureichende wissenschaftliche Grundlage.

135. Viele Pflegeeinrichtungen funktionieren inzwischen wie Kleinstkrankenhäuser. Daher sind Investitionen in angemessen qualifiziertes Personal von entscheidender Bedeutung, um die Sicherheit der Pflegeheimbewohner*innen zu gewährleisten. Die Politik muss darauf hinwirken, dass eine adäquate Personalausstattung gewährleistet ist, damit medizinisch komplexe Pflegefälle in Pflegeheimen versorgt werden können. Neue Modelle, bei denen die Personalausstattung der Pflegeheime auf Ebene der jeweiligen Einrichtung passgenau bestimmt wird, wie sie beispielsweise gegenwärtig in Deutschland entwickelt werden (vgl. Kasten 2.2), sind vielversprechend, um die Effizienz des Pflegepersonals zu maximieren. Neue Pflegepersonalprofile, wie z. B. der in Ontario (Kanada) eingeführte Beruf *Attending Nurse Practitioner*, erweisen sich ebenfalls als nützlich, um die Pflege, Sicherheit und Ergebnisse der Pflegeheimbewohner*innen zu verbessern (MOHLTC, 2017^[92]).

136. Investitionen in mehr Personal sind wichtig. Für das bereits vorhandene Personal kann zudem eine stärkere Teilnahme an Lernaktivitäten von Nutzen sein. Die Beschäftigten auf allen Ebenen sollten sich autorisiert fühlen, Sicherheitsprobleme zu dokumentieren und Verbesserungen der Abläufe vorzuschlagen. Darüber hinaus sollten sie sich für die Ergebnisse ihrer Einrichtung verantwortlich fühlen. Ein Kulturwandel ist weder leicht noch rasch zu erreichen, kann aber zu beträchtlichen Verbesserungen führen. Eine Kultur der Patientensicherheit und ein gesunder Arbeitsplatz für die Beschäftigten sind eng miteinander verknüpft – mehr Sicherheit in der Pflege bedeutet auch mehr Sicherheit am Arbeitsplatz. Mit der Schaffung eines guten Arbeitsumfelds für die Pflegekräfte verbessert sich zugleich die Qualität und die Sicherheit der Pflege – und umgekehrt. Ein gutes Beispiel hierfür sind die Best Practice Spotlight

Organizations, die in 15 Ländern erfolgreich umgesetzt werden (Grinspun, D. und I. Bajnok, 2018^[65]). Ein größerer Handlungsspielraum und mehr Verantwortung können ebenfalls dazu beitragen, die Arbeit in Pflegeeinrichtungen attraktiver zu machen. Zu diesem Zweck wird in Deutschland vom Bundesgesundheitsministerium gegenwärtig ein Strategieprozess zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheits- und Pflegesektor entwickelt.

137. Studien zeigen, dass zwischen der Kultur der Patientensicherheit und Arbeitsunfällen unter den Beschäftigten ein empirischer Zusammenhang besteht. In einer unter Krankenhäusern in Costa Rica durchgeführten Studie waren niedrige Werte bei der Sicherheitskultur mit höheren Risiken von Arbeitsunfällen assoziiert (Gimeno et al., 2005^[93]). Die Patientensicherheitskultur korreliert erwiesenermaßen stark mit einer geringeren Rate von Rückenverletzungen (Mark et al., 2007^[94]) bzw. Verletzungen mit Injektionsnadeln und anderen scharfen Gegenständen bei den Gesundheitsfachkräften (Smith et al., 2010^[95]). Während die meisten Beobachtungen dieser Art lediglich Korrelationen aufzeigen, zeigte eine Fallstudie in einem US-amerikanischen Krankenhaus, dass die Zahl der Arbeitsunfälle infolge einer Initiative zur Verbesserung der Sicherheitskultur zurückging (Hooper, J. und W. Charney, 2005^[96]). Auch zwischen der Kultur der Patientensicherheit und dem psychischen Wohlbefinden der Beschäftigten besteht ein Zusammenhang. Mehrere Studien haben eine Korrelation zwischen der Patientensicherheitskultur und der psychischen Gesundheit der Beschäftigten aufgezeigt. Demnach hat das Gesundheitspersonal ein höheres Burnout-Risiko, wenn die Patientensicherheit in den betreffenden Einrichtungen als gering empfunden wird (Gershon et al., 2007^[97]; Halbesleben et al., 2008^[98]; Hall et al., 2016^[99]). Eine vor Kurzem in den Vereinigten Staaten durchgeführte Querschnittserhebung ergab, dass eine gute Work-Life-Balance von Gesundheitsfachkräften mit besserer Teamarbeit und einer besseren Sicherheitskultur korreliert (Sexton et al., 2017^[100]).

138. Forschungsarbeiten lassen außerdem darauf schließen, dass eine als besser wahrgenommene Sicherheitskultur positive Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit und das Engagement der Beschäftigten hat. Eine in kanadischen Krankenhäusern durchgeführte Studie zeigt, dass eine positive Kultur der Patientensicherheit mit einem starken Engagement der Beschäftigten, einer patientenzentrierten Versorgung und einem positiven Urteil der Beschäftigten über die Qualität der von ihrem Team erbrachten Versorgung verbunden ist (Lowe, 2012^[101]). Im Rahmen einer neueren Studie wurde der Effekt einer klinischen Initiative zur Patientensicherheitskultur in den Vereinigten Staaten untersucht. Dabei wurde festgestellt, dass sie zu geringeren Burnout-Raten und einem stärkeren Engagement der Belegschaft führte (Sexton et al., 2018^[102]). Thorp et al. (2012^[103]) wiesen für die Vereinigten Staaten einen Zusammenhang zwischen der Patientensicherheitskultur und geringeren Schadensersatzansprüchen der Arbeitskräfte nach. Weitere Befunde zeigen, dass eine bessere Patientensicherheitskultur auch die Personalbindung bzw. eine geringere Arbeitskräftefluktuation fördern könnte (The Health Foundation, 2011^[104]).

139. Studien aus anderen Sektoren lassen den Schluss zu, dass eine Sicherheitskultur positive Produktivitätseffekte haben kann. Auch im Gesundheitswesen kann eine Kultur der Patientensicherheit langfristig zur operationellen Tragfähigkeit und Ergebnisqualität beitragen. Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen der Förderung einer Kultur der Patientensicherheit und einem gesunden Arbeitsumfeld, das es den Beschäftigten ermöglicht, durchgängig hochwertige und sichere Versorgungsleistungen zu erbringen.

140. Solche Investitionen sind zwar mit Kosten verbunden, können jedoch Einsparungen in Krankenhäusern ermöglichen, die ein wesentlich größerer Kostenpunkt sind. Die Aufwendungen für die Langzeitpflege sollten unbedingt im Kontext des gesamten Gesundheitssystems und insbesondere in Relation zur Versorgung im Krankenhaus betrachtet werden.

4 Die Ökonomie der Patientensicherheit in der Langzeitpflege: Verringerung der wirtschaftlichen Belastung im Zusammenhang mit Sicherheitsrisiken und unerwünschten Ereignissen

141. In wirtschaftlicher Hinsicht spricht vieles dafür, Schäden in der Langzeitpflege vorzubeugen. Vermeidbare sicherheitsrelevante Ereignisse sind in der Pflege gang und gäbe. Hierzu zählen insbesondere Stürze, Dekubitalgeschwüre, ein unsachgemäßer Einsatz von Benzodiazepinen, unangemessene Multimedikation und Infektionen. Zusätzlich zu diesen Aspekten einer Pflege, bei der die Patientensicherheit nicht gewährleistet ist, besteht bei Pflegebedürftigen aufgrund ihrer Schwäche und Abhängigkeit auch das Risiko, dass sie an ihrem Lebensort systematisch vernachlässigt oder misshandelt werden.

142. Alle Pflegebedürftigen sind einem oder mehreren dieser Risiken ausgesetzt. Einigen Schätzungen zufolge sind in einem gegebenen Jahr fast 70 % der Pflegeheimbewohner*innen von einem schwerwiegenden unerwünschten Ereignis betroffen (Datta et al., 2018^[105]). Die aus diesen Risiken resultierenden Schäden gehen mit hohen menschlichen und finanziellen Kosten einher. Die meisten dieser Schäden sind jedoch vermeidbar und die Hauptursachen unerwünschter Ereignisse können durch bessere Präventions- und Sicherheitsmaßnahmen eingedämmt werden. Selbst wenn sie nur in wenigen Schlüsselbereichen erfolgen, können Verbesserungen signifikante Effekte erzielen und die wichtigsten Kostentreiber unerwünschter Ereignisse in der Langzeitpflege reduzieren.

4.1. Messung und Rechenschaftslegung

4.1.1. Die Patientensicherheit in Pflegeeinrichtungen wird oft nicht angemessen erfasst

143. In der Akutversorgung ist die Patientensicherheit verstärkt in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt, in der Langzeitpflege ist dies jedoch nach wie vor nicht der Fall. In den letzten zwanzig Jahren wurden allerdings vermehrt Forderungen laut, die Sicherheitsagenda auszuweiten und dafür zu sorgen, dass Pflegeeinrichtungen bei der Diskussion über die Patientensicherheit vertreten sind (Rust et al., 2008^[106]).

144. In der Pflege gibt es weniger Patientensicherheitsindikatoren als in anderen Sektoren. Als Qualitäts- und Sicherheitsindikatoren dienen in der Regel Stürze mit Verletzungsfolgen, Harnwegsinfektionen, Dekubitalgeschwüre und Medikationsfehler (Brauner et al., 2018^[107]). Aktuelle Studien deuten allerdings darauf hin, dass die gegenwärtigen Messgrößen zur Beurteilung der Pflegequalität und der Patientensicherheit möglicherweise unzureichend sind (Burke, R. und R. Werner, 2019^[108]). So wurde z. B. festgestellt, dass mehrere in der Pflege gebräuchliche Qualitätsindikatoren nicht mit potenziell vermeidbaren Krankenhauseinweisungen korrelieren, die ihrerseits ein wichtiger Ergebnisindikator für die Qualität und Sicherheit sind (Xu, D., R. Kane und G. Arling, 2019^[109]). Die Vermeidung von Krankenhauseinweisungen ist in der Pflege jedoch nur ein Ziel von vielen. Das Risikomanagement muss, wie in Abschnitt 1.3.3 erörtert, stets im Zusammenhang mit der Lebensqualität gesehen werden.

145. Eine Studie zu verschiedenen europäischen Ländern zeigte, dass die Qualität und die Sicherheit der Pflege kaum gemessen werden. Der Bericht verweist darauf, dass sich mehrere Länder zur Messung der Pflegequalität auf Erhebungen zur Patientenzufriedenheit stützen. Dazu zählen z. B. Deutschland, Dänemark, Litauen, die Niederlande, Schweden und das Vereinigte Königreich. Eine kleinere Anzahl von Ländern, darunter Dänemark, Finnland, Norwegen, Portugal und Schweden, verfügt zudem über nationale Indikatoren, die eingeführt wurden, um die Pflegequalität und die Sicherheit von Pflegebedürftigen zu erhöhen (Spasova et al., 2018^[53]).

146. Die Sicherheitskultur ist ein Aspekt, der in der Pflege häufig außen vor bleibt. Eine US-amerikanische Studie zur Sicherheitskultur in Pflegeeinrichtungen und in der Akutversorgung gelangte zu dem Schluss, dass die Sicherheitskultur in der stationären Akutversorgung stärker ausgeprägt ist als in Pflegeheimen, wobei sich der Unterschied zwischen den entsprechenden Werten in einigen Fällen auf mehr als 50 % belief (Castle, N. und K. Sonon, 2006^[110]). Daten zur Patientensicherheitskultur zu erheben, ist für organisationales Lernen, Verbesserungen, Benchmarking und Vergleiche von entscheidender Bedeutung. Solche Messungen sind nicht nur sinnvoll, um zu ermitteln, in welchen Situationen Fehler auftreten, sie dienen auch der Beobachtung von Settings und Einrichtungen, in denen kontinuierlich sichere Pflegeleistungen erbracht werden (OECD, 2018^[111]). Die Sicherheitskultur in der Pflege wurde bislang allerdings nicht umfassend untersucht. Eine „Scoping Review“ zur Patientensicherheitskultur in Pflegeheimen zeigte Wissensdefizite im Hinblick auf die Verfügbarkeit von Daten zur Sicherheitskultur in Pflegeheimen verschiedener Länder auf. Zwar gibt es validierte Instrumente für Pflegeheime, es stehen jedoch nur begrenzt Daten darüber zur Verfügung, inwieweit sie in der Langzeitpflege genutzt werden (Gartshore, E., J. Waring und S. Timmons, 2017^[91]).

4.1.2. Die Epidemiologie der Sicherheit in Pflegeeinrichtungen zeigt, dass unerwünschte Ereignisse und Sicherheitsdefizite zum Alltag gehören

147. Die Sicherheit in der Pflege ist untrennbar mit dem physischen und kulturellen Kontext verbunden. Es gibt kaum qualitativ hochwertige Daten und die verfügbaren Daten sind in vielen Fällen enttäuschend. Die auf dem System Certification and Survey Provider Enhanced Reporting (CASPER) von CMS beruhenden Daten des US-Office of Inspector General (OIG) lassen beträchtliche Defizite in US-amerikanischen Pflegeheimen erkennen. Laut OIG-Bericht weisen mehr als 30 % der Pflegeheime ein Sicherheitsdefizit auf, das im Berichtszeitraum mindestens fünf Mal angeführt wurde – am häufigsten sind Defizite im Zusammenhang mit Gefahren, adäquater Überwachung und geeigneten Hilfsmitteln bzw. Geräten für Patient*innen, gefolgt von Problemen im Zusammenhang mit dem Infektionsschutz (OIG, 2019^[112]).

Abbildung. 4.1. Die 10 häufigsten Defizitbereiche, Pflegeheime in den Vereinigten Staaten

Quelle: OIG (2019^[112]).

4.1.3. Bei älteren Menschen besteht ein höheres Risiko unerwünschter Ereignisse

148. Bei älteren Menschen ist ein erhöhtes Risiko unerwünschter Ereignisse gegeben. Wie in Abschnitt 1.1.2 beschrieben, leiden ältere Menschen mit größerer Wahrscheinlichkeit unter mehreren chronischen Krankheiten bzw. Mehrfacherkrankungen. Dies führt zur Verschreibung von mehr Medikamenten, und Multimedikation ist ein schwerwiegender Risikofaktor für Wech-

selwirkungen zwischen Medikamenten sowie andere unerwünschte Ereignisse. Ältere Menschen unterscheiden sich auch im Hinblick auf Gesundheitszustand, Behinderungen und kognitive Defizite von anderen Bevölkerungsgruppen (Davies, E. und M. O'Mahony, 2015^[113]).

149. Pflegeheimbewohner*innen haben häufig einen komplexen individuellen Pflegebedarf, was aufwendige Pflege- und Behandlungspläne erfordert. Die Heterogenität älterer Bevölkerungsgruppen und der Mangel an einheitlichen Pflegeleitlinien tragen ebenfalls zur Komplexität der Behandlungspfade bei. Die meisten Leitlinien und Pflegepfade werden mit Blick auf spezifische Erkrankungen entwickelt. Die Mehrheit der Pflegebedürftigen lebt jedoch mit mehreren chronischen Krankheiten, was bei der Koordinierung und Erbringung von Pflegeleistungen Herausforderungen mit sich bringt. Außerdem beruhen die klinischen Praxisleitlinien häufig auf den Ergebnissen von Studien, in denen ältere Menschen nicht berücksichtigt wurden (Davies, E. und M. O'Mahony, 2015^[113]). Die Pflegepfade wurden also nicht immer für ältere Pflegebedürftige entwickelt und haben angesichts der großen Unterschiede zwischen den Patientengruppen möglicherweise nicht den gewünschten Effekt oder sogar negative Auswirkungen.

4.2. Arten, Risiken und Häufigkeit unerwünschter Ereignisse in der Pflege

4.2.1. Häufig auftretende unerwünschte Ereignisse

150. In der Langzeitpflege treten häufig unerwünschte Ereignisse auf. Die diesbezüglichen Schätzungen variieren. Einige Studien deuten aber darauf hin, dass fast 70 % der Pflegebedürftigen in einem gegebenen Jahr von einem schwerwiegenden unerwünschten Ereignis betroffen sind (Datta et al., 2018^[105]). Außerdem werden Fehler bei der Behandlungspflege und anderen Pflegearten häufig nicht gemeldet, sodass die Tragweite des Problems möglicherweise unterschätzt wird (Andersson et al., 2018^[6]).

151. Durch die immer komplexeren Bedürfnisse der Patient*innen steigt die Wahrscheinlichkeit unerwünschter Ereignisse. Bei Patient*innen, die jahrelang in einem Pflegeheim leben, ist es zunehmend unwahrscheinlich, dass sie **nicht** von einem unerwünschten Ereignis betroffen sein werden.

152. Unerwünschte Ereignisse treten häufig auf und sie sind größtenteils vermeidbar. Eine Studie über unerwünschte Ereignisse bei Medicare-Patient*innen in bestimmten Pflegeeinrichtungen zeigte, dass mehr als die Hälfte dieser Ereignisse vermieden werden könnte und ein Großteil davon ohne Mängel bei der Pflege und medizinische Fehler nicht auftreten würde (vgl. Tabelle 4.1) (OIG, 2018^[29]).

Tabelle 4.1. Ursachen als vermeidbar eingestufte Ereignisse bei Medicare-Patient*innen

Ursachen vermeidbarer Ereignisse	Prozentsatz vermeidbarer Ereignisse*
Unzureichende Behandlung/Vorbeugung	58%
Medizinisches Urteil, Kompetenzen, Management	34%
Unzureichende Fortschrittsüberwachung	25%
Inadäquater Pflegeplan	23%
Nicht die nötige Behandlung durch das Klinikpersonal	18%
Ausfall von Geräten und andere Pannen	3%
Unzureichende Kommunikation der Pflegekräfte	2%
Kein Zugang zu Allgemein- und Fachärzt*innen	2%
Inadäquate Beurteilung bei der Aufnahme	2%
Sonstiges	12%

Quelle: OIG-Analyse der Aufenthalte von 587 Medicare-Patient*innen in Pflegeeinrichtungen im März 2014.

*Die Gutachter*innen wählten häufig mehr als eine Ursache pro Ereignis aus.

Quelle: OIG (2018^[29]).

153. Häufige unerwünschte Ereignisse und zugrundeliegende Ursachen gibt es viele. Pflegebedürftige sind oft von Dekubitalgeschwüren, einem übermäßigen Einsatz von Benzodiazepinen und Opioiden, Multimedikation, Stürzen, Infektionen und antimikrobiellen Resistenzen, Misshandlung, Vernachlässigung und Mangelernährung betroffen. In den nachstehenden Abschnitten werden diese Ereignisse, die ihnen zugrundeliegenden Ursachen und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit und die Gesundheitsausgaben beschrieben.

4.2.2. Dekubitalgeschwüre

154. Ein Dekubitalgeschwür, mitunter auch Dekubitus oder Druckgeschwür genannt, ist eine „lokalisierte Verletzung der Haut und/oder des darunter liegenden Gewebes, die meist über einem Knochenvorsprung auftritt und durch Druck oder durch Druck in Kombination mit Scherkräften entsteht“ (NPUAP, EPUAP und PPPIA, 2014^[114]). Druckgeschwüre können Schmerzen und Beschwerden verursachen. Zudem besteht das Risiko, dass Komplikationen wie Infektionen und Sepsis auftreten (Spear, 2013^[115]). Sie haben nicht nur Auswirkungen auf die Lebensqualität, Morbidität und Sterblichkeit der Betroffenen, sondern auch Folgen für informelle Pflegekräfte und Gesundheitsfachkräfte. Kürzlich veröffentlichten Daten zufolge (OECD, 2019^[2]) lag die Prävalenz von Dekubitalgeschwüren verschiedener Schweregrade in den Pflegeheimen der OECD-Länder, für die Daten verfügbar sind, zwischen 0,9 % und 13,1 %.

Abbildung 4.2. Prozentsatz der Pflegeheimbewohner*innen mit mindestens einem Dekubitalgeschwür, 2016-2017

Anmerkung: 1. Weniger als 45 % der in die Stichprobe einbezogenen Pflegeheimbewohner*innen saßen im Rollstuhl oder waren bettlägerig. 2. Mehr als 45 % der in die Stichprobe einbezogenen Pflegeheimbewohner*innen saßen im Rollstuhl oder waren bettlägerig. 3. Es liegen keine Daten zum Anteil der Pflegeheimbewohner*innen vor, die im Rollstuhl saßen oder bettlägerig waren.

Quelle: OECD (2019^[2]).

155. Die Prophylaxe und Behandlung von Dekubitalgeschwüren umfasst verschiedene Maßnahmen, die von der Risikobewertung über Ernährungsumstellungen bis hin zur Verwendung von Auflagen reichen (RNAO, 2016^[116]). Die Höhe der geschätzten Gesamtkosten im Zusammenhang mit Druckgeschwüren hängt zum Teil davon ab, welche Maßnahmen berücksichtigt werden. In den meisten Studien, die sich mit den Kosten von Dekubitalgeschwüren beschäftigen, werden die Kosten alternativer Präventionsmaßnahmen und Behandlungsmöglichkeiten ermittelt. Präventionsmaßnahmen können kostensparend sein oder Mehrkosten verursachen, je nachdem, welche Maßnahmen berücksichtigt und verglichen werden (Pham et al., 2011^[117]). Ein höherer Schweregrad geht in der Regel mit höheren Behandlungskosten einher (Makai et al., 2010^[118]; Severens et al., 2002^[119]; Demarré et al., 2015^[120]).

156. Ob Präventionsmaßnahmen zu Kosteneinsparungen führen, ist noch nicht geklärt. Eine Studie aus Kanada zeigte einen Zusammenhang zwischen einer größeren Zahl von Dekubitalgeschwüren und niedrigeren Pflegekosten pro Tag auf (Wodchis, W., G. Teare und G. Anderson, 2007^[121]). Dieser Zusammenhang zwischen Inzidenz und Kosten war allerdings nicht linear. Eine Studie aus den Vereinigten Staaten stellte bei qualitativ schlechteren Pflegeheimen einen ähnlichen Zusammenhang in Form eines Kostenanstiegs bei einer Verbesserung der Dekubituspflege fest. Dies ändert sich jedoch, wenn ein bestimmter Qualitätsstandard erreicht wird, ab dem eine Verbesserung mit geringeren Kosten verbunden ist (Weech-Maldonado, R., D. Shea und V. Mor, 2006^[122]). In den beiden genannten Fällen wurden die für die Pflegeeinrichtungen anfallenden Kosten untersucht. Unter gesellschaftlichen Gesichtspunkten betrachtet, geht eine Erhöhung der unmittelbaren Pflegezeit – die bei der Pflege von Druckgeschwüren in der Regel den größten Kostenfaktor darstellt – laut Horn (2008) mit einem gesellschaftlichen Nettonutzen einher. In den Vereinigten Staaten belief sich dieser Nutzen in Pflegeheimen, die der Hochrisikokategorie zugeordnet werden, je Bewohner*in und Jahr zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der Studie Schätzungen zufolge auf rd. 3 200 USD (Horn, 2008^[123]).

157. Eine Studie in Belgien bezifferte die Kosten der Maßnahmen im Zusammenhang mit Druckgeschwüren in flämischen Pflegeheimen im Zeitraum 2008-2013 für Bewohner*innen ohne Dekubitusrisiko auf 0,50 EUR pro Bewohner*in und Tag und für Bewohner*innen mit hohem Dekubitusrisiko auf 2,15 EUR pro Bewohner*in und Tag (Demarré et al., 2015^[120]). In den Fällen, in denen Dekubitalgeschwüre auftraten, lagen die Kosten der lokalen Behandlung

pro Bewohner*in und Tag zwischen 2,42 EUR und 16,18 EUR. Eine neuere Studie in Australien ergab, dass für die Dekubitusbehandlung in Pflegeheimen pro Tag zwischen 10,22 AUD für Druckgeschwüre mit nicht bestimmtem Schweregrad und 30,01 AUD für Druckgeschwüre mit dem Schweregrad III anfallen (Wilson, L., S. Kapp und N. Santamaria, 2019^[124]). Diese Ergebnisse decken sich mit jenen von Bonner et al. (2018), einer Studie, die zudem zeigt, dass evidenzbasierte Praktiken zur Verringerung diverser unerwünschter Ereignisse und zu einer höheren Zufriedenheit beitragen.

158. Die geschätzten Gesamtkosten im Zusammenhang mit Druckgeschwüren sind überaus hoch. In den Vereinigten Staaten beliefen sich die medizinischen Gesamtkosten von Dekubitalgeschwüren 2008 Schätzungen zufolge auf 3,27 Mrd. USD bzw. auf 0,17 % der gesamten Gesundheitskosten in diesem Jahr (van Den Bos et al., 2011^[125]). Diese Schätzung beschränkte sich jedoch auf die Analyse von Daten zu Anträgen auf Erstattung der Behandlungskosten. Bei einer Studie, die die Kosten von Dekubitalgeschwüren im öffentlichen Gesundheitssystem des Vereinigten Königreichs (National Health Service – NHS) auf fast 531 Mio. GBP bezifferte, wurden Pflegeheimbewohner*innen nicht berücksichtigt. Schätzungen einer Vorgängerstudie zufolge, bei der auch Pflegeheime einbezogen wurden, fielen im NHS 2005-2006 im Zusammenhang mit Dekubitalgeschwüren Kosten in Höhe von 1,8-2,6 Mrd. GBP an, was im betreffenden Jahr 2 % bzw. 2,9 % der gesamten Gesundheitsausgaben entsprach (Guest et al., 2017^[126]; Posnett, J. und P. J. Franks, 2008^[127]).

159. In einer Studie aus den Niederlanden wurden die Pflegekosten, die in verschiedenen Pflegesettings pro Tag im Zusammenhang mit Druckgeschwüren anfallen, für Pflegebedürftige mit Dekubitalgeschwüren und für Pflegebedürftige mit hohem Dekubitusrisiko berechnet. Diesen Schätzungen zufolge belaufen sich die Kosten im Zusammenhang mit Dekubitalgeschwüren in den Niederlanden jährlich auf 152-807 Mio. USD bzw. auf 0,5-2,7 % der gesamten Gesundheitskosten im Beobachtungszeitraum (Severens et al., 2002^[119]).

160. Berücksichtigt man die Veränderungen bei den Präventions- und Behandlungsprotokollen und die länderspezifischen Unterschiede bei den Personalkosten, sind die Kosten der Dekubitusprophylaxe und -behandlung in den Pflegeheimen der einzelnen Länder nur schwer zu beziffern. Klar ist allerdings, dass ein beträchtlicher Anteil der stationären Pflegekosten auf die Dekubitusprophylaxe und -behandlung entfällt. Unstrittig ist auch, dass die Situation verbessert werden kann. Dies zeigt sich an den Pflegeheimen, die sich der Initiative Best Practice Spotlight Organizations des Verbands der Pflegefachkräfte von Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario – RNAO) angeschlossen und beträchtliche Einsparungen erzielt haben (Holmes et al., 2018). Gezielte Investitionen in Präventionsmaßnahmen haben sich im Hinblick auf die Senkung der Prävalenz von Dekubitalgeschwüren als effektiv erwiesen. Investitionen in kostengünstigere drucklindernde Schaumstoffmatratzen und -auflagen sowie in druckentlastende Betten und Matratzen mit höherer Spezifikation beispielsweise sind für die Dekubitusprävention nachweislich besser geeignet als herkömmliche Krankenhausbetten (McInnes et al., 2015^[128]). Auch bei verschiedenen Risikobewertungsinstrumenten, Wundauflagen, Unterstützungsleistungen und Ernährung – allesamt Faktoren, die sich bei der Behandlung und Prävention von Druckgeschwüren ebenfalls als effektiv erwiesen haben – sind gezielte Investitionen möglich (RNAO, 2016^[116]).

4.2.3. Unnötiger Einsatz von Neuroleptika

161. Übermedikation stellt in Pflegeheimen ein Problem dar und kann die Funktionsfähigkeit der Betroffenen beeinträchtigen. Neuroleptika werden häufig zur Behandlung von Agitiertheit bzw. Aggressionen pflegebedürftiger Demenzkranker eingesetzt. Diese Arzneimittel haben allerdings zahlreiche Nebenwirkungen, die die Lebensqualität verringern und die Morbidität und

Mortalität erhöhen können (Thompson Coon et al., 2014^[129]; Brasure et al., 2016^[130]). Eine diesbezügliche Metaanalyse ergab, dass Neuroleptika bei der Behandlung von Psychosen, Aggressivität und Agitiertheit von Demenzkranken nur begrenzt wirksam sind, aber mit einem erhöhten Sterberisiko und einem höheren Risiko unerwünschter zerebrovaskulärer Ereignisse einhergehen (Tampi et al., 2016^[131]). Trotz dieser Risiken werden Neuroleptika häufig ohne regelmäßige Medikationsüberprüfung über einen längeren Zeitraum hinweg verordnet.

162. Demenz geht mit Ruhelosigkeit sowie aggressivem bzw. störendem Verhalten einher, was Familien und professionelle Pflegekräfte oft vor Herausforderungen stellt (Choosing Wisely, 2013^[132]). Dies hat zur Folge, dass viele Patient*innen mit Neuroleptika behandelt werden, um solchen Verhaltensweisen entgegenzuwirken. In Pflegeheimen werden häufig Neuroleptika eingesetzt.

163. In 17 OECD-Ländern wurden 2017 mehr als 5 % der Erwachsenen ab 65 Jahren Neuroleptika verordnet (OECD, 2019^[2]). Eine Studie zu Pflegeheimen in den Vereinigten Staaten ergab, dass mehr als 20 % der Bewohner*innen ein- oder mehrmals Neuroleptika verordnet wurden (Briesacher et al., 2013^[133]). Forschungsarbeiten zum Neuroleptika-Einsatz bei Pflegeheimbewohner*innen in europäischen Ländern wiederum gelangten zu dem Schluss, dass zwischen 12 % und 59 % mit Neuroleptika behandelt werden (Janus et al., 2016^[134]). In einer Untersuchung aus Norwegen wurde ein positiver Zusammenhang zwischen der Länge des Pflegeheimaufenthalts und der Wahrscheinlichkeit eines langfristigen Neuroleptika-Einsatzes festgestellt (Helvik et al., 2017^[135]).

164. Die Kosten potenziell inadäquater Medikation (PIM) bei Pflegebedürftigen sind beträchtlich, wobei bedeutende Unterschiede zwischen Ländern und Regionen zu beobachten sind. Eine Studie aus Australien zeigte, dass es sich bei rd. 16 % aller Medikamente, die in einem Zwölfmonatszeitraum in Pflegeheimen verabreicht wurden, um potenziell inadäquate Medikamente handelte. Die Modellierung einer Verringerung der unangemessenen Verordnungen um 50 % ergab dort bei den Arzneimittelkosten direkte Einsparungen in Höhe von ca. 38 Mio. AUD pro Jahr (Harrison et al., 2018^[136]). Im Rahmen einer Forschungsarbeit zu Pflegeheimbewohner*innen in Norwegen wurde festgestellt, dass mehr als 40 % mindestens ein inadäquates Medikament verordnet wurde (Nyborg et al., 2017^[137]). Eine Studie zur Pflege in Korea wiederum gelangte zu dem Schluss, dass möglicherweise mehr als 50 % der Verordnungen unangemessen sind, wobei diese größtenteils Medikamente betreffen, die auf das zentrale Nervensystem wirken (Hwang, H., S. Kim und K. Lee, 2015^[138]). Einen noch höheren Anteil ermittelte eine Studie zu Pflegeheimbewohner*innen in Halifax in der kanadischen Provinz Nova Scotia, die nahelegt, dass es sich bei mehr als 80 % der verordneten Arzneimittel um potenziell inadäquate Medikamente handeln könnte (Andrew et al., 2018^[139]).

165. Zur Verringerung des Neuroleptika-Einsatzes sind in vielen Fällen Personalschulungen und zusätzliche Personalkapazitäten erforderlich. Wenn es beispielsweise zu wenig Personalressourcen für systematische nichtpharmakologische Behandlungsstrategien gibt, ist es erwiesenermaßen schwerer, die Neuroleptika-Verordnungen für Pflegeheimbewohner*innen zu reduzieren (Simmons et al., 2018^[140]). Gezielte Investitionen in Personalschulungen und nichtpharmakologische Ansätze zur Behandlung von Verhaltensstörungen können wirksame Mittel sein, um den Neuroleptika-Einsatz bei Demenzkranken zu verringern (SAMHSA, 2019^[141]).

Kasten 4.1. Verringerung des unnötigen Neuroleptika-Einsatzes in Langzeitpflegeeinrichtungen der kanadischen Provinz Alberta

Neuroleptika werden häufig eingesetzt, um bei älteren Menschen Verhaltenssymptome der Demenz zu behandeln, die in Langzeitpflegeeinrichtungen zunehmen können. Ein unnötiger Einsatz von Neuroleptika ist schädlich, da diese Arzneimittel vermehrt zu Verwirrtheit, Stürzen, Lungenentzündung und Delirium führen. Die Initiative Choosing Wisely Canada rät davon ab, Neuroleptika einzusetzen, wenn dies nicht unbedingt erforderlich ist.

Einem Bericht des kanadischen Institute for Health Information (CIHI) zufolge wurden 2014 39 % der Senior*innen in kanadischen Pflegeeinrichtungen mit Neuroleptika behandelt, wobei die Einnahme bei 22,4 % chronisch erfolgte (CIHI, 2016^[142]).

2012 wurden im Gesundheitssystem der kanadischen Provinz Alberta, durch das 4,3 Millionen Menschen im Westen Kanadas versorgt werden, sogenannte Strategic Clinical Networks ins Leben gerufen. Diese Netzwerke sollen jeweils in bestimmten Bereichen des Gesundheitssystems für Verbesserungen sorgen. Die Tätigkeit des Seniors Health Strategic Clinical Network (SCN™) umfasst Projekte in Pflegeheimen, Krankenhäusern, der Primärversorgung und der lokalen Bevölkerung.

Das Projekt Appropriate Use of Antipsychotics (AUA) wurde 2013 zunächst in 11 Pflegeeinrichtungen getestet und verbessert, bevor es in allen 350 Pflegeheimen der Provinz Alberta mit insgesamt 25 740 Betten eingeführt wurde.

An diesem Projekt sind u. a. die klinischen Fachbereiche Pflege, Pharmazie und Medizin beteiligt. Die interdisziplinären Teams überprüfen die Angemessenheit des Neuroleptika-Einsatzes und setzen potenziell unangemessene Medikamente schrittweise ab. Außerdem entwickeln sie unterstützende Strategien, um Verhaltensstörungen vorzubeugen bzw. sie zu behandeln. Hierzu zählen personen-zentrierte Ansätze, Schlafförderung, sinnvolle Aktivitäten und die Einbindung der [Familien als Partner bei der Pflege](#).

Im Rahmen des Projekts wurde ein Toolkit für einen angemessenen Neuroleptika-Einsatz entwickelt, um den Alten- und Pflegeheimen in Alberta entsprechende Ressourcen zur Verfügung zu stellen (Alberta Health Services, o. J.^[143]).

Seit dieses Projekt angestoßen wurde, sind fast sechs Jahre vergangen. In diesem Zeitraum ist der Neuroleptika-Einsatz stark zurückgegangen – von 26,8 % im Jahr 2013 auf 17 % im Jahr 2018. In qualitativer Hinsicht wurde sowohl aufseiten des Personals als auch der Familienangehörigen festgestellt, dass die Pflegeheimbewohner*innen nun aufmerksamer und selbstständiger sind.

Ein neues Projekt des Seniors Health Strategic Clinical Network, das sich mit Schmerzen und Stimmungslagen befasst, soll langfristig einen angemessenen Neuroleptika-Einsatz fördern. Es gibt eine Vielzahl von Faktoren, die sich in leidensbedingten Verhaltensäußerungen niederschlagen, darunter Schmerzen, Verlust und Trauer, Krankheiten, soziale Isolation und die Nebenwirkungen von Medikamenten.

Das AUA-Projekt hat nicht nur in Alberta Spuren hinterlassen. Es wurde in nationalen Medien (Alberta Health Services, o. J.^[144]), [Videos](#), begutachteten wissenschaftlichen Beiträgen (Stock et al., 2017^[145]) und Vorträgen behandelt. Ausgehend von diesem Projekt entwickelte Choosing Wisely Canada darüber hinaus das Toolkit „When Psychosis Isn’t the Diagnosis“ (Choosing Wisely Canada, 2019^[146]).

Quelle: OECD-Fallstudie, verfasst von Karen Born in Anlehnung an die Internet-Reihe Commonwealth Fund Choosing Wisely: <https://www.commonwealthfund.org/publications/case-study/2019/may/choosing-wisely-recommendation-6>, begutachtet von Verdeen Bueckert, Alberta Health Services.

4.2.4. Opiode

166. Opiode können eine gute therapeutische Alternative für das Schmerzmanagement von Pflegeheimbewohner*innen sein, zumal festgestellt wurde, dass ihre Schmerzen möglicherweise nicht hinreichend therapiert werden (La Frenais et al., 2018^[147]). Sie können jedoch auch unerwünschte Ereignisse nach sich ziehen, insbesondere bei zu hoher Dosierung. Beispiele hierfür sind Übelkeit, Obstipation und Blasenfunktionsstörungen sowie eine mögliche Opioid-abhängigkeit. Außerdem ist Multimedikation bei älteren Menschen gang und gäbe, sodass es durch Wechselwirkungen zwischen den Medikamenten vermehrt zu kognitiven Störungen und Sturzverletzungen kommen kann (Kim et al., 2018^[148]). In diesem Szenario kann ein übermäßiger Opioid-Einsatz zu einer höheren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen und beispielsweise mit hohen Notaufnahmekosten einhergehen (Brownlee, S. und J. Garber, 2019^[149]).

167. Abbildung 4.3 zeigt, dass der Opioidkonsum in allen Ländern außer Kanada in der Altersgruppe ab 70 Jahren am höchsten ist. In 16 OECD-Ländern konsumiert diese Altersgruppe im Schnitt 1,5-mal mehr Opiode als die 50- bis 69-Jährigen und fast fünfmal mehr als die 18- bis 49-Jährigen. Am höchsten ist der Opioidkonsum älterer Menschen in Luxemburg, am geringsten in der Türkei. Die Varianz ist z. T. auf Unterschiede in der klinischen Praxis des Schmerzmanagements und auf Unterschiede bei der Regulierung, dem rechtlichen Rahmen, Verordnungsrichtlinien sowie Behandlungsleitlinien zurückzuführen.

Abbildung 4.3. Opioid-Verordnungen nach Altersgruppen, 2017 (oder nächstverfügbares Jahr)

Anmerkung: Produkte, die bei der Suchtbehandlung zum Einsatz kommen, sind in den Daten nicht berücksichtigt.

1. Dreijahresdurchschnitt.

Quelle: OECD Health Statistics 2019.

168. Opioidinduzierte Obstipation (*opioid-induced constipation* – OIC) ist ein bei älteren Menschen häufig auftretendes unerwünschtes Ereignis, das unter ökonomischen Gesichtspunkten eingehender untersucht wurde. Eine OIC-Vergleichsstudie aus Dänemark ergab, dass die Gesundheitskosten von Nichtkrebspatient*innen und Krebspatient*innen mit OIC nach Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Opioid-Einsatz, Familienstand und Komorbiditäten insgesamt um 34 % bzw. 25 % höher sind als jene von Patient*innen ohne OIC ($P < 0,001$) (Søndergaard et al., 2017^[150]). Eine Studie aus den Vereinigten Staaten zeigt, dass die Wahrscheinlichkeit allgemeiner (OR 2,47 [2,11-2,90]) oder schmerzbedingter Krankenhausaufenthalte (2,15 [1,82-2,54]) bei Krebspatient*innen mit Obstipation in den 12 Monaten nach Beginn einer Opioidtherapie mehr als doppelt so hoch ist wie bei Krebspatient*innen ohne Obstipation. Die Gesundheitskosten fallen bei Patient*innen mit Obstipation insgesamt um 21 629 USD (14 850-29 018 USD) höher aus als bei Patient*innen

ohne Obstipation (Fine et al., 2019^[151]). Aus diesen Studien können u. U. Rückschlüsse auf die Altenpopulation oder Pflegeeinrichtungen gezogen werden. Dazu bedarf es jedoch spezifischer Untersuchungen.

169. Es besteht generell ein eklatanter Mangel an wirtschaftlichen Studien, die sich mit den Kosten einer übermäßigen Opioid-Verordnung in Alten- und Pflegeheimen befassen. Gleiches gilt für Maßnahmen zur Förderung eines rationaleren Einsatzes von schmerzlindernden Opioiden in der Pflege.

170. Wie im Fall der Neuroleptika gibt es auch beim Schmerzmanagement alternative nicht-pharmakologische Behandlungsmethoden. Viele davon erfordern jedoch zusätzliche Personalressourcen. Physiotherapie und komplementärmedizinische Methoden – wie Akkupunktur und Massagen – können Schmerzen lindern und gehen nicht mit den schwerwiegenden Nebenwirkungen und Risiken von Opioiden einher. Alternativ können auch nichtopioid Schmerzmittel wie Ibuprofen, Acetaminophen (Paracetamol), Aspirin und Steroide eingesetzt werden.

4.2.5. Multimedikation

171. Ältere Patient*innen müssen altersbedingt und aufgrund von Mehrfacherkrankungen oft langfristig mehrere Medikamente gleichzeitig einnehmen, was als Multimedikation bezeichnet wird. In vielen Fällen ist dies gerechtfertigt. Es gilt jedoch zwischen angemessener und unangemessener Multimedikation zu unterscheiden. Unter Expert*innen besteht diesbezüglich aktuell leider kein Konsens (Masnoon et al., 2017^[152]). *Angemessen ist die Verordnung* mehrerer Medikamente bei Patient*innen mit komplexen und/oder Mehrfacherkrankungen definitionsgemäß dann, wenn die Medikation mit den besten verfügbaren Befunden in Einklang steht und den klinischen Bedürfnissen der Patient*innen gerecht wird (Cadogan et al., 2015^[153]). Potenziell inadäquate Medikation, Übermedikation und Doppelmedikation sind dagegen als *unangemessene Multimedikation* einzustufen (Masnoon et al., 2017^[152]).

172. Multimedikation ist mit erheblichen Sicherheitsrisiken verbunden und stellt eines der drei Haupthandlungsfelder der dritten Global Patient Safety Challenge der Weltgesundheitsorganisation (WHO) dar (WHO, 2012^[154]). Bei den ältesten und gebrechlichsten Patient*innen geht Multimedikation mit einem erhöhten Schadensrisiko einher. Daher sollten die verordnenden Ärzt*innen prüfen, ob eine Fortsetzung der Behandlung gerechtfertigt ist bzw. welchen klinischen Mehrwert präventive Behandlungen haben (Dubois et al., 2018^[155]). Dass dies in der Praxis nur selten geschieht, ist auf mehrere Faktoren zurückzuführen. Hierzu zählen z. B. Zeitdruck, automatisierte Verordnungsroutinen (z. B. automatische Verlängerung von E-Rezepten), unzureichende Informationen über Risiken und Nutzen sowie die Tatsache, dass es keine Leitlinien zum Absetzen von Medikamenten gibt (van Middelaar, T. und E. van Charante, 2018^[156]; Ie et al., 2017^[157]).

173. Multimedikation geht mit geringer Adhärenz, Arzneimittelwechselwirkungen, Medikationsfehlern und unerwünschten Arzneimittelereignissen³ wie Stürzen, Hüftfrakturen, Verwirrtheit und Delirium einher. Etwa ein Drittel der älteren Menschen in Gemeinschaftseinrichtungen, die mehrere Arzneimittel gleichzeitig einnehmen müssen, ist von einem unerwünschten Arzneimittelereignis betroffen, und mit jedem weiteren Medikament steigt das Risiko (Scott, I. und S. Jayathissa, 2010^[158]; Viktil et al., 2007^[159]). Patient*innen, bei denen ein unerwünschtes Arzneimittelereignis eintritt, müssen häufig akutmedizinisch versorgt werden, was vermeidbare

³ Der Begriff „unerwünschtes Arzneimittelereignis“ (UAE) ist ein Überbegriff, der für unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW), Medikationsfehler, Überdosierung, Unterdosierung und Therapieabbruch steht. Bei älteren Menschen treten häufig unerwünschte Arzneimittelereignisse auf.

Notaufnahmen, längere Krankenhausaufenthalte, weitere Untersuchungen und ein genaueres langfristiges Monitoring nach sich ziehen kann (Monégat, 2014; Gallagher, 2007).

174. Unangemessene Multimedikation in Pflegeeinrichtungen bzw. bei älteren Heimbewohner*innen schlägt sich in potenziell beträchtlichen gesundheitlichen und wirtschaftlichen Belastungen nieder, zu denen in der Regel wenig Daten verfügbar sind. Die jüngsten Zahlen für die Vereinigten Staaten zeigen, dass *jeden Tag* 750 ältere Menschen aufgrund von schwerwiegenden Nebenwirkungen eines oder mehrerer Arzneimittel ins Krankenhaus eingewiesen werden – dies entspricht 2 Millionen Krankenhauseinweisungen in den letzten zehn Jahren (Brownlee, S. und J. Garber, 2019^[149]). Auch in Europa sind die Belastungen im Zusammenhang mit unerwünschten Arzneimittelereignissen beträchtlich. Einer systematischen Auswertung zufolge sind schätzungsweise 3,6 % aller Krankenhausaufenthalte in Europa auf eine unerwünschte Arzneimittelwirkung zurückzuführen, und bei einem Zehntel der Patient*innen tritt bei Krankenhausaufenthalten eine unerwünschte Arzneimittelwirkung auf (Bouvy, J., M. De Bruin und M. Koopmanschap, 2015^[160]).

175. 2019 erhob die OECD erstmals international vergleichbare Daten zur Multimedikation. Die Multimedikationsrate entspricht dem Anteil älterer Menschen, die chronisch mehr als fünf Arzneimittel gleichzeitig einnehmen. Im Vergleich von 14 Ländern, in denen weiterreichende Daten erfasst werden, variiert die Multimedikationsrate um das 11-Fache, wobei die Türkei die niedrigste und Luxemburg die höchste Rate aufweist. In den Ländern, für die lediglich Daten zur Primärversorgung verfügbar sind, schwankt die Multimedikationsrate um nahezu das Dreifache. Hier verzeichnet Finnland die niedrigste Rate und Korea die höchste (Abbildung 4.4). Diese Zahlen decken sich mit den zuvor verzeichneten nationalen Werten (Morin et al., 2018^[161]).

Abbildung 4.4. Multimedikation bei Erwachsenen ab 75 Jahren: Primärversorgung und Langzeitpflege, 2017 (oder nächstverfügbares Jahr)

1. Die Daten entsprechen einem Dreijahresdurchschnitt. Chronizität wird definiert als Einnahme einer definierten Tagesdosis (*defined daily dosage – DDD*) während mehr als 90 Tagen in einem gegebenen Jahr. Eine Ausnahme bilden die Ergebnisse für die Türkei, Irland, Dänemark, Finnland und Portugal, wo stattdessen die Zahl der Verordnungen (mindestens vier) in einem gegebenen Jahr herangezogen wird. Dermatika für lokale Anwendungen wurden nicht berücksichtigt.

Quelle: OECD (2019^[2]).

176. Diese großen Unterschiede sind z. T. auf die gezielten Multimedikationsinitiativen in einigen Ländern zurückzuführen, die u. a. die Rückerstattung und die Handlungsrichtlinien betreffen. Mehrere dieser Initiativen haben gezeigt, dass es möglich ist, unangemessene Multimedikation zu reduzieren und Arzneimittelschäden zu verhindern. So trägt beispielsweise eine stärkere Einbindung der Apotheker*innen in die Pflege und die regelmäßige Überprüfung der Medikation von Patient*innen, die längerfristig mehrere Medikamente gleichzeitig einnehmen, nachweislich dazu bei, unangemessene Verordnungen und die Häufigkeit von unerwünschten Arzneimittelereignissen zu verringern, ohne die gesundheitliche Lebensqualität zu beeinträchtigen.

tigen (Garcia, 2006^[162]). Eine bessere Zusammenarbeit zwischen Apotheker*innen und Hausärzt*innen sorgt offenbar für eine angemessenere Multimedikation älterer Patient*innen und erleichtert komplexe Entscheidungen im Hinblick auf die Weiterverordnung und das Absetzen von Medikamenten (Cadogan et al., 2015^[153]; Sinnige et al., 2016^[163]).

177. Das Absetzen von Medikamenten mit geringem klinischen Wert ist der naheliegendste Ansatz, um unangemessene Multimedikation zu verringern, insbesondere bei älteren Menschen, die im letzten Lebensjahr häufig verstärkt von Multimedikation betroffen sind. Eine Überprüfung der Medikation und ein genaueres Monitoring von Multimedikationspatient*innen durch Apotheker*innen vor Ort geht mit niedrigeren Hospitalisierungsquoten aufgrund von unerwünschten Arzneimittelereignissen und mit geringeren Krankenhauskosten einher (Trygstad et al., 2009^[164]; Malet-Larrea et al., 2016^[165]).

178. In einigen Gesundheitssystemen wurden digitale Instrumente für Verordnungen eingeführt, die auf Multimedikation zugeschnitten sind. Hierzu zählen z. B. neue digitale Instrumente zur Erfassung und Weitergabe von Wissen über das sichere Verordnen und Absetzen von Medikamenten (Bruyère Research Institute, 2019^[166]) und Netzwerke zur Entwicklung von Strategien für eine sichere Medikation bzw. das Absetzen von Medikamenten, in denen Wissenschaftler*innen, Apotheker*innen, Ärzt*innen und Patient*innen vertreten sind (Canadian Deprescribing Network, o. J.^[167]). Die Europäische Union rief im Rahmen des Projekts Stimulating Innovation Management of Polypharmacy and Adherence in the Elderly (SIMPATHE) auf internationaler Ebene eine Sachverständigengruppe ins Leben. Diese soll untersuchen, wie Managementprogramme zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit umgesetzt und Patientenschäden durch die Förderung einer angemessenen Multimedikation verhindert werden können (Europäische Union, o. J.^[168]). Es gibt jedoch nach wie vor zu wenige Studien, die die wirtschaftlichen Auswirkungen der verschiedenen Maßnahmen zur Verringerung von Patientenschäden im Zusammenhang mit Multimedikation in der Pflege untersuchen.

4.2.6. Stürze

179. Damit zusammenhängende häufige unerwünschte Ereignisse in Langzeitpflegeeinrichtungen sind Stürze. Jedes Jahr stürzen rd. 30-50 % der Pflegeheimbewohner*innen und fast die Hälfte davon stürzt mehrmals (WHO, 2007^[169]). Stürze in Pflegeeinrichtungen werden teilweise Umweltfaktoren (Teppichen, Sturzmatten, unsachgemäß installierten oder verwendeten Geräten, Tageszeit) und Problemen bei der Organisation der Pflege (Zeitdruck des Personals, Kommunikation von Veränderungen des kognitiven Status der Pflegebedürftigen, wenig Beschäftigungstherapie) zugeschrieben (Welch et al., 2017^[170]). Forschungsarbeiten deuten jedoch darauf hin, dass eine erhöhte Inzidenz von Stürzen, wiederholten Stürzen und Stürzen mit Verletzungsfolgen auch mit Multimedikation (Einnahme von mindestens 4 Arzneimitteln) in Zusammenhang steht (Zia, A.; S. Kamaruzzaman und M. Tan, 2015^[171]).

180. Das Risikomanagement zur Sturzprophylaxe stellt eine besondere Herausforderung dar. Zahlreiche Studien zeigen, dass Sturzangst zugleich eine Folge von Stürzen und ein Risikofaktor für weitere Stürze ist (Lavedán et al., 2018^[172]; Young, W. und A. M. Williams, 2015^[173]). Maßnahmen, die die Bewegungsfreiheit und Mobilität von Heimbewohner*innen einschränken, können auch unerwünschte Effekte haben, da sie zu körperlichem Verfall führen und damit die Sturzwahrscheinlichkeit erhöhen können (Growdon, M., R. Shorr und S. Inouye, 2017^[174]). Manche der untersuchten Maßnahmen zur Vorbeugung von Verletzungen werden von vielen Betroffenen als bevormundende und für sie ungeeignete Maßnahmen abgelehnt. Ein Beispiel hierfür ist die Vorschrift, dass Pflegebedürftige Hüftprotektoren tragen sollen (Hajek et al., 2018^[175]). Freiheitseinschränkende Maßnahmen zur Sturzprophylaxe gelten als Indikator für eine schlechte Pflegequalität, sind jedoch nach wie vor üblich. Eine Studie zu Pflegeheimen

in der Schweiz ergab, dass bei mehr als 25 % der Heimbewohner*innen mindestens eine freiheitseinschränkende Maßnahme eingesetzt wird (Hofmann et al., 2015^[176]). In Frankreich sind je nach Pflegeeinrichtung zwischen 19 % und 84 % der Pflegebedürftigen von freiheitseinschränkenden Maßnahmen betroffen (ANAES, 2000^[177]). Studien zur Selbstständigkeit von Pflegeheimbewohner*innen und zu ihren Präferenzen in Bezug auf Strategien zur Sturzprophylaxe gibt es kaum. Dank des Kapazitätsaufbaus von Best-Practice-Champion-Netzwerken werden derzeit erfolgreich evidenzbasierte Strategien umgesetzt, die den Einsatz freiheitseinschränkender Maßnahmen eindämmen und gleichzeitig die Sturzszenen senken (RNAO, 2012^[178]; RNAO, o. J.^[179]).

181. Stürze in Pflegeeinrichtungen gehen mit einer hohen Verletzungs- und Mortalitätslast einher und verursachen durch die dabei erlittenen Verletzungen beträchtliche Krankenhaus- und Rehabilitationskosten. US-amerikanischen Schätzungen zufolge entstehen durch Stürze jährlich medizinische Kosten in Höhe von mehr als 50 Mrd. USD, und die Behandlungskosten nach einem Sturz belaufen sich im Schnitt auf knapp 14 000 USD (CDC, o. J.^[180]; The Joint Commission, 2015^[181]). Investitionen in Programme zur Sturzprophylaxe und umfassendere Initiativen zur Verbesserung der Pflegequalität, wie sie in Kasten 4.2 beschrieben werden, können Stürzen vorbeugen und zu Kosteneinsparungen in der Pflege und Akutversorgung beitragen.

Kasten 4.2. Wirtschaftliche Auswirkungen von Leitlinien zur Sturzprophylaxe in Ontario

Evidenzbasierte Strategien für Sturzprophylaxe und -management sind in Pflegeheimen unerlässlich, da das Risiko von Stürzen und Sturzverletzungen im Alter steigt (CIHI, 2019). Die vierte Auflage der Best-Practice-Leitlinien des Verbands der Pflegefachkräfte von Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario – RNAO) – *Preventing Falls and Reducing Injury from Falls* – von 2017 enthält evidenzbasierte Empfehlungen für wirksame Strategien zur Sturzprävention und zur Verringerung von Sturzverletzungen, die sich an Pflegefachkräfte, das interprofessionelle Pflegeteam, Lehrende, Verwaltungen und Politikverantwortliche richten.

Abbildung 2 zeigt die Ergebnisse einer Längsschnittanalyse zu Stürzen von Pflegeheimbewohner*innen in den letzten 30 Tagen, die auf Daten des kanadischen Institute of Health Information (CIHI) beruht. Der analysierte CIHI-Datensatz umfasst Daten zu allen Pflegeheimen Kanadas im Zeitraum 2013-2018. Kohorte A in Abbildung 1 repräsentiert sieben Pflegeeinrichtungen der Initiative Best Practice Spotlight Organizations (BPSO), die 2014 dem Programm Best Practice Guidelines beigetreten sind und sich verpflichtet haben, die Best-Practice-Leitlinien des RNAO für Stürze umzusetzen (RNAO, 2012^[182]). Die Daten von Kohorte A wurden analysiert und mit den Daten von zwei leistungsstarken Provinzen bzw. den Durchschnittswerten der Provinzen und des Landes verglichen. Nachstehend sind die wichtigsten Ergebnisse aufgeführt:

- Die durchschnittliche Sturzrate der letzten 30 Tage von Kohorte A war niedriger als jene der Pflegeheime in British Columbia – 2013 um 2,7 % und 2017 um 2,5 %.
- Die Sturzrate der letzten 30 Tage von Kohorte A war zudem niedriger als jene der Pflegeheime in Alberta – 2017 schätzungsweise um 2,5 %.
- Darüber hinaus fiel sie Schätzungen zufolge um 1,12 % niedriger aus als jene der nicht an der BPSO-Initiative teilnehmenden Pflegeheime in Ontario.
- Der 2018 in Ontario beobachtete Gesamtanstieg der durchschnittlichen Anzahl der Stürze von Pflegeheimbewohner*innen innerhalb der letzten 30 Tage (d. h. in den Pflegeheimen, die nicht an der BPSO-Initiative teilnehmen, und in den Pflegeheimen der Kohorte A) ist ein wichtiger Aspekt, der eingehender untersucht werden sollte. Kohorte A hat allerdings besser abgeschnitten als die nicht an der BPSO-Initiative teilnehmenden Pflegeheime.

Abbildung: Durchschnittliche Sturzrate in Pflegeheimen in den letzten 30 Tagen

2012 beliefen sich die direkten jährlichen Gesundheitskosten infolge von Stürzen in Kanada Schätzungen zufolge auf mehr als 2 Mrd. CAD (PHAC, 2017), wobei fast die Hälfte davon auf ältere Menschen entfiel. Im Schnitt verbringen ältere Menschen in Kanada aufgrund von Stürzen 10 Tage mehr im Krankenhaus als aus anderen Gründen, und mehr als ein Drittel der älteren Menschen kommt nach einer sturzbedingten Krankenhauseinweisung in ein Pflegeheim (PHAC, 2017). Die geschätzten Kosten in Höhe von 2 Mrd. CAD umfassen die direkten und indirekten Kosten eines 10-tägigen stationären Aufenthalts einschließlich Behandlungspflege, nicht jedoch die Arzthonorare. Laut Berichten der kanadischen Gesundheitsbehörde aus dem Jahr 2004 belaufen sich die sturzbedingten Kosten nach der Rückkehr ins Pflegeheim (bei Berücksichtigung des Kostenanstiegs im Jahr 2017) auf schätzungsweise 757,26 CAD pro Tag und Pflegeheimbewohner*in.

Die NQuIRE-Daten wurden für ein BPSO-Pflegeheim für den Zeitraum 2017-2018 unter Heranziehung des Indikators „Stürze in den letzten 30 Tagen“ ausgewertet. Dabei wurde im Beobachtungszeitraum ein deutlicher Rückgang der durchschnittlichen Anzahl der Stürze in den letzten 30 Tagen um 10,02 % verzeichnet. 2017 beliefen sich die sturzbedingten Kosten in diesem Pflegeheim auf 55 280 CAD (basierend auf der durchschnittlichen Anzahl der Stürze von Pflegeheimbewohner*innen in den letzten 30 Tagen multipliziert mit den geschätzten Kosten pro Tag und Person). Durch den Rückgang der durchschnittlichen Anzahl der Stürze in diesem BPSO-Pflegeheim konnten 2018 rd. 15 145 CAD eingespart werden. Die effektiven sturzbedingten Kosten betrugen im genannten Jahr schätzungsweise 40 135 CAD.

Diese positiven Ergebnisse sowohl bei der Anzahl der Stürze als auch bei den damit verbundenen Kosten wurden erzielt, obwohl in den Pflegeheimen Ontarios lediglich ein geringer Teil des Personals in reglementierten Berufen tätig ist. 9 % der Gesundheitskräfte in der Langzeitpflege sind *registered nurses* (Pflegefachkräfte), 17 % *registered practical nurses* (Pflegehilfskräfte) und weniger als 1 % *nurse practioners* (höherqualifizierte Pflegefachkräfte mit Masterabschluss). Auch die Ernährungsfachkräfte, Sozialarbeiter*innen und Physiotherapeut*innen, die insgesamt 8 % der Gesundheitsfachkräfte in der Pflege stellen, sind in reglementierten Berufen tätig. Die verbleibenden 65 % entfallen auf nicht-reglementierte Berufe wie *personal support workers* (persönliche Betreuer*innen).

Abbildung: Wirtschaftlicher Effekt

Quelle: Shanoja Naik, Megan Bamford, Doris Grinspun und Stephanie Voong.

Das Programm Best Practice Guidelines des Verbands der Pflegefachkräfte von Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario – RNAO) wird vom Gesundheitsministerium der Provinz Ontario finanziert. Die Arbeiten des RNAO unterliegen nicht der Kontrolle des Ministeriums. Das Ministerium war weder am Design der Studie noch an der Datenerhebung und -auswertung oder an der Berichterstellung beteiligt. Nähere Einzelheiten zu diesem RNAO-Programm können unter <https://rnao.ca/bpg> abgerufen werden.

4.2.7. Infektionen und antimikrobielle Resistenz

182. Pflegeheimbewohner*innen weisen häufig ein geschwächtes Immunsystem oder chronische Krankheiten auf und sind dadurch einem höheren Infektionsrisiko ausgesetzt. Inkontinenzprobleme erhöhen bei Pflegebedürftigen das Risiko von Harnwegsinfektionen, und bettlägerige Pflegeheimbewohner*innen sind häufiger von Hautinfektionen betroffen. Die große Nähe und der ständige Kontakt mit dem Personal und Mitbewohner*innen kann die Ausbreitung von Atemwegs- und anderen Infektionen begünstigen (Stuart, R., C. Lim und D. Kong, 2014^[183]). Daher treten in Pflegeeinrichtungen häufig nosokomiale Infektionen auf; 2016-2017 lag die Prävalenz bei Pflegeheimbewohner*innen im OECD-Durchschnitt bei 3,85 % (OECD, 2019^[2]).

183. Angesichts dieser Gefahren setzen Gesundheitsfachkräfte bei Pflegeheimbewohner*innen auf einen regelmäßigen und langfristigen Antibiotika-Einsatz (Thornley et al., 2019^[184]). Einer Untersuchung in den Vereinigten Staaten zufolge werden in der Regel mehr als 10 % der Pflegeheimbewohner*innen Antibiotika verabreicht (Pakyz, A. und L. Dwyer, 2010^[185]). Im Rahmen einer Studie zu Pflegeeinrichtungen in 24 europäischen Ländern wurde festgestellt, dass rd. 4,9 % der Heimbewohner*innen mit mindestens einem Antibiotikum behandelt wurden. Antibiotika werden in Pflegeeinrichtungen im Allgemeinen bei Verdacht auf Harnwegsinfektionen, Atemwegsbeschwerden und Hautwunden verschrieben, und dies obwohl die entsprechenden Symptome mit anderen therapeutischen Ansätzen wirksam behandelt werden können (Khandelwal, C., C. Lathren und P. Sloane, 2012^[186]).

184. Pflegebedürftige verbringen in der Regel mehrere Jahre im Pflegeheim. Der übermäßige Einsatz von Antibiotika in diesem Setting hat im Lauf der Zeit zunehmend Aus-

wirkungen auf Antibiotikaresistenzen (Sloane et al., 2016^[187]). Abbildung 4.5 zeigt die jeweiligen Anteile antibiotikaresistenter Bakterien, die bei Pflegeheimbewohner*innen isoliert wurden: Im Schnitt war mehr als ein Viertel der Isolate resistent – dies entspricht ungefähr dem in der Akutversorgung beobachteten Anteil (OECD, 2019^[2]). Der Einsatz von Antibiotika führt nicht nur zu Antibiotikaresistenzen, sondern setzt Pflegeheimbewohner*innen auch einem erhöhten Risiko unerwünschter Ereignisse aus. Beispiele hierfür sind Clostridioides-difficile-Infektionen, Gastroenteritis, allergische Reaktionen auf Antibiotika und andere unerwünschte Arzneimittelereignisse. In mehreren Studien wurde festgestellt, dass ein übermäßiger Antibiotika-Einsatz in Pflegeeinrichtungen nicht nur bei den mit Antibiotika behandelten, sondern bei allen Patient*innen das Risiko für bestimmte unerwünschte Ereignisse (Clostridioides-difficile-Infektionen, Diarrhoe oder Gastroenteritis und Kontakt mit antibiotikaresistenten Bakterien) erhöht (Daneman et al., 2015^[188]).

Abbildung 4.5. Anteil antimikrobieller Resistenzen bei nosokomialen Infektionen in der Langzeitpflege, 2016-2017

Anmerkung: Auf Basis des vom ECDC entwickelten zusammengesetzten Index für Antibiotikaresistenzen. Berücksichtigt wurden nur Länder mit mehr als 15 bakteriellen Isolaten.

Quelle: OECD (2019^[2]).

185. Zur Verringerung nosokomialer Infektionen bedarf es in der Regel nicht vieler Ressourcen, dafür aber beträchtlicher kultureller und organisatorischer Veränderungen. In einem 2018 veröffentlichten OECD-Bericht wurde dargelegt, dass sich umfassende Investitionen in Maßnahmen zur Bekämpfung antimikrobieller Resistenzen innerhalb eines Jahres bezahlt machen würden. Eine bessere Ausbildung in Bezug auf die Verschreibung von Antibiotika, Programme für einen verantwortungsvollen Umgang mit Antibiotika und eine verbesserte Hygiene können zur Senkung der Infektionszahlen und der damit verbundenen Kosten in Pflegeheimen beitragen (OECD, 2018^[189]).

4.2.8. Misshandlung und Vernachlässigung

186. Pflegebedürftige, die im Heim oder zu Hause gepflegt werden, sind einem erhöhten Misshandlungs- und Vernachlässigungsrisiko ausgesetzt. Die Tragweite dieses Problems wurde bislang kaum untersucht. Eine systematische Übersichtsarbeit zu fünf fortgeschrittenen Volkswirtschaften gelangte zu dem Schluss, dass 4-6 % der älteren Menschen von Misshandlungen betroffen sind, wenn sowohl körperliche und psychische Misshandlungen als auch finanzieller Missbrauch und Vernachlässigung berücksichtigt werden (Krug, E. et al. (Hrsg.), 2002^[30]). Einer neueren Studie zufolge ist sogar von noch höheren Misshandlungsraten auszugehen. Demnach ist ein Sechstel der älteren Menschen weltweit – bzw. 141 Millionen Menschen – Opfer von Misshandlungen (Yon et al., 2017^[190]). Eine Studie der WHO zu älteren Menschen in Europa ergab, dass jährlich 2,7 % der Senior*innen von körperlicher Misshandlung, 0,7 % von sexuellem Missbrauch, 19,4 % von psychischer Misshandlung und 3,8 % von finanziellem Missbrauch betroffen sind (Sethi, D. et al. (Hrsg.), 2011^[191]).

187. Das Risiko, von Pflegekräften misshandelt zu werden, ist besonders groß. Forschungsarbeiten zeigen, dass mehr als die Hälfte der Pflegekräfte in der stationären Pflege zugibt, im vergangenen Jahr ältere Menschen in irgendeiner Form misshandelt zu haben, was körperliche und psychische Misshandlungen, sexuellen und finanziellen Missbrauch sowie Vernachlässigung einschließt (Yon et al., 2019^[192]; WHO, o. J.^[193]). Eine systematische Durchsicht von mehr als 40 Studien ergab, dass rd. 10 % der Pflegekräfte körperliche Misshandlungen und 40 % verbale Misshandlungen zugeben (Cooper, C., A. Selwood und G. Livingston, 2008^[194]).

188. Die Beziehung zwischen Pflegebedürftigen und Pflegekräften steht besonders im Fokus und ist Gegenstand mehrerer Forschungsarbeiten. Ein weiterer Aspekt, der Anlass zur Sorge gibt, sind Misshandlungen durch andere Heimbewohner*innen, insbesondere in der Langzeitpflege. Eine systematische Durchsicht von 27 Studien und 5 grauen Materialien gelangte zu dem Schluss, dass es sich bei rund einem Drittel aller Misshandlungsfälle um Misshandlungen durch andere Pflegeheimbewohner*innen handeln dürfte, was körperliche, psychische, verbale und sexuelle Aggressionen einschließt (McDonald et al., 2019^[195]).

189. Die Misshandlung und Vernachlässigung von Pflegebedürftigen stellt nicht nur unter humanitären Gesichtspunkten und im Hinblick auf die soziale Gerechtigkeit ein Problem dar. Sie kann auch mit einer höheren Zahl von vorzeitigen Todesfällen und Behinderungen einhergehen und hat zudem ressourcenbezogene Auswirkungen. Die Krankenhauseinweisungen und die Versorgung älterer Menschen infolge von Misshandlungen können mit erheblichen Kosten verbunden sein. US-amerikanischen Schätzungen zufolge fallen durch misshandlungsbedingte Verletzungen älterer Menschen jährlich Kosten in Höhe von mehr als 5 Mrd. USD an (Sethi, D. et al. (Hrsg.), 2011^[191]). Außerdem nehmen ältere Menschen, die misshandelt wurden, u. U. mehr Behandlungsressourcen in Anspruch als jene, die nicht misshandelt wurden. Eine Studie zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch ältere Menschen, die Opfer von Misshandlungen wurden, zeigt, dass diese mit größerer Wahrscheinlichkeit Notfallmedizinische Leistungen in Anspruch nehmen und längere Krankenhausaufenthalte benötigen (Rovi et al., 2009^[196]).

190. Vernachlässigung kann mit evidenzbasierten Strategien verhindert werden, wie dies auch bei anderen häufig auftretenden unerwünschten Ereignissen der Fall ist. Eine solche Strategie besteht darin sicherzustellen, dass den Pflegebedürftigen während ausreichend langer Betreuungszeiten angemessen qualifizierte Pflegekräfte zur Verfügung stehen. Die Personal- und Pflegestandards sollten einen personenzentrierten Pflegeansatz gewährleisten, der therapeutische Beziehungen ermöglicht, bei denen Individualität, Selbstständigkeit, Respekt und Würde im Vordergrund stehen (Phelan, 2015^[197]).

4.2.9. Mangelernährung

191. Viele Pflegebedürftige sind mangelernährt. Dies kann bei älteren Menschen zu Gebrechlichkeit führen oder die Gebrechlichkeit verstärken und aufgrund der größeren Abhängigkeit einen intensiveren Pflegebedarf nach sich ziehen. Mangelernährung kann auch zur Entstehung von Krankheiten beitragen, die Prognose bei bestehenden Erkrankungen verschlechtern und das Mortalitätsrisiko erhöhen (HAS, 2007^[198]). Eine Studie zu Pflegeheimen in Italien zeigt, dass mehr als 30 % der Bewohner*innen mangelernährt sind und bei weiteren 50 % das Risiko einer Mangelernährung besteht (Pezzana et al., 2015^[199]). In der Türkei sind Untersuchungsergebnissen zufolge mehr als 10 % der Pflegeheimbewohner*innen von Mangelernährung betroffen und bei fast 40 % ist ein Mangelernährungsrisiko gegeben (Cankurtaran et al., 2013^[200]).

192. Mangelernährung geht oft mit einem erhöhten Pflegebedarf einher. Berechnungen der durch Mangelernährung verursachten Kosten konzentrieren sich daher zumeist auf die Kosten

der damit verbundenen Pflege, was Prophylaxe, Diagnose, Therapie, Rehabilitation und krankheitsbedingte Pflege einschließt. Forschungsarbeiten aus dem Vereinigten Königreich zeigen, dass mangelernährte Patient*innen deutlich mehr Ressourcen in Anspruch nehmen als nicht mangelernährte Patient*innen. In den sechs Monaten nach einer Mangelernährungsdiagnose fallen Schätzungen zufolge Patientenkosten in Höhe von über 1 000 USD mehr an als bei nicht mangelernährten Patient*innen, was auf höhere Raten ärztlicher Konsultationen, Krankenhauseinweisungen und längere Krankenhausaufenthalte zurückzuführen ist (Abizanda et al., 2016^[201]). In Irland verursacht die Mangelernährung von Pflegeheimbewohner*innen im Gesundheitssystem Schätzungen zufolge jährlich direkte Kosten in Höhe von 764,95 Mio. USD bzw. 6 % der Gesundheitsausgaben (Abizanda et al., 2016^[201]).

193. Um der Mangelernährung entgegenzuwirken, muss das Hauptaugenmerk – wie auch im Fall anderer unerwünschter Ereignisse – auf die Pflegequalität gelegt werden. Dazu muss u. a. sichergestellt werden, dass Ressourcen für ernährungsbezogene Maßnahmen zur Verfügung stehen. Eine weitere Möglichkeit sind Initiativen, die die Überprüfung der Medikation betreffen und den Maßnahmen Rechnung tragen, die auch zur Eindämmung eines übermäßigen Opioid- und Neuroleptika-Einsatzes bzw. unangemessener Multimedikation empfohlen werden.

4.2.10. Viele der Hauptursachen unerwünschter Ereignisse sind auf einige wenige Probleme zurückzuführen

194. Die Ursachen unerwünschter Ereignisse in der Pflege wurden bislang kaum systematisch untersucht. Es ist jedoch bekannt, dass es eine Reihe von Faktoren gibt, die die Pflegequalität beeinträchtigen und erwiesenermaßen sicherheitsrelevante Ereignisse nach sich ziehen. Eine Studie zu Pflegeheimen in den Vereinigten Staaten zeigte, dass im Rahmen einer ärztlichen Überprüfung sicherheitsrelevanter Vorfälle 59 % der unerwünschten Ereignisse und zeitlich begrenzten Schadensereignisse als eindeutig oder wahrscheinlich vermeidbar eingestuft wurden (OIG, 2014^[202]).

195. Ein Großteil der unerwünschten Ereignisse in der Pflege könnte vermieden werden. Die Politikverantwortlichen müssen allerdings ein besseres Verständnis davon entwickeln, warum diese Ereignisse eintreten, um einen systemweiten Wandel anstoßen zu können. Dazu müssen deren Ursachen beleuchtet werden. Wissenschaftler*innen in Schweden haben für eine Reihe von unerwünschten Ereignissen in schwedischen Pflegeheimen mehr als 600 mögliche Einflussfaktoren aufgezeigt. Außerdem stellten sie fest, dass fast 90 % der unerwünschten Ereignisse folgenden vier Kategorien zuzuordnen sind (Andersson et al., 2018^[6]): Medikationsfehler, unerwünschte Ereignisse infolge von Stürzen, verspätete oder unangemessene Maßnahmen und unterlassene Pflege (vgl. Abbildung 4.6). Verursacht werden diese Ereignisse in der Regel durch Kommunikationsfehler, eine inadäquate Risikobewertung, unzureichende Personalausstattung und fehlende Supervision.

196. Die Methoden zur Bekämpfung dieser Ursachen reichen von einfachen Veränderungen der Vorgehensweisen bis hin zu einem umfassenden kulturellen Wandel in der Pflege. Medikationsfehler beispielsweise können durch eine bessere Harmonisierung der Arzneimitteltherapie, eine Reduktion unnötiger Multimedikation und eine ausreichende Personalausstattung in Pflegeheimen reduziert werden. Auch den an dritter und vierter Stelle genannten Kategorien unerwünschter Ereignisse – verspätete oder unangemessene Maßnahmen und unterlassene Pflege – kann durch mehr und besser qualifiziertes Personal entgegengewirkt werden.

Abbildung 4.6. Kategorien unerwünschter Ereignisse (n = 173), die der schwedischen Aufsichtsbehörde IVO (Inspektionen för vård och omsorg) gemeldet wurden

Quelle: Andersson et al. (2018^[6]).

4.2.11. Die Krankheits- und Kostenlast unerwünschter Ereignisse in der Pflege variiert je nach Art des unerwünschten Ereignisses

Ausgaben für unerwünschte Ereignisse

197. Die Pflegekosten stellen in den OECD-Ländern zunehmend ein Problem dar. 2018 waren die Kosten der stationären Altenpflege bei hohem Pflegebedarf mehr als doppelt so hoch wie das Medianeinkommen der Bevölkerung im Rentenalter. Es gibt jedoch viele Möglichkeiten, die sicherheitsrelevanten Ereignisse zu reduzieren und damit die Ausgabeneffizienz zu erhöhen. Wenn die Mittel für eine angemessene Personalausstattung und eine Verbesserung der Pflegequalität eingesetzt werden statt für Maßnahmen im Zusammenhang mit Sicherheitsdefiziten, können die knappen Ressourcen in der Pflege maximiert werden.

198. Die Ressourcen, die zur Behandlung von während der Pflege auftretenden Schäden eingesetzt werden, könnten anderweitig besser genutzt werden. In den Vereinigten Staaten entfallen 2 % der Medicare-Ausgaben auf die Kosten von Krankenhausaufenthalten infolge von unerwünschten Ereignissen in Pflegeheimen, wobei viele dieser Ereignisse als vermeidbar eingestuft werden (OIG, 2014^[202]).

199. Tabelle 4.2 zeigt die in verschiedenen Untersuchungen ermittelten Kosten, die den Gesundheitssystemen aufgrund bestimmter unerwünschter Ereignisse und Gegebenheiten entstehen. In den untersuchten OECD-Ländern beispielsweise belaufen sich die Kosten im Zusammenhang mit Dekubitalgeschwüren Schätzungen zufolge auf 0,17-2,9 % der Gesundheitsausgaben. In Irland sind schätzungsweise 6 % der Gesundheitsausgaben durch die Mangelernährung in Pflegeheimen bedingt. Schätzungen zeigen, dass in den Vereinigten Staaten durch Stürze jährlich medizinische Kosten von mehr als 50 Mrd. USD anfallen, in Australien 38 Mio. AUD durch inadäquate Medikation und in den Vereinigten Staaten weitere 5,3 Mrd. USD durch Misshandlungen. **Auf diese häufig auftretenden unerwünschten Ereignisse kann insgesamt ein beträchtlicher Anteil der Gesundheitsausgaben entfallen.** Dies sind Ausgaben, die nicht zur Verbesserung der Pflegequalität beitragen, sondern lediglich dazu dienen, die durch die Pflege selbst entstandenen Schäden einzudämmen.

Tabelle 4.2. Finanzielle Belastung durch bestimmte unerwünschte Ereignisse oder Gegebenheiten (in % der öffentlichen Gesundheitsausgaben)

Gegebenheit	Studie	Land	Beschreibung	Anteil der Gesundheitsausgaben
Dekubitalgeschwüre	(van Den Bos et al., 2011 _[125])	Ver. Staaten	In den Vereinigten Staaten belaufen sich die medizinischen Gesamtkosten von Dekubitalgeschwüren Schätzungen zufolge auf 3,27 Mrd. USD .	0,17 %
Dekubitalgeschwüre	(Severens et al., 2002 _[119])	Niederlande	In den Niederlanden betragen die Kosten im Zusammenhang mit Dekubitalgeschwüren schätzungsweise 152-807 Mio. USD pro Jahr.	0,5-2,7 %
Dekubitalgeschwüre	(Posnett, J. und P. J. Franks, 2008 _[127])	Ver. Königreich	Im öffentlichen Gesundheitssystem des Vereinigten Königreichs (NHS) fallen durch Druckgeschwüre jährlich geschätzte Kosten in Höhe von 1,8-2,6 Mrd. GBP an.	2-2,9 %
Benzodiazepine				
Opiode				
Stürze	(CDC, o. J. _[180]) (The Joint Commission, 2015 _[181])	Ver. Staaten	Schätzungen zufolge verursachen Stürze in den Vereinigten Staaten jährlich medizinische Kosten in Höhe von mehr als 50 Mrd. USD .	
Inadäquate Medikation	(Harrison et al., 2018 _[136])	Australien	In Australien könnten durch eine Verringerung der potenziell inadäquaten Medikation in Pflegeheimen um 50 % bei den Arzneimittelkosten direkte Einsparungen in Höhe von ca. 38 Mio. AUD pro Jahr erzielt werden.	
Misshandlungen/Missbrauch	(Jackson, 2009 _[203])	Australien (Queensland)	In Queensland entstanden im Finanzjahr 2007-2008 laut Schätzungen der Elder Abuse Prevention Unit durch die finanzielle Ausbeutung älterer Menschen Schäden in Höhe von 1,8-5,8 Mrd. AUD . Durch die Krankenhauseinweisungen älterer Menschen infolge von Misshandlungen fielen 2007-2008 schätzungsweise Kosten in Höhe von 9,9-30,7 Mio. AUD an.	
Misshandlungen/Missbrauch	(Sethi, D. et al. (Hrsg.), 2011 _[191])	Ver. Staaten	Schätzungen aus den Vereinigten Staaten gehen davon aus, dass die direkten Gesundheitskosten des Landes aufgrund von misshandlungsbedingten Verletzungen älterer Menschen mehr als 5,3 Mrd. USD ausmachen.	
Mangelernährung	(Meijers et al., 2012 _[204])	Niederlande	In niederländischen Pflegeheimen entstehen durch Mangelernährung pro Jahr insgesamt Mehrkosten in Höhe von 279 Mio. EUR . Dies entspricht 3 % der jährlichen Gesamtkosten des niederländischen Pflegeheimsektors.	6 %
Mangelernährung	(Rice, N. und C. Normand, 2012 _[205])	Irland	Die öffentlichen Gesundheits- und Sozialausgaben im Zusammenhang mit krankheitsbedingter Mangelernährung älterer Patient*innen in irischen Pflegeeinrichtungen betragen schätzungsweise 764,95 Mio. USD pro Jahr.	6 %

4.2.12. Krankenhauseinweisungen sind ein bedeutender Kostenfaktor

200. Im Zusammenhang mit unerwünschten Ereignissen in der Langzeitpflege gibt es mehrere Kostentreiber. Den wohl größten Kostenfaktor stellen Krankenhauseinweisungen dar. Sicherheitsrelevante Ereignisse, wie z. B. nosokomiale Pneumonien, Stürze oder unerwünschte Arzneimittelereignisse, können eine Krankenhauseinweisung nach sich ziehen. Andere sicherheitsrelevante Ereignisse haben weniger kostspielige Folgen, aber u. U. ebenso große oder noch größere Auswirkungen auf die Lebensqualität der Betroffenen.

201. Bei Dekubitalgeschwüren etwa sind zusätzliche Personalressourcen für die Behandlung erforderlich, die Behandlungskosten sind im Vergleich zu den Kosten von Krankenhauseinweisungen in der Regel aber gering. Druckgeschwüre können jedoch emotionale, psychische, physische und soziale Auswirkungen auf das Leben der Patient*innen haben. Wenn sie nicht rechtzeitig behandelt werden, können sie auch zum Tod führen. Die Behandlungskosten bei Infektionen mit antibiotikaresistenten Keimen sind gemessen an den Kosten von Operationen oder längeren Krankenhausaufenthalten ebenfalls gering. Solche Infektionen können aber beträchtliche Auswirkungen auf die Morbidität und Mortalität haben und die Krise im Zusammenhang mit mikrobiellen Resistenzen weiter verschärfen.

4.2.13. Im OECD-Raum entstehen durch unerwünschte Ereignisse in der Pflege Schätzungen zufolge Kosten in Höhe von mehr als 18 Mrd. USD

202. Zu den Kosten unerwünschter Ereignisse in der Pflege liegen bislang kaum Untersuchungen vor. Die Auswirkungen lassen sich jedoch ungefähr beziffern. 2017 lebten im OECD-Raum mehr als 230 Millionen Menschen im Alter von über 65 Jahren (OECD, o. J.^[206]). **Mehr als 25 Millionen davon waren pflegebedürftig.**

203. Einer Untersuchung zufolge werden jährlich mehr als 25 % der Pflegebedürftigen stationär im Krankenhaus behandelt (Tanuseputro et al., 2015^[207]). Wie in den vorangegangenen Abschnitten erörtert, sind viele der Krankenhauseinweisungen von Pflegebedürftigen vermeidbar. Forschungsergebnisse aus der Schweiz zeigen, dass **42 % der Hospitalisierungen von Pflegebedürftigen durch eine ambulante Versorgung vermieden werden könnten** (Muench et al., 2019^[208]).

204. Legt man die durchschnittlichen Kosten einer stationären Behandlung im OECD-Raum in Höhe von 6 422 USD zugrunde, beliefen sich die Gesamtkosten vermeidbarer Krankenhauseinweisungen aus Pflegeeinrichtungen 2016 auf knapp **18 Mrd. USD⁴**, wie eine Analyse von Daten aus 25 OECD-Ländern zeigt. **Dies entspricht 2,5 % der Ausgaben für die stationäre Krankenhausversorgung bzw. 4,4 % der Pflegeausgaben.** Diese Schätzung deckt sich mit Forschungsergebnissen aus den Vereinigten Staaten, denen zufolge 2 % der Medicare-Ausgaben auf Krankenhauseinweisungen aus Pflegeheimen entfallen (OIG, 2014^[202]). Es wäre besser, die 18 Mrd. USD, die Schätzungen zufolge pro Jahr in vermeidbare Hospitalisierungen aus Pflegeeinrichtungen fließen, für eine angemessene Personalausstattung, Initiativen zur Verbesserung der Pflegequalität, eine adäquate Primärversorgung/ambulante Versorgung und Anstrengungen zur Erhöhung der Lebensqualität von Pflegeheimbewohner*innen zu verwenden. Zudem gilt es zu bedenken, dass es sich bei Hospitalisierungen nicht nur um einen Kostenfaktor handelt. Für ältere Menschen sind Krankenhauseinweisungen **traumatisierende, verwirrende und unangenehme Ereignisse**. Unnötige Krankenhauseinweisungen und der Übergang vom Krankenhaus in die Pflege (und umgekehrt) führen vermehrt zu unerwünschten Ereignissen, beeinträchtigen die Lebensqualität und erhöhen die Anfälligkeit ohnehin gebrechlicher älterer Menschen.

⁴ 17 740,5 Mio. USD, jeweilige Preise und KKP.

205. Wie in Abschnitt 1.1.1 erörtert, setzt sich die Bevölkerungsalterung in den OECD-Ländern fort. Bis 2030 wird die Zahl der Menschen über 65 Jahren im OECD-Raum um 54 Millionen zunehmen. Wenn sich nichts ändert und man dem Bevölkerungswachstum und dem demografischen Wandel Rechnung trägt, dürften die Kosten vermeidbarer Krankenhauseinweisungen aus der stationären Pflege **bis 2030 auf fast 22 Mrd. USD⁵ steigen – dies wäre ein Anstieg um fast 20 % in 15 Jahren.**

4.2.14. Finanzierung von Präventionsmaßnahmen in der Pflege

206. Staatliche Mittel, die in vermeidbare Hospitalisierungen fließen, können nicht für Präventionsmaßnahmen verwendet werden. Die Ausgaben für vermeidbare Krankenhauseinweisungen aus Pflegeeinrichtungen belaufen sich auf **fast 10 %** der Präventionsausgaben des gesamten Gesundheitssektors, was Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, die Erbringer ambulanter Versorgungsleistungen und ergänzender Gesundheitsleistungen sowie die allgemeine Gesundheitsvorsorge in den OECD-Ländern einschließt.⁶ Die laufenden Ausgaben für Präventionsleistungen in der Pflege sind unerheblich. **Nur zehn Länder** (Tschechische Republik, Estland, Ungarn, Lettland, Litauen, die Niederlande, Polen, Portugal, Deutschland und Slowenien) **legten der OECD im Zeitraum 2010-2017 Daten zu den Ausgaben für Präventionsmaßnahmen in der Pflege vor.** Für das Jahr 2017 meldeten lediglich sieben Länder Ausgaben. Diese beliefen sich im Schnitt nur auf 0,67 Mio. USD (OECD, o. J.^[209]).

4.2.15. Politikansätze zur Verringerung der wirtschaftlichen Belastungen im Zusammenhang mit unerwünschten Ereignissen in der Pflege

207. Die Sicherheitsdefizite in der Langzeitpflege verursachen beträchtliche Kosten für die Pflege- und Gesundheitssysteme. Ein erheblicher Teil der sicherheitsrelevanten Ereignisse in Pflegesettings ist erwiesenermaßen vermeidbar. Das bedeutet, dass die menschlichen und finanziellen Kosten dieser Sicherheitsdefizite reduziert werden können. Ein dringender Handlungsbedarf für die Politik besteht darin, den Ursachen dieser Sicherheitsdefizite entgegenzuwirken.

208. Die hohen Ausgaben für vermeidbare Hospitalisierungen belegen, dass **es im Hinblick auf die Sicherheit in Pflegeheimen einer Sensibilisierung bedarf und Anstrengungen zur Verringerung von Patientenschäden unternommen werden müssen, indem die Patientensicherheit in Krankenhäusern gefördert wird.** Krankenhauseinweisungen sind jedoch nur eine der Folgen qualitativ schlechter Pflege. Unerwünschte Ereignisse wie Dekubitalgeschwüre, Infektionen und antimikrobielle Resistenzen, Misshandlung und Vernachlässigung sowie Mangelernährung führen nicht zwangsläufig zu einem Krankenhausaufenthalt, gehen aber mit Mehrkosten für Arzneimittel und Pflege einher.

209. Um die wirtschaftlichen Belastungen im Zusammenhang mit Sicherheitsdefiziten in der Pflege zu reduzieren, müssen die Politikverantwortlichen gezielte Investitionen tätigen, die den Ursachen der Sicherheitsrisiken entgegenwirken. Dies erfordert Politikmaßnahmen zur Verbesserung der Personalausstattung, der Kommunikation, der Pflegequalität und der Koordination mit der Akutversorgung. Die laufenden Ausgaben für Präventionsleistungen in der Langzeitpflege werden nur selten ausgewiesen. Wo dies der Fall ist, sind sie gemessen an den Gesamtausgaben für die Gesundheitsversorgung und die Pflege unerheblich. Verbesserungen bei der Pflege und der Personalzusammensetzung können ebenfalls helfen, die Häufigkeit von

⁵ 21 836,1 Mio. USD, jeweilige Preise und KKP.

⁶ 2016 betrugen die Gesamtausgaben für Präventionsmaßnahmen der OECD-Volkswirtschaften 191 844,3 Mio. USD, zu jeweiligen Preisen und KKP.

unerwünschten Ereignissen in Pflegeheimen zu reduzieren. Darüber hinaus bedarf es **gezielter Investitionen** in Best Practices, um häufig auftretende unerwünschte Ereignisse und Sicherheitsrisiken einzudämmen, z. B. durch bessere **Personalschulungen, Hygienemaßnahmen und Überprüfungen der Medikation**.

210. Natürlich **sind Krankenhauseinweisungen nicht immer vermeidbar**. In vielen Fällen wäre jedoch eine ambulante Versorgung möglich, ohne die Pflegebedürftigen zusätzlichen Risiken unerwünschter Ereignisse auszusetzen, die beim Übergang bzw. im Krankenhaus auftreten können. Wenn eine Krankenhauseinweisung erforderlich ist, sollte insbesondere darauf geachtet werden, dass Sicherheitsvorkehrungen getroffen werden, die der Gebrechlichkeit und den kognitiven Fähigkeiten der Pflegebedürftigen Rechnung tragen. Die schnellstmögliche Rückkehr der Patient*innen in das Pflegeheim, das gewissermaßen ihr Zuhause ist, sollte für die Gesundheitsdienste an oberster Stelle stehen.

5

Der Weg zur Verbesserung der Patientensicherheit in der Langzeitpflege: Schlussbetrachtungen und Empfehlungen

211. Die Sicherheit in Pflegeheimen hat bisher weniger Aufmerksamkeit erhalten als jene in Krankenhäusern. Da aber die Nachfrage nach Altenpflegeleistungen steigt und ehemals Krankenhäusern vorbehaltene Leistungen immer häufiger in Pflegesettings erbracht werden, werden auch die Strukturen, Verfahren und Anreize, die die Sicherheit in den Pflegeheimen gewährleisten sollen, politisch an Bedeutung gewinnen. **Es gibt zahlreiche Warnzeichen, die auf künftige Herausforderungen im Pflegesektor hinweisen.**

212. Die wirtschaftlichen Kosten von Sicherheitsdefiziten in der Langzeitpflege wurden bislang weniger eingehend untersucht als andere Aspekte der Gesundheitsversorgung. Es gibt jedoch klare Anzeichen dafür, dass die Kosten für den Gesundheitssektor insgesamt beträchtlich sind. Dies betrifft u. a. die Kostenbelastung durch vermeidbare Transporte, Akuteinweisungen und stationäre Rehabilitationsleistungen. Eine Besonderheit von Pflegeheimen besteht darin, dass es sich dabei auch um das Zuhause der Pflegebedürftigen und nicht nur um ein medizinisches Setting handelt. Trotzdem müssen in Bezug auf die Patientensicherheit ähnliche Voraussetzungen erfüllt sein wie in der Akutversorgung (vgl. Abbildung 5.1). Hierfür sind die Personalkapazitäten von zentraler Bedeutung. **Führungskompetenz und Sicherheitskultur können gefördert werden. Bei unzureichenden Kapazitäten, sowohl im Hinblick auf die Zahl als auch auf das Kompetenzniveau der Pflegekräfte, kann die Patientensicherheit jedoch nur begrenzt verbessert werden.**

213. Die OECD zeigte 2017, dass 15 % der Krankenhausaussgaben und -aktivitäten im OECD-Raum auf Sicherheitsdefizite zurückzuführen sind (Slawomirski, L., A. Auraaen und N. Klazinga, 2017^[36]). 2018 ergab ein weiterer OECD-Bericht, dass sich die direkten Kosten der Schäden in der Primärversorgung und der ambulanten Versorgung auf rd. 2,5 % der gesamten Gesundheitsausgaben belaufen (Auraaen, A., L. Slawomirski und N. Klazinga, 2018^[40]). Dem vorliegenden Bericht zufolge entfallen 2,5 % der Aufwendungen für die stationäre Krankenhausversorgung auf vermeidbare Krankenhauseinweisungen aus Langzeitpflegeeinrichtungen.

Abbildung 5.1. Entscheidende Elemente für die Verbesserung der Sicherheit in der Primärversorgung und in der ambulanten Versorgung auf nationaler Ebene

Quelle: Auraaen, A., L. Slawomirski und N. Klazinga (2018^[40]).

214. Diese Ergebnisse machen deutlich, dass **Sicherheitsmängel in allen Settings ein Problem sind**. Zusammengenommen summieren sich die Sicherheitsdefizite in den verschiedenen Settings zu einer beträchtlichen wirtschaftlichen Belastung. Außerdem können sie nicht isoliert voneinander behoben werden. Aufgrund der Übergänge von Patient*innen zwischen der Primärversorgung, der Langzeitpflege und der Akutversorgung können die Sicherheitsdefizite in einem Sektor potenziell auf andere Bereiche „übergreifen“.

5.1. Empfehlungen zur Eindämmung der Kosten unerwünschter Ereignisse in der Langzeitpflege

215. Auf der Grundlage der Ergebnisse dieses Berichts sollten die Politikverantwortlichen die Empfehlungen in den nachstehenden Schlüsselbereichen umsetzen:

Standards für die Qualität der Pflege festlegen und durchsetzen

216. Dem Staat kommt eine Schlüsselrolle dabei zu sicherzustellen, dass die Bewohner*innen von Langzeitpflegeeinrichtungen durch die dort bestehenden Systeme keinen Schaden erleiden. Um die Einhaltung von Mindeststandards für Personal (Personalschlüssel und Qualifikationen), Infrastruktur, Lebensumfeld und Qualität zu gewährleisten, sollten Sicherheitsstandards ausgearbeitet und umgesetzt werden. Es gibt zahlreiche innovative Modelle – von gesetzlichen Vorgaben bezüglich der Personalausstattung bis hin zu fortschrittlichen Akkreditierungsstandards –, mit denen sich die Qualität und die Sicherheit der Pflege effektiv verbessern lassen. Auch als Lerngemeinschaften bieten Pflegeeinrichtungen großes Potenzial.

Hierfür bedarf es jedoch Führungskompetenz und Unterstützung. Darüber hinaus sind auch Maßnahmen zur Förderung der Rechenschaftspflicht in Bezug auf die Versorgung von Pflegebedürftigen bzw. Patient*innen in Pflege- und Akutversorgungseinrichtungen gut geeignet, um die Sicherheit und die Qualität der Pflegeleistungen zu verbessern.

Vorbeugen ist besser als Heilen

217. Die Finanzierungstrends deuten auf einen Anstieg der Pflegeaufwendungen hin. Sowohl vom öffentlichen als auch vom privaten Sektor werden erhebliche Mittel bereitgestellt. Trotz der Dringlichkeit, die Kosten der Langzeitpflege in den Griff zu bekommen, wurden Governancemodelle im Pflegesektor und Anreize zur Förderung der Koordination der Pflege bisher nur in geringem Maße erprobt. Es könnte mehr getan werden, **um Maßnahmen umzusetzen, die Sicherheitsmechanismen auf der Basis von Erkenntnissen und Risikobewertungen Priorität einräumen und über die Fehlerkontrolle hinausgehen.** Von Erfolgsbeispielen können Pflegeheime mindestens ebenso viel lernen wie von der Erkennung und Beseitigung von Fehlern im Einzelfall.

Personalausstattung und Kompetenzen regulieren

218. Während sich das Gesundheitsprofil und der Grad der Pflegebedürftigkeit der Pflegeheimbewohner*innen verändert haben, ist die Zahl der Beschäftigten und deren Kompetenzmix weitgehend unreguliert und unverändert geblieben. Mittlerweile hat sich eine Lücke zwischen den Kapazitäten und der Nachfrage herausgebildet. Die Pflegeheimpopulation hat sich in den vergangenen Jahrzehnten stark verändert. Pflegebedürftige, die in Einrichtungen leben, in denen das Personal nicht ausreichend qualifiziert ist, sind Risiken ausgesetzt. Nationale Sicherheitsstandards für Pflegeheime und eine Mindestausstattung mit Pflegefachkräften sind Beispiele für Maßnahmen, die Länder ergriffen haben, um das Kompetenzniveau des Personals anzuheben und das Auftreten sicherheitsrelevanter Ereignisse zu verringern. **Die Politik muss darauf hinwirken, dass eine adäquate Personalausstattung gewährleistet ist, damit medizinisch komplexe Pflegefälle in Pflegeheimen versorgt werden können.**

Den Pflegesektor zu einem lernenden System mit einem Schwerpunkt auf der Sicherheitskultur umbauen

219. Die Beschäftigten auf allen Ebenen sollten sich autorisiert fühlen, Sicherheitsprobleme zu dokumentieren und Verbesserungen der Abläufe vorzuschlagen. Darüber hinaus sollten sie sich für die Ergebnisse ihrer Einrichtung verantwortlich fühlen. Mit der Schaffung eines guten Arbeitsumfelds für die Pflegekräfte verbessert sich auch die Qualität und die Sicherheit der Pflege – und umgekehrt. Studien aus anderen Sektoren lassen den Schluss zu, dass eine Sicherheitskultur positive Produktivitätseffekte haben kann. Auch im Gesundheitswesen kann eine Kultur der Patientensicherheit langfristig zur operationellen Tragfähigkeit und Ergebnisqualität beitragen. **Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen der Förderung einer Kultur der Patientensicherheit und einem gesunden Arbeitsumfeld, das es den Beschäftigten ermöglicht, durchgängig hochwertige und sichere Versorgungsleistungen zu erbringen.**

Ein inklusives Sicherheitskonzept umsetzen

220. Sicherheitskultur und lernende Systeme können nur effektiv sein, wenn sie inklusiv gestaltet sind. Daher **ist die Einbindung der Pflegeheimbewohner*innen und ihrer Familien bei Bemühungen zur Risikominderung von grundlegender Bedeutung.** Um das richtige Gleichgewicht zwischen Risikominderung und einer individuell gestalteten Umgebung für die

Bewohner*innen zu erreichen, ist ein kontinuierlicher Dialog über Sicherheitskonzepte entscheidend. Die Pflegeheimbewohner*innen und ihre Angehörigen sollten nicht nur auf Politik- und Leitungsebene eingebunden werden, beispielsweise durch Pflegeheimbeiräte bestehend aus Bewohner*innen und Angehörigen, sondern auch bei den alltäglichen Anpassungen der Pflegepläne für die Heimbewohner*innen.

Die grundlegenden Ursachen von Sicherheitsdefiziten beseitigen

221. Um die wirtschaftlichen Kosten von Sicherheitsdefiziten in der Pflege zu reduzieren, müssen die Politikverantwortlichen gezielte Investitionen tätigen, die den Ursachen der Sicherheitsrisiken entgegenwirken. Dazu müssen sie auf Politikmaßnahmen setzen, die die **Personalausstattung, Kommunikation, Pflegequalität und Koordination mit der Akutversorgung verbessern**. Darüber hinaus bedarf es gezielter Investitionen in Best Practices, um häufig auftretende unerwünschte Ereignisse und Sicherheitsrisiken einzudämmen, z. B. durch bessere Personalschulungen, Hygienemaßnahmen und Überprüfungen der Medikation.

5.2. Schlussbetrachtungen

222. Die Nachfrage in diesem Sektor steigt und die Art der Pflegeleistungen verändert sich. Regulierung, Finanzierung und Personalausstattung der Langzeitpflege müssen mit diesen Entwicklungen Schritt halten. Die immer stärkere Verknüpfung mit der Akutversorgung darf nicht außer Acht gelassen werden, und in einigen Ländern sind Governancereformen nötig, um genügend Mittel und eine effektive Planung der Pflege über die Grenzen der Akut- und der Langzeitversorgung hinweg sicherzustellen. Dazu gehören in Anbetracht der vor- und nachgelagerten Implikationen der unzureichenden Patientensicherheit in beiden Sektoren u. a. Anreize für eine qualitativ hochwertige Pflege.

223. In der Langzeitpflege ist Sicherheit von grundlegender Bedeutung. Pflegeeinrichtungen sollten für Pflegebedürftige, Beschäftigte und Besucher*innen eine sichere Umgebung sein. Wenn das System aus Sicht einer dieser Gruppen Sicherheitsmängel aufweist, ist es nur eingeschränkt in der Lage, eine hochwertige Pflege zu bieten und ein sinnvolles soziales Engagement zu fördern. **Die Sicherheit zu gewährleisten und den Status quo zu verbessern, kann sich in der Pflege wirtschaftlich und menschlich auszahlen.** Dies ist der Wert der Sicherheit auf lange Sicht.

Literaturverzeichnis

- Abizanda, P. et al. (2016), "Costs of Malnutrition in Institutionalized and Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review", *Journal of the American Medical Directors Association*, Vol. 17/1, S. 17-23, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2015.07.005>. [201]
- Alberta Health Services (o. J.), "Appropriate Use of Antipsychotics (AUA) Toolkit", Webseite, <https://www.albertahealthservices.ca/scns/auatoolkit.aspx> (Abruf: 5. Dezember 2019). [143]
- Alberta Health Services (o. J.), "Stories & Articles Archive", Webseite, <https://www.albertahealthservices.ca/scns/Page13075.aspx> (Abruf: 5. Dezember 2019). [144]
- ANAES (2000), *Limiting the risks of physical restraint of elderly subjects*, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Saint-Denis, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Contention_eng.pdf. [177]
- Andersson, Å. et al. (2018), "Factors contributing to serious adverse events in nursing homes", *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 27/1-2, S. e354-e362, <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13914>. [6]
- Andrew, M. et al. (2018), "Polypharmacy and use of potentially inappropriate medications in long-term care facilities: does coordinated primary care make a difference?", *International Journal of Pharmacy Practice*, Vol. 26/4, S. 318-324, <http://dx.doi.org/10.1111/ijpp.12397>. [139]
- ASPE (2015), "Long-Term Services and Supports for Older Americans: Risks and Financing", *ASPE Research Brief*, Assistant Secretary for Planning and Evaluation, Washington, D.C., <https://aspe.hhs.gov/basic-report/long-term-services-and-supports-older-americans-risks-and-financing-research-brief> (Abruf: 9. August 2019). [19]
- Auraen, A., L. Slawomirski und N. Klazinga (2018), "The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care: Flying blind", *OECD Health Working Papers*, No. 106, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2011.02.001>. [40]
- Bercaw, S. et al. (2016), "Initiative To Reduce Avoidable Hospitalizations Among Nursing Facility Residents Shows Promising Results", *Health Affairs*, Vol. 36/3, S. 441-450, <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2016.1310>. [63]
- Bernstein, N. (2012), "With Medicaid, Long-Term Care of Elderly Looms as a Rising Cost", *The New York Times*, 6. September, <https://www.nytimes.com/2012/09/07/health/policy/long-term-care-looms-as-rising-medicare-cost.html> (Abruf: 6. Oktober 2019). [52]
- Blais, R. et al. (2013), "Assessing adverse events among home care clients in three Canadian provinces using chart review.", *BMJ Quality & Safety*, Vol. 22/12, S. 989-997, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002039>. [80]
- Boisaubin, E., A. Chu und J. Catalano (2007), "Perceptions of Long-Term Care, Autonomy, and Dignity, by Residents, Family and Care-Givers: The Houston Experience", *Journal of Medicine and Philosophy*, Vol. 32/5, S. 447-464, [8]

- <http://dx.doi.org/10.1080/03605310701626414>.
- Boscart, V. et al. (2018), "The associations between staffing hours and quality of care indicators in long-term care", *BMC Health Services Research*, Vol. 18/1, Artikel 750, <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-018-3552-5>. [54]
- Bouvy, J., M. De Bruin und M. Koopmanschap (2015), "Epidemiology of Adverse Drug Reactions in Europe: A Review of Recent Observational Studies", *Drug Safety*, Vol. 38/5, S; 437-453, <http://dx.doi.org/10.1007/S40264-015-0281-0>. [160]
- Boyle, G. (2008), "Autonomy in long-term care: a need, a right or a luxury?", *Disability & Society*, Vol. 23/4, S. 299-310, <http://dx.doi.org/10.1080/09687590802038795>. [14]
- Boyle, G. (2005), "The role of autonomy in explaining mental ill-health and depression among older people in long-term care settings", *Ageing & Society*, Vol. 25/5, S. 731-748, <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X05003703>. [12]
- Brasure, M. et al. (2016), *Nonpharmacologic Interventions for Agitation and Aggression in Dementia*, Comparative Effectiveness Review, No. 177, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD, https://effectivehealthcare.ahrq.gov/sites/default/files/pdf/dementia-agitation-aggression_research.pdf. [130]
- Brauner, D. et al. (2018), "Does Nursing Home Compare Reflect Patient Safety in Nursing Homes?", *Health Affairs*, Vol. 37/11, S. 1770-1778, <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2018.0721>. [107]
- Briesacher, B. et al. (2013), "Antipsychotic Use Among Nursing Home Residents", *JAMA*, Vol. 309/5, S. 440-442, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2012.211266>. [133]
- Brown, J. und A. Finkelstein (2011), "Insuring Long-Term Care in the United States", *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 25/4, S. 119-142, <http://dx.doi.org/10.1257/jep.25.4.119>. [23]
- Brownlee, S. und J. Garber (2019), *Medication Overload: America's Other Drug Problem*, Lown Institute, Brookline, MA, <https://doi.org/10.46241/LI.WOUK3548>. [149]
- Bruyère Research Institute (2019), "Deprescribing.org – Optimizing Medication Use", <https://deprescribing.org/> (Abruf: 5. April 2019). [166]
- Burke, R. und R. Werner (2019), "Quality measurement and nursing homes: measuring what matters", *BMJ Quality & Safety*, Vol. 28/7, S. 520-523, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2019-009447>. [108]
- Cadogan, C. et al. (2015), "Improving appropriate polypharmacy for older people in primary care: selecting components of an evidence-based intervention to target prescribing and dispensing", *Implementation Science*, Vol. 10, Artikel 161, <http://dx.doi.org/10.1186/S13012-015-0349-3>. [153]
- Canadian Deprescribing Network (o. J.), "Do I still need this medication?", <https://www.deprescribingnetwork.ca/> (Abruf: 5. April 2019). [167]
- Cankurtaran, M. et al. (2013), "Turkish nursing homes and care homes nutritional status assessment project (THN-malnutrition)", *European Geriatric Medicine*, Vol. 4/5, S. 329-334, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurger.2013.02.003>. [200]
- Castle, N. und K. Sonon (2006), "A culture of patient safety in nursing homes", *Quality & Safety* [110]

- in Health Care*, Vol. 15/6, S. 405-408, <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2006.018424>.
- CDC (o. J.), "Costs of Older Adult Falls", Centers for Disease Control and Prevention, Home and Recreational Safety, <https://www.cdc.gov/homeandrecreationalafety/falls/data/fallcost.html>. [180]
- Chevreur, K. et al. (2004), "The development of hospital care at home: an investigation of Australian, British and Canadian experiences", *Questions d'économie de la santé*, No. 91, Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Paris, <https://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/IrdesPublications/QES091.pdf>. [77]
- Choosing Wisely (2013), "Treating Disruptive Behavior in People with Dementia", Consumer Report, Choosing Wisely und American Geriatric Society, <https://www.choosingwisely.org/patient-resources/antipsychotic-drugs-for-people-with-dementia/> (Abruf: 7. August 2019). [132]
- Choosing Wisely Canada (2019), "When Psychosis isn't the Diagnosis – A Toolkit for Reducing Inappropriate Use of Antipsychotics in Long Term Care", https://choosingwiselycanada.org/wp-content/uploads/2017/07/CWC_Antipsychotics_Toolkit_v1.0_2017-07-12.pdf. [146]
- Chu, C. et al. (2015), "Understandings of Leadership and Competency in Long-term Care: A Comparison of Frontline Nurses and Corporate Leaders Perspectives on Nursing Leadership and Competency", *Journal of the American Medical Directors Association*, Vol. 16/3, S. B30, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2015.01.069>. [73]
- CIHI (2016), *Use of Antipsychotics Among Seniors Living in Long-Term Care Facilities, 2014*, Canadian Institute for Health Information, Ottawa, https://secure.cihi.ca/free_products/LTC_AiB_v2_19_EN_web.pdf. [142]
- CMS (2019), "Quality Measures", Webseite, Centers for Medicare & Medicaid Services, <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/NursingHomeQualityInits/NHQIQualityMeasures> (Abruf: 19. November 2019). [61]
- Codde, J. et al. (2010), "Quantification of the proportion of transfers from residential aged care facilities to the emergency department that could be avoided through improved primary care services.", *Australasian Journal on Ageing*, Vol. 29/4, S. 167-71, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-6612.2010.00496.x>. [27]
- Collopy, B. (1995), "Power, paternalism and the ambiguities of autonomy", in *Enhancing Autonomy in Long-Term Care: Concepts and Strategies*, L. M. Gamroth, J. Semradek und E. M. Tornquist (Hrsg.), Springer, New York. [11]
- Colombo, F. et al. (2011), *Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>. [50]
- Cooper, C., A. Selwood und G. Livingston (2008), "The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review", *Age and Ageing*, Vol. 37/2, S. 151-160, <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afm194>. [194]
- Costa-Font, J. und C. Courbage (2015), "Crowding Out of Long-Term Care Insurance: Evidence from European Expectations Data", *Health Economics*, Vol. 24, S. 74-88, <http://dx.doi.org/10.1002/hec.3148>. [47]

- Costa-Font, J., J. Fernandez und K. Swartz (2015), "Transitioning Between 'The Old' and 'The New' Long-Term Care Systems", *Health Economics*, Vol. 24, S. 1-3, <http://dx.doi.org/10.1002/hec.3156>. [25]
- Cushman & Wakefield (2019), *European Nursing Homes Report – Spring 2019: Overview of the European Nursing Homes Market*, Cushman & Wakefield France, Puteaux, <https://www.silvereco.fr/wp-content/uploads/2019/05/ETUDE-European-retirement-homes-16-05-19.pdf>. [51]
- Dana, B. und D. Olson (2007), "Effective Leadership in Long Term Care: The Need and the Opportunity", Paper, American College of Health Care Administrators, Washington, D.C., https://achca.memberclicks.net/assets/docs/ACHCA_Leadership_Need_and_Opportunity_Paper_Dana-Olson.pdf. [71]
- Daneman, N. et al. (2015), "Variability in Antibiotic Use Across Nursing Homes and the Risk of Antibiotic-Related Adverse Outcomes for Individual Residents", *JAMA Internal Medicine*, Vol. 175/8, S. 1331-1339, <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.2770>. [188]
- Datta, R. et al. (2018), "Serious adverse events of older adults in nursing home and community intervention trials", *Contemporary Clinical Trials Communications*, Vol. 9, S. 77-80, <http://dx.doi.org/10.1016/j.conctc.2017.12.004>. [105]
- Davies, E. und M. O'Mahony (2015), "Adverse drug reactions in special populations – the elderly", *British Journal of Clinical Pharmacology*, Vol. 80/4, S. 796-807, <http://dx.doi.org/10.1111/bcp.12596>. [113]
- de Meijer, C. et al. (2009), "The Role of Disability in Explaining Long-Term Care Utilization", *Medical Care*, Vol. 47/11, S. 1156-1163, <http://dx.doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181b69fa8>. [34]
- Demarré, L. et al. (2015), "The cost of pressure ulcer prevention and treatment in hospitals and nursing homes in Flanders: A cost-of-illness study.", *International journal of nursing studies*, Vol. 52/7, S. 1166-1179, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.005>. [120]
- Dubois, D. et al. (2018), "Changes in Prescribing Symptomatic and Preventive Medications in the Last Year of Life in Older Nursing Home Residents", *Frontiers in Pharmacology*, Vol. 80, Artikel 990, <http://dx.doi.org/10.3389/fphar.2017.00990>. [155]
- Dwyer, R. et al. (2014), "A systematic review of outcomes following emergency transfer to hospital for residents of aged care facilities.", *Age and ageing*, Vol. 43/6, S. 759-766, <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afu117>. [26]
- Einav, L., A. Finkelstein und N. Mahoney (2018), "Long-Term Care Hospitals: A Case Study in Waste", *NBER Working Paper*, No. 24946, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA, <http://dx.doi.org/10.3386/w24946>. [37]
- Eliopoulos, C. (2011), "Instilling a Culture of Safety in Long-Term Care Settings", *Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging*, Vol. 19/10, S. 25-26, https://www.managedhealthcareconnect.com/sites/managedhealthcareconnect.com/files/2019-06/AALTCN%20Viewpoint_1.pdf. [86]
- Ellenbecker, C. et al. (2008), "Patient Safety and Quality in Home Health Care", in *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*, R. Hughes (Hrsg.), Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2631/pdf/Bookshelf_NBK2631.pdf. [75]

- Europäische Kommission (2018), *The 2018 Ageing Report: Economic & budgetary projections for the EU Member States (2016-2070)*, Institutional Paper, No. 079, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg, <http://dx.doi.org/10.2765/615631>. [45]
- Europäische Kommission (2015), *Technology-enabled Services for Older People Living at Home Independently: Lessons for public long-term care authorities in the EU Member States*, JRC Science and Policy Report, No. JRC96022, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg, <http://dx.doi.org/10.2791/559325>. [68]
- Europäische Union (o. J.), "SIMPATY project", Website, <http://www.simpathy.eu/> (Abruf: 5. April 2019). [168]
- Fasanya, B. und E. Dada (2016), "Workplace Violence and Safety Issues in Long-Term Medical Care Facilities: Nurses' Perspectives", *Safety and Health at Work*, Vol. 7/2, S. 97-101, <http://dx.doi.org/10.1016/j.shaw.2015.11.002>. [83]
- Fine, P. et al. (2019), "Impact of opioid-induced constipation on healthcare resource utilization and costs for cancer pain patients receiving continuous opioid therapy", *Supportive Care in Cancer*, Vol. 27/2, S. 687-696, <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-018-4366-z>. [151]
- Fjordside, S. und A. Morville (2016), "Factors influencing older people's experiences of participation in autonomous decisions concerning their daily care in their own homes: a review of the literature", *International Journal of Older People Nursing*, Vol. 11/4, S. 284-297, <http://dx.doi.org/10.1111/opn.12116>. [7]
- Garcia, R. (2006), "Five ways you can reduce inappropriate prescribing in the elderly: A systematic review", *The Journal of Family Practice*, Vol. 55/4, S. 305-312, https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/Document/September-2017/5504JFP_AppliedEvidence2.pdf. [162]
- Gartshore, E., J. Waring und S. Timmons (2017), "Patient safety culture in care homes for older people: a scoping review", *BMC Health Services Research*, Vol. 17/1, Artikel 752, <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-017-2713-2>. [91]
- Gerritsen, D. et al. (2007), "Measurement of overall quality of life in nursing homes through self-report: the role of cognitive impairment", *Quality of Life Research*, Vol. 16/6, S. 1029-1037, <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-007-9203-7>. [38]
- Gershon, R. et al. (2007), "Organizational Climate and Nurse Health Outcomes in the United States: A Systematic Review", *Industrial Health*, Vol. 45, S. 622-636, https://www.jstage.jst.go.jp/article/indhealth/45/5/45_5_622/_pdf. [97]
- Gillese, E. (2019), *Public Inquiry into the Safety and Security of Residents in the Long-Term Care Home System*, Abschlussbericht, Vol. 1-4, <https://longtermcareinquiry.ca/en/final-report/>. [17]
- Gimeno, D. et al. (2005), "Organisational and occupational risk factors associated with work related injuries among public hospital employees in Costa Rica", *Occupational and Environmental Medicine*, Vol. 62/5, S. 337-343, <http://dx.doi.org/10.1136/oem.2004.014936>. [93]
- Gori, C., J. Fernandez und R. Wittenberg (Hrsg.) (2016), *Long-term care reforms in OECD countries*, Policy Press, Bristol. [4]
- Grinspun, D. und I. Bajnok (2018), *Transforming Nursing Through Knowledge: Best Practices for* [65]

Guideline Development, Implementation Science, and Evaluation, Sigma Theta Tau International, Indianapolis, IN.

- Growdon, M., R. Shorr und S. Inouye (2017), "The Tension Between Promoting Mobility and Preventing Falls in the Hospital", *JAMA Internal Medicine*, Vol. 177/6, S. 759-760, <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.0840>. [174]
- Guest, J. et al. (2017), "Health economic burden that different wound types impose on the UK's National Health Service.", *International wound journal*, Vol. 14/2, S. 322-330, <http://dx.doi.org/10.1111/iwj.12603>. [126]
- Hajek, A. et al. (2018), "Correlates of preferences for autonomy in long-term care: results of a population-based survey among older individuals in Germany.", *Patient Preference and Adherence*, Vol. 12, S. 71-78, <http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S146883>. [175]
- Halbesleben, J. et al. (2008), "Nurse Burnout and Patient Safety Outcomes Nurse Safety Perception Versus Reporting Behavior", *Western Journal of Nursing Research*, Vol. 30/5, S. 560-577, <http://dx.doi.org/10.1177/0193945907311322>. [98]
- Hall, L. et al. (2016), "Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review Eligibility Criteria for Selecting Studies", *PLoS ONE*, Vol. 11/7, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0159015>. [99]
- Ham, C. et al. (2010), "GP Budget Holding: Lessons from Across the Pond and from the NHS", *HSMC Policy Paper*, No. 7, Health Services Management Centre, University of Birmingham, <https://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-social-sciences/social-policy/HSMC/publications/PolicyPapers/Policy-paper-7.pdf>. [64]
- Harrington, C. et al. (2012), "Nursing Home Staffing Standards and Staffing Levels in Six Countries", *Journal of Nursing Scholarship*, Vol. 44/1, S. 88-98, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01430.x>. [55]
- Harrison, S. et al. (2018), "Costs of potentially inappropriate medication use in residential aged care facilities", *BMC Geriatrics*, Vol. 18/1, Artikel 9, <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-018-0704-8>. [136]
- HAS (2007), *Nutritional support strategy for protein-energy malnutrition in the elderly – Clinical Practice Guidelines*, Haute Autorité de la Santé, Saint-Denis, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/malnutrition_elderly_guidelines.pdf. [198]
- Havig, A. et al. (2011), "Leadership, staffing and quality of care in nursing homes", *BMC Health Services Research*, Vol. 11, Artikel 327, <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-327>. [72]
- Helvik, A. et al. (2017), "Persistent use of psychotropic drugs in nursing home residents in Norway", *BMC Geriatrics*, Vol. 17/1, Artikel 52, <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-017-0440-5>. [135]
- Hofmann, H. et al. (2015), "Use of physical restraints in nursing homes: a multicentre cross-sectional study.", *BMC Geriatrics*, Vol. 15, Artikel 129, <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-015-0125-x>. [176]
- Honinx, E. et al. (2019), "Dying in long-term care facilities in Europe: the PACE epidemiological study of deceased residents in six countries", *BMC Public Health*, Vol. 19/1, Artikel 1199, <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-019-7532-4>. [10]

- Hooper, J. und W. Charney (2005), "Creation of a Safety Culture: Reducing Workplace Injuries in a Rural Hospital Setting", *AAOHN Journal*, Vol. 53/9, S. 394-398, <http://dx.doi.org/10.1177/216507990505300905>. [96]
- Horn, S. (2008), "The Business Case for Nursing in Long-Term Care", *Policy, Politics, & Nursing Practice*, Vol. 9/2, S. 88-93, <http://dx.doi.org/10.1177/1527154408320420>. [123]
- Hunt, S. et al. (2012), "Registered nurse retention strategies in nursing homes", *Health Care Management Review*, Vol. 37/3, S. 246-256, <http://dx.doi.org/10.1097/HMR.0b013e3182352425>. [89]
- Hwang, H., S. Kim und K. Lee (2015), "Potentially Inappropriate Medications in the Elderly in Korean Long-Term Care Facilities", *Drugs – Real World Outcomes*, Vol. 2/4, S. 355-361, <http://dx.doi.org/10.1007/s40801-015-0046-1>. [138]
- Ie, K. et al. (2017), "Physician Factors Associated with Polypharmacy and Potentially Inappropriate Medication Use", *The Journal of the American Board of Family Medicine*, Vol. 30/4, S. 528-536, <http://dx.doi.org/10.3122/jabfm.2017.04.170121>. [157]
- Jackson, L. (2009), *The Cost of Elder Abuse in Queensland: Who pays and how much*, Elder Abuse Prevention Unit, Chermside, Queensland, https://www.eapu.com.au/uploads/research_resources/Who_Pays_Financial_Abuse_QLD_SEP_2009-EAPU.pdf. [203]
- Janus, S. et al. (2016), "Psychotropic drug prescriptions in Western European nursing homes", *International Psychogeriatrics*, Vol. 28/11, S. 1775-1790, <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610216001150>. [134]
- Kapoor, A. et al. (2019), "Adverse Events in Long-term Care Residents Transitioning From Hospital Back to Nursing Home", *JAMA Internal Medicine*, Vol. 179/9, S. 1254-1261, <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.2005>. [28]
- Kehyayan, V. et al. (2015), "Residents' Self-Reported Quality of Life in Long-Term Care Facilities in Canada", *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, Vol. 34/2, S. 149-164, <http://dx.doi.org/10.1017/S0714980814000579>. [39]
- Khandelwal, C., C. Lathren und P. Sloane (2012), "Ten Clinical Situations in Long-Term Care for Which Antibiotics are Often Prescribed but Rarely Necessary", *Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging*, Vol. 20/4, S. 23-29, <https://www.managedhealthcareconnect.com/sites/managedhealthcareconnect.com/files/2019-06/altc0412Khandelwal.pdf>. [186]
- Kim, J. et al. (2018), "Risk factors of opioid-induced adverse reactions in elderly male outpatients of Korea Veterans Hospital", *BMC Geriatrics*, Vol. 18/1, Artikel 293, <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-018-0990-1>. [148]
- Krug, E. et al. (Hrsg.) (2002), *World report on violence and health*, WHO, Genf, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf. [30]
- Kvas, A. und J. Seljak (2014), "Unreported workplace violence in nursing", *International Nursing Review*, Vol. 61/3, S. 344-351, <http://dx.doi.org/10.1111/inr.12106>. [84]
- La Frenais, F. et al. (2018), "Temporal Trends in Analgesic Use in Long-Term Care Facilities: A Systematic Review of International Prescribing", *Journal of the American Geriatrics Society*, [147]

- Vol. 66/2, S. 376-382, <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.15238>.
- Lagoe, R. et al. (2005), "Community-wide Program to Improve the Efficiency of Care Between Nursing Homes and Hospitals", *Topics in Advanced Practice Nursing eJournal*, Vol. 2005/5(2), <https://www.medscape.com/viewarticle/503748> (Abruf: 4. November 2019). [62]
- Lam, H. et al. (2018), "Challenges of conducting research in long-term care facilities: a systematic review", *BMC Geriatrics*, Vol. 18/1, Artikel 242, <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-018-0934-9>. [24]
- Lavedán, A. et al. (2018), "Fear of falling in community-dwelling older adults: A cause of falls, a consequence, or both?", *PLOS ONE*, Vol. 13/3, S. e0194967, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0194967>. [172]
- Lee, T. et al. (2016), "The Future of Home Health Care: A Strategic Framework for Optimizing Value", *Home Health Care Management & Practice*, Vol. 28/4, S. 262-278, <http://dx.doi.org/10.1177/1084822316666368>. [76]
- Lowe, G. (2012), "How Employee Engagement Matters for Hospital Performance", *Healthcare Quarterly*, Vol. 15/2, <http://dx.doi.org/10.12927/hcq.2012.22915>. [101]
- Makai, P. et al. (2010), "Cost-effectiveness of a pressure ulcer quality collaborative", *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, Vol. 8, Artikel 11, <http://dx.doi.org/10.1186/1478-7547-8-11>. [118]
- Malet-Larrea, A. et al. (2016), "The impact of a medication review with follow-up service on hospital admissions in aged polypharmacy patients.", *British Journal of Clinical Pharmacology*, Vol. 82/3, S. 831-838, <http://dx.doi.org/10.1111/bcp.13012>. [165]
- Mark, B. et al. (2007), "Does safety climate moderate the influence of staffing adequacy and work conditions on nurse injuries?", *Journal of Safety Research*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsr.2007.04.004>. [94]
- Masnoon, N. et al. (2017), "What is polypharmacy? A systematic review of definitions", *BMC Geriatrics*, Vol. 17, Artikel 230, <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-017-0621-2>. [152]
- Matsui, M. und E. Capezuti (2008), "Perceived Autonomy and Self-Care Resources among Senior Center Users", *Geriatric Nursing*, Vol. 29/2, S. 141-147, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2007.09.001>. [13]
- Mavromaras, K. et al. (2017), *2016 National Aged Care Workforce Census and Survey – The Aged Care Workforce, 2016*, Department of Health, Canberra, <https://agedcare.royalcommission.gov.au/system/files/2020-06/CTH.0001.1001.2805.pdf>. [88]
- McAndrew, R. et al. (2016), "Prevalence and patterns of potentially avoidable hospitalizations in the US long-term care setting", *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 28/1, S. 104-109, <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzv110>. [18]
- McDonald, J. et al. (2017), "Complex home care: challenges arising from the blurring of boundaries between family and professional care", *Kotuitui: New Zealand Journal of Social Sciences Online*, Vol. 12/2, S.246-255, <http://dx.doi.org/10.1080/1177083X.2017.1373681>. [22]
- McDonald, L. et al. (2019), "Resident-to-Resident Abuse: A Scoping Review", *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, Vol. 34/2, S. 215-236, [195]

- <http://dx.doi.org/10.1017/S0714980815000094>.
- McInnes, E. et al. (2015), "Support surfaces for pressure ulcer prevention", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 9, Artikel CD001735, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001735.pub5>. [128]
- Meijers, J. et al. (2012), "Estimating the costs associated with malnutrition in Dutch nursing homes", *Clinical Nutrition*, Vol. 31/1, S. 65-68, <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2011.08.009>. [204]
- Ministry of Social Affairs and Health (2018), *Quality recommendation to guarantee a good quality of life and improved services for older persons 2017–2019*, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki, <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3906-6>. [15]
- MOHLTC (2017), *Attending Nurse Practitioners in Long-Term Care Homes Recruitment and Integration Toolkit*, Ministry of Health and Long-Term Care, Toronto, ON, https://health.gov.on.ca/en/pro/programs/hhrsd/nursing/docs/2017_NP_LTCH_Rec_int_toolkit.pdf. [92]
- Morin, L. et al. (2018), "The epidemiology of polypharmacy in older adults: register-based prospective cohort study", *Clinical Epidemiology*, Vol. 10, S. 289-298, <http://dx.doi.org/10.2147/clep.s153458>. [161]
- Muench, U. et al. (2019), "Preventable hospitalizations from ambulatory care sensitive conditions in nursing homes: evidence from Switzerland", *International Journal of Public Health*, Vol. 64, S. 289-298, <http://dx.doi.org/10.1007/s00038-019-01294-1>. [208]
- Muir, T. (2017), "Measuring social protection for long-term care", *OECD Health Working Papers*, No. 93, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/a411500a-en>. [31]
- Muižnieks, N. (2018), "The right of older persons to dignity and autonomy in care", *Human Rights Comments*, 18. Januar, Menschenrechtskommissariat, Europarat, Straßburg, <https://www.coe.int/en/web/commissioner/-/the-right-of-older-persons-to-dignity-and-autonomy-in-care> (Abruf: 7. August 2019). [67]
- Nichols, E. et al. (2019), "Global, regional, and national burden of Alzheimer's disease and other dementias, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016", *The Lancet Neurology*, Vol. 18/1, S.88-106, [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(18\)30403-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30403-4). [5]
- Norton, E. (2017), "Long-term Care and Pay-for-Performance Programs", *ADB Working Paper*, No. 680, Asian Development Bank Institute, Tokyo, <https://www.adb.org/sites/default/files/publication/231526/adbi-wp680.pdf>. [59]
- NPUAP, EPUAP und PPPIA (2014), *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*, National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel und Pan Pacific Pressure Injury Alliance, https://www.nzwcs.org.nz/images/International_PUG/Quick_Reference_Guide_DIGITAL-PPPIA-Jan2016.pdf. [114]
- Nyborg, G. et al. (2017), "Potentially inappropriate medication use in nursing homes: an observational study using the NORGEH-NH criteria", *BMC Geriatrics*, Vol. 17/1, Artikel 220, <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-017-0608-z>. [137]
- OECD (2020), *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*, OECD Health [69]

- Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>.
- OECD (2019), *Adequacy and affordability of long-term care services (LTC): Findings from the Measuring social protection project*, OECD, Paris. [9]
- OECD (2019), *Draft revised report on long-term care and health insurance – Stock Taking Report*, OECD, Paris. [46]
- OECD (2019), *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/4dd50c09-en>. [2]
- OECD (2018), *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264233386-en>. [43]
- OECD (2018), “Measuring Patient Safety. Opening the Black Box”, Paper, OECD, Paris, <http://www.oecd.org/els/health-systems/Measuring-Patient-Safety-April-2018.pdf>. [111]
- OECD (2018), *Risks that Matter*, OECD, Paris, <https://www.oecd.org/els/soc/Risks-That-Matter-2018-Main-Findings.pdf>. [48]
- OECD (2018), *Stemming the Superbug Tide: Just A Few Dollars More*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264307599-en>. [189]
- OECD (2017), *Health at a glance 2017: OECD Indicators*. [87]
- OECD (2017), *Preventing Ageing Unequally*, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264279087-en>. [3]
- OECD (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>. [35]
- OECD (o. J.), *OECD.Stat*, Datenbank, <https://stats.oecd.org/> (Abruf: 22. November 2019). [209]
- OECD (o. J.), *Population data*, Datenbank, https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=EDU_DEM (Abruf: 19. November 2019). [206]
- OECD/Europäische Union (2020), *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/82129230-en>. [1]
- OECD/Europäische Union (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris/Europäische Union, Brüssel, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en. [44]
- OECD/Europäische Union (2013), *A Good Life in Old Age?: Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264194564-en>. [42]
- OIG (2019), “Trends in Deficiencies at Nursing Homes Show That Improvements Are Needed To Ensure the Health and Safety of Residents”, Data Brief, No. A-09-18-02010, Office of Inspector General, Department of Health and Human Services, Washington, D.C., <https://www.oversight.gov/sites/default/files/oig-reports/91802010.pdf>. [112]
- OIG (2018), *Adverse Events in Long-Term-Care Hospitals: National Incidence Among Medicare Beneficiaries*, OIG Report, No. OEI-06-14-00530, Office of Inspector General, Department of Health and Human Services, Washington, D.C. [29]

- OIG (2014), *Adverse Events in Skilled Nursing Facilities: National Incidence Among Medicare Beneficiaries*, OIG Report, No. OEI-06-11-00370, Office of Inspector General, Department of Health and Human Services, Washington, D.C. [202]
- Pakyz, A. und L. Dwyer (2010), "Prevalence of Antimicrobial Use among United States Nursing Home Residents: Results from a National Survey", *Infection Control & Hospital Epidemiology*, Vol. 31/6, S.661-662, <http://dx.doi.org/10.1086/653072>. [185]
- Papanicolas, I. et al. (2019), "Performance of UK National Health Service compared with other high income countries: observational study", *BMJ*, Artikel l6326, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.l6326>. [32]
- Peña-Longobardo, L. et al. (2016), "The Spanish long-term care system in transition: Ten years since the 2006 Dependency Act", *Health Policy*, Vol. 120/10, S. 1177-1182, <http://dx.doi.org/10.1016/J.HEALTHPOL.2016.08.012>. [66]
- Pezzana, A. et al. (2015), "Nutritional care needs in elderly residents of long-term care institutions: Potential implications for policies", *Journal of nutrition, health and aging*, Vol. 19/9, S. 947-954, <http://dx.doi.org/10.1007/s12603-015-0537-5>. [199]
- Pham, B. et al. (2011), "Preventing Pressure Ulcers in Long-term Care: A Cost-effectiveness Analysis", *Archives of Internal Medicine*, Vol. 171/20, S. 1839-1847, <http://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2011.473>. [117]
- Phelan, A. (2015), "Protecting care home residents from mistreatment and abuse: On the need for policy", *Risk Management and Healthcare Policy*, Vol. 8, S. 215-223, <http://dx.doi.org/10.2147/RMHP.S70191>. [197]
- Posnett, J. und P. J. Franks (2008), "The burden of chronic wounds in the UK", *Nursing Times*, Vol. 104/3, S. 44-45, <https://cdn.ps.emap.com/wp-content/uploads/sites/3/2008/01/The-burden-of-chronic-wounds-in-the-UK.pdf>. [127]
- Province of Nova Scotia (2018), *Workplace Safety for Nova Scotia's Home Care, Long Term Care & Disability Support Sector*, https://www.wcb.ns.ca/Portals/wcb/Workplace_Safety_Report_Final_June7.pdf. [85]
- Rau, J. (2018), "Medicare Cuts Payments To Nursing Homes Whose Patients Keep Ending Up In Hospital", *Kaiser Health News*, 3. Dezember, <https://khn.org/news/medicare-cuts-payments-to-nursing-homes-whose-patients-keep-ending-up-in-hospital/> (Abruf: 6. November 2019). [57]
- Rice, N. und C. Normand (2012), "The cost associated with disease-related malnutrition in Ireland", *Public Health Nutrition*, Vol. 15/10, S. 1966-1972, <http://dx.doi.org/10.1017/S1368980011003624>. [205]
- RNAO (2019), "Transforming long-term care to keep residents healthy and safe", Registered Nurses' Association of Ontario, Toronto, ON, https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Transforming_long-term_care_QPD_2019_Final_Public.pdf. [21]
- RNAO (2018), "Public Inquiry into the Safety and Security of Residents in the Long-Term Care Homes System: Closing Submissions of the Registered Nurses' Association of Ontario", Registered Nurses' Association of Ontario, Toronto, ON, http://longtermcareinquiry.ca/wp-content/uploads/Closing-Submission_14_RNAO_Sept_20_2018.pdf. [20]

- RNAO (2016), *Assessment and Management of Pressure Injuries for the Interprofessional Team – Third Edition*, Registered Nurses' Association of Ontario, Toronto, ON, https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Pressure_Injuries_BPG.pdf. [116]
- RNAO (2012), *Preventing Falls and Reducing Injury from Falls – Third Edition*, Registered Nurses' Association of Ontario, Toronto, ON. [182]
- RNAO (2012), *Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints*, Registered Nurses' Association of Ontario, Toronto, ON, https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Promoting_Safety_-_Alternative_Approaches_to_the_Use_of_Restraints_0.pdf. [178]
- RNAO (o. J.), "International Affairs & Best Practice Guidelines – Workshops", Webseite, Registered Nurses' Association of Ontario, Toronto, ON, <https://rnao.ca/bpg/get-involved/champions/workshops> (Abruf: 30. Januar 2020). [179]
- Rothgang, H., M. Fünfstück und T. Kalwitzki (2020), "Personalbemessung in der Langzeitpflege", in *Pflege-Report 2019*, K. Jacobs et al. (Hrsg.), Springer, Berlin, Heidelberg, http://dx.doi.org/10.1007/978-3-662-58935-9_11. [56]
- Rovi, S. et al. (2009), "Mapping the Elder Mistreatment Iceberg: U.S. Hospitalizations With Elder Abuse and Neglect Diagnoses", *Journal of Elder Abuse & Neglect*, Vol. 21/4, S. 346-359, <http://dx.doi.org/10.1080/08946560903005109>. [196]
- Royal Commission (2019), "Medium- and long-term pressures on the system: the changing demographics of aged care", *Background Paper*, No. 2, Royal Commission into Aged Care Quality and Safety, Commonwealth of Australia, https://agedcare.royalcommission.gov.au/sites/default/files/2020-09/background_paper_2.pdf. [16]
- Rust, T. et al. (2008), "Broadening the Patient Safety Agenda to Include Safety in Long-Term Care", *Healthcare Quarterly*, Vol. 11, Special Issue "Patient Safety Papers", S. 31-34, <http://dx.doi.org/10.12927/hcq.2008.19646>. [106]
- SAMHSA (2019), *Guidance on Inappropriate Use of Antipsychotics: Older Adults and People with Intellectual and Developmental Disabilities in Community Settings*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD. [141]
- Schildmeijer, K. et al. (2018), "Adverse events in patients in home healthcare: a retrospective record review using trigger tool methodology.", *BMJ Open*, Vol. 8/1, Artikel e019267, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019267>. [81]
- Scott, I. und S. Jayathissa (2010), "Quality of drug prescribing in older patients: Is there a problem and can we improve it?", *Internal Medicine Journal*, Vol. 40/1, S. 7-18, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1445-5994.2009.02040.x>. [158]
- Sears, N. et al. (2013), "The incidence of adverse events among home care patients", *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 25/1, S. 16-28, <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzs075>. [79]
- Sethi, D. et al. (Hrsg.) (2011), *European report on preventing elder maltreatment*, WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107293>. [191]
- Severens, J. et al. (2002), "The Cost of Illness of Pressure Ulcers in The Netherlands", *Advances in Skin & Wound Care*, Vol. 15/2, S. 72-77, <http://dx.doi.org/10.1097/00129334-200203000-> [119]

[00008](#).

- Sexton, B. et al. (2018), "Providing feedback following Leadership WalkRounds is associated with better patient safety culture, higher employee engagement and lower burnout", *BMJ Quality & Safety*, Vol. 27/4, S. 261-270, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2016-006399>. [102]
- Sexton, J. et al. (2017), "The associations between work-life balance behaviours, teamwork climate and safety climate: cross-sectional survey introducing the work-life climate scale, psychometric properties, benchmarking data and future directions.", *BMJ Quality & Safety*, Vol. 26/8, S. 632-640, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2016-006032>. [100]
- Simmons, S. et al. (2018), "Reducing Antipsychotic Medication Use in Nursing Homes: A Qualitative Study of Nursing Staff Perceptions", *Gerontologist*, Vol. 58/4, S. e239-e250, <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnx083>. [140]
- Sinnige, J. et al. (2016), "Medication management strategy for older people with polypharmacy in general practice: a qualitative study on prescribing behaviour in primary care.", *British Journal of General Practice*, Vol. 66/649, S. e540-551, <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp16X685681>. [163]
- Slawomirski, L., A. Auraaen und N. Klazinga (2017), "The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level", *OECD Health Working Papers*, No. 96, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/5a9858cd-en>. [36]
- Sloane, P. et al. (2016), "Optimizing Antibiotic Use in Nursing Homes Through Antibiotic Stewardship.", *North Carolina Medical Journal*, Vol. 77/5, S. 324-329, <http://dx.doi.org/10.18043/ncm.77.5.324>. [187]
- Smith, D. et al. (2010), "Hospital Safety Climate, Psychosocial Risk Factors and Needlestick Injuries in Japan", *Industrial Health*, Vol. 48, S. 85-95, https://www.jstage.jst.go.jp/article/indhealth/48/1/48_1_85/_pdf (Abruf: 24. Juli 2019). [95]
- Søndergaard, J. et al. (2017), "Healthcare resource use and costs of opioid-induced constipation among non-cancer and cancer patients on opioid therapy: A nationwide register-based cohort study in Denmark", *Scandinavian Journal of Pain*, Vol. 15/1, S. 83-90, <http://dx.doi.org/10.1016/j.sjpain.2017.01.006>. [150]
- Spasova, S. et al. (2018), *Challenges in Long-term Care in Europe. A Study of National Policies*, European Social Policy Network, Europäische Kommission, Brüssel, <http://dx.doi.org/10.2767/84573>. [53]
- Spear, M. (2013), "Pressure Ulcers: What Are the Implications?", *Plastic Surgical Nursing*, Vol. 33/3, S. 147-149, <http://dx.doi.org/10.1097/PSN.0b013e3182a57622>. [115]
- Stefanacci, R. (2019), "The Stars Are Changing: Nursing Home Compare and Five-Star Quality Rating Updates", *Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging*, Vol. 27/4, S. 17-18, <http://dx.doi.org/10.25270/altc.2019.04.00066>. [60]
- Stock, K. et al. (2017), "Prevalence of, and Resident and Facility Characteristics Associated With Antipsychotic Use in Assisted Living vs. Long-Term Care Facilities: A Cross-Sectional Analysis from Alberta, Canada", *Drugs & Aging*, Vol. 34/1, S. 39-53, <http://dx.doi.org/10.1007/s40266-016-0411-0>. [145]
- Stuart, R., C. Lim und D. Kong (2014), "Reducing inappropriate antibiotic prescribing in the [183]

- residential care setting: current perspectives", *Clinical Interventions in Aging*, Vol. 9, S. 165-177, <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S46058>.
- Tak, S., L. Benefield und D. Mahoney (2010), "Technology for long-term care", *Research in Gerontological Nursing*, Vol. 3/1, S. 61-72, <http://dx.doi.org/10.3928/19404921-20091103-01>. [70]
- Tampi, R. et al. (2016), "Antipsychotic use in dementia: a systematic review of benefits and risks from meta-analyses.", *Therapeutic Advances in Chronic Disease*, Vol. 7/5, S. 229-245, <http://dx.doi.org/10.1177/2040622316658463>. [131]
- Tanuseputro, P. et al. (2015), "Hospitalization and Mortality Rates in Long-Term Care Facilities: Does For-Profit Status Matter?", *Journal of the American Medical Directors Association*, Vol. 16/10, S. 874-883, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2015.06.004>. [207]
- The Health Foundation (2011), *Does improving safety culture affect patient outcomes?*, The Health Foundation, London, <http://www.health.org.uk/sites/default/files/DoesImprovingSafetyCultureAffectPatientOutcomes.pdf>. [104]
- The Joint Commission (2015), "Preventing falls and fall-related injuries in health care facilities", *Sentinel Event Alert*, Issue 55, 28. September, https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea_55_falls_4_26_16.pdf. [181]
- Thompson Coon, J. et al. (2014), "Interventions to Reduce Inappropriate Prescribing of Antipsychotic Medications in People With Dementia Resident in Care Homes: A Systematic Review", *Journal of the American Medical Directors Association*, Vol. 15/10, S. 706-718, <http://dx.doi.org/10.1016/J.JAMDA.2014.06.012>. [129]
- Thornley, T. et al. (2019), "Antibiotic prescribing for residents in long-term-care facilities across the UK", *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, Vol. 74/5, S. 1447-1451, <http://dx.doi.org/10.1093/jac/dkz008>. [184]
- Thorp, J. et al. (2012), "Workplace Engagement and Workers' Compensation Claims as Predictors for Patient Safety Culture", *Journal of Patient Safety*, Vol. 8/4, S. 194-201, <http://dx.doi.org/10.1097/PTS.0b013e3182699942>. [103]
- Trygstad, T. et al. (2009), "Analysis of the North Carolina Long-Term Care Polypharmacy Initiative: A multiple-cohort approach using propensity-score matching for both evaluation and targeting", *Clinical Therapeutics*, Vol. 31/9, S. 2018-2037, <http://dx.doi.org/10.1016/j.clinthera.2009.09.006>. [164]
- Utlei, R., R. Anderson und R. Atwell (2011), "Implementing Transformational Leadership in Long-Term Care", *Geriatric Nursing*, Vol. 32/3, S. 212-219, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2011.02.001>. [90]
- van Den Bos, J. et al. (2011), "The \$17.1 Billion Problem: The Annual Cost of Measurable Medical Errors", *Health affairs*, Vol. 30/4, S. 596-603, <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0084>. [125]
- van der Wolf, E. et al. (2019), "Well-being in elderly long-term care residents with chronic mental disorder: a systematic review", *Aging & Mental Health*, Vol. 23/3, S. 287-296, <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2017.1408773>. [33]

- van Dusseldorp, L. et al. (2014), "Patient Safety Policy in Long-Term Care: A Research Protocol to Assess Executive WalkRounds to Improve Management of Early Warning Signs for Patient Safety.", *JMIR Research Protocols*, Vol. 3/3, Artikel e36, <http://dx.doi.org/10.2196/resprot.3256>. [74]
- van Middelaar, T. und E. van Charante (2018), "Deprescribing preventive medication in older patients", *British Journal of General Practice*, Vol. 68/675, S. 456-457, <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp18x698933>. [156]
- Viktil, K. et al. (2007), "Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems", *British Journal of Clinical Pharmacology*, Vol. 63/2, S. 187-195, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2125.2006.02744.x>. [159]
- Weech-Maldonado, R., D. Shea und V. Mor (2006), "The Relationship Between Quality of Care and Costs in Nursing Homes", *American Journal of Medical Quality*, Vol. 21/1, S. 40-48, <http://dx.doi.org/10.1177/1062860605280643>. [122]
- Welch, V. et al. (2017), "What interventions prevent falls in long-term care? The case of Saint-Louis Residence A Bruyère Rapid Review", *Bruyère Reports*, No. 4, Bruyère Research Institute, Ottawa, ON, https://www.bruyere.org/uploads/Final_Falls%20prevention%20in%20continuing%20care%20and%20long-term%20care.pdf. [170]
- Werner, R., R. Konetzka und D. Polsky (2013), "The Effect of Pay-for-Performance in Nursing Homes: Evidence from State Medicaid Programs", *Health Services Research*, Vol. 48/4, S. 1393-1414, <http://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.12035>. [58]
- WHO (2012), *The Pursuit of Responsible Use of Medicines: Sharing and Learning from Country Experiences*, Technical Report, WHO/EMP/MAR/2012.3, WHO, Genf, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75828>. [154]
- WHO (2007), "Financing long-term care programmes in health systems With a situation assessment in selected high-, middle-and low-income countries", *HSS/HSF Discussion Paper*, No. 6, WHO, Genf, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85676>. [49]
- WHO (2007), *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*, WHO, Genf, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43811>. [169]
- WHO (o. J.), *Elder abuse – Key Facts*, Webseite, WHO, Genf, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse> (Abruf: 1. August 2019). [193]
- WHO (o. J.), "Patient Safety", Webseite, WHO, Genf, <https://www.who.int/health-topics/patient-safety>. [41]
- Wilson, L., S. Kapp und N. Santamaria (2019), "The direct cost of pressure injuries in an Australian residential aged care setting", *International Wound Journal*, Vol. 16/1, S. 64-70, <http://dx.doi.org/10.1111/iwj.12992>. [124]
- Wodchis, W., G. Teare und G. Anderson (2007), "Cost and Quality: Evidence from Ontario Long Term Care Hospitals", *Medical Care*, Vol. 45/10, S. 981-988, <http://dx.doi.org/10.1097/MLR.0b013e3180ca95e9>. [121]
- Wu, C. et al. (2014), "Determinants of Long-Term Care Services among the Elderly: A Population-Based Study in Taiwan", *PLoS ONE*, Vol. 9/2, Artikel e89213, [78]

<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0089213>.

- Xu, D., R. Kane und G. Arling (2019), "Relationship between nursing home quality indicators and potentially preventable hospitalisation", *BMJ Quality and Safety*, Vol. 28/7, S. 524-533, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008924>. [109]
- Yon, Y. et al. (2017), "Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis", *The Lancet Global Health*, Vol. 5/2, S. e147-e156, [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30006-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30006-2). [190]
- Yon, Y. et al. (2019), "The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis", *European Journal of Public Health*, Vol. 29/1, S. 58-67, <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cky093>. [192]
- Young, W. und A. M. Williams (2015), "How fear of falling can increase fall-risk in older adults: Applying psychological theory to practical observations", *Gait & Posture*, Vol. 41/1, S. 7-12, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaitpost.2014.09.006>. [173]
- Zhang, Y. et al. (2011), "Work organization and health issues in long-term care centers", *Journal of Gerontological Nursing*, Vol. 37/5, S. 32-40, <http://dx.doi.org/10.3928/00989134-20110106-01>. [82]
- Zia, A.; S. Kamaruzzaman und M. Tan (2015), "Polypharmacy and falls in older people: Balancing evidence-based medicine against falls risk", *Postgraduate Medicine*, Vol. 127/3, S. 330-337, <http://dx.doi.org/10.1080/00325481.2014.996112>. [171]

OECD Health Working Papers

Alle in dieser Reihe erschienenen Publikation sind auf folgender OECD-Webseite aufgelistet:

<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-working-papers.htm>

No. 120 - SYSTEM GOVERNANCE TOWARDS IMPROVED PATIENT SAFETY - KEY FUNCTIONS, APPROACHES AND PATHWAYS TO IMPLEMENTATION (September 2020) Ane Auraaen, Kristin Saar und Niek Klazinga

No. 119 - CULTURE AS A CURE: ASSESSMENTS OF PATIENT SAFETY CULTURE IN OECD COUNTRIES (Juni 2020) Katherine de Bienassis, Solvejg Kristensen, Magdalena Burtscher, Ian Brownwood und Nicolaas S. Klazinga.

No. 118 - REASSESSING PRIVATE PRACTICE IN PUBLIC HOSPITALS IN IRELAND: AN OVERVIEW OF OECD EXPERIENCES (Mai 2020) Michael Mueller und Karolina Socha-Dietrich.

No. 117 - THE EFFECTIVENESS OF SOCIAL PROTECTION FOR LONG-TERM CARE IN OLD AGE (Mai 2020) Tiago Cravo Oliveira Hashiguchi und Ana Llana-Nozal

No. 116 - BRINGING HEALTH CARE TO THE PATIENT: AN OVERVIEW OF THE USE OF TELEMEDICINE IN OECD COUNTRIES (Januar 2020) Tiago Cravo Oliveira Hashiguchi

No. 115 - PERFORMANCE-BASED MANAGED ENTRY AGREEMENTS FOR NEW MEDICINES IN OECD COUNTRIES AND EU MEMBER STATES (Dezember 2019) Martin Wenzl und Suzannah Chapman

No. 114 - METHODOLOGICAL DEVELOPMENT OF INTERNATIONAL MEASUREMENT OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION (Dezember 2019) Michael Padget und Ian Brownwood

No. 113 - THE IMPACT OF TECHNOLOGICAL ADVANCEMENTS ON HEALTH SPENDING - A LITERATURE REVIEW (August 2019) Alberto Marino und Luca Lorenzoni

No. 112 - CURRENT AND PAST TRENDS IN PHYSICAL ACTIVITY IN FOUR OECD COUNTRIES - EMPIRICAL RESULTS FROM TIME USE SURVEYS IN CANADA, FRANCE, GERMANY AND THE UNITED STATES (2019) Sahara Graf und Michele Cecchini

No. 111 - HEALTH SYSTEMS CHARACTERISTICS: A SURVEY OF 21 LATIN AMERICA AND CARIBBEAN COUNTRIES (2019) Luca Lorenzoni, Diana Pinto, Frederico Guanais, Tomas Plaza Reneses, Frederic Daniel und Ane Auraaen

No. 110 - HEALTH SPENDING PROJECTIONS TO 2030 (2019) Luca Lorenzoni, Alberto Marino, David Morgan und Chris James

No. 109 - EXPLORING THE CAUSAL RELATION BETWEEN OBESITY AND ALCOHOL USE, AND EDUCATIONAL OUTCOMES (2019) Sabine Vuik, Marion Devaux und Michele Cecchini

No. 108 - TRENDS IN LIFE EXPECTANCY IN EU AND OTHER OECD COUNTRIES: WHY ARE IMPROVEMENTS SLOWING? (2019) Veena Raleigh

Neuere OECD-Publikationen zu diesem Thema

HEALTH AT A GLANCE: LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN 2020

WHO CARES? ATTRACTING AND RETAINING CARE WORKERS FOR THE ELDERLY (2020)

REALISING THE POTENTIAL OF PRIMARY HEALTH CARE (2020)

WAITING TIMES FOR HEALTH SERVICES: NEXT IN LINE (2020)

IS CARDIOVASCULAR DISEASE SLOWING IMPROVEMENTS IN LIFE EXPECTANCY? OECD AND THE KING'S FUND WORKSHOP PROCEEDINGS (2020)

ADDRESSING CHALLENGES IN ACCESS TO ONCOLOGY MEDICINES (2020)

OECD REVIEWS OF PUBLIC HEALTH: KOREA - A HEALTHIER TOMORROW (2020)

COUNTRY HEALTH PROFILES (2019)

HEALTH IN THE 21ST CENTURY: PUTTING DATA TO WORK FOR STRONGER HEALTH SYSTEMS (2019)

THE SUPPLY OF MEDICAL ISOTOPES: AN ECONOMIC DIAGNOSIS AND POSSIBLE SOLUTIONS (2019)

HEALTH AT A GLANCE (2019)

THE HEAVY BURDEN OF OBESITY – THE ECONOMICS OF PREVENTION (2019)

HEALTH FOR EVERYONE? - SOCIAL INEQUALITIES IN HEALTH AND HEALTH SYSTEMS (2019)

RECENT TRENDS IN INTERNATIONAL MIGRATION OF DOCTORS, NURSES AND MEDICAL STUDENTS (2019)

PRICE SETTING AND PRICE REGULATION IN HEALTH CARE (2019) OECD/WHO Centre for Health Development in Kobe

ADDRESSING PROBLEMATIC OPIOIDS USE IN OECD COUNTRIES (2019)

OECD REVIEW OF PUBLIC HEALTH: JAPAN (2019)

OECD REVIEW OF PUBLIC HEALTH: CHILE (2019)

OECD HEALTH STATISTICS (2019)

(Datenbank verfügbar unter: <https://www.oecd.org/health/health-statistics.htm>)

STEMMING THE SUPERBUG TIDE - JUST A FEW DOLLARS MORE (2018)

HEALTH AT A GLANCE: EUROPE 2018 – STATE OF HEALTH IN THE EU CYCLE (2018)

HEALTH AT A GLANCE: ASIA/PACIFIC 2018

PHARMACEUTICAL INNOVATION AND ACCESS TO MEDICINES (2018)

HEALTH AT A GLANCE: ASIA/PACIFIC (2018)

For a full list, consult the OECD health web page at <http://www.oecd.org/health/>