



Elsbernd, A. und Hahn, L. und Kielmeyer L. S.

Projektbericht

Forschungsprojekt WiStLa

**Wissenschaftlich gestützte Erhebung von Steuerungsdaten
für die stationäre und ambulante Langzeitpflege in Baden-Württemberg**

01.07.2022 – 31.10.2024

**Finanziert vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration aus Landesmitteln, die der
Landtag Baden-Württemberg beschlossen hat.**

Projektbericht

31.10.2024

**Forschungsprojekt WiStLa
Wissenschaftlich gestützte Erhebung von Steuerungsdaten
für die stationäre und ambulante Langzeitpflege in Baden-Württemberg**

Laufzeit: 01.07.2022 – 31.10.2024

Finanziert durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration aus Landesmitteln, die der Landtag von Baden-Württemberg beschlossen hat

Forscher:innen-Gruppe der Hochschule Esslingen:

Prof. Dr. Astrid Elsbernd, Hochschule Esslingen (Projektleitung)
Laura Hahn, M.A., Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Lisa Sophie Kilmeyer, M.A., Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Institut und Dienstadresse der Autor:innen:

Hochschule Esslingen – University of Applied Sciences
Fakultät Soziale Arbeit, Bildung und Pflege
Flandernstraße 101
Telefon: 0711 397-44 07
E-Mail: @hs-esslingen.de

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften (IGP)

Hochschule Esslingen – University of Applied Sciences
Flandernstr. 101
73732 Esslingen

<https://www.hs-esslingen.de/soziale-arbeit-bildung-und-pflege/forschung/projekte/laufende-projekte/wistla-wissenschaftlich-gestuetzte-erhebung-von-steuerungsdaten-fuer-die-stationaere-und-ambulante-langzeitpflege-in-baden-wuerttemberg/>

Abstract

Der Forschungsbericht fasst die Ergebnisse eines 2-jährigen systematischen Erkundungsprozesses zum Thema „Steuerungsdaten in der Langzeitpflege“ zusammen. Auf der Grundlage des aktuellen nationalen und internationalen Diskurses werden mittels verschiedener Forschungsmethoden die Anliegen der Akteure in der Langzeitpflege hinsichtlich der Gewinnung und Nutzung von Steuerungsdaten in der Langzeitpflege ermittelt. Ein zentrales Ergebnis der empirischen Phasen ist das Erhebungsinstrument „Fragebogen zur Erhebung von quantitativen und qualitativen Steuerungsdaten in der stationären und ambulanten Langzeitpflege in Baden-Württemberg (QUASTA-LP-BW)“ (Elsbernd, A. und Hahn, L. und Kielmeyer L. S. 2024, Anlage 3), das zukünftig zur Sammlung von Routinedaten aus der ambulanten und (teil)stationären Langzeitpflege genutzt werden kann. Es wurde entwickelt, um wichtige Einblicke in die aktuellen Bedingungen und Herausforderungen in Pflegeeinrichtungen zu gewinnen und unterstützt damit die Planung und Weiterentwicklung der Langzeitpflege auf verschiedenen Ebenen. Das Instrument besteht aus den Routinedaten und einer überwiegend qualitativen Mitarbeitenden-Befragung zur Situation der Einrichtungen der Langzeitpflege. Darüber hinaus enthält der Forschungsbericht eine Vielzahl von Empfehlungen insbesondere zur Zusammenführung und Zurverfügungstellung von bereits erhobenen Daten in der Langzeitpflege.

The research report summarizes the results of a two-year systematic exploration process on the topic of "control data in long-term care." Based on the current national and international discourse, various research methods were used to identify the concerns of stakeholders in long-term care regarding the collection and use of control data. A key result of the empirical phases is the survey instrument "Questionnaire for the collection of quantitative and qualitative control data in residential and outpatient long-term care in Baden-Württemberg (QUASTA-LP-BW)" (Elsbernd, A., Hahn, L., and Kielmeyer, L. S., 2024, Appendix 3), which can be used in the future to collect routine data from outpatient and (semi-)residential long-term care. It was developed to gain important insights into the current conditions and challenges in care facilities and thus supports the planning and further development of long-term care on various levels. The instrument consists of routine data and a predominantly qualitative staff survey on the situation in long-term care facilities. Furthermore, the research report contains numerous recommendations, particularly regarding the consolidation and provision of already collected data in long-term care.

Schlüsselwörter: Langzeitpflege, Digitalisierung im Gesundheitswesen, Datenbasierte Entscheidungsfindung (in der Pflege), Datenverarbeitung im Gesundheitswesen, Pflegemanagement, Digitalisierung (in der Pflege), Langzeitpflege Baden-Württemberg, Steuerungsdaten, Data Literacy, Datenlücken in der Langzeitpflege, Pflegebedarfsprognosen, Pflegequalität, Pflegedokumentationsprogramme, nationale und internationale Statistiken im Vergleich, Managementdaten, Operative Daten, Erhebungsinstrument, Datenerhebungswerkzeug, Pflegedaten für die Entscheidungsträger

Keywords: Data Driven Decision Making; Big Data, Long-term care, Governance Data, Control Data, Management Data, Operational Data, Decision-Making Data, Data Collection Tool, Predictive Analytics, Big Data Analytics

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	6
1 Projektauftrag, Projektgegenstand, Ziele und Arbeitspakete	11
1.1 Hintergrund und Ziele des Forschungsprojektes	11
1.2 Forschungsziele und Fragestellungen	12
1.3 Methoden und Vorgehen im Gesamtprojekt.....	13
1.4 Aufbau der Arbeit	15
2 Theoretischer Rahmen und systematische Literaturanalyse.....	17
2.1 Theoretischer Diskurs: Daten als Grundlage von Steuerung	17
2.2 Internationale Perspektive und Projekte zur Verarbeitung von Daten zur Langzeitpflege.....	31
2.2.1 Vorbemerkungen	31
2.2.2 Übersicht zu den Länderinitiativen im Bereich der Datenaufbereitung der Langzeitpflege	34
2.2.3 Übersicht zur Studienlage	68
2.2.4 Fazit zu den internationalen Perspektiven und Projekten	77
2.3 Nationale Statistiken und Projekte im Bereich der Langzeitpflege.....	79
2.3.1 Aktuelle nationale Statistiken	79
2.3.2 Ausgewählte aktuelle nationale Projekte	84
2.3.3 Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes (MD) und der Heimaufsicht als Datenquelle.....	91
2.3.4 Digitale Anwendungen im Gesundheitswesen	100
2.3.5 Ausgewählte rechtliche Grundlagen.....	106
2.4 Ergebnissicherung	112
3 Empirische Projektphase.....	119
3.1 Vorbemerkungen zur ersten empirischen Phase: Qualitative Interviews	119
3.2 Forschungsdesign im Rahmen der ersten qualitativen Erhebung	120

3.3	Ergebnisse der ersten qualitativen Erhebung	122
3.3.1	Kategorie I: Daten, die vorhanden und genutzt werden	123
3.3.2	Wünsche zu weiteren Datenerhebungen in der Langzeitpflege	126
3.3.3	Generelle Anforderungen an neue Daten und Erhebungen aus Sicht der Interviewten.....	132
3.4	Diskussion erster Ergebnisse aus einem Fokusgruppen-Interview.....	134
3.4.1	Vorgehen.....	134
3.4.2	Zusammenfassung der Ergebnisse – Austausch zum Stand des Projektes	134
3.4.3	Zusammenfassung der Ergebnisse – Wünsche für zukünftige Erhebungen/Zukunftsszenarien.....	138
3.5	Konstruktion eines neuen Erhebungsinstruments für die Langzeitpflege.....	140
3.6	Durchführung eines Expert:innen-Gesprächs (Januar 2024)	146
3.7	Auswertung Fragebogen der Hauptuntersuchung.....	151
3.7.1	Auswertungsmethodik.....	151
3.7.2	Ergebnisdarstellung der Befragung November 2023 – Februar 2024	154
4	Empfehlungsthemen.....	203
4.1	Vorbemerkungen und Prognosedaten	203
4.2	Zentrale Empfehlungen der Forschungsgruppe	205
4.3	Schlussbemerkung.....	228
	Literaturverzeichnis.....	229
	Anhang	236

Anlage 1: Abbildungsverzeichnis

Anlage 2: Tabellenverzeichnis

Anlage 3: Fragebogen zur Erhebung von quantitativen und qualitativen Steuerungsdaten in der stationären und ambulanten Langzeitpflege in Baden-Württemberg (QUASTA-LP-BW) (Elsbernd, A und Hahn L. und Kielmeyer L. S. 2024)

Vorwort

Mit der seit dem späten 20. Jahrhundert zunehmenden Digitalisierung und ihrer rasanten Beschleunigung, die sich heute unter anderem in den Diskussionen rund um die Künstliche Intelligenz (KI) zeigt, werden Daten/Informationen über die Gesellschaft erhoben und für Weiterentwicklungen genutzt. Weil es technisch möglich ist, werden zum Teil sehr viele – überwiegend quantitative – Daten erhoben, auch ohne das im Vorhinein geklärt wird, wofür die Daten nach ihrer Auswertung und Analyse benötigt werden und wem sie zur Verfügung gestellt werden sollen. Dieses Phänomen ist in weiten gesellschaftlichen Bereichen anzutreffen – auch im Gesundheits- und Pflegewesen. Das aktuell erlassene Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) soll der „datenbasierten Weiterentwicklung des Gesundheitswesens als lernendes System“ dienen (GDNG 2024, § 1) und gemeinsame Nutzung von Daten fördern bzw. koordinieren (GDNG 2024, § 3). Dieses Gesetz birgt aus Projektsicht eine enorme Chance, Daten zu konsolidieren und gemeinsame Nutzungen von Daten zu organisieren, um den erheblichen Mehrfacherhebungen, die immer auch mit Aufwand und Kosten verbunden sind, entgegenzuwirken und eine verlässliche Datengrundlage zu entwickeln. Jedoch bleibt abzuwarten, ob das Gesetz diese Wirkungen realisieren kann.

Ein Bereich, in dessen Rahmen seit vielen Jahren erhebliche Datenmengen im Gesundheitswesen erhoben und ausgewertet werden, ist der Bereich der Qualitätssicherung bzw. Qualitätsüberprüfung der Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen. Aktuell wird durch die Reform der Qualitätsdarstellung im Krankenhausbereich in Deutschland versucht, mit Hilfe eines sogenannten „Klinik-Atlas“ Daten der Qualitätsprüfungen so zu kumulieren, dass sie insbesondere für Bürger:innen verstehbar und für Expert:innen und Politiker:innen beispielsweise zur Krankenhausplanung nutzbar werden. Dabei ist bemerkenswert, dass diese Daten seit ca. 2004 jährlich erhoben werden und es in den beinahe 20 Jahren der Qualitätsprüfung von Krankenhäusern trotz aller Transparenzbestrebungen nicht gelungen ist, die Daten so aufzuarbeiten, dass Bürger:innen sie für eigene Entscheidungsfindungen nutzen können. Nicht nur eine sinnvolle Kumulierung stellt eine große Herausforderung dar, sondern auch die politische Entscheidung, welche Qualitätsaspekte durch Daten erhoben und öffentlich zugänglich gemacht werden sollen. Neben der damit verbundenen Aufwands- und Kostenfrage kann das Zurverfügungstellen von Daten durchaus auch als „Demokratisierungsstrategie“ verstanden werden, da die Bürger:innen auf diese Weise über mehr oder genauere Daten verfügen, die sie in ihrer Entscheidungsfindung unterstützen können. Jedoch sieht man an diesem Vorhaben auch, dass das Datenmaterial versteh- und interpretierbar sein muss, um es sinnvoll zu nutzen. Insbesondere, wenn die Datenmengen groß und damit oftmals unübersichtlicher werden, bedarf es einer fachlichen Einordnung, die ebenso wie die Daten zugänglich gemacht werden sollte.

Auch in der Langzeitpflege in Deutschland hat insbesondere das Thema „Qualitätsprüfung“ zur Erhebung von enormen Datenmengen geführt. Seit 2008 erhebt der MDK (Medizinische

Dienst der Kranken- und Pflegekassen) bzw. MD (Medizinische Dienst) jährlich zahlreiche Daten, die in weiten Teilen öffentlich zugänglich gemacht werden, um Bürger:innen bei der Auswahl von stationären, teilstationären oder ambulanten Pflegeeinrichtungen bzw. Pflegediensten zu unterstützen. Darüber hinaus überprüft auch die Heimaufsicht die Einrichtungen der Langzeitpflege mit eigenen Instrumenten und Verfahren. Diese Daten werden allerdings nicht öffentlich zugänglich gemacht. Insgesamt werden in der Langzeitpflege enorme Datenmengen erhoben, ein systematischer Austausch zwischen den Datenakteuren über die erhobenen Daten findet überwiegend nicht statt, so dass insbesondere stationäre Pflegeeinrichtungen Mehrfacherhebungen von Daten vornehmen müssen. Dabei verfügen die Einrichtungen zu meist über digitale Programme, mit denen sie ebenfalls viele Daten rund um die Pflege erheben und aufbereiten. Schnittstellen zwischen diesen Programmen und den Qualitätsprüfungen des MD und der Heimaufsicht existieren bislang kaum. Auch zu den weiteren großen Datenakteuren „Gesetzliche Krankenkassen“ besteht kaum eine systematische Schnittstelle, die eine gemeinsame Datennutzung eröffnen würde.

Wir möchten an dieser Stelle hervorheben, dass eine gemeinsame Nutzung von Daten überaus voraussetzungsvoll ist: es müsste u. a. ein Konsens über die Art und die inhaltliche Ausgestaltung der Daten, die gemeinsam genutzt werden sollen, zwischen den Akteur:innen hergestellt (und gesetzlich umgesetzt) und die Erhebungsbedingungen und die Schnittstellen der unterschiedlichen EDV-Programme festgelegt werden. Eine gemeinsame Erhebung und Nutzung von Daten setzt vor allem Vertrauen zwischen den Akteur:innen voraus. Dieses Vertrauen könnte möglicherweise gestärkt werden, wenn eine von den Akteur:innen unabhängige und anerkannte Stelle die vereinbarten Daten erhebt und zur Verfügung stellt (beispielsweise das Statistische Landesamt Baden-Württemberg).

Unser Forschungsprojekt versteht sich als Entwicklungsprojekt, das eine Grundlage zur gemeinsamen Nutzung von Daten erarbeiten will. Deshalb haben wir zunächst einmal herausgearbeitet, wo welche Daten in welchen Erhebungsrhythmen in der Langzeitpflege erhoben und auf welche Weise zur Verfügung gestellt werden. Dabei ist eine Ausgangsfrage, ob die Daten, die in der Langzeitpflege erhoben werden, auch diejenigen sind, die die verschiedenen Akteur:innen der Langzeitpflege zur Steuerung ihrer Arbeit benötigen. Zu Beginn des Projektes im Jahr 2022 waren wir der Überzeugung, dass insbesondere eine übersichtliche Darstellung der erhobenen Daten der Langzeitpflege rasch erledigt werden kann. Wir müssen heute feststellen, dass

- in der Langzeitpflege in Deutschland einerseits sehr viele quantitative Daten von nahezu unübersichtlich vielen Stellen erhoben werden, aber nicht alle Daten öffentlich zugänglich sind,
- viele Daten unsystematisch und ohne theoretische Begründung erhoben werden
- und zugleich qualitative Daten, die den aktuellen Zustand der Langzeitpflege (bezogen z. B. auf die Kund:innen/Bewohner:innen, Mitarbeitenden und die Organisationen) differenzierter betrachten könnten, in weiten Teilen fehlen.

Vor diesem Befundhintergrund haben wir es uns zur Aufgabe gemacht, eine systematische Bestandsaufnahme zu machen und darzustellen, wo welche Daten erhoben, analysiert und dargestellt/veröffentlicht – oder eben auch nicht veröffentlicht – werden. In diesem Zusammenhang haben wir auch international recherchiert und exemplarisch die Lösungswege anderer Länder dargestellt. Im Sinne einer „Best Practice“ können einige sehr positive und inspirierende Herangehensweisen identifiziert werden.

Eine weitere zentrale Frage des Projektes ist die Frage nach der Steuerung der Einrichtungen durch Daten. Insbesondere in mehreren empirischen Phasen haben wir versucht herauszuarbeiten, welche Daten die verschiedenen Akteur:innen der Langzeitpflege benötigen, um das Leistungsgeschehen zu steuern. Unsere empirischen Befunde sind einerseits eindeutig: Die von uns befragten Akteur:innen haben genaue inhaltliche Vorstellungen über die Informationen, die sie benötigen. Diese Vorstellungen haben wir aufbereitet und zwei Erhebungsinstrumente entwickelt, die von den Akteur:innen gemeinsam genutzt werden können und die in der Lage sind, auch qualitative Daten zu erheben (Anlage 3). Unsere empirischen Befunde sind aber auch in Teilen uneindeutig: Daten-gesteuerte Führung und Planung ist weder theoretisch ausreichend begründet, noch wird sie in der Praxis systematisch umgesetzt. Zudem gibt es eine beinahe paradoxe Situation: Die Akteur:innen wünschen sich einerseits die Erhebung von weniger und gezielteren Daten und andererseits zur Steuerung und Planung insgesamt mehr Erhebungen von Daten. Dieser scheinbare Dissens lässt sich aus unserer Sicht auch damit erklären, dass die Akteur:innen insgesamt nicht zufrieden mit der thematischen Auswahl der bislang erhobenen Daten sind und zudem nicht immer an den Datenauswertungen partizipieren können, obwohl sie Datenspende:innen sind. Insbesondere der Mangel an qualitativen Daten und die Zusammenführung der an verschiedenen Stellen zugleich erhobenen quantitativen Daten sind zentrale Themen, die auch in den Empfehlungen des Projektes aufgegriffen werden.

Der Mangel an gemeinsamer Nutzung von Daten kann aus unserer Sicht vor allem dadurch behoben werden, dass die Akteur:innen ihre gemeinsamen Interessen an Daten der Langzeitpflege identifizieren und darauf aufbauend die Themen in theoretisch begründbare und praktikable Datenerhebungen abbilden. Die theoretische Begründung von Datenerhebungen sind vor allem deshalb zwingend notwendig, weil die Daten später in der Analyse verstanden und interpretiert werden. So gesehen sind Daten „Rohmaterial“ aus Erhebungen, die ihren Sinn und Zweck durch die theoretischen und praktischen Begründungen erfahren. Einen Konsentierungsprozess mit den Akteur:innen konnten wir in diesem Projekt leider nicht anstoßen. Eine partizipative Forschungsmethodologie wäre hier methodisch angemessen. Die Sorge von einigen Interviewten, dass insbesondere qualitative Daten nicht rasch genug und nur mit sehr großem Aufwand ausgewertet werden können, möchten wir bereits an dieser Stelle ansprechen und mildern, denn insbesondere die Entwicklungen im Bereich der Künstlichen

Intelligenz (KI) zeigen bereits heute, dass große qualitative Datenmengen mit Hilfe der KI zunehmend verlässlich und rasch ausgewertet werden können. Auch dies könnte im Rahmen weiterer Projekte getestet werden.

Zu klären bleibt, ob die Akteur:innen diese Instrumente und deren Datenauswertungen nutzen können und wer die Daten letztendlich erhebt und zur Verfügung stellt. Auch über diese Fragen muss diskutiert werden, damit einerseits die Bereitschaft, an den Erhebungen auch teilzunehmen, zunimmt und andererseits Daten zeitnah zur Steuerung der Langzeitpflege öffentlich zur Verfügung stehen und insbesondere für Verhandlungen und Planungen als gemeinsame Grundlage genutzt werden.


Esslingen, Oktober 2024



Prof. Dr. Astrid Elsbernd



Laura Hahn (M.A.)



Lisa Sophie Kielmeyer (M.A.)

Kapitel 1

Projektauftrag

Ziele des Projektes

Arbeitspakete und Zeitplanung

1 Projektauftrag, Projektgegenstand, Ziele und Arbeitspakete

1.1 Hintergrund und Ziele des Forschungsprojektes

Von September 2020 bis August 2021 konnte die Hochschule Esslingen unter Leitung von Prof. Dr. Astrid Elsbernd im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration zur aktuellen Lage in Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege in Baden-Württemberg eine Forschungsstudie erstellen. In den weitreichenden Ergebnissen der qualitativ und quantitativ angelegten Forschungsarbeit zeigt sich, dass neue, aber auch bereits vor der Corona-Pandemie existierende Problemlagen bewältigt werden müssen. Ziel der Studie war es, die unterschiedlichen Perspektiven von Betroffenen und ihren Angehörigen, den Mitarbeitenden und den Führungspersonen in ihrer Komplexität herauszuarbeiten, Wertediskurse zu eröffnen und die Themen zu identifizieren, die von den Einrichtungen der Langzeitpflege konsequent bearbeitet und darüber hinaus gesellschaftspolitisch neu geordnet und gestaltet werden müssen. Dabei hat die Studie die ersten drei Wellen der Corona-Pandemie in der Langzeitpflege in Baden-Württemberg begleitet. Die Ergebnisse sind kontinuierlich in die Arbeit der Task Force Langzeitpflege und Eingliederungshilfe eingeflossen und umfangreich publiziert worden (Elsbernd & Heidecker 2021).

Die Studie 2021 trifft Empfehlungen für unterschiedliche Akteure und auf unterschiedlichen Handlungsebenen bzw. politischen Ebenen. Neben vielen anderen Ergebnissen zeigt sich ganz klar, dass insgesamt wenig empirisch abgesicherte Daten zur Lage der Einrichtungen der Langzeitpflege bestehen und zugleich die Einrichtungen sich wünschen, dass ihre Situation umfassend gekannt und bei Entscheidungen auch berücksichtigt wird. Dabei ist den Befragten dieser Studie bewusst, dass mindestens durch die Qualitätsprüfungen des MDK/MDS Daten erhoben und teilweise veröffentlicht werden, jedoch können diese die komplexe Situation der Einrichtungen nur unzureichend abbilden. Dies erklärt sich auch aus der spezifischen Zielsetzung der Qualitätsprüfungen. Darüber hinaus werden aktuell zwei Projekte in Baden-Württemberg durchgeführt, die weitere Steuerungsdaten ermitteln bzw. zur Verfügung stellen werden:

- Forschungsstudie „Monitoring Pflegepersonal Baden-Württemberg“ (2022)
- Forschungsstudie „Digitalgestützte Pflegestrukturanalyse in Sozialraum und Quartier in Baden-Württemberg“ (2021 - 2024).

Die Einrichtungen der Langzeitpflege werden wesentlich durch politische Entscheidungen (auch trägerpolitische Entscheidungen) gesteuert, an denen sie nicht oder nur mittelbar beteiligt sind. Die Empfehlungen der Studie regen an, diesen Beteiligungsgrad auf den verschiedenen Ebenen zu überdenken. Eine Form der Mitwirkung/Beteiligung könnte über die kontinuierliche Erhebung von Daten zur aktuellen Situation der Langzeitpflege hergestellt werden.

1.2 Forschungsziele und Fragestellungen

Die hier dargestellte Forschungsstudie setzt an der beschriebenen Ausgangslage an und hat dabei folgende drei Ziele und Fragestellungen:

1) Identifikation der Themen, Aspekte und Daten von Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege in Baden-Württemberg, die für die Steuerung der Langzeitpflege auf verschiedenen Ebenen benötigt werden.

Fragestellungen:

- Welche Akteure steuern die Einrichtungen und welche aktuellen Daten werden aus ihrer Sicht benötigt?
- Welche Daten liegen bereits in welcher Qualität vor?
- Wie können die Daten verbunden werden (in Erhebung und Ergebnisdarstellung)?
- Welche Daten wollen die Einrichtungen bzw. Führungspersonen der Langzeitpflege regelmäßig vor dem Hintergrund ihrer Steuerung zur Verfügung stellen?
- Welche Daten werden vor dem Hintergrund des Patient:innen-/Bewohner:innen-Schutzes benötigt?
- Welche Daten werden vor dem Hintergrund der Aufrechterhaltung des systemrelevanten Sektors „Pflege“ grundsätzlich benötigt?

In diesem Arbeitsschritt sollen auch die Ergebnisse aus den obengenannten aktuellen Studien hinzugezogen werden, um abzustimmen, wo welche Daten zukünftig verlässlich erhoben werden können.

2) Entwicklung eines geeigneten, webbasierten Erhebungsinstrumentes, das kontinuierlich jährlich angewendet werden kann und damit jährlich aktuelle Daten zur Steuerung zur Verfügung stellt.

Fragestellungen:

- Wie können die Daten empirisch valide in einem Erhebungsinstrument abgebildet werden, das mehrfach angewendet wird?
- Wie können qualitative und quantitative Daten miteinander verbunden werden?
- Wie können Daten so aufbereitet werden, dass die webbasierte Anwendung praktikabel im Sinne einer zumutbaren zeitlichen Aufwendung der Befragten ist?
- Wie spezifisch müssen die Erhebungsinstrumente auf die ambulante und stationäre Situation angepasst werden oder kann ein Erhebungsinstrument entwickelt werden?

3) Erprobung und Evaluation des Erhebungsinstrumentes und Zurverfügungstellung erster Daten zur weiteren Steuerung der stationären und ambulanten Langzeitpflege

Fragestellungen

- Wie können die Teilnehmenden der Befragungen erreicht und zur Teilnahme motiviert werden? Ist eine verpflichtende Teilnahme erwünscht?
- Welche datenschutzrechtlichen Voraussetzungen müssen beachtet werden?
- Wie können die Daten aufbereitet werden, damit sie verschiedene steuerungsrelevante Fragestellungen beantworten können?
- Sollen die Ergebnisse der Öffentlichkeit (kontinuierlich) zur Verfügung gestellt werden? Auf welche Weise?
- Welche Empfehlungen können für eine dauerhafte Erhebung von Daten in der stationären und ambulanten Langzeitpflege gegeben werden?

In diesem Projektarbeitsschritt sollen abschließend auch Empfehlungen gegeben werden, wie die Steuerungsdaten, die in unterschiedlichen Zusammenhängen ermittelt werden, zu einem Gesamtdatensatz zusammengezogen und dargestellt werden können.

1.3 Methoden und Vorgehen im Gesamtprojekt

Die Studie soll sich über einen Zeitraum von zwei Jahren erstrecken. Geplant wurden folgende Arbeitspakete:

Phase 1: Juni 2022 – Dezember 2022

- Etablierung einer Forschungsstruktur
- Überprüfung eines möglichen Ethik-Antrags
- Qualitative Befragung ausgewählter Akteure hinsichtlich der Themen bzw. Aspekte und Daten, die möglicherweise zur Steuerung der Langzeitpflege benötigt werden
- Auswertung und Abgleich mit bereits vorhandenen Daten

Phase 2: Januar 2023 – Mai 2023

- Entwicklung eines webbasierten Erhebungsinstrumentes
- Pretestung des entwickelten Instruments
- Klärung der Teilnahme an der Erprobungsphase
- Klärung des gesamten Vorgehens während der Erprobungsphase

Phase 3: Juni 2023 – Dezember 2023

- Erprobung und Durchführung einer ersten komplexen Erhebung
- Ggf. Nachsteuerungen im Instrument während der Erhebung

-
- Evaluation des Umgangs mit dem Instrument (gezielte Befragung von Teilnehmenden/Stichproben-Erhebung)

Phase 4: Dezember 2023 – Oktober 2024

- Auswertung der ersten Erhebung
- Entwicklung einer geeigneten Darstellungsform zur kontinuierlichen Berichterstattung
- Empfehlungen zur weiteren Entwicklung der Datenerhebung und Ergebnisdarstellung in der stationären und ambulanten Langzeitpflege

Besonderheiten/Veränderungen in der Projektdurchführung

Das Forschungsprojekt arbeitet neben der professoralen Leitung mit einer VK E 13-Forschungsmitarbeiterin. Von Beginn an war geplant, eine halbe VK mit einer:inem Mitarbeiter:in mit dem Kompetenzprofil „Data Sciences in der Pflege oder dem Gesundheitswesen“ zu besetzen. Trotz mehrmaliger (unterschiedlichster) Ausschreibung konnte allerdings kein:e Mitarbeiter:in mit diesem Kompetenzprofil gefunden werden, so dass die Stelle zum 1.04.2023 mit einer Pflegewissenschaftlerin besetzt wurde. In den ersten neun Monaten arbeitet das Projekt deshalb nur mit einer halben Vollkraft (VK) E 13 Mitarbeiterin. Um im Bereich des Bereiches Data Sciences Unterstützung zu bekommen, haben wir Kontakt in den Bereich IT im weitesten Sinne gesucht und uns hier punktuell unterstützen lassen. Allerdings konnte dieses Vorgehen das Anliegen, Data Science im umfassenden Sinne auch im Projekt zu behandeln, nur im hier beschriebenen Maße unterstützen. Vertiefende Fragen beispielsweise des Datenschutzes oder auch der Konstruktion von Dashboards mussten im Projekt unbehandelt bleiben.

1.4 Aufbau der Arbeit

Dieser Projektbericht ist umfassend und behandelt eine Vielzahl von Themen, die von der Projektgruppe als besonders relevant erachtet werden, da sie eine potenzielle Grundlage für den zukünftigen Umgang mit Daten bieten. Da nicht davon auszugehen ist, dass jede Leserin oder jeder Leser den gesamten Bericht vollständig lesen wird, dient der folgende Abschnitt als eine Art Leseanleitung. Er soll dazu beitragen, dass Interessierte gezielt zu den für sie relevanten Inhalten gelangen. Die **farbig** und **fettgedruckten** Begriffe kennzeichnen die jeweiligen Kapitel und ermöglichen durch Anklicken eine direkte Navigation zu den entsprechenden Abschnitten.

Kapitel zwei widmet sich dem theoretischen Rahmen des Projekts und beleuchtet die nationale sowie internationale Datennutzung. Zunächst wird der theoretische Diskurs eröffnet, indem Daten als zentrales Steuerungsinstrument in der Langzeitpflege betrachtet werden. Themen wie [Data Literacy](#), [Datenvisualisierung](#), [Validität](#) von Messinstrumenten, [Datenschutz](#) und [Green IT](#) werden eingehend behandelt. Die [internationale Datennutzung](#) wird anhand ausgewählter Länderbeispiele sowie eines Best-Practice-Beispiels und der [aktuellen Forschungslage](#) dargestellt. Im Anschluss daran werden [nationale Statistiken](#) und [Projekte](#) präsentiert, die vorrangig die Rolle von Daten und Künstlicher Intelligenz in der Forschung thematisieren. Ferner werden die [Qualitätsprüfungen](#) und [Pflegedokumentationssysteme](#) als mögliche Datenquellen erörtert. Abschließend werden die [rechtlichen Grundlagen](#) skizziert, die den Rahmen für die Langzeitpflege vorgeben. Das Kapitel schließt mit einer [Ergebnissicherung](#), welche die wesentlichen Erkenntnisse zusammenfasst.

Kapitel drei fokussiert sich auf den empirischen Teil des Projekts, der aus mehreren Phasen besteht. Die Ergebnisse und das Vorgehen der ersten empirischen Phase, welche [qualitative Expert:innen Interviews](#) umfasst, werden dargestellt und diskutiert. Zudem werden die Methodik und Ergebnisse der zweiten Phase, in der eine [Fokusgruppendifkussion geführt wurde](#), erörtert. Darüber hinaus beinhaltet dieses Kapitel die [Konstruktion eines neuen Erhebungsinstruments](#) sowie die [Ergebnisse einer Online-Befragung](#), bei der eine erste Version des Instruments eingesetzt wurde. Ergänzend dazu wird die Auswertung eines [Expert:innen-Gesprächs](#) präsentiert.

Kapitel vier enthält die [zentralen Empfehlungen](#) der Projektgruppe, die auf den Erkenntnissen der vorangegangenen Phasen basieren. Diese Empfehlungen dienen primär als Impuls, um weiterführende Forschungs- und Entwicklungsarbeiten oder Projekte anzuregen.

Kapitel 2

Theoretischer Rahmen und systematische Literaturanalyse

Theoretischer Diskurs:
Daten als Grundlage von Steuerung

Internationale Perspektive und Projekte
zur Verarbeitung von Daten zur Langzeitpflege

Nationale Statistiken und Projekte
im Bereich der Langzeitpflege

Ergebnissicherung

2 Theoretischer Rahmen und systematische Literaturanalyse

2.1 Theoretischer Diskurs: Daten als Grundlage von Steuerung

Im Kontext der zunehmend zur Verfügung stehenden Daten – sowohl betrieblich als auch gesellschaftlich/politisch gesehen – beschäftigt sich auch die Führungs- und Managementliteratur mit der Frage nach der Bedeutung von Daten und Informationen für das Führen und strategische Handeln bzw. Entscheiden. (Theoretische) Ansätze wie „Evidenzbasiertes Management“ (z. B. Themenportal der Ludwig-Maximilians-Universität München; https://www.psy.lmu.de/evidenzbasiertesmanagement/ebm_erklaerung/index.html) und „data-driven decisions“ verdeutlichen, dass Daten einen enormen Einfluss auf Entscheidungen haben (müssen). Bereits in den 1990er Jahren gewann das „Controlling“ in Unternehmen vor dem Hintergrund der zunehmenden Digitalisierung an Bedeutung und ist heute ein fester Bestandteil jeder Unternehmensführung. Jedoch zeigt sich auch, dass mit der zunehmenden Verfügbarkeit von Daten die Herausforderung steigt, die Daten und Informationen zu identifizieren, die von entscheidungs- und steuerungsrelevanter Bedeutung sind. Darüber hinaus besteht das Problem, dass Daten auch sinnvoll kumuliert werden müssen, um komplexe Situationen widerzuspiegeln bzw. verstehbar zu machen. Daten und Informationen müssen verstanden und im Kontext einzuordnen sein, um handlungsrelevant zu werden. Früh zeichnete sich im Projekt jedoch ab, dass es an einer theoretischen Fundierung hinsichtlich des Steuerungshandeln in Betrieben und in gesellschaftspolitischen Kontexten fehlt und deshalb auch nicht auf eine grundlegend erklärende Theorie zurückgegriffen werden kann. Die empirische Sozialforschung befasst sich mit den differenzierten Methoden des Verstehens und Interpretierens von Daten in qualitativer und quantitativer Hinsicht. Dabei entscheiden theoretische Rahmungen des jeweiligen Themas (welche Theorien und Konzepte sind forschungsleitend?) und die jeweiligen Erhebungs- und Auswertungsmethoden über die Reichweite des Verstehens. Vor diesem Hintergrund beschäftigt uns wiederholt die Frage, welche grundlegenden Theorien und Konzepten den vielen Erhebungen, die auf allen Ebenen national als auch international getätigt werden, zugrunde liegen. Leider haben wir auf diese grundlegende Frage kaum Antworten bekommen.

Im weiteren Verlauf des Projektberichtes werden Studien und Datenerhebungssysteme auf nationaler und internationaler Ebene vorgestellt. Bei den Analysen fällt auf, dass zumeist wenig bis keine Hintergrundinformationen zu den theoretischen Hintergründen und zur späteren Nutzung gegeben werden. Dies ist bemerkenswert, denn theoretische Modelle, die die Datensammlungen begleiten würden, könnten eröffnen, wie Daten verstanden und eingeordnet werden können.

Zu Beginn dieses Projektes wurde vor diesen Hintergründen recherchiert, inwieweit ein theoretisches Rahmenmodell dieses Projekt leiten und abstützen kann. Allerdings zeigte sich, dass

die recherchierte theoretische Literatur bzw. die gefundenen theoretischen Modelle eher einzelne Themen (z. B. theoretische Rahmenmodelle zu Themen wie Arbeitszufriedenheit, Arbeits-Karriereläufe, Lebensqualität, usw.) und weniger komplexe Erhebungen mit vielen unterschiedlichen Themen abstützen können. Ein umfassendes theoretisches Modell stellt jedoch einen umfassenden theoretischen Rahmen zu Verfügung: das Framework Data Literacy (Schüller et al. 2019a). Hier handelt es sich um ein Forschungsprojekt, das zum Ziel hat, einen Kompetenzrahmen zum Thema „Data Literacy“ für hochschulische Curricula zu entwickeln. Die vorliegende Dokumentation des Projektes basiert auf einem internationalen Review (Schüller und Busch 2019b) und der Ergebnisse der Studie. Das erarbeitete theoretische Rahmenmodell soll hier kurz beschrieben werden, um die Betrachtung auch für diese Studie nutzbar zu machen.

Schüller et al. arbeiten sehr treffend heraus: „Daten sind nur der Rohstoff. Daten stellen Abstraktionen der realen Welt dar, durch Bereinigen und Verknüpfen entstehen aus Daten Informationen. Organisierte, d. h. analysierte Daten, schaffen Wissen, und angewandtes, d. h. sinnvoll interpretiertes und genutztes Wissen, konstituiert Weisheit oder – wie es der französische Philosoph Michel Foucault nennt – Macht (vgl. Foucault & Gordon, 1980). Wie genau jedoch dieser Prozess abläuft, ob es sich um eine lineare Abfolge handelt oder eine zyklische, wo der Startpunkt ist und ob zwingend stets alle Prozessschritte durchlaufen werden müssen, bleibt zunächst offen (Schüller et al. 2019a, S. 14). Hier setzt das neue Curriculum an: Die systematisch vermittelnden Data-Literacy-Kompetenzen sollen die Studierenden befähigen, reale Probleme zu adressieren und zu lösen. Diese Kompetenzen seien „Schlüsselkompetenzen des 21. Jahrhunderts“ (Schüller et al. 2019a, S. 16). Dass diese Kompetenzen insgesamt gesellschaftlich aufgebaut werden müssen, verdeutlichen Schüller et al. im Folgenden:

„Andererseits lässt sich Data Literacy als die Fähigkeit auffassen, die ein mündiger Bürger in der Digitalisierung benötigt, um sich in einem Überangebot von Daten und Informationen zurechtzufinden und fundierte Entscheidungen zu treffen – im Alltag wie auf verschiedenen politischen Ebenen. Diese Entscheidungskompetenz setzt Unterscheidungsfähigkeit voraus, um Daten und Informationen von Interpretationen und Meinungen zu differenzieren. Wir ertrinken in Informationen und dürsten nach Wissen“, formuliert es der Zukunftsforscher John Naisbitt, und Herbert G. Welles wird folgende Prognose zugeschrieben: „Wenn wir mündige Bürger in einer modernen technologischen Gesellschaft möchten, dann müssen wir ihnen drei Dinge beibringen: Lesen, Schreiben und statistisches Denken, das heißt den vernünftigen Umgang mit Risiken und Unsicherheiten.“ (Schüller et al. 2019a, S. 16).

Zur Entwicklung eines Kompetenzrahmens nutzen Schüller et al. weitere theoretische Modelle, die klären, wie Erscheinungen der realen Welt in eine digitale Welt übersetzt und verstehbar gemacht werden. Diese theoretischen Modelle weisen darauf hin, dass bei dieser Übersetzungsarbeit Fehler an verschiedenen Stellen entstehen können und so die entstehenden Datenprodukte fehlerbelastet bzw. fehleranfällig sind. In der folgenden komplexen Abbildung wird gezeigt, dass zunächst die reale Welt „kodierte“ werden muss, indem Systeme und

Objekte der realen Welt identifiziert und in messbare Daten und Datenstrukturen und in Datenprodukte überführt werden. Diese Datenprodukte bzw. empirisch gewonnenen Daten müssen dann nach Erhebung wieder rückübersetzt bzw. entschlüsselt und mentale Repräsentationen der realen Systeme durch Verstehensprozesse abgeleitet werden.

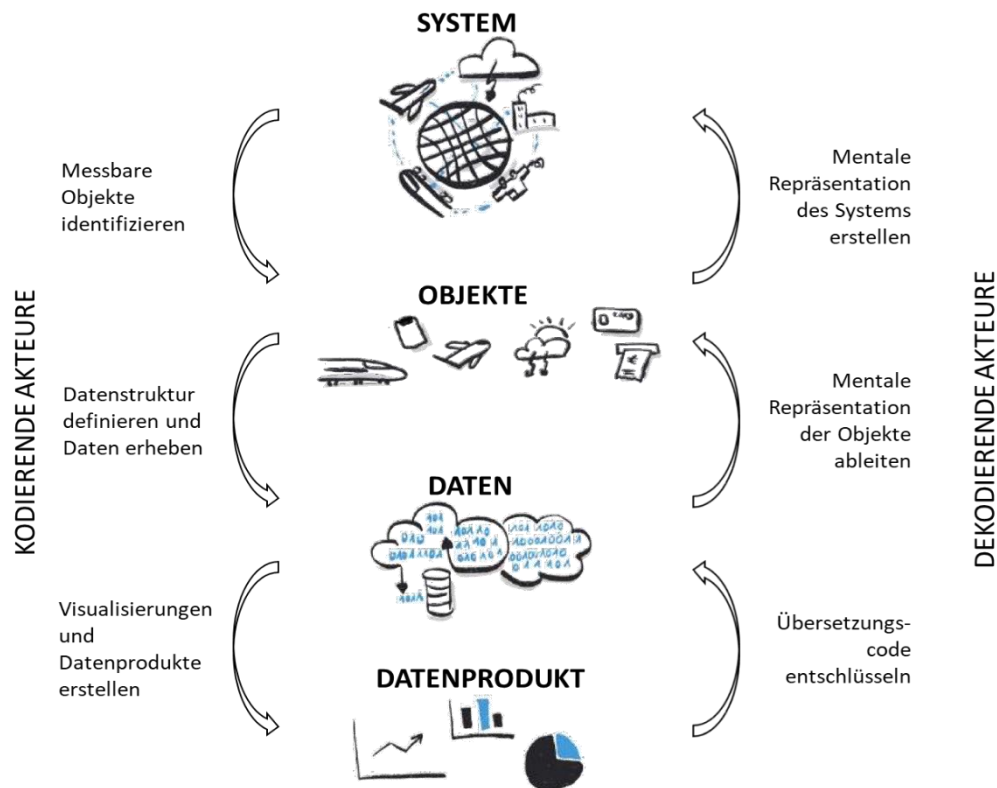


Abbildung 1: Strukturmodell des Prozesses der Daten-Wertschöpfung; angelehnt an Münster 2019 (Schüller et al. 2019a, S. 23)

Die kurze Beschreibung deutet schon darauf hin, dass alle Phasen der „Kodierung“ und „Dekodierung“ begründet bzw. theoretisch abgesichert werden müssen. Dabei existieren aus unserer Sicht sehr gute empirisch gesicherte bzw. begründete Verfahren zur Datenerhebung und Datenauswertung. Bei der Übersetzung der realen Welt in Daten und Datenstrukturen aber gibt es nur die Möglichkeit: die der theoretischen Absicherung durch die Themen selbst. Dieses Problem wird aus unserer Sicht auch nicht in dem darauf aufbauenden Framework zur Darstellung von Kompetenzfeldern und Teilkompetenzen gelöst.

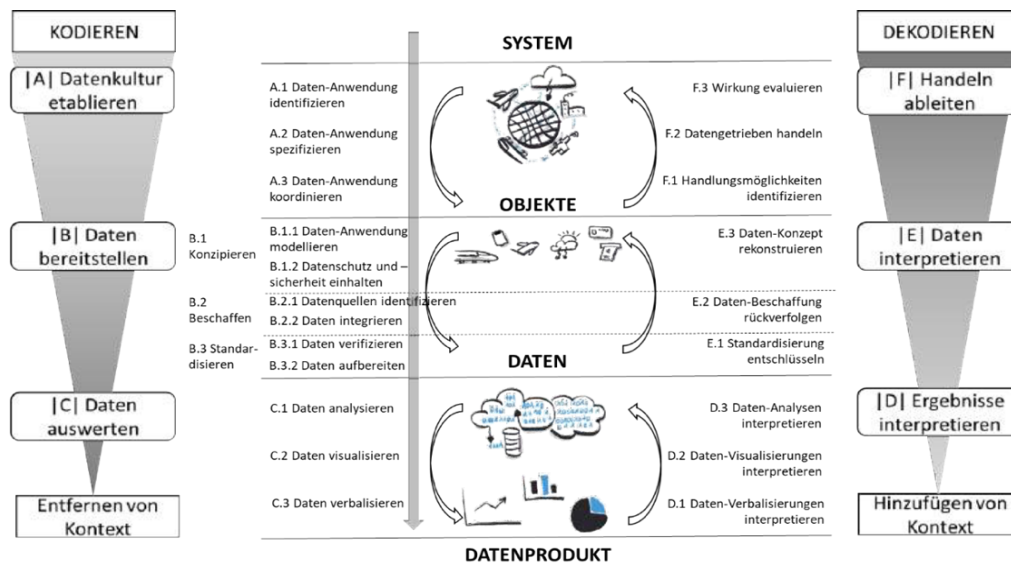


Abbildung 2: „Kompetenzfelder und Teilkompetenzen des Data Literacy Frameworks im Prozessmodell der Daten-Wertschöpfung“ (Schüller et al. 2019a, S. 34)

Das Framework verdeutlicht, welche umfassenden Kompetenzen insgesamt benötigt werden, um geeignete Daten zu erheben und zu interpretieren. Sollten diese Kompetenzen nicht herausgebildet sein, ist die Gefahr von Fehlinterpretationen der realen Welt durch Daten und Datenstrukturen groß. Aus unserer Sicht ist insbesondere der Schritt der Kodierung der realen Welt in die sie abbildenden Daten theoretisch abzustützen. Hier muss ein begründeter und nachvollziehbarer Sinnzusammenhang zwischen realer Welt und den sie repräsentierenden Daten hergestellt werden, um später in den Dekodierungsprozessen wieder einen verstehbaren Zusammenhang zwischen den analysierten Daten und der realen Welt herstellen zu können. Repräsentativität darf also nicht nur empirisch, sondern muss auch inhaltlich hergestellt werden. In der empirischen Sozialforschung wird dieser Zusammenhang mit dem Begriff bzw. Konstrukt der „Inhaltsvalidität“ unterstrichen.

Das Gütekriterium **Validität** befasst sich mit der inhaltlichen Übereinstimmung zwischen dem, was ein Test misst, und welche Merkmale dieser Test messen soll – also das Ausmaß, in dem das Phänomen, das gemessen werden soll, durch das Messinstrument auch wirklich gemessen wird bzw. abgebildet werden kann (Krebs & Menold, 2022, S. 556; Moosbrugger & Kelava, 2020, S. 30).

Validität in qualitativer Forschung heißt dann, dass die Art der Erhebung (das eingesetzte Instrument) dem Untersuchungsgegenstand angemessen und in dem Maß gültig ist, als der gemeinte Sinn anschließend adäquat rekonstruiert wird (Schaffer, 2019, S. 239). Neben einer allgemeinen Definition kann in verschiedene Validitätsarten unterschieden werden:

Interne Validität: Hier wird die Frage gestellt: Wie zweifelsfrei kann für die interessierenden Effekte tatsächlich der vermutete Kausaleinfluss der unabhängigen Variable/n auf die abhängige/n Variable/n belegt werden? Die interne Validität ist vor allem von der Qualität des Untersuchungsdesigns (experimentelle, quasi-experimentelle oder vorexperimentelle Studie) und dessen Umsetzung abhängig (Döring, 2022, S. 96).

Externe Validität: Im Gegensatz dazu wird bei der externen Validität folgende Frage zur Grundlage: Inwiefern können die Ergebnisse der Studie – vor allem im Sinne der Wirkungen einer Maßnahme – auf andere Orte, Zeiten, Wirkvariablen, Treatment-Bedingungen oder Personen als die konkret untersuchten verallgemeinert werden? Die externe Validität ist dabei vor allem von der Qualität des Untersuchungsdesigns und der Stichprobenziehung (in der Umfrageforschung idealerweise probabilistische bzw. repräsentative Stichproben, in der Experimentalforschung dagegen meist nicht-probabilistische Stichproben) abhängig.

Die gewonnenen Erkenntnisse gelten in dem Maße als extern valide, wie sich die Ergebnisse auf andere Orte, Zeiten, Operationalisierungen der abhängigen und unabhängigen Variablen oder auf andere Personen als die konkret untersuchten verallgemeinern lassen (Döring, 2022, S. 94).

Inhaltsvalidität: Bei der Inhaltsvalidität sollen die einzelnen Test-Items das Zielkonstrukt in seinen inhaltlichen Bedeutungsaspekten vollständig und sinngemäß widerspiegeln (Döring, 2022, S. 442). Dies erfolgt vor allem inhaltlich theoretisch, sodass keine Berechnung oder Bewertung von Validitätskoeffizienten stattfindet. Vielmehr entscheidend ist hier das Zurückgreifen auf Theorien und eine sorgfältige Ausarbeitung von Begriffsdefinitionen. Gestützt wird dieses Vorgehen durch die Bewertung von Experten (Döring, 2022, S. 465).

Die Inhaltsvalidität beschreibt dabei, inwiefern das zugrundeliegende Konstrukt mit den Messergebnissen inhaltlich semantisch präsentiert wird. Folglich sollen alle Facetten der theoretischen Inhalte bzw. des Konstruktes durch die Messung abgebildet werden können (Albers et al., 2009, S. 492). Voraussetzung dieser Form der Validität ist zugleich eine sehr präzise inhaltliche Definition des Konstrukts (Albers et al., 2009, S. 492).

Konstruktvalidität: Die Konstruktvalidität basiert auf den Fragen: Repräsentieren die verwendeten Messinstrumente (abhängige Variablen) sowie die hergestellten Untersuchungsbedingungen (unabhängige Variablen) inhaltlich in hohem Maße jeweils genau die interessierenden theoretischen Konstrukte? Und: Kann von den empirisch-statistischen Ergebnissen auf die interessierenden theoretischen Konstrukte zurückgeschlossen werden?

Die Konstruktvalidität ist vor diesem Hintergrund vor allem von der Qualität der Theoriearbeit (Konzeptspezifikation) sowie der Operationalisierung abhängig (Döring, 2022, S. 96). Ziel ist es, dabei herauszufinden, wie gut das jeweilige Messinstrument tatsächlich genau das

Zielkonstrukt inhaltlich erfasst – bzw. genauer: wie gut sich die mit dem Messinstrument gewonnenen Daten und die aus ihnen abgeleiteten Schlussfolgerungen theoretisch und empirisch rechtfertigen lassen (Döring, 2022, S. 94).

Kriteriumsvalidität: Eine Kriteriumsvalidität liegt vor, wenn das Ergebnis eines Tests zur Messung eines latenten Merkmals bzw. Konstrukts (z. B. Berufseignung) mit Messungen eines korrespondierenden manifesten Merkmals außerhalb der Testsituation (Außenkriterium) übereinstimmt, das für diagnostische Zwecke relevant ist (z. B. beruflicher Erfolg). Die Kriteriumsvalidität ist definiert als Korrelation zwischen den Test-Werten und den Kriterium-Werten einer Stichprobe. Die formale Definition lautet folgendermaßen: Die Validität eines Tests X entspricht seiner Korrelation mit einem reliablen und validen Außenkriterium Y. Nicht selten handelt es sich bei dem Außenkriterium um einen Beobachtungssachverhalt, der erst zu einem späteren Zeitpunkt gemessen werden kann. Die Kriteriumsvalidität kann als das Ergebnis der externen Validierung betrachtet werden, bei der ein Test durch Außenkriterien – aber nicht für sich alleinstehend betrachtet – wird. Es wird davon ausgegangen, dass zwischen den Außenkriterien und dem zu messenden Merkmal ein geringer bis starker Zusammenhang besteht (Weninger, 2000; Spektrum, 2023; Wirtz, 2021).

Aufbereitung/Darstellung und Verfügbarmachung von Daten

Im Kontext der Zielsetzung dieser Studie ist es unerlässlich, neben einer angemessenen methodischen Herangehensweise der Datenerhebung und Analyse, die Visualisierung von Daten zu berücksichtigen. In der anschließenden Datenverarbeitung stellt sich die Frage nach der Möglichkeit einer sinnvollen Visualisierung, die letztendlich als zielführend für die Steuerung der Langzeitpflege betrachtet und genutzt werden kann.

Das Strukturmodell von Schüller et al. integriert die Visualisierung von Daten sowohl in den kodierenden als auch in den dekodierenden Prozessschritten. Es sei darauf hingewiesen, dass Datenvisualisierung unterschiedlich positioniert ist. Während sie in den kodierenden Prozessschritten als abschließender Schritt betrachtet werden könnte, initiiert die Interpretation visualisierter Daten die dekodierenden Prozessschritte. Es ist daher anzunehmen, dass Datenvisualisierung Prozesse im Sinne von Data Literacy beeinflussen kann. Analog zum Strukturmodell können Datenvisualisierungen, Infografiken sowie Bilder gemäß Weber Zusammenhänge, Prozesse und Strukturen für den:die Leser:in sichtbar machen. Diese Darstellungsformen können wiederum zu einem Erkenntnisgewinn und einem Zuwachs an Wissen führen, insbesondere da Daten für bestimmte Personengruppen erst dann verständlich werden (Weber, 2019, S. 336).

Die Visualisierung von Daten wird in unterschiedlichen Disziplinen der wissenschaftlichen Literatur behandelt. Hier liegt der Fokus häufig auf der Darstellung von Forschungsergebnissen – sowohl im quantitativen als auch im qualitativen Kontext. Des Weiteren werden Begriff-

lichkeiten wie Storytelling im Zusammenhang mit Datenvisualisierung thematisiert. Dieser Bereich beschäftigt sich neben der Frage nach der Wahl der geeigneten Visualisierungsformen (Diagramme, Tabellen usw.) im jeweiligen Kontext auch mit Fragen der Farbauswahl und Ästhetik. An dieser Stelle ist anzumerken, dass visualisierte Daten nicht nur in wissenschaftlichen Disziplinen, sondern auch im alltäglichen Leben präsent sind.

Visualisierungsformen von Daten

Die Datenvisualisierung, etwa durch den Einsatz von Diagrammen, kann eine essenzielle Grundlage bilden, um komplexe Informationen auf verständliche und zugängliche Weise zu vermitteln. Ein fundiertes Verständnis der verschiedenen Diagrammtypen und ihrer optimalen Einsatzmöglichkeiten ist dabei entscheidend, um bestimmte Merkmale von Daten hervorzuheben und deren Aussagekraft zu verstärken. Die Wahl der geeigneten Visualisierungsmethode kann zur Effizienz von Entscheidungsprozessen beitragen und kann deren Qualität steigern.

Der folgende Abschnitt bietet eine umfassende Übersicht über die gängigsten und effektivsten Diagrammformen, die als besonders geeignet angesehen werden, um eine Vielzahl von Informationen klar und strukturiert zu visualisieren. Der Ansatz der Forschergruppe zielt bewusst darauf ab, aufzuzeigen, wie die präzise Auswahl und Anwendung von Visualisierungsformen den Umgang mit komplexen Daten, sowie die darauf aufbauenden Entscheidungsprozesse erleichtert. Die detaillierte Darstellung der einzelnen Diagrammtypen verdeutlicht wie diese sinnvoll eingesetzt werden können, um datenbasierte Informationen besser zu erfassen, zu interpretieren und in Entscheidungsfindungen einzubinden.

Tabellen stellen eine alternative Möglichkeit zur Visualisierung von Daten dar. Im Gegensatz zu Diagrammen werden Tabellen nicht als bildliche Darstellungen, sondern eher als textähnliche Strukturen wahrgenommen. Ihre Anwendung ist sinnvoll, wenn eine Gegenüberstellung von Werten erforderlich ist und alle Adressat:innen dieselben Informationen benötigen. Im Vergleich zu Diagrammen tritt die ästhetische Gestaltung oder das visuelle Erscheinungsbild von Tabellen eher in den Hintergrund, ist aber dennoch relevant hinsichtlich der Gesamtlesbarkeit. Dies wird besonders gut sichtbar anhand der

A	B	C
1	25 %	90 %
2	40 %	30 %

Abbildung 3: Tabelle (eigene Darstellung 2023)

Randgestaltung einer Tabelle: Sind die Ränder eher schwach ausgeprägt, rücken die Zahlen stärker in den Fokus, da sie sehr viel präsenter sind als beispielsweise bei markanten Rändern (Nussbaumer Knaflic, 2017, S. 34 – 35).

Eine **Heatmap** unterscheidet sich insofern von einer Tabelle, dass Daten durch Farben bzw.

A	B	C	D
K1	1 %	62 %	28 %
K2	23 %	44 %	39 %
K3	30 %	60 %	9 %
K4	40 %	5 %	24 %

Abbildung 4: Beispiel für eine Heatmap (eigene Darstellung 2023)

Farbverläufe visualisiert werden. Einzelne Daten einer Tabelle werden – wie in der Abbildung 4 zu sehen – nach einem festgelegten Schema (z. B. höchste Zahlen sind dunkel eingefärbt) in den Zellen unterschiedlich eingefärbt.

Der Vorteil dieser differenzierten Farbgebung besteht darin, dass das mentale Ordnen der Tabelle für den:die Leser:in erleichtert wird. Dadurch wird auch das Auffinden potenziell interessanter Punkte oder Daten erleichtert (Nussbaumer Knaflic, 2017, S. 36).

Diagramme gehören zu den weitverbreitetsten Formen der Datenvisualisierung. Im Gegensatz zu Tabellen, die gelesen werden und somit eine verbale Wahrnehmung der Informationen erfordern, werden Diagramme eher als Bilder wahrgenommen. Der Vorteil liegt in der schnelleren Verarbeitung der Informationen durch das visuelle System. Infolgedessen können Informationen in Diagrammen oft schneller vermittelt werden als in tabellarischer Form. Es existieren verschiedene Arten von Diagrammen, die je nach Anforderung und Datentyp verwendet werden können.

Liniendiagramme erweisen sich als sinnvoll, wenn kontinuierliche Daten veranschaulicht werden sollen. Wie in Abbildung 5 zu erkennen ist, werden die einzelnen Datenpunkte durch Linien miteinander verbunden. Neben der Darstellung einer einzelnen Datenreihe ermöglichen Liniendiagramme auch die Abbildung mehrerer Datenreihen. Zusätzlich zum klassischen Liniendiagramm existiert das sogenannte Steigungsdiagramm. Beide Varianten unterscheiden sich sowohl in ihrer ästhetischen Gestaltung als auch im Anwendungskontext.

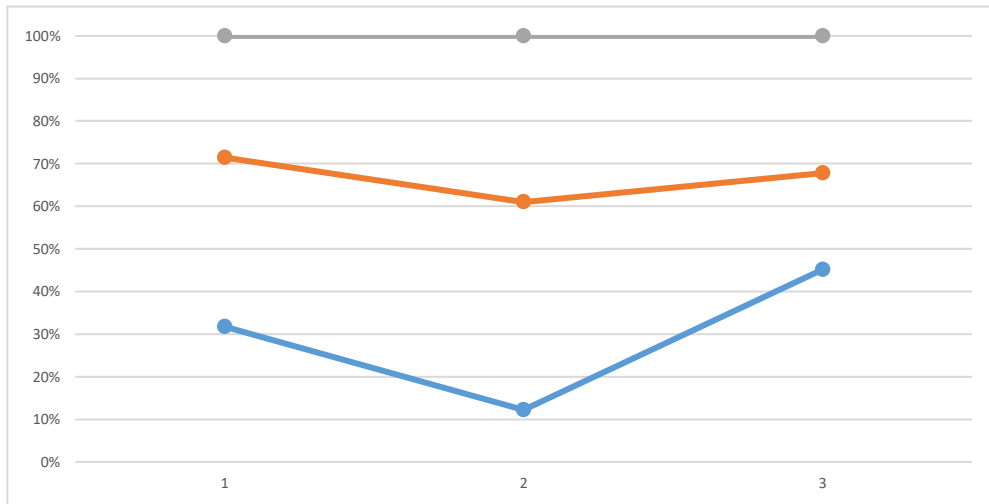


Abbildung 5: Liniendiagramm (eigene Darstellung 2023)

Das **Steigungsdiagramm** kann genutzt werden, wenn zwei Zeiträume oder Vergleichspunkte gegeben sind und eine relative Zunahme oder Abnahme in verschiedenen Kategorien zwischen den Datenpunkten visualisiert werden soll. Steigungsdiagramme visualisieren nicht nur durch Punkte, sondern auch durch Linien. Es ist zu beachten, dass die Wahl dieses Diagrammtyps weniger empfehlenswert ist, wenn sich die Linien stark überschneiden, da dies die Lesbarkeit erschweren kann. Soll jedoch ein bestimmter Datensatz hervorgehoben werden, besteht die Möglichkeit, diesen farblich zu kennzeichnen. Auf diese Weise können potenziell interessante Daten effektiv betont werden.

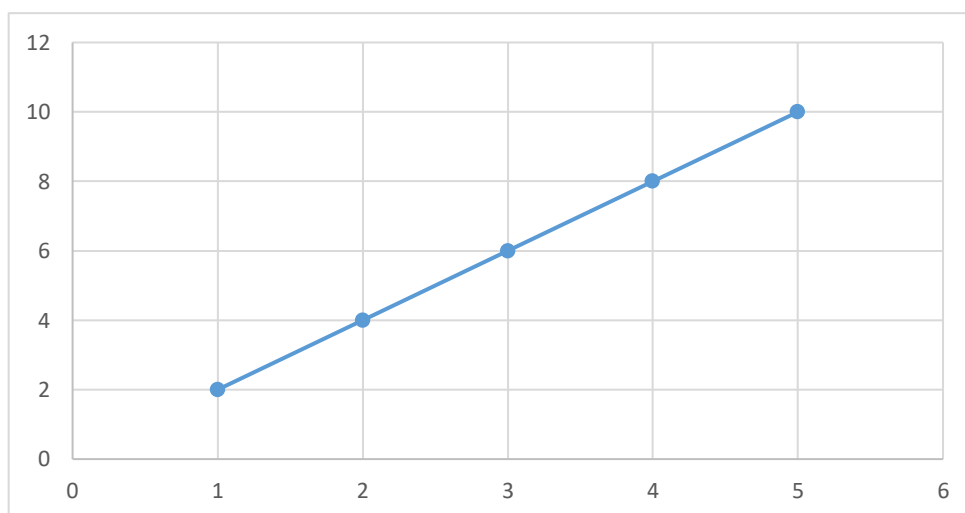


Abbildung 6 Steigungsdiagramm (eigene Darstellung 2023)

Streudiagramme sind eine sinnvolle Wahl, wenn der Zusammenhang zwischen zwei Variablen dargestellt werden soll. Diese Diagrammform wird häufig in wissenschaftlichen Kontexten verwendet, findet jedoch auch Anwendung im Wirtschaftsbereich. Streudiagramme bestehen aus einer X- und Y- Achse, auf der die Daten in Form von Punkten präsentiert werden. Im

Vergleich zu Tabellen sind Streudiagramme den meisten Leser:innen eher weniger vertraut, was dazu führen kann, dass diese Diagrammart für Außenstehende durchaus schwer zu interpretieren ist. Zusätzlich zur Visualisierung durch Punkte können interessante Werte beispielsweise farblich markiert oder der Durchschnittswert eingezeichnet werden.

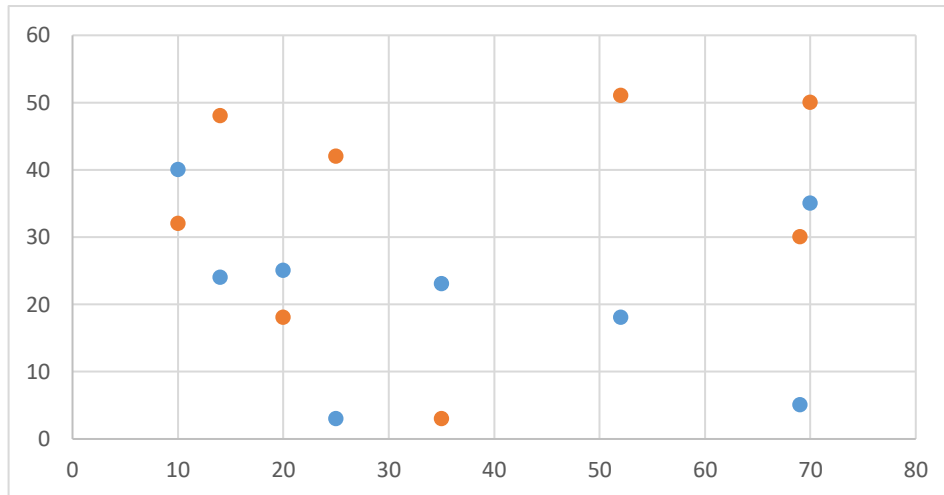


Abbildung 7: Streudiagramm (eigene Darstellung 2023)

Balkendiagramme finden in vielen Bereichen Anwendung, beispielsweise bei der Darstellung von Wahlergebnissen. Ihre weit verbreitete Verwendung erleichtert das Verständnis und die Lesbarkeit, da der Vergleich der Endpunkte der Balken schnell und einfach die Unterschiede zwischen Datensätzen aufzeigt. Die Datensätze in Balkendiagrammen werden auf X- und Y-Achsen dargestellt (Abb. 7 und 8). Die Null-Linie spielt dabei eine wichtige Rolle in der Darstellung, da ohne sie ein nur ungenauer visueller Vergleich die Folge sein kann. Innerhalb eines Balkendiagramms können eine oder mehrere Datenreihen visualisiert werden. Grundsätzlich gibt es mehrere Formen von Balkendiagrammen.

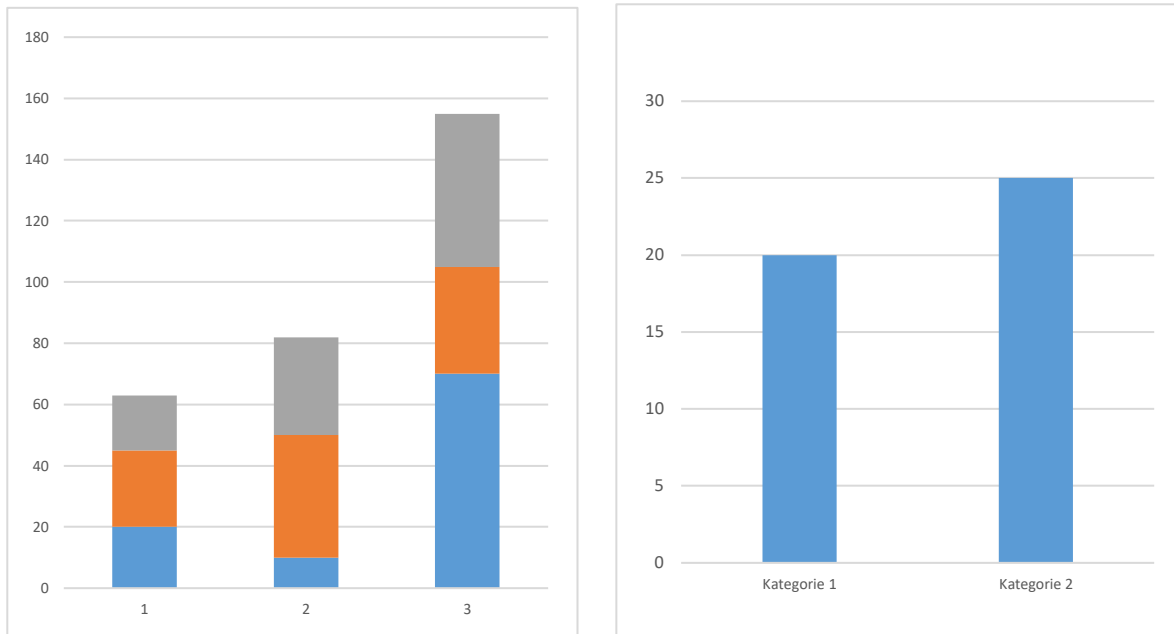


Abbildung 8: Gestapeltes Balkendiagramm (links); Balkendiagramm (rechts) (eigene Darstellung 2023)

Die **horizontalen** und **vertikalen Balkendiagramme** – wie in Abbildungen 9 veranschaulicht – ermöglichen den Vergleich einer oder mehrerer Datenreihen, die nebeneinander angeordnet sind. Jeder Balken präsentiert hierbei einen individuellen Datensatz, beispielsweise die Anzahl der Pflegefachkräfte in Pflegeheimen. Im Gegensatz dazu visualisieren gestapelte vertikale und horizontale Balkendiagramme mehrere Datenreihen innerhalb desselben Balkens. Ihr Ziel besteht darin, die Verteilung innerhalb einer bestimmten Kategorie darzustellen, etwa die Gesamtanzahl von Pflegefachkräften und Pflegehelfer:innen in Pflegeheimen.

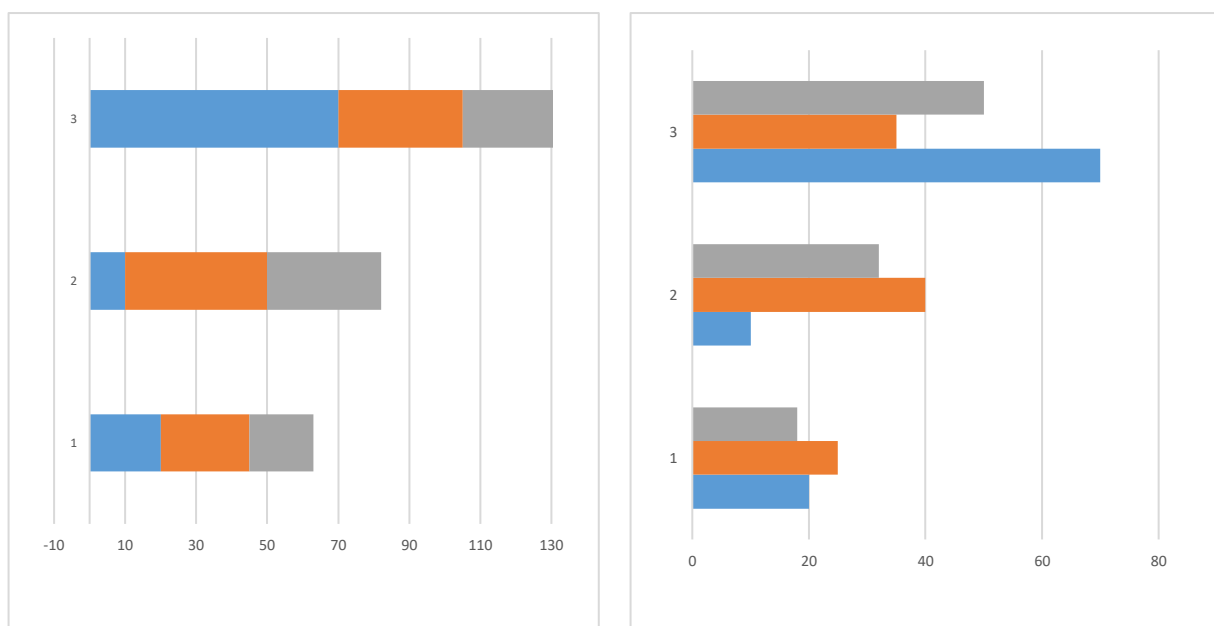
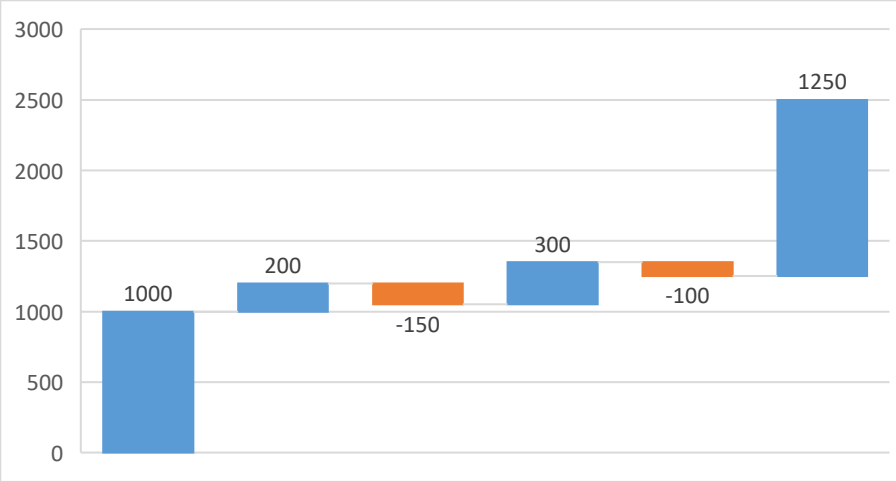


Abbildung 9: Gestapeltes horizontales Balkendiagramm (links) (eigene Darstellung 2023); Horizontales Balkendiagramm (rechts) (eigene Darstellung 2023)



den, wenn ein bestimmter Teil einer oder um Ausgangspunkte, Zu-/Abnahme Endpunkte darzustellen.

Abbildung 10: Wasserfalldiagramm (eigene Darstellung 2023)

Flächendiagramme sind im Vergleich zu Balkendiagrammen seltener vertreten. Diese Diagrammart ist vergleichsweise schwerer zu interpretieren, da das menschliche Auge Schwierigkeiten hat, zweidimensionale Flächen mit quantitativen Werten zu verbinden. Die Anwendung von Flächendiagrammen bietet sich insbesondere dann an, wenn Zahlen mit erheblichen Unterschieden in den Werten dargestellt werden sollen (Nussbaumer Knaflic, 2017, S. 36–50).

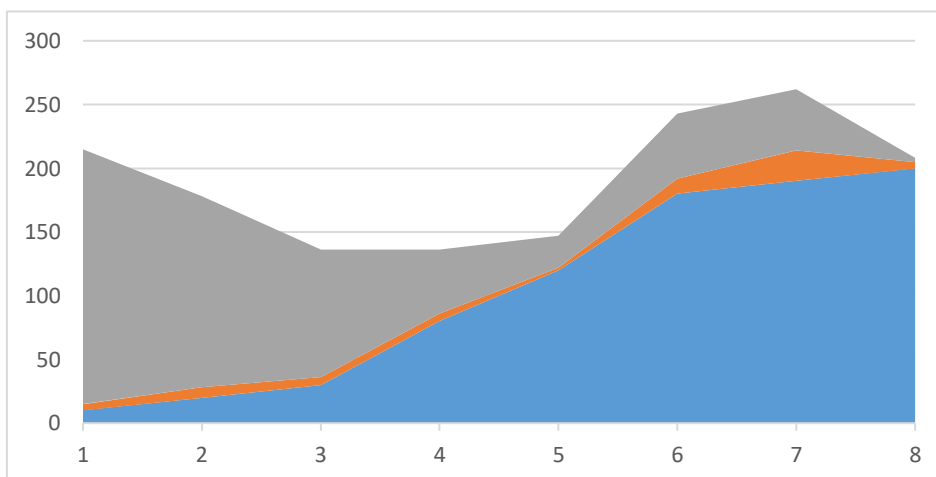


Abbildung 11: Flächendiagramm (eigene Darstellung 2023)

Boxplot-Diagramm

Ein Box-Plot, auch Box-Whisker-Plot genannt, wird in der deskriptiven Statistik zur grafischen Darstellung unterschiedlicher statistischer Maße verwendet. „Die Box-Plots fassen die in einem Datenbestand enthaltenen Informationen mithilfe von fünf Zahlen zusammen, der sogenannten Fünf-Punkte-Zusammenfassung einer Verteilung [...] und stellen diese grafisch dar.“ (Scheid & Vogl, 2021, S. 44).

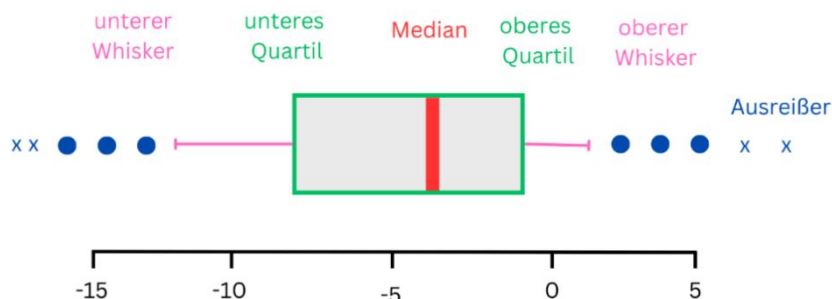


Abbildung 12: Box-plot Diagramm (eigene Darstellung 2023)

Wie in Abbildung 12 dargestellt besteht der Box-Plot aus einem Kasten, der sich vom unteren bis zum oberen Quartil erstreckt, innerhalb dessen der Median durch einen vertikalen Strich markiert ist. Links und rechts vom Kasten sind die sogenannten Whisker eingezeichnet, die das Minimum und Maximum repräsentieren. Bei der Interpretation ist es wichtig zu beachten, dass die Whisker durch wenige Ausreißer beeinflusst werden können und dies zu einer Streckung der Grafik führen kann. Aus diesem Grund werden Ausreißer gesondert behandelt und es werden sogenannte „Ausreißerzäune“ verwendet. Das bedeutet, dass Werte, die mehr als drei Box-Längen von beiden Seiten des Kastens entfernt sind, mit einem x und dem entsprechenden Zahlenwert wiedergegeben werden. Werte, die bis zu eineinhalb Box-Längen entfernt sind, werden durch einen Punkt (•) und den Zahlenwert wiedergegeben; Scheid und Vogl bezeichnen dies als modifizierten Box-Plot (Scheid & Vogl, 2021, S. 44 – 47). Die Interpretation eines Box-Plot-Diagramms benötigt im Vergleich zu anderen Diagrammen Grundkenntnisse der deskriptiven Statistik. Folglich ist eine Datenvisualisierung mittels Box-Plot nicht für alle Nutzer:innen oder Adressat:innen geeignet.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Erhebung von Daten zur Unterstützung der Steuerung von betrieblichen oder gesellschaftspolitischen Prozessen sinnvoll, aber mit grundsätzlichen Herausforderungen verbunden ist. Beispielsweise müssen folgende Herausforderungen bewältigt werden:

-
- 1) Schaffung von theoretischen Zusammenhängen hinsichtlich des jeweiligen Themas: Hierbei unterscheiden sich Themen in ihrer Komplexität und Reichweite. Je nach Reichweite und Komplexität müssten theoretische Ansätze miteinander verknüpft werden. Insbesondere wenn Daten eine prognostische Funktion erfüllen sollen, muss das dahinterliegende Modell theoretisch gut fundiert sein, um belastbare Daten zu generieren. Zur Nachvollziehbarkeit von Daten ist es notwendig, theoretische Rahmungen in ausreichender Form darzustellen.
 - 2) Daten, die vor verschiedenen theoretischen Hintergründen erhoben werden, müssen hinsichtlich ihrer Kumulationsfähigkeit sehr genau überprüft werden.
 - 3) Daten müssen zugänglich gemacht werden und ihre Darstellung kann bereits eine Form der Interpretation der Daten sein. Insbesondere quantitative Daten müssen nicht nur verstehbar, sondern auch in reduzierter bzw. kumulierter Form dargestellt werden, um der Datenfülle gerecht zu werden.

Prinzipien von Datenerhebung und Datendarstellungen

Datenschutz

Daten (Erhebung, Speicherung und Darstellung) unterliegen vielen rechtlichen Anforderungen. Vor diesem Hintergrund beschäftigten wir uns im Projekt auch mit dieser Dimension der Steuerung. Datenschutz ist dabei im weitesten Sinne eine Thematik, die zwar das Projekt zu jedem Zeitpunkt begleitet hat, jedoch haben wir uns früh entschieden, diese Dimension nur in den Grenzen zu betrachten, die wir als Forschungsgruppe ohne juristische Kernkompetenzen leisten können. Die Aufarbeitung der rechtlichen Regelungen erfolgt eher auch auf der Ebene des Zusammenstellens von den rechtlichen Grundlagen, die bei Datenerhebungen und -darstellungen beachtet werden müssen. Auffällig ist, dass es uns kaum möglich war, die Vielzahl der Regelungen zusammenzutragen.

Datensparsamkeit und Green-IT:

Datenerhebungen und -darstellungen verursachen einen ökologischen Fußabdruck, der nicht nur betrachtet, sondern eben auch verringert werden muss. Datensparsamkeit fördert damit nicht nur Verständnis, sondern auch den Schutz des Klimas und der Umwelt. Daten sollten nur dann erhoben werden, wenn es eine gute/theoretische Begründung dafür gibt und der Nutzen die (ökonomischen und ökologischen) Kosten überwiegt. Selbstverständlich sollten die gleichen Daten nicht mehrfach erhoben, sondern geteilt und für andere nutzbar gemacht werden. Damit verbunden ist eine ethische Perspektive und eine verantwortliche Positionierung vor möglichen Datenerhebungen.

Strukturiertes Erheben/Sammeln von Daten in bzw. durch Datenbanken und Programme

Programme und Datenbanken ermöglichen durch ihre strukturierten Systeme das systematische Erheben und Speichern von Daten. Dabei werden sie durch Datenbankenverwaltungssysteme gesteuert. Im Projekt haben wir uns mit einer Vielzahl von nationalen und internationalen Datenbanken und Programmen auseinandergesetzt und dabei festgestellt, dass die Konstruktionen oftmals derart unterschiedlich sind, dass gemeinsame Steuerung und Nutzung der Datenbank und Programme kaum noch möglich sind. Die Schaffung von Schnittstellen und das Zusammenführen von Daten scheinen zwar generell immer möglich zu sein, werden aber offenkundig kaum realisiert. Dies erschwert die gemeinsame Nutzung von Daten.

2.2 Internationale Perspektive und Projekte zur Verarbeitung von Daten zur Langzeitpflege

2.2.1 Vorbemerkungen

Im Rahmen einer systematischen Literaturrecherche mit den Datenbanken/Plattformen Google, Google Scholar, CINAHL, Cochrane Library, LIVIVO, Boss (Suchmaschine der HS Esslingen) und PubMed wurde in 01/2023 analysiert, wie insbesondere in den Ländern der Europäischen Union Daten in der Pflege aufbereitet und zur Steuerung nutzbar gemacht werden (verwendete Schlagwörter sind im Anhang dargestellt). Da die EU-Länder unterschiedliche Gesundheits- und Pflegesysteme ausgebildet haben, sind auch die Entscheidungsträger und -wege unterschiedlich. Deshalb müssen die Ergebnisse auch in diese Systeme eingeordnet werden. Im Rahmen dieses Projektberichtes ist es nicht möglich, die jeweiligen Gesundheits- und Pflegesysteme darzustellen; hier kann nur eine kurze und vorsichtige Einordnung vorgenommen werden. Ausgeschlossen aus der Recherche wurden Artikel, die sich überwiegend mit Fragen der Datenverarbeitung aus IT-Sicht beschäftigen. Die Ergebnisse der Recherche werden im Folgenden kurz länderbezogen skizziert.

Die Recherche von Daten aus dem Bereich der Langzeitpflege ist im internationalen Kontext ebenso aufwändig wie im Deutschen. Zumeist zeigt sich auch hier das Problem, dass unklar bleibt, welche Daten von welchen Institutionen/Organisationen erhoben und veröffentlicht werden. Aus Nutzer:innen-Perspektive ergibt sich in der nationalen wie internationalen Perspektive das Problem, dass unklar ist, wer welche Daten in der Langzeitpflege überhaupt erhoben hat. Zumeist ist der Suchweg über die Regierungsplattformen am sinnvollsten; diese staatlichen Statistiken sind mit den deutschen insgesamt vergleichbar. Dabei sind Metadaten zu beispielsweise „Ausgaben des Gesundheitssystems“ oder „Anzahl der stationären und ambulanten Langzeitpflegeeinrichtungen“ leicht und zuverlässig zugänglich. Allerdings bereiten die Unterschiede der politischen Ordnungen des jeweiligen Landes sowie Sprachbarrieren

Probleme in der Recherche und in der Verstehbarkeit sowie Interpretation der Daten. Insbesondere in den Niederlanden, Schweden oder Dänemark obliegt den Kommunen Verantwortung für die Langzeitpflege. Angesichts des zeitlichen Rahmens für diese Studie war es beispielsweise nicht möglich, sämtliche 290 schwedischen Kommunen zu durchsuchen, um festzustellen, ob sie überhaupt Steuerungsdaten erheben. Des Weiteren konnte nicht ermittelt werden, welche Daten für die Steuerung verwendet werden. Im Rahmen der Recherche konnte festgestellt werden, dass die Länder ihre Internetseiten und Datenplattformen teilweise ähnlich, aber teilweise auch sehr unterschiedlich gestalten. Hier ein Beispiel anhand der nordischen Länder und dem Vereinigten Königreich: Während die nordischen Länder ähnliche Statistik- und Datenbankseiten betreiben – sowohl in optischer Hinsicht als auch bei der Erfassung ähnlicher Daten – zeigt sich im Vereinigten Königreich ein signifikanter regionaler Unterschied. Besonders gut erkennbar werden die Unterschiede in der Datenerhebung und -qualität im Vereinigten Königreich: England liefert beispielsweise viel genauere Daten im Vergleich zu Wales, Schottland oder Nordirland.

Im Rahmen des internationalen Vergleichs kann der NHS Digital des Nationalen Gesundheitsdienstes England (National Health Service England) als exemplarisches Best Practice im Umgang mit Gesundheitsdaten betrachtet werden. Die Präsentation der Daten erfolgt für Nutzer:innen ansprechend, übersichtlich und umfassend, begleitet von einer gut gestalteten Benutzeroberfläche. Die Zentralisierung sämtlicher Daten verhindert die Notwendigkeit, diese über unterschiedliche Plattformen und Systeme zu recherchieren. Besonders positiv hervorzuheben ist, dass bestimmte Länder wie England oder Österreich ihre Daten nicht lediglich in Form von Texten oder Tabellen veröffentlichen, sondern durch anpassbare Dashboards in attraktiven grafischen Darstellungen präsentieren, die gezielt auf die Bedürfnisse der Nutzer:innen zugeschnitten sind. Dies kann gleichermaßen als vorbildlich betrachtet werden, da auf diese Weise eine schnellere, präzisere und individuellere Aggregation von Daten ermöglicht wird.

Im nachfolgenden Abschnitt werden ausgewählte europäische Länder und ihre Langzeitpflegesysteme kurz dargestellt. Der Schwerpunkt liegt dabei vorrangig auf den jeweiligen Datenbanken bzw. Plattformen und den darin enthaltenen Daten unter Berücksichtigung der Benutzbarkeit. Die Auswahl beschränkt sich hier auf den europäischen und britischen Raum und konzentriert sich auf die Länder, deren Datenerhebungssysteme im Internet zugänglich sind. Es ist anzunehmen, dass jedes Land eine Strategie verfolgt, aber nicht alle Aktivitäten der Länder können im Internet nachverfolgt werden. Zudem haben wir uns auf die Länder konzentriert, die in englischer oder deutscher Sprache (wenigstens teilweise) zugänglich sind. Die Recherchen in den Datenbanken sind zum Teil aufwendig, da die Datenbanksysteme nicht immer selbsterklärend sind. Für uns sind die Erfahrungen aus diesem Projektschritt in gewisser Weise auch prägend für den weiteren Verlauf des Projekts, denn es ist mitunter ein Eindruck

von nicht verstehbaren und in ihrem Ausmaß nicht bewältigbaren „Daten-Friedhöfen“ entstanden und ein Verständnis für die Anwender:innen, die diese Bedienungs- und Verständnishaürden ebenfalls nehmen müssen. Der Aufbereitung der Länderinitiativen haben wir eine kurze Beschreibung des jeweils spezifischen Ländersystems vorangestellt, um die Einordnung der Daten zu erleichtern. Allerdings muss bei genauerer Betrachtung eingeräumt werden, dass auch ein umfassendes Verständnis der teilweise sehr komplexen Pflegesysteme der jeweiligen Länder nur schwer zu erreichen ist. Die Leser:innen mögen uns deshalb nachsehen, dass die jeweiligen Pflegesysteme nur grob skizziert sind und ein genaueres und vertieftes Wissen darüber nur durch weiteres Studieren der Systeme möglich ist. In diesem Zusammenhang ist es zudem wichtig, Verständnis dafür zu zeigen, dass statistische Angebote und die Systeme, die diese Daten erfassen, einem ständigen Wandel unterliegen. Dies ist insbesondere auf den Einfluss der fortschreitenden Digitalisierung und die schnelle Entwicklung im Umgang mit Daten zurückzuführen. Der technologische Fortschritt und die fortlaufende Anpassung an neue methodische und technologische Standards führen unweigerlich dazu, dass sich Datenformate, Erhebungsmethoden und die Art und Weise, wie Informationen strukturiert und verarbeitet werden, kontinuierlich verändern. In diesem Zusammenhang ist es essentiell, Verständnis dafür zu entwickeln, dass bestimmte in diesem Text dargestellte länderübergreifende Initiativen sowie Datenbanken möglicherweise nicht in der beschriebenen Form und Struktur weiterhin existieren oder zugänglich sein könnten. Die Flexibilität und Anpassungsfähigkeit dieser Systeme sind ein direktes Ergebnis der zunehmenden Digitalisierung, die auf globaler Ebene Einzug hält und von der Notwendigkeit getrieben wird, stets auf aktuelle gesellschaftliche und technologische Veränderungen zu reagieren. Daher möchten wir die Leser:innen darauf hinweisen, dass möglicherweise die von uns im Folgenden beschriebenen statistischen Angebote oder Systeme mitunter in veränderter Form oder nicht mehr im ursprünglich genannten Umfang verfügbar sind.

2.2.2 Übersicht zu den Länderinitiativen im Bereich der Datenaufbereitung der Langzeitpflege

Österreich

Kurze Einordnung des Pflegesystems

Das österreichische Gesundheitssystem fußt auf dem Prinzip der Sozialversicherung. Hierbei sind alle österreichischen Staatsbürger:innen dazu verpflichtet, Mitglied einer Versicherungsgemeinschaft zu sein und Beiträge zu entrichten, die der Finanzierung des Systems dienen. Im Unterschied zu einigen anderen Ländern, wie etwa Deutschland, haben Österreicher:innen nicht die Möglichkeit, ihren Krankenversicherungsträger eigenständig zu wählen. Vielmehr erfolgt die Zuordnung primär aufgrund der Berufsgruppe (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2019, S. 6 – 7).

Die Langzeitpflege in Österreich wurde seit 2017 als eigenständiger sozialpolitischer Bereich etabliert und ist integraler Bestandteil des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Die Finanzierung des Pflegesystems erfolgt vorrangig durch Steuermittel. Im Bereich der stationären Langzeitpflege können zusätzliche Kosten entstehen, die aus privaten Mitteln der Pflegebedürftigen beglichen werden müssen, ähnlich wie im deutschen Pflegesystem. Für nachweislich pflegebedürftige Personen wird Pflegegeld gewährt. Es ist zu betonen, dass in erster Linie Geldleistungen wie das Pflegegeld zur Verfügung gestellt werden, während persönlich konsumierbare Sachleistungen nur in geringem Umfang oder gar nicht angeboten werden. Das Pflegegeld wird in Österreich zwölfmal im Jahr ausgezahlt, was einer monatlichen Zahlung an die Pflegebedürftigen entspricht. In Österreich ist die Langzeitpflege durch einen großen Sektor der informellen familiären Pflege gekennzeichnet.

Im Jahr 2020 beliefen sich die Ausgaben für stationäre Langzeitpflege in Österreich auf 11,5 % des Bruttoinlandsprodukts (BIP), während die Ausgaben für ambulante Pflege lediglich 0,2 % des BIP ausmachten. Neben dem Pflegegeld stellen stationäre, teilstationäre und ambulante Pflegedienste wesentliche Bestandteile der Langzeitpflege dar. Entwicklung und Implementierung dieser Dienste liegen in der Zuständigkeit der österreichischen Bundesländer.

Das European Social Policy Network (ESPN) bewertet das österreichische Pflegesystem kritisch. Diese Einschätzung basiert unter anderem auf den prognostizierten steigenden Altersquotienten in Österreich, der bis zum Jahr 2060 voraussichtlich über 50 % erreichen wird. Diese demografische Veränderung wird zu einem erheblichen Anstieg des Langzeitpflegebedarfs führen. Darüber hinaus steht die Politik vor der Herausforderung der Finanzierbarkeit. Eine evidenzbasierte Ausgestaltung der Politik im Bereich der Langzeitpflege ist nur dann möglich, wenn das österreichische Langzeitpflegesystem angemessen und detailliert bewertet wird. Gegenwärtig scheitert dieses Vorhaben jedoch an der unzureichenden Datenlage (Pichlbauer, 2018; Fink & Riedel, 2018, S. 4–8).

Daten und Nutzung durch Entscheidungsträger:innen

Der European Social Policy Network -Bericht verweist darauf, dass die in Österreich zugänglichen Daten in der Datenbank „Statistics Austria“ abrufbar sind. Diese Datenbank enthält Informationen über die Empfänger:innen des Bundespflegegeldes sowie über die daraus entstehenden Gesamtausgaben. Des Weiteren bietet die Pflegedienstleistungsstatistik in „Statistics Austria“ Einblicke in Pflegeleistungen, Sozialhilfe und andere relevante Aspekte (Statistik Austria, 2022). Zusätzlich sind über Statista Daten zur Pflege in Österreich verfügbar: Die präsentierten Statistiken umfassen Details zu Pflegediensten, Pflegepersonal, Pflegeplätzen, erbrachten Leistungen, Ausgaben für Betreuung und Pflege sowie Informationen zu gepflegten bzw. betreuten Personen in Österreich im Zeitraum von 2012 bis 2020 (Statistische Bundesamt 2022; Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2023).

In der Recherche konnten folgende Statistiken bezüglich der Pflege in Österreich gesichtet werden:

Name	Art/Bezeichnung der Statistik	Weblink
Statistik Austria	<p>Statistiken zum Pflegegeld</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jahresdurchschnitt der Pflegegeldempfänger:innen der Jahre 2016–2021 • Weibliche und männliche Pflegegeldbezieher:innen (2016–2021) • Ausgaben in € (2016–2021) <p>Betreuungs- und Pflegedienste</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bezieher:innen von mobilen Betreuungsdiensten (2015–2020) • Wohn- und Pflegeplätze (2015–2020) • Vollzeitäquivalente Beschäftigte in den Betreuungs- und Pflegediensten Jahresende 2020 <p>Pflegedienstleistungsstatistik 2021</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betreuungs- und Pflegedienste der einzelnen Regionen 2016–2021 • Diverse Zahlen zu betreuten/gepflegten Personen • Diverse Zahlen zu Betreuungs- und Pflegepersonal • Diverse Zahlen zu Ausgaben und Einnahmen • Alternative Wohnformen • Case- und Caremanagement 	<p>https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/sozialleistungen/bundespflegegeld</p> <p>https://www.statistik.at/fileadmin/pa-ges/346/Pflegedienstleistungsstatistik_2021.pdf</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Plätze der Betreuungs- und Pflegedienste 	
--	--	--

Tabelle 1 : Pflegestatistik Österreich (eigene Darstellung 2023)

„Benutzbarkeit“ der Datenbanken

Statistik Austria ist sowohl in deutscher als auch in englischer Sprache verfügbar. Informationen zum Pflegesystem sind im Themenblock „Bevölkerung und Soziales“ in der Kategorie „Sozialleistungen“ zu finden. Diese Informationen sind übersichtlich präsentiert und werden durch den Bericht der Pflegestatistik der Bundesanstalt für Statistik Österreich sowie durch STATcube ergänzt. STATcube ist ein kostenpflichtiger Datenbankdienst von Statistik Austria, für den verschiedene Abonnements abgeschlossen werden können. Es besteht auch die Möglichkeit eines Gastzugangs, der jedoch nur eingeschränkte Funktionen bietet. Die Besonderheit dieser Datenbank liegt in der flexiblen Darstellung der Daten, die durch die Auswahl verschiedener Elemente den Bedürfnissen der Nutzer:innen angepasst ist. Wie in Abbildung 13 dargestellt, können unterschiedliche Felder wie Zeitabschnitte, statistische Werte oder Kriterien wie beispielsweise das Geschlecht ausgewählt werden. Die benutzerdefinierten Daten können anschließend in Form von Tabellen oder Diagrammen (vgl. Abbildung 14) angezeigt, gespeichert oder heruntergeladen werden.

1. öffnen Sie den gewünschten **Themenbereich** 2. wählen Sie eine **Datenbank** mit Doppelklick

3. wählen Sie aus den verfügbaren **Elementen** 4. und platzieren Sie diese auf der gewünschten **Tabellenachse**

5. mit **Daten abrufen** wird ihre Tabelle generiert 6. **herunterladen** in verschiedenen Formaten

7. in der **Diagrammansicht** stehen eine Vielzahl an Diagrammtypen zur Verfügung

The screenshot shows the STATcube interface with several steps highlighted by red circles and boxes. Step 1 shows the 'Arbeitsmarkt' folder selected under 'Statistiken'. Step 2 shows the 'Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung' database selected. Step 3 shows the 'Jahr' element selected under 'Zeit (Mussfeld)'. Step 4 shows the 'Jahr' element placed on the 'Zeile' (row) axis. Step 5 shows the 'Daten abrufen' button. Step 6 shows the 'Tabelle herunterladen' button with a dropdown menu of export formats like 'Excel Format (.xlsx)'. Step 7 shows the 'DIAGRAMMANSICHT' tab selected.

Abbildung 13: STATcube Funktionsweisen (Bundesanstalt für Statistik 2023)

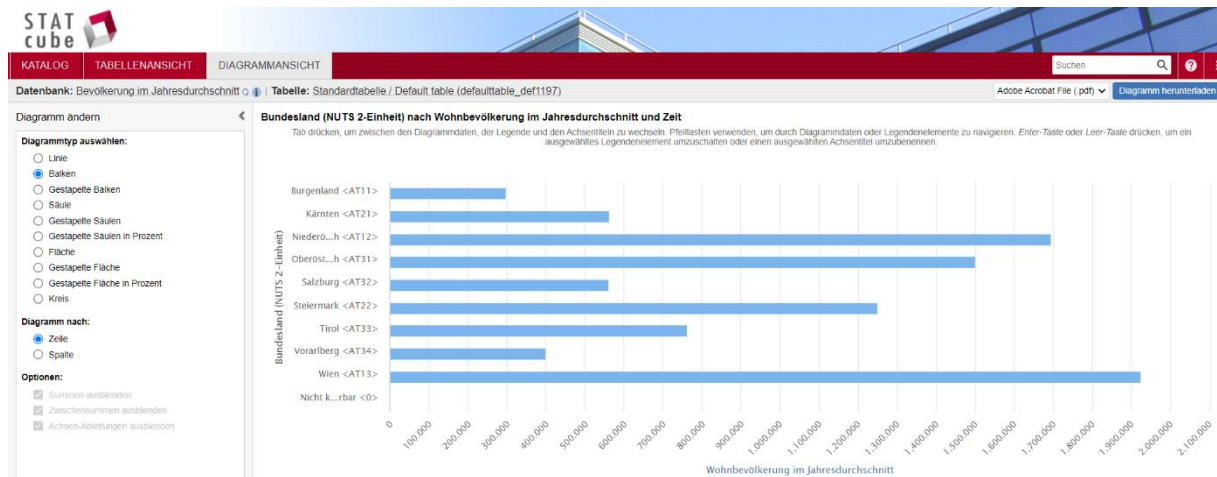


Abbildung 14: STATcube: Wohnbevölkerung im Jahresdurchschnitt und Zeit (Bundesanstalt für Statistik 2023)

Die Bedienung sowohl von Statistik Austria als auch von STATcube ist grundsätzlich nachvollziehbar und sehr intuitiv gestaltet, erfordert jedoch Kenntnisse über die Nutzung von Statistiken im Allgemeinen. Der Inhalt der Datenbank Statistik Austria besteht überwiegend aus Metadaten. Im Gastbereich von STATcube sind ebenfalls Daten auf Metaebene verfügbar; für

den kostenpflichtigen Bereich konnte im Rahmen dieser Recherche keine Aussage getroffen werden.

Zusätzlich verfügt jedes Bundesland über eine eigene Informationsseite, die sich jedoch im Aufbau unterscheiden kann. Zum Beispiel bietet Tirol eine interaktive Karte, in der alle stationären Einrichtungen verzeichnet sind. Freie Betten sind grün markiert. Es kann jedoch nicht nachvollzogen werden, aus welchen Gründen ein Platz verfügbar oder nicht verfügbar ist.

Schweiz

Kurze Einordnung des Pflegesystems

Das Pflegesystem der Schweiz ist stark dezentralisiert. Die Finanzierung, Bereitstellung und Regulierung werden zwischen den Gemeinden, Kantonen und dem Bund aufgeteilt. Im schweizerischen Pflegesystem spielt die informelle Pflege durch An- oder Zugehörige eine geringere Rolle in der Aufrechterhaltung der Pflege. Gemäß den Angaben der Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) werden 2,3 % des Bruttoninlandsprodukts für die Langzeitpflege in der Schweiz aufgewendet (OECD, 2023). Es ist anzumerken, dass dieser Anteil signifikant über dem OECD-Durchschnitt von 1,3 % liegt. Im Gegensatz zu Deutsch-



Abbildung 15: Die drei Säulen der Sozialversicherung der Schweiz (eigene Darstellung nach BSV, 2022, S. 10–29)

land verfügt die Schweiz nicht über eine eigenständige Pflegeversicherung. Die Finanzierung der Leistungen der schweizerischen Langzeitpflege erfolgt durch die Pensionskasse, Steuermittel, Krankenkassen und private Geldmittel (Bonoli & Trein, 2018, S. 4).

Im Rahmen des Dreisäulensystems zur Altersvorsorge wird neben der Krankenversicherung die Versorgung im Alter geregelt. Dieses System besteht aus den drei Säulen staatliche Vorsorge, berufliche Vorsorge und private Vorsorge. Aufgrund ihrer unterschiedlichen Aufgaben sind diese Säulen unterschiedlich geregelt. Die erste Säule, die staatliche Vorsorge, wird als Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) bezeichnet und zielt hauptsächlich darauf ab, die Grundversorgung der Gesamtbevölkerung zu sichern. Die Alters- und Hinterlassenenversicherung basiert auf dem Solidaritätsprinzip und ist für alle Erwerbstätigen obligatorisch. Das schweizerische System unterscheidet sich von anderen Systemen durch sein Umlageverfahren. Die gesetzlich festgelegten Beiträge zur Alters- und Hinterlassenenversicherung werden zu gleichen Teilen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern gezahlt und richten sich nach dem Einkommen. Selbständige Personen sind ebenfalls verpflichtet, Beiträge in die Alters- und Hinterlassenenversicherung einzuzahlen. Die Leistungen, die über die Alters- und Hinterlassenenversicherung bezogen werden können, sind gesetzlich festgelegt und umfassen Hinterlassenenrente, Altersrente, Hilfsmittel und Finanzhilfen sowie Hilflosenentschädigung, zu der auch die Pflegebedürftigkeit zählt. Die **berufliche Vorsorge** bildet die zweite Säule des Schweizer Altersvorsorgesystems und finanziert sich durch freiwillige oder obligatorische Beiträge der Erwerbstätigen in die Pensionskasse. Personen in Erwerbstätigkeit sind dazu verpflichtet, Beiträge in die Pensionskasse zu leisten, sofern ihr Jahreseinkommen mindestens 21.510 Franken (ca. 21.596 Euro) beträgt. Selbstständige haben die Wahl, freiwillig in die Pensionskasse einzuzahlen oder davon abzusehen. **Private Vorsorge**, die dritte Säule des Schweizer Altersvorsorgesystems, geschieht auf freiwilliger Basis: Sie wird finanziert durch Beiträge, die über einen definierten Zeitraum auf ein persönliches Bankkonto oder in eine Lebensversicherung eingezahlt werden (BSV, 2022, S. 10–29).

Entscheidungen von strategischer Bedeutung innerhalb des Systems werden hauptsächlich auf nationaler Ebene getroffen. Die Gesetzgebung und die Durchführung im Gesundheitswesen unterliegen den Kantonen. Dies führt dazu, dass die Kantone einen erheblichen Handlungsspielraum haben, insbesondere in Bezug auf die Regelung, Restfinanzierung sowie die Verteilung von Kompetenzen und Zuständigkeiten gegenüber den Gemeinden (Jäggi & Kilian Künzi, 2015, S. 16).

Daten und Nutzung durch Entscheidungsträger:innen

Folgende Datenbank werden unterhalten und bieten Daten zur Steuerung an:

Name	Art/Bezeichnung der Statistik	Weblink
Bundesamt für Statistik	Gesundheit-Taschenstatistik 2022 <ul style="list-style-type: none"> • Daten über Alters- und Pflegeheime <ul style="list-style-type: none"> - Anzahl von Einrichtungen, Bewohner:innen (gesondert über 80 Jahre), durchschnittliche Aufenthaltsdauer, durchschnittliche Kosten pro Tag 	https://www.bfs.admin.ch/news/de/2022-0164

	<ul style="list-style-type: none"> - Beschäftigte in Vollzeitäquivalent nach Berufsgruppen und Geschlecht • Hilfe und Pflege für zu Hause (Spitex) <ul style="list-style-type: none"> - Beschäftigte der Spitex Dienste - Von Spitex betreute Fälle - Klienten nach Geschlecht, gesondert über 80 Jahre - Durchschnittliche Kosten pro Jahr/pro Klient:in - Inanspruchnahme informeller Hilfe und der Spitex - Daten zu Ärzt:innen und Zahnärzt:innen sowie Behandlungsdaten 	
--	---	--

Tabelle 2: Relevante Datenbanken in der Schweiz (eigene Darstellung 2023)

Zu den oben genannten Quellen werden Daten der Sozialmedizinischen Institutionen (SO-MED) unterhalten; diese sind auf der jeweiligen Kantonsseite zu finden.

Zudem konnte eine interessante Studie aus dem Jahr 2015 zur Lebens- und Pflegequalität im Pflegeheim – bezogen auf die Schweiz – gefunden werden (Sommerhalder et al. 2015). Hier handelt es sich um eine multizentrische Querschnittstudie, an der insgesamt 51 Pflegeheime und 1.035 Bewohner:innen teilgenommen haben. In die Studie eingeschlossen wurden auch Bewohner:innen mit mäßigen kognitiven Einschränkungen. In der Studie wurden drei Erhebungsinstrumente genutzt:

- „Resident-Quality-of-Life-Fragebogen (RQL)“
- Eingruppierung in die „Pflegeabhängigkeitsskala (PAS)“
- Eingruppierung mit der „Cognitive Performance Skala (CPS)“

Die Ergebnisse können unter der angegebenen Quelle gut nachgelesen werden. Insgesamt bewerten die Bewohner:innen ihre Lebensqualität als „gut“. Für unser Forschungsvorhaben ist vor allem die Nutzung und Auswahl der Instrumente von Interesse.

Lobsinger und Liechti (2021) beschäftigten sich mit den Berufsaustritten aller Gesundheitsberufe innerhalb der Schweiz. Die Ergebnisse dieser Studie bauen auf den Analysen der Strukturerhebung des Bundesamtes für Statistik auf und stellen eine Ergänzung bzw. Aktualisierung einer bereits durchgeführten Studie aus 2016 dar. Ziel dieser Studie war es, für die Abschätzung eines zukünftigen Personalbedarfs den Bestand wie auch Berufsaustritte zu erfassen. Pflegefachkräfte (div. Qualifikationen), Pflegepersonal ohne Ausbildung, Hebammen, medizinische Praxisassistent:innen, Physiotherapeut:innen, medizinisch-technische Berufe und (Zahn-) Ärzt:innen stellen die Personengruppe der Gesundheitsberufe dar, die miteinbezogen

wurden. Personen mit den genannten Qualifikationen, die aus der Erwerbstätigkeit austraten, den Beruf wechselten oder nicht mehr in einem Gesundheitsberuf tätig waren, werden als Berufsaustritte bezeichnet. Insgesamt sticht die Berufsgruppe der Pflegepersonen der Sekundarstufe zwei mit einem Branchenaustritt von 20 % heraus. Auffallend war auch, dass Pflegepersonen der Sekundarstufe 2 und Ärzt:innen der Gruppe der unter 35-Jährigen den höchsten Anteil der Berufsaustritte darstellt. Des Weiteren treten bei Frauen häufiger Berufsaustritt als bei Männern auf. Die genaueren Ergebnisse sind unter der angegebenen Quelle nachvollziehbar einzusehen (Lobsinger und Liechti, 2021, 1–20).

„Benutzbarkeit“ der Datenbanken

Die aktuellen statistischen Informationen zu Alters- und Pflegeheimen sowie zur informellen Pflege in der Schweiz sind auf der Webseite des Bundesamtes für Statistik im Bereich „Gesundheit“ und der Unterkategorie „Gesundheitswesen“ verfügbar. Diese Daten sind auch in der Publikation „Gesundheit-Taschenstatistik“ sowie in den SOMET-Daten der einzelnen Kantone aufgeführt. Im Gegensatz zu STATcube gibt es keinen vergleichbaren Dienst, der es ermöglicht, Daten benutzerdefiniert anzuzeigen. Die Mehrfachveröffentlichung von Daten in verschiedenen Portalen könnte auf die Struktur des schweizerischen Pflegesystems (Regelungen auf Kantonebene) zurückzuführen sein. Das bedeutet, dass identische Daten oder Datensätze auf verschiedenen Plattformen zu finden sind. Die Strukturen und Darstellungen sind für Laien oft schwer verständlich. Obwohl Pflege als Teil des Gesundheitswesens betrachtet werden kann, ist dies nicht zwangsläufig logisch für alle Nutzer:innen nachvollziehbar. Die Suchfunktionen auf den Seiten sind teilweise hilfreich, verweisen jedoch Nutzer:innen lediglich auf relevante Links zu Veröffentlichungen oder Statistiken. Weitere Funktionen wie Tabellen, Grafiken oder Bilder enthalten ebenfalls nur Verlinkungen zu Veröffentlichungen oder Statistiken, was einen schnellen Zugriff auf Grafiken oder Daten erschwert. Diese Situation ist kritisch zu bewerten, da das Abrufen benötigter Daten immer mit einem gewissen Aufwand verbunden ist und daher nur bedingt möglich.

Schweden

Kurze Einordnung des Pflegesystems

Im schwedischen Pflege- bzw. Gesundheitssystem wird die Gesamtbevölkerung als Zielgruppe betrachtet. Das heißt, das schwedische Gesundheitssystem liegt dem sozialdemokratischen Wohlfahrtsprinzip zugrunde. Laut OECD-Angaben wurden im Jahr 2019 1,8 % des Bruttoninlandsprodukts für die stationäre Langzeitpflege und 0,9 % für ambulante Pflege ausgegeben (OECD, 2023). Der Staat agiert als Hauptakteur in der Steuerung und der Leistungserbringung der Pflege. Trotz des steigenden Bedarfs an informeller Pflege durch An- und Zugehörige liegt die Verantwortung für die Finanzierung und Organisation der Pflege beim Staat.

Folglich ist die pflegerische Versorgung sowie deren Finanzierung weder für An- und Zugehörige noch für Einzelpersonen obligatorisch. Die gesamte legislative Kompetenz wird dem Zentralstaat zugesprochen. Jedoch gilt Schweden als dezentraler Einheitsstaat; folglich kann der Staat Aufgaben an bestimmte Körperschaften, die ihm untergeordnet sind, delegieren. Durch diese von der Verfassung vorgeschriebene Struktur gibt es zwei untergeordnete Verwaltungsebenen in Schweden.



Abbildung 16: Das politische System Schwedens (eigene Darstellung nach Jahn, 1997, 107–149)

Die 21 Provinzen Schwedens stellen die regionale Ebene dar, während die 290 Gemeinden die kommunale Ebene repräsentieren. Die Pflege in Schweden obliegt der Zuständigkeit des Sozialwesens. Die Pflege, als zugehöriger Bereich des Sozialwesens, wird also auf kommunaler

Ebene geregelt. Das heißt, der Staat hat eine untergeordnete Rolle in der Steuerung des Pflegesystems, da dieser aufgrund der Delegation der Aufgaben lediglich die gesetzlichen Rahmenbedingungen festlegt und eher eine Aufsichts- und Beratungsfunktion besitzt. Die eigentliche Steuerung des Pflegesystems obliegt den Gemeinden, da sie für die Finanzierung und die Leistungserbringung verantwortlich sind und autonom als Selbstverwaltungskörper agieren können. Die Gemeinden erhalten je nach Größe Pauschalen, die über das nationale Steueraufkommen finanziert werden. Die Leistungen des Pflegesystems sind Sach- und Geldleistungen, wobei die Sachleistungen mit 95 % den größten Anteil darstellen. Der Anspruch auf Pflegeleistung wird durch die Gemeinden mittels Bedarfsprüfung durchgeführt. Dabei können die Gemeinden laut dem „*Socialtjänst*“ (Gesetze des Sozialwesens) die Höhe der Ausgaben selbst definieren. Diese Vorgehensweise führt zu starker Variation bei den Ausgaben pro Gemeinde (Jacobs et al., 2020, S. 26–27).

Aufgrund der Dezentralisierung und der damit einhergehenden Steuerung der Pflege auf kommunaler Ebene konnten Daten überwiegend auf staatlich geführten Seiten in der Recherche ausfindig gemacht werden. Dabei stellt die Sprachbarriere eine große Herausforderung in der Recherche dar, da die Seiten der Kommunen überwiegend nur in der Landessprache verfügbar sind.

Daten und Nutzung durch Entscheidungsträger:innen

Folgende Datenbanken werden unterhalten und bieten Daten zur Steuerung an:

<https://www.scb.se/en/finding-statistics/>

Name	Name der verfügbaren Statistik	Weblink
Statistics Sweden	<ul style="list-style-type: none"> • Health and Medical Care • Statistics on licensed health care personnel • Statistics on licensed health care personnels workforce status • Statistics on the Health and Medical Services of Municipalities • Yearbook of Health and Medical Care 	https://www.scb.se/en/finding-statistics/statistics-by-subject-area/health-and-medical-care/
	<ul style="list-style-type: none"> • Social Services • Statistic on Care and Services for Persons with Impairments • Statistics on Care and Services for the Elderly • Statistics on Care and Services for the Elderly and Persons with Impairments Management Form 	https://www.scb.se/en/finding-statistics/statistics-by-subject-area/social-services/

	<ul style="list-style-type: none"> • Public Health • The national public health survey 	https://www.scb.se/en/finding-statistics/statistics-by-subject-area/public-health/
	<ul style="list-style-type: none"> • Social insurance • Housing Supplements for retirees • Maintenance support for the elderly 	https://www.scb.se/en/finding-statistics/statistics-by-subject-area/social-insurance/
Statistical Database	<ul style="list-style-type: none"> • System of Health Accounts • Total health care expenditures by function of health care (HC). Year 2001–2021 • Total health care expenditures in relation to GDP 2001–2021 • Total health care expenditures by function of health care (HC) and by source of funding (HF). Year 2001–2021 • Total health care expenditures by function of health care (HC) and by provider industry (HP). Year 2011–2021 • Total health capital by type of assets (HK) and by provider industry (HP). Year 2001–2021 	https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/en/ssd/START_NR_NR_0109/
National Board of Health and Welfare	<ul style="list-style-type: none"> • Statistical Database • Health Care practitioners 	https://sdb.socialstyrelsen.se/if_per/val_eng.aspx

Tabelle 3: Relevanten Datenbanken in Schweden (eigene Darstellung 2023)

„Benutzbarkeit“ der Datenbanken

Die Seite „Statistic Sweden“ ist in schwedischer und englischer Sprache verfügbar. Die Seite „Socialstyrelsen“ ist in finnisch, hebräisch, lulesamisch (alte Sprache, die in Nordland-Norwegen gesprochen wird), Meänkieli (Sprache in der finnisch-schwedischen Grenzregion), nord- und südsamisch sowie in romani verfügbar.

„Statistics Sweden“: Generell gestaltet sich die Beschaffung von Daten zur Langzeitpflege über die Themenauswahl als herausfordernd. Diese Informationen lassen sich vorwiegend mithilfe der Suchfunktionen im Bereich des Gesundheitssystems einfacher ermitteln. „Statistics Sweden“ bedient sich, ähnlich wie andere Datenbanken, zur Präsentation der Daten auswählbarer Variablen. Im Unterschied zu anderen Datenbanken besteht hier jedoch die Einschränkung, dass nur jeweils eine Variable von den Benutzer:innen ausgewählt werden kann.

Dies führt dazu, dass ein direkter Vergleich von Daten zweier Funktionsbereiche in einer tabellarischen Darstellung nur eingeschränkt bis überhaupt nicht möglich ist.

Die „**Statistical Database**“ des National Board of Health and Welfare (NBHW) enthält ausschließlich Daten zu Mitarbeitenden des Gesundheitssystems. Ein Vorteil dieser Datenbank besteht darin, dass mehrere Variablen ausgewählt werden können. Im Vergleich zu „Statistics Sweden“ ermöglicht sie zudem die Darstellung der Daten in Tabellen, Balkendiagrammen oder auf Karten. Die Benutzeroberfläche der National Board of Health and Welfare -Datenbank scheint subjektiv leichter bedienbar zu sein. Abschließend ist festzuhalten, dass die frei zugänglichen Daten – ähnlich wie in Österreich oder der Schweiz – vorwiegend Metadaten enthalten und weniger spezifische Bereiche der Langzeitpflege abdecken. Zudem fehlt im Gegensatz zu anderen Datenbanken eine Nutzungsanleitung für die Benutzer:innen, was die Bedienbarkeit beeinträchtigt. Die Pflege ist hier generell nicht direkt aufrufbar und muss im Detail gesucht werden.

Im European Social Policy Network -Bericht (S. 11 ff) wird auf verschiedene Variablen zur Bewertung des Systems verwiesen, jedoch existiert keine Statistik wie in Deutschland oder der Schweiz (Fritzell et al., 2018). Aufgrund der Struktur des schwedischen Pflegesystems liegt die Steuerung des Pflegesystems in der Zuständigkeit der 290 Gemeinden. Es kann aufgrund der Sprachbarriere nicht ermittelt werden, inwieweit diese Daten erheben. Gleiches gilt für mögliche Gesellschaften oder Institutionen. Aufgrund der Dezentralisierung ist es für externe Nutzer:innen nur schwer nachvollziehbar, wie Daten innerhalb des Systems überhaupt erfasst werden und wie sie abgerufen werden können.

Niederlande

Kurze Einordnung des Pflegesystems

Das niederländische Pflegesystem ist wie das schwedische System auf kommunaler Ebene geregelt (vgl. Jacobs, 2021, S. 28). Die Langzeitpflege ist in einem Drei-Säulen-System der Krankenversicherung verankert und wird als sogenannte Volksversicherung bezeichnet, in der sämtliche Einwohner:innen pflichtversichert sind. Im Jahr 2020 beliefen sich die Ausgaben des Bruttoinlandsprodukts für die stationäre Langzeitpflege auf 2,9 %, während für den ambulanten Bereich 0,1 % allokiert wurden (vgl. OECD, 2023). Bis zum Jahr 2017 betrug der Anteil der Ausgaben für ambulante Pflege sogar auf 0,0 % des BIP.



Abbildung 17: Darstellung des Drei-Säulen-Systems der Krankenversicherung in den Niederlanden (eigene Darstellung 2023)

Die Pflegeversicherung (Algemeene Wet Bijzondere Ziektekosten – AWBZ) als eine der drei Säulen fungiert als Absicherung gegen besonders schwerwiegende gesundheitliche Risiken und psychische Erkrankungen. Darüber hinaus umfasst sie Leistungen im Bereich der Langzeitpflege (Bundeszentrale für politische Bildung, 2021). Die häusliche Pflege – als Teil des Krankenversicherungsgesetzes – wird jedoch seit 2015 auch auf kommunaler Ebene geregelt (World Health Organization Regional Office for Europe, 2016, S. 58).

Das niederländische Pflegesystem vollzog sich in den letzten Jahren einem Wandel. Ausschlaggebend hierfür waren die erhöhten Ausgaben innerhalb des Systems sowie der Anstieg der Zahl von Pflegeheimbewohner:innen, der durch eine gesetzliche Erweiterung der Zugangsvoraussetzungen verursacht wurde. Im Jahr 2015 wurde der Bereich der Langzeitpflege reformiert und das Gesetz über die Langzeitpflege (*Wet langdurige zorg – WLZ*) trat in Kraft. Dieser Gesetzestext beinhaltet eine standardisierte Bedürfnisprüfung durch das Zentrum zur Erstellung einer Gesundheitsindikation (Centrum Indicatiestelling Zorg – CIZ).

Die Finanzierung der Leistungen gemäß dem Gesetz über die Langzeitpflege erfolgt durch die sogenannten Langzeitpflegefonds. Diese werden durch die Beiträge zur Einkommenssteuer der Bürger:innen finanziert (vgl. Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestags, 2020, S. 5 – 9). Jede Kommune verfügt über ein Budget und trifft individuelle Regelungen darüber,

welche Personen die Leistungen erhalten (vgl. Anderson et al., 2018). Jacobs und Krämer weisen darauf hin, dass seit der Reform des Pflegesystems im Jahr 2015 und der damit einhergehenden Neuaufteilung der Zuständigkeiten nicht mehr klar abzugrenzen ist, welche Stellen die wesentlichsten Rollen in der Steuerung des Pflegesystems spielen. In jeder Region wird ein einzelner Versicherer – in der Regel der regionale Marktführer – im Namen aller Versicherer tätig. Zu diesem Zweck erhalten die Versicherer von der Regierung eine Konzession für das sogenannte Vertretungsmodell (vgl. Jacobs et al., 2020, S. 28).

Daten und Nutzung durch Entscheidungsträger:innen

Die Recherche zur Datenerhebung gestaltete sich als herausfordernd, da die für die Öffentlichkeit zugänglichen Datenbanken größtenteils auf Niederländisch verfasst sind. Einige Daten sind jedoch auch in englischer Sprache verfügbar. Des Weiteren ist aufgrund der unübersichtlichen Struktur nur schwer in Erfahrung zu bringen, welche Stellen im System grundsätzlich Daten erheben. Anzumerken ist, dass alle frei zugänglichen Daten durch Statistics Netherland (CBS) erhoben und verarbeitet werden. Die Daten sind laut Anbieter frei zugänglich über das Portal CBS open Data StatLine abrufbar.

Folgende Datenbanken werden unterhalten und bieten Daten zur Steuerung an:

Name	Name der verfügbaren Statistik	Weblink
Statistics Netherland	<p>Health and Welfare</p> <ul style="list-style-type: none"> • Health care institutions; key figures, finance and personnel <ul style="list-style-type: none"> ○ Gewinn- und Verlustrechnungen, Bilanzzahlen und Personal von Unternehmen und Unternehmensgruppen mit der Haupttätigkeit Krankenhauspflege, psychiatrisch-stationäre Gesundheitsversorgung, Behindertenpflege, Pflegeheime, häusliche Pflege, Pflegeheime für andere Personen sowie Jugendpflege • Health and Healthcare; personal characteristics <ul style="list-style-type: none"> ○ Wahrgenommener Gesundheitszustand der niederländischen Bevölkerung in Privathaushalten und die Kontakte mit Anbietern medizinischer Versorgung, z. B. Allgemeinmediziner:innen) • Health and use of Care – Persons with dispensed medicines; origin <ul style="list-style-type: none"> ○ Daten zu abgegebenen Arzneimitteln, deren Kosten durch die gesetzliche Grundversicherung übernommen wurden (Pflegeheime und Krankenhäuser ausgeschlossen) 	<p>https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/en/dataset/85454ENG/table?ts=1695296711830</p>

Tabelle 4: Relevante Datenbanken der Niederlande (eigene Darstellung 2023)

Benutzbarkeit der Datenbanken

Die Daten von CBS Open Data StatLine sind sowohl in englischer als auch in niederländischer Sprache verfügbar. Im Gegensatz zu anderen Datenbanken ist die Pflege, insbesondere die Langzeitpflege, nicht separat aufgeführt, sondern findet sich im Bereich „Health and Healthcare“. Die dort präsentierten Informationen sind nicht vollständig in Tabellenform verfügbar, sondern können in Vorschauarstellungen eingesehen werden. Für vollständige Datensätze ist der Abruf im Metadatenformat (CSV-Format) möglich. Diese Vorgehensweise stellt insbesondere für Personen mit eingeschränkten Fähigkeiten oder begrenzten Ressourcen eine erhebliche Hürde dar. Bevölkerungsbezogene Daten können grundsätzlich bis ins Jahr 1900 zurückverfolgt werden; es sei jedoch darauf hingewiesen, dass diese Daten nur teilweise die Langzeitpflege betreffen, da es sich um Informationen wie „Gesundheitsstatus“ und „Todesursache“ handelt. Das Design und die Benutzerfreundlichkeit der Datenbank ähneln grundsätzlich denen von Schweden, Dänemark und Norwegen. Sowohl die Datenbank als auch ihre Inhalte sind für externe Personen eher als unübersichtlich einzustufen.

Die Durchsicht der Datenbank ergab, dass keine spezifischen Datensammlungen existieren, die sich ausschließlich mit dem Thema Pflege befassen, vergleichbar mit beispielsweise der Pflegestatistik in Deutschland. Es scheint nicht möglich zu sein, sinnvolle Steuerungsdaten über diese Plattform zu entnehmen. Diese Einschränkung könnte möglicherweise auf die Steuerungsstruktur der Langzeitpflege zurückzuführen sein, da Verwaltung, Organisation und Finanzierung in der Verantwortung der Kommunen liegen und nicht auf nationaler Ebene stattfinden. Die Frage, inwiefern die Kommunen überhaupt Daten erheben und welche Daten von ihnen genutzt werden, konnte im Rahmen der Recherche nicht geklärt werden.

Aufgrund der zeitlichen Rahmenbedingungen war es nicht möglich, sämtliche Seiten der 342 Kommunen zu überprüfen, insbesondere da die Webseiten kleinerer Kommunen (wie z. B. Oss) oft ausschließlich in niederländischer Sprache verfügbar sind. Die Internetseiten größerer Kommunen wie Amsterdam, Rotterdam, Den Haag und Utrecht sind zwar in englischer Sprache verfügbar, jedoch konnten hier keine Informationen zu einer eigenständigen Datenerhebung gefunden werden. Abschließend ist anzumerken, dass die verfügbaren Daten und deren Aufbereitung für Nutzer:innen im Vergleich zu anderen Plattformen wie dem StatCube aus Österreich als ausbaufähig zu betrachten sind.

Dänemark

Kurze Einordnung des Pflegesystems

Das dänische Gesundheits- und Pflegesystem basiert auf dem sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaat-Modell. Im Jahr 2020 betragen die Ausgaben des Bruttoinlandsprodukts für die stationäre Langzeitpflege 1,2 % und für den ambulanten Bereich 1,0 % (OECD, 2023). Ähnlich dem schwedischen Pflege- und Gesundheitssystem ist der überwiegende Teil des Systems auf

regionaler und kommunaler Ebene organisiert und wird durch Steuermittel finanziert. Dänemark besteht aus fünf Regionen und 98 Kommunen. Die medizinische Grundversorgung liegt in der Zuständigkeit der fünf Regionen, während die Finanzierung und Organisation der Langzeitpflege den Kommunen obliegen. Im Vergleich zu anderen Wohlfahrtsstaat-Modellen existieren auf zentraler Ebene jedoch nur begrenzt staatliche Regulierungen in Form von Gesetzen oder Richtlinien. Daher erfolgt die Regelung der Leistungserbringung durch die Politik auf kommunaler Ebene. Die Finanzierung der meisten Langzeitpflegeleistungen erfolgt durch allgemeine Steuern, die sowohl auf lokaler als auch auf staatlicher Ebene erhoben werden. Diese Leistungen sind für die Einwohner:innen Dänemarks zum größten Teil kostenlos. Trotz der individuellen kommunalen Organisation der Langzeitpflege existieren fünf zentrale Elemente innerhalb des dänischen Pflegesystems: Häusliche Hilfe, Altenheime, präventive Maßnahmen, Rehabilitation und andere Maßnahmen einschließlich persönlicher Hilfe und Verpflegung. **Präventive Maßnahmen** beinhalten von der Kommune angebotene Hausbesuche oder Aktivitätsangebote. Der Hausbesuch ist primär an Personen über 75 Jahre adressiert, jedoch können auch Personen zwischen dem 65. und 79. Lebensjahr, die einer Risikogruppe angehören, diesen Hausbesuch in Anspruch nehmen. Die **häusliche Hilfe** umfasst praktische Hilfe und Unterstützung, persönliche Pflege und Essensdienste. Grundsätzlich werden die Personen bei der Körperpflege (inkl. An- und Auskleiden), Haushaltstätigkeiten, Transfer aus dem Bett und der Nahrungsaufnahme unterstützt. Die Inanspruchnahme dieser Unterstützungen wird individuell von Sachbearbeiter:innen geprüft. Personen mit speziellen Bedürfnissen haben das Recht auf einen Platz in einem Altenheim. Ähnlich wie in Deutschland variieren die Einrichtungen in ihren angebotenen Betreuungsleistungen. Die Auswahl der geeigneten Einrichtung für die betroffenen Personen erfolgt durch eine individuelle Bedarfsermittlung. Bei Bedarf muss innerhalb von zwei Monaten ein Pflegeplatz angeboten werden. Die Gemeinden legen jährlich Qualitätsstandards für häusliche Hilfe, Rehabilitations- und Schulungsdienste fest. Diese Standards sind öffentlich einsehbar und dienen bei Ausschreibungen und Überprüfungen als Richtlinien. Ziel dieser Qualitätsstandards ist es, sicherzustellen, dass Bürger:innen eine professionelle, würdige und fachkundige Betreuung erhalten, wenn sie auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sind. Die kommunalen Überprüfungen beinhalten mindestens einen unangekündigten Besuch in Pflege- und Betreuungseinrichtungen (vgl. Kvist, 2018, S. 4–7).

Daten und Nutzung durch Entscheidungsträger:innen

Folgende Datenbanken werden unterhalten und bieten Daten zur Steuerung an:

Betreiber	Name der verfügbaren Statistik	Weblink
Statistcs Denmark	<ul style="list-style-type: none"> • Health care expenditure <ul style="list-style-type: none"> - SHA1: Health care expenditures by function, provider, financing scheme and price unit 	https://www.dst.dk/en/Statistik/emner/oekonomi/of-fentlig-oekonomi/udgifter-til-sundhed

StatBank Denmark	<ul style="list-style-type: none"> • People <ul style="list-style-type: none"> - Recipients of home nursing by region, age and sex (2016–2022) - Provided home nursing by region, age, sex and days • Social Conditions <ul style="list-style-type: none"> - Social benefits for senior citizens (11 Statistiken) - Assessed need for home care (7 Statistiken) - Assessed need for home care (4 Statistiken) - Housing for senior citizens (4 Statistiken) - Staff working with municipal and regional nursing and Care (Archiv) 	https://www.statbank.dk/statbank5a/default.asp?w=1920
------------------	--	---

Tabelle 5: Relevante Datenbanken in Dänemark (eigene Darstellung 2023)

„Benutzbarkeit“ der Datenbanken

Statistic Denmark und StatBank Denmark stehen sowohl in englischer als auch in dänischer Sprache zur Verfügung. Statistics Denmark bietet aufbereitete Daten an, die dann von Nutzer:innen in StatBank Denmark individualisiert dargestellt werden können. Im Unterschied zu anderen Datenbanken gibt es keinen explizit ausgewiesenen Bereich für die Pflege. Diverse Daten zum Thema ambulanter und stationärer Langzeitpflege können unter StatBank Denmark in den Bereichen „Economy“, „Social Benefits for Senior Citizens“ oder „People“ individualisiert gefunden werden. Unter dem Suchbegriff „Healthcare“ findet man im Bereich der „Economy“ ausgewiesene Daten und Zahlen zu den Gesundheitsausgaben.

SHA1: Health care expenditures by function, provider, financing scheme and price unit
Unit : m DKK (current prices)

Select Advanced selection Information

FUNCTION (44)
More options...
Health care expenditures in total
1. Curative care
1.1 Inpatient curative care
1.3 Outpatient curative care
1.3.1 General outpatient curative
1.3.2 Dental outpatient curative c...

PROVIDER (34)
More options...
Health care expenditures in total
1. Hospitals
1.1 General hospitals
1.2 Mental health hospitals
1.3 Specialised hospitals
2. Residential long-term care faci...

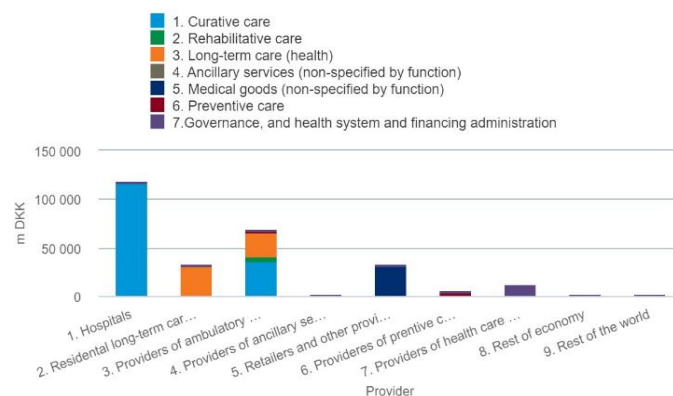
FINANCING SCHEME (8)
More options...
Total financing
1. Government schemes and cor...
1.1 Government schemes
2. Voluntary health care payment
2.1 Voluntary health insurance sc...
2.2 NPISH financing schemes

PRICE UNIT (1)
More options...
Current prices

YEAR
More options...
2023
2022
2021
2020
2019
2018

Health care expenditures

Financing scheme: Total financing | Time: 2023 | Function:



Health care expenditures (m DKK)

Financing scheme: Total financing | Function: Health care expenditures in total | Time: 2023:

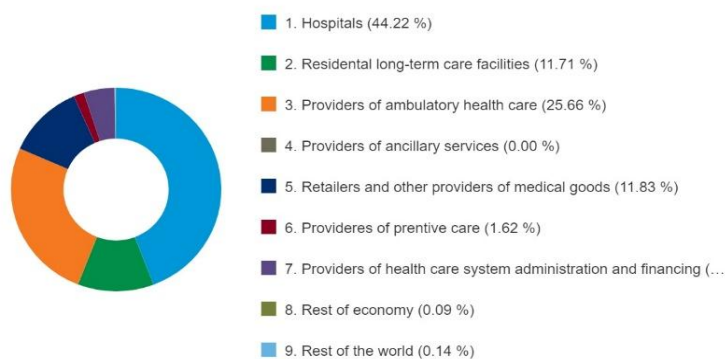


Abbildung 18: Bildausschnitte Auswahlmaske und Datenvisualisierung Statistics Denmark (eigene Darstellung 2023)

Positiv zu bewerten ist der Verweis in jeder Statistik auf die Dienste von StatBank Denmark, sodass jede:r Nutzer:in die Möglichkeit hat, individuelle Statistiken zu generieren. Hier können – ähnlich wie in anderen Datenbanken – verschiedene Variablen ausgewählt werden, die dann in einer individuell angepassten Tabelle oder einem Diagramm angezeigt werden. StatBank Denmark ist benutzerfreundlich, und die Möglichkeit, mehrere Variablen auszuwählen, kann als positiv bewertet werden. Die Struktur ist jedoch ähnlich wie bei Statistics Denmark für externe Personen nur schwer nachvollziehbar.

Neben den beiden Datenbanken wurde die Veröffentlichung „Statistical Programme 2022“ (Denmarks Statistic, 2022) gesichtet. In diesem Dokument wird auf experimentelle Statistiken hingewiesen, die jedoch im Rahmen der Recherche nicht gefunden werden konnten, da sie im Dokument selbst nicht veröffentlicht sind. Allgemein enthält das Dokument keine Tabellen oder vergleichbare Darstellungen – im Vergleich zu anderen Dokumenten oder Berichten anderer Länder. Pflegebezogene Daten sind grundsätzlich schwer zu finden, und die Datenbank ist für externe Personen im Vergleich zu anderen Datenbanken schwer nachvollziehbar. Es scheint, dass ähnlich wie in Schweden die Sprachbarriere einen Einfluss auf die Rechercheergebnisse hat, da nicht alle Inhalte auf Englisch verfügbar sind. Die kommunale Organisation der Langzeitpflege erschwert ebenfalls die Recherche. Es konnte nicht ermittelt werden, ob die Kommunen eigene Daten erheben und wo diese zugänglich sind. Die Pflege spielt jedoch auch in den allgemeinen Datenbanken eine untergeordnete Rolle.

Norwegen

Kurze Einordnung des Pflegesystems

Das norwegische Pflegesystem zeichnet sich, ähnlich wie in Schweden und Dänemark, durch die Steuerung und Finanzierung auf kommunaler Ebene aus. Der Staat übernimmt die Aufgabe der Steuerung und Aufsicht durch Gesetze, Normen und Vorschriften. Das Gesetz über kommunale Gesundheitsdienste regelt das Recht auf Pflege. Die Kommunen finanzieren die angebotenen Dienstleistungen durch eigene allgemeine kommunale Steuereinnahmen, ergänzt durch staatliche Zuschüsse und private Gelder der Nutzer:innen dieser Dienste.

Des Weiteren gibt es im norwegischen System keine unterschiedlichen Sektoren innerhalb der Langzeitpflege (LZP), wie beispielsweise in Form eines Altenpflegesektors, da ein Langzeitpflegebedarf in jedem Alter auftreten kann. Das Dienstleistungsangebot der kommunalen Gesundheitsdienste richtet sich daher an alle Personen über 18 Jahren. Obwohl gesetzlich nicht zwischen „jungen“ und „älteren“ Pflegebedürftigen unterschieden wird, existieren dennoch altersbezogene Unterschiede. Im Vergleich zu Personen über 67 Jahren haben Pflegebedürftige unter 67 Jahren das Recht auf eine:n persönliche:n Assistent:in. Pflegeheime hingegen sind grundsätzlich älteren Menschen vorbehalten.

Die Abgrenzung zwischen den staatlichen, spezialisierten Gesundheitsdiensten (Krankenhäusern) und den kommunalen Gesundheits- und Pflegediensten wurde im Laufe der Zeit kontinuierlich verbessert. Eine Reform aus dem Jahr 2012 hatte das Ziel, eine verbesserte Kommunikation zwischen den primären und sekundären Gesundheitsdiensten herzustellen. Dies führte dazu, dass die Rolle der Kommunen im Gesamtsystem gestärkt wurde – insbesondere die Verantwortung für die Weiterversorgung von Patient:innen aus dem Krankenhaus, die zuvor nicht in den Händen der Kommunen lag. Infolgedessen müssen die Kommunen für die Versorgung entlassfähiger Patient:innen aufkommen. Sind sie dazu nicht in der Lage, müssen die Kosten für eine zusätzliche Übernachtung übernommen werden. Dies hatte zur Folge, dass Gemeinden den Anreiz haben, ihre Dienstleistungen vor allem für somatische Patient:innen mit komplexeren Pflegeansprüchen auszuweiten und systematischer mit den Krankenhäusern zu kommunizieren.

Im Gegensatz zu Dänemark müssen Pflegebedürftige für einige Dienstleistungen selbst aufkommen. Die Zahlungen werden dabei durch nationale Richtlinien geregelt und dürfen die Kosten der Dienstleistung nicht übersteigen. Für Personen mit geringem Einkommen gibt es geregelte Obergrenzen. Gemäß Grødem (2018, S. 6) können die Gemeinden für Langzeitaufenthalte in Pflegeheimen bis zu 75 % des Jahreseinkommens des Nutzers bis zum Grundbetrag der Sozialversicherung (derzeit 93.634 NOK, 9.853 EUR) und 85 % des Jahreseinkommens über diesem (sehr niedrigen) Niveau verlangen. Freibeträge werden gewährt, wenn der Nutzer für Familienangehörige sorgt oder ein sehr geringes Einkommen hat.

Welche Daten gibt es und nutzen diese auch Entscheidungsträger*innen?

Betreiber	Name der verfügbaren Statistik	Weblink
Statistics Norway	<ul style="list-style-type: none"> • Care Services - Health and care institutions, beds and rooms by type and ownership - Residents in institutions for elderly and disabled, by age - Residents in dwellings for the aged and disabled - User of home-based services, by age - User of home-based services and residents in institutions for the elderly and disabled. Need for assistance and kind of service - Average numbers of assigned hours per week for users of home help and home nursing. Age and need for assistance - Receivers of respite care, personal support contact, receivers with next 	https://www.ssb.no/en/helse/helsetjenester/statistikk/sjukeheimarheimetenester-og-andre-omsorgstener

	of kins receiving pay for caring work and user-controlled assistance. Age - Gross expenditure in municipal care services	
--	---	--

Tabelle 6: Relevante Datenbanken in Norwegen (eigene Darstellung 2023)

„Benutzbarkeit“ der Datenbanken

Die Datenbank Statistics Norway ist in norwegischer und englischer Sprache verfügbar. Im Verlauf der Recherche erhielt die Statistics Norway-Website ein Update. Seit dem Update ist die Seite wesentlich übersichtlicher und für externe Nutzer leichter zu bedienen: Im oberen Bereich sind Reiter nach Themen sortiert, wobei sich durch Anklicken der Reiter entsprechender Unterkategorien öffnen lassen. Die Icons neben den Überschriften sind besonders hilfreich, insbesondere bei einer Sprachbarriere.

Die auf das Pflegesystem bezogenen Daten sind unter „Care Services“, „Health Care personnel“ und „Healthcare accounts“ zu finden. Ähnlich wie bei StatBank Denmark gibt es auch in Norwegen den Service der individualisierbaren Statistiken. Beide Seiten sind übersichtlich gestaltet und mit wenigen Klicks erhält der:die Nutzer:in passende Informationen zu gewünschten Themen.

Grundsätzlich sind, wie bei allen anderen Datenbanken, eher weniger spezifische Daten verfügbar. Dies könnte, wie in Schweden oder Dänemark, auf die kommunale Regelung zurückzuführen sein. In der Recherche ergaben sich die Problematik der Vielzahl an Kommunen sowie der Sprachbarriere – ähnlich wie in den Niederlanden.

Nursing and care services			
		Percentage change	Percentage change
	2021	2020 - 2021	2017 - 2021
Home-based services (selected services)	Users 12.31.		
Assistance in daily living	76 424	-0.6	-6.0
Home health services, includes both somatic and psychiatric care.	171 243	3.4	11.2
User-controlled personal assistance	3 879	5.0	10.5
Care benefits (benefits to individuals whom provides care on a voluntary basis to parents, spouses or others)	10 357	2.6	2.6
Percentage of inhabitants age 80 years and over that are home service users ¹	28.6	-1.0	-10.6
Nursing homes	Beds 12.31.		
Beds in total	39 054	-0.5	-1.6
Percentage of private beds	8.4	-4.0	-18.6
Institution services ²	Residents 12.31.		
Long-term stay	31 607	-1.2	-3.4
Short-term stay	9 581	5.4	2.4
Care and nursing services staff³	Man-years		
Man-years - total	148 819	1.9	8.7
of these...			
Man-years in user directed services with health education	112 031	2.1	10.0
Percentage in user directed services with health education	77.8	0.1	0.8
Nursing and care expenditure⁴	NOK billions		
Nursing and care expenditure, total	143.7	10.1	26.6

Abbildung 19: Bildschirmausschnitt Tabelle Nursing and care services (eigene Darstellung 2023)

Vereinigtes Königreich/UK (England, Schottland, Wales, Nordirland)

Kurze Einordnung des Pflegesystems

Das Vereinigte Königreich zeichnet sich im Vergleich zu den anderen Gesundheitssystemen dieses Abschnitts durch eine Besonderheit aus, da nicht nur ein Land, sondern vier Länder betrachtet werden. Die Gesundheitsversorgung der gesamten Bevölkerung der Mitgliedsstaaten wird aus den Steuereinnahmen der jeweiligen Länder finanziert. Grundsätzlich kann das System der sozialen Sicherung in drei Säulen betrachtet werden:

- 1) „**National Insurance**“ (allgemeine Sozialversicherung), die Unfall-, Arbeitslosen-, Rentenversicherung beinhaltet sowie das Mutterschafts- und Krankengeld.
- 2) „**National Health Service (NHS)**“, also der nationale Gesundheitsdienst, der dem Department of Health (Gesundheitsministerium) untergeordnet ist.
- 3) Die dritte Säule sind diverse Formen der **sozialen Mindestabsicherung**.

Die Finanzierung der allgemeinen Sozialversicherung erfolgt durch Beiträge der Erwerbstätigen, zu denen all diejenigen gehören, deren Einkommen die Beitragsbemessungsgrenze überschreitet. Obwohl dieses System in verschiedene Bereiche unterteilt ist, werden die Beiträge der Erwerbstätigen insgesamt erhoben und nicht auf die einzelnen Bereiche der allgemeinen

Sozialversicherung aufgeteilt. Der NHS, die Unfallversicherung und die soziale Mindestabsicherung hingegen werden größtenteils durch Steuern finanziert und stützen sich auf nationale Einkommen sowie lokale Steuern auf Haushalte und Gewerbeimmobilien.

„Während der nationale Gesundheitsdienst der gesamten Wohnbevölkerung weitgehend unentgeltlich offensteht und somit am ehesten universalistisch ist, sind die Leistungen der allgemeinen Sozialversicherung an bestimmte Anspruchsvoraussetzungen wie Beitragszeiten oder Einkommenshöhe gebunden“ (Schmid, 2010, S. 189). Der National Health Service (NHS) kann somit als maßgeblicher Entscheidungsträger und Steuerungsorgan betrachtet werden, der die Gesundheitsversorgung – einschließlich der Langzeitpflege – verwaltet. Die Leistungen des National Health Service (NHS) umfassen stationäre und ambulante Versorgung sowie Facharztbehandlungen. Die Langzeitpflege an sich besitzt keinen eigenständigen Bereich, sondern ist je nach Dienstleistung in den Kategorien „Care and Support“ unter „Care services, equipment and care homes“ zu finden (Glendinning, 2018, S. 4; Schmid, 2010, S. 189–193).

Die Organisation der Langzeitpflege variiert in den jeweiligen Ländern. Der 2014 in England eingeführte „Care Support Act“ führte neue rechtliche Rahmenbedingungen für die Kommunalbehörden ein, was eine Reaktion auf die zuvor stark privatisierte Langzeitpflege darstellte. Mit dem Care Support Act ging eine kommunale Verpflichtung einher, die unter anderem Pflichten zur Verhinderung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit, die Förderung des Wohlbefindens durch die Bereitstellung von Pflegedienstleistungen sowie die Aufsicht über lokale Pflegemärkte und eine neue, verstärkte Pflicht zur Bewertung der Bedürfnisse pflegender Angehöriger beinhaltet.

Mit dem Care Act ging auch eine Änderung der Finanzierung von Pflege in Einrichtungen einher. In Bezug auf die Versorgung Pflegebedürftiger in einem Heim gilt in England, dass Personen mit einem jährlichen Einkommen von mehr als 26.500 € die vollen Kosten selbst tragen müssen. Die lokalen Behörden übernehmen die vollen Kosten für eine Heimversorgung, wenn das Vermögen maximal 16.274 € beträgt. In die Vermögensberechnung werden auch Immobilien und andere Besitztümer einbezogen (Glendinning, 2018, S. 5–6).

In Schottland besteht im Gegensatz dazu ein kostenloser Anspruch auf persönliche Pflege für Personen, die 65 Jahre oder älter sind. Personen, die in einem Pflegeheim untergebracht sind, erhalten 195 € für persönliche Betreuung und 89 € für jegliche Pflegeleistungen. Im Jahr 2016 wurden die primäre Gesundheitsversorgung und die Sozialfürsorge für Erwachsene sowie einige andere sekundäre Gesundheitsdienste zusammengeführt. Eine neu entstandene kombinierte Integrationsbehörde koordiniert seither die Gesundheits- und Pflegedienste des National Health Service mit der Erbringung von Dienstleistungen.

Nach dem Unabhängigkeitsreferendum im Jahr 2018 wurden alle Gesundheits- und Pflegeleistungen sowie Sozialleistungen an die schottische Regierung übertragen. Dies hat zur Folge, dass die Anspruchsregelungen zwischen Schottland und den drei Ländern des Vereinigten Königreiches variieren können (Glendinning, 2018, S. 6).

Die Kosten für häusliche Pflege in Wales sind auf ein wöchentliches Budget von 80 € festgelegt, das gleichermaßen für alle Altersgruppen gilt. In Nordirland hingegen sind die Budgets für Dienstleistungen der Sozial- und Gesundheitsfürsorge in fünf Sozial- und Gesundheitsfürsorgetrusts zusammengefasst. Personen, die 75 Jahre oder älter sind, erhalten in Nordirland kostenlose häusliche Pflege. Bei Personen unter 75 Jahren wird je nach Politik des örtlichen Trusts entschieden, ob diese für die häusliche Pflege selbst aufkommen müssen. Grundsätzlich wird die Langzeitpflege des National Health Service durch Steuergelder finanziert und verwaltet. Die Organisation der häuslichen bzw. persönlichen Pflege erfolgt durch die lokalen Behörden (Glendinning, 2018, S. 6).

Welche Daten gibt es und werden diese auch von Entscheidungsträger*innen genutzt?

<https://www.cqc.org.uk/publication/state-care-202122>

- Keine Statistik, sondern ein Prüfbericht bzw. Umfragen der Versicherten
- Hier aber auch Perspektive der Menschen im System – Bsp. S. 27: Wie sehr fühlen Sie sich unterstützt? - „Stimmungsbarometer“

<https://www.gov.uk/search/research-and-statistics> – Statistikseite des NHS

- Adult social care monthly statistics → jeden Monat neu mit Empfehlungen, wofür Daten genutzt werden können
- Unterschiedliche Quartalsstatistiken zu Themen wie Pflegebegutachtung, Finanzierung Palliativpflege [hier ein kleiner Überblick](#)

„Benutzbarkeit“ der Datenbanken

Von den zuvor skizzierten Ländern unterscheidet sich das Vereinigte Königreich dadurch, dass es mehrere Länder (England, Schottland, Wales und Nordirland) umfasst und jedes Land eigene Datenbanken hat. Das kann bei externen Nutzer:innen anfänglich zu Unklarheiten führen. Grundsätzlich ist der National Health Service in allen vier Ländern durch verschiedene eigenständige Organisationen repräsentiert. Dies spiegelt sich in der Recherche nach Statistiken und Steuerungsdaten wider, da jedes der vier Länder eine eigene Statistics and Research Agency unterhält. Dennoch agiert diese unter dem Dach des NHS, der über ein Budget für alle Länder verfügt.

Die unterschiedlichen Datenbanken der einzelnen Länder können über die Google-Suche mit den Schlüsselbegriffen „statistics“ und dem jeweiligen Ländernamen, nämlich „Scotland“, „Wales“, „England“ und „Northern Ireland“, gefunden werden. Auf externe Personen wirkt

diese Struktur häufig verwirrend, da es schwer nachvollziehbar ist, welche Daten an welchem Ort verfügbar sind.

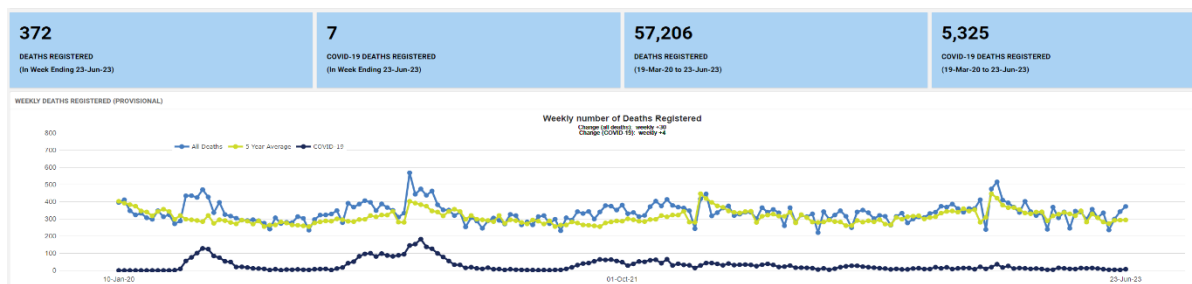
Die Webseite von Statistics Scotland ist ausschließlich in englischer Sprache verfügbar, und zu Beginn gestaltet sich die Benutzeroberfläche als schwer nachvollziehbar. Insbesondere gestaltet sich der Zugang zu bestimmten Daten als herausfordernd. Eine Suche mit dem Begriff „healthcare“ liefert keine entsprechenden Ergebnisse. Neben der Suche mit Schlagwörtern besteht die Möglichkeit, Datensätze zu durchsuchen oder bestimmte Themenbereiche zu erkunden. Im Themenbereich „Health and Social Care“ können Daten zur Anzahl der Pflegeheime abgerufen werden, ebenso wie Informationen zu den Bewohner:innen der Einrichtungen – darunter Alter, durchschnittliche Aufenthaltsdauer und Gesundheitscharakteristiken. Des Weiteren ermöglicht dieser Themenbereich die Auswahl bestimmter Personengruppen wie beispielsweise Personen über 65 Jahren als Variablen. Leider konnte während dieser Recherche nicht ermittelt werden, in welcher Form die Daten für die Benutzer:innen präsentiert werden, da der Zugriff auf diese Daten nicht möglich war. Die Gründe hierfür konnten im Rahmen der Recherche nicht identifiziert werden.

Zusätzlich zur Seite von Statistics Scotland wurde auch die Webseite der **National Records of Scotland** eingesehen. Leider konnten hier keine Daten in Bezug auf das Gesundheitssystem gefunden werden. Die Information Services Division ist Teil des National Health Services Scotland und hat die Aufgabe, statistische Informationen und Analysen im Bereich Gesundheit bereitzustellen. Seit 2020 werden die Daten auf einer separaten Online-Plattform/Website veröffentlicht. Bei der Sichtung dieser Daten stieß man auf eine Vielzahl von Informationen, die jedoch als sehr unübersichtlich wahrgenommen wurden. Eine benutzerfreundlichere Alternative ergab sich eher zufällig durch den Zugang zu den Informationen des Open Data Services, der im Vergleich zur ISD-Seite sehr viel übersichtlicher gestaltet ist. Hier können Daten zu den Bewohner:innen stationärer Einrichtungen in Tabellenform abgerufen werden, einige sogar wöchentlich. Wie die Daten visualisiert werden können, konnte trotz entsprechender Erläuterungen auf der Webseite nicht ermittelt werden, und trotz angegebener Informationen konnte keine konkrete Datenabfrage durchgeführt werden.

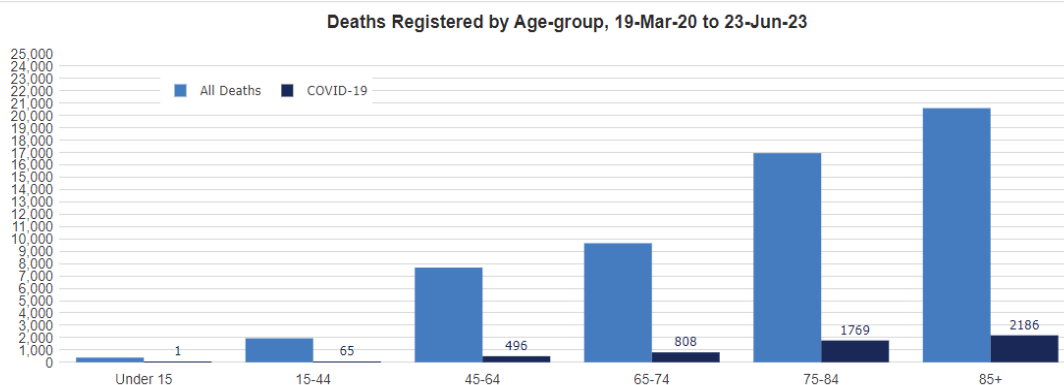
Die Webseite der **Northern Ireland Statistics and Research Agency** unterscheidet sich im Vergleich zu den Angeboten aus Schottland durch ihre bessere Übersichtlichkeit. Die Seite ist ausschließlich in englischer Sprache verfügbar. Der Zugang für externe Nutzer:innen ist wesentlich barrierefreier, da unter dem Reiter „Statistics“ direkt die Themenbereiche aufgeklappt werden und eine unmittelbare Weiterleitung erfolgt. Daten zum Gesundheitssystem sind auf der Seite des Department of Health zu finden, zu dem die Nutzer:innen direkt weitergeleitet werden oder wo klar ersichtlich wird, welche Institution die Daten bereitstellt. Die „Social Care Statistics“ beinhalten Informationen zur häuslichen und stationären Pflege, die zu Beginn der Recherche in der Neighbourhood Statistics unter „Health and Social Care Interactive Content“

und „Health and Social Care Statistics“ veröffentlicht wurden. Seit Mai 2023 sind diese jedoch nicht mehr verfügbar. Dennoch stehen Daten zur Veränderung der häuslichen Pflege seit 1999 durch das „Information and Analysis Directorate“ (I-AD) in schriftlicher Form mit aufbereiteten Daten oder in Tabellenform (Excel) zur Verfügung. Diese Daten sind jedoch nur für die häusliche und nicht für die stationäre Pflege verfügbar.

Neben Publikationen konnte ein interaktives Dashboard der Todesursachenstatistik identifiziert werden, das wöchentlich aktualisiert wird, sowie Rohdaten zu den Krankheitsprävalenzraten. Grundsätzlich konnte jedoch kein Dienst gefunden werden, der eine ähnliche Funktionsweise – insbesondere die Auswahl nach individualisierbaren Daten wie in Österreich, Schweden oder Dänemark – bietet.



DEATHS REGISTERED 19-Mar-20-TO-DATE (PROVISIONAL)



DEATHS REGISTERED 19-Mar-20-TO-DATE (PROVISIONAL)

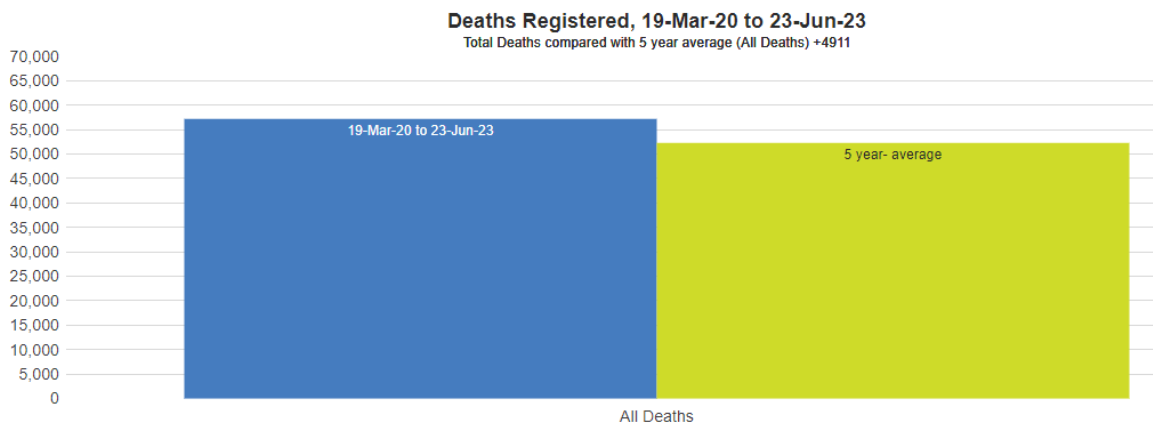
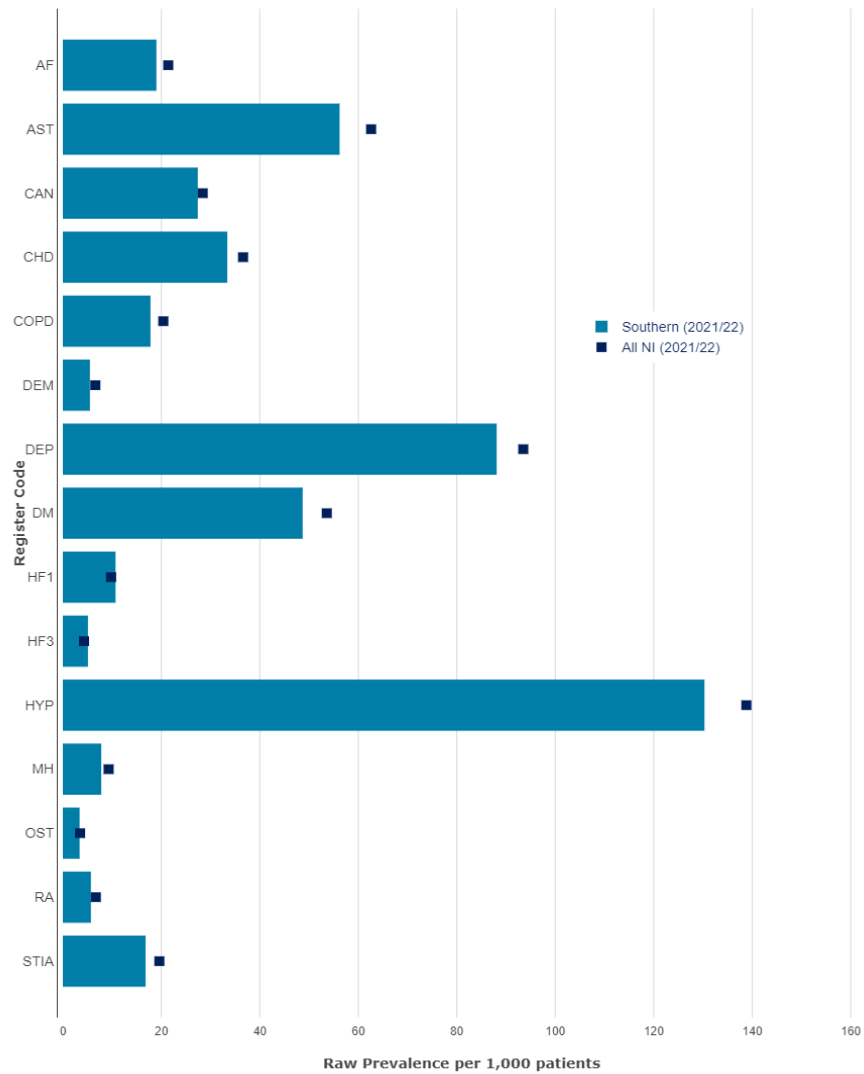


Abbildung 20: Bildschirmausschnitt Todesursachenstatistik (Dashboard)



Year	Trust	Register Code	Register Name	Patient List Size	Number on Register	Prevalence per 1,000	NI Prevalence per 1,000	Age Specific Prevalence	NI Age Specific Prevalence
2021/22	Belfast	AF	Atrial Fibrillation	440,869	8,665	19.7	21.4		
2021/22	Belfast	AST	Asthma	440,869	27,715	62.9	62.6		
2021/22	Belfast	HYP	Hypertension	440,869	56,391	127.9	138.8		
2021/22	Belfast	CAN	Cancer	440,869	11,743	26.6	28.4		
2021/22	Belfast	CHD	Coronary Heart Disease	440,869	15,591	35.4	36.6		
2021/22	Belfast	COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease	440,869	10,417	23.6	20.4		
2021/22	Belfast	DEM	Dementia	440,869	2,895	6.6	6.6		
2021/22	Belfast	DEP	Depression	440,869	46,270	105	93.5	(AS: 132.4 per 1,000 18+)	(AS: 119.8 per 1,000 18+)
2021/22	Belfast	DM	Diabetes Mellitus	440,869	23,203	52.6	53.6	(AS: 65.5 per 1,000 17+)	(AS: 67.6 per 1,000 17+)
2021/22	Belfast	HF1	Heart Failure	440,869	4,078	9.2	9.8		
2021/22	Belfast	HF3	Heart Failure due to Left Ventricular Systolic Dysfunction	440,869	1,859	4.2	4.3		
2021/22	Belfast	MH	Mental Health	440,869	5,214	11.8	9.3		
2021/22	Belfast	OST	Osteoporosis	440,869	1,524	3.5	3.5	(AS: 10.1 per 1,000 50+)	(AS: 9.7 per 1,000 50+)
2021/22	Belfast	STIA	Stroke and Transient Ischaemic Attack	440,869	8,812	20	19.6		
2021/22	Belfast	RA	Rheumatoid Arthritis	440,869	2,748	6.2	6.7	(AS: 7.7 per 1,000 16+)	(AS: 8.3 per 1,000 16+)

Abbildung 21: Bildschirmausschnitte aus "Quality Outcome Framework Prevalence - Raw Disease Prevalence Rates"

Wales stellt die Plattform **StatsWales** sowohl in der Landessprache Cymraeg als auch in englischer Sprache zur Verfügung. Das Office for National Statistics bietet ebenfalls Daten für die Region Wales an. Der Zugang zu diesen Plattformen ist weitgehend ähnlich wie in anderen Teilen des Vereinigten Königreichs. Bei der Suche nach Daten zu einem bestimmten Themenbereich sind jedoch keine spezifischen Datensätze zu finden, die sich ausschließlich auf häusliche oder stationäre Pflege beziehen. Im Unterschied zu anderen Webseiten gibt es auf der Seite StatsWales keinen speziellen Bereich für Pflege. Selbst bei der Verwendung von Suchbegriffen wie „Long Term Care“ liefert die Suchfunktion keine Ergebnisse. Unter dem Begriff „Care“ werden jedoch einige Suchergebnisse angezeigt, die Daten zur Langzeitpflege enthalten. Die hier gefundenen Ergebnisse umfassen Angaben zur Anzahl der Todesfälle in Pflegeheimen, zur Stundenanzahl häuslicher Pflege oder Betreuung im Allgemeinen. Je nach Datensatz können Benutzer:innen diesen individualisieren. Zudem gibt es Informationen zu den jeweiligen Tabellen bzw. Datensätzen sowie Verweise auf Weblinks.

In **England** sind zwei Dienste von zentraler Bedeutung: **NHS Digital** und das **Office for National Statistics**. Ersterer beinhaltet ausschließlich Daten des National Health Services, während Letzterer Daten aus verschiedenen Bereichen umfasst. Die Webseite von NHS Digital erscheint auf den ersten Blick viel benutzerfreundlicher. Dieser Dienst ist seit dem Geschäftsjahr 2021/22 vollumfänglich verfügbar und erfuhr sein letztes bedeutendes Update im Oktober 2022. Im Jahr 2023 ergaben sich zudem strukturelle Veränderungen, auf die im weiteren Verlauf dieses Kapitels noch genauer eingegangen wird. Eine positive Bewertung ergibt sich grundsätzlich daraus, dass alle vier Länder in die Plattform integriert sind und Statistiken sowie Daten auf der Startseite leicht zugänglich sind. Bei einer Suche gelangt man zunächst auf eine Filterseite, auf der durch ausgewählte Filteroptionen Statistiken und Daten angezeigt werden. Nach einmaliger Benutzung sind die Möglichkeiten, Suchwege und -funktionen leicht nachvollziehbar. Besonders positiv ist die „Adult Social Care Survey, England 2021–22 – Interactive Report“ zu bewerten (siehe Abbildung 23). Hier können Fragen wie beispielsweise nach Stimmungsbarometern ausgewählt und zusätzlich nach Regionen oder auch nach Antworten untergliedert werden. Ebenso stehen sogenannte Data Dashboards zur Verfügung, die interaktiv bedient werden können. Hierzu zählt auch der zuvor erwähnte [Adult Social Care Survey \(ASCS\), England 2021–22 Interactive Report](#).

... seeks to learn more about how effectively services are helping service users to live safely and independently in their own homes, and the impact that these services have on their quality of life.

This analysis uses the statistical nearest neighbours generated by CIPFA (The Chartered Institute of Public Finance & Accountancy) who have authorised their use for this analysis only. The nearest neighbour model groups together councils that are similar with regard to various socio-economic factors. This can aid councils in comparative and benchmarking exercises. Any further re-use of the statistical nearest neighbours must be agreed with CIPFA. Further information about the model can be found on the [CIPFA home page](#).

On 1 April 2021 Northamptonshire council ceased to exist and instead two new councils were formed, North Northamptonshire and West Northamptonshire. The version of the CIPFA model used in this dashboard does not reflect this organisational change. Therefore we do not have statistical nearest neighbours for these two new local authorities.

The full report can be found at: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/personal-social-services-adult-social-care-survey/england-2021-22>

Contents

Key Findings	Council – View by Demographic	National – View by Regions or Type
Council(s) – View by Region	Council – Question Comparisons	National – View by Demographic
Council – Time Series	Council(s) – Margin of Error	National – Question Comparisons
Council(s) – View by Peer Group	Council(s) – View by Demographic Breakdown	Further Information and Feedback

[Return to contents](#)

Select question

Question 09a - Which of the following statements best describes how you spend your time?

Select region to compare council responses to the national value

0 - England	East Midlands
Eastern	London
North East	North West
South East	South West
West Midlands	Yorkshire and the Hu...

Select council(s)

Alle

Question response options

- 1 I'm able to spend my time as I want, doing things I value or enjoy
- 2 I'm able to do enough of the things I value or enjoy with my time
- 3 I do some of the things I value or enjoy with my time but not enough
- 4 I don't do anything I value or enjoy with my time

Question responses by council for selected region

Question response options: 1 ● 2 ● 3 ● 4

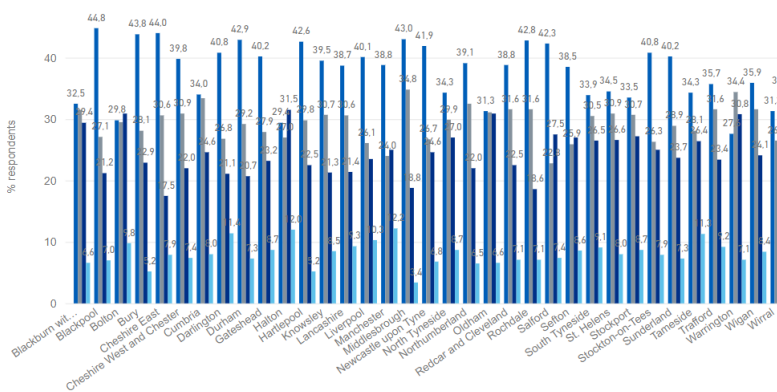


Abbildung 22: Bildschirmausschnitte Adult Social Care Survey 2021–22 (NHS Digital 2023)

Die Benutzeroberfläche der Data Dashboards – einschließlich eigener Kapitel auf der Seite – präsentiert sich als übersichtlich, optisch ansprechend und ermöglicht Individualisierung. Bedauerlicherweise sind diese interaktiven Datensätze nicht für alle Bereiche verfügbar. Abschließend lässt sich festhalten, dass es den Anschein hat, als würde der NHS Digital die bestehenden Datenbanken ergänzen und somit eine Plattform für sämtliche Daten des Gesundheitssystems bereitstellen. Ähnlich wie bei Statista aus Deutschland existieren auch hier spezielle institutionelle Zugänge. Ansätze, die sich aus der durchgeführten Recherche ergeben haben, könnten für die weitere Entwicklung der Instrumente im Rahmen des vorliegenden Forschungsprojektes von Interesse sein.

Länderübergreifendes Beispiel – Eurostat-Statistics

Eurostat fungiert als das statistische Amt der Europäischen Union, wodurch es ermöglicht wird, statistische Daten für sämtliche Mitgliedstaaten der EU abzurufen. Als integraler Bestandteil des Europäischen Statistischen Systems (ESS) unterhält Eurostat eine Partnerschaft mit den nationalen Statistikbehörden der jeweiligen Länder (Eurostat, 2023).

Databrowser

Der Zugang zum Datenbrowser erfolgt nicht direkt über einen Reiter; stattdessen gelangt man über den Reiter „Daten“ und das Icon „Datenbank“ zu einer Auswahlseite. Informationen zum Gesundheitswesen sind etwas versteckt und befinden sich im Bereich „Bevölkerung“ unter der Kategorie „Gesundheit“. Die Seite selbst ist grundsätzlich intuitiv bedienbar, jedoch könnte die Schriftgröße größer und kontrastreicher gestaltet sein, um eine nutzerfreundlichere Erfahrung für Menschen mit Sehbeeinträchtigungen zu gewährleisten. Die Webseite ist in drei Sprachen verfügbar: Englisch, Deutsch und Französisch. Die bereitgestellten Daten umfassen Metadaten aller EU-Mitgliedstaaten und können unterschiedlich visualisiert werden, wobei sämtliche Länder in jeder Tabelle enthalten sind.

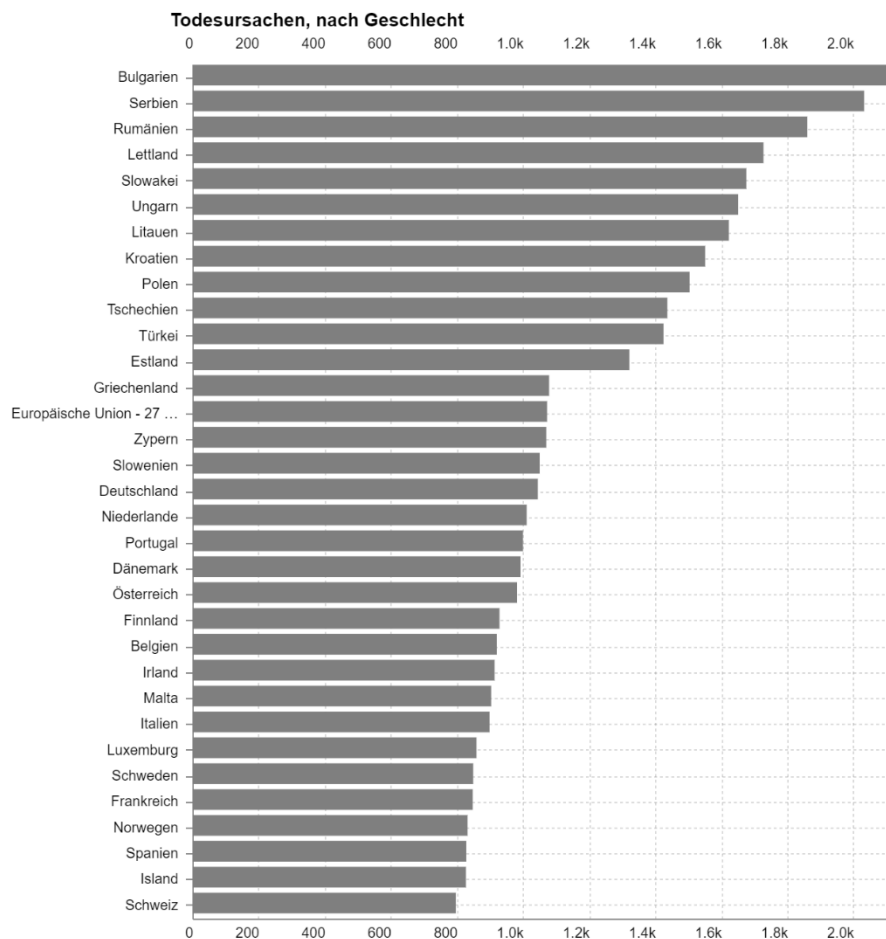


Abbildung 23: Bildschirmausschnitt Todesursachen nach Geschlecht in Europa (Eurostat 2023)

Des Weiteren gibt es interessante Ansätze, Daten abseits der klassischen Tabelle darzustellen. Im Bereich der Datenvisualisierung sind diverse interaktive Visualisierungen verfügbar. Für das gegenwärtige Projektvorhaben erweist sich insbesondere „Ageing in Europe“ als relevant. Hier steht die Gesundheit älterer Menschen im Fokus, wobei die Langzeitpflege nur gering vertreten ist. Die Webseite präsentiert sich generell ansprechend und ist benutzerfreundlich gestaltet. Gesuchte Informationen sind leicht zugänglich und erfordern nur wenige Klicks. Es besteht zudem die Möglichkeit, die gesamte EU oder auch nur bestimmte Einzelstaaten, für die Informationen benötigt werden, auszuwählen. Interessant ist, dass auch hier, ähnlich wie in einigen zuvor dargestellten Ländern, mit qualitativen Daten gearbeitet wird, beispielsweise in Form der Frage, wie sich die Einwohner:innen selbst in Bezug auf ihre Gesundheit einschätzen.

NHS Digital – Best Practice

Wie bereits im Kapitel 2.2 beschrieben, gibt es den Service von NHS Digital, der im Folgenden auch als Best Practice bezeichnet werden kann, wenn es um Daten und Datenkommunikation geht. NHS Digital besteht bereits seit dem Jahr 2005 als spezielle Gesundheitsbehörde unter dem Namen Health and Social Care Information Center (HSCIC). Diese Behörde wurde im Rahmen des Health and Social Care Acts von 2012 zu einer nicht-ministeriellen öffentlichen Einrichtung. Im Jahr 2016 wurde der Health and Social Care Information Center dann in NHS Digital umbenannt. Die Aufgabenbereiche von NHS Digital lagen schon seit der Gründung im Bereich der IT, Daten und Digitalisierung. Zusammen mit dem 2019 gegründeten NHSX lag der Fokus auf der Entwicklung bewährter Verfahren für Digitalisierung, Technologie und Daten des Nationalen Gesundheitsdienstes. Im Jahr 2023 fusionierten NHS Digital und NHSX und wurden in den National Health Service England eingegliedert. Diese Veränderungen waren eine Folge der Umstrukturierung des National Health Service England und dem neuen Fokus auf integrierte Versorgungssysteme, in denen Digitalisierung und vor allem Daten eine wichtige Rolle spielen.

NHS Digital definiert seine Aufgabe in der Konzeption, Entwicklung und dem Betrieb nationaler Datendienste und IT mit dem Ziel, medizinisches Personal zu unterstützen und eine optimale Patientenversorgung zu gewährleisten (NHS Digital, 2023). Die Verwaltung der gesamten Pflege- und Gesundheitsdaten der Gesundheits- und Sozialsysteme sowie ihre Erfassung und Auswertung obliegt dem NHS. NHS Digital bietet unterschiedliche Datendienste an, die teilweise öffentlich zugänglich sind, sowie Daten, die nur für eine bestimmte Personengruppe zugänglich sind.

Datensammlungen

Die Datenerhebung im NHS Digital ist obligatorisch. Daten für die Datensammlungen werden von lokalen Behörden, unabhängigen Organisationen sowie den NHS-Trusts geliefert und an einer Stelle zentral gesammelt und verarbeitet. Unter der Kategorie „Data Collections“ sind primär Dokumente bzw. Leitlinien zur Datenerhebung in verschiedenen Bereichen zu finden. Daten zu persönlichen Sozialdienstleistungen, zu denen auch die Pflege gehört, werden an-

hand dieser Leitlinien von den einzelnen Akteuren erhoben und an den National Health Service weitergeleitet. Des Weiteren sind die lokalen Regierungsbehörden (Councils with Adult Social Services Responsibilities) dazu verpflichtet, eine jährliche postalische Umfrage bei allen Personen durchzuführen, die Sozialdienstleistungen erhalten. Der Fokus dieser Befragung liegt vor allem darauf, die Lebensqualität der Leistungsempfänger:innen zu erfragen, die unter anderem im Adult Social Care Survey zu finden ist.

Datensätze

Die beschriebenen Daten werden für die Nutzer:innen in der Kategorie „Data Set“ aufbereitet und präsentiert. Ihr Zweck ist es, die Politik zu informieren, wobei gleichzeitig das Ziel der Qualitätssicherung und -steigerung verfolgt wird. Ein Beispiel hierfür ist das Community Services Data Set, welches nicht nur die dazugehörige Statistik enthält, sondern auch detaillierte Informationen zu den Inhalten des Datensatzes sowie den Zwecken, für die er genutzt wird (z. B. Qualitätssicherung oder Steuerung). Darüber hinaus bietet der Datensatz Hinweise zu möglichen Änderungen und Kontaktdaten für eventuelle Verbesserungsvorschläge. Es werden nicht nur bloße Statistiken präsentiert; vielmehr können Datensätze als zentrale Anlaufstelle betrachtet werden, die alle Informationen im Zusammenhang mit dem Datensatz für alle Akteure bereitstellen (NHS Digital, 2023).

Veröffentlichte Statistiken, offene Daten und Datenprodukte

Alle frei zugänglichen Daten wie zum Beispiel Statistiken, Umfragen oder Dashboards sind im Bereich „Statistical Publications, Open Data and Data Products“ zu finden. Hier sind nicht nur aktuelle Veröffentlichungen gelistet, sondern auch zukünftige Publikationen. Ähnlich wie bei den Datensätzen werden die jeweiligen Dashboards in Hauptkategorien eingeteilt, die dann untergliedert werden. Wird ein interaktives Dashboard geöffnet, gibt es unterschiedliche Bereiche, die ausgewählt werden können, wie beispielsweise die wichtigsten Ergebnisse, die zu Beginn kurz und prägnant dargestellt sind. Außerdem wird auf der ersten Seite eine Anleitung zur Nutzung des Dashboards bereitgestellt. Der Adult Social Care Survey enthält beispielsweise Daten aus den Befragungen der Leistungsempfänger:innen. Die Datenvisualisierung erfolgt in erster Linie durch Balken-, Kreisdiagramme und Karten. Jedoch gibt es eine einführende Folie, die dazu dient, den Leser:innen die zentralen Ergebnisse anschaulich zu präsentieren. Diese Folie enthält eine ausgewogene Kombination aus Texterläuterungen und grafischen Darstellungen, um den Inhalt prägnant zu vermitteln.

Neben dem Adult Social Care Survey gibt es auch andere Dashboards wie den Adult Social Care Outcomes Framework (ASCOF), das misst, wie Anbieter in den Bereichen der Verbesserung der Lebensqualität Pflegebedürftiger, der Verzögerung oder Verringerung des Pflegebedarfs, der Sicherstellung von positiven Erfahrungen mit Pflege und dem Schutz dieser Personengruppe agieren. Anzumerken ist, dass abseits der Dashboards auch Statistiken zur Verfügung stehen. Diese sind nicht ausschließlich auf der Webseite des NHS Digital zu finden, sondern auch auf der Seite des National Health Service Englands Statistics. Wenn es um spezielle Daten

– beispielsweise zu Forschungszwecken – geht, gibt es einen gesonderten Bereich, der im Rahmen dieser Recherche nicht einsehbar war, da er nur für bestimmte Personengruppen zur Verfügung steht.

Datenkommunikation

Die Art und Weise, wie Daten von einzelnen Akteuren an den NHS Digital übermittelt werden, variiert je nach Akteur. Der National Health Service bietet jedoch verschiedene Plattformen und Tools an, die für die Datenübermittlung genutzt werden können. Für den klinischen Bereich gibt es die Clinical Audit Plattform, für Daten aus dem Gesundheitssystem und der Sozialfürsorge den Strategic Data Collection Service. Hausärzte:innen sowie primäre Versorger haben Zugang zur National Workforce Reporting Service Plattform, zusätzlich gibt es die neue cloudbasierte Plattform „Strategic Service in the Clouds“. Der Zugang zu den jeweiligen Plattformen erfolgt online über einen sogenannten Single Sign-On Account (SSO). Diese haben den Vorteil, dass Nutzer:innen sich nur einmalig bei einer Plattform anmelden müssen, um auf mehrere Dienste oder Anwendungen zugreifen zu können. Dieses Verfahren ist auch unabhängig von IT-Lösungen wie zum Beispiel Pflegedokumentationssysteme. Es wird lediglich ein Account benötigt, der beim NHS Digital beantragt werden muss. Die Bedienung der Plattformen, wer genau welche Berechtigungen hat und in welchem zeitlichen Abstand Daten übermittelt werden, konnte mangels eines Accounts nicht in Erfahrung gebracht werden.

Es ist anzumerken, dass es unterschiedliche Datensätze gibt, die jährlich, monatlich oder wöchentlich erhoben werden. Daten wie Überweisungen und Terminvergaben der Privatpersonen werden beispielsweise wöchentlich erfasst. Der Hospital-Level Mortality Indicator, vergleichbar mit der deutschen Todesursachenstatistik, wird monatlich erhoben. Daten für den Adult Social Care Survey werden jährlich ermittelt.

Fazit

Grundlegend ist festzustellen, dass der NHS Digital nicht die einzige Plattform für Datensammlung, Auswertung und Aufbereitung ist. Es gibt weitere Akteure im Gesundheitssystem, wie die National Health Service England Statistics oder das Office for National Statistics, die auch Daten bzw. Statistiken aus anderen Mitgliedsländern bereitstellen. Des Weiteren gibt es noch Dienste wie die Care Quality Commission, die Qualitätsprüfungen durchführt und Daten in Form von Qualitätsberichten bereitstellt. Inwiefern die in den Qualitätsberichten enthaltenen Daten zur Steuerung des Gesundheitssystems von Entscheidungsträger:innen genutzt werden, kann im Rahmen der Recherche nicht ermittelt werden. Es ist jedoch an dieser Stelle wichtig anzumerken, dass das Gesundheits- und Pflegesystem im Vereinigten Königreich anders organisiert ist: Hier unterliegt alles dem National Health Service und wird durch Gesetze wie den Social Care Act normativ geregelt, was zu einer ganz anderen Datenerhebung im Vergleich zu Deutschland führt. Im Rahmen der Recherche stellt sich heraus, dass der Anwendungsbereich des NHS Digital ausschließlich auf England beschränkt ist und nicht für die anderen Mitgliedsländer des Vereinigten Königreichs gilt.

Für den Umgang mit Daten zur Steuerung der Langzeitpflege auf nationaler Ebene gibt es einige Prozesse und Vorgehensweisen, die möglicherweise sinnvoll sind. Es erscheint sinnvoll, für eine reibungslose, transparente und einfache Datenkommunikation alles zentralisiert zu sammeln und zu verwalten und die Datenkommunikation klar in Gesetzen und Leitlinien festzulegen.

Ebenfalls ist positiv hervorzuheben, dass im Vergleich zu anderen Ländern keine rein statistischen Datensätze existieren, sondern vielmehr eine zentralisierte Informationsplattform. Diese dient der Information von Fachleuten, Laien und politischen Entscheidungsträgern gleichermaßen. Im Vergleich zu Deutschland sind hier alle relevanten Informationen an einem Ort verfügbar, wodurch eine zeitintensive Recherche entfällt, bei der diverse Informationen oft mühsam über verschiedene Quellen gesammelt werden müssen. Die Funktion der Dashboards steht nicht für alle Datensätze zur Verfügung; sind jedoch für diejenigen, bei denen sie verfügbar sind, gut konzipiert. Klare Gebrauchsanweisungen und ein prägnanter Überblick über zentrale Ergebnisse, visuell durch Diagramme unterstützt, ermöglichen einen effizienten Überblick für die Lesenden. Regionale sowie Landesvergleiche sind möglich und die Visualisierung der Daten scheint durchdacht und anpassbar. Ein herausragender Aspekt im Vergleich zu anderen Ländern besteht darin, dass auch Daten mit qualitativem Charakter – beispielsweise zur Lebensqualität – berücksichtigt werden. Diese Besonderheit konnte in keinem der anderen Statistikdienste der zuvor dargestellten Länder beobachtet werden. Auch gibt es die Option, mit dem Landesdurchschnitt oder Regionen miteinander zu vergleichen.

2.2.3 Übersicht zur Studienlage

Im Folgenden werden die im Rahmen der Literaturrecherche gesichteten einschlägigen Studien/Reviews in ihrer Zielsetzung, ihrem Inhalt und teilweise ihrer Methodik vorgestellt und von den Autorinnen dieses Berichtes kurz bewertet, inwiefern diese Erkenntnisse für das Forschungsvorhaben und den Erkenntnisgewinn von Bedeutung sind. Anzumerken ist an dieser Stelle, dass die unterschiedlichen Arbeiten unterschiedliche Schwerpunkte in der Datenverarbeitung setzen und die meisten Arbeiten den Fokus auf informationstechnische Lösungen legen. Zudem handelt es sich in der gesichteten Literatur um Datennutzung, die im Rahmen der Ressourcenzuweisung innerhalb des gesamten Gesundheitssystems genutzt werden bzw. genutzt werden können. Neben der Auseinandersetzung mit der Nutzung und Verarbeitung konnten auch qualitative Arbeiten gesichtet werden, die sich mit der Personengruppe der Entscheidungsträger:innen auseinandersetzen und untersuchen, wie sie Entscheidungen treffen und welche Daten sie hierfür nutzen.

“Real-world data from the health decision maker perspective. What are we talking about?” (Romio et al., 2013)

Ziel und Inhalt der Studie: Vor dem Hintergrund, dass Entscheidungsträger:innen innerhalb des Gesundheitswesens zunehmend Strategien entwickeln, die reale Daten als Beweisgrundlage nutzen, setzen sich die Forscher:innen dieses Reviews zum Ziel, zu beschreiben, weshalb die Entscheidungsfindung anhand realer Daten für Entscheidungsträger:innen möglicherweise profitabel sein kann und wie diese organisiert und erreicht werden kann. Reale Daten werden (hier als Daten aus der Routineversorgung verstanden) nicht unter experimentellen Bedingungen erhoben. Primär bezieht sich dieses Review auf die Zielgruppe, der die Entscheidungsfindung über den Einsatz von Gesundheitsressourcen obliegt. Die dort angewendeten Strategien können zwar innerhalb eines Experiments evaluiert werden, spiegeln jedoch nicht die tatsächliche Praxis wider. Durch die zunehmende Digitalisierung des Gesundheitswesens mit dem Ziel einer effizienten und sicheren Gesundheitsversorgung wächst die Anzahl an elektronisch erfassten Gesundheitsdaten und Krankenakten. Die hieraus gewonnenen Daten könnten zukünftig für das Gesundheitswesen wie auch die Politik hilfreich sein. Der Ansatz des „population-based cohort design“ (Beobachtungsstudien) wird von den Forscher:innen als sehr passend für Forschungszwecke innerhalb realer klinischer Forschung beschrieben, die mehrere Daten liefern können. Ziel der Forschenden war es, mögliche Ansätze aufzuzeigen, wie Daten aus der Routineversorgung auch zu Forschungszwecken genutzt werden können. Die Nutzung dieser Daten können in der Zuweisung und Wirksamkeitsüberprüfung von Gesundheitsressourcen sowie von Therapien und Medikamenten genutzt werden und könnten im Vergleich zu der derzeit verbreiteten Bewertung mittels Randomisierter Kontrollierter Studie (RCT) andere Aspekte bzw. Blickwinkel ermöglichen, da hier nicht nur die Wirksamkeit untersucht werden kann, sondern, ob es auch in der Routineversorgung funktioniert (Romio et al., 2013, S. 1–9).

Fazit: Primär beschäftigt sich diese Arbeit nicht mit Steuerungsdaten aus der oder für die Langzeitpflege, sondern mit der Nutzung von „healthcare utilization databases“ und elektronischen Patientenakten. Die Ergebnisse dieser Arbeit können nicht direkt für dieses Forschungsvorhaben genutzt werden, zeigen jedoch auf, dass die wirklich benötigten Daten oftmals nicht für Entscheidungsträger:innen zur Verfügung stehen.

“Use of economic evaluation in local health care decision-making in England: A qualitative investigation” (Eddama & Coast, 2009)

Inhalt und Zielsetzung: Vor dem Hintergrund knapper Gesundheitsressourcen in England ist Ziel dieser Untersuchung aufzuzeigen, inwiefern ökonomische Evaluationen wie die Kosten-Wirksamkeits-Analyse oder Kosten-Nutzen-Analyse in der Entscheidungsfindung auf lokaler Ebene genutzt werden können.

Methode: Die Forschenden führten in einem Zeitraum von 16 Monaten 29 Expert:innen-Interviews durch. Die Befragungen waren diskursiv und ohne einen strikt vorgegebenen Leitfaden. Außerdem begleiteten die Forschenden 13 Führungssitzungen, in denen sie stets eine beobachtende Position einnahmen. Ziel dieser Beobachtungen war, eine möglichst realitätsnahe Entscheidungsfindung zu beobachten. Des Weiteren wurden Dokumentenanalysen aus Sitzungsprotokollen gesichtet mit dem vordergründigen Ziel der Triangulation der Interviews.

Ergebnis: Es wird keine ökonomische Bewertung auf lokaler Ebene zur Entscheidungsfindung angewandt. Grund hierfür ist laut Eddama und Coast die Art, wie Entscheidungen auf Managementebene getroffen werden. Diese entsprechen nicht der klassischen ökonomischen Bewertung im Gesundheitswesen, da beispielsweise keine Interventionen oder Deinvestitionsentscheidungen getroffen werden, sondern nur der Personal- oder Materialverbrauch mit einbezogen wird. Des Weiteren besteht laut den Autor:innen ein mangelndes Verständnis für den Einsatz ökonomischer Evaluationen als einen möglichen Lösungsansatz zur Entscheidungsfindung. Auch kommen die Autor:innen zu dem Schluss, dass es schwierig zu beurteilen ist, ob eine ökonomische Evaluation überhaupt sinnvoll ist, um Entscheidungen zu treffen.

Fazit: Anzumerken ist, dass die Organisation des Gesundheitswesens in dieser Form nicht mehr aktuell ist. Dennoch zeigt diese Untersuchung auf, dass Entscheidungsträger:innen speziell für ihre Situation zutreffende Daten benötigen. Interessant ist auch der Aspekt, dass die National Institute for Health and Care Excellence Richtlinien des National Health Services (NHS) Management Entscheidungen beeinflussten. Genaue Daten werden jedoch von den Autor:innen nicht genannt. Es geht aus der Studie lediglich hervor, dass wenig fachspezifische Evidenz genutzt wird.

“Development of a web-based system using the model view controller paradigm to facilitate regional long-term care planning” (Worrall & Chausalet, 2011)

Ziele und Inhalte: Ziel der Studie ist die Entwicklung eines webbasierten Entscheidungsunterstützungssystems in London im Bereich der Langzeitpflege. Genauer heißt das, dass ein webbasiertes System für lokale Planer:innen unter Verwendung eines Model-View-Controller-Paradigmas entwickelt wurde, das Unterstützung bei der langfristigen Entscheidungsfindung und der Analyse sowohl der aktuellen als auch der erwarteten zukünftigen Ressourcennutzung bieten soll. Grundlage dieser Studie ist ein vorab entwickeltes Tool aus 2006, das im Auftrag des National Health Service (NHS) weiterentwickelt werden soll.

Methode: Die Aufgabe des Web-Systems besteht darin, die Aufgaben und Prozesse im Rahmen der Planungsprozesse für Langzeitpflege zu identifizieren. Um hierfür eine Datengrundlage zu schaffen, führten die Autor:innen Interviews durch und organisierten Treffen mit Verantwortlichen der Langzeitpflege aus Primärversorgungseinrichtungen (PCTs) in ganz London durch, wie auch eine Befragung mittels Fragebogen. Anhand dieser Daten und Informationen

erstellten die Forscher:innen kognitive Karten, die den Umfang der durchzuführenden Aufgaben sowie Zeiträume (täglich, wöchentlich, monatlich, jährlich) darstellen. Da es bereits einen entwickelten Prototyp gibt, wurden innerhalb der Datenerhebung auch mögliche Probleme mit der Einführung der möglichen Software erfasst. Es konnten die drei Kategorien „Prognose“, „Benchmarking“ und „Analyse des Planungs- und Aufgabenprozesses“ identifiziert werden. Zudem wurden zehn Outputs der jeweiligen Kategorie identifiziert, die als Datengrundlage für die Prototypen dienen. Außerdem wurde der der jeweilige Datentyp bzw. die jeweilige Datenvisualisierung der Outputs festgehalten. Diese Outputs dienen sozusagen als „Datenfutter“ für das Programm, ähnlich wie bei heutigen KI-Anwendungen (z. B. ChatGPT).

Ergebnisse: Nach einem Testlauf können die Autor:innen mehrere Probleme identifizieren. Zu den auffälligsten Problemen gehörte die Softwarekompatibilität, inoffizielle Tabellenkalkulationserweiterungen und Schwierigkeiten bei der Dateneingabe in das System. Grund für letzteres sind erhebliche Unterschiede zwischen der Art und Weise, wie das Programm die Dateneingabe erwartet und der Art und Weise, wie sie in der Praxis von den Planer:innen erfasst wird.

Bewertung/Fazit: Diese Studie erfolgte im Auftrag des NHS. Anzumerken ist an dieser Stelle, dass es die „Primary care Trusts“ (PCT) nicht mehr gibt. Jedoch ist der Ansatz ähnlich zu dem in diesem Projekt, nämlich zuerst die Befragung von Entscheidungsträger:innen im System durchzuführen, um Aufgaben und Prozesse zu analysieren, und dann ein System zu entwickeln. Grundsätzlich ist die Funktionsweise des Programms ähnlich wie eine klassische Datenbank. Das System wird mit Daten der Primary care Trust angereichert, die dann für zukünftige Planung der Langzeitpflege in London dienen sollen. Inwiefern die Studie bzw. das Programm aus IT-Sicht in seiner Qualität einzuordnen ist, kann hier nicht beurteilt werden. Positiv zu bewerten ist jedoch, dass das System zuerst geordnet wurde. Aufgaben wurden festgehalten, Expert:innen befragt und dann erst wurde das Programm vollumfänglich implementiert, was durchaus sinnvoll erscheint, da Probleme in einer Beta-Version vorab gelöst werden können. Kritisch zu bewerten ist die Auftragsforschung, die durchaus indirekt vorgibt, in welcher Richtung Daten erhoben werden sollen.

“The Method for Assigning Priority Levels (MAPLe): A new decision-support system for allocating home care resources” (Hirdes et al., 2008)

Ziele und Inhalte: Ziel dieser Studie ist es, anhand eines Algorithmus (MAPLe) den Zugang bzw. die Zuweisung häuslicher Pflege in der Region Ontario, Kanada, in Form von Prioritätsebenen aufbauend auf Daten des RAI-HC Assessment umzustrukturieren. Der entwickelte Algorithmus soll Home Care Case Managern (HCM) in ihrer Entscheidungsfindung helfen bzw. unterstützen, da diese damit beauftragt sind, Entscheidungen über die Zuweisung sowohl kommunaler als auch institutioneller Ressourcen für ältere pflegebedürftige Menschen in der Gemeinde zu treffen. Zum Zeitpunkt der Forschung entschieden Home Care Case Managern häufig über die

zu verteilenden Ressourcen mittels einer Vielzahl von nicht-standardisierten, unzuverlässigen und nicht validen Assessments. Trotz der Verwendung geriatrischer Assessments merken die Autor:innen dieser Studie an, dass die Ressourcenzuteilung häufig subjektiv geprägt ist und auch durch idiosynkratische Unterschiede der Ärzte getroffen wird. Die Autor:innen untersuchen unterschiedliche Instrumente aus unterschiedlichen Projekten innerhalb Kanadas zur Entscheidungsfindung, welche Dienstleistungen Personen erhalten bzw. ob eine Unterbringung in einem Pflegeheim in Frage kommen würde. Keines der bestehenden Systeme kam für die Region Ontario in Frage.

Methode: Zuerst werden die unabhängigen Variablen durch die Forschenden identifiziert, die anschließend zur Ableitung des MAPLe-Algorithmus modelliert werden. Die Variable der Rate von Heimeinzügen stellt ein aussagekräftiges Ergebnis dar, jedoch kann beobachtet werden, dass der größte Teil der in der Häuslichkeit lebenden Pflegebedürftigen kurz- bzw. mittelfristig nicht in ein Heim einzieht. Daher entscheiden sich die Autor:innen, Zwischenschritte zu identifizieren, die am Ende zu einem Heimeinzug führen.

Die folgenden drei Risikofaktoren werden für einen Heimeinzug anhand des RAI-HC identifiziert:

1. Vorhandensein von Anzeichen einer Belastung des pflegenden Angehörigen
2. Selbsteinschätzung oder Einschätzung durch andere, dass es dem oder der Pflegebedürftigen in einem anderen Umfeld besser gehen würde
3. Tatsächliche Einweisung in ein Pflegeheim innerhalb des nächsten Quartals

Variablen können als indirekte Marker für den „Bedarf“ für zusätzliche Dienstleistungen betrachtet werden, da es sich um potenziell vermeidbare negative Folgen handelt, deren Eintrittswahrscheinlichkeit durch hochwertige häusliche Pflegedienste verringert werden kann. Hinzugenommen wird ein Algorithmus mit zusätzlichen Daten aus fünf anderen Ländern, drei anderer kanadischer Provinzen und einer Stichprobe aus der Region Ontario.

Ergebnisse: Laut den Autor:innen ist der MAPLe-Algorithmus ein psychometrisch solides Instrument zur Entscheidungsunterstützung, das als Entscheidungshilfe für die Zuteilung von Ressourcen innerhalb der häuslichen Pflege und für die Priorisierung von Klient:innen, die gemeindenahe oder einrichtungsbasierte Dienste benötigen, dienen kann (Hirdes et al., 2008, S. 1).

Bewertung/Fazit: In dieser Studie wird die Thematik der Dringlichkeit einer verbesserten häuslichen Pflege hervorgehoben, wobei auf die klassische Zuordnung nach „Pflegephänomen zu Ort“ verzichtet wird. Dies bedeutet, dass die Annahme, bestimmte Pflegephänomene könnten ausschließlich in spezifischen Umgebungen betreut werden, nicht aufrechterhalten wird. Es wird bewusst von der herkömmlichen Einteilung nach Krankheitsbildern abgesehen; stattdessen werden fünf Risikogruppen identifiziert. Die vorliegende Studie verdeutlicht, dass die Entwicklung valider Instrumente zur Unterstützung von Entscheidungsfindungen im Bereich

der Langzeitpflege sinnvoll ist. Des Weiteren wird aufgezeigt, dass IT-Ansätze wie Algorithmen eine geeignete Möglichkeit darstellen können.

”Desiderata for a Synthetic Clinical Data Generator” (Wiedekopf et al., 2021)

Ziele und Inhalte: Die Autor:innen dieser Studie setzen sich im Rahmen der derzeitigen Entwicklungen innerhalb der Medizininformatik mit dem Thema der elektronischen Gesundheitsdaten auseinander. Die derzeitigen Entwicklungen in diesem Bereich ermöglichen laut den Autor:innen ein breites Spektrum an sekundären Verwendungszwecken elektronischer Gesundheitsdaten. Vor allem im Hinblick auf die Forschung, die aufgrund des Datenschutzes oftmals keinen Zugang zu echten Patient:innen-Daten hat, stellt die Generierung synthetisch generierter Gesundheitsdaten eine mögliche Alternative dar. Das Ziel dieser Arbeit besteht zum einen darin, mehrere Anwendungsfälle für einen Korpus realistischer, aber synthetischer elektronischer Gesundheitsdaten zu generieren. Konkret bedeutet dies die Erzeugung einer Sammlung von Informationen, die aus realen Gesundheitsdaten abgeleitet und mittels künstlicher Intelligenz erstellt wurden – mit dem Ziel bzw. Fokus, realen Daten möglichst ähnlich zu sein. Des Weiteren setzt sich diese Studie zum Ziel, daraus abgeleitete funktionale Anforderungen an ein ideales Generatorprojekt zu formulieren, das in einer Vielzahl von Orten und Umgebungen eingesetzt werden kann. Die daraus abgeleiteten Handlungsempfehlungen sollen zukünftige Arbeiten mit demselben Forschungsvorhaben unterstützen. Die Autor:innen zeigen zwei Wege auf, wie Daten generiert werden können.

Datengesteuerte Generierung: Diese Methode stellt einen Prozess dar, bei dem reale Patient:innendaten durch Maschinelles Lernen bzw. das Schreiben eines Algorithmus aus Pflege- und Krankheitsmustern in einem realen Umfeld genutzt werden, um automatisch neue Datensätze zu erzeugen bzw. zu generieren. Vorteil hier sind wenige manuelle Eingaben durch Expert:innen, die den Nachteil der Beeinträchtigung der Realitätsnähe der ausgegebenen Daten wiederum mit sich bringen. Es werden durch Maschinelles Lernen Merkmale generiert, die jedoch nur durch die im Hintergrund erzeugten Daten erfasst werden können. Folglich sind seltene Krankheiten oder Pflegephänomene nur schwer zu erfassen, da hierzu zu wenig Daten verfügbar sind. Um fehlende Merkmale zu ergänzen, müssen modellbasierte Ansätze in einen datengesteuerten Generator integriert werden. Dieser Ansatz benötigt also viele Daten, die möglicherweise nicht vorhanden sein können, sowie eine einheitliche Erfassung, sprich einheitliche Dokumentationsprogramme, Arzneimittelerfassung und vieles mehr.

Modellbasierte Ansätze: Hier werden keine realen Patient:innendaten benötigt, um mit einem Algorithmus Merkmale zu generieren. Die hier generierten Daten werden durch das Nutzen von diversen Modellen für Krankheitsverläufe und Patientenversorgung erstellt. Dies benötigt im Gegensatz zum ersten Ansatz Fachexpert:innen, die diese Modelle erstellen und kuratieren (Wiedekopf et al., 2021, S. 68–72).

Bewertung/Fazit: Diese Arbeit schafft Einblicke in die Thematik der synthetischen Datengenerierung und eröffnet neue Denkansätze auch im Bereich der Langzeitpflege.

“Use of a quantitative data report in a hypothetical decision scenario for health policymaking: a computer-assisted laboratory study” (Wronski et al., 2021)

Inhalte und Ziele: Ziel dieser Studie ist die Untersuchung des Leseverhaltens von Berichterstattungen von zukünftigen Entscheidungsträger:innen des Gesundheitswesens.

Methode: Studierenden und Fachexpert:innen werden quantitative Datenberichte zum Lesen vorgelegt. Die benötigten Daten zur Analyse des Leseverhaltens werden durch Fragebögen, Interviews und Eye-Tracking erhoben. Die gewonnenen Eye-Tracking-Daten werden zur Erstellung von Heatmaps genutzt. In den Interviews werden die Gründe für die Aufmerksamkeit gegenüber bestimmten Berichtsabschnitten erfragt und dokumentiert. Insgesamt nehmen 46 Personen teil, von denen 85 % Studierende und 15 % Fachleute sind.

Ergebnis: Die Blickbewegungsbeobachtungen zeigen auf, dass die Teilnehmenden den meisten Teilen des vorgestellten Berichts gleich viel Zeit und Aufmerksamkeit widmeten, beim Lesen des Methodenteils kann beobachtet werden, dass die Teilnehmenden weniger konzentriert sind. Im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse der Interviews können 29 Gründe – aufgeteilt in vier Kategorien – für die Aufmerksamkeit gegenüber einem Berichtsabschnitt ermittelt werden. Die Eye-Tracking-Messungen stehen weitgehend in keinem Zusammenhang mit der Wahrnehmung der Teilnehmenden hinsichtlich der Verständlichkeit und Nützlichkeit des Berichts. Die Eye-Tracking-Daten liefern zusätzliche Informationen über das Leseverhalten, die durch Fragebögen oder Interviews mit Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen nicht erfasst werden konnten. Einige der Teilnehmenden geben an, dass diese die Berichterstattung häufig nutzen, um sich eine Meinung zu bilden oder um sich einen Überblick zu verschaffen. Der Methodenteil dient laut Aussagen einiger Befragten eher dazu, die Glaubwürdigkeit der anderen Berichtsteile zu prüfen, andere geben wiederum an, dass ein Problem der Verständlichkeit des Methodenteils Grund für eine verminderte Aufmerksamkeit sei. Auch sind ein Mangel an Zeit oder fehlender Bezug zur Entscheidungsfindung weitere Gründe der Befragten.

Bewertung/ Fazit: Diese Arbeit zeigt auf, dass Entscheidungsträger:innen unterschiedlich mit quantitativen Daten bzw. Berichterstattungen umgehen. Mangelnde Zeit, aber auch mangelndes Wissen oder Kompetenzen machen es notwendig, dass diese Personengruppe möglicherweise ihnen wichtige Daten bereits aufgearbeitet benötigen. Die Ergebnisse könnten darauf hindeuten, dass Daten, die von Entscheidungsträger:innen genutzt werden, anders aufbereitet werden müssen.

”Data resource profile: Regional healthcare information platform in Halland, Sweden, a dedicated environment for healthcare research” (Ashfaq et al., 2020)

Inhalte und Ziele: Vor dem Hintergrund der langjährigen Nutzung von elektronischen Gesundheitsdaten werden in den 21 Regionen Schwedens bereits unterschiedliche Datenbanken betrieben, die sich in ihrer technischen Umsetzung unterscheiden. Die Region Halland verfügt über die Datenbank VAS, die Leistungserbringer:innen seit vielen Jahren nutzen und in die Leistungserbringer:innen aller Gesundheitseinrichtungen routinemäßig klinische Daten der Patient:innen gemäß den Leitlinien einpflegen. So setzt sich diese Studie zum Ziel, eine Plattform aufbauend auf Daten der VAS zu entwickeln, die Gesundheitsdaten für eine schnelle Analyse innerhalb klinischer und managementbezogener Forschung wie auch zu Evaluierungszwecken bereitstellt. Diese Plattform soll in der Wissensgenerierung unterstützen und somit eine fundierte Entscheidungsfindung erleichtern. Die Plattform beinhaltet pseudo-anonymisierte klinische, operative und finanziellen Daten von über 500.000 Patienten, die seit 2009 in allen öffentlichen Versorgungseinheiten in der Region Halland versorgt wurden.

Methode: Die regionale Plattform beinhaltet ein digitales Abbild des Gesundheitszustandes der einzelnen Individuen und gibt ein umfassendes Bild über den Gesundheitszustand. Die hier erfassten Daten beinhalten Kontakte mit allen öffentlichen Versorgungseinheiten. Hieraus ergibt sich eine Modellierung individueller Krankheitsverläufe, die zur Verbesserung der Versorgung beitragen können. Folglich können die Daten auch aus administrativer Sicht einen umfangreichen Überblick über das System geben und bei der Verteilung von Gesundheitsressourcen durch Erstellung von operativen Modellen und Simulation möglicherweise unterstützen. Die erfassten Gesundheitsdaten werden von den Forschenden dieser Studie in Kategorien geordnet. Zu den wichtigsten Kategorien der erfassten Daten gehören laut den Forschenden demografische Daten (Patient:innen und Besuchende), Versorgungsbesuche (Primärversorgung, ambulante Spezialbehandlung, Notfälle und stationäre Behandlung), andere Begegnungen (Ambulanz und Apotheke), klinische Daten (Diagnosen, Verfahren, Laborergebnisse, radiologische Diagnosen, Verordnungen, Kurven, Notizen, Besuchskodierungen) und Belegungsdaten (Notaufnahmen, Stationen). Die Daten dieser Plattform bieten eine Möglichkeit, klinische Forschungsfragen in einem „Real-World-Evidence-Design“ beantworten zu können. Die Forschenden heben hervor, dass diese Daten im Kontext der Medikamentenforschung ein großes Potenzial darstellen können. Die gesundheitsbezogenen Daten von der Geburt bis hin zum Tod werden von den Forschenden als „Tiefendaten“ bezeichnet. Diese eröffnen diverse Aspekte der Gesundheitsversorgung, vor allem im Bereich des Maschinellen Lernens (KI). Die Plattform schafft also einen Rechtsrahmen, um Forschung und Entwicklung in Abhängigkeit von strukturierten Daten in einem fragmentierten Ökosystem des Gesundheitswesens zu fördern.

Bewertung/Fazit: Die Arbeit von Ashfaq et al. setzt ähnlich wie Romio et al. „reale Daten“, die anonymisiert für Forschungszwecke und Entscheidungsfindung verwendet werden können, in

den Fokus. Sie zeigt auf, wie routinemäßige Daten nicht in einem „Datenfriedhof“ landen, sondern für Forschung, Erkenntnisgewinn und ökonomische Entscheidung genutzt werden könnten. Heruntergebrochen beschreiben die Autor:innen eine regionale Informationsplattform für das Gesundheitswesen und wie diese umgesetzt werden könnte. Für dieses Projektvorhaben sind die technischen Anforderungen und Aspekte des Datenschutzes sehr interessant. Primär geht es hier aber um individuelle Daten und damit nicht so sehr um Steuerungsdaten. Für die Darstellung bzw. Aufbereitung dieser Daten könnten die technischen Informationen jedoch zukünftig hilfreich sein.

“Adaptive decision making: how Australian healthcare managers decide” (Baghbanian et al., 2012)

Inhalte und Ziele: Ein stetiger Systemwandel und die damit einhergehenden Veränderungen von Interventionen und Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung in Australien haben zur Folge, dass eine richtige Allokation von Ressourcen sich als sehr herausfordernd gestaltet. Infolgedessen setzen sich die Forschenden zum Ziel, in Erfahrung zu bringen, welche Methoden oder Instrumente australische Entscheidungsträger:innen in ihrer Entscheidungsfindung nutzen.

Methode: Hierzu wird eine theoretische Stichprobe von 25 australischen Entscheidungsträger:innen ausgewählt, die in Einzelinterviews befragt werden. Bei den Interviewteilnehmer:innen handelt es sich um Entscheidungsträger:innen aus diversen Ebenen des Gesundheitssystems, die insbesondere finanzielle Mittel zuweisen. Ziel des jeweiligen Interviews ist es, in Erfahrung zu bringen, welche Wahrnehmungen und Ansichten die Teilnehmer:innen bezüglich ihrer Entscheidungsfindung bei der Ressourcenzuteilung haben. Zur Auswertung der Interviews wird die Situationsanalyse der Grounded Theory angewendet. Die analysierten Daten sowie neu aufgekommene Fragen werden in weiteren Einzelinterviews überprüft.

Ergebnisse: Die Zuweisungsentscheidung variiert stark von Einrichtung zu Einrichtung. Viele Interviewpartner:innen berichten über eine komplexe Mischung aus unterschiedlichen Prozessen, Instrumenten und Methoden. Des Weiteren gibt es keinen dominanten Prozess, sondern die Entscheidungsfindung kann als vielfältiger bzw. individueller Prozess beachtet werden. Zudem können mehrere Kategorien identifiziert werden, die sich auf die kontextuelle kongruente Entscheidungsfindung beziehen. Die Forschenden kommen zu dem Schluss, dass Entscheidungsträger:innen im Gesundheitswesen nicht ausschließlich rational Entscheidungen treffen. Häufig beziehen Entscheidungsträger:innen sich auf kontextuelle Laufzeiten und Faktoren, die sich innerhalb des Systems immer wieder verändern und in der Handlungssituation ein breites Spektrum an unterschiedlichen Methoden, Instrumenten und Fähigkeiten benötigt. Traditionelle evidenzbasierte Methoden bzw. behördliche Methoden werden häufig nicht genutzt bzw. nur in einem geringen Umfang – allerdings gibt es nur bedingt Alternativen.

Jedoch sehen die Forschenden bei systematischen, evidenzbasierten oder behördlich vorgeschriebenen Modellen der Entscheidungsfindung eine Reihe theoretisch gültiger, rationaler Prinzipien für die Konzeptualisierung der Ressourcenallokation. Die Entscheidungsfindung bei der Ressourcenzuteilung im australischen Gesundheitswesen kann jedoch nicht ausschließlich auf rationalen Verarbeitungsprozessen oder technischen Aspekten beruhen. Die Theorie komplexer adaptiver Systeme hat das Potenzial, eine solide Entscheidungsfindung zu unterstützen und das Verständnis zu bereichern, aber auch zu erweitern (Baghbanian et al. 2012, S. 29–27).

Gesamtbewertung der gesichteten Literatur/Studien

Wie bereits zu Beginn erwähnt, konnten keine Studien gefunden werden, die sich zentral mit Steuerungsdaten der Langzeitpflege auseinandersetzen. Häufig ist das Forschungsfeld die akute Versorgung bzw. der klinische Bereich oder die allgemeine Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Auffällig ist, dass die Studien, die sich konkret mit Datenverarbeitung auseinandersetzten, häufig Daten aus elektronischen Patientendaten bzw. Krankenakten nutzten. Was jedoch anhand der Recherche vermutet werden kann, ist, dass es zu wenig spezifische Daten gibt, die Entscheidungsträger:innen nutzen können. Des Weiteren gibt es mittlerweile eine Vielzahl an Daten, die gesammelt, aber nicht genutzt werden, auch bedingt durch die fortschreitende Digitalisierung des Gesundheitssektors. Außerdem ist zu beobachten, dass sich keine der gesichteten Arbeiten mit konkreten Daten auseinandersetzt. Angesichts der „Datenfriedhöfe“, die bereits im vorherigen Abschnitt angesprochen wurden, und der durch die Literatur angesprochenen Vielzahl an Daten wäre es aus Sicht der Autorinnen durchaus sinnvoll, hier anzusetzen und zu hinterfragen, welche Daten überhaupt genutzt und benötigt werden. Diese Fragestellung könnte auch für das zukünftige Vorgehen innerhalb des Projektes wichtig werden. In Anbetracht der stetigen Entwicklungen und dem vermehrten Nutzen von Künstlicher Intelligenz (KI) – auch im Bereich der Gesundheitsversorgung – muss auch die Frage gestellt werden, inwiefern diese Entwicklungen auf die Einordnung der Ergebnisse der gesichteten Literatur Einfluss nehmen. Dies kann jedoch an dieser Stelle nur schwer bewertet werden. Wie bereits zu Beginn erwähnt, setzen viele Arbeiten ihren inhaltlichen Fokus auf Informatik, was es für Laien schwer lesbar und bewertbar macht. Die Informationen und Erkenntnisse aus diesen Arbeiten könnten aber zum Ende des Projekts durchaus wichtig bzw. interessant sein, wenn es um Empfehlungen zu informationstechnischen Umsetzungen geht.

2.2.4 Fazit zu den internationalen Perspektiven und Projekten

Die Sichtung internationaler Datenbanken zeigt, dass auch international eine Vielzahl an Daten erhoben wird. Die Frage, inwiefern diese Daten zur Steuerung des jeweiligen Systems genutzt werden, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden. In der Recherche ist auffallend, dass sich die Datenbanken Schwedens, Dänemark, Norwegen und die der Niederlande optisch wie auch in der Benutzung ähnlich sind. Keine der gesichteten Datenbanken kann u. E. als benutzer:innenfreundlich bezeichnet werden, da sie ein Grundwissen in der Nutzung von Datenbanken und über das jeweilige Gesundheitssystem voraussetzen. Des Weiteren wird die Langzeitpflege in den nordeuropäischen Ländern und den Niederlanden auf kommunaler

Ebene geregelt; inwiefern hier Daten erhoben werden, ist aufgrund zeitlicher Rahmenbedingungen und der bereits angesprochenen sprachlichen Barriere nicht beurteilbar. Auch die DACH-Länder ähneln sich sehr in ihrer Struktur, wobei Deutschland und Österreich im Gegensatz zur Schweiz eigene Statistikdienste anbieten, die visualisierte und aufbereitete Daten für Nutzende bereitstellen.

Das Vereinigte Königreich hingegen unterscheidet sich in seiner Struktur des Systems wie auch in seinen Datenbanken. Durch das seit 2020 bestehende Portal NHS digital werden Daten aller Mitgliedsländer an einer Stelle gesammelt und verarbeitet. Anzumerken ist hier, dass England eine besondere Rolle einnimmt. Schottland, Wales und Nordirland sind in geringerem Ausmaß vertreten und bedienen zusätzlich ihre eigenen Webseiten, die zum einen durch viele Anbieter und zum anderen durch eine Unübersichtlichkeit auffallen. Der NHS digital besticht durch eine Vielzahl an Datenbanken, Dashboards und interaktiven Dashboards und kann als eine sehr fortschrittliche Datenbank bezeichnet werden. Auffällig ist auch, dass in den Datenbanken des Vereinigten Königreichs Daten in einem viel regelmäßigeren Abstand erfasst und veröffentlicht werden (wöchentliche, monatlich und pro Quartal) als beispielsweise in Deutschland. Auch kann die zentrale Verwaltung durch den National Health Service als Vorteil gesehen werden, da alle Daten an einer Stelle verwaltet und gesammelt werden. Wichtig ist an dieser Stelle anzumerken, dass die gesichteten Datenbanken aller Länder lediglich öffentliche Daten beinhalten. Inwiefern es zahlungspflichtige Dienste (wie z.B. Statista) gibt, die mehr Daten zur Verfügung stellen, ist uns nicht bekannt.

Welche Daten tatsächlich durch Entscheidungsträger:innen genutzt werden, kann nur sehr vage vermutet werden. Jedoch gibt es Dienste wie StatCube oder NHS Digital, die durchaus als fortschrittlich bezeichnet werden können und die neuen Möglichkeiten und Ideen der Datenverarbeitung für dieses Projekt aufzeigen.

2.3 Nationale Statistiken und Projekte im Bereich der Langzeitpflege

2.3.1 Aktuelle nationale Statistiken

Neben den internationalen Darstellungen sollen gleichermaßen die nationalen Bestände an Statistiken, Darstellungen und Forschungsprojekte aufgezeigt werden. Der Zugang zu diesen Daten bzw. Datenbanken gestaltet sich sehr unterschiedlich. So gibt es Dienste wie Statista (ein Angebot des Statistischen Bundesamtes), die Bevölkerungsdaten – darunter auch Daten des deutschen Pflegesystems – für Kund:innen in Form von Diagrammen (oftmals Balkendiagrammen) in Themendossiers aufbereiten. Wichtig ist hier anzumerken, dass diese Dienste kostenpflichtig und nicht für alle Personen frei zugänglich sind bzw. nur gegen einen Aufpreis möglich sind. Der Preis beispielsweise für das Dossier Pflege in Deutschland beträgt 495 €. Das kostenfreie Pendant hierzu ist die Datenbank GENESIS-Online, ebenfalls ein Dienst des Statistischen Bundesamtes DEGENESIS. Die hier verfügbaren Daten sind jedoch nicht aufbereitet, sondern müssen durch die Nutzer:innen über eine Eingabemaske selbstständig in Tabellenform abgerufen und auch gesucht werden. Folglich wird hier ein größerer Aufwand in der Datenbeschaffung sowie das Wissen über die Bedienung benötigt. Neben Diensten der Bundesämter gibt es eine Vielzahl an weiteren Akteuren, die Daten erheben, wie beispielsweise das Robert-Koch- Institut (RKI), das öffentlich zugängliche Daten zu Pflegebedürftigen erhebt. Es ist anzunehmen, dass neben staatlichen Diensten auch Verbände oder Träger Daten erheben, die jedoch intern oder für Mitglieder bereitgestellt werden. Im Folgenden werden in Tabelle 7 aktuelle nationale Statistiken dargestellt sowie deren Veröffentlichungszeitraum und inwiefern sie Daten aus der Langzeitpflege enthalten.

Veröffentlichung	Zeiträume	Langzeitpflege
Statistisches Bundesamt (Statista)		
Pflegestatistik (Bund und Länder)	Alle zwei (2) Jahre, Daten des jeweils vergangenen Ka- lenderjahres	Ausschließlich Lang- zeitpflege; seit 2021 keine Be- richtsform mehr, nur noch Excel-Dokument
Pflegevorausberechnung 2022 bis 2070 (Bund und Länder)	Unregelmäßige Veröffentlichung	Berichtsform nur in Excel

Pflege in Deutschland (Bund und Länder)	Keine Angabe gefunden	Dossier mit unterschiedlichen Statistiken zu Pflege in Deutschland – auch zur Langzeitpflege; teilweise öffentlich, kostenpflichtiger Account nötig
Statistische Bibliothek	Archivdienst	Archiv über alle Veröffentlichungen des Bundes und der Länder, die jemals publiziert wurden; öffentlichen Daten
GENESIS – Online (DESTATIS Dienst)	jährlich	Bevölkerungsdaten, Langzeitpflegedaten (Gesundheitswesen und öffentliche Sozialleistungen), Personendaten (z. B. Personen über 65); Öffentlichen Daten
Statistisches Landesamt		
Regionale Daten zur Pflege in Baden-Württemberg <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Pflegebedürftiger • Anzahl Pflegepersonal • Anzahl auszubildender Personen • Anzahl Pflegeheime • Größe/Kapazität der Pflegeheime • Verfügbare Plätze 	Statistische Berichte: pro Quartal (nur Sozialversicherungen KV+PK) Pflegestatistik seit 2017 nicht mehr verfügbar; nur über GENESIS-Online: alle 1 bis 2 Jahre aus vorherigem Kalenderjahr	Bevölkerungsdaten; Langzeitpflegedaten; Pflegestatistik (2017 letzte Version)

Robert Koch-Institut (RKI)		
Gesundheitsberichterstattung des Bundes („Dienstleistungsbezeichnung“) Gesundheitsberichte Gesundheit in Deutschland 2015 Journal of Health Monitoring	Unregelmäßig Quartal	Öffentliche Daten Gesundheit in Deutschland 2015, Kapitel 8: Wie gesund sind ältere Menschen? Jedes Quartal hat ein spezielles Thema Keine expliziten Themen zur Langzeitpflege
Daten zur alternden Gesellschaft	Jährlich (1 bis 2 Jahre alte Daten zugänglich); Veröffentlichungen z. T. auch in größerem Abstand	Öffentliche Daten
Heimaufsicht		
Daten aus jährlichen Prüfungen, „Kein öffentlicher Zugang“	Keine Angabe	Daten aus Qualitätsberichten; nicht öffentlich
Medizinischer Dienst (MD)		
Daten aus den Qualitätsprüfungen Daten Clearing Stelle	Daten von einem Stichtag alle 6 Monate	Teilweise öffentlich (Pflegelotsen – VDEK) DCS-Datenbank ist nur für Einrichtungen zugänglich (mit Logindaten)
Krankenkassen		
Barmer Krankenhausreport Krankenhausreport Springer Verlag (AOK) Routinedaten der jeweiligen Versicherungen	Jährlich	Es können Daten möglicherweise für die Langzeitpflege interessant sein; öffentliche Daten Nicht öffentlich

Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg		
Daten aus diversen Forschungsprojekten Monitoring Pflegepersonal PflegeDigital@BW	Unregelmäßig (Je nach Projekt- länge)	Teilweise Projekte mit Schwerpunkt Lang- zeitpflege, aber auch Projekte wie Pflege- Monitoring; Forum BW-digital; teilweise öffentliche Daten
Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V. (BWKG)		
Daten zu Finanzen, Auslastungen der Ein- richtung	Keine Angaben	Keine öffentlichen Daten
Einrichtungen und Träger		
Daten aus dem Bereich Qualitätsmanage- ment, Personaldaten, Finanzen, Wartelisten, Auslastung der Einrichtung u. v. m.	Keine Angaben	Keine öffentlichen Daten
Verband der Ersatzkassen (VDEK) (Barmer, DAK, KKH, hkk, HEK)		
Basisdaten des Gesundheitswesens <ul style="list-style-type: none"> • Bevölkerungsdaten • Versicherten- und Krankenkassenda- ten • Finanzierungsdaten (Gesundheits- ausgaben, Beiträge usw.) • Versorgungsdaten (Leistungsausga- ben, Krankenhausbehandlung, ärztli- che Behandlung, zahnärztliche Be- handlung, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Prävention und Gesund- heitsförderung) • Soziale Pflegeversicherung (Entlas- tung der Pflegebedürftigen sowie Fi- nanzierung von Pflege u. v. m.) 	keine genauen An- gaben gefunden	Öffentlich zugänglich
Sozialverband VdK Deutschland		
Pfleigestudien (mit HS Osnabrück) <ul style="list-style-type: none"> • 24-Stunden-Pflege • Pflege zu Hause • Häusliche Pflege am Limit • Corona-Studie 	Ca. jährlich, aber keine genaue An- gabe gefunden	Öffentlich zugänglich
Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB)		
Monitoring zur Umsetzung der Pflegeausbil- dungen Daten zu Pflegeschulen	Jährliche Erhebung	Öffentlich Zugänglich

<ul style="list-style-type: none"> • Größe der Schulen, Zeitpunkte für Beginn der Pflegeausbildung an Pflegeschulen, Ausbildende Pflegeeinrichtungen nach Einrichtungsart • Trägerschaft nach Einrichtungsart <p>Daten zu Praxisorten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pflegedienste im BIBB-Pflegepanel nach Anzahl der Pflegebedürftigen • Pflegeheime im BIBB-Pflegepanel nach Anzahl der Pflegebedürftigen <p>Ausbildungsangebote</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausbildungsangebot der Pflegeschulen • Angebotene Berufsabschlüsse 2022 nach Einrichtungsart • Angebotene Vertiefungseinsätze nach Einrichtungsart • Angebotene Schulplätze an Pflegeschulen, Besetzung/Auslastung der Schulplätze • Angebotene Ausbildungsplätze, Besetzte Ausbildungsplätze, Auslastung Ausbildungsplätze, • Gründe für unbesetzte Ausbildungsplätze, Gründe für eine mangelnde Eignung der Bewerbenden, Gründe für den Absprung von Bewerbenden, Generelles Vorliegen vorzeitig gelöster Ausbildungsverträge für Pflegeausbildungen <p>Daten zum Bewerbungsverfahren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kriterien bei der Bewerberauswahl unter Ausbildungseinrichtungen • Hauptmotivation unter Pflegeeinrichtungen in der Pflege auszubilden <p>Pflegestudium</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hochschulen im BIBB-Pflegepanel nach Art des Pflegestudiengangs • Angebotene Studienplätze in verschiedenen Studiengängen, Besetzte Studienplätze, Besetzte Studienplätze in primärqualifizierenden Studiengängen, Akademisierungsquoten, Auslastungsquoten 		
--	--	--

Tabelle 7: Zentrale nationale Statistiken mit Gesundheitsdaten für die Langzeitpflege (eigene Darstellung 2024)

2.3.2 Ausgewählte aktuelle nationale Projekte

National gibt es zunehmend Forschungsprojekte, die untersuchen, wie pflegespezifische Daten erhoben, zusammengeführt und ausgewertet werden können, um sie umfassend für die Steuerung zugänglich zu machen. Im Folgenden berichten wir kurz über bestehende Forschungsprojekte, die sich interessierte Leser:innen über die Homepages auch selbst zugänglich machen können. Bisher gibt es nur vereinzelt Abschlussberichte, die umfassende Informationen aufbereiten und auch Impulse für weitere Projekte geben könnten.

Forschungsprojekt „SAHRA“ (Smart Analysis Health Research Access)

<https://www.sahra-plattform.de/start/kennzahlen/inhalte/>

Laufzeit: 09/2021–12/2024; Fördervolumen: unbekannt

Da kaum oder nur wenige Infos zur SAHRA-Studie in Baden-Württemberg online gefunden wurden, sind folgende Daten aus einer von den Projektverantwortlichen zur Verfügung gestellten PowerPoint-Präsentation entnommen.

Die Projektziele werden wie folgt dargestellt:

- a. Nutzbarmachung bestehender Daten (z. B. Abrechnungsdaten der Pflegekassen) für die Sozialplanung
- b. Systematische Erfassung von zusätzlich erforderlichen Pflegekennzahlen, z. B. über Systemintegration
- c. Einheitliche Analyse-/Prognose-Methoden für Sozialplaner:innen/Entscheidungsträger:innen

Das Gesamtprojekt ist dabei in zwei Teilprojekte gegliedert:

Teilprojekt 1: Entwicklung und Anpassung der SAHRA-Kennzahlen für den Bedarf in Baden-Württemberg

Teilprojekt 2: Konzeptentwicklung zur Pflegeplatzkoordination für den Bedarf der Pflegestrukturplanung

Beim Projekt „SAHRA stärkt die Pflege vor Ort“ steht die Aufgabe im Vordergrund, ein positives Beispiel für Digitalisierung in der Verwaltung darzustellen. Hauptaufgaben der SAHRA-Pflegekennzahlen sollen dabei zusätzlich sein:

1. Ergänzen und Vertiefen anderer Pflegestatistiken im Land
2. Notwendige kleinräumige Datengrundlage für eine aktuelle kommunale Pflegestrukturbedarfsplanung und Beratung bieten und
3. Ergebnisse kommen aus einer interdisziplinären Partnerschaft.

Ein weiterer Teil des Projekts „SAHRA“ ist das Forschungsvorhaben „digital@bw_II“ (siehe unten), das wiederum Teil der Projektklinie des Landes Baden-Württemberg „Pflege Digital@BW“ ist.

**Projektklinie des Landes Baden-Württemberg: „Pflege Digital@BW“
(Landeskompetenzzentrum Pflege und Digitalisierung BW)**

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration fördert mit Landesmitteln Projekte aus den Bereichen „Zukunftsland BW – Stärker aus der Krise: Digitalisierung in Medizin und Pflege – Bereich Langzeitpflege“ und „Digitalisierung in Medizin und Pflege (digital@bw II)“. Bei „Zukunftsland BW“ sind die Themenschwerpunkte: „Empowerment – Digitale Unterstützung von Teilhabe und Selbstständigkeit von Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf“ und „Neue Pflege – Digitale Unterstützung von Aktivitäten im Pflegeprozess“. Die Projekte von digital@bw können den Themenschwerpunkten „Pflege stärken – Digitale Unterstützung von Organisation und Management in der Pflege“ und „Intelligente Beratung – Digitale Unterstützung von pflege- und betreuungsbezogenen Informations- und Beratungsleistungen“ zugeordnet werden (vgl. <https://www.pflegedigital-bw.de/de/interaktiv/zukunftsland-bw/>, zuletzt abgerufen am 19.01.2023). Zu den Fördersummen sind keine Angaben zu finden.

Folgende Projekte laufen/liefen bis Stand 01/2023:

4. Projekt Dialog – digitale Dialog, Laufzeit: 05/2022–07/2023
5. Mund-Pflege-3D, Laufzeit: 02/2022–12/2022
6. Ausbildungsplattform für Pflegefachfrau/-mann, Laufzeit: 10/2021–07/2023
7. DDemPLUS – Entwicklung und Evaluation eines innovativen digitalen Unterstützungsangebots für die soziale Betreuung von Menschen mit Demenz in der ambulanten und informellen häuslichen Langzeitversorgung, Laufzeit: 05/2022–10/2022
8. DigiVit – Digitale Visite im Pflegekontext, Laufzeit: 09/2021–08/2023
9. DIGITALES HELFERNETZWERK „HILVER“ DIE HILFEVERMITTLUNG, Laufzeit: 02/2022–06/2023
10. Innovative Bildungs- und Unterstützungskonzepte für Menschen mit komplexem Pflegebedarf in der ambulanten Versorgung, Laufzeit: 02/2022–12/2024
11. LeNa – Lebensqualität in der Nachbarschaft: Betreutes Wohnen in digitaler Unterstützung im eigenen Zuhause, Laufzeit: 04/2022–12/2023
12. Pflege der Zukunft, Wege in die Digitalisierung, Laufzeit: 02/2022–04/2023
13. Starke Pflege, Laufzeit: 02/2022–12/2023
14. VerdigKO, Laufzeit: 02/2022–03/2023
15. „Zukunft – Zuhause!“, Laufzeit: 02/2022–12/2023
16. Enna-Systeme für digitale Teilhabe im Demenz-Fachzentrum Villa Rosenstein, Laufzeit: 02/2022–12/2022

-
17. DIGI-DOKU: Erarbeitung professioneller Dokumentation für ausländische Pflegekräfte, Laufzeit: 09/2021–03/2023
 18. TeleCare – Etablierung und Evaluation von TeleCare: Einführung einer digitalen interprofessionellen Visite zwischen Pflegedienst, hausärztlicher Praxis und Patientinnen und Patienten zur Verbesserung der Versorgung und der Patientensicherheit, Laufzeit: 10/2021–09/2024
 19. „Mit Videobotschaften herausforderndes Verhalten meistern“, Laufzeit: 02/2022–12/2023
 20. Empowerment von pflegenden Angehörigen – innovative Schulungen von Pflegetätigkeiten mittels Virtual Reality (VR) Simulationen, Laufzeit: 02/2022–03/2023
 21. Digitalgestützte Pflegestrukturanalyse in Sozialraum und Quartier in Baden-Württemberg, Laufzeit: 06/2022–05/2025

Außerdem wurden die Ergebnisse der folgenden Studie im Zeitraum der vorliegenden Verschriftlichung veröffentlicht. Daher soll das folgende Projekt in einer kurzen Beschreibung hier mit aufgenommen werden.

Forschungsprojekt „Monitoring Pflegepersonal in Baden-Württemberg 2022“

Der Bericht befasst sich hauptsächlich mit der Frage der regionalen Versorgungssicherheit aus der Perspektive der professionellen Pflege. Dabei sollen weiterführende Kennzahlen erschlossen werden, die für die Diskussion im Land Baden-Württemberg hinsichtlich der Initiativen und Projekte zur Sicherung von Fachkräften relevant erscheinen. Zusätzlich war Inhalt des Projekts, mit dem Monitoring einen Beitrag zu leisten, um kommunale Pflegekonferenzen und Netzwerkbildungen zwischen Kommunen und Einrichtungen (weiter-) zu entwickeln (Isfort et al, 2023, S. 21).

Im Mittelpunkt der Analysen steht die Entwicklung der Versorgungsstrukturen der Pflege in BW sowie Fragen des Arbeits- und Beschäftigungsmarktes. Als Quellen wurden dafür Daten aus verschiedenen öffentlichen Statistiken herangezogen, die analysiert, beschrieben und bewertet wurden. Als Erweiterung dieser Analysen wurde eine flächendeckende Befragung durchgeführt (Isfort et al, 2023, S.21f.).

Die Ergebnisse des Monitorings können wie folgt zusammengefasst werden: Der Bericht wurde Ende 2022 erstellt; dementsprechend wurden der Analyse Daten aus den Jahren 2019 (Pflegestatistik) oder 2021 (Krankenhausstatistik) zugrunde gelegt (Isfort et al, 2023, S. 6). Aus den analysierten Daten geht jedoch hervor, dass das Pflegepersonal in BW oft im Umkreis zum Wohnort tätig ist. Das ist vor allem für die ländlichen Regionen ein Nachteil beim Thema Personalgewinnung, da die Gruppe der Pflegenden (vor allem im ländlichen Raum) merkbar kleiner wird. Zugleich hat die Pflegebedürftigkeit stark zugenommen, vor allem seit der Einführung der im Januar 2017 veränderten Begutachtungsrichtlinien (Isfort et al, 2023, S. 9).

Die Ergebnisse des Projektes zeigen zudem, dass die Beschäftigungszahlen, also die Anzahl der Beschäftigten in der Pflege, nicht zurückgehen (Isfort et al, 2023, S. 10). Hier muss jedoch beachtet werden, dass sich die Daten überwiegend auf Statistiken und Erhebungen aus den Jahren vor der Covid-Pandemie beziehen, zumal der starke Anstieg der Zahl der zu Pflegenden und die neuen bzw. erhöhten Anforderungen an die Mitarbeiter:innen in dieser Analyse keinen Einfluss finden. Positiv wird die lange Berufszugehörigkeit in der Pflege bewertet, zugleich wird das Problem thematisiert, dass die derzeitigen Pflegenden in einem höheren Lebensalter sind (Isfort et al, 2023, S. 13). Dabei muss dringend beachtet werden, dass diese Gruppe/Kohorte an Pflegenden zeitnah aus dem Berufsleben aussteigen und so der Mangel an Fach- und Arbeitskräften nochmals stark zunehmen wird.

Zum Schluss lassen die Zahlen der Auszubildenden und Absolvent:innen eine optimistische Prognose im Bericht zu, wenngleich eingeräumt wird, dass die Nachfrage trotz der guten Zahlen der Neuzugänge nicht gedeckt werden kann. Der Fachkräftemangel wird und kann demnach nicht kurzfristig verringert oder gar vermieden werden (Isfort et al, 2023, S. 14f.).

Neben den vielen Forschungsvorhaben und Projekten des Landes Baden-Württemberg gibt es weitere interessanten Studien, die thematisch wichtig für die vorliegende Studie sein können. Diese stellen wiederum nur einen kleinen Ausschnitt aus der Forschungswelt rund um die Langzeitpflege in Deutschland dar.

Forschungsprojekt „PFLIP“ (Definition des Pflege-Kerndatensatzes und Aufbau eines intersektoralen Pflegedaten-Repository)

Laufzeit: März 2022 bis Februar 2025

Fördervolumen: 1,9 Mio. €

Verbundkoordinator: Fraunhofer-Institut für Software- und Systemtechnik (ISST), Dortmund

Projektpartner: Connex Communication GmbH, Paderborn; Hochschule für Gesundheit, Bochum; Diakonie Michaelshoven Pflege und Wohnen gGmbH, Köln

Projektseiten:

HS Bochum: <https://www.hs-gesundheit.de/forschung/aktuelle-projekte/pflip>

BMBF: <https://www.interaktive-technologien.de/projekte/pflipen.de>

Kurze Projektbeschreibung

Die stationäre und ambulante Pflege produziert tagtäglich eine große Menge an Daten, die oftmals nicht homogen sind, da sie in den unterschiedlichen Settings in verschiedenen Formaten gesammelt werden. Diese Daten können deshalb nur bedingt ausgewertet werden. Folglich werden Daten nicht genutzt. „Die Forschenden des Projekts PFLIP wollen Daten der ambulanten und stationären Pflege harmonisieren und dadurch nutzbar machen – interdisziplinär und unabhängig von der jeweiligen Einrichtung. Hierfür soll ein Datenverzeichnis mit Anschluss an Infrastruktur und Prozesse der Medizininformatik einen sicheren und legitimen Zu-

gang zu den Daten garantieren. Spezielle Module erfassen Prozesse und implizites Pflegewissen. Eine KI-Anwendung erschließt begleitend neue Informationen aus den erhobenen Daten. An einem konkreten Anwendungsfall – der Minimierung von Sturzfolgeschäden – wollen die Forscherinnen und Forscher das System in der Praxis erproben“ (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2022f).

Forschungsprojekt „PfleDaKi“ (Repository zur Datenverwaltung für pflegeunterstützende KI-Anwendungen)

Laufzeit: März 2022 bis Februar 2025

Fördervolumen: 1,9 Mio. €

Verbundkoordinator: FZI Forschungszentrum Informatik – Fachbereich Embedded Systems and Sensors Engineering (ESS), Karlsruhe

Projektpartner: StatConsult IT-Service GmbH, Magdeburg; H+R Medicare Network Beratung GmbH & Co. KG, Ilsfeld; Charité – Universitätsmedizin Berlin; Löwenstein Medical Technology GmbH + Co. KG – Standort Karlsruhe; easierLife GmbH, Karlsruhe; prenode GmbH, Karlsruhe

Projektseiten:

(Charité Berlin) https://geriatrie.charite.de/forschung/ag_pflegeforschung/pfledaki/

(BMBF) <https://www.interaktive-technologien.de/projekte/pfledaki>

Kurze Projektbeschreibung

Zielsetzung des Projektes ist die Entwicklung einer Plattform, die Daten aus unterschiedlichen für die Pflege relevanten Quellen nutzt und verknüpft. Diese Daten stehen Entwickler:innen von KI-Anwendungen zu Forschungs- und Entwicklungszwecken Verfügung. Die Forschenden wollen sowohl technische Fragen wie die Art der Datenverwaltung (zentralisiert vs. dezentralisiert) und Methoden zur Vereinheitlichung unterschiedlicher Datenquellen und -formate behandeln, als auch pflegewissenschaftliche und ethische Aspekte wie die Auswirkungen bestimmter Unterstützungsmöglichkeiten auf den Pflegealltag und die Beziehung zwischen Pflegeperson und pflegebedürftiger Person diskutieren. Ein wichtiger Punkt für die einfache Integration verschiedener Datenquellen ist die Nutzung etablierter Standards und gut dokumentierter Schnittstellen. Dadurch wird eine direkte Anbindung oder die Entwicklung benötigter Adapter erleichtert (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2022e).

Forschungsprojekt „KIP-SDM“ (KI-Modelle im Pflegebereich Sturz Prädiktion und Erstellung eines pseudonymisierten Datenrepositories)

Laufzeit: August 2022 bis August 2025

Fördervolumen: 2,29 Mio. €

Verbundkoordinator: Charité – Universitätsmedizin Berlin

Projektpartner: Evangelisches Geriatriezentrum Berlin gGmbH, Berlin; Lindera GmbH, Berlin; Berliner Hochschule für Technik (BHT); Alexander von Humboldt-Institut für Internet und Gesellschaft gGmbH, Berlin

Projektseiten:

https://medinfo.charite.de/forschung/ag_digital_transformation_and_applications/kip_sdm/ (Charité Berlin)

<https://www.interaktive-technologien.de/projekte/kip-sdm> (BMBF)

Kurze Projektbeschreibung

„Das Sturzrisiko ist bei älteren Menschen, bei unsicherem Gang oder durch die Einnahme mancher Medikamente erhöht. Eine Abschätzung des individuellen Risikos und damit verbunden die erfolgreiche Umsetzung von Präventionsangeboten sind häufig schwierig. Hier könnte mit Hilfe von Künstlicher Intelligenz (KI) ein wichtiger Beitrag geleistet werden. Doch ist der Zugang zu Daten, die eine KI zum Lernen braucht, oft schwierig. Ziel des Projekts ist es, Pflegefachpersonen und Forschenden einen leichteren Zugang zu den benötigten Daten zu verschaffen. Das Erkennen von Sturzrisiken ist dabei nur eine Anwendungsmöglichkeit der Daten. Daneben können sie auch Aufschluss über andere pflegerische Probleme wie z. B. über Verwirrheitszustände oder Folgen von Multimedikation geben. Hierfür soll eine dezentrale Datenbank erstellt werden, die von zwei großen pflegerisch tätigen Institutionen und einem Start-up entwickelt wird. Um die Daten der Patientinnen und Patienten zu schützen, verlassen sie nie die jeweilige Einrichtung. Stattdessen werden anhand der Daten Modelle entwickelt, die realistische Patientendaten erzeugen und nachbilden können.“ (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2022b).

Forschungsprojekt „MEAPP“

Laufzeit: August 2022 bis März 2023

Fördervolumen: 230.000 €

Verbundkoordinator: Helmut-Schmidt-Universität – Universität der Bundeswehr Hamburg

Projektpartner: aidminutes GmbH, Kiel; SoVD Landesverband Niedersachsen e.V. – EUTB Northeim, Northeim

Projektseiten

<https://www.interaktive-technologien.de/projekte/meapp>

Kurze Projektbeschreibung

„Informell Pflegende und Menschen mit Behinderungen sind bei der Organisation ihres Alltags oft auf Hilfe angewiesen. Eine technisierte Sorge-Assistenz könnte hier Abhilfe schaffen. Doch zunächst muss klar sein, welche Bedarfe die betroffenen Personen haben. Dabei gilt es auch Personengruppen einzubinden, die einen besonders erschwerten Zugang zu Unterstützung haben. [...] Ziel der Forscherinnen und Forscher im Projekt MEAPP ist es, ein Konzept für eine inklusive, mehrsprachig gestaltete Informations-, Austausch- und Beratungsplattform zu entwickeln. Als Organisations- und Alltagsassistentin soll sie informell Pflegenden und Menschen mit Pflege- und Assistenzbedarf Zugang zu Unterstützungsnetzwerken und -angeboten bieten und die verschiedenen Akteurinnen und Akteure miteinander vernetzen. Die Plattform orientiert sich in Funktion und Design an den Bedarfen von informell Pflegenden und Menschen mit Behinderung, die von Beginn an in die Forschungs- und Entwicklungsarbeiten eingebunden werden. (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2022d)“

Forschungsprojekt „KoordinAID“ (IT-unterstützte Koordination lokaler Ressourcennetzwerke zur Entlastung pflegender Angehöriger im ländlichen Raum)

Laufzeit: August 2022 bis Juli 2023

Fördervolumen: 0,27 Mio. €

Verbundkoordinator: Hochschule für angewandte Wissenschaften Kempten

Projektpartner: Gesundes Kinzigtal GmbH, Hochschule Furtwangen, Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation (IAO)

Projektseiten:

<https://www.interaktive-technologien.de/projekte/koordinaid> (BMBF)

<https://www.hs-kempten.de/bzpd-bayerisches-zentrum-pflege-digital/projekte/diva-dig-tale-versorgungsanwendungen> (HS Kempten)

Kurze Projektbeschreibung

„Pflegende Angehörige benötigen Entlastungsangebote. Solche Angebote stellen vor allem Sorgegemeinschaften aus professionellen und semiprofessionellen Anbietern sowie informellen Akteuren bereit. Oft fehlen ihnen aber Strukturen für die Zusammenarbeit und IT-Technologien, um ihre Angebote aufeinander abzustimmen, koordiniert zur Verfügung zu stellen und einen leichten Zugang zu ermöglichen. Solche Strukturen und Technologien wollen die Forschenden des Projekts KoordinAID entwickeln. Sie entwerfen und erproben partizipativ ein IT-gestütztes Versorgungskonzept für die Modellregion Kinzigtal im Schwarzwald. In der Durchführbarkeitsstudie analysiert das Projekt zuerst Entlastungsbedarfe, Ressourcen und strukturelle Gegebenheiten im Kinzigtal. In co-kreativen Workshops ermitteln pflegende Angehörige mit Akteuren aus Sorgegemeinschaften, Technikanbietern und Forschenden, welche Strategien und Kooperationsstrukturen hilfreich sind. Dabei werden unterstützende Technologien zur bedarfsorientierten und personalisierten Erstellung von Unterstützungsangeboten er-

probt. Gemeinsam werden die Technologien und Strukturen für das Kinzigital weiterentwickelt. Mit wissenschaftlicher Unterstützung entsteht so ein neues Versorgungsmodell.“ (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2022c).

Forschungsprojekt „CONNECT_ED“ (Entwicklung eines intelligenten Kollaborationsdienstes zur KI-basierten Zusammenarbeit zwischen Rettungsdienst und Zentraler Notaufnahme)

Laufzeit: August 2022 bis Juli 2025

Fördervolumen: 2,66 Mio. €

Verbundkoordinator: Georg-August-Universität Göttingen

Projektpartner: Charité – Universitätsmedizin Berlin, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Hochschule Heilbronn, Deutsches Forschungszentrum für Künstliche Intelligenz GmbH, ZTM Bad Kissingen GmbH, medDV GmbH

Projektseiten:

https://interaktive-technologien.de/projekte/connect_ed (BMBF)

<https://notaufnahme.umg.eu/uebungsseiten/connect-ed/> (Universitätsmedizin Göttingen)

„An der Schnittstelle zwischen Präklinik und der Einweisung in die Klinik herrscht Verbesserungsbedarf: Bislang können Rettungsdienste Daten nicht in Echtzeit in die Notaufnahme übertragen. Auch eine digitale Dokumentation fehlt weitgehend. So entstehen Zeit- und Informationsverluste in der Rettungskette. Die Forschenden des Projekts CONNECT_ED entwickeln einen intelligenten Kollaborationsdienst für die interaktive, KI-basierte Kooperation zwischen Rettungsdienst und Klinik. Dieser Dienst soll die Notaufnahme schon vor dem Eintreffen des Rettungsdienstes mit allen notwendigen Informationen versorgen und so die frühzeitige Ressourcenbereitstellung (Spezialisten alarmieren oder Schockräume vorbereiten) ermöglichen. Damit werden Wartezeiten im Behandlungsverlauf reduziert und die Notfallbehandlungsqualität verbessert. Die notwendigen Daten werden im Rahmen der Erstversorgung durch Methoden der KI automatisiert erfasst und die Rettungskräfte erhalten daraus detaillierte Handlungsempfehlungen. Das System wird schließlich in einer Pilotstudie erprobt und in Bezug auf Akzeptanz, Benutzerfreundlichkeit und seinen Nutzen evaluiert. Dabei wird auch die Verbesserung definierter Qualitätsindikatoren und Leistungskennzahlen bewertet.“ (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2022a).

2.3.3 Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes (MD) und der Heimaufsicht als Datenquelle

Neben einer Vielzahl an Daten, die durch Statistische Ämter, Verbände und Träger erhoben bzw. produziert werden, könnten die Ergebnisse der Qualitätsprüfung des Medizinischen Dienstes (MD) und die der Heimaufsichtsbehörde standardmäßig erhobene Daten liefern. Deshalb beschreiben wir im Folgenden kurz die beiden (aktuellen) Qualitätsprüfverfahren, um so einen Überblick über die Daten zu geben. Vor dem Hintergrund dieses Projektes kann beim

Lesen geprüft werden, was für eine Vielzahl von Daten hier erhoben wird, die – wenn man allein dem Prinzip der Datensparsamkeit folgt – an keiner anderen Stelle mehr erhoben werden müssten, wenn sie umfangreich zugänglich gemacht werden würden. Beispielsweise sind die Ergebnisse des Qualitätsprüfungen des MDs überwiegend gut öffentlich zugänglich, die Prüfberichte der Heimaufsicht dahingehend nicht. Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Aufträge und Ziele ist das verständlich, jedoch könnte sich die gesetzlich verpflichtende Zusammenarbeit auch darin spiegeln, dass der Versuch unternommen wird, die Daten systematisch zu teilen, die von beiden beinahe gleich erhoben werden. Dafür müsste ein Datenabgleich vorgenommen werden und auch überdacht werden, inwieweit Daten der Heimaufsicht als öffentliche Daten betrachtet werden. Im Bereich der „Personal Daten Pflege“ könnten die Daten des MDs und der Heimaufsicht zusammengezogen werden und so würde schon ein komplexes Bild über die aktuelle Personalsituation entstehen.

Nationale Qualitätsdarstellung und -überprüfung in stationären Pflegeeinrichtungen

Die Indikatoren-Daten, Qualitätsprüfung und Selbstauskunft der Einrichtungen bilden die drei Säulen der Qualitätsdarstellung stationärer Pflegeeinrichtungen. Die durch die Einrichtungen halbjährlich erfassten Indikatoren-Daten werden mittels eines Erhebungsinstruments erfasst und anschließend an einem Stichtag anonymisiert an die Datenauswertungsstelle (DAS) übermittelt. Diese überprüft die Daten auf Vollständigkeit und statistische Plausibilität. Anschließend werden die Daten mit den bundesweiten Indikatoren-Ergebnissen aller Einrichtungen ins Verhältnis gesetzt und der Medizinische Dienst sowie die Einrichtungen selbst erhalten innerhalb von 14 Tagen einen Bericht darüber, ob ihre Qualität im bundesweiten Vergleich über- oder unterdurchschnittlich ist oder im Normbereich liegt.

Neben den Indikatoren ist die jährliche Qualitätsprüfung ein weiterer Bestandteil der Qualitätsdarstellung. Die Qualitätsprüfung erfolgt auf der Grundlage von §114 des SGB XI. Das heißt, im Auftrag der Landesverbände der Pflegeversicherung werden der Medizinische Dienst und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. damit beauftragt, Qualitätsprüfungen im jährlichen Abstand durchzuführen (§ 114 SGB XI) (Medizinischer Dienst Bund, 2019; Medizinischer Dienst Bund, 2022).

Grundsätzlich gibt es unterschiedliche Prüfarten durch den MD; die Regelprüfung ist die durch den Gesetzgeber vorgeschriebene jährliche Qualitätsprüfung. Eine Anlassprüfung erfolgt beispielsweise bei einer Beschwerde. Werden Mängel im Rahmen einer Prüfung festgestellt, kann der Medizinische Dienst eine Wiederholungsprüfung durchführen, um zu überprüfen, ob festgestellte Mängel von der Einrichtung beseitigt wurden. Im Rahmen einer Regelprüfung kündigt sich der Medizinische Dienst einen Tag vorher an, damit mögliche Bezugspfleger:innen bei einer Prüfung teilnehmen können oder auch Unterlagen von den Einrichtungen vorbereitet werden können. Ziel ist ein möglichst reibungsloser Ablauf der Prüfung für beide Parteien. Der Inhalt der Prüfung umfasst die Überprüfung von sechs Qualitätsbereichen durch drei unterschiedliche Prüfbögen (siehe Tabelle 8). Anzumerken ist, dass die Qualitätsbereiche

fünf und sechs keine Qualitätsaspekte der direkten Versorgung der Pflegebedürftigen überprüfen, sondern Aspekte der Qualität der gesamten Einrichtung und deren Struktur. Des Weiteren werden anhand des Prüfbogens A (Beurteilung der personenbezogenen Versorgung) die Qualitätsbereiche eins bis vier geprüft. Der Bereich fünf wird durch den Prüfbogen B (Beurteilung der Einrichtungsebene) und Bereich sechs durch den Bogen C (Gesamtergebnis der Plausibilitätskontrolle) geprüft.

Qualitätsbereich	Qualitätsaspekte	Prüfbogen
Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilität • Flüssigkeitsversorgung und Ernährung • Kontinenzverlust und -förderung • Körperpflege 	A
Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	<ul style="list-style-type: none"> • Wundversorgung • Medikamente • Medizinisch-pflegerischer Bedarf • Bewältigung sonstiger Therapiebedingter Anforderungen 	A
Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte	<ul style="list-style-type: none"> • Beeinträchtigung der Sinneswahrnehmung • Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation • Nächtliche Versorgung 	A
Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen	<ul style="list-style-type: none"> • Eingewöhnungsphase nach Einzug • Überleitung bei Krankenhausaufenthalt • Umgang herausforderndes Verhalten und psychische Problemlagen • Freiheitsentziehende Maßnahmen 	A
Bedarfsübergreifende fachliche Anforderungen	<ul style="list-style-type: none"> • Hilfsmittelversorgung • Biografie-Arbeit • Hygienische Anforderungen • Persönlichkeitsrecht und Unversehrtheit • Abwehr von Gefährdung und Risiken 	B
Einrichtungsinterne Organisation und Qualitätsmanagement	<ul style="list-style-type: none"> • Begleitung sterbender Personen und deren An- und Zugehörige • Maßnahmen zur Behebung und zur Vermeidung von Qualitätsdefiziten • Aufgabenwahrnehmung und Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft 	C

Tabelle 8: Prüfbögen des MD (eigene Darstellung, 2023, nach Medizinischer Dienst Bund, 2019, S.18-21)

Die Ergebnisse dieser Qualitätsprüfungen werden in den sogenannten Qualitätsprüfberichten veröffentlicht. Einzusehen bzw. zu downloaden (als PDF) sind diese beispielsweise auf der Seite „Pflegetotsen“ des vdek (https://www.pflegetotsen.de/presentation/pl_startseite.aspx) (Medizinischer Dienst Bund, 2019; Medizinischer Dienst Bund, 2022).

Qualitätsdarstellung und -überprüfung in der ambulanten Pflege

Ebenso wie in stationären Einrichtungen wird den Landesverbänden der Pflegekassen und der PKV im Rahmen des §114 Abs. 1 SGB XI der Auftrag, Qualitätsprüfungen durchzuführen, zugeschrieben. Die Qualitätsprüfung und das Bewertungssystem unterscheidet sich insofern, dass keine Indikatoren erhoben werden und vier anstatt sechs Qualitätsbereiche geprüft werden. Außerdem wird die Qualität im ambulanten Bereich in Noten dargestellt. Diese Verfahren der „Pflegetotsen“ war auch bis zum Jahr 2021 das gängige Verfahren in der stationären Langzeitpflege.

Bei einer Qualitätsüberprüfung durch den Medizinischer Dienst werden 46 verschiedene Kriterien in vier Qualitätsbereichen überprüft:

- Pflegerische Leistungen (17 Kriterien)
- Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen (8 Kriterien)
- Dienstleistung und Organisation (9 Kriterien)
- Befragung der Pflegebedürftigen (12 Kriterien).

Neben den Qualitätsbereichen kann in zwei unterschiedliche Arten von Kriterien unterschieden werden: Personenbezogene und einrichtungsbezogene Kriterien. Die anschließend veröffentlichte Pflegenote ergibt sich aus einer zweistufigen Bewertung. Die Bewertung der Kriterien erfolgt anhand eines Punkte-Schemas und der Berechnung eines Gesamtmittelwertes der Stichprobe für jeden Qualitätsbereich. Für die Gesamtnote – wie in Abb. 24 zu sehen – werden nur die Kriterien der Qualitätsbereiche eins bis drei nach dem gleichen Schema wie die Bewertung der einzelnen Qualitätsbereiche herangezogen. Die Ergebnisse dieser Prüfung werden anschließend in einem Bericht festgehalten, der innerhalb von drei Wochen nach einer Prüfung an den zuständigen Sozialhilfeträger wie auch an den überprüften Pflegedienst übermittelt werden muss.

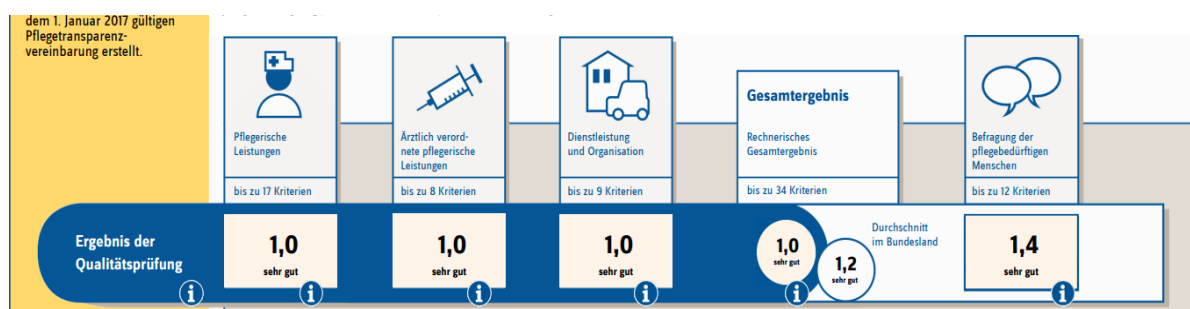


Abbildung 24: Notendarstellung in der ambulanten Langzeitpflege (Prüfergebnisse eines ambulanten Dienstes aus dem Pflegetotsen, (vdek, 2024))

Ebenso wie im stationären Setting werden die Ergebnisse dieser Qualitätsprüfungen in den sogenannten Transparenzberichten veröffentlicht. Einzusehen bzw. zu downloaden (als PDF) sind diese beispielsweise auf der Seite „Pflegetotsen“ des [vdek](#) (vdek, 2024) (Medizinischer Dienst Bund, 2023).

Qualitätsprüfung der Heimaufsichtsbehörde

Neben der Qualitätsprüfung durch den Medizinischen Dienst wird die Qualität in stationären Pflegeeinrichtungen auch durch die jeweilige Heimaufsichtsbehörde überprüft. Das Wohn-, Teilhabe-, und Pflegegesetz (WTPG) beinhaltet die Regelungen der Qualitätsprüfung durch die Heimaufsicht und kann als rechtlicher Rahmen betrachtet werden. Die Regierungspräsidien haben die Funktion der Höheren Heimaufsichtsbehörden, denen die Aufgabe der Fachaufsicht des Heimrechts obliegt. Des Weiteren gliedert sie sich in die Unteren Heimaufsichtsbehörden der Stadt- und Landkreise (Regierungspräsidien Baden-Württemberg, 2023). Neben der Aufgabe der Qualitätsprüfung stationärer Einrichtungen werden der Heimaufsichtsbehörde die Information und Beratung stationärer Pflegeeinrichtungen zugesprochen (§7 WTPG Abs. 1). Die Heimaufsicht überprüft, ob Einrichtungen die durch das WTPG festgelegten Ansprüche zum Betreiben einer Pflegeeinrichtung erfüllen (§17 Abs. 1 bis 2 WTPG). Im Vergleich zum MD, der ambulante wie auch stationäre Einrichtungen überprüft, werden durch die Heimaufsichtsbehörden ausschließlich stationäre Einrichtungen regel- oder anlassgeprüft. Die Prüfung durch die Heimaufsichtsbehörde erfolgt jährlich und grundsätzlich unangekündigt (§17 WTPG Abs. 1). Prüfungen können jederzeit erfolgen, außer nachts. Geprüft wird der Pflegezustand der Bewohner:innen und die dazugehörige Pflegedokumentation. Außerdem werden Qualitätssicherungsmaßnahmen und Ergebnisse, Akten- und Buchführung sowie Aufzeichnungen wie beispielsweise freiheitsentziehende Maßnahmen überprüft (§ 12 Absatz 1–3 WTPG; Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, 2023).

Im Vergleich zum Medizinischen Dienst konnten im Rahmen der Online-Recherche nur wenig Informationen über das Prüfverfahren der Heimaufsicht in Erfahrung gebracht werden. Auf der Seite des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg ist ein Prüflleitfaden aus dem Jahr 2012 für die Heimaufsicht einzusehen, der die beschriebenen Prüfaspekte des Gesetzes enthält. Der Prüfbericht muss innerhalb von drei Monaten von der zuständigen Behörde an den Träger oder die Leitung der Einrichtung schriftlich übermittelt werden (§ 19 WTPG). Anzumerken ist an dieser Stelle jedoch, dass der online einsehbare Prüfbogen möglicherweise nicht mehr aktuell ist. Folglich sind Aussagen zu den Daten der Heimaufsicht nur bedingt belastbar. Anders als die Qualitäts- und Transparenzberichte des MD, die teilweise verpflichtend veröffentlicht werden müssen, sind die einzelnen Prüfberichte der Heimaufsichtsbehörde nicht öffentlich einsehbar.

Zusammenarbeit des Medizinischer Dienst und der Heimaufsichtsbehörden

Auch wenn beide Prüforgane getrennte Qualitätsprüfungen durchführen, sieht der § 25 WTPG Abs. 1 eine Zusammenarbeit vor. In einer gesonderten Vereinbarung wurde festgehalten, dass

Medizinischer Dienst und Heimaufsicht in stetigem Austausch sind und auch gemeinsam Prüfungen durchführen können (§ 25 Abs. 1 S. 3 WTPG). Das im Jahr 2013 durchgeführte Modellprojekt „Entbürokratisierung von externen Qualitätsprüfungen § 117 (2) SGB XI“ hatte zum Ziel, eine gemeinsame Regelprüfung vom Medizinischer Dienst und der Heimaufsicht durchzuführen, um den bürokratischen Aufwand für alle Beteiligten zu minimieren. Das Ergebnis des Modellprojekts war zwar eine gemeinsame Regelprüfung, die aber mit erheblichem Zeitaufwand verbunden war, so dass Einrichtungen mehrheitlich wieder getrennte Prüfungen wünschten (Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, 2023).

Welche Daten können für das Projektvorhaben bedeutsam sein?

In Anbetracht des Projektvorhabens können die Ergebnisse bzw. die erfassten Daten aus den Qualitätsprüfungen des Medizinischer Dienst und der Heimaufsicht durchaus einen Anteil von Standarddaten zur Steuerung der Langzeitpflege in Baden-Württemberg darstellen. Im Prozess der Recherche stach im Setting der stationären Langzeitpflege der erste Teil („Informationen über die Pflegeeinrichtung“) des Qualitätsprüfberichtes heraus. Einrichtungen geben hier beispielsweise an, ob sie Versorgungsschwerpunkte oder Spezialisierungen anbieten oder wie sie ausgestattet sind. Hier konnten im Rahmen der Recherche auch Überschneidungen mit den Prüfinhalten der Heimaufsicht gesichtet werden. Diese Daten könnten helfen, beispielsweise einen Bedarf für Fördermitteln oder Bedarfsplanungen der Pflege zu unterstützen bzw. zu erkennen. Interessant ist in diesem Kontext auch die Weiterentwicklung des Prüfverfahrens in der ambulanten Pflege und ob hier zukünftig ähnliche Informationen festgehalten werden könnten wie im stationären Setting.

Neben den Informationen zur Einrichtung wird in regelmäßigem Abstand eine Vielzahl an personenbezogenen Daten und der Versorgung Pflegebedürftiger erhoben. Auch diese Daten könnten Einblicke über Strukturen und Entwicklungen von Personal, Bewohner:innen und Kund:innen geben und im Kontext der Steuerung wichtig sein. Hervorzuheben ist an dieser Stelle, dass es sich um Daten handelt, die bereits seit Jahren standardisiert erhoben werden und an einer Stelle gesammelt werden. Es müssten also keine neuen Daten generiert werden. Geht es um die Daten, die im Kontext der Prüfung durch die Heimaufsicht erfasst werden, ist hier – wie bereits erwähnt – keine aktuelle Version des Prüfverfahrens einsehbar. Aus den zur Verfügung stehenden Daten kann jedoch eine Überschneidung mit den Kriterien des Medizinischer Dienst beobachtet werden.

Exkurs: Daten der Qualitätsprüfung in England (Care Quality Commission)

Im Rahmen der Recherche zu den nationalen Qualitätsprüfungen und den dort nutzbaren Daten wurde parallel eine Recherche zur Qualitätssicherung ambulanter und stationärer Langzeit-Pflegeeinrichtungen innerhalb des National Health Service (NHS) England durchgeführt. Grundsätzlich sind die Prüfverfahren beider Länder unterschiedlich, was zur Folge hat, dass ein Vergleich beider Länder nur eingeschränkt möglich ist. Die Qualitätsprüfungen in Deutschland sind in Gesetzen wie dem SGB XI, SGB V oder auf Landesebene geregelt. In England ist

der „Social Care Act“ das Rechtsdokument, das unter anderem auch die Qualitätssicherung von relevanter Gesundheitsversorgung und sozialer Betreuung für Erwachsene regelt. Ähnlich wie in Deutschland gibt es ein externes Prüforgan: die Care Quality Commission (CQC). Ihr wird ein Prüfauftrag der Qualität von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen zugesprochen sowie die Festlegung von Qualitätsindikatoren zu ihrer Bewertung. Wie auch die Qualitätsberichte des Medizinischer Dienst müssen die Prüfberichte der Care Quality Commission auf der eigenen Homepage veröffentlicht werden. Was die Care Quality Commission vom Medizinischen Dienst oder der Heimaufsicht stark unterscheidet, ist die Qualitätsprüfung aller Gesundheitseinrichtungen und nicht nur die der Langzeitpflege.

Ähnlich wie die Prüfbögen des Medizinischer Dienst oder der Heimaufsicht gibt es für Qualitätsprüfungen durch den Care Quality Commission einen Prüfbogen/-leitfaden (siehe Tabelle 9). Dieser enthält fünf Leitfragen mit jeweils weiterführenden Fragestellungen, die bei einer Prüfung den Leitfaden bilden:

	Leitfrage	Bewertungskriterien
1	Is the service safe?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Staffing and recruitment ▪ Assessing risk, safety monitoring and management; learning lessons when things go wrong ▪ Systems and processes to safeguard people from the risk from abuse ▪ Using medicines safely ▪ Preventing and controlling infection including the cleanliness of premises ▪ Visiting in care homes
2	Is the service effective?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assessing people's needs and choices; delivering care in line with standards, guidance and the law ▪ Staff support, training, skills and experience ▪ Supporting people to eat and drink enough to maintain a balanced diet ▪ Supporting people to live healthier lives, access healthcare services and support; Staff working with other agencies to provide consistent, effective, timely care ▪ Adapting service, design, decoration to meet people's needs ▪ We checked whether the service was working within the principles of the MCA, whether appropriate legal authorisations were in place when needed to deprive a person of their liberty, and whether any conditions relating to those authorisations were being met
3	Is the service caring?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensuring people are well treated and supported; respecting equality and diversity ▪ Supporting people to express their views and be involved in making decisions about their care ▪ Respecting and promoting people's privacy, dignity and independence

4	Is the service responsive?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planning personalised care ▪ Meeting people’s communication needs ▪ Supporting people to develop and maintain relationships and to avoid social isolation; support to follow interests and take part in activities that are socially and culturally relevant ▪ Improving care quality in response to complaints or concerns ▪ End of life care and support
5	Is the service well lead?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Managers and staff being clear about their roles, and understanding quality performance, risks and regulatory requirements; continuous learning and improving care ▪ Promoting a positive culture that is person-centred, open, inclusive and empowering, which achieves good outcomes for people ▪ Engaging and involving people using the service, the public and staff, fully considering their equality characteristics; working in partnership with others ▪ How the provider understands and acts on the duty of candour, which is their legal responsibility to be open and honest with people when something goes wrong

Tabelle 9: Prüfbogen/Prüfleitfaden der Care Quality Commission Großbritannien (eigene Darstellung, nach Prüfbericht Weymont Manor, Care Quality Commission, 2023b)

Die Abschlussberichte der Care Quality Commission unterscheiden sich stark von den Qualitätsberichten des Medizinischer Dienst in ihrer „Formulierung“. Während die Qualitätsberichte des Medizinischer Dienst sich durch die Nutzung eines Instrumentes im quantitativen Bereich bewegen, ist der Bericht der Care Quality Commission eher qualitativ gestaltet. Wie in Tabelle 9 zu sehen, ähnelt er eher einem (Interview-)Leitfaden: Es wird in einem Fließtext beschrieben, wie die Prüfer:innen vorgegangen sind und ob die Einrichtungen die geforderten Kriterien erfüllen. An dieser Stelle ist hervorzuheben, dass die Prüfberichte des Care Quality Commission Zitate bzw. Aussagen von Bewohner:innen, Kund:innen und Angehörigen, wie sie ihre pflegerische Versorgung im jeweiligen Bereich empfinden, beinhalten. Des Weiteren erläutern die Berichte den Grund für eine Prüfung – wie z. B. Beschwerden oder eine Prüfung neu eröffneter Einrichtungen. Während in Deutschland primär Bewohner:innen und Kund:innen befragt werden, sieht die Prüfung durch die Care Quality Commission auch die Befragung von An- und Zugehörigen, Mitarbeitenden aus der Leitung, der Hauswirtschaftsleitung, Pflege und Leitungsebenen der Pflege vor. Neben den Befragungen werden Unterlagen sowie der Medikamentenplan, Personalakten und Akten der Verwaltung des Gesundheitsdienstes, ein-

schließlich Richtlinien und Verfahren, Gesundheits- und Sicherheitsaufzeichnungen, Dienstpläne für das Personal, Audits und Sitzungsprotokolle eingesehen. Die abschließende Quali-

Inspection ratings



We rate most services according to how safe, effective, caring, responsive and well-led they are, using four levels:






- 
Outstanding – the service is performing exceptionally well.
- 
Good – the service is performing well and meeting our expectations.
- 
Requires improvement – the service isn't performing as well as it should and we have told the service how it must improve.
- 
Inadequate – the service is performing badly and we've taken enforcement action against the provider of the service.
- 
No rating/under appeal/rating suspended – there are some services which we can't rate, while some might be under appeal from the provider. Suspended ratings are being reviewed by us and will be published soon.

Abbildung 25: "Inspection ratings" aus Care Quality Commission, 2023a)

tätsbeurteilung erfolgt in den fünf Bereichen mittels Ampelsystem (siehe Abbildung 25).

Gibt es Bereiche, in denen Qualitätsmängel festgestellt wurden, dann zeigt eine Tabelle am Ende des Prüfberichts auf, welche Maßnahmen die Einrichtungen zu ihrer Beseitigung ergreifen werden.

Die genauen Richtlinien und Regulationen sind auf der Homepage der Care Quality Commission nicht für Außenstehende einsehbar. Neben der Care Quality Commission gibt es außerdem das National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Das National Institute for Health and Care Excellence hat die Aufgabe, Standards, Leitlinien sowie Indikatoren für alle Bereiche des Gesundheitswesens zu entwickeln.

Im Vergleich zum Care Quality Commission sind die National Institute for Health and Care Excellence -Richtlinien nicht obligatorisch und umfassen auch Richtlinien und Indikatoren zu allen Lebenslagen. In Deutschland könnte man das National Institute for Health and Care Excellence im weitesten Sinne mit dem Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) vergleichen. Das Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung entwickelt nationale Expertenstandards und Qualitätsindikatoren zu internen Qualitätsevaluation und verfolgt das Ziel der internen Qualitätsentwicklung in der Pflege (<https://www.dnqp.de>).

Welche Ähnlichkeiten gibt es zwischen den Qualitätsprüfverfahren in Deutschland und England?

Interessant ist an dieser Stelle, welche grundlegenden Informationen durch die Prüfverfahren beider Länder erhoben werden und damit öffentlich zugänglich sind.

- Angaben zu den möglichen Spezialisierungen im Betreuungsangebot
- Angaben zu den Ansprechpartner:innen und Leitungen
- Angaben zu den Betreuungsangeboten
- Angaben zum Umgang mit Medikamenten
- Angaben zum Risikomanagement in Verbindung mit Stürzen, Dekubitus und Ernährung (z. B. Gewichtsabnahme)
- Angaben zu der Personalausstattung der Einrichtung (inklusive Angaben zum Thema Personalleasing)
- Angaben zum Hygienekonzept
- Angaben zu Fort- und Weiterbildungskonzepten (in allen fünf Bereichen)

2.3.4 Digitale Anwendungen im Gesundheitswesen

Digitalisierung im Gesundheitswesen

In vielen Bereichen der Wirtschaft oder Gesellschaft unterstützen digitale Technologien den Menschen in der Bewältigung unterschiedlicher Herausforderungen. Auch in Gesundheitswesen und Pflege können digitale Technologien Arbeitsabläufe erleichtern bzw. unterstützen. Die systemische Auswertung medizinischer Daten zielt auf eine verbesserte Erkennung von Krankheiten und eine individualisierte Therapie ab. Wie aktuelle nationale Projekte aufzeigen, gibt es eine Vielzahl an unterschiedlichen Vorhaben, Digitalisierung im Gesundheitswesen voranzutreiben. Einen ersten Rahmen für die Digitalisierungsstrategie gibt das im Jahr 2015 in Kraft getretene „Gesetz für sichere Kommunikation und Anwendung im Gesundheitswesen“ – besser bekannt als „E-Health Gesetz“. Hier wird vor allem der Aufbau einer sicheren Telematikinfrastruktur und eine Einführung medizinischer Anwendungen vorangetrieben. Als Teil der Telematik wurde die digitale Patientenakte, das E-Rezept sowie – im Rahmen des 2023 in Kraft getretenen Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens – für alle gesetzlich Versicherten die Telemedizin eingeführt (Bundesministerium für Gesundheit, 2023).

Gematik

Der Aufbau der Telematikinfrastruktur (TI) und der dazugehörigen digitalen Anwendungen obliegt der Nationalen Agentur für Digitale Medizin, bekannt unter dem Namen gematik (gematik, 2023e). „Ziel und Aufgabe der gematik ist es, diese Infrastruktur auszubauen, zu modernisieren und so fit für das digitale Gesundheitswesen der Zukunft zu machen.“ (gematik, 2023d). Die gematik wurde im Rahmen der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte im Jahr

2005 durch das BGM in der Rechtsform einer GmbH gegründet. Gesetzliche Grundlagen für die Umsetzung der Aufgaben der gematik sind § 306 und § 311 des SGB V (gematik, 2023b).

Der § 311 SGB V spricht der gematik folgende Aufgaben zu:

- „Regelung funktionaler und technischer Vorgaben sowie eines Sicherheitskonzepts,
- Festlegen von Inhalt und Struktur der zu nutzenden Datensätze,
- Erstellung der Vorgaben für den sicheren Betrieb der Telematikinfrastruktur,
- Sicherstellen der notwendigen Test- und Zertifizierungsmaßnahmen,
- Festlegen der Verfahren zur Verwaltung gesetzlich geregelter Zugriffsberechtigungen sowie der Steuerung dieser Zugriffe,
- Zulassung von Komponenten, Diensten und Anbietern“ (gematik, 2023b).

Die Telematikinfrastruktur als ein Netzwerk zur sicheren und schnelleren Kommunikation im Gesundheitswesen beinhaltet unterschiedliche Dienste für Versicherte, darunter elektronische Patientenakte, E-Rezept, E-Medikamentenplan und Notfalldaten. Neben elektronischen Dokumenten der Versicherten beinhaltet die Telematikinfrastruktur unter anderem auch Kommunikationsdienste wie KIM (Kommunikation im Medizinwesen), TI-Messenger (Instant Messenger Dienst) und DEMIS (digitale Meldung von Infektionen) (gematik, 2023a). Auch die Langzeitpflege ist in die Telematikinfrastruktur angebunden und hat zum Ziel, vor allem sektorenübergreifende Kommunikation zu ermöglichen. Hierzu benötigen die Einrichtungen einen sogenannten Konnektor mit einem Kartenterminal. In Verbindung mit einem elektronischem Heilberufsausweis und einer Institutionskarte ist der Zugang zum zentralen Telematikinfrastruktur überhaupt möglich. Außerdem wird ein KIM-Account sowie ein Vertrag mit einem KIM-Anbieter benötigt und ein Update der einrichtungsbezogenen Pflegesoftware, um eine Anbindung an die Telematikinfrastruktur zu erhalten (gematik, 2023c).

Die TI-Anbindung erzeugt also möglicherweise Daten, die ebenfalls zu Steuerungszwecken genutzt werden können.

Pflegedokumentationssysteme

Das Dokumentieren der durchgeführten Pflege und andere damit einhergehende Prozesse – Pflegeprozessplanung, Biografie oder der Medikamentenplan – sind seit geraumer Zeit in der Langzeitpflege gängige Arbeitsmittel. Die einst auf dem Papier geführte Dokumentation des Pflegeprozesses erfolgt seit einigen Jahren digital und die auf dem Markt verfügbaren Softwareprodukte entwickeln sich stetig weiter. Beckmann hebt hervor, dass Pflegedokumentationssysteme als Hauptarbeits- bzw. Strukturierungsmittel für Pflegefachkräfte bezeichnet werden können (Beckmann 2018). Der Einsatz dieser Programme verfolgt die Ziele, Arbeitsabläufe zu vereinfachen und Zeit einzusparen sowie die Kommunikation und Transparenz zu verbessern. Seit Beginn der Nutzung von Programmen zur digitalen Pflegedokumentation haben diverse Softwareanbieter und Startups Pflegedokumentationssysteme entwickelt. Diese reichen von Komplettlösungen, also Pflege- und Personalplanung oder Abrechnung und Verwaltung,

bis hin zu Modulen, die einzeln erworben werden können. Manche Entwickler bieten auch diverse KI-Tools an, die beispielsweise in der Personaleinsatz- oder Tourenplanung eingesetzt werden können. Die Generierung von individuellen Kennzahlen ist nur eine von vielen weiteren Funktionen der unterschiedlichen Anbieter für die ambulante oder stationäre Pflege. Abbildung 25 zeigt die möglichen Daten, die von Pflegedokumentationssystemen erzeugt werden können sowie die in der Recherche gesichteten Systeme.

Folgende Anwendungen bzw. Programme im Kontext von stationärer und ambulanter Langzeitpflege werden aktuell verwendet:



Abbildung 26: Daten aus Pflegedokumentationssystemen (eigene Darstellung 2023)

Ein Überblick über den aktuellen Markt an Softwarelösungen und eine genaue Aufzählung diverser Softwareanbieter sowie die Funktionen der einzelnen Programme ist unter <https://www.ti-score.de/kim/pflege> einzusehen.



Abbildung 27: Wortwolke Softwarehersteller (eigene Darstellung 2024)

Eine exemplarische Darstellung soll im Folgenden zeigen, welche Funktionen und Besonderheiten die einzelnen Produkte vorweisen. Die Auswahl der hier dargestellten Produkte wurde dabei aufbauend auf den sowohl im qualitativen Fragebogen als auch in den Interviews am häufigsten genannten Produkten getroffen.

Wichtig ist an dieser Stelle, dass es viele Individuallösungen für die einzelnen Einrichtungen gibt, denn meist sind Einrichtungen bzw. der Verband oder Träger daran interessiert, digitale Möglichkeiten ganz explizit auf die eigenen Bedürfnisse anzupassen. Daraus entstehen und entstanden in den letzten Jahren viele Startups, Apps und Anwendungen, die hier nicht alle mit aufgenommen werden können. Bemerkenswert ist, dass das Interesse und die Möglichkeiten enorm gewachsen sind und sich die Anbieter und Programme stetig weiterentwickeln und verbessern.

Produkt (Hersteller)			
Anwendungsort	Modular -oder Komplett-Lösung?	Besondere Add Ons	Tablett/Smartphone kompatibel?
MD ambulant (Medifox-Dan)			
Ambulante Pflege	Modular <ul style="list-style-type: none"> • Abrechnung & Verwaltung • Dokumentation • Management-Informationssystem • Personaleinsatzplanung • Mein Tag 	Mit App Voize (siehe unten) kompatibel KI-Einsatz in der Dienstplanung Planungsprozess der Tour wird durch	Ja (gesonderte Apps/Module)

	<ul style="list-style-type: none"> • MD Time (Smartphone-App – Zeiterfassungstool für stationäre Pflege) • MD CarePad • MD Learning by SmartAware • 	Software auf Wirtschaftlichkeit geprüft	
MD stationär (Medifox-Dan)			
Stationäre Pflege	Modular <ul style="list-style-type: none"> • Abrechnung & Verwaltung • Abrechnungsservice • Pflege- und Betreuungsdokumentation • Management-Informationssystem • Personaleinsatzplanung • Mobile Datenerfassung • MD CarePad (mobile Pflegedokumentation) • MD Learning by SmartAware (digitale Fortbildungsplattform) • MD Connect (Plattform für alle an der Pflege Beteiligten, z. B. Apotheke, Angehörige, Therapeut:innen) 	Mit App Voize kompatibel KI-Einsatz in der Dienstplanung	Ja (gesonderte Apps/Module)
VIVENDI (Connex VIVENDI)			
Stationäre & Ambulante Pflege	Modular <ul style="list-style-type: none"> • Vivendi NG Stationär Klient:innenmanagement • Vivendi NG ambulant Klient:innenmanagement • Vivendi PD (Pflegedokumentation und Planung) • Vivendi PEP (Personalmanagement, Dienstplan) • Vivendi CC (Unternehmensmanagement z. B. Unternehmenskennzahlen) • Vivendi PD (Pflegedokumentation und Planung) • Vivendi PEP (Personalmanagement) • Vivendi CC (Unternehmensmanagement z. B. Unternehmenskennzahlen) 	Mit App Voize kompatibel Vitalwerte und Sensordaten per Bluetooth übertragbar	Ja

Komda (Zapf Systemhaus)			
Ambulante, Stationäre & Teilstationäre Pflege	Modular <ul style="list-style-type: none"> • Verwaltung und Abrechnung (alle Settings) • Dienstplan & Zeiterfassung (alle Settings) • Pflegedokumentation & Controlling (alle Settings) • Tourenplanung & mobile (nur ambulante) • Belegungsplan und Statistiken (nur teilstationär) 	Automatische Dienstplanerstellung Auswertung und Statistiken über Personalausfall, Urlaub, u. v. m.	Ja
ProfSYS (IC Sys)			
Ambulante & Stationäre Pflege	Komplettlösung	Vorschlagsliste zur Vermeidung, dass immer wieder dieselben Mitarbeitenden einspringen	Ja
CuraSoft (Curasoft)			
Ambulante Pflege	Komplettlösung		Ja
.snap (Euregon)			
Ambulante Pflege	Komplettlösung	<ul style="list-style-type: none"> • Angehörigen-App – ambulanter Bereich • Starthilfe für kleine Pflegedienste 	Ja
GODO (myneva)			
Ambulante & stationäre Pflege	Komplettlösung und Modular <ul style="list-style-type: none"> • Abrechnung/Faktura • Pflegedokumentation • Dienstplan, Zeiterfassung • Tourenplanung, digitale Stecktafel • Qualitätsmanagement • eAkte – papierlose Verträge und Dokumente • Menüplanung • Formulareingabe 		
Startups			
Voize (Voize GmbH)			
Ambulante & stationäre Pflege	App mit Sprachassistentz, komplette Dokumentation via Spracheingabe über das Smartphone		

	Kompatibel mit Programmen von: <ul style="list-style-type: none"> • Connex Vivendi • Medifox Dan • Standard Systeme • Dan Produkte 		
Myo-App			
Ambulante & stationäre Pflege	App primär für Kommunikation sowohl intern als auch mit Angehörigen → Social Media für alle an der Pflege Beteiligten?		
JOMOsoft			
Für Gemeinschaftsverpflegung, u. a. mit Speiseplanerstellung	Software für Menüplanung, Lebensmittelbestellung und Kostenkontrolle	Kann von einer Einrichtung, aber auch von mehreren genutzt werden	

Tabelle 10: Übersicht der EDV-Produkte in der Langzeitpflege (eigene Darstellung 2023)

2.3.5 Ausgewählte rechtliche Grundlagen

Die gesetzlichen Grundlagen zur Erhebung, Speicherung und Zurverfügungstellung von Daten sind vielfältig und in diesem Projekt nicht abschließend erhebbar und bewertbar. Dabei greifen nationale und internationale Regelungen sowie Gesetze, Verordnungen und Satzungen ineinander. Gleichzeitig wird nach einer passenden Balance zwischen Schutz von Daten bzw. Personen einerseits und den enormen Möglichkeiten zur sinnvollen Steuerung und Innovation andererseits gesucht. Diese Balancesuche findet auf allen Ebenen statt und zugleich gibt es eine starke (rechtliche) Verunsicherung, da die Gesetze, Verordnungen und Satzungen beinahe unüberschaubar erscheinen und anscheinend nur Expert:innen belastbare Aussagen machen können. Da die gesetzlichen Regelungen aber in die Arbeits- und Lebensrealität aller Akteure und Institutionen wirken, entstehen starke Unsicherheiten, denen unterschiedlich begegnet werden. Ziel dieses Kapitels kann es nur sein, einige herausragende Eckpunkte darzustellen, die für die weitere Projektbearbeitung Bedeutungen haben.

Bereits 1987 wurde das nationale Gesetz über Statistik für Bundeszwecke (Bundesstatistikgesetz – BstatG, https://www.gesetze-im-internet.de/bstatg_1987/BJNR004620987.html) auf den Weg gebracht, mit dem Ziel ein Gesamtsystem der amtlichen Statistik zu schaffen. Dieses Gesetz ist selbstverständlich sehr oft überarbeitet worden und zeigt die weitreichende nationale Bedeutung der Datenerhebung in einem demokratischen Staat und die Aufgaben des Statistischen Bundesamtes. Daneben wurde das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) entwickelt,

das die Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) präzisiert. Dies wurde notwendig nach Einführung der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung, die den EU-Staaten teilweise nationale Regelungen ermöglicht.

Europäische Datenschutz-Grundverordnung

Die Europäische Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) wurde nach einer zweijährigen Übergangsfrist mit dem 25. Mai 2018 wirksam. Sie bildet einen datenschutzrechtlichen Rahmen für die Mitglieder der Europäischen Union, wobei viele Unternehmen ihre Geschäftsabläufe an das neue Gesetz und die darin enthaltenen Bestimmungen anpassen mussten. Grundlegend soll die einheitliche Verordnung ein Gleichgewicht zwischen den Interessen der Verbraucher und der Wirtschaft herstellen – vor allem vor dem Hintergrund der Digitalisierung vieler Bereiche. Für die Verbraucher verspricht die DS-GVO dabei eine höhere Selbst- und Mitbestimmung der Datennutzung sowie eine bessere Transparenz. Zugleich soll die Verordnung datenverarbeitenden Unternehmen einen zukunftsorientierten und rechtssicheren Rahmen sowie innovative Geschäftsideen stärken.

Die Umsetzung und Einführung werden dabei regelmäßig alle vier Jahre evaluiert. In Deutschland gibt es zusätzlich ein Forum, bei dem sich Unternehmen, Politik, Verbände und Aufsichtsbehörden über die Umsetzungen und Regelungen austauschen.

Zentrale Elemente der DS-GVO sind:

- „Europaweit einheitliches Datenschutzniveau
- Pseudonymisierung von Daten
- Verschiedene Rechtsgrundlagen für Datenverarbeitungen
- Privilegierung von Datenverarbeitungen zu Forschungszwecken
- Mehr Transparenz und Kontrolle für Betroffene“ (Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz, 2023).

Nationale Satzungen, Ordnungen und Gesetze

Abseits der DS-GVO gibt es im Bereich der Datensicherheit im Gesundheitsbereich diverse Gesetze und Verordnungen, die den Umgang mit sogenannten Sozialdaten regeln. Sozialdaten können als besonders sensible Daten betrachtet werden und ein vorsichtiger Umgang mit ihnen ist von Bedeutsamkeit. Im Folgenden werden im Kontext des Forschungsvorhabens die wichtigsten Verordnungen und Gesetze dargestellt, die auch wichtig für eine spätere Diskussion sein könnten. Denn Gesetze und Verordnungen beeinflussen auch die Datenkommunikation der unterschiedlichen Akteure.

Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) (2024)

<https://www.recht.bund.de/bgbl/1/2024/102/VO.html>

- Gesetz zum verbesserten Austausch und zur gemeinsamen Nutzung von Gesundheitsdaten

-
- Verfolgt u. a. das Ziel, Datenkommunikation zu verbessern, Gesundheitsdaten leichter auffindbar zu machen und bürokratische Hürden zu reduzieren sowie eine Verknüpfung von Gesundheitsdaten zu erleichtern
 - ePA-Daten werden zu Forschungszwecken nutzbar gemacht werden; GKV und Pflegekassen soll ermöglicht werden, eigene Daten für eine verbesserte Versorgung zu nutzen

Verordnung zur Umsetzung der Vorschriften über die Datentransparenz (DaTraV)

- Regelung zur Wahrnehmung, Durchführung und Finanzierung der Datentransparenz im Sinne der §§ 303a bis 303f des SGB V → Aufbau eines Forschungsdatenzentrums, in dem Daten der gesetzlichen Krankenversicherung zu Forschungszwecken genutzt werden
- Dieses Forschungsdatenzentrum wird durch das Robert Koch-Institut wahrgenommen
- Verordnung für Datengrundlage der FDZ-Datenbank (Datenquelle)
- In dieser Verordnung wird festgelegt, welche Daten des Spitzenverbandes einmal jährlich an das Robert-Koch Institut übermittelt werden. Neben personenbezogenen Daten wie Geschlecht und Geburtsjahr werden auch Daten aus der Krankenversorgung – wie beispielsweise Daten rund um die Krankenbehandlung oder auch Daten zu verordneten Medikamenten – einbezogen.

Sozialgesetzbuch I (SGB I)

Im ersten Abschnitt werden allgemeine Grundsätze wie unter anderem das Sozialgeheimnis in § 35 beschrieben. Das hat zum Ziel, dass Sozialdaten von Leistungserbringern nicht unbefugt verarbeitet und/oder an Dritte weitergegeben werden. Die §§ 60–66 regeln die Verarbeitung von Sozialdaten, da eine gesetzliche Mitwirkpflicht der Leistungsberechtigten vorgeschrieben ist. Folglich müssen Daten verarbeitet werden, um Leistungen zu erhalten.

SGB V – Zehntes Kapitel Versicherungs- und Leistungsdaten, Datenschutz, Datentransparenz

Die §§ 284–287a regeln unter anderem die Grundsätze zur Verarbeitung von Sozialdaten der Krankenkassen sowie die zulässigen Verfahren der Verarbeitung der Daten sowie Art, Form, Inhalt und Kontrolle der einzugebenden und der auszugebenden Daten, die Abgrenzung der Verantwortungsbereiche bei der Datenverarbeitung, die weiteren zur Gewährleistung von Datenschutz und Datensicherheit zu treffenden Maßnahmen.

Daten, die nach § 284 durch die gesetzlichen Krankenkassen erhoben und gespeichert werden:

- Feststellung des Versicherungsverhältnisses und der Mitgliedschaft, einschließlich der für die Anbahnung eines Versicherungsverhältnisses erforderlichen Daten
- Ausstellung des Berechtigungsscheines und der elektronischen Gesundheitskarte
- Feststellung der Beitragspflicht und der Beiträge sowie deren Tragung und Zahlung

-
- Prüfung der Leistungspflicht und der Erbringung von Leistungen an Versicherte, einschließlich der Voraussetzungen von Leistungsbeschränkungen sowie die Bestimmung des Zuzahlungsstatus und die Durchführung der Verfahren bei Kostenerstattung, Beitragsrückzahlung und der Ermittlung der Belastungsgrenze
 - Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern
 - Übernahme der Behandlungskosten in den Fällen des § 264
 - Beteiligung des Medizinischen Dienstes oder das Gutachterverfahren nach § 87 Absatz 1c
 - Abrechnung mit den Leistungserbringern, einschließlich der Prüfung der Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnung
 - Überwachung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung
 - Abrechnung mit anderen Leistungsträgern
 - Durchführung von Erstattungs- und Ersatzansprüchen
 - Vorbereitung, Vereinbarung und Durchführung von ihnen zu schließenden Vergütungsverträgen
 - Vorbereitung und Durchführung von Modellvorhaben, die Durchführung des Versorgungsmanagements nach § 11 Abs. 4, die Durchführung von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung, zu besonderen Versorgungsformen und zur ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen, einschließlich der Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Qualitätsprüfungen
 - Durchführung des Risikostrukturausgleichs nach den §§ 266 und 267 sowie zur Gewinnung von Versicherten für die Programme nach § 137g und zur Vorbereitung und Durchführung dieser Programme
 - Durchführung des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a
 - Auswahl von Versicherten für Maßnahmen nach § 44 Absatz 4 Satz 1 und nach § 39b sowie zu deren Durchführung
 - Überwachung der Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer von Hilfsmitteln nach § 127 Absatz 7
 - Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen als Rehabilitationsträger nach dem SGB IX
 - Vorbereitung von Versorgungsinnovationen, die Information der Versicherten und die Unterbreitung von Angeboten nach § 68b Absatz 1 und 2
 - administrative Zurverfügungstellung der elektronischen Patientenakte sowie für das Angebot zusätzlicher Anwendungen im Sinne des § 345 Absatz 1 Satz 1

§ 67 SGB X Begriffsbestimmung ergänzend zu DSGVO: Was sind Sozialdaten? (Abs. 3):

- Aufgaben nach diesem Gesetzbuch sind – soweit dieses Kapitel angewandt wird – auch Aufgaben aufgrund von Verordnungen, deren Ermächtigungsgrundlage sich im Sozialgesetzbuch befindet
- Aufgaben aufgrund von über- und zwischenstaatlichem Recht im Bereich der sozialen Sicherheit

- Aufgaben aufgrund von Rechtsvorschriften, die das SGB I und das SGB X für entsprechend anwendbar erklären
- Aufgaben aufgrund des Arbeitssicherheitsgesetzes und Aufgaben, soweit sie den in § 35 des SGB I genannten Stellen durch Gesetz zugewiesen sind. § 8 Absatz 1 Satz 3 des Arbeitssicherheitsgesetzes bleibt unberührt

SGB XI – Grundsätze der Datenverarbeitung der Pflegekassen und Verbänden der Pflegekassen

- Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 20–26) und der Mitgliedschaft (§ 49)
- Feststellung der Beitragspflicht und der Beiträge, deren Tragung und Zahlung (§§ 54–61)
- Prüfung der Leistungspflicht und die Gewährung von Leistungen an Versicherte (§§ 4, 28 und 28a) sowie die Durchführung von Erstattungs- und Ersatzansprüchen
- Beteiligung des Medizinischen Dienstes (§§ 18–18c und 40)
- Abrechnung mit den Leistungserbringern und die Kostenerstattung (§§ 84–91 und 105)
- Überwachung der Wirtschaftlichkeit, der Abrechnung und der Qualität der Leistungserbringung (§§ 79, 112, 113, 114, 114a, 115 und 117)
- Abschluss und die Durchführung von Pflegesatzvereinbarungen (§§ 85, 86), Vergütungsvereinbarungen (§ 89) sowie Verträgen zur integrierten Versorgung (§ 92b)
- Aufklärung und Auskunft (§ 7)
- Koordinierung pflegerischer Hilfen (§ 12), die Pflegeberatung (§ 7a), das Ausstellen von Beratungsgutscheinen (§ 7b) sowie die Wahrnehmung der Aufgaben in den Pflegestützpunkten (§ 7c)
- Abrechnung mit anderen Leistungsträgern
- Statistische Zwecke (§ 109)
- Unterstützung der Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen (§ 115 Abs. 3 Satz 7)

Verordnung zur Umsetzung der Vorschriften über die Datentransparenz (DaTraV)

Diese Verordnung sieht vor, dass ein Forschungsdatenzentrum eingerichtet wird, welches vom Robert Koch-Institut betrieben wird. Hier sollen Daten der gesetzlichen Krankenversicherung zu Forschungszwecken genutzt werden. Die Verordnung regelt auch,

Sozialgesetzbuch I (SGB I) und SGB V

Im ersten Abschnitt des SGB I werden allgemeine Grundsätze wie das Sozialgeheimnis beschrieben, das die unbefugte Verarbeitung und Weitergabe von Sozialdaten verhindert. Die Paragraphen 60 bis 66 regeln die Verarbeitung dieser Daten, die notwendig ist, um Leistungen zu erhalten. Die §§ 284–287a des SGB V regeln die Verarbeitung von Sozialdaten durch Krankenkassen, einschließlich der Dateneingabe, -ausgabe und der zugehörigen Kontrollmechanismen.

SGB XI – Datenverarbeitung der Pflegekassen

Die Pflegekassen verarbeiten Daten zur Feststellung von Versicherungsverhältnissen und Mitgliedschaft, zur Beitragspflicht und deren Zahlung, zur Leistungspflicht und zur Abrechnung mit Leistungserbringern. Sie koordinieren auch pflegerische Hilfen und bieten Pflegeberatung an, wobei sie Daten nutzen, um Leistungen effizient zu gewähren und die Qualität der Pflege sicherzustellen.

Satzung der unterschiedlichen Akteure im Kontext von Datensicherheit

Neben den hier dargestellten rechtlichen Grundlagen soll auch darauf hingewiesen werden, dass die Akteure im Gesundheitswesen die rechtlichen Regelungen für ihre Institutionen spezifizieren und im Rahmen von Satzungen die spezifischen Regelungen zugänglich machen. Dabei berufen sie sich auf die EU-DSGVO, DS-GVO und die gesetzlichen Grundlagen der SGBs. Zwei Akteure sollen hier herausgehoben werden, da sie vor dem Hintergrund der Datengewinnung und -steuerung einen hohen Stellenwert haben.

Medizinischer Dienst – Baden-Württemberg

Satzung ist einsehbar unter:

https://www.md-bw.de/fileadmin/MD-Baden-Wuerttemberg/2-UEber_uns/Satzung_MD_BW_Stand_20211210.pdf

Daten und Datenschutzinformationen der Website:

<https://www.md-bw.de/fuer-versicherte/meine-daten-und-rechte> | [Medizinischer Dienst Baden-Württemberg \(md-bw.de\)](#)

AOK/AOK-Baden Württemberg

Satzung der AOK BW ist einsehbar unter:

<https://www.aok.de/pk/magazin/cms/fileadmin/pk/baden-wuerttemberg/pdf/Satzung.pdf>

Satzung der Pflegekasse AOK BW einsehbar unter:

<https://www.aok.de/pk/magazin/cms/fileadmin/pk/baden-wuerttemberg/pdf/satzung-pflegekasse.pdf>

2.4 Ergebnissicherung

Die theoretische Auseinandersetzung mit den Forschungsfragen des Projektes hat von Beginn an einen enormen Umfang eingenommen. Dabei zeichnete sich ab, dass vielen Daten, Datenbanken, Studien, Gesetze bzw. Verordnungen, Softwareprogramme eine ebenso große Zahl an Akteur:innen im Gesundheits- und Pflegewesen gegenüberstehen. Die hier entstandene Übersicht ist sicher noch immer nicht vollzählig und kann es vielleicht auch nie werden, da einerseits die Dynamik im Feld sehr groß ist und andererseits nicht alle Informationen öffentlich einsehbar sind. Der Blick auf internationale Strategien und Erkenntnisse hinsichtlich unserer Frage ist sehr interessant, insbesondere wenn man den Blick auf mögliche Lösungen der hier dargestellten Probleme legt.

Das Forschungsprojekt kann mit seiner Thematik auch in einen größeren Zusammenhang eingeordnet und damit ein gesamtgesellschaftlicher Zusammenhang hergestellt werden. Die Abgrenzung der systematischen Literatur- und Datenbanksuche ist auch deshalb schwierig, weil gesellschaftliche Themen und Fragestellungen übergreifend sind. Beispielsweise werden Daten zu Arbeitnehmer:innen von verschiedenen Akteuren erhoben und zusammengestellt, die Perspektive auf das Gesundheitswesen ist dabei nur eine von vielen. Unser Eindruck ist, dass die Probleme der Datenfülle einerseits und der Mangel an spezifischen Daten andererseits auch in anderen gesellschaftlichen Bereichen diskutiert wird. In diesem Forschungsprojekt ist es jedoch nicht möglich, die Diskussion der Metaebene aufzugreifen und aufzuarbeiten. Bei der Lösung der entstehenden Probleme wird aber diese gesamtgesellschaftliche Perspektive zwingend nötig sein.

An dieser Stelle möchten wir die zentralen Probleme, die unsere systematischen Recherchen sichtbar machen, aufzeigen und in Form von Themenfeldern kurz zur Ergebnissicherung zusammenfassen. Sie sind Ausgangspunkt einerseits für unsere eigenen empirischen Arbeiten und andererseits für die Lösung der entstandenen Probleme und die Findung einer umfassenden nationalen „Daten-Strategie“ im Bereich der Langzeitpflege. Im Folgenden wird mit dem Begriff „Daten“ gearbeitet. Daten spiegeln im weitesten Sinn Messwerte, Zahlenwerte oder Beobachtungswerte wider, die im Rahmen von Erhebungen gemacht werden. Dabei kann es sich auch um nicht-empirische Daten handeln, die im Rahmen von Erhebungen – beispielsweise den Qualitätsprüfungen oder im Rahmen von Programmanwendungen – ermittelt werden.

Themenfeld 1: (Quantitative) Datenerhebungen und theoretische Fundierungen

Beinahe alle Daten, die im Bereich der Langzeitpflege erhoben und zugänglich gemacht werden, sind quantitative Daten. Nur selten, insbesondere in Forschungsarbeiten, werden auch qualitative Daten erhoben und zugänglich gemacht. Beide Datentypen zielen auf Unterschiedliches ab: Quantitative Daten suchen Repräsentativität, qualitative Daten zielen auf das Darstellen von möglichst allen, vielfältigen Aspekten eines Themas ab, um inhaltliche Kausalitäten zu entdecken, zu begründen und die Wirklichkeit und ihre Zusammenhänge verstehbar zu machen. Für eine möglichst umfassende Perspektive müssen qualitative und quantitative Datenerhebungen miteinander verbunden werden und in denselben Untersuchungszusammenhang gebracht werden („Mixed Methods“).

Datenerhebungen im Bereich der Langzeitpflege liegen selten explizit dargestellte theoretische Modelle und Konzepte zugrunde. Die Konstruktion von Zusammenhängen erfolgt oftmals über eine empirische Verknüpfung von Daten. Ob die entstehenden Korrelationen, die mitunter hergestellt werden, tatsächlich Kausalitäten begründet abbilden, kann deshalb oft nicht bewertet werden. Nicht alle Daten, die erhoben werden, haben dabei – wie zuvor kurz beschrieben – einen empirischen Forschungs- und Studienhintergrund. Die theoretischen Annahmen, die beispielsweise Qualitätsprüfungen oder auch Softwareprogrammen zugrunde liegen, sind zumeist auch wenig beschrieben. Vor diesem Hintergrund erscheint es mitunter, dass geradezu „additiv“ immer mehr Daten erhoben werden, die dann in einen Zusammenhang gebracht werden, ohne dass beurteilbar bzw. nachvollziehbar ist, ob die Daten tatsächlich einen sinnvollen Zusammenhang darstellen.

Aufgrund der ungeheuren Fülle von Akteur:innen, die Datenerhebungen im weitesten Sinne durchführen, und der hohen Anzahl von Datenerhebungen müssen die Daten kumuliert werden, um sie besser verstehbar und übersichtlich zu machen. Auch einer Kumulation von Daten müsste ein theoretisches Modell zugrunde liegen, das klärt, welche Daten in einer theoretischen Verbindung zueinanderstehen.

Im Projekt wird explizit die Frage gestellt, mit welchen Daten Akteure im Pflegewesen steuern (wollen bzw. sollen). Die allgemeine Managementliteratur gibt hier eher allgemeine Antworten; dabei sind nur wenige theoretische Modelle/Ansätze (z. B. Evidenz-basiertes Management) zu finden und diese müssten dann auf die Langzeitpflege und deren spezifischen Bedingungen (in Finanzierung, Organisation und Leistungsgeschehen) übertragen werden. Aus unserer Sicht ist die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema „Datengesteuertes Management“ insbesondere im Pflegewesen noch nicht ausreichend angestoßen worden; hier fehlen Studien und wissenschaftliche Auseinandersetzungen. Vor diesem Hintergrund kann zurzeit auch nicht mit einem Wissenstransfer in die Praxis gerechnet werden.

Themenfeld 2: Strukturelle Hintergründe der Daten**Datenerhebungen, Zeitpunkt, Zeiträume und Aktualität**

Viele Daten, die für die Akteur:innen nutzbar gemacht werden, werden mit einem zeitlichen Abstand von mitunter über einem oder gar zwei Jahren veröffentlicht. Dabei kann dann nicht mehr bewertet werden, ob die Zahlen zur Interpretation eines aktuellen Geschehens verwendet werden können. Mitunter ist leider gar nicht nachvollziehbar, wann welche Daten erhoben werden und so steigt die Gefahr, dass die Daten vor dem Hintergrund ihrer Veröffentlichung zeitlich eingeordnet werden. Dieser Zeitpunkt kann aber sehr viel später liegen als die tatsächliche Erhebung der Daten. Sollten dann die Daten unterschiedliche Erhebungszeiträume bzw. Erhebungszeitpunkte haben, steigt die Unübersichtlichkeit.

**Zusammenarbeit, Datensicherheit, Datensparsamkeit und Kosten
(ökologisch und ökonomisch)**

Barrieren zum gemeinsamen Erheben und Nutzen von Daten stellen auch die nationalen und internationalen rechtlichen Bedingungen rund um Datenerhebungen und -nutzbarmachungen dar. Zwar sind die rechtlichen Rahmenbedingungen noch überschaubar, sie werden aber von den Akteur:innen jeweils in entsprechende Verordnungen umgesetzt und so entstehen weitere rechtliche Rahmen. Im Projekt ist im Zusammenhang mit der theoretischen Arbeit der Eindruck entstanden, dass auch rechtliche Rahmenbedingungen dazu führen, dass die Akteur:innen weniger gemeinsam Daten erheben und nutzen. Dieser Eindruck muss umfassend geprüft werden, denn es liegen sehr viele Daten vor (insbesondere die sogenannten Routinedaten der Kranken- und Pflegekassen, Abrechnungsdaten sowie die Daten aus Qualitätsprüfungen), die gemeinsam genutzt werden könnten. Darüber hinaus könnten Daten aus der Praxis (z. B. Erhebungen mit den verschiedenen Softwareprodukten rund um den Pflegeprozess) und aus der Forschung/Forschungsstudien gezielt gesichert und genutzt werden.

Die nicht-gemeinsame Nutzung von Daten führt zu beinahe unüberschaubaren Mehrfacherhebungen von Daten und macht eine sinnvolle Datensparsamkeit unmöglich. Datenerhebungen sind immer mit ökonomischen und ökologischen Kosten verbunden, die jedoch selten erhoben und dargestellt werden. Im Rahmen der zunehmenden Digitalisierung entsteht mitunter der Eindruck, dass die Erhebung von Daten „einfacher“ ist und Programme eine Vielzahl von Erhebungsmöglichkeiten anbieten. Aber es muss festgehalten werden, dass das Prinzip der Datensparsamkeit nicht nur davor schützen soll, dass Daten erhoben werden, die aber in keinen verstehbaren Zusammenhang gebracht werden können, sondern auch davor, dass unverhältnismäßig hohe ökologische und ökonomische Kosten entstehen.

Themenfeld 3: Datenverfügbarkeit und Aufarbeitung

Einerseits sind in nationalen Datenbanken sehr viele Daten aus der Langzeitpflege verfügbar (wenn auch mitunter nur gegen Bezahlung), andererseits bleibt es für die Anwender:innen sehr schwer, die Daten aus den verschiedenen Datenpools zu extrahieren. Die national verfügbaren Datenbanken haben wir kurz vorgestellt; mitunter ist es schwer herauszufinden, wie

die Daten zusammenhängen und ob es sich möglicherweise um gleiche Datenursprünge handelt. Die Aufarbeitung bzw. die Zusammenstellung von Daten ist für die Anwender:innen schwierig, die Bedienbarkeit der Datenbanken verbesserungsfähig.

Andererseits gibt es auch viele Daten, die nicht in den veröffentlichten Datenpools zu finden sind, die aber sicher erhoben werden. Hier sind vor allem die Daten der Kranken- und Pflegekassen zu nennen, die nicht öffentlich zugänglich sind. Daten der Qualitätsprüfungen sind teilweise zugänglich; Daten, die von Trägern erhoben werden, sind zumeist nicht öffentlich zugänglich; Daten, die in betrieblichen Zusammenhängen mit einer entsprechenden Software erhoben werden, werden nur betrieblich genutzt; Daten aus Forschungsprojekten werden teilweise zugänglich gemacht. Die Aufarbeitungs- und Darstellungsformen sind dabei sehr unterschiedlich und bedürfen mitunter einer sehr genauen Kenntnis (z. B. bei den Qualitätsprüfverfahren). Vielen Datendarstellungen, die wir in einem ersten Kapitel des Projektberichtes beschrieben haben, bedürfen einer vertieften Kenntnis von statistischen Verfahren und deren Auswertungstools. Das folgende Schaubild gibt einen groben Überblick über die Datenakteure im Pflegewesen. Bei allen Akteur:innen kann dargestellt werden, welche Daten sie in welcher Form veröffentlichen bzw. welche nicht veröffentlicht werden. Dabei muss resümiert werden, dass letztendlich die meisten Daten in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen erhoben werden und dies zumeist in Einzelerhebung der jeweiligen Akteur:innen.

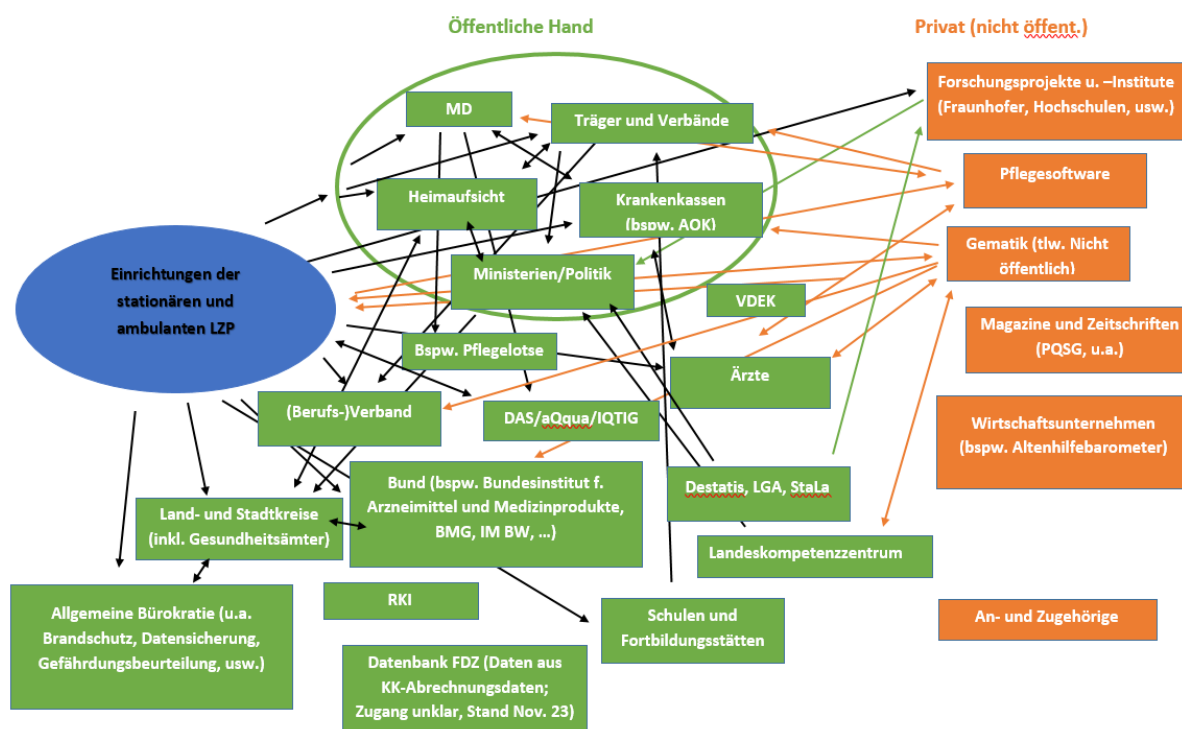


Abbildung 28: „Daten-Akteur:innen“ und ihre Verknüpfungen in Deutschland (eigene Darstellung 2023)

Im Rahmen der theoretischen Auseinandersetzung ist es uns nur teilweise gelungen zu erkennen, welche Daten gemeinsam erhoben, ausgetauscht und/oder genutzt werden. Es bedarf sicher eines enormen „Insiderwissens“ herauszuarbeiten, wie Datenströme verlaufen und auf

welche Daten die Akteur:innen etwa zu Planungs- und Steuerungszwecken gemeinsam zurückgreifen können.

Themenfeld 4: Datenveröffentlichungen – Internationale Perspektive

Internationale Datenbanken zeigen, dass weltweit im Gesundheits- und Pflegewesen eine Vielzahl von Daten erhoben wird. Dies führt zu einer großen Anzahl von Datenveröffentlichungen, die allerdings oft durch einen Mangel an Struktur, Inhalt und Zugänglichkeit gekennzeichnet sind. Insbesondere im Bereich der Langzeitpflege ist die internationale Datenlage unübersichtlich, auch vor dem Hintergrund, dass die Daten der Akut- und Langzeitversorgung nicht getrennt betrachtet werden.

Aus Sicht der Autor:innen sind verschiedene Aspekte entscheidend für eine qualitativ hochwertige Datenveröffentlichung: Zunächst gilt es, klare Ziele für die Veröffentlichung der Daten zu definieren, um ihren Nutzen und ihre Zielsetzung zu verdeutlichen. Es ist von hoher Bedeutung, dass der Mehrwert der Daten für die Zielgruppe klar und die Relevanz der Daten für alle Beteiligten erkennbar und transparent dargestellt sind. Dabei sollte vermieden werden, Daten lediglich aus dem Grund zu erheben, sie zu besitzen, ohne einen klaren Zweck zu verfolgen. Die Verständlichkeit der Daten spielt eine ebenso zentrale Rolle: hier sollte eine klare und verständliche Darstellung der Daten und ihrer Bedeutung für die jeweilige Zielgruppe gewährleistet sein. Die Aktualität der Daten ist ein weiterer entscheidender Faktor: eine regelmäßige Aktualisierung muss so sichergestellt sein, dass die Informationen stets auf dem neuesten Stand sind. Präzise Angaben zu Datenquellen, Datenerfassungsmethoden und verwendeten Standards sind unabdingbar, um die Verlässlichkeit der Daten sicherzustellen.

Im Hinblick auf die Zugänglichkeit zu Datenveröffentlichungen erscheint eine offene Plattform, die klar strukturiert und leicht zugänglich ist, am sinnvollsten. Die Daten sollten in verschiedenen Formaten verfügbar und mit anderen Datenquellen interoperabel sein, um ihre vielfältige Nutzung zu ermöglichen. Die Nutzerinteraktion und das Feedback spielen eine ebenso entscheidende Rolle. Hierbei ist eine benutzerfreundliche Oberfläche von Bedeutung, um eine intuitive Nutzung zu gewährleisten. Mechanismen für Nutzerfeedback sollten implementiert werden, um eine kontinuierliche Verbesserung und die Identifikation von Problemen zu ermöglichen. Die langfristige Nachhaltigkeit der Datenveröffentlichung erfordert Maßnahmen zur langfristigen Verfügbarkeit der Daten sowie Mechanismen zur Versionierung, um Änderungen nachvollziehbar zu dokumentieren.

Ein weiterer entscheidender Gesichtspunkt bei der Betrachtung qualitativ hochwertiger Datenveröffentlichungen besteht darin, die Datensammlung an einer zentralen Stelle zu organisieren, welche von einer entsprechenden Institution verwaltet und der Öffentlichkeit zugänglich gemacht wird. Ein gelungenes Beispiel hierfür ist das Vorgehen des NHS Digital, der Daten zentral aber auch unter einem sektoralen Gesichtspunkt (jedoch übersektoral!) sammelt, aufbereitet und veröffentlicht. Bei einer Gegenüberstellung dieses Vorgehens mit den nationalen Praktiken in der Datensammlung und Veröffentlichung wird ersichtlich, dass in Deutschland

diverse Institutionen wie das Robert Koch Institut, das Paul-Ehrlich-Institut oder auch Statista mit der Datensammlung, -verarbeitung und -veröffentlichung beauftragt sind. Eine daraus resultierende Problematik besteht darin, dass Informationen an unterschiedlichen Stellen aufwändig recherchiert werden müssen und nicht zentral an einem Ort zur Verfügung stehen.

Kapitel 3

Empirische Projektphase

Forschungsdesign und Forschungsinstrumente

Ergebnisse der ersten qualitativen Erhebung

Diskussion erster Ergebnisse eines Fokusgruppe-Interviews
(Sommer 2023)

Diskussion der Ergebnisse aus einem Expert:innen – Gespräch
(Januar 2024)

Konstruktion und Anwendung eines neuen Erhebungsinstrumentes
für die Langzeitpflege

Ergebnisse der Online-Befragung in der Langzeitpflege

3 Empirische Projektphase

3.1 Vorbemerkungen zur ersten empirischen Phase: Qualitative Interviews

Im Rahmen der theoretischen Auseinandersetzung mit dem Thema zeigt sich, dass insgesamt zwar national und international Daten zur Langzeitpflege erhoben werden, jedoch konzeptuell nicht oder kaum geklärt ist, warum welche Daten von wem für wen erhoben und zur Verfügung gestellt werden. Vor diesem Hintergrund sollte im Rahmen einer ersten empirischen Projektphase der Frage nachgegangen werden, wer und warum welches Interesse an Daten hat und wie diese aus Sicht der Anwender:innen oder Nutzer:innen erhoben werden sollen. Dass diese Fragen auf komplexe Hintergründe verweisen, lässt sich schon daran erkennen, dass es sehr viele verschiedene Akteure in der Langzeitpflege gibt, die unterschiedliche Interessen, Bedarfe und Voraussetzungen mitbringen. Ziel dieser ersten empirischen Phase war deshalb, die Akteure zu identifizieren und zu interviewen (qualitative Gruppen- und Einzelinterviews, fokussierte Interviews). Ziel der Auswertung (Inhaltsanalyse nach Mayring 2015) war, Folgendes herauszuarbeiten:

- Welche Datenbestände nutzen den Akteuren bereits? Wer erhebt die Daten, bereitet sie auf und stellt sie wem zur Verfügung?
- Welche Datenbestände wünschen sich die Akteure auf strategischer, taktischer und operationaler Ebene und wie begründen sie diese Interessen?
- Welche Zugänge zu Daten wünschen sich die Akteure?
- Welche Daten würden die Akteure auch anderen zur Verfügung stellen?
- Welche Daten würden die Akteure nur allein nutzen wollen und somit anderen nicht zugänglich machen?
- Welche Anforderung an die Verfügbarkeit und Darstellung von Daten werden gestellt?

Die erste empirische Phase diene als Grundlage zur Entwicklung eines Datenerhebungsmodells für die Langzeitpflege. Die in der ersten Phase gewonnenen Daten wurden vor dem Hintergrund des theoretischen Wissens analysiert und aufgearbeitet. Darauf aufbauend erfolgten weitere empirische Phasen, die im weiteren Verlauf im Detail dargestellt werden. Ziel der darauf aufbauenden empirischen Phasen ist es, ein Befragungstool zu entwickeln, das insbesondere durch qualitative Fragen einen aktuellen Einblick in die Situation der Langzeitpflege ermöglicht. Dabei ist es auch wichtig aufzuzeigen, welche Fragen in diesem Zusammenhang bereits durch andere (Routine-)Befragungen beantwortet wurden und wie diese Ergebnisse den unterschiedlichen Akteur:innen zugänglich gemacht werden können.

Ethische Implikationen und Ethik-Antrag

Die gesamte empirische Phase wurde von einem genehmigten Ethikantrag begleitet. Diese Forschungsstudie folgt den nationalen Ethik-Standards an wissenschaftlichen Forschungsarbeiten. Vor dem Hintergrund der Erhebung überaus sensibler Daten und Themen wurde im Mai 2022 ein Ethikantrag gestellt, u. a., um sicher zu gehen, dass alle Teilnehmer:innen der

Studie umfassend aufgeklärt wurden und ihre Daten geschützt sind. Darüber hinaus ist es wichtig, die Teilnehmenden insbesondere im Rahmen der Interviews so gut wie möglich zu schützen und ihnen u. a. stets die Möglichkeit zu geben, die Teilnahme zu beenden oder auch Daten im Nachhinein zurücknehmen zu können. Der Ethikantrag für die vorliegende Studie wurde bei der Ethik-Kommission an der Medizinischen Fakultät der Universität Tübingen eingereicht. Aus dem Antrag geht hervor, dass mit der Studie und den darin enthaltenen empirischen Arbeiten keine Risiken für die Teilnehmer:innen bestehen. Der vollständige Ethikantrag kann auf Anfrage eingesehen werden.

3.2 Forschungsdesign im Rahmen der ersten qualitativen Erhebung (Oktober 2022 – März 2023)

Zugang zu den Teilnehmenden

Diese Studie wurde von Beginn an aktiv von den Teilnehmer:innen der Task Force Langzeitpflege und Wiedereingliederungshilfe Baden-Württemberg unterstützt. Dies hatte auch den Effekt, dass alle Teilnehmer:innen der Task Force sich an der Werbung zur Teilnahme an der Studie beteiligt haben. Unsere Forschungsgruppe hat zahlreiche Anschreiben, die u. a. eine genaue Beschreibung der Studie und Datenschutzerklärungen enthielten, über die Mitglieder der Task Force versendet. Diese Anschreiben wurden dann an die stationären und ambulanten Einrichtungen der Langzeitpflege in Baden-Württemberg, Pflegestützpunkte und Krankenkassen, Städte- und Landkreistag sowie Sozialplaner weitergeleitet und verteilt. Auch die Mitarbeitenden im Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg sowie diverse Trägerverbände der Langzeitpflege wurden aktiv adressiert.

Leitfadengestützte fokussierte Interviews

Um Forschungsfrage und -zielen näher zu kommen, wurden leitfadengestützte fokussierte Interviews geführt. Die Teilnehmer:innen wurden zum einen direkt angeschrieben (z. B. Mitglieder aus der Task Force, die bestimmte Akteursgruppen aus der Pflege vertreten), zum anderen konnten sich alle Personengruppen aus der Langzeitpflege für eine freiwillige Teilnahme melden. Jede:r Interessent:in wurde interviewt – es gab keinerlei Beschränkung oder Auswahl.

Auch im Jahr 2022 gab es viele coronabedingte Einschränkungen und Schutzmaßnahmen in den Einrichtungen der Langzeitpflege. Daher hatte sich die Forschungsgruppe entschieden, die Interviews über ein Online-Video-Format (WebEx) zu führen. Diese Methode hatte sich bereits in der Studie LACOVID-20 bewährt, weshalb sie auch für die vorliegende Studie genutzt wurde. Vor Beginn der Durchführung der Interviews wurde ein Leitfaden entwickelt, der zum Ziel hatte, Antworten rund um die Forschungsfrage zu finden, um damit ein geeignetes und passendes Erhebungsinstrument gestalten zu können. Wie bei leitfadengestützten Interviews üblich, sind wir von dem Leitfaden immer dann abgewichen, wenn die Teilnehmenden die Gesprächsgestaltung und -inhalte selbst konstruiert haben. Gleichzeitig wurden die Gespräche

immer wieder auf die eigentliche Thematik gelenkt, um möglichst genaue Antworten zu erhalten.

Auswertungsstrategien bzw. Auswertungsmethode (Interviews)

Die Ergebnisse dieser Studie basieren auf der Auswertung von qualitativen Interviews. Ziel der Auswertung muss es sein, die vielfältigen Ergebnisse in Sinnzusammenhänge zu bringen. Wir haben versucht, die von den Teilnehmenden selbst erstellten Zusammenhänge zu erkennen und zu erhalten. Aufgrund der kategorialen textinterpretativen Auswertungsmethode – in Anlehnung an die Auswertungsmethode „Qualitative Inhaltsanalyse“ von Mayring (Mayring 2015) – werden nur wenige direkte Zitate hinzugezogen.

Um einen besseren Überblick zu erhalten und die Aussagen der Teilnehmenden besser einordnen zu können, wurde zuvor ein Überblick in Form einer Grafik erstellt. So konnten die Beziehungen zwischen den beteiligten Akteuren der Langzeitpflege bzw. des Gesundheitssektors – vor allem in Bezug auf den Datenaustausch und die dabei entstehende Gegen- oder einseitige Steuerung – identifiziert werden. Diese Grafik wurde aus den Aussagen der Interviewteilnehmenden abgeleitet; sie zeigt eindrücklich die Vielzahl der Akteure und die beinahe unüberschaubaren Verbindungen bzw. Austauschbeziehungen.

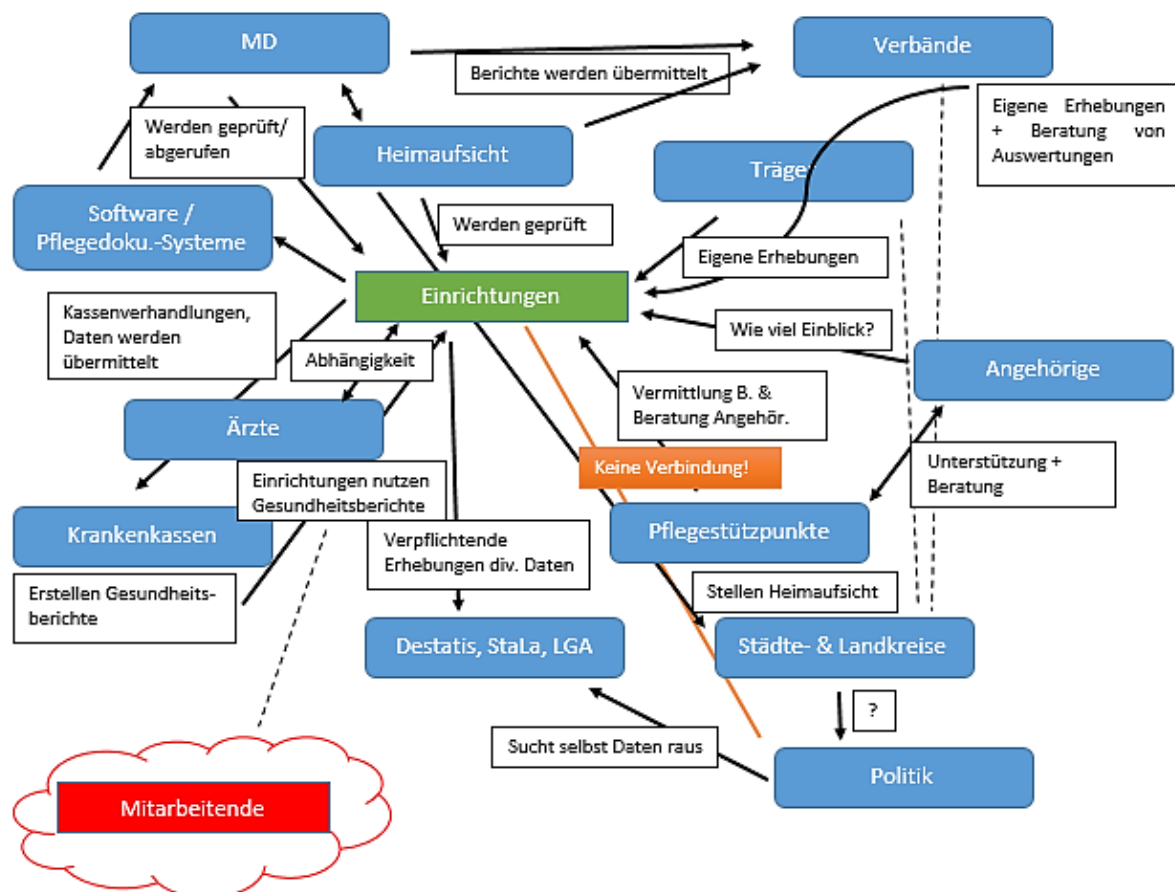


Abbildung 29: Akteure in der Langzeitpflege und deren Beziehungen – aus Sicht der Interviewteilnehmenden (eigene Darstellung 2023)

Vor dem Hintergrund der Erhebungen und den dabei genannten – oftmals komplexen – Beziehungen zwischen den Akteuren entschieden wir uns, die aufgenommenen Interviews mehrfach anzuschauen bzw. anzuhören und zunächst Kernkategorien zu bilden, die in der überwiegenden Anzahl der Interviews von den Teilnehmenden verwendet wurden. Nach und nach konnten diese Kategorien induktiv (das heißt, aus dem vorgefundenen Datenmaterial heraus expliziert) gebildet und auch sprachlich fixiert werden. Im nächsten Schritt wurden die Antworten zu den Kernkategorien in den Interviews identifiziert, paraphrasiert und erneut zusammengefasst.

Teilnehmer:innen der leitfadengestützten Interviews

Folgenden Bereichen können die Teilnehmenden der Interviews zugeordnet werden:

- Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V.
- Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V.
- Mitarbeitende aus der Pflege
- Einrichtungsleitungen und Qualitätsbeauftragte verschiedener Pflegeeinrichtungen der ambulanten und stationären Langzeitpflege
- Geschäftsführende verschiedener Pflegeeinrichtungen der ambulanten und stationären Langzeitpflege
- Obfrauen der Pflegestützpunkte aus Baden-Württemberg
- Mitarbeitende und Leitungspersonen von Fachstellen für Pflege und Soziales in Baden-Württemberg
- Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg

3.3 Ergebnisse der ersten qualitativen Erhebung

Die Ergebnisse der Interviews können in **zwei Kategorien** gegliedert werden.

- 1) Bereits vorhandene Daten:** Zunächst soll auf die Daten eingegangen werden, die bereits erhoben wurden, verschiedenen Akteuren – mehr oder weniger – zugänglich oder verfügbar sind, aber oft nicht genutzt werden und auch nicht genutzt werden können.
- 2) Anregungen/Wünsche zu neuen Daten:** Hier werden die Anregungen/Wünsche hinsichtlich der zu erhebenden Daten analysiert. Es wird deutlich, welche Akteure welche Daten erheben wollen und welche Daten in den bisherigen Erhebungen fehlen. Damit geht hier die Frage einher, welche Daten denn tatsächlich von den Akteuren benötigt werden (mit Begründungszusammenhang) und wie diese explizierten Daten sinnvoll erhoben werden könnten.

Insgesamt ist interessant, dass alle Akteure die Erhebung und Nutzung von Daten als sehr wichtig erachten, jedoch das Thema „Steuerung mit Daten“ in den Interviews kaum vertieft diskutiert wurde. Eine systematische Nutzung von Daten zur Steuerung des eigenen Handels

wird von den Teilnehmenden kaum bis gar nicht beschrieben. Im Vordergrund der Ergebnisse aus den Interviews steht die Diskussion rund um die Daten, die vorhanden sind oder benötigt werden. Auch die Begründungen, warum spezifische Daten benötigt werden, können nicht immer aus den Interviews abgeleitet werden.

3.3.1 Kategorie I: Daten, die vorhanden und genutzt werden

In den Interviews berichteten die Teilnehmenden von vielen Statistiken/Daten, die von den verschiedenen Akteuren erhoben werden. Die folgenden Akteure wurden am häufigsten genannt, allerdings wurde auch deutlich, dass zumeist den Teilnehmenden nicht oder nicht umfänglich bekannt ist, welche Daten tatsächlich zu welchem Zweck und in welchen Rhythmen erhoben und wem zur Verfügung gestellt werden.

Akteure, die aus Sicht der Teilnehmenden Daten (kontinuierlich oder fakultativ) erheben:

- Medizinischer Dienst
- Heimaufsicht
- Interne Erhebungen der Einrichtungen (Gesundheitsmanagement, Finanzen usw.), z. B.
 - Betriebswirtschaftliche Daten
 - Betriebsvergleichende Daten
 - Mitarbeiter:innen-Daten
- Verband/Träger
- Kranken- und Pflegekassen
- Berufsgenossenschaft (z. B. Gefährdungsbeurteilungen)
- Gesundheitsämter
- Landkreis/Kommunen
- Statistisches Landesamt
- Forschungsvorhaben

Die Teilnehmenden wurden unter anderem gefragt, welche Daten sie öffentlich und welche sie nicht öffentlich machen würden. Einige Datenthemen wurden hier nicht erwähnt oder konnten nicht zugeordnet werden – wie bspw. die Datensicherheit. Nur bei wenigen Daten war es den Teilnehmenden gleichgültig, ob sie öffentlich zugänglich gemacht werden oder nicht. Die anschließende Tabelle zeigt einen kurzen Überblick der gewünschten Datenthemen und wie mit ihnen umgegangen werden soll.

Umgang mit Daten hinsichtlich einer möglichen gemeinsamen Nutzung der Akteure – aus Sicht der Interviewteilnehmenden

Öffentlich einsehbar	Nicht öffentlich einsehbar	Unbekannt/ohne Wertung	Fakultativ einsehbar
Strukturdaten über die Einrichtung (z. B. Anzahl der Pflegeplätze, Kurzzeitpflegeplätze)	Finanzielle und betriebswirtschaftliche Daten	Datensicherheit	Finanzbuchhaltung, Kosten- und Leistungsrechnung (z. B. für Pflegesatzverhandlung)
	Personaldaten (z. B. Strukturdaten, arbeitsbezogene Daten wie Krankheits-tage, Altersstruktur, Gehaltsgefüge, Qualifikationsdaten)	Übermittlung von Ergebnissen von Heimbegehungen oder auch der Pflegesatzverhandlungen	Überlastungsanzeigen
	Bewohner:innen Daten (z. B. Alter, Geschlecht, Finanzierungshintergründe)	Anliegen von Angehörigen und Bewohner:innen	Qualitative aktuelle Daten aus der Einrichtung
	Qualitätsdaten/Prüfdaten	Stimmungsbilder und Praxiseinblicke	
	Brandschutz	Belegungen und Auslastung	
	Datenerhebungen bzgl. Corona-Krise (z. B. Impfquoten, Impf-listen von Mitarbeitenden und Bewohner:innen), Testungen, Krankheitsfälle, Ausbrüche, Quarantänetage	Qualitative aktuelle Daten aus der Einrichtung	

Tabelle 11: Bewertung des Umgangs mit Daten hinsichtlich einer gemeinsamen Nutzung – aus Sicht der Teilnehmenden (eigene Darstellung 2023)

Es zeigt sich, dass viele Themen und Daten nach Ansicht der Interviewten nicht veröffentlicht werden sollen. Dies ist bemerkenswert, denn alle Teilnehmenden sprechen sich zugleich dafür aus, die Anzahl von Datenerhebungen zu reduzieren. Hier kann schon vorsichtig darauf hingewiesen werden, dass bislang bei den Interviewten wenig Erfahrungen hinsichtlich eines sinnvollen Austausches von Daten als Grundlage der Zusammenarbeit vorliegen. Folgende **Probleme** haben die Teilnehmenden bezüglich der bereits erhobenen Daten thematisiert:

1) Datenerhebung und Kommunikation der Daten

In den Interviews wird sehr deutlich, dass in den bzw. über die Einrichtungen der Langzeitpflege enorme Datenmengen erhoben werden. Diese Datenerhebungen gehen von vielen kooperativen Akteuren aus. Mitarbeiter:innen aus den Einrichtungen berichten, dass sie beinahe täglich bis wöchentlich neue Datenerhebungsanfragen erreichen, die sich mit unterschiedlichsten Themen befassen. Es wird deutlich gemacht, dass oft auch die gleichen Daten an verschiedene Stellen weitergegeben werden. Einige Teilnehmende haben den Eindruck, dass die verschiedenen Akteure untereinander den Datenaustausch nicht fördern, so dass immer wieder Daten mehrfach erhoben werden – aber auch, dass die Daten für sie nicht nutzbar sind.

Die jeweiligen Akteure konzipieren die Datenerhebungen selbst – und dies sehr heterogen. Dabei werden unterschiedliche und vielfältige Programme genutzt: Die Akteure müssen von Excel-Listen bis zur speziellen Software diverse Programme installieren, verschiedene Datenmasken ausfüllen und sich aufgrund dessen immer neues (Software-)Wissen aneignen. Der damit verbundene zeitliche und personelle Aufwand ist, so berichten die Interviewten, für viele Einrichtungen nicht nur eine enorme Belastung, sondern führt auch bei den Teilnehmenden unserer Befragung zu Unverständnis.

Dass Kommunikation und Datenauskünfte überwiegend direkt über die Einrichtungen laufen, steigere zudem den Arbeitsaufwand insbesondere für die Führungspersonen massiv. Hier wird oftmals die Frage gestellt, warum nicht beispielsweise ein zentraler Akteur (wie etwa die Träger oder die Heimaufsicht) die Daten, die von den Einrichtungen bereits vorliegen, in entsprechender Form an andere Akteure weiterleitet und – falls nötig – auch zentral erhebt. Kommunikation und Austausch zwischen den Akteuren würde die Arbeitsaufwendungen für die einzelnen Einrichtungen erheblich verringern. Dies wird auch deutlich in den Aufzählungen der Interviewpartner:innen, an wen welche Informationen und welche Daten weitergegeben werden müssen und auch, mit welchen Programmen diese Daten erhoben werden.

2) Datenauswertung und Ergebnisdarstellung

Trotz der vielen Erhebungen wird gleichzeitig deutlich, dass Darstellungen, Ergebnisse oder gar Einblicke in Statistiken kaum bis gar nicht zugänglich gemacht werden. Die Interviewten fragen sich in den Interviews: „Für was und wen füllen wir die ganzen Tabellen aus, wenn es danach alles in einer Datenwüste landet?“ Die Daten, die veröffentlicht würden, müssten aufwendig gesucht werden. Unterschiedlichste Methoden der Darstellung und Veröffentlichung wie Broschüren, Websites, Berichte u. v. m. machten die Suche nach Ergebnissen für viele Interviewteilnehmende gar unmöglich. Zugleich wird von den Interviewten immer darauf hingewiesen, dass die Daten, die veröffentlicht werden, meist schnell wieder als veraltet eingestuft werden. Dies führe zusätzlich zu Misstrauen gegenüber Veröffentlichungen und darauffolgenden Datenerhebungen.

Ein konkreter Wunsch, der häufig von den Interviewteilnehmenden geäußert wird, befasst sich dementsprechend mit der Aufbereitung, Darstellung und Verfügbarkeit von (aktuellen) Daten – vor allem zu Themen, die die Einrichtungen konkret betreffen.

3) Sinnzusammenhang, fachliche Einordnung und Repräsentativität von Daten

Neben der oftmals fehlenden systematisierten Darstellung von Daten sowie deren Transparenz und Aktualität ist auch die Repräsentativität ein wichtiges Thema. Das Problem der Datenerhebungen ist aus Sicht der Teilnehmenden, dass die Daten nicht nur nicht umfassend sein sind, sondern vielmehr oft ohne sinnvollen Zusammenhang erhoben und dargestellt werden. Themen und Daten stehen für sie oftmals in keinem nachvollziehbaren Sinnzusammenhang. Daraus folgt für die Interviewten, dass sie die erhobenen und veröffentlichten Daten unterschiedlich bzw. nicht interpretieren können. Und so können dann diese Daten auch nicht für Verhandlungen oder Entscheidungs- und Steuerungsprozesse genutzt werden. Sachlich nicht gut begründete und nachvollziehbare Datenerhebungen und -darstellungen trügen das Problem der Fehlvaluation in sich und könnten zu anderen Zwecken missbraucht werden. Die Teilnehmenden berichten vor diesem Hintergrund von einem tiefen Misstrauen gegenüber veröffentlichten Daten und auch davon, dass sie selbst nur wenig Interesse haben, Daten an andere Akteure weiterzugeben.

Eine Folge der mangelnden Transparenz hinsichtlich der sachlichen Einordnung der Daten ist, dass die Akteure andere Wege suchen, um Daten zu erhalten, die aus ihrer Sicht für sie die richtigen inhaltlichen Zusammenhänge abbilden. So schildert beispielsweise eine Teilnehmende ihre Vorgehensweise so: „Da nehme ich einfach das Telefon in die Hand und frage bei Kollegen nach, bevor ich Listen, Statistiken und Datenerhebungen durchwälze.“ Dabei scheint sie die mit dieser Vorgehensweise verbundene Unsicherheit eher zu akzeptieren als die zeitliche Belastung und fachliche Unsicherheit, die sich durch bereits erhobene Daten ergeben. Vor diesem Hintergrund ist die Forderung nach fachlich begründeten und nachvollziehbaren Daten ebenso verständlich wie die Anforderung, dass die Daten und Statistiken einfach, schnell und verständlich zugänglich gemacht werden müssen.

3.3.2 Wünsche zu weiteren Datenerhebungen in der Langzeitpflege

In den Interviews werden viele Wünsche und Themen genannt, die zu erheben sinnvoll wäre. Dabei überschneiden sich viele dieser Wünsche und Themen bei den verschiedenen Akteuren; teilweise aber unterscheiden sie sich oder nehmen Bezug zu unterschiedlichen Themenschwerpunkten. Bei allen genannten Wünschen und Anregungen versuchen wir als Forschergruppe zu hinterfragen,

- ob es die Daten bereits gibt und dies den Teilnehmenden nicht bekannt ist,
- inwiefern sich diese Wünsche umsetzen lassen,
- welche Gründe die Akteure haben, diese Themen zu nennen und
- welche Steuerungsprozesse konkret mit den Daten unterstützt werden sollen.

Allgemeine Hintergründe/Bedingungen zu neuen Erhebungen

Bevor auf die gewünschten zu erhebenden Daten eingegangen wird, soll auch darauf hingewiesen werden, wie Daten generell anders/neu in Zukunft erhoben werden sollen. Viele Befragte wünschen sich eine „unkomplizierte“ Erhebung, die anhand eines einheitlichen Programmes, einer einheitlichen Software standardisiert durchgeführt wird. Weitere Wünsche beziehen sich auf den Zeitumfang für mögliche Datenerhebungen: nicht nur, dass durch einheitliche Erhebungsprogramme Zeit eingespart werden kann, vielmehr benötigen die Einrichtungen mehr Vorlauf und letztlich auch mehr Zeit zur Bearbeitung der Datenerhebungen. Ad-hoc-Befragungen, für die viele unterschiedliche Daten aus den Einrichtungen zusammengetragen werden müssen, sind für die zuständigen Mitarbeitenden sehr herausfordernd.

Die Interviewten weisen zudem darauf hin, dass für die jeweiligen einzelnen Datenerhebungen meist nur jeweils einzelne Mitarbeitende zuständig sind. Dies liege an der Personalknappheit auch in der Verwaltungsebene, aber auch an der Komplexität der Erhebungen. Ein Wunsch der Studienteilnehmenden ist hier, dass mehr Mitarbeitende aus verschiedenen Bereichen einfach, unkompliziert und ortsungebunden bei den Datenerhebungen mitwirken können. Dafür sei eine grundlegende Umgestaltung der Erhebungen notwendig – thematisch, organisational und strukturell. Grundlage hierfür könnte eine Anpassung der erfragten Daten und der Erhebungsprogramme sein. Für die Gestaltung dieser gewünschten Erneuerungen wird zudem ein partizipatives Vorgehen gefordert. Mit dem Wissen und dem Einblick in die Arbeitswelt der Einrichtungen können Datenerhebungen, die durch die Mitwirkung von Mitarbeitenden gestaltet und geformt werden, sehr viel besser an diese angepasst werden. Eine erhöhte Partizipation der Anwender:innen und Nutzer:innen würde sich auch motivational auswirken.

In vielen Interviews berichten die Teilnehmenden davon, dass für und in Pflegesatzverhandlungen Daten (neu) gesammelt, aufbereitet und kommuniziert werden (müssen). Dabei seien die Daten nicht für alle Teilnehmenden gleichermaßen transparent bzw. würden nicht allen zugänglich gemacht. Interviewte berichten, dass den Einrichtungen zum Teil valide Daten für die Pflegesatzverhandlungen fehlen. So berichten sie, dass je Krankenkasse oft neue Dateiformate, andere Verwaltungen oder neue Listen für die jährlichen Verhandlungen genutzt würden. Das mache nicht nur die Vorbereitungen aufwändig, sondern bringe auch die Einrichtungen in „Erklärungsnot“, wenn sie – nach Berichten der Interviewten – „viele 100 Seiten an die Bewohner:innen und Angehörigen senden müssen, um Verfahren und Beiträge zu begründen“, ohne selbst den genauen Hintergrund vollkommen nachvollziehen zu können. Eine „Überbürokratisierung“ und die hohen Anforderungen des Datenschutzes können nach Ansicht der Interviewten durch einen zielgerichteten Datenaustausch der notwendigen Daten reduziert werden. Durch einheitliche Software-Nutzung könnten auch hier Daten von Einrichtungen nach einmaligem Einfügen von mehreren Stellen und für verschiedene Aufgaben zweckgenau genutzt werden. Zudem ist den Teilnehmenden sehr wichtig, dass dadurch der

enorme zeitliche und personelle Aufwand reduziert werden könne. Diese Einsparungen könnten wiederum für viele andere wichtigen Aufgaben in den Einrichtungen genutzt werden. Bei allen hier genannten Wünschen zur Datenerhebung steht auch ein besserer Austausch zwischen den Akteuren im Vordergrund. Ohne diesen Austausch könne eine bessere, einfachere und unkompliziertere Datenerhebung und -nutzung nicht geleistet werden. Die Einrichtungen brauchen nach Ansicht der Teilnehmenden Unterstützung bei der Bearbeitung der Themen wie Datenschutz, Software- und Programm-Fortbildungen oder beim zielgenauen Einsatz vorhandener Daten.

Generell lassen sich hier auch die Themen „Datentransparenz“ und „Erklärung von Statistiken“ identifizieren. Neben den Pflegesatzverhandlungen sind viele Datenerhebungen bzw. vielmehr deren Ergebnisse – wie bspw. auch die Pflegenoten – für zahlreiche Einrichtungen nicht nur wenig transparent, sondern auch kaum verstehbar. Viele Seiten der Ergebnisdarstellung und komplizierte Übersichten können – so der in den Interviews wiedergegebene Eindruck – im Arbeitsalltag kaum gelesen, hinterfragt oder auch weiter kommuniziert werden. Hier äußern die Interviewten den klaren Wunsch, dass Ergebnisse und Rückmeldungen einfacher, unkomplizierter und auch eindeutiger – evtl. mit Handlungshinweisen versehen – dargestellt und übermittelt werden.

Ein Thema, das in den Interviews immer wieder aufkommt, ist die aktuelle Erhebung der Daten in den Einrichtungen. Wie schon zuvor beschrieben, werden dazu diverse Programme und Software (von Excel bis zu Pflegedokumentation-Software) genutzt. Eine durchgängig einheitliche Form der Digitalisierung dieser Erhebungen würde aus Sicht der Teilnehmenden die Datenstreuung sehr viel effizienter gestalten. Die Möglichkeiten zur Datenerhebung mit digitalen Programmen und Plattformen, die auch Dateneingaben speichern können, würde dazu neben der Effizienz auch zur generellen Vereinfachung und somit zu einer erhöhten Motivation beitragen. Ein einheitlicher Standard würde für alle Akteure – also auch für die Nutzer:innen und Verwerter:innen dieser Daten – eine enorme Erleichterung bringen. Auch der Austausch der Daten und eine schnelle Übermittlung wären dadurch gesichert. Dafür würde eine grundlegende Digitalisierung in den Einrichtungen benötigt. Anhand einheitlicher digitaler Vorgehensweisen könnten Daten zudem zeitnah erhoben bzw. verarbeitet werden, wodurch auch eine zeitnahe Steuerung ermöglicht wird. Aus den Interviews geht hervor, dass Daten zwar erhoben werden, aber ihre Veröffentlichung und auch die Einsicht in die Ergebnisse meist sehr lange Zeit benötigt. Das heißt auch, dass nach Veröffentlichung viele Daten schon wieder „veraltet“ sind. Auch hier können digitale Möglichkeiten und Programme eine zeitnahe, effiziente und vor allem schnelle Veröffentlichung sicherstellen. Um dies zu ermöglichen, braucht es aber Finanzierungsmöglichkeiten für die Einrichtungen und für die Akteure, die die Daten erfragen, zusammentragen und eingeben. Zudem sei die Speicherung von Daten, die sich nicht oder nur selten ändern, ein wichtiger Bestandteil. Einige Interviewteilnehmende geben zu bedenken, dass beispielsweise die Heimaufsicht oder der Medizinische Dienst Daten erfragen, die durch eine Speicherung nicht jedes Mal von den Einrichtungen herausgesucht und weitergeleitet werden müssten. Auch hier könne viel Zeit und personelle Aufwendung eingespart

werden, insbesondere vor dem Hintergrund, dass wohl oftmals Daten erhoben würden, die immer gleich sind oder bereits vorliegen, aber eben in einem anderen System bzw. Programm für eine andere Stelle. Eine Vereinheitlichung wäre gerade und vor allem für diese Basisdaten/Routinedaten sehr wichtig.

Themen für zukünftige Datenerhebungen

Im Folgenden werden die Themenwünsche der Interviewten hinsichtlich neuer Daten dargestellt. Dabei fordern die Teilnehmenden nicht, dass neue Daten erhoben werden, sondern dass sie neu zusammengestellt werden und schneller verfügbar sind. Bei vielen Daten wissen die Interviewten nicht, ob sie möglicherweise an irgendeiner, ihnen nicht bekannten Stelle erhoben werden. Wichtig ist den Interviewten, dass sie einerseits selbst an diese Daten kommen; andererseits berichten sie von Daten, die sie gerne transparent machen würden, um anderen Einblicke in die Einrichtungen und in das Leistungsgeschehen zu geben, um deren Steuerungen zu unterstützen.

Daten, die Heimplätze, Kurzzeitpflege und das Absagemanagement betreffen

Neben den zum Teil aufwendigen Bedingungen bei der Datenerhebung werden in den Interviews häufig Themen genannt, deren Problematiken mitunter bekannt sind, sich jedoch in wenigen Erhebungen wiederfinden. Ein Themenfeld, das die Mitarbeitenden in den Einrichtungen stark beschäftigt, betrifft freie Heimplätze, ihre Neuvermittlung sowie ein Absage- bzw. Vergabemanagement. Es wird deutlich, dass die Einrichtungen jeden Tag sehr viele Anfragen für Pflegeplätze und Kurzzeitpflegeplätze erreichen. Diese Anfragen kämen meist per E-Mail oder telefonisch, wobei jede einzelne Anfrage bearbeitet und beantwortet wird. Wie viele Anfragen jedoch tatsächlich beispielsweise im Landkreis, in der Kommune oder auch im Bundesland täglich eingehen, ist nicht bekannt und wird auch nicht erhoben. Mit einer verlässlichen Erhebung und Zurverfügungstellung dieser Daten könnten freie Plätze und vor allem auch Suchende sehr viel schneller und besser vermittelt werden. Da es in Baden-Württemberg keine solche Erhebung und Darstellung gibt, müssen die Mitarbeitenden – so berichten die Interviewten – „den Telefonhörer in die Hand nehmen, um die Lage in anderen Einrichtungen zu erfragen“. Die Notwendigkeit eines „Platzmanagements“ werde noch dringender, wenn die steigende Anzahl der Nachfragen auf eine sinkende Anzahl freier Plätze treffe.

Zudem wird durch die Darstellungen der Teilnehmenden deutlich, dass ein enormer Verwaltungs- und organisatorischer Aufwand beginnt, wenn ein freier Platz vergeben wird: Eine Vielzahl von Formularen, Unterschriften und Daten müssen von den zukünftigen Bewohner:innen bzw. den Zu- und Angehörigen dokumentiert und in die einrichtungsbezogene vorhandene Dokumentation eingegliedert werden. Verwaltungsmitarbeitende berichten, dass dieser Aufwand selbst dann betrieben werden muss, wenn später keine Zusage für das Angebot erfolgt. Da in der Regel die Betroffenen oder ihre Angehörigen bei mehreren Einrichtungen gleichzeitig anfragen, entsteht für alle angefragten Einrichtungen dieser erhebliche Arbeitsaufwand, der aus Sicht der Interviewten reduziert werden muss.

Eine einheitliche Strategie wie beispielsweise eine „Plattform zum Platzmanagement“ – bearbeitbar von und einsehbar für Suchende – würde neben der entsprechenden Datenerhebung (bspw.: Wie viel Zeit wird pro Anfrage investiert?) dazu beitragen, alle Beteiligten in den Prozess mit einzubeziehen, Einblicke zu geben, um dadurch vor allem den Zeit- und Arbeitsaufwand zu reduzieren. Auch eine gemeinsame (kommunal oder regional) Bearbeitung und Zugriffsmöglichkeit auf Wartelisten würde die Zusammenarbeit und Kooperation verbessern. Zudem würden Anfragen nicht mehr von mehreren Einrichtungen gleichzeitig bearbeitet werden müssen; durch Kooperation könnte eine Verringerung des Aufwands innerhalb der einzelnen Einrichtungen erreicht werden.

Für eine Entwicklung hin zu den in den Interviews genannten Wünschen und Anliegen müsse zunächst erfasst werden, wie viele Anfragen und Absagen bei den Einrichtungen jeweils bearbeitet werden. Vor allem die Anzahl der Anfragen bei ambulanten Diensten sei nicht bekannt und werde auch nicht dokumentiert. Aktuelle Zahlen und Informationen seien dabei umso wichtiger, um die Einrichtungen zu unterstützen, aber auch, um Anfragen an andere Einrichtungen weiterzuvermitteln. Gebietsbezogene Daten seien sinnvoll, damit lokal gehandelt und zwischen den Anbietern besser kommuniziert werden könne. Eine solche Strategie setze allerdings ein hohes Maß an Zusammenarbeit der Einrichtungen und ihrer Träger voraus.

Verfügbare Fachkräfte/Aushilfen oder Vertretungen

Das gleiche Prinzip und ähnliche Ideen wie die Datenerhebungen bzgl. der freien Betten und Anfragen dazu betrifft die verfügbaren Mitarbeitenden in der Pflege. Während der Corona-Pandemie gab es Vorschläge wie die Plattform (#Pflegereserve), durch die verfügbare Mitarbeiter:innen gesucht und gefunden werden konnten, um auf diese Weise kurzfristig Ausfälle in den Einrichtungen zu kompensieren. Interviewpartner:innen berichten von aktuellen Personalengpässen, die oftmals durch Überstunden, den Einsatz von Leasingkräften oder weitere Personalorganisationsmodelle (z. B. Personal-Pools) kompensiert werden. Insbesondere die Leasingkräfte verursachen stark erhöhte Personalkosten. Die Interviewpartner können sich in diesem Zusammenhang auch einen Austausch mit anderen Einrichtungen auf lokaler Ebene vorstellen, stellen aber fest, dass dafür bislang die Kommunikations- und Zusammenarbeits-ebenen fehlen. Da es bislang keine Datenerhebungen bezüglich der Personalengpässe im Landkreis, in einer Kommune, einer Stadt oder Region gibt, werde diese Art der Zusammenarbeit und Steuerung von Leistungen nicht unterstützt. Eine Datenerhebung, die regionale Besonderheiten berücksichtigen würde, wird von den Interviewten als sehr sinnvoll und unterstützend bewertet. Die Strategie „zum Telefon greifen, um sich umzuhören“ könnte so durch belastbare Daten ersetzt oder zumindest ergänzt werden. Hauptanliegen der Interviewten ist hier, – vor allem kurzfristige – Personallücken schnell und unkompliziert schließen zu können. Allerdings müssten damit dann auch Finanzierungsmodelle verbunden sein, um die Kooperation auch monetär abzusichern. Auch beim Thema Qualitätsmerkmale oder **Fachkraftquote** bzw. deren Umsetzung und Möglichkeiten für die Einrichtungen könnten diese Daten wichtig sein und nutzbar gemacht werden.

Erkenntnisse zur generalistischen Ausbildung von Pflegenden

Alle Interviewpartner:innen bekundeten ein großes Interesse an der Ausbildungssituation und auch an den Veränderungen, die durch die generalistische Ausbildung entstehen. Sie merken an, dass die Veränderungen dokumentiert werden müssten, um weitere Anpassungen hin zu einer optimierten Ausbildung sinnvoll umsetzen zu können. Hier fehlt es allen Akteuren an Daten und Erkenntnissen. Auch fachliche Änderungen der Pflege und pflegerischen Aufgaben, die in den Ausbildungen vermittelt werden, seien von großem Interesse. Mit den dabei erhobenen Veränderungen könnten Pflegekonzepte, Strukturen und Anpassungen für die Zukunft zielgerichteter generiert und die Theorie-Praxis-Kluft geschlossen werden.

Pflegequalität und fachliche Standards

Im Bereich der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Diensts und der Heimaufsicht werden viele Daten erhoben und teilweise öffentlich dargestellt. Allerdings bemerken die Interviewten, dass die Ergebnisse noch immer nicht ausreichend transparent dargestellt werden und sie selbst die Daten nur unzureichend nutzen können. Hier könnte ein besserer und einfacher Datenaustausch sowie eine transparente Darstellung bzw. ein vereinfachter Datenzugriff bei allen Akteuren den Datenerhebungsaufwand für alle reduzieren und die Daten könnten zur betrieblichen Steuerung genutzt werden. Die Interviewten wünschen sich hier eine bessere Kommunikation von Daten und die Sicherstellung, dass Ergebnisse und Rückmeldungen auch verstanden werden können.

Ein zentrales Thema im Zusammenhang mit der Pflegequalität ist für die Interviewten die Umsetzung von fachlichen Standards und Leitlinien in der Pflege. Durch die Corona-Pandemie konnten nach Ansicht der Interviewten viele Vorhaben und Umsetzungen der Standards und Leitlinien nicht realisiert werden. Umso mehr Aufwendungen sind jetzt damit verbunden, diese Vorhaben (wieder) umzusetzen. In diesem Zusammenhang lägen keine Kenntnisse vor, welche Einrichtungen welche Standards und Leitlinien aktuell umsetzen und welche Schwierigkeiten dabei entstehen. Eine Grundlage für ein gegenseitiges Profitieren wäre, dass die fachlichen Entwicklungen durch Datenerhebungen und -darstellungen sichtbar werden. Würde eine solche Grundlage der Sichtbarmachung realisiert, könnten sich die Einrichtungen gegenseitig in den Entwicklungen unterstützen. Allerdings setze dies ein hohes Maß an Kooperationswillen voraus.

Fachfremde Arbeiten

Nicht nur die fachlichen Herausforderungen an die Pflegearbeit verändern sich rasch, sondern auch weitere Arbeiten, die die Einrichtungen insgesamt betreffen. Auffällig ist dabei, dass die Interviewten von einem rasant ansteigenden Ausmaß an sogenannten „fachfremden Arbeiten“ berichten. Als „fachfremde Tätigkeiten“ bezeichnen die Interviewten zusätzliche administrative Aufgaben, die kaum in einer Statistik oder Ergebnisdarstellung erhoben oder dargestellt werden, viel Arbeitszeit binden und eher der Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der Organisation dienen: Arbeiten rund um die Digitalisierung der Einrichtung (Aufsetzen neuer Hard- und Software), Umsetzen von Datenschutzverordnungen, Umsetzen von neuen

Verordnungen (beispielsweise in der Coronapandemie: Impfstatus erheben und dokumentieren, Testungen durchführen und dokumentieren), Statistiken führen und weiterleiten. Von diesen Aufgaben seien zwar zunächst vor allem Führungspersonen in der Pflege betroffen, jedoch müssten sich immer häufiger auch Pflegefachpersonen an diesen Aufgaben beteiligen, um dem wachsenden Arbeitsumfang gerecht zu werden.

Stimmungsbilder aus den Einrichtungen

Die Interviewten berichten, dass es ihnen wichtig sei, andere Akteure von der Lage und der Stimmung in den jeweiligen Einrichtungen zu berichten. Diese Stimmungen seien ein wichtiger Bestandteil der Arbeit und wirkten sich erheblich auf die aktuellen Problemlösungen und die weiteren Entwicklungen aus. „Stimmungsbilder“ könnten dabei nicht nur die „Verfassung und Befindlichkeiten von Mitarbeitenden“ aufnehmen, sondern vielmehr aktuelle Themen, Diskussionspunkte, Herausforderungen und Belastungen in den Einrichtungen widerspiegeln. Würden regelmäßig Stimmungsbilder in den Einrichtungen ermittelt, könnte sich auch darstellen lassen, welche Themen, Herausforderungen und Belastungen einrichtungsspezifisch sind und welche eher von außen in die Einrichtungen getragen werden. Hierdurch würden sich unterschiedliche Steuerungserfordernisse ergeben.

Vor allem der Fachkräftemangel beschäftigt bei dem Thema „Stimmungsbilder“ die Teilnehmenden der Interviews. Darunter wird auch der Mangel an hauswirtschaftlichem Personal sowie Verwaltungs- und Führungspersonal subsummiert. Sollten zukünftig „Stimmungsbilder“ erhoben werden, müsste hier das Thema „Personal und Belastungen“ einen besonderen Raum bekommen und sich nicht darin erschöpfen, dass hier ausschließlich Personalstatistiken geführt werden. Der Zusammenhang zwischen „aktuellen Herausforderungen und Belastungen“ und aktueller personeller Situation sei wichtig und müsse jeweils erklärt werden. Dies würde das Verständnis der Öffentlichkeit, Politik und den unterschiedlichen Akteur:innen der Langzeitpflege für die Probleme der Einrichtungen der Langzeitpflege erheblich vertiefen.

3.3.3 Generelle Anforderungen an neue Daten und Erhebungen aus Sicht der Interviewten

Thematische Ausrichtungen

Ein zentrales Thema, das in den Interviews genannt wird, ist die Themenauswahl der bisherigen Erhebungen. Viele Teilnehmende wissen Erhebungen und Statistiken zu schätzen und würden diese auch weiterhin unterstützen; häufig würden aber nicht die relevanten Themen der Pflege- und Einrichtungspraxis erfragt. Hier sollte aus ihrer Sicht genauer bzw. anders erhoben werden. Das Aufgabenfeld der Einrichtungen bietet ein breites Spektrum an Themen, Problemen und Wissen. Interviewteilnehmer:innen wünschen sich daher mehr Einsicht in die Einrichtungen anhand der Datenerhebungen. So gäbe es zwar ausreichend Daten, die über die Problematik des Personalmangels und Bezahlung erhoben werden, aber andere Themen der Einrichtungspraxis werden selten bis gar nicht erfragt. Beispielsweise würde an vielen Stellen

berichtet, dass die Mitarbeitenden insbesondere der Pflege unzufrieden seien. Womit die Mitarbeitenden aber unzufrieden sind, werde nicht erhoben. Die konkreten Probleme der Einrichtungen würden mit den Datenerhebungen nicht adressiert und somit gäbe es auch keine vertieften Kenntnisse dazu. So werden beispielsweise selten oder selten Daten rund um die Betreuung der Bewohner:innen, Hauswirtschaft, Essensversorgung, Beratung von Angehörigen und insgesamt über das Leben in den Einrichtungen aus Sicht der Betroffenen erhoben. Alltagsdaten aus den Einrichtungen, die vergleichbar sind, mit denen Verbesserungen und Lösungen erreicht, aber auch Krisenvorsorge betrieben werden können, werden nur sehr selten erhoben, sodass sie in Statistiken und Berichten auch nicht dargestellt werden.

Ein ganz konkreter Wunsch der Teilnehmenden ist es, die Datenerhebungen gezielt berufsalltagsnaher und umfassender zu gestalten. Auch andere Themen aus den Einrichtungen sind ihnen wichtig, die bisher nur wenig gesehen und beachtet werden – aber auch, dass dadurch nicht mehr Erhebungen entstehen. So formulieren sie auch die Forderung, dass an anderer Stelle weniger oder weniger häufig Daten erhoben werden, damit diese Erhebungen nicht zu viel Zeit beanspruchen.

Aktualität der Daten

Mit der vereinfachten Datenerhebung wäre es auch möglich, Daten aktueller zu veröffentlichen. Ein Anliegen der Interviewten ist es, dass Daten, und damit oft wichtige Informationen, zeitnaher veröffentlicht werden sollen. Manche Daten sollen aus ihrer Sicht sogar tagesaktuell sein. Dazu zählen bspw. die Bettenbelegung, Krankheitsausfälle oder die Anfragebearbeitung. Hierfür wird ein einfaches und übersichtliches Tool gewünscht, um die wichtigsten Informationen für den Arbeitstag einsehen zu können.

Aktualität ist auch bei anderen Themen wichtig, tagesaktuell müssen diese aber nicht sein. Die Konzepte verschiedener Wohnformen oder auch die Möglichkeiten von ärztlicher Versorgung muss aktuell einsehbar sein. Auch dabei sollten Möglichkeiten zur Verfügung stehen, bedarfsgerecht die richtige Einrichtung, den richtigen Dienst oder die richtige Dienstleistung schnell zu finden. Dies gilt vor allem für An- und Zugehörige von pflegebedürftigen Menschen. Auch für diese Gruppe der Akteure soll mehr Transparenz geschaffen werden. Ein System oder Tool mit Filtersystem, nach was genau gesucht wird oder was genau benötigt wird, wäre hier eine große Hilfe. Dieses Tool kann dann natürlich auch von vielen anderen Akteuren genutzt werden – zum Beispiel in der Beratung oder Weitervermittlung.

Mit dem Wunsch nach Aktualität der Daten geht auch die Priorisierung von Daten einher. Den Interviewteilnehmenden fällt dabei auf, dass es viele Datensätze oder Veröffentlichungen gibt, die eigentlich nicht benötigt werden. Um dieses Problem zu lösen, müsste zunächst einmal festgestellt werden, welche Themen für welche Akteursgruppe wichtig, weniger wichtig oder überhaupt nicht von Bedeutung wäre. Auch dazu gibt es derzeit keinerlei Erhebungen

oder Feststellungen. Ergänzend könnte hier festgestellt werden, welche Aufgaben die entsprechenden Daten selbst für die Akteure haben. Werden die Informationen nur gelesen, werden sie analysiert, diskutiert – oder nur überflogen und dann abgelegt?

Das Thema der Aktualität von Daten wird dem Projektteam mehrmals begegnen. Auch in der Expert:innen-Runde und dem qualitativen Fragebogen spielt die Aktualität und alles, was damit einhergeht oder wie diese definiert wird, eine wichtige Rolle.

3.4 Diskussion erster Ergebnisse aus einem Fokusgruppen-Interview (Sommer 2023)

3.4.1 Vorgehen

Vor dem Hintergrund der systematischen Literaturlauswertung und der Interviews mit Akteuren der Langzeitpflege hat die Forschungsgruppe beschlossen, die Ergebnisse mit einer Expert:innen-Fokusgruppe systematisch zu diskutieren und zu analysieren, um sie weiter einordnen zu können. Folgende sieben Expert:innen nahmen zusammen mit dem Projektteam an der Diskussion teil: Eine Vertreterin des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, ein Geschäftsführer eines ambulanten Pflegedienstes, ein Pflegekoordinator mehrerer städtischer stationärer Pflegeheime, eine Obfrau eines Pflegestützpunktes, eine Vertreterin aus einem großen Verband, eine Person aus dem Landkreistag Baden Württemberg und eine Professorin der Hochschule Esslingen aus dem Bereich Pflegewissenschaften. Das Programm für das Treffen am 23. Juni 2023 (9:30 – 14:00 Uhr) teilte sich in zwei thematische Blöcke: Zunächst wurde in das Projekt eingeführt und ein Meinungsbild bzw. Rückmeldung zu den ersten Ergebnissen aufgenommen. In einem zweiten Themenblock wurden Ideen und Lösungen gesammelt und diskutiert. Dieser Austausch der Expert:innen hatte auch das Ziel, das vom Forschungsteam entwickelte Erhebungsinstrument auf einem zusätzlichen Weg zu validieren und/oder inhaltlich zu stabilisieren. Das Fokusgruppen-Interview wurde digital aufgezeichnet und ebenfalls mit der Inhaltsanalyse nach Mayring analysiert.

3.4.2 Zusammenfassung der Ergebnisse – Austausch zum Stand des Projektes

Nach der Vorstellung der ersten Ergebnisse des Projektes wurden dazu zunächst Rückmeldungen von den Expert:innen eingeholt. Grundlegend lässt sich feststellen, dass unsere ersten Ergebnisse, wie sie auch in Kapitel 3 dargestellt wurden, der Sicht der Expert:innen entsprachen. Breite Zustimmung gab es hier bei den Themen Nachvollziehbarkeit der erhobenen Daten (Nutzen) und die hohe Anzahl der involvierten Akteure. Im Folgenden wurden zentrale Diskussionsthemen, die im Gesprächsverlauf entstanden, dargestellt.

Nachvollziehbarkeit der Daten(-auswertungen)

Ein wichtiges Thema in der Praxis ist laut den Expert:innen der Fokusgruppe, dass die vielen erhobenen Daten, ohne den Hintergrund zu hinterfragen, kaum bis gar nicht von der Praxis nachvollziehbar bzw. für viele auch nicht zugänglich sind. Es stelle sich zudem oft die „Sinn-Frage“ bei den erhobenen Daten „Warum werden diese Daten erhoben?“ – eine Frage, die bei kaum einer Erhebung sinnvoll beantwortet werden kann. Zugleich geht aus dem Austausch hervor, dass die eigentlich benötigten Daten, die Handeln und Steuern in den Einrichtungen erleichtern sollten, fehlen oder von den Einrichtungen selbst erhoben werden müssen. Dabei werde ein Problem sichtbar: Es gibt viele Datenerhebungen, die z. T. als sinnvoll und zielführend eingeschätzt werden, jedoch fehle es an der „Greifbarkeit der Daten“. Das bedeute, dass die Ergebnisse und die Möglichkeiten, die mit den Daten einhergehen könnten, nicht klar sind und auch nicht kommuniziert werden. Es sei auch ein Problem, dass viele erhobene Daten bzw. vielmehr deren Ergebnisse/Kumulationen nicht zugänglich sind. Dadurch werden sie weder greifbar, noch können auf einer guten Datengrundlage aufbauend Entscheidungen gefällt werden, obwohl Daten zur Entscheidungsfindung vorhanden wären.

Als Beispiel werden hier die Qualitätsindikatoren genannt. Prinzipiell, so alle Expert:innen, sei dies ein gutes Instrument. Jedoch verfehle es seinen Sinn und Zweck: Es sei für An- und Zugehörige bzw. Pflegeplatz-Suchende gedacht, könne aber von diesen Gruppen wenig genutzt werden. Denn die Betroffenen hätten kaum eine Auswahl an Versorgungsplätzen und -einrichtungen aufgrund des aktuell großen Mangels an Pflegeheimplätzen bzw. Versorgungsplätzen in ambulanten Diensten. Zudem seien die erhobenen Daten für diese Zielgruppe kaum lesbar und nachvollziehbar. Die Betroffenen und ihre Angehörigen könnten also anhand dieses Instruments gar nicht so entscheiden, wie es ursprünglich angedacht war. Zugleich seien aber die Erhebung der Qualitätsindikatoren und die Vorortprüfungen für die Einrichtungen ein enormer zeitlicher und personeller Aufwand. Dementsprechend, so einige Expert:innen, würden diese Erhebungen oftmals nicht ausreichend gewissenhaft ausgefüllt. Das eigentliche Ziel, eine gute Übersicht und Vergleichbarkeit zu schaffen, sei so nur eingeschränkt möglich und sinnvoll. Die geringe Motivation (beim Erheben neuer Daten, z. B. bei der Erhebung der Qualitätsindikatoren) sei auch darauf zurückzuführen, dass die Einrichtungen selbst nur wenig Rückmeldungen erhalten. Der Zweck für die Einrichtungen selbst sei demnach weder klar kommuniziert noch verstehbar. Hier liege ein „gutes“ Beispiel dafür vor, dass viele Daten – auch Strukturdaten – doppelt erhoben werden, dann aber nicht von den Einrichtungen genutzt werden können. Zusätzlich seien die erhobenen Daten für die eigentlich gedachte Nutzer:innengruppe nicht versteh- und nutzbar. Darüber hinaus weisen einige Expert:innen darauf hin, dass zurzeit die Suche nach einem ambulanten Pflegedienst oder einem Pflegeheimplatz stark von Angebot und Nachfrage bestimmt sei und die Bevölkerung hier keine „echte“ Auswahl habe, sondern „froh sein könne, überhaupt ein Versorgungsangebot zu finden“.

Die Expert:innen diskutieren auch die Veröffentlichung der Daten aus Qualitätsprüfungen. Derzeit werden bspw. die Qualitätsindikatoren auf der Seite „Pflegelotse“ (siehe oben), an-

dere Daten zum Beispiel auf der Website der Datenauswertungsstelle Pflege (DAS) veröffentlicht. Bei der DAS müssen weitere Daten eingegeben werden, so die Akteure. Das sorgt wiederum für Mehrarbeit, ist zugleich eine Doppelerhebung und stößt auch bei den Expert:innen auf Unverständnis. Fazit ist: Zu viele Erhebungen und unterschiedliche Erhebungssoftware sorgen für eine große Unübersichtlichkeit und einen sehr hohen Arbeitsaufwand. Zudem gehen die Erhebungen mit einem hohen personellen und zeitlichen Aufwand von Seiten der Einrichtungen einher. Gefordert wird eine einheitliche, schnell und einfach zugängliche Möglichkeit, Daten für Steuerung und Planung – die vergleichbar und lesbar sind – einzusehen und zu nutzen. Hier müsse eine Mehrfacherhebung insbesondere von Strukturdaten vermieden werden.

Datenschutz

Ein Thema, das während des ersten Teils der Diskussion und des Austausches immer wieder aufgegriffen wird, ist der Umgang mit dem Datenschutz und seinen Regelungen. So wird bei den Themen „Erhebung“ und „Veröffentlichung“ deutlich, dass viele Doppelerhebungen nach Ansicht der Teilnehmenden nur stattfinden, weil Daten und Informationen aufgrund des Datenschutzes nicht ausgetauscht werden können. Dieses Argument und die damit einhergehende Einschränkung hätten enorme Folgen für den Umgang mit erhobenen Daten und den sinnvoll nutzbaren Austausch – aber auch schon für die Erhebung von Daten. Der Datenschutz „schwebe über allem“ so die Expert:innen. Bis Daten datenschutzkonform erhoben werden können, brauche es einen sehr hohen Aufwand. Viele Einrichtungen oder auch Ideen und Konzepte würden bereits daran scheitern. Hier werde die „German Angst“ (Zitat Expert:in) rund um den Datenschutz deutlich. Da die Regelungen oft nicht klar seien bzw. oft unterschiedlich ausgelegt würden, hätten viele Akteure sehr großen Respekt vor dem Thema Datenschutz. Dabei würde vermutlich häufig ein Konzept eher fallengelassen und nicht weiter verfolgt, als dass etwas falsch gemacht werde. Damit gehe einher, dass viele Daten aus Datenschutzgründen nicht weitergegeben werden. Hier formulieren die Expert:innen eine ganz klare Forderung: Die Regelungen des Datenschutzes müssen verständlich und einheitlich gestaltet werden. Es wird betont, dass der Datenschutz nicht ausgesetzt werden solle, sondern vielmehr praxisnaher und somit umsetzbarer gestaltet werden soll. Doppelerhebungen, Mehraufwendungen, personelle, finanzielle und zeitliche Ressourcen, die wegen des Datenschutzes aufgebracht werden müssen, seien nicht sinnvoll und ließen die Motivation und Zuverlässigkeit bei der Datenerhebung sinken.

„Datenerhebungen gehören zum Alltag – und das ist gut“

Neben den vielen Hürden und auch Problemen bei der Datenerhebung, dem Austausch und den Veröffentlichungen ist den Expert:innen aber auch wichtig zu betonen, dass es gut sei, dass es viele Daten gibt. Denn grundsätzlich seien die Daten, die bereits erhoben sind, nutzbar und stellten für Entscheidungen eine angemessene Basis dar. So wird in der Diskussion deutlich, dass Datenerhebungen wichtig sind und geschätzt werden, da bei verschiedenen Themenfeldern und Entscheidungen Daten dazu dienen, diese zu begründen und zu verbessern. Allerdings wünschen sich die Expert:innen den Mut, nicht alle möglichen Daten zu erheben,

sondern sich auf die zu konzentrieren, die entscheidungsrelevant seien. Darüber hinaus fordern sie, die Befragungs-/Erhebungszeiträume sinnvoller zu gestalten und den konsequenten Austausch von Daten zu fördern, damit auf diese Weise Mehrfacherhebungen vermieden werden. Als Beispiel wird hier angebracht, dass beispielsweise statt 40 Kennzahlen lediglich fünf qualitativ und fünf quantitativ gut begründete Kennzahlen erhoben werden, die einen hohen Stellenwert für die Steuerung von Einrichtungen hätten. Auch wird der Wunsch deutlich, weniger betriebswirtschaftliche Daten, Zahlen und Aspekte zu erheben. Diese Daten würden seit Jahren aktiv von den Einrichtungen zur eigenen Steuerung genutzt, eine weitere Erhebung mache dabei keinen Sinn und stelle nur einen weiteren Aufwand dar. Wenn aber dennoch diese Daten wiederholt erhoben werden sollen, dann wäre es sinnvoll, eine Art „Treuhand“ zur Verwaltung und Anonymisierung der Daten zu stellen. Treuhand meint hier bspw. einen externen Dienstleister, der eingehende Daten auswertet und entsprechend anonymisiert an die Akteure weitergibt, die sie zur Steuerung benötigen.

Die Expert:innen stellen sich auch intensiv die Frage, was denn mit den erhobenen Daten gesteuert werden solle. Dass viele Datenerhebungen notwendig seien, zeige sich insbesondere in den Pflegesatzverhandlungen. Hier müssten Daten und Zahlen Grundlage für Verhandlungen sein. Die Expert:innen diskutieren, dass Leistungserbringer und Leistungsträger unterschiedliche Schwerpunkte haben bzw. unterschiedliche Gewichtungen der Datenrelevanz vornehmen. Da es aber um Gesamtverhandlungen gehe, würden Teilthemen mitunter nicht ausreichend prioritär verhandelt und im Gesamtergebnis unsichtbar bleiben. Ein wichtiges Beispiel bilde hier die Digitalisierungsoffensive, die mit großen Investitionen einhergehe. Die notwendigen Kosten zur Digitalisierung würden jedoch nicht einzeln verhandelt. Erschwerend komme hinzu, dass Leistungserbringer, die in zwei Landkreisen oder gar Bundesländern Einrichtungen betreiben, ihre Strukturen in Zahlen/Daten unterschiedlich darstellen und somit im Detail immer wieder anderen Anforderungen entsprechen müssen.

Außerdem diskutieren die Expert:innen über die Vielzahl von (zusätzlichen) träger- und einrichtungsinternen Erhebungen. Diese Erhebungen seien zwar für sie oftmals am sinnvollsten und könnten auch aus Datenschutzgründen „einfach“ genutzt werden, sind jedoch mit den anderen, gesetzlich vorgeschriebenen Erhebungen nicht synchronisiert bzw. sind nicht ergänzend oder komplementär. Darüber hinaus gäbe es auch keine kompatiblen Softwarelösungen, so dass auch hier viele Mehrfacherhebungen entstehen.

Insgesamt sind sich die Expert:innen darin einig, dass die vielen Datenerhebungen nicht den erwarteten Nutzen haben. Zudem würde das Ergebnis vieler Erhebungen nicht ausreichend zur Verfügung gestellt (z. B. auch in digitaler Form) und auch nicht ausreichend aufbereitet. Auch der konsequente Austausch von Ergebnissen und damit eine hohe Transparenz können kaum erzielt werden. Letztlich stellen die Expert:innen die kritische Frage nach dem Kosten-Nutzen-Verhältnis der Datenerhebungen.

3.4.3 Zusammenfassung der Ergebnisse – Wünsche für zukünftige Erhebungen/Zukunftsszenarien

Kooperation der Akteure und Datenaustausche

Die Teilnehmenden weisen darauf hin, dass die Motivation, an Datenerhebungen teilzunehmen, oftmals im Alltag sinke, da zu viele Erhebungen gleichzeitig und im Verlauf des Jahres stattfinden würden: Einerseits würde man generell gerne an den Befragungen teilnehmen, andererseits aber verfügen die Einrichtungen und insbesondere die Führungspersonen in der Praxis nicht über die zeitlichen Ressourcen. Die Teilnehmenden kritisieren vor allem die aus ihrer Sicht stattfindenden „Doppelerhebungen“. Darauf aufbauend kommt der Vorschlag aus der Expert:innen-Gruppe, dass mehr auf Kooperation gesetzt werden sollte und im ersten Schritt zu analysieren sei, an welchen Stellen systematisch Doppelerhebungen stattfinden. Zugleich sei es sinnvoll, bei Erhebungen „abzurüsten“, also nur wirklich nützliche Daten zu erheben und die Daten transparent bzw. austauschfähig zu machen. Dabei wird auch die Idee eines „Datentreuhänders“ wieder aufgegriffen. Aus Sicht der Expert:innen könnten Doppelerhebungen stark reduziert werden, wenn es eine zentrale Stelle geben würde, die die wichtigsten Daten (Kerndaten) – bezogen auf den Bereich der gesamten Langzeitpflege – erhebt, möglicherweise auswertet und dann den entsprechenden Akteuren zugänglich macht. Auf diese Weise wäre nicht nur das „Problem“ mit dem Datenschutz, der Datensicherung und den vielen einzelnen Erhebungen annähernd lösbar, sondern es könne auch eine neue Vertrauens- und Motivationslage geschaffen werden. Die Expert:innen stellen aber auch fest, dass sie aktuell oft den Eindruck haben, dass kleine und spezifische Erhebungen bessere Ergebnisse liefern als zentrale Datenerhebungen, deren Ergebnisse und Auswertung oft nur noch einen eingeschränkten Nutzen für die jeweilige Einrichtung hätten.

Die Expert:innen diskutieren auch die Idee, verstärkt auf „kooperative Treffen“ zu setzen, um eine Zusammenarbeit auch im Bereich der gemeinsamen Datenerhebung und -verwendung zu pflegen. Die Expert:innen nehmen an, dass auf diese Weise Schwierigkeiten in der Praxis sehr viel schneller analysiert und behoben werden könnten. „Konkurrenz-Denken“ würde oftmals dazu führen, dass an den wichtigen Stellen wenig Kooperation stattfindet. Insbesondere in Zeiten des hohen Fachkräftemangels wäre es aber ratsam, enger zu kooperieren und sich gemeinsam auf Daten beziehen zu können sowie Personalstrategien abzustimmen.

Kommunikation und Verpflichtungen

Die Expert:innen stellen sich auch die grundlegende Frage, welche Akteure sich grundsätzlich mittels Daten und in welcher Intensität austauschen sollten. Hier wäre eine Ist-Analyse grundlegend, um darauf aufbauend die Akteure und Formen festzulegen. Es sei erschwerend, dass in Landkreisen, Kommunen und Städten, aber auch in den Bundesländern unterschiedliche Strategien bzw. Verfahren verfolgt würden. Man könne in keinem Fall von einem einheitlichen Bild und geklärten Datenströmen ausgehen. Die Expert:innen betonen, dass hier klare und eindeutige „Commitments“ hergestellt werden müssen; geleitete Dialoge und Austauschforen könnten dabei eine erste Grundlage bilden. So könne herausgefunden werden, wo welche

Daten erhoben, gespeichert und ggf. aufbereitet werden und wer welche Daten benötigt und wie eine gute Kommunikation und ein guter Austausch stattfinden kann.

Grenzen der Datenerhebung

Auch die Grenzen der Datenerhebung werden im Rahmen der Expert:innen-Runde angesprochen. Dabei zeigte sich im Gesprächsverlauf, dass es auch um die Grenzen der Datenergebnisse geht und nicht nur die der Erhebungen. Die Expert:innen unterscheiden zunächst zwischen „zwingenden Daten“, die erhoben werden müssen – bspw. für die Selbstverwaltung, aber auch für Kassenverhandlungen oder betriebswirtschaftliche Entscheidungen – und „überflüssigen Daten“, die reine Erhebungsaufgaben ohne Notwendigkeit darstellen. Auch über diese Unterscheidung müsse diskutiert werden, da möglicherweise unterschiedliche Akteure unterschiedliche Daten für wichtig oder notwendig halten. Um hier eine Struktur zu schaffen, müsste zunächst, laut den Expert:innen, festgehalten werden, welche Akteure überhaupt welche Aufgabe haben und wie diese Daten sie in der Aufgabenbewältigung unterstützen können. Da es auch Schnittmengen von Daten geben würde, schlagen die Expert:innen vor, themenorientiert vorzugehen und hier je Thema „Kerndatensätze“ zu erheben und zur Verfügung zu stellen.

Insgesamt halten die Expert:innen hier noch einmal fest, dass aus ihrer Sicht die Grenze der Datenerhebung hinsichtlich der Quantität bereits erreicht sei: Es gäbe zahllose Erhebungen, Daten und Datenauswertungen. Diese müssten grundlegend reduziert, zugänglich gemacht und vereinfacht werden. Die aktuelle Situation in den Einrichtungen zeige die derzeitige Grenze bei Datenerhebungen auf: Die Einrichtungen könnten aus personellen und zeitlichen Ressourcen keine Daten mehr erheben, Umfragebögen ausfüllen oder auch keine weiteren Erhebungsprogramme und -Software erlernen. Um diese Grenze zu weiten und damit auch die Motivation wieder zu steigern, müssten die Daten einheitlich und zentral erhoben, an die jeweiligen Stellen/Akteure verteilt sowie niedrigschwellig und zeitnah einsehbar sein. Grundlage dafür müsse aber auch ein Miteinander und Austausch sein, denn die Grenzen von Datenerhebungen seien vor dem Hintergrund des Konkurrenzdenkens schneller erreicht.

Daten- bzw. Themenwünsche der Expert:innen

Folgende Ideen und Vorschläge wurden von den Expert:innen angesprochen:

1. Daten über Auszubildende

Hier ist für die Expert:innen vor allem von Interesse, wie viele Auszubildende es in den einzelnen Einrichtungen gibt, wie lange sie nach der Ausbildung bleiben (in Jahren) und welche Gründe es für den Verbleib oder auch für den Wechsel/Abbruch gibt.

2. Fachkraftquote

Hier wünschen sich die Expert:innen einen besseren Überblick zur Umsetzung bzw. zum Umgang mit der Fachkraftquote (ambulant und stationär). Beispielsweise interessieren Fragen nach der flächendeckenden Einhaltung und Umsetzung. Hier sei die aktuelle reale Situation

entscheidend und nicht etwa die Papierlage. In diesem Zusammenhang interessiert die Expert:innen auch die Höhe der Krankheitsquoten, die sich ja unmittelbar auf die Fachkraftquote auswirken würden.

3. Freie Versorgungsplätze und die Aktualität von Daten

Die Expert:innen diskutieren kontrovers, ob eine öffentlich zugängliche Datenplattform hinsichtlich der freien/verfügbaren ambulanten und stationären Versorgungsplätze sinnvoll ist. Einige Expert:innen sind der Meinung, dass diese Zahlen nicht benötigt werden, da das Angebot unter der Nachfrage liege. So wäre es gar nicht möglich, die Zahlen aktuell zu halten oder nach außen zu kommunizieren. Wenn Plätze frei seien, können sie beinahe Übergangslos wieder besetzt werden. Zudem stelle sich die Frage, was „aktuell“ bedeutet und wie viel Arbeit mit einer bspw. stündlichen oder täglichen Erfassung einhergehen würde. Andere Expert:innen wünschen sich eine solche Datenplattform, die aktuell sei und insbesondere für Betroffene und deren Angehörige zur Verfügung stünde. Nach dem Empfinden dieser Expert:innen sei zwar auch die Nachfrage sehr viel höher als das Angebot, aber es gäbe dennoch Regionen, in denen das Verhältnis anders sei und ein Überblick die Verteilung erleichtern würde. Vor allem für die Mitarbeiter:innen der Pflegestützpunkte wäre eine solche Übersicht bei der Beratung sehr hilfreich.

3.5 Konstruktion eines neuen Erhebungsinstruments für die Langzeitpflege

Nach der Expert:innen-Diskussion stellt sich mehr denn je die Frage, ob wir im Rahmen des Projektes eine weitere Datenerhebung anstoßen. Die Befundlage zeigt, dass insbesondere strukturelle Daten kaum noch benötigt werden und viele Daten der Leistungserbringung bereits erhoben werden und somit vorliegen. Allerdings ist auch klar geworden, dass die Ergebnisse nicht umfassend genug zugänglich und transparent gemacht werden. Deutlich geworden ist aber auch, dass insbesondere qualitative Daten zur Einschätzung der Situation in den Einrichtungen der Langzeitpflege fehlen. Ziel unserer Erhebung ist es deshalb, herauszuarbeiten, welche qualitativen Daten benötigt werden zur Steuerung der Einrichtungen der Langzeitpflege, ob die Akteure bereit sind, diese (umfangreichen) qualitativen Daten zu liefern und mit welchen Methoden diese Daten zeitnah ausgewertet werden können, damit sie aktuelle Entscheidungen beeinflussen können.

Auf der Grundlage der Erkenntnisse aus der Literaturrecherche, der Ergebnisse der Interviews und der Expert:innen-Diskussion ist ein Instrument entstanden, das überwiegend qualitative Daten erheben kann. Dabei sollen allgemein bereits verfügbare Daten nicht erneut erhoben werden. Die wenigen Strukturdaten, die dennoch erhoben werden, dienen zur Kontextualisierung der qualitativen Daten. Diese Erhebung soll vor allem einen fundierten Blick auf die Alltagspraxis und die aktuellen Herausforderungen ermöglichen. Die Ergebnisse sind aus unserer

Sicht für alle Akteure wichtig und könnten für unterschiedliche Verhandlungen genutzt werden.

Das konstruierte Erhebungsinstrument besteht aus den folgenden thematischen Kapiteln:

1. Rahmen- und Strukturdaten
2. Belastungserleben aller Mitarbeiter:innen (inkl. Führungskräfte)
3. Digitalisierung und Datenaustausch
4. Zusammenarbeit
5. Aktuelle Entwicklungen
6. „Was noch zu sagen ist“

Grundlegend hat sich das Projektteam die Bedingung gesetzt, dass bei jeder Frage die Inhaltsvalidität (Warum stellen wir diese Frage?) und die spätere Nutzbarkeit (Wer kann die Daten nutzen?) hinterfragt und klar definiert sind. Deshalb werden im Folgenden die Kapitel kurz inhaltlich begründet.

1. Rahmen- und Strukturdaten

Wie in den Interviews und in der Expert:innen-Runde festgestellt, werden vielerlei Strukturdaten von den und über die Einrichtungen erhoben. Dabei finden viele Doppelerhebungen statt – quasi jede Erhebung hat diese Rahmen- und Strukturdaten so oder in einer ähnlichen Form als Inhalt. Im Rahmen dieser Erhebung stellt sich deshalb die Frage, welche Rahmendaten von uns überhaupt erhoben werden sollen. Das Projektteam stellt fest, dass zwar viele Strukturdaten erhoben werden, diese aber nicht oder nur eingeschränkt zugänglich sind. Demnach und auch zur Erstellung von Korrelationen und Zusammenhängen mit den anderen thematischen Kapiteln müssen grundlegende Daten erhoben werden. Ein Fokus liegt auf den Mitarbeiter:innen in den Einrichtungen: Welche Ausbildung oder aktuelle Tätigkeit haben die Teilnehmenden, arbeiten sie in Teil- oder Vollzeit, im stationären oder ambulanten Bereich? Zudem soll erhoben werden, wie viele Mitarbeiter:innen zum Zeitpunkt der Erhebung u. a. mit einer Ausbildung, einem akademischen Abschluss oder in der Hauswirtschaft beschäftigt sind. Es gibt zwar Quoten und Vorgaben zur Personalbemessung, dennoch scheint es uns hier interessant, wie die Situation in den Einrichtungen tatsächlich aussieht. Der Grund dafür ist, dass in vielen Gesprächen deutlich wird, dass die tatsächliche personelle Situation in den Einrichtungen nicht immer der offiziellen Angabe entspricht: Ausfälle durch Mutterschutz, Krankheiten usw. werden in den bisherigen Erhebungen nicht berücksichtigt; diese Mitarbeiter:innen werden immer mit angegeben und fließen in die Quoten mit ein! Außerdem soll in den Strukturdaten erhoben werden, wie viele Mitarbeiter:innen aus Leasingfirmen aktuell beschäftigt werden und mit welchem Kontingent, wie viele offene Stellen ausgeschrieben sind oder wie viele Anfragen bzgl. Heimaufnahme/Dienstleistung die jeweilige Einrichtung bekommt. Dies sind Fragen, die bisher fehlen oder oft nur einrichtungsintern erhoben werden. Um die Situation in den Einrichtungen aber gut darstellen zu können, werden diese Informationen benötigt – vor allem auch, um damit verbundene oder einhergehende Probleme besser lösen und steuern zu können.

2. Belastungserleben aller Mitarbeiter:innen (inkl. Führungskräfte)

Dieser Fragenblock basiert auf der Erkenntnis, dass die Frage „Wie geht es den Mitarbeitenden?“ sehr selten gestellt wird. Lediglich im Kontext von gesundheitsfördernden Maßnahmen werden in entsprechenden Projekten hierzu Daten erhoben, aber sehr selten öffentlich kommuniziert. Die hier gestellten qualitativen Fragen sollen einen Einblick geben, wie hoch die Belastungen bzw. das Belastungserleben der Mitarbeitenden in den Einrichtungen ist. Durch die Gespräche und vor allem auch die Corona-Pandemie und die dadurch entstandene Forschung zum Projekt „LACOVID-BA-WÜ2020“ (Elsbernd & Heidecker 2022) zeigt sich, dass diese Fragen von zentraler Bedeutung für die Mitarbeitenden und die Einrichtungen sind. Zum einen resultieren aus den Belastungen Fehlzeiten, Kündigungen sowie Probleme beim Gewinnen von neuen Mitarbeitenden, zum anderen weisen die Belastungen bzw. das Belastungserleben darauf hin, dass sich das Leistungsgeschehen möglicherweise verändert. In den Ergebnissen können sich darüber hinaus wichtige Stimmungsbilder spiegeln, die zusammen mit anderen Ergebnissen Trends oder auch krisenhafte Entwicklungen einrichtungsübergreifend früher sichtbar machen.

3. Digitalisierung und weiterer Datenaustausch

Obwohl das Thema Digitalisierung sehr oft erfragt wird, bzw. bereits eine große Rolle in den Einrichtungen einnimmt, soll das Thema in diesem Fragebogen mit aufgenommen werden. Hier soll jedoch mehr ein Blick darauf geworfen werden, wo noch Lücken in der Digitalisierung sind, wo aufzuholen ist, aber auch, wo es gut läuft. Auch sollen anhand qualitativer Fragen Best-Practice-Ideen oder damit verbundene Herausforderungen sichtbar gemacht werden. Neben der Digitalisierung interessiert uns zudem, mit wem und vor allem wie Datenaustausch in den Einrichtungen stattfindet, welche Software genutzt wird, wie recherchiert wird oder was sich die Einrichtungen/Mitarbeitenden an Daten wünschen. Anhand dieser Fragen bzw. vielmehr deren Antworten soll herausgefunden werden, auf welchem Stand die Einrichtungen beim Thema Digitalisierung und Datenaustausch sind und wo Verbesserungsbedarfe bestehen.

4. Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit mit Externen ist ein Themenblock, der nicht nur generell sehr wichtig ist, sondern auch notwendig für die Sicherung der Versorgung der Bewohner:innen und Kund:innen. In den Interviews, bisherigen Gesprächen und Erhebungen wird das Thema der Zusammenarbeit von allen Seiten angesprochen. Vor allem die Zusammenarbeit mit Ärzt:innen (Haus- und Fachärzt:innen) nimmt dabei eine wichtige Rolle ein. Darauf aufbauend soll anhand der erstellten Fragen erkundet werden, wie die Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzt:innen, dem öffentlichen Gesundheitsdienst, den Pflegestützpunkten, der Heimaufsicht und den Apotheken funktioniert. Auch hier steht die Frage nach den Verbesserungsbedarfen im Vordergrund. Mit diesen Fragen sollen die Stimmungsbilder sowie alltäglichen Abläufe und die dabei entstehenden Hürden in der Zusammenarbeit sichtbar werden, um darauf aufbauend Lösungen zu finden. Auch hier konnten keine vergleichbaren zugänglichen Daten gefunden

werden, was die Erfragung und Aufnahme des Themas umso wichtiger macht. Zusätzlich können Engpässe schneller aufgezeigt und möglichst schnell behoben werden. Wenn die Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen/Diensten und den notwendigen Versorgern gefährdet ist, kann sich dies zum Nachteil für die Bewohner:innen und Kund:innen auswirken. Zudem kann es zu hohen personellen und finanziellen Aufwendungen kommen (so muss beispielsweise Ersatz gesucht werden, es müssen längere Strecken gefahren oder längere Zeiträume eingeplant werden).

5. Aktuelle Entwicklungen

Um einen Einblick in aktuelle Themen aus der ambulanten und stationären Langzeitpflege zu bekommen, sollte auch direkt danach gefragt werden. Um die aktuellen Entwicklungen in den Einrichtungen sichtbar zu machen, werden hier offene Fragen zu einrichtungsinternen Projekten, neuen inhaltlichen Weiterentwicklungen und arbeitsorganisatorischen Veränderungen gestellt. Die Ergebnisse zeigen dann deutlich, ob vergleichbare Themen und Entwicklungen insbesondere in fachlicher Ausrichtung identifiziert werden können und ob es aktuellen Handlungsbedarf gibt. Auch wäre es möglich, hier sogenannte Best-Practice-Beispiele zu finden.

6. „Was noch zu sagen ist...“

Im letzten Abschnitt ist vor allem dafür noch Platz, Themen mitzuteilen, die nicht im Fragebogen aufgegriffen wurden. Dies ist wichtig, um den Teilnehmenden noch die Möglichkeit zu geben, den Fragebogen evtl. weiterzuentwickeln oder auch, um auf wichtige Ereignisse o. ä. hinzuweisen.

Preteste

Um den erstellten Fragebogen ein erstes Mal testen zu lassen, wurde dieser an wissenschaftliche Fach-Kolleg:innen (u. a. aus dem Bereich Pflegewissenschaft und empirische Sozialforschung) verschickt. Die entsprechenden Rückmeldungen wurden im Projektteam diskutiert, ggf. mit aufgenommen und zu integrieren versucht. Dabei handelte es sich u. a. um die Verständlichkeit von Fragen, fehlende Antwortmöglichkeiten oder rein technische Hinweise. Prinzipiell wurde der erste Entwurf des Erhebungsinstruments sowohl in der Methodik als auch in der inhaltlichen Ausgestaltung in Bezug auf das grundlegende Thema der Studie als gut bis sehr gut bewertet.

Im zweiten Pretest wurden relevante Akteursgruppen der Langzeitpflege mit einbezogen. Die Rückmeldungen aus diesem zweiten Pretest wurden wiederum in einer Projektsitzung besprochen und ggf. eingearbeitet. Folgende Anregungen wurden aufgenommen:

- Zum einen hat sich das Projektteam dazu entschlossen, den Fragebogen explizit an pflegende Mitarbeiter:innen und Führungskräfte in den Einrichtungen der ambulanten und stationären Langzeitpflege zu richten. Damit soll vor allem bewirkt werden, dass die gestellten Fragen genauer und praxisnaher beantwortet werden können. So wurden folgende Tätigkeiten zur Auswahl in den Fragebogen integriert: pflegerische Tätigkeit

(ausschließlich), sozialarbeiterische Tätigkeit (ausschließlich), Einrichtungsleitung, Wohn- und Bereichsleitung, Pflegedienstleitung und andere Leitungstätigkeiten. Alle folgenden Fragen wurden dabei erneut überprüft, sodass einige Fragen im Fragebogen nur für Führungskräfte sichtbar sind und andere Fragen nur von Teilnehmenden, die ausschließlich pflegerischen Tätigkeiten nachgehen, ausgefüllt werden sollen/können.

- Eine weitere Rückmeldung der Pretest-Gruppe war, dass die für die Beantwortung veranschlagte Zeit länger ist als die vom Projektteam im Anschreiben ursprünglich veranschlagte. Darüber wurde nochmals diskutiert und anschließend die voraussichtliche Bearbeitungszeit verlängert.
- Darüber hinaus wurden weitere kleine technische Fehler sowie Filterfragen korrigiert oder die Möglichkeit der Mehrfachnennung überarbeitet und angepasst.

An Pretest 1 und Pretest 2 haben jeweils fünf unterschiedliche fachkundige Personen teilgenommen und uns die entsprechenden Rückmeldungen sowie Verbesserungsideen gegeben.

Hauptuntersuchung

Der Link/QR-Code zur Umfrage sowie ein Informationsblatt für Mitarbeiter:innen mit den Zugangsdaten wurde mit einem Anschreiben an die Gruppe der Task Force Langzeitpflege und Eingliederungshilfe vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg an entsprechende Ziel- und Teilnehmer:innen-Gruppen gesendet. Der Erhebungszeitraum begann am 01. September 2023 und endete am 04. Januar 2024. In der Task Force-Gruppe sind Vertreter:innen von u. a. folgenden Institutionen: Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration, BWKG, LIGA, vdek, Landesgesundheitsamt, Landkreise, Stadt- und Landkreistag, Krankenkassen sowie ambulante und stationäre Einrichtungen (insgesamt ca. 50 Teilnehmer:innen).

In einer zweiten Welle wurden am 13. Oktober 2023 nochmals alle Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege angeschrieben. „Alle“ bedeutet hier, dass von der Forscherinnengruppe ein eigener Verteiler angelegt wurde, der keinen Anspruch auf Vollständigkeit hat. Anhand verschiedener Internetseiten mit Auflistungen vorhandener Einrichtungen in Baden-Württemberg – insgesamt gibt es 2.013 stationäre Pflegeheime und 1.262 ambulante Pflegedienste (Stand 2021: [Eckdaten der Pflegestatistik \(statistik-bw.de\)](https://www.statistik-bw.de/Eckdaten-der-Pflegestatistik)) – wurden händisch alle Mail-Adressen recherchiert. Dieser Schritt wird vorwiegend damit begründet, dass es uns als Projektteam nicht möglich war, an eine vorhandene vollständige Liste und damit einen E-Mail-Verteiler aller ambulanten und stationären Einrichtungen in Baden-Württemberg zu gelangen. Er wurde auch deshalb gemacht, weil durch die Weiterleitung und Unterstützung der Task Force für uns nicht immer ersichtlich war, welche Einrichtungen erreicht werden, welche nicht und ggf. dann aus welchen Gründen. Mit dem Anspruch, möglichst vielen Mitarbeitenden in der Pflege eine qualitative Befragung zu ermöglichen und damit „Der Pflege eine Stimme zu geben“, wurde in systematischer Rechercharbeit eben dieser Verteiler generiert.

Systematische Erstellung einer Mail-Verteilerliste

Um eine umfassende Mail-Verteilerliste für Baden-Württemberg zu erstellen, hat die Projektgruppe den Pflegelotsen des Verbands der Ersatzkassen e. V. (vdek) unter www.pflegelotse.de genutzt. Dabei wurde die Suchfunktion des Pflegelotsen verwendet und systematisch nach Einrichtungen innerhalb eines Radius von 50 Kilometern von vorab festgelegten Punkten gesucht. Diese Punkte wurden strategisch auf einer Karte verteilt, um sicherzustellen, dass sämtliche Regionen in Baden-Württemberg abgedeckt sind. Nachdem die Einrichtungen identifiziert wurden, ist die Projektgruppe jeden einzelnen Link auf der Website des Pflegelotsen durchgegangen. Dabei wurde sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich recherchiert. Jede relevante E-Mail-Adresse wurde sorgfältig in eine Excel-Tabelle eingetragen, um eine übersichtliche Erfassung der Kontaktdaten zu gewährleisten. Abschließend wurde die Excel-Tabelle gründlich überprüft, um etwaige Duplikate zu bereinigen. Dieser Schritt garantierte, dass die Mail-Verteilerliste frei von Redundanzen ist und nur einmalige Kontakte enthält. Durch diese methodische Vorgehensweise konnte eine umfassende und präzise Mail-Verteilerliste für Baden-Württemberg erstellt werden.

Am Ende des Prozesses war es der Projektgruppe gelungen, die Kontaktinformationen (E-Mail-Adressen) von etwa 769 ambulanten Diensten und 1.586 stationären Einrichtungen zu ermitteln. Dies entspricht jeweils ungefähr drei Vierteln aller Einrichtungen in Baden-Württemberg – basierend auf den Daten des Statistischen Landesamtes, wie bereits oben erwähnt.

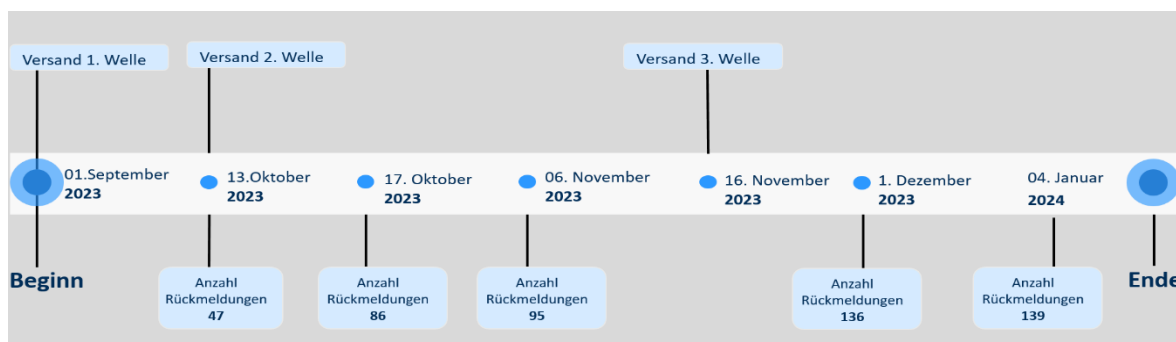


Abbildung 30: Historie der Erhebung „Der Pflege eine Stimme geben“ (eigene Darstellung 2024)

Herausforderungen und Ablauf: Feldzugang

Wie oben bereits festgestellt, gibt es keinen öffentlich zugänglichen Verteiler der Einrichtungen stationärer und ambulanter Langzeitpflege in Baden-Württemberg. Der selbstrecherchierte E-Mail-Verteiler wurde daher zum einzigen Instrument, um möglichst viele Einrichtungen in Baden-Württemberg schnell und unkompliziert zu erreichen. Dabei haben sich dennoch Probleme gezeigt: Viele Mails konnten nicht zugestellt werden, zum Teil waren die Mail-Adressen nicht verfügbar und auch die Kapazitäten, so viele Mails auf einmal zu versenden, war von unseren Hochschul-Mail-Accounts nicht zu 100 Prozent gewährleistet. Wir haben uns als Projektteam die Frage gestellt, wie die Einrichtungen generell schnell und unkompliziert erreicht werden können. Nach unserem Eindruck sind E-Mails der schnellste und einfachste Weg, wichtige Informationen zu streuen. Daraus wird geschlossen, dass es für die Zukunft und

um eine schnelle Erreichbarkeit zu gewährleisten, dringend eine zentrale Möglichkeit geben muss, die Einrichtungen per Mail zu erreichen. Dies sollte auch ohne die Zwischenwege – wie z. B. über Träger oder Verbände – möglich sein. In wichtigen Angelegenheiten oder Krisensituationen müssen die Einrichtungen direkt erreichbar sein, ohne mit weiterer Verzögerung dritte oder vierte Akteure zu involvieren. Trotz vieler Bemühungen kann der Rücklauf und die Teilnahme an der Befragung in der Hauptuntersuchung als schwach bewertet werden.

3.6 Durchführung eines Expert:innen-Gesprächs (Januar 2024)

Ein weiteres Vorhaben des Projektes war es, im Anschluss an die qualitative Befragung anhand des entwickelten Fragebogens zu den herausgefilterten Themen Interviews mit Expert:innen zu führen. Dieses Vorhaben wurde diskutiert und dann zunächst verschoben. Die Expert:innen sollten aus den Bereichen Datenschutz, Pflegewissenschaften, gesundheitspolitische Vertretungen, Vertreter:innen aus Verbänden und Trägern, Krankenkassen oder dem Bereich KI und IT sein. Mit diesen Expert:innen sollten einzelne Themen und auch Probleme, die in dem qualitativen Fragebogen erhoben wurden, diskutiert und Lösungswege gefunden werden. Bei der Gestaltung eines Interviewleitfadens wurde dem Projektteam allerdings klar, dass es schwer ist, diese Themen mit einzelnen Expert:innen zu diskutieren, um dann anhand dieser Interviews auch gute Ergebnisse und Lösungen für die vorhandenen Probleme zu generieren. Deshalb führten wir nochmals ein Experten-Gespräch durch, um Fragen rund um die Datenerhebungen besser verstehen zu können. Dabei sollte das Gespräch mit einer Fachexpertin für Datenmanagement geführt werden, auch um mögliche Lösungswege, die bereits in anderen gesellschaftlichen Kontexten angewendet werden, zu explorieren. Das Gespräch wurde im Januar 2024 geführt. Teilnehmende waren neben der Datenmanagement-Expertin Vertreter:innen des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration, professorale Vertretung aus dem Bereich Sozial- und Wirtschaftswissenschaften sowie das Projektteam.

Teilnehmende

Katharina Schüller:

Sie gehört zu den führenden Expert:innen für Data Science, Künstliche Intelligenz und Statistik. Ihre Top-Themen sind Datenstrategien, Data Literacy, Datenethik & KI-Ethik, Smart City und Diversity.

Barbara Zeller:

Juristin, Stellvertretende Referatsleitung im Referat Pflege und zuständig u. a. für Pflegeplanung, Projekte (WiStLa, SARA, Personalmonitoring, u.v.m.) Strukturentwicklung, Pflegekonferenzen, Digitalisierung.

Prof. Dr. Astrid Elsbernd: Professorin für Pflegewissenschaft an der Hochschule Esslingen, Projektleitung im Projekt WiStLa

Marcel Schmucker (M.A.):

Doktorand an der Hochschule Esslingen

Laura Hahn (M.A.):
Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt WiStLa

Lisa Sophie Kielmeyer (M.A.):
Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt WiStLa

Hauptthemen des Expert:innen-Austauschs

Die hier folgenden Themen aus dem Gespräch müssen mit in den weiteren Verlauf des vorliegenden Projekts einfließen – oder sind es zum Teil schon. Zum Zeitpunkt des Expert:innen-Treffens war die Laufzeit der Erhebungen aus dem Fragebogen bereits beendet, weshalb die Ergebnisse keinen direkten Einfluss auf die laufende Erhebung haben. Jedoch können die Ergebnisse und Erkenntnisse aus dem Austausch mit in die Gesamtauswertung, die Formulierung von Empfehlungen und Lösungen sowie die Gestaltung neuer Datenerhebungen aufgenommen werden.

1. Rückmeldung zum Erhebungsinstrument des Projekts

Katharina Schüller formuliert Verbesserungsvorschläge für das Erhebungsinstrument, die vor allem die Antworten besser nutzbar machen könnten. Die Vorschläge werden zum Teil diskutiert und mit aufgenommen. Ein Beispiel: Die Expertin schlägt vor, nicht zu fragen, wie lange die Teilnehmenden schon in der Pflege tätig sind, sondern zu erfragen, wie lange die Teilnehmenden denken, dass sie noch in der Pflege tätig sein werden. Aus der Diskussion und dem Austausch werden unterschiedliche Pro und Kontra mitgenommen und in einem späteren Projektteam-Treffen weiter diskutiert. Bei allen Rückmeldungen von Katharina Schüller zu den Fragen im Erhebungsinstrument überlegt das Projektteam, ob allgemeingültige Vorgehen bei Fragebogen und Frageformulierungen auch sinnvoll für die Fragen an die Mitarbeitenden in der Langzeitpflege sind. Damit einher geht auch der Austausch in der Expert:innen-Runde rund um die Themen Datenqualitätsmaßnahmen, Evidenzen, Transparenz oder Stichproben-Konstrukte. Dabei stellt sich erneut die Frage, welche Akteure welche Daten benötigen, wer die Daten erhebt und wie man mit künftigen Erhebungen umgehen kann und soll. Um dieser Frage auf den Grund zu gehen, müssten alle Akteure – vor allem diejenigen, die Daten erheben – gemeinsam prüfen, welche Daten für welchen Zweck sind und welche in den Erhebungen nicht notwendig sind. Dabei muss zugleich ein Austausch über Datenqualität, Datenkommunikation und Themenschwerpunkte der Datenerhebungen stattfinden.

2. Datenkommunikation

Die Datenkommunikation in der Pflege, aber auch generell, wird des Weiteren ausführlich in der Gruppe diskutiert. Dabei ist eine gute Datenkommunikation wichtig und notwendig, damit Daten im Sinne der Konzeption verstanden und zugleich auch sinnvoll genutzt werden können. Bisher begegnet dem Projektteam in allen empirischen Phasen oftmals die Aussage, dass für die Ergebnisse von Befragungen oder die vorhandenen Statistiken keine sinnvolle Verwendung gefunden werden kann. Das liege auch daran, dass die Datenkommunikation in vielen

Fällen zu wünschen übrigließe, was bedeute, dass die Daten, die bereitgestellt werden, nur mit sehr viel Aufwand und Know-how nutzbar in die Einrichtungen und den Arbeitsalltag integriert werden können. Bei den meisten Einrichtungen verhindere der Personalmangel die Nutzarmachung von vorhandenen Daten. Durch eine bessere Bereitstellung und Kommunikation von Daten könnten diese Lücken geschlossen und so den Einrichtungen ein leichter Zugang zu vorhandenen Daten ermöglicht werden.

Außerdem kann unter dem Diskussionspunkt „Datenkommunikation“ auch das Thema „Meta-Daten“ eingeordnet werden. Hierbei geht es in erster Linie darum, dass die vielen Fragebogen und Erhebungen, auch von zentralen Akteuren, gleiche oder sehr ähnliche Daten erheben. Das heißt auch, dass die Meta-Daten, also die Daten, die hinter den Erhebungen stehen, ähnlich aussehen. Demnach könnte sich allein die Fragestellung unterscheiden, die zugrundeliegenden Statistiken oder auch die ausgewerteten Daten basieren aber auf sehr ähnlichen Meta-Daten. Um die Menge an Datenerhebungen zu reduzieren, könnten demnach die Meta-Daten abgeglichen werden, um dann eine gemeinsame Datenerhebung zu gestalten (siehe bspw. Kern-datensatz).

3. Datenlabore, Reallabor und Treiberanalyse

Beim Analysieren vorhandener Datenerhebungen in der Expert:innen-Gruppe wird schnell deutlich, dass viele Datenerhebungen keine erkennbare theoretische Grundlage haben. Dies kann bedeuten, dass es auf die Frage, warum welche Daten erhoben werden, keine nachvollziehbar begründete Antwort gibt. Das stellt ein großes Problem dar. So können nicht nur viele Datenerhebungen nicht transparent begründet werden, sondern auch für die erhobenen Datenergebnisse ist kein begründbarer Nutzen transparent. Das könnte mitunter auch ein Grund dafür sein, dass die erhobenen Daten nicht genutzt werden. Um diesem Problem zu begegnen, gibt es unterschiedliche (theoretische) Vorgehensweisen, um die Notwendigkeit, die Menge und den Nutzen von Daten zu prüfen: Neben sogenannten „Datenlaboren“, die zum Ziel haben, die Daten- und Digitalkompetenzen von Einrichtungen zu fördern, können auch Reallabore eingerichtet werden, in denen ein aktiver Austausch zum Thema Daten zwischen Wissenschaft und Nutzer:innen/Gesellschaft stattfindet. Diese Strategien sollen in einem Prozess vorhandene und notwendige Daten sammeln, analysieren und filtern. Eine zusätzliche Treiberanalyse, bei der die wichtigsten Variablen gefiltert werden, kann Klarheit in die Datenmassen bringen und auf diese Weise Datenerhebungen verschlanken.

Letztlich geht aus dem Austausch in der Expert:innen-Runde hervor, dass alle vorhandenen Datenerhebungen mit bestimmten Methoden geprüft werden müssen. Nur so können Erhebungen komprimiert und reduziert werden, um gleichzeitig eine bessere und tatsächliche Datennutzung zu gestalten. Und nur auf diese Weise könnten Daten begründbar genutzt, in Prozesse einbezogen oder für die Entscheidungsfindung nutzbar gemacht werden.

Zentrale Analysen und Empfehlungen im Kontext des Expert:innen-Gesprächs

Im Folgenden werden einige weitere zentrale Gesprächsgegenstände beschrieben und ihre Relevanz für die späteren Empfehlungen des Projektes festgehalten.

Anforderungen an „gute Daten“

Mit „guten Daten“ ist in erster Linie die Datenqualität gemeint. Diese setzt bestimmte Grundlagen voraus, damit Daten korrekt und vertrauenswürdig sind. Die Datenqualität bezieht sich dabei auf die Merkmale Genauigkeit, Konsistenz, Vollständigkeit, Aktualität und Zuverlässigkeit von Daten (vgl. Endreß 2023). Im Anschluss an das Expert:innen-Gespräch wird dem Projektteam klar, dass die Qualität der vorhandenen Daten aus der Pflege nur schwer einzuordnen ist. Das liegt auch daran, dass es nicht nur einen Akteur gibt, der Daten erhebt, sondern viele. Die Grundlage der erhobenen Daten und ihre Qualität lassen sich dabei nur schwer bis gar nicht nachvollziehen. Die vorhandenen Daten aus der Pflege, die auch für wichtige (politische) Entscheidungen herangezogen werden (oder sollen), sind oft keiner (sichtbaren) Qualitätskontrolle ausgesetzt.

Das Thema Datenqualität muss also für zukünftige und auch bereits vorhandene Erhebungen grundlegend mit aufgenommen und diskutiert werden. Rund um dieses Thema stellen sich dem Projektteam u. a. einige grundlegende Fragen:

- Welche Qualität der Daten muss es geben und wird als allgemein gültig angesehen? Müssen Datenqualitätsmerkmale formuliert/festgelegt werden?
- Wie kann ausreichend Transparenz von Daten und Datenerhebungen für alle beteiligten Gruppen geschaffen werden?
- Wie können qualitative Daten optimal eingeordnet werden?
- Wie kann eine verlässliche Stichprobenkonstruktion vorgenommen werden?
- Welche Expert:innen und welches Wissen werden für diese komplexe Aufgabe benötigt?

Die Kommission Zukunft Statistik (KomZS) vom Statistischen Bundesamt hat dazu aktuell Empfehlungen erarbeitet, welche stetigen Anforderungen, aber auch Modernisierungen vonnöten sind, um u. a. europäische Datenbedarfe besser decken zu können. Dabei müssen Anforderungen an den Datenschutz, aber auch Wirksamkeit und Effizienz einer hochwertigen Statistik beachtet werden. Die Kommission ist sich in ihrer Analyse jedoch sicher, dass diese Modernisierungen trotz der genannten Herausforderungen nötig sind. Die Analyse wird durch die erarbeiteten Empfehlungen in einem (Abschluss-)Bericht dargestellt (Kommission Zukunft Statistik 2024). Hier sollen die wichtigsten Kriterien und erarbeiteten Aspekte, die „gute Daten“ betreffen, kurz dargestellt werden und in Verbindung mit dem vorliegenden Thema gebracht werden:

-
- Die Bereitstellung von statistischen Daten muss schneller, agiler und effizienter gestaltet werden. Dabei müssen neue technologische und digitale Möglichkeiten in Betracht gezogen werden. Dies ist vor allem in einer durch Krisen und Wandel geprägten aktuellen (Daten-)Lage notwendige Voraussetzung, um richtige Informationen bereitzustellen und falsche Daten klar zu identifizieren. Auch müssen sich ständig ändernde Informationsbedarfe begutachtet und mit einbezogen werden (Kommission Zukunft Statistik 2024, S. 1).
 - Die Kommunikation und der Austausch zwischen Datenbereitstellenden und Datenlesenden muss sich deutlich verbessern. Dabei ist auch wichtig, dass mehr Aufklärung über Daten und Statistiken betrieben wird, sodass vorhandene Daten mit nur wenig Vorwissen gelesen und genutzt werden können. Zugleich sind die Bereitstellenden auch dazu aufgerufen, Daten eindeutig und möglichst lesbar darzustellen. Eine Herausforderung dabei ist, auch komplexe Daten möglichst qualitativ relevant und vertrauenswürdig bereitzustellen (Kommission Zukunft Statistik 2024, S. 3f., 6).
 - Eine der wichtigsten Aspekte für „gute Daten“ ist die Wissenschaft. Ohne eine wissenschaftliche Analyse werden vorhandene und erhobene Daten nicht richtig genutzt. Es braucht wissenschaftliche Methoden der Erhebung und Auswertung sowie den Austausch zwischen wissenschaftlichen Einrichtungen oder wissenschaftliche Evaluationen, um anhand von Daten beraten, steuern und aufklären zu können. Dafür müssen auch entsprechende Daten für die Wissenschaft bereitgestellt werden, die dann wiederum der Gesellschaft in ihrer Auswertung nutzen können (Kommission Zukunft Statistik 2024, S. 3f.).

Diskutiert wurde auch die Wichtigkeit einer wissenschaftlich begründeten Stichprobenkonstruktion, um Repräsentativität herzustellen. Zu der Entwicklung von „guten Daten“ gehört es also auch, eine entsprechende realitätsgetreue Verteilung innerhalb der Stichprobe zu erzeugen. Wissenschaftlich begründete Stichprobenkonstruktionen sollten von Expert:innen vorgenommen werden. Die wichtige Arbeit der „Kommission Zukunft Statistik“ gibt die Richtung für zukünftige Datenerhebungen vor: Zum einen müssen vorhandene Erhebungen auf die beschriebenen Merkmale hin kontrolliert und ggf. entsprechend angepasst werden. Des Weiteren muss bei Erhebungen zukünftig ein wissenschaftlich begründeter Standard eingehalten werden. Auch die Bereitstellung von Daten soll sich ändern. Im Verlauf unserer Studie ist uns das Thema der Datenaktualität bereits des Öfteren begegnet und wird bis heute als herausragendes Problem angesehen, das gelöst werden muss. Auch die Kommunikation und dabei vor allem die Lesbarkeit und Nutzbarkeit von Daten ist ein weiterer Aspekt, der dringend aufgenommen und integriert werden muss.

Zudem wurde im Expert:innen-Gespräch diskutiert und gefordert, dass die wissenschaftliche Basis der vorhandenen Erhebungen untersucht bzw. dargestellt werden muss. Dabei müssen die Fragen beantwortet werden, welche Erhebungen eine wissenschaftlich fundierte Grundlage haben und damit ausreichend belastbar sind, und wie nichtfundierte Befragungen und

deren Datenergebnisse einem gewünschten wissenschaftlichen Standard angepasst werden können.

3.7 Auswertung Fragebogen der Hauptuntersuchung

3.7.1 Auswertungsmethodik

Die Auswertung der Befragung erfordert einerseits eine deskriptive quantitative Auswertung, die mit den üblichen statistischen Tools zu bewältigen ist. Andererseits erfordert die Auswertung des qualitativen Anteils der Befragung eine qualitative Auswertungsmethodik. Die Auswertung der Rückmeldungen aus dem qualitativen Fragebogen wurde anfänglich so geplant, dass sowohl die integrierten KI-Funktionen des qualitativen Auswertungsprogramms MAXQDA (AI-Assist) als auch die manuelle Methode nach Mayring (2015) zum Einsatz kommen sollten. Letztendlich wurde jedoch von der Verwendung der KI-gestützten Analyse abgesehen und das Projektteam konzentrierte sich vollständig auf die manuelle Auswertungsmethode nach Mayring. Der ursprüngliche Hintergrund dieser zweistufigen Analyse war die Fragestellung, ob die qualitativen Daten bei zukünftigen Erhebungen mittels KI-gesteuerten Analysesystemen schneller und mit weniger personeller Unterstützung ausgelesen und verlässlich analysiert werden können. Diese Diskussion wird auch an späterer Stelle noch einmal im Projektbericht aufgegriffen. Sie ist auch im Bereich der Forschung aktuell und spiegelt sich insbesondere in den Weiterentwicklungen rund um das sehr häufig genutzte Auswertungsprogramm MAXQDA wider.

Die Auswertung ohne Unterstützung des Auswertungsprogramms MAXQDA mit der oben genannten KI findet in erster Linie durch Clustern der Antworten statt. Das heißt, die offenen Antworten der Teilnehmenden im qualitativen Fragebogen werden anhand farblicher Markierungen erkennbaren Themenkomplexen zugeordnet und auf diese Weise sortiert. Anhand der farblichen Markierung lässt sich erkennen, wie häufig zu welchen Themen Rückmeldungen und Kommentare gegeben wurden. Gleichzeitig lässt sich die Breite und/oder Einstimmigkeit von Antworten schnell sichtbar machen. Ziel dieser Auswertung ist es, die vielfältigen Ergebnisse immer auch in Sinnzusammenhänge zu bringen. Dabei wird stets versucht, die von den Teilnehmenden hergestellten Zusammenhänge zu erkennen und diese in die Auswertung und Darstellung der Ergebnisse zu übernehmen. Aufgrund der kategorialen textinterpretativen Auswertungsmethode – in Anlehnung an die Auswertungsmethode „Qualitative Inhaltsanalyse“ von Mayring (Mayring 2015) – werden nur wenige direkte Zitate hinzugezogen. Vielmehr sollen hier die Themenkomplexe und Kernkategorien, die sich aus den Antworten der Teilnehmenden schließen lassen, dargestellt werden und somit einen Einblick und Eindruck über die Rückmeldungen aus den ambulanten und stationären Einrichtungen der Langzeitpflege geben.

Auswertung mit dem Programm MAXQDA und mit Künstlicher Intelligenz (KI)

Wenn qualitative Daten mittels Künstlicher Intelligenz (KI) ausgewertet werden, besteht methodisch zunächst kein Unterschied zur händischen Auswertung. Auch bei der KI-gestützten

Analyse werden die Gütekriterien qualitativer Forschung beachtet und es kommen etablierte Auswertungsmethoden zum Einsatz. Der Unterschied besteht hauptsächlich darin, dass Künstliche Intelligenz große Datenmengen sehr viel schneller analysieren kann als der Mensch. Dies ermöglicht eine effizientere Durchsicht und Verarbeitung von umfangreichen Datensätzen. Aktuell ist festzustellen, dass die wissenschaftliche Literatur zur Anwendung von KI in der qualitativen Forschung noch begrenzt ist, was den experimentellen Charakter solcher Technologien betont. Bisher gibt es nur wenige Erfahrungsberichte und Beispiele für den effektiven Einsatz von KI. Zum jetzigen Zeitpunkt existieren Studien über die Nutzung von „ChatGPT“ in diesem Bereich, wie beispielsweise die Arbeiten von Zhang et al. (2023) und Morgan (2023). Zu anderen KI-Anwendungen in der qualitativen Forschung liegt derzeit (April 2024) noch keine umfassende Literatur vor. Folglich ist es notwendig, verschiedene Ansätze auszuprobieren, um eigene Erfahrungen zu sammeln.

Die folgenden Zusammenhänge zeigen sich aber in der Auswertungsphase deutlich: Obwohl ChatGPT und der AI-Assistent von MAXQDA auf demselben Sprachmodell der Firma OpenAI basieren, unterscheiden sich ihre Funktionsweisen grundlegend. Während ChatGPT ein dialogorientierter Chatbot ist, der auf spezifische Anfragen („Prompts“) durch Textgenerierung reagiert und es ermöglicht, Aufgabenstellungen dynamisch anzupassen, erlaubt der AI-Assistent von MAXQDA keine direkte Eingabe von spezifischen Anfragen/Prompts. Nutzer:innen können Textsegmente markieren und dafür Zusammenfassungen oder Codierungsvorschläge erhalten. Die Codierungsvorschläge des AI-Assistenten sind jedoch aus unserer Sicht eher enttäuschend, da sie oft nicht zum Kontext passen. Es scheint, als würden die Vorschläge lediglich auf den markierten Textabschnitten basieren, ohne den Gesamtkontext des Materials und der Forschung zu berücksichtigen. Der AI-Assistent bietet demnach nur begrenzte Funktionen an, die für eine adäquate qualitative Datenauswertung – nach Ansicht der Projektgruppe – nicht ausreichend sind.

In der Anwendung von KI-Technologien nehmen Datensicherheit und Datenschutz eine zentrale Rolle ein und sind Gegenstand intensiver wissenschaftlicher Diskussionen. Die Herkunft der Daten, mit denen das Sprachmodell von OpenAI trainiert wurde bzw. wird, bleibt jedoch intransparent. Obwohl MAXQDA Datensicherheit zusichert, äußerten Datenschutzbeauftragte verschiedener Universitäten und Hochschulen erhebliche Bedenken. Dies führte dazu, dass Anfang 2024 die Nutzung des KI-Assistenten in vielen Einrichtungen eingestellt wurde. Diese Tatsache, zusammen mit der unzureichenden Funktionalität, veranlasst die Projektgruppe dazu, den KI-Assistenten von MAXQDA nicht weiter zu verwenden und stattdessen nach möglichen Alternativen zu suchen.

Aus Sicht der Projektgruppe stellt ChatGPT eine bessere Alternative dar. Diese KI ermöglicht interaktive Dialoge und kann in gewisser Weise als Forschungswerkzeug dienen. Man könnte sagen, ChatGPT fungiert wie eine weitere Forschungsperson, mit der ein Austausch möglich ist. Wenn ChatGPT genügend Kontext und eine gut formulierte Anfrage erhält, kann es einen deutlich größeren Mehrwert für die Forschung bieten als beispielsweise der KI-Assistent von

MAXQDA. Trotz der Vorteile, die ChatGPT bietet, müssen Bedenken bezüglich der Datensicherheit zwingend berücksichtigt werden, da es sich um ein Sprachmodell von OpenAI handelt. Allerdings gibt es seit März 2024 mit ChatGPT Teams eine weitere, kostenpflichtige Version, die eine Lösung für dieses Problem bieten könnte: ChatGPT Teams ist so konzipiert, dass keine Datenweitergabe an OpenAI-Server stattfindet, was es besonders für den Einsatz in sensiblen Forschungsbereichen geeignet macht. Nichtsdestotrotz ist es wichtig, bei der Nutzung von ChatGPT die jeweiligen Datenschutzbeauftragten zu konsultieren, um sicherzustellen, dass sensible Daten angemessen geschützt sind. Dieser Schritt gewährleistet die Einhaltung der Datenschutzrichtlinien und unterstützt eine verantwortungsbewusste Nutzung der Technologie.

Diese vergleichenden Methoden sollen genutzt werden, um hinterher auch dahingehend eine Empfehlung geben zu können, welchen Nutzen vorhandene Technologien und welche Möglichkeiten diese überhaupt haben, wo Gemeinsamkeiten oder auch Unterschiede in der „menschlichen“ Auswertung gegenüber der technisch gestützten Auswertung liegen. Außerdem soll ersichtlich gemacht werden, dass qualitative Fragen auch rasch ausgewertet werden können, beinahe so rasch wie quantitative Daten. Vor allem soll damit auch gezeigt werden, wie Daten gut verstehbar gemacht werden können. Dies kann den Impuls geben, Formen und Methodiken bereits vorhandener Datenerhebungen zu hinterfragen und vor diesem Hintergrund auch zu erneuern bzw. zu überarbeiten. Aufgrund der beschriebenen Herausforderungen und Grenzen ist es uns nicht möglich, einen direkten Vergleich zwischen manueller und KI-gestützter Auswertung zu ziehen. Dennoch hält es die Projektgruppe für sinnvoll, KI-Anwendungen wie ChatGPT zu nutzen – vorausgesetzt, dass die Datensicherheit gewährleistet ist und keine Bedenken beim Datenschutz bestehen.

Im Vergleich der dargestellten Auswertungen (KI- und „menschliche“-Auswertung) wird deutlich, dass sich die Aspekte und Hauptthemen der unterschiedlichen Auswertungen kaum bis gar nicht unterscheiden. Bei der gemeinsamen Verschriftlichung der Ergebnisse lässt sich lediglich feststellen, dass die händische Auswertung zum Teil etwas detailliertere einzelne Zitate oder Darstellungen nutzt, diese aber im Grunde durch die Auswertungen mittels eines guten Programms und geeigneter Software gleichermaßen dargestellt werden können. Dies zeigt auch, dass qualitative Fragebögen nicht sehr viel mehr Aufwand bei der Auswertung mit sich bringen, sondern nur anders begutachtet werden müssen. Zugleich zeigt sich, dass dadurch häufiger qualitative Fragen genutzt werden können, um einen besseren oder vielmehr einen anderen Einblick in die Daten der stationären und ambulanten Einrichtungen der Langzeitpflege zu bekommen. Die meistgenutzte Begründung, aufgrund der schweren Auswertbarkeit wenig oder keine qualitativen Fragen zu nutzen, kann damit klar in Frage gestellt werden. Es werden lediglich andere Methoden und andere Herangehensweisen benötigt, um qualitative Fragen und Daten auszuwerten und auch vergleichbar darzustellen.

3.7.2 Ergebnisdarstellung der Befragung November 2023 – Februar 2024

1. Rahmen und Strukturdaten der Teilnehmenden

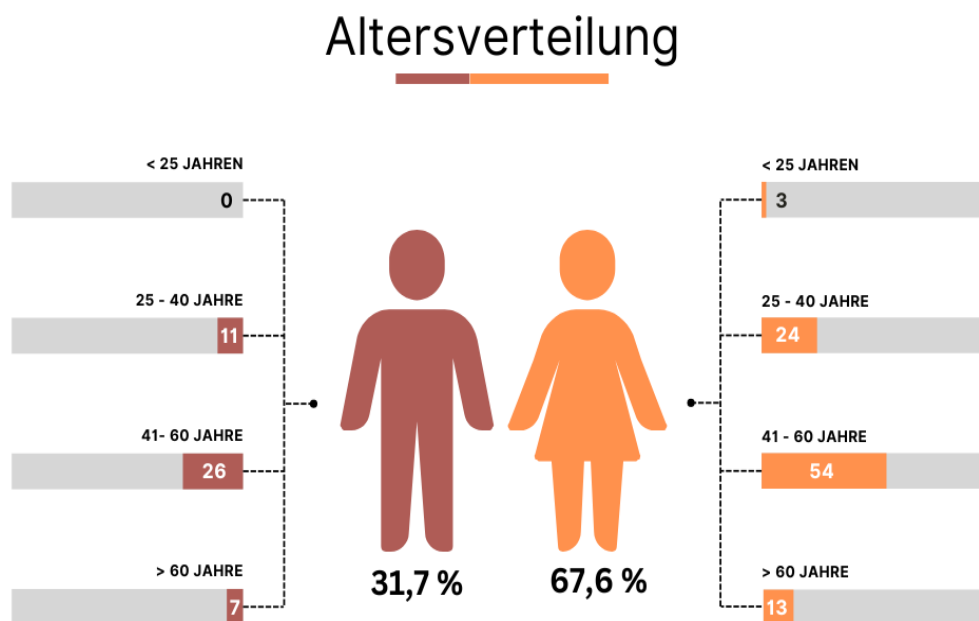


Abbildung 31: Altersverteilung der Teilnehmenden (eigene Darstellung 2024)

Insgesamt nahmen 139 Personen an der Befragung teil. Hiervon sind 67,6 % (94 Personen) weiblich und 31,7 % (44 Personen) männlich. Die meisten der Befragten sind zwischen 41- und 60 Jahre alt (57,6 %) und stellen somit die größte Altersgruppe dar. Rund 36 Personen (25,9 %) sind zwischen 25 und 40 Jahre alt und 20 Personen (14,4 %) älter als 60 Jahre. Nur drei Personen (2,2 %) sind jünger als 25 und stellen somit die kleinste Altersgruppe dar. Weitere Rahmen und Strukturdaten, die abgefragt wurden, umfassen Aus- und Fortbildung der Befragten sowie Informationen über das Tätigkeitsfeld, Dauer der Tätigkeit und die Tätigkeit an sich.

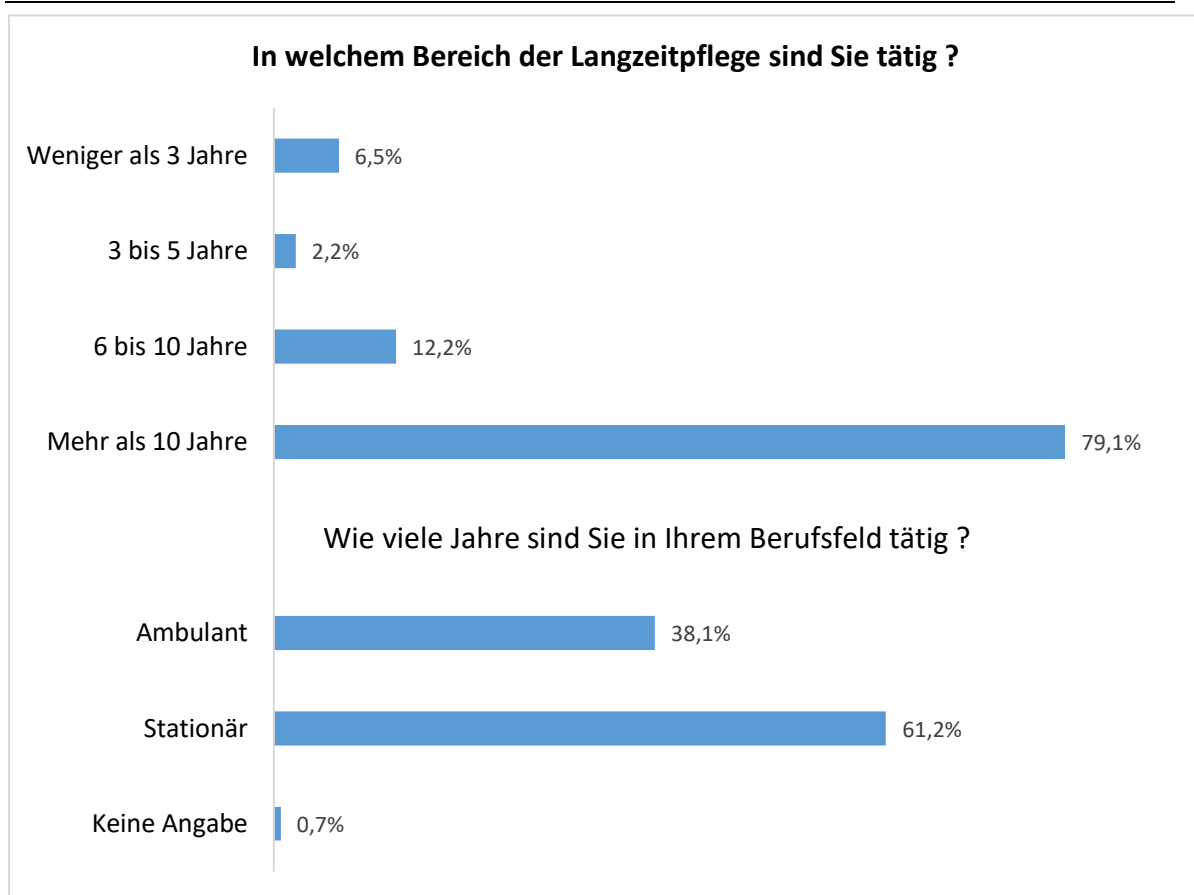


Abbildung 32: Tätigkeitsbereiche und Dauer der Beschäftigung der Teilnehmenden (eigene Darstellung 2024)

So sind 61,2 % (85) in der Teil- bzw. Vollstationären Langzeitpflege und 38 % (53) im ambulanten Bereich tätig und haben überwiegend Führungspositionen inne. Die meisten Befragten (79,1 %) gaben an, mehr als 10 Jahre in ihrem Berufsfeld tätig zu sein. Etwa 12 % gaben an, zwischen 6 und 10 Jahren in ihrem Berufsfeld tätig zu sein, und weniger als 10 Prozent (12) der Befragten sind fünf Jahre oder weniger in ihrem Berufsfeld tätig. Zum Zeitpunkt der Erhebung waren 84 % (117) der Befragten in einer Vollzeitanstellung und 15 % in Teilzeit angestellt; eine Person befindet sich noch in Ausbildung.

Zu ihrer Tätigkeit geben rund 38,8 % (54) der Teilnehmer:innen an, in der Pflegedienstleitung, und 36 % (50) als Einrichtungsleitung tätig zu sein, 23 % (32) gehen ausschließlich pflegerischen Tätigkeiten nach. Eine kleine Gruppe stellen die Wohn- und Bereichsleitungen mit 3,6 % (5) dar. Ein:e Teilnehmer:in gibt an, einer sozialarbeiterischen Tätigkeit nachzugehen.

Im Hinblick auf die beruflichen Qualifikationen zeigt sich, dass die Mehrheit der Befragten (82 %) eine dreijährige Ausbildung im Pflegebereich absolviert hat. 4,3 % (6) der Teilnehmer:innen haben eine einjährige Ausbildung und 1,4 % (2) eine Pflegehelfer:in-Ausbildung abgeschlossen. Im Bereich der akademischen Abschlüsse stellt das Diplom mit 15,8 % (22) die größte Gruppe dar, gefolgt vom Bachelorabschluss mit 14,4 % (20) und dem Masterabschluss mit 5,8 % (8). Außerdem haben 61,2 % der Teilnehmer:innen eine Weiterbildung absolviert. Die Absolventen der Weiterbildung zur verantwortlichen Pflegefachkraft (PDL) stellt mit einem Anteil von 48,9 % die größte Gruppe dar. Im Vergleich hierzu geben 15 Personen (10,8 %) an,

dass sie eine Weiterbildung zur Wohn- und Pflegegruppenleitung gemacht haben. Die Weiterbildung zum/zur Praxisanleiter:in haben rund 35 % (49) der Teilnehmer:innen absolviert. Des Weiteren haben 18 Personen (12,9 %) eine Weiterbildung zum/zur Wundmanager:in und 16 Personen (11,5 %) eine Weiterbildung im Bereich der Palliativ Care abgeschlossen. Weniger als 10 % der Teilnehmer:innen haben eine Weiterbildung zur Fachkraft für Gerontopsychiatrie oder zur Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung absolviert. Rund 18 % machen keine Angaben zu Weiterbildungen.

Des Weiteren geben fast die Hälfte (43,9 %) der Teilnehmer:innen an, dass sie eine andere Weiterbildung abgeschlossen haben als die im Fragebogen vorgegebenen Auswahlmöglichkeiten. Diese konnten die Teilnehmer:innen in einem Freitextfeld ergänzen. Die Teilnehmenden geben Weiterbildungen an im Bereich Management und Personalführung, Qualitätsmanagement, pflegfachliche Weiterbildungen, (Pflege-)Beratung sowie pflegfremde Aus- und Weiterbildungen.



Abbildung 33: Differenzierte Darstellung der Weiterbildungen der Teilnehmenden (eigene Darstellung 2024)

Weitere Themen im Bereich der Rahmen- und Strukturdaten sind einrichtungsbezogene Daten wie Trägerschaft, geografische Lage der stationären Pflegeeinrichtungen/ambulante Pfl-

gedienste sowie Personalausstattung und Bewohnerstruktur. Die vorherrschende Organisationsform unter den Einrichtungen und Diensten sind freigemeinnützig (36 %) oder eigenständig (28,1 %), gefolgt von Körperschaften des Öffentlichen Rechts (10,8 %) und der Stadt (10,8 %). Zwei der Teilnehmer:innen hatten keine Information darüber, zu welchem Träger die Einrichtung oder der Dienst gehört. Weitere Träger sind Vereine mit 7,9 % (11) und andere Träger mit 8,6 % (12). Vier Personen (2,9 %) haben hierzu keine Angaben gemacht.

Leasing-Personal

Zum Zeitpunkt der Erhebung geben mehr als die Hälfte der Teilnehmer:innen (72 %) an, dass sie aktuell keine Mitarbeitenden aus Leasingfirmen beschäftigen. Die Teilnehmer:innen, die Leasingkräfte beschäftigen (28 %), beschäftigen diese überwiegend in Vollzeit (86 %).

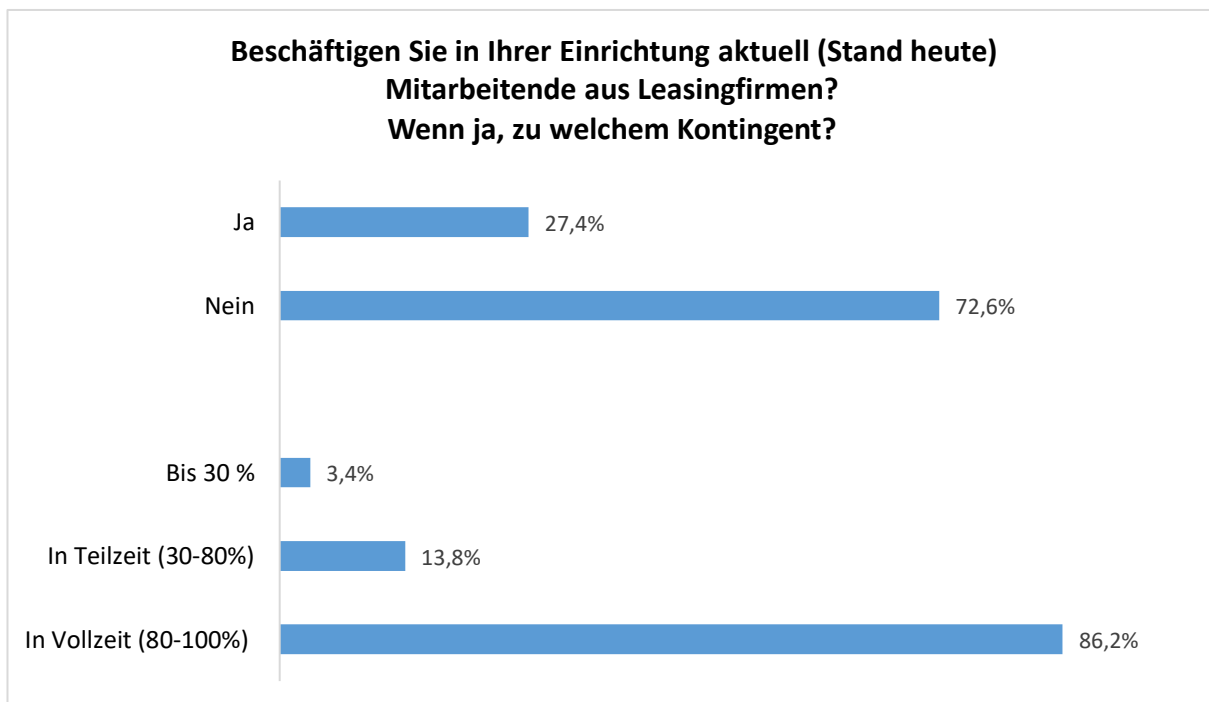


Abbildung 35: Angaben zu Leasingpersonal (eigene Darstellung 2024)

Können aktuell neue Bewohner:innen/Kund:innen aufgenommen werden?

Auf die Frage, ob aktuell Bewohner:innen oder Kund:innen aufgenommen werden können, geben 46 % der Teilnehmer:innen an, dass eine Aufnahme möglich sei. Keine Aufnahme neuer Bewohner:innen und Kund:innen anbieten zu können, geben 24,5 % der Befragten an und 29,2 % der Befragten geben an, dass sie zum Teil neue Bewohner:innen oder Kund:innen aufnehmen können.

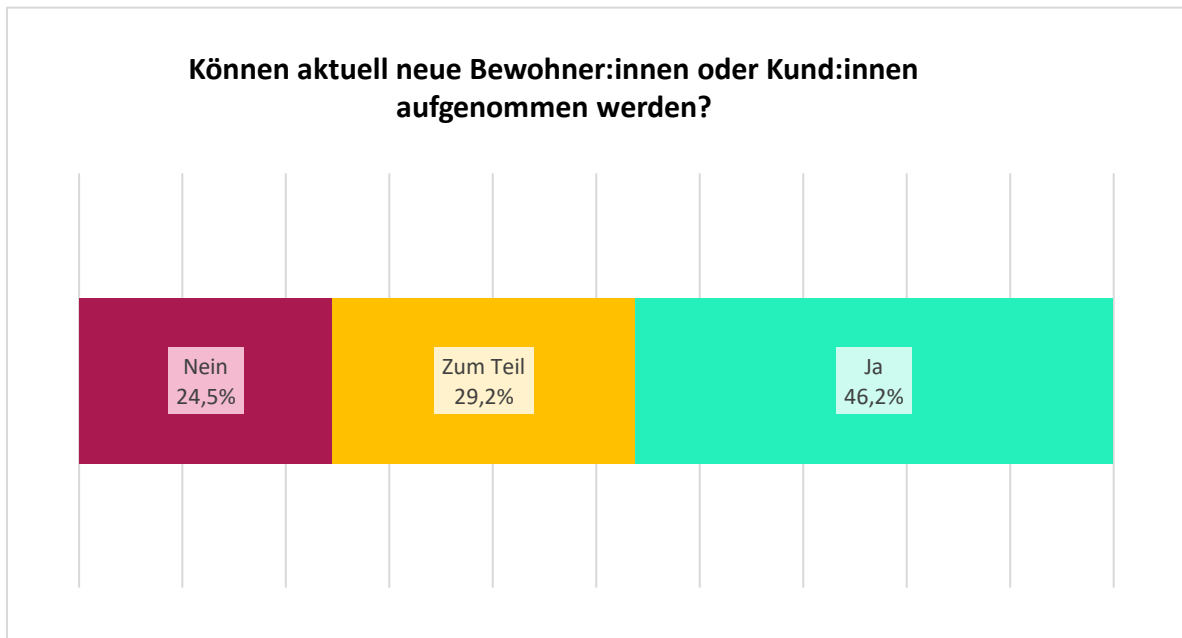


Abbildung 36: Angaben zu den Möglichkeiten einer Neuaufnahme von Bewohner:innen/Kund:innen (eigene Darstellung 2024)

Settingübergreifend kann hierfür anhand der Analyse der Antworten der Personalmangel als häufigster Grund identifiziert werden, weshalb eine Aufnahme neuer Kund:innen oder Bewohner:innen nur bedingt oder gar nicht möglich sei. Im ambulanten Bereich, betonten die Befragten, wird die Aufnahme neuer Kund:innen oftmals von bestimmten Auswahlkriterien beeinflusst. Hierzu gehören der Wegfall „alter Kund:innen“, eine geringere Pflegeintensität sowie die Einschränkungen aufgrund begrenzter Zeitfenster und Ressourcen. Eine befragte Person merkt an, dass Mitarbeiter:innen mit besonderen Kernarbeitszeiten die Tourenplanung beeinflussen, was die Flexibilität bei der Aufnahme neuer Kund:innen beeinträchtigen könne. Im stationären Setting wird neben dem Personalmangel kaum ein anderer Grund für das Nichtbelegen von Betten/Zimmern genannt. Hier haben Einrichtungen entweder selbst einen Aufnahmestopp verhängt oder dies wird von der Heimaufsicht vorgegeben. Eine Befragte gibt an, dass wegen des Fachkräftemangels und des Abbaus von Doppelzimmern Vollzeitbetten abgebaut werden müssten.

Tagespflegeangebot

Der Großteil der Teilnehmenden (69,1 %) gibt an, zum Befragungszeitpunkt keine Tagespflege anzubieten. In den Fällen, in denen dieses Angebot vorhanden ist (29,5 %), variiert die Kapazität erheblich.

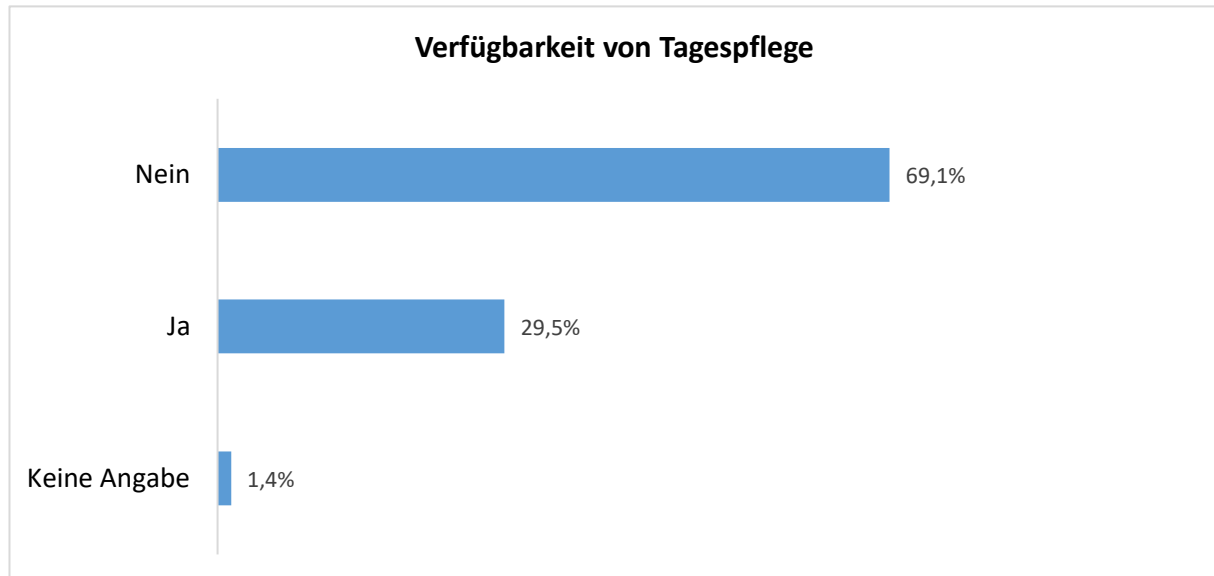


Abbildung 37: Angaben zur Verfügbarkeit von Tagespflegeangeboten (eigene Darstellung 2024)

Anfrage von Pflegeplätzen stationär und ambulant – Absagemanagement

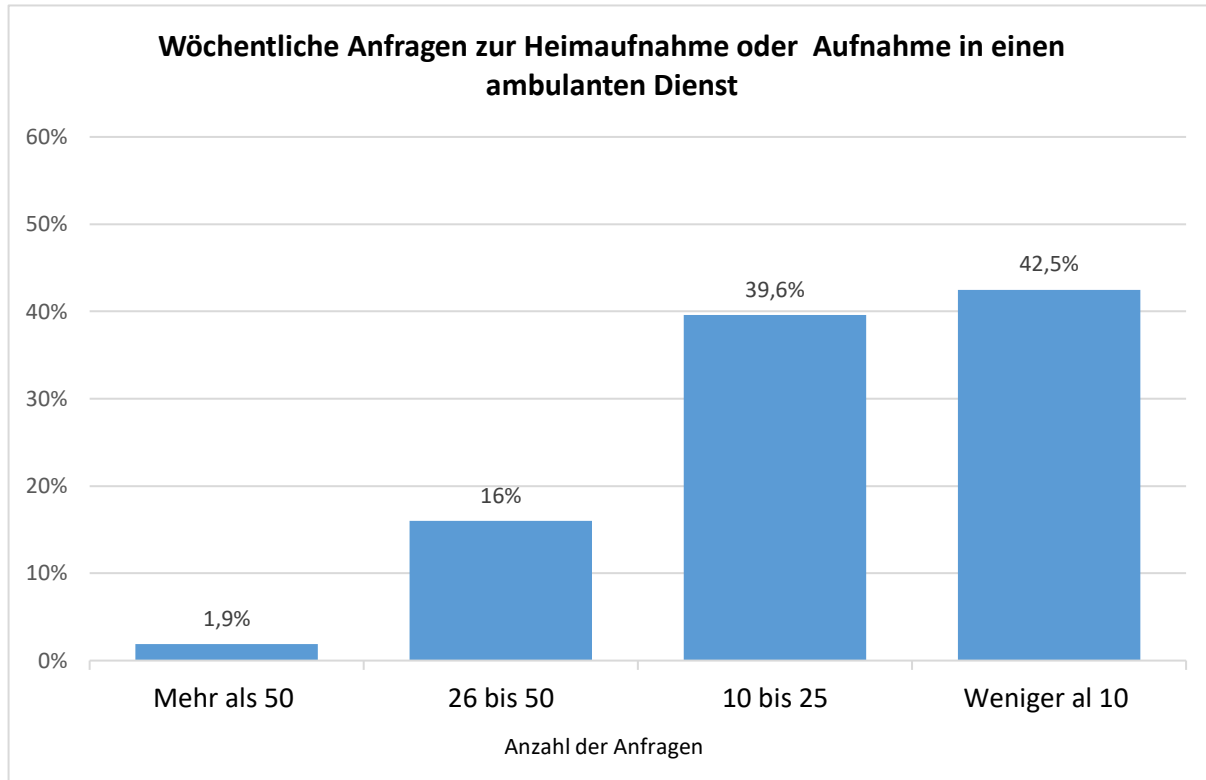


Abbildung 38: Angaben zu den wöchentlichen Anfragen zu Aufnahmen im stationären und ambulanten Bereich (eigene Darstellung 2024)

Die Anzahl der wöchentlichen Anfragen nach Pflegeplätzen variiert: Ein großer Anteil der Teilnehmenden (42,5 %) gibt an, 10 Anfragen oder weniger pro Woche zu erhalten. 39,6 % der Teilnehmenden berichten von einer wöchentlichen Anfragezahl zwischen 10 und 25, während 16 % angeben, zwischen 26 und 50 Anfragen pro Woche zu erhalten.

Die Befragung zeigt, dass die Mehrheit (56,6 %) der Einrichtungen und Dienste über kein einheitliches, vorgegebenes Absagemanagement verfügt. Die Aussagen der Befragten zeigen folgendes Bild: Anfragen, die telefonisch, per E-Mail oder persönlich eingehen, werden auf unterschiedliche Weisen bearbeitet. Was dabei unter einem Absagemanagement verstanden wird, wird in den Antworten des Freitextfelds deutlich. Einige Teilnehmende sehen eine Absage am Telefon als Absagemanagement, andere geben an, vorgegebene Abläufe zu haben. Neben Anfragen von Zu- und Angehörigen werden auch Plätze von bspw. Krankenhäusern oder Reha-Einrichtungen angefragt. Diese erreichen die Einrichtungen häufig in Form von Rundmails. Oftmals werden die Personen, die angefragt haben, auf eine Warteliste gesetzt, die jedoch meist sehr lang ist. Bei dringenden Anfragen entscheidet die Führungsebene, ob ein Pflegeplatz angeboten werden kann. Zudem haben die Einrichtungen und ambulanten Dienste Anforderungen an mögliche Kunden, welche die Chance einer Aufnahme beeinflussen können. Ob ein sogenanntes Absagemanagement vorhanden ist oder nicht – die Anfragen, die die Einrichtungen erreichen, werden nach Angaben der Befragten meist einzeln und mit einem hohen Arbeitsaufwand bearbeitet. Zum Teil geben die Teilnehmer:innen an, dass nur ein:e Verwaltungsmitarbeiter:innen für diese Aufgabe zuständig ist und somit oft auch keine Zeit für andere Tätigkeiten hat. Generell entsteht durch die Antworten im Freitextfeld, in dem die Teilnehmenden das Absagemanagement erläutern sollen, der Eindruck, dass mit Anfragen

eher ad hoc umgegangen wird und es für die Anfragenden somit oft reiner Zufall ist, ob ein freier Platz gefunden oder eine Dienstleistung angeboten werden kann.

Wirtschaftlichkeit der Einrichtungen

Von den befragten Teilnehmenden geben 42,5 % an, dass ihre Einrichtungen und Dienste wirtschaftlich nicht kostendeckend betrieben werden können, während 45,3 % angeben, dass die Wirtschaftlichkeit gegeben ist. 12,3 % machen dazu keine Angabe.

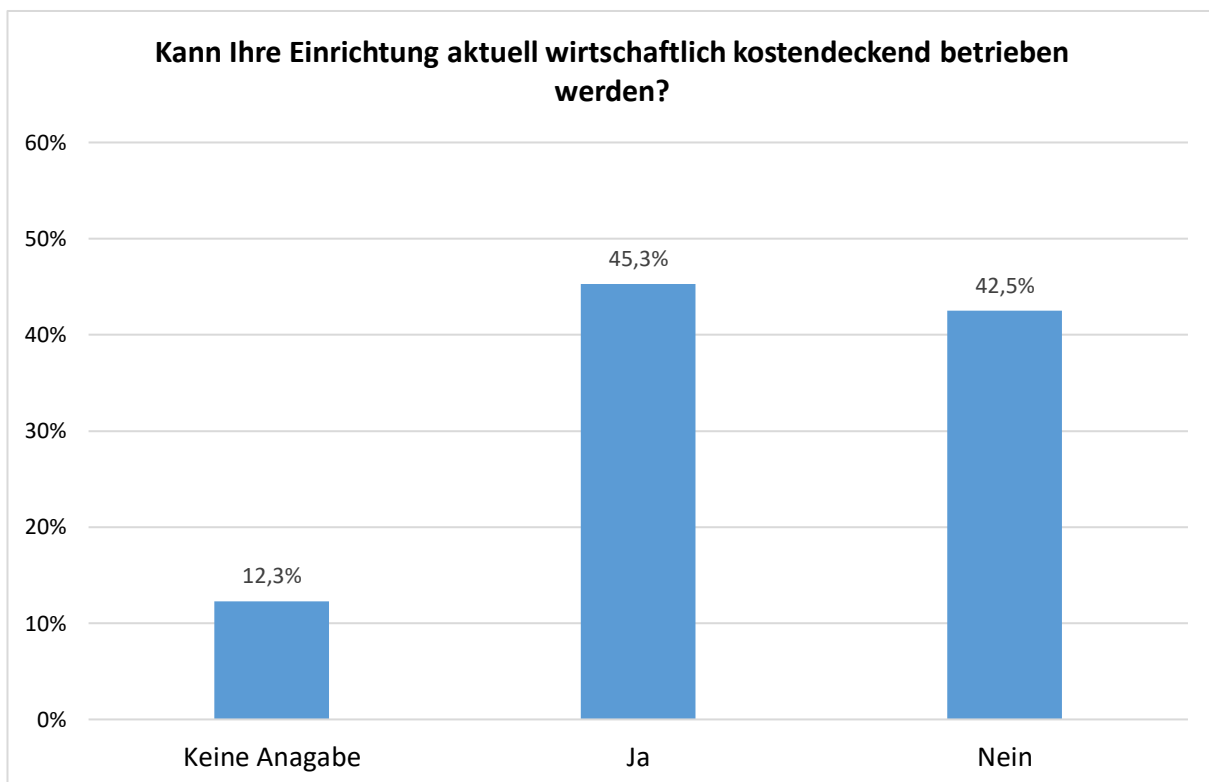


Abbildung 39: Angaben der Teilnehmenden zur Wirtschaftlichkeit der Einrichtungen (eigene Darstellung 2024)

2. Belastungserleben aller Mitarbeiter:innen (inkl. Führungskräfte)

Aktuelle Belastungen der Einrichtungen

Die Einrichtungen werden grundlegend vor die Herausforderung des Personalmangels gestellt, was sich in den Antworten der Befragten widerspiegelt. Auf die Frage, welche aktuellen Belastungen es in den Einrichtungen gibt, können drei Kategorien identifiziert werden: Personalsituation, gestiegene Kosten und Bürokratie.

Personalsituation

Die Teilnehmenden geben an, dass sich häufiges „Einspringen“ wie auch die Kompensation von Personalausfällen belastend auf die Mitarbeitenden auswirken. Durch den Personal-mangel werden vor allem Urlaubs- und Ferienzeiten oder Krankheitswellen als besonders heraus-

fordernde Zeiten empfunden. Auch die Dienstplanabdeckung sowie die rechtzeitige Herausgabe und Zuverlässigkeit der Dienstpläne sind aufgrund der knappen personellen Ressourcen ebenfalls herausfordernd und belastend für die Teilnehmenden. Von diesen Faktoren berichten Akteursgruppen übergreifend und erläutern sie. Sowohl die Führungsebene als auch die pflegenden Mitarbeitenden geben hier thematisch die gleichen Belastungserlebnisse an. Als weitere häufig genannte Belastung wird zudem ein stetig steigender Druck genannt, verursacht auch und mitunter vor allem durch das zum Teil „harte Abwerben von Personal“.

Die Teilnehmenden geben außerdem an, dass das Besetzen von Stellen im Allgemeinen schwierig sei und die Nachwuchsgewinnung ebenfalls eine Herausforderung darstelle. Darüber hinaus bringe die generalistische Ausbildung mehr Planungs- und Bürokratiearbeit sowie höhere Durchfallquoten mit sich. Die Umsetzung des neuen Personalbemessungsinstruments stelle eine weitere Erschwernis dar, und Einrichtungen sowie ambulante Dienste bemängeln, fehlende fachliche Entscheidungsmöglichkeiten in der Versorgung der Kund:innen und eine große Abhängigkeit von Ärzt:innen zu haben.

Aufgrund gestiegener Anforderungen im Qualitätsmanagement bestehe ein erhöhter Schulungsbedarf, der zusätzlich zu den Diensten bewältigt werden müsse, was mitunter zu zusätzlicher Belastung führe. Diese als belastend empfundene Arbeitssituation beeinträchtige laut den Teilnehmenden auch die Motivation, Arbeitsmoral und Gruppendynamik der Pflgeteams und führe zu Spannungen innerhalb des Teams. Viele Teilnehmende berichten außerdem von der Personalgewinnung aus dem Ausland. Doch auch hier hätten Bürokratie, sprachliche Barrieren und/oder Schulungs- und Fortbildungsaufwendungen oft eine höhere Gewichtung und brächten eine damit verbundene Mehrbelastung statt eines Gewinns mit sich.

Gestiegene Kosten

Die gestiegenen Kosten in vielen Lebens- und Arbeitsbereichen (Nahrung, Energie, Kraftstoff) stellen eine komplexe Herausforderung dar. Insbesondere durch die erhöhten Personalkosten werden kleinere Einrichtungen belastet, die nicht mit den über Tarif liegenden Gehältern der Leasingfirmen oder großen Unternehmen mithalten können. Dies erschwere nicht nur die Personalbeschaffung, sondern fördere auch einen negativen Wettbewerb und das Abwerben von Mitarbeiter:innen. Viele Teilnehmer:innen der Befragung schreiben dazu, dass es kaum noch möglich sei, unbesetzte Stellen zeitnah und zu gleichen Konditionen zu besetzen. Dies beträfe auch auf die Ausbildungsplätze, was wiederum die Nachwuchsförderung „ins Stocken“ bringe. Zudem gestalte sich die Suche nach qualifiziertem Betreuungspersonal aufgrund unzureichender Finanzierung schwierig. Hierzu wird im Fragebogen oft angegeben, dass die Pflegesatzverhandlungen die Preissteigerungen nur sehr verzögert abbilden – wenn überhaupt – und es auf diese Weise zu hohen Finanzierungslücken komme, die rückwirkend nicht ausgeglichen werden können.

Die Verzögerungen bei Heimentgeltzahlungen, bedingt durch lange Wartezeiten für Bearbeitung, Kostenzusage und Zahlungen seitens der Sozialämter, führten zudem zu finanziellen Engpässen in Pflgeeinrichtungen. Dazu komme – so geben es die Teilnehmenden an – dass die

gesetzliche Vorgabe zum Abbau von Doppelzimmern wirtschaftlich negative Auswirkungen auf stationäre Einrichtungen habe. Gründe dafür seien u. a. Umbaumaßnahmen und räumliche Umstrukturierungen, die wiederum Gelder in Anspruch nehmen, aber auch die Neugestaltung von Arbeitsabläufen, durch die zum Teil mehr Personal zum Einsatz kommen muss.

Im ambulanten Bereich führen hauptsächlich die gestiegenen Kosten für Fahrzeuge (Kraftstoff, Finanzierung und Versicherungen) sowie der Wegfall von Kunden, die aufgrund begrenzter Budgets Leistungen kürzen, zu merkbar geringeren Einnahmen. Neben den begrenzten Budgets der Pflegekassen für wichtige ambulante Leistungen wird im Fragebogen häufig erläutert, dass auch für die Kund:innen im ambulanten Setting die steigenden Kosten für Lebensmittel oder Energie ausschlaggebend dafür sind, dass sie die Leistungen ambulanter Dienste kürzen. Die Folgen daraus hätten sich nicht nur finanziell bemerkbar gemacht, sondern auch Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit von alten Menschen in der Häuslichkeit. Die vielfältigen Kostensteigerungen und deren Folgen stellten aktuell und in naher Zukunft die finanzielle Stabilität und Leistungsfähigkeit vieler Pflegeeinrichtungen und -dienste vor ernste Herausforderungen.

Bürokratie

Auch beim Thema „Bürokratie“ sind die Antworten/Rückmeldungen der Teilnehmenden eindeutig und übereinstimmend. Vor allem die in Verbindung mit der Umsetzung der Digitalisierung und der Telematik aufkommenden bürokratischen Hürden werden von den Teilnehmenden als belastend empfunden. Außerdem berichten viele der Teilnehmenden, dass die steigenden Anforderungen an die (tägliche) Dokumentation der pflegerischen Tätigkeiten durch die Pflegenden eher als negativ empfunden werden. Es wird von einer stetigen Zunahme neuer Richtlinien und Verordnungen berichtet, die umgesetzt werden müssen, was die Situation – auch vor dem Hintergrund von Personalmangel und knappen zeitlichen Ressourcen – weiter verschärfe. Es wird auch häufig davon berichtet, dass Behörden überlastet seien und daher auch von deren Seite nur sehr zeitverzögert mit Rückmeldungen auch zu bspw. wichtigen Fragen gerechnet werden könne. Das habe nicht nur Auswirkungen auf die zunehmende Bearbeitung von bürokratischen Aufgaben, sondern bringe auch eine enorme zeitliche Verzögerung mit sich – was wiederum Auswirkungen auf alle anderen Arbeitsabläufe habe.

Ähnliches wird im Bereich des Qualitätsmanagements von den Teilnehmenden berichtet. Die Bewältigung der Nachwirkungen der Corona-Pandemie erfordere noch immer zusätzliche bürokratische Anstrengungen, um die entstandenen Herausforderungen zu adressieren. Darüber hinaus bringe die Erhebung von Qualitätsindikatoren einen erheblichen administrativen Aufwand mit sich, der die ohnehin umfangreiche Bürokratie weiter erhöhe. Aus den Antworten der Teilnehmenden lässt sich grundlegend erkennen, dass die zum Teil genannte Überbürokratisierung als Hindernis in der täglichen Arbeit gesehen wird. Arbeitsvereinfachungen – zum Beispiel durch Digitalisierung – brächten mit ihrer Einführung und bis zur Erlangung einer Routine letzten Endes mehr bürokratischen Aufwand mit sich als erhoffte Erleichterungen. Zusätzlich benötigen viele (digitale) Prozesse in ihrer Einführung und Umsetzung laut den Teilnehmenden zu viel Zeit – „viele geht zu langsam“, so die Aussagen. Hier wird auch häufig von

einer großen Frustration berichtet, die dadurch bei allen Akteursgruppen zustande kommt. Hinterfragt wird zudem, wie wichtig manche bürokratischen Abläufe überhaupt sind und ob hier nicht oft die tatsächliche Notwendigkeit angezweifelt werden dürfe. Auf diese Weise würden sich wohl einige Aufgaben und Arbeitsschritte stark reduzieren lassen.

Vor diesem Hintergrund wurden die Teilnehmenden gebeten, die Versorgungssituation der Bewohner:innen/Kund:innen einzuschätzen.

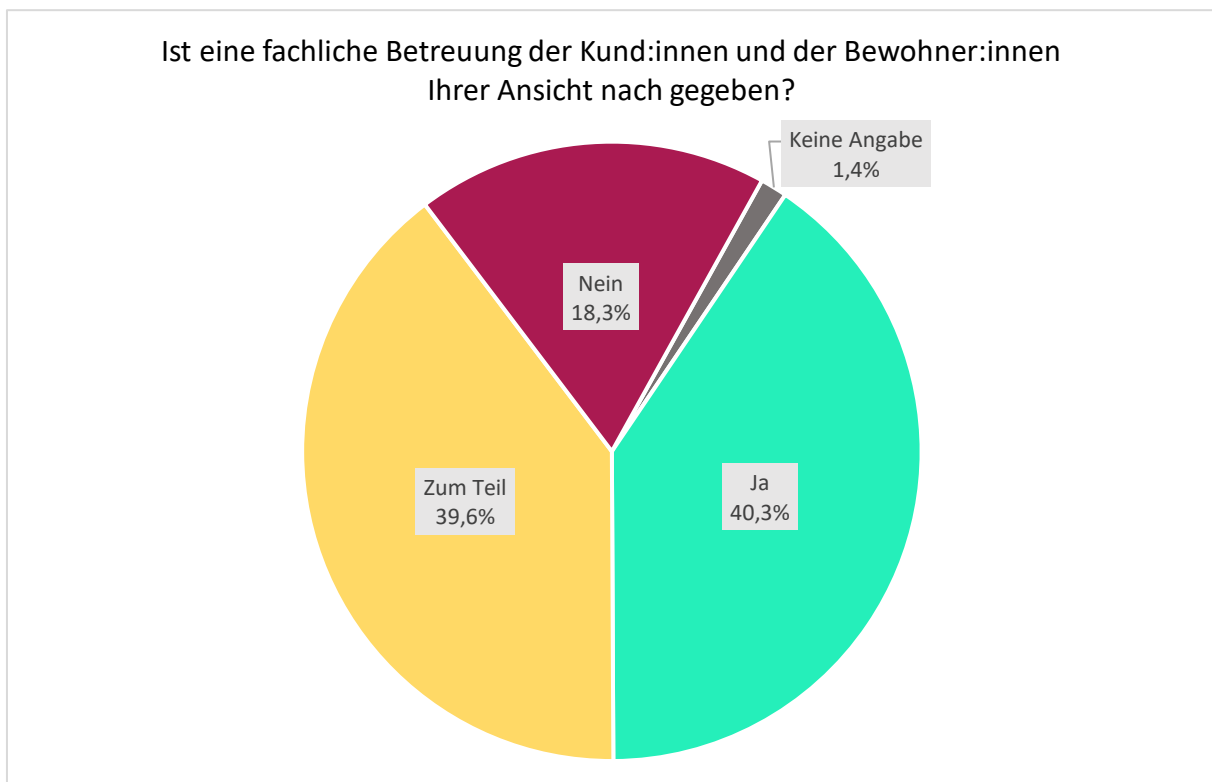


Abbildung 40: Einschätzung der pflegfachlichen Betreuung der Bewohner:innen und Kund:innen (eigene Darstellung 2024)

Auf die Frage, ob die Bewohner:innen und Kund:innen aktuell fachlich so betreut werden können, wie es sich die Teilnehmenden wünschen, geben 40,3 % an, dass dies zum jetzigen Zeitpunkt der Fall ist. Eine unzureichende fachliche Betreuung der Bewohner:innen und Kund:innen geben 18,3 % der Teilnehmenden an, während 39,6 % meinen, dass nur zum Teil eine adäquate fachliche Versorgung gegeben sei. Die Teilnehmer:innen, die „Nein“ oder „zum Teil“ antworteten, geben an, dass vor allem der Personalmangel und die fehlende Finanzierung von Leistungen einen Einfluss auf eine adäquate Versorgung haben.

Grundlegend lässt sich festhalten, dass die Teilnehmenden berichten, dass qualifiziertes Fachpersonal in beinahe allen Bereichen fehle, wodurch beispielsweise im stationären Bereich eine Fachkraft für mehrere Wohnbereiche zuständig ist, was eine adäquate Betreuung aus Sicht der Teilnehmenden erschwere. Im ambulanten Bereich führt ein erhöhtes Kundenaufkommen dazu, dass die Dienste mehr Kunden betreuen müssen, um mehr Umsatz zu generieren. Dies sei notwendig, um die schon erwähnten gestiegenen Kosten decken zu können. Diese Zunahme an Kundenaufkommen führe zu sehr viel weniger Zeit für die einzelnen Kund:innen.

Der Personalmangel und die gestiegenen Kosten bewirken somit eine erhöhte Pflegeintensität und längere Pflegedauer, obwohl das insgesamt zur Verfügung stehende Zeitkontingent gleich hoch bleibt. Außerdem berichten die Teilnehmenden, dass Bewohner:innen/Kund:innen mit einem besonders hohen Pflegeaufwand nicht ausreichend versorgt werden können, da Dienste oder Einrichtungen deren Betreuung aus diversen Gründen teilweise ablehnen. Auch die Betreuung wird von manchen der Befragten als unzureichend bewertet, da der Betreuungsschlüssel nicht ausreichte, was wiederum auch Einfluss auf die Versorgung von Pflegebedürftigen hat. Neben dem Mangel an Fachpersonal berichten die Teilnehmenden aus dem ambulanten Setting auch, dass manche Kund:innen eine Unterversorgung aufweisen, da sie sich Leistungen, die sie eigentlich für eine adäquate häusliche Pflege benötigen, finanziell nicht (mehr) leisten können.

Auch die oben genannten Faktoren wie Wirtschaftlichkeit oder Bürokratisierung zwingen die Pflegenden – aber auch die Führungskräfte – dazu, ständig abzuwägen, welche Leistungen überhaupt noch angeboten werden oder wie viel Zeit darauf verwendet werden soll. Die Teilnehmenden berichten zudem, dass die Dokumentation oft gar nicht mehr in der eigentlich dafür vorgesehenen Zeit erledigt werden kann, sondern vielmehr nach Ende der offiziellen Dienstzeit erledigt werden (muss). Ein Teilnehmender macht deutlich: „Es handelt sich nur noch um Funktionspflege, nicht mehr um Bezugspflege“. Das bedeute, dass Rehabilitation und Prävention zu kurz kommen oder kaum noch in Erwägung gezogen werden. Folgen habe dies vor allem für die Pflegebedürftigen selbst, insbesondere auf die noch daraus folgenden benötigten Leistungen, die jedoch – wie bereits beschrieben – aus Kostengründen kaum noch in Anspruch genommen werden können.

Beschwerdemanagement für Bewohner:innen, Kund:innen, An- und Zugehörige

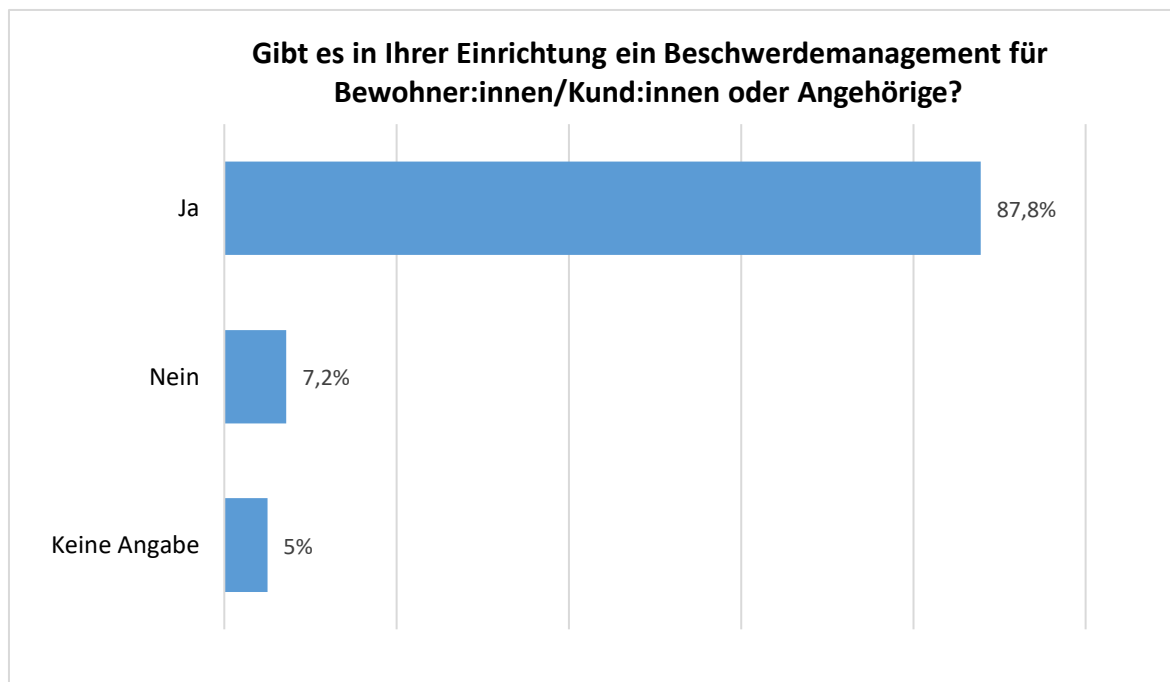


Abbildung 41: Angaben zum Beschwerdemanagement (eigene Darstellung 2024)

Die meisten ambulanten Dienste und stationären Einrichtungen verfügen über ein Beschwerdemanagement, das folgendermaßen beschrieben wird: In vielen stationären Einrichtungen gibt es ein „Beschwerdeformular“ (im Sinne eines Feedback-Formulars), das von Mitarbeitenden, Angehörigen oder Bewohner:innen ausgefüllt und bspw. in einen eigens dafür vorhandenen Briefkasten eingeworfen wird. Beschwerden können sowohl anonym als auch mit Namen versehen eingereicht werden. Üblicherweise werden diese Formulare an Führungskräfte oder das Qualitätsmanagement weitergeleitet und entsprechend bearbeitet; gegebenenfalls werden Maßnahmen eingeleitet. Von den Teilnehmenden wird angegeben, dass beispielsweise persönliche Gespräche und Fallbesprechungen genutzt werden, um auf Beschwerden zu reagieren. Einige Befragte geben zudem an, dass Beschwerden gemäß den Vorgaben des Qualitätshandbuchs bearbeitet werden. Andere Teilnehmer:innen berichten, dass eine jährliche Auswertung aller Beschwerden und eine Analyse des Verbesserungspotenzials durchgeführt werden – entweder ad hoc oder jährlich im Rahmen von Leitungssitzungen oder Strategiebesprechungen. Aus den Darstellungen der Teilnehmenden wird ersichtlich, dass es eher ungewöhnlich ist, wenn es kein Beschwerdemanagement gibt, wobei unwichtig ist, ob die Beschwerden in Form von Kärtchen oder aufwendig erstellten Fragebögen aufgenommen werden. Lediglich das Ausmaß der Möglichkeiten, Rückmeldungen an die Einrichtung zu geben, unterscheidet sich zwischen den Einrichtungen und Diensten. Anzumerken ist hierbei jedoch, dass aus den vorliegenden Daten nicht ersichtlich ist, ob die beschriebenen Möglichkeiten sowohl im ambulanten Setting als auch in stationären Einrichtungen gleichermaßen praktiziert werden.

Ausgewertet und bearbeitet werden die Beschwerden – aber auch die positiven Rückmeldungen – von verschiedenen Akteursgruppen. Die Teilnehmenden geben an, dass bspw. Qualitätsbeauftragte, der Bewohnerbeirat, Leitungspersonen, Bereichsleitungen, die Verwaltung

im Allgemeinen oder auch eine zentrale Stelle des Trägers die Beschwerden verwalten und bearbeiten.

Wie geht es den Bewohner: innen /Kund:innen

Auf die Frage hin, wie die Teilnehmer:innen die Lebensqualität der Bewohner:innen und Kund:innen bewerten, schätzen sie diese grundsätzlich eher hoch ein.

Bitte bewerten Sie die Lebensqualität der Bewohner:innen/Kund:innen aktuell?



Abbildung 42: Bewertung der Lebensqualität der Bewohner/innen bzw. Kund:innen – aus Sicht der Teilnehmenden (eigene Darstellung)

Die Einschätzungen der Teilnehmer:innen werden im Folgenden weiter erläutert: Es wird angegeben, dass Rückschlüsse auf die Lebensqualität häufig durch Pflegevisiten oder den persönlichen Kontakt mit den Pflegeempfänger:innen gezogen werden können. Einige Teilnehmende aus dem ambulanten Setting berichten, dass Pflegekräfte nur zu bestimmten Zeiten und für eine festgelegte Dauer in der Häuslichkeit der Kund:innen anwesend sind. Dies führt dazu, dass die Lebensqualität der Kund:innen aus Sicht der Teilnehmenden nur bedingt eingeschätzt werden kann. Einige Kund:innen im ambulanten Bereich melden an die Pflegenden zurück, dass sie zufriedener oder glücklicher sind, weil sie nicht in einem Pflegeheim leben müssen. Des Weiteren hänge die Lebensqualität von ambulant versorgten Pflegebedürftigen auch stark vom Umfeld ab – wie beispielsweise einem guten Unterstützungssystem oder dem vorhandenen sozialen Umfeld. Auch hier geben die Teilnehmenden jedoch an, dass für intensivere Gespräche und Rückmeldungen oft die Zeit fehle und die Abläufe im ambulanten Bereich oft zu eng getaktet seien, um Gespräche zu führen.

Nach Angaben der Teilnehmer:innen bemerken die Bewohner:innen im stationären Setting die hohe Personalfuktuation, die Arbeitsverdichtung und die knappe Personaldecke. Einige Teilnehmerinnen geben an, dass Bewohner:innen oftmals einsam sind, da sie nur wenig Kontakt zu anderen Menschen haben. Auch der häufige Wegfall von ehrenamtlich Engagierten und deren Unterstützung wirke sich eher negativ auf die Lebensqualität der Bewohner:innen in stationären Einrichtungen aus. Dies wird von den Teilnehmenden so beschrieben, dass für

die Bewohner:innen die Tagesabläufe oft eintönig seien und nur wenig Kontakte zu anderen Bewohner:innen in den Einrichtungen gefördert werden.

Wichtig ist den Befragten, dass die meisten Bewohner:innen/Kund:innen pflegerisch gut versorgt seien und mögliche Einschränkungen der Lebensqualität eher auf eine geringe gesellschaftliche Teilhabe am Leben zurückzuführen sei. Insbesondere Kund:innen im ambulanten Dienst, die nur begrenzte finanzielle Mittel durch Pflegegelder erhalten, fühlten sich unterversorgt und allein gelassen mit ihrem (sozialen) Pflegebedarf. Ein weiterer Aspekt, der nach Ansicht der Teilnehmenden Einfluss auf die Lebensqualität der Bewohner:innen und Kund:innen habe, ist eine oft unzureichende Versorgung durch (Haus-)Ärzt:innen. Dies habe vor allem einen negativen Einfluss auf Bewohner:innen/Kund:innen und deren Gesundheit. Die Teilnehmenden aus dem ambulanten und dem stationären Bereich betonen häufig, dass das Wohl der zu pflegenden Menschen immer an oberster Stelle stehe, auch wenn damit weniger oder verkürzte Pausen oder Überstunden verbunden sind. Gleichzeitig wird dabei angemerkt, dass oft die An- und Zugehörigen sehr fordernd gegenüber den Mitarbeiter:innen auftreten, was zu Unmut führen könne.

Belastung der Mitarbeiter:innen durch die aktuelle Arbeitssituation

Die meisten befragten Personen geben an, dass sie sich durch ihre aktuelle Arbeitssituation stark bis sehr stark belastet fühlen.

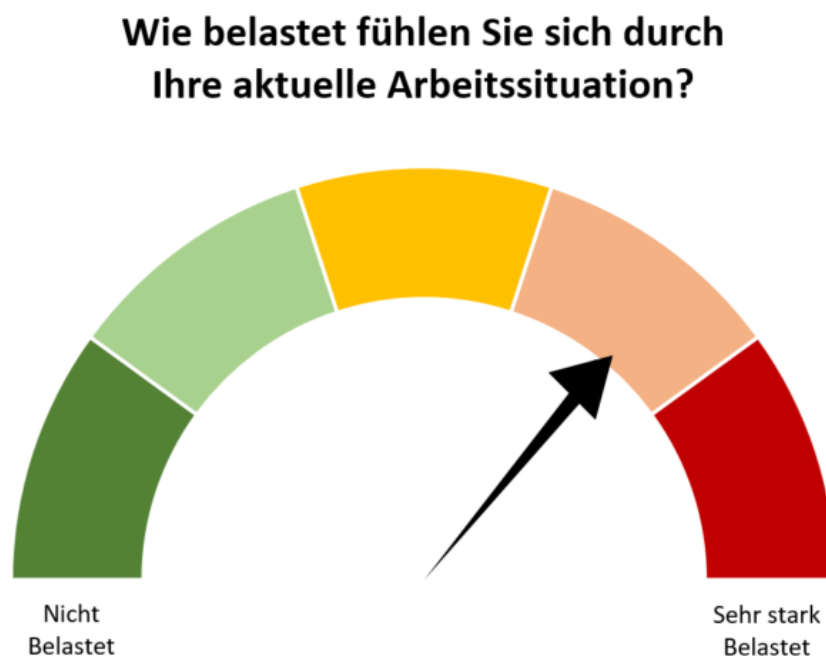


Abbildung 43: Belastungserleben der Befragten (eigene Darstellung 2024)

Aktuelle Belastungen für die Befragten

Die befragten Personen geben eine Vielzahl von Belastungen an, wobei die meisten der hohe Ausfall von Kolleg:innen (70,5 %) belaste, gefolgt von Belastungen durch Überstunden (51,8

%), hohes Informations- und Erklärungsaufkommen (47,5 %) und Umsetzung von aktuell geforderten Standards (46,6 %).

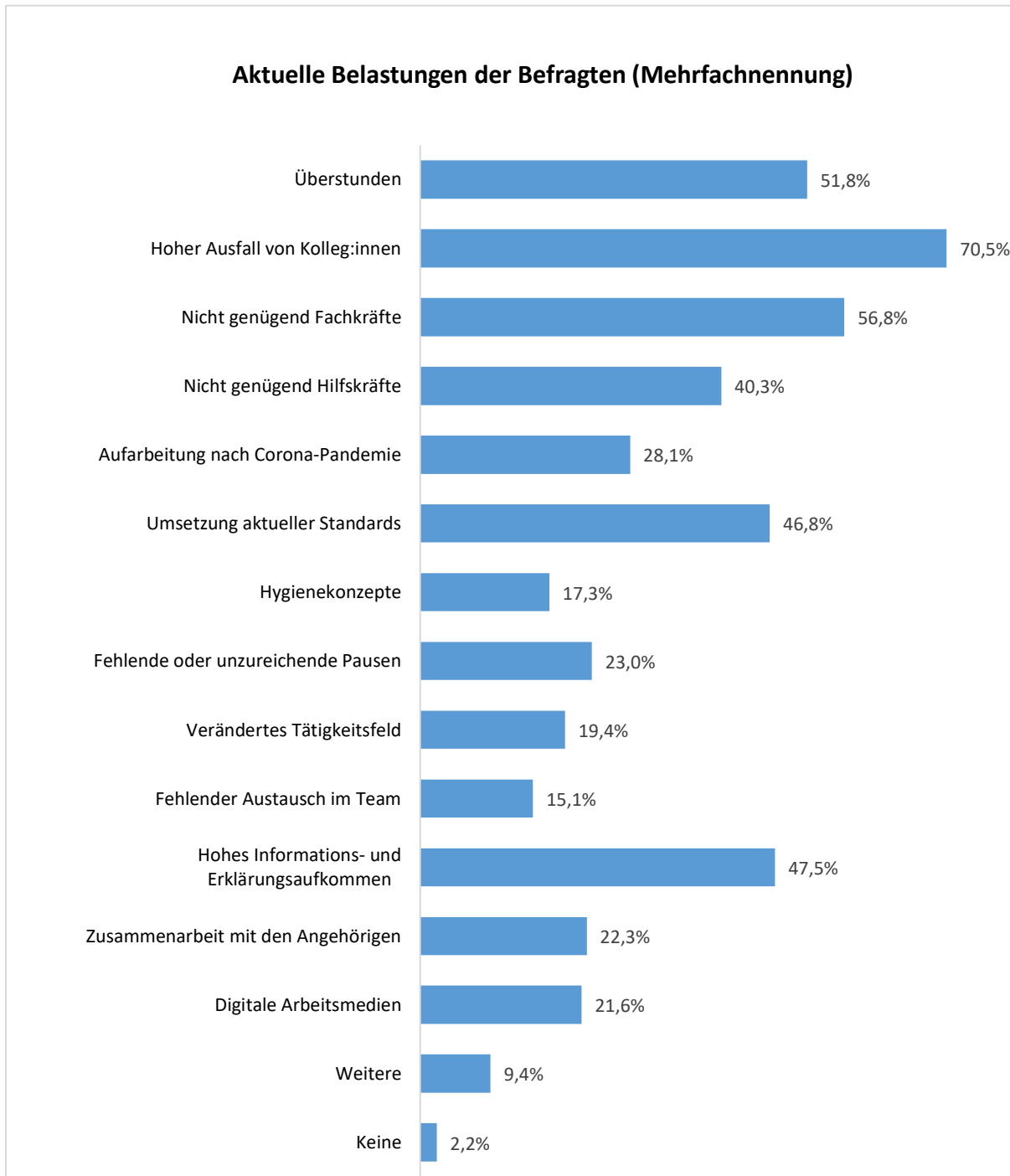


Abbildung 44: Darstellung der aktuellen Belastungen – aus Sicht der Befragten (eigene Darstellung 2024)

Die Befragten konnten im Fragebogen zudem weitere Belastungen angeben und erläutern. Die in Führungspositionen berichten von zusätzlichen administrativen Aufgaben, denen sie oft nicht vollständig gerecht werden können. Ein Grund dafür sei, dass auch die Führungskräfte zum Teil pflegerische Tätigkeiten erledigen müssen, wenn Mitarbeiter:innen fehlen. Die auch deshalb entstehende ständige Erreichbarkeit für den Arbeitgeber/die Führungspersonen wird zudem als belastend empfunden. Auch kontinuierliche Änderungen in den politischen Anforderungen und Verordnungen sowie Anpassungen der Vorgaben externer Prüfstellen wie dem

Medizinischen Dienst führen zu weiteren Belastungen. Die Führungskräfte, aber auch Mitarbeitende geben an, dass sie durch die potenzielle Gefährdung der Einrichtung oder des Dienstes hinsichtlich des Fortbestehens eine psychische Belastung empfinden. Viele sehen in ihrem Umfeld, dass Dienste und Einrichtungen aus wirtschaftlichen Gründen, aber auch aufgrund der auf allen Ebenen fehlenden Mitarbeiter:innen, schließen. Die zunehmende Bürokratie sowie Gesetzesänderungen erschweren die Situation in den Einrichtungen und Diensten zusätzlich, was als frustrierend empfunden wird. Es wird von einer fehlenden Übereinstimmung zwischen den geforderten Ansprüchen und der tatsächlichen Situation in den Einrichtungen und Diensten berichtet, was deren Umsetzung erschwert oder mit großem Aufwand verbunden ist.

Als weitere Belastungen werden die Verpflichtung zu Behördengängen und die Betreuung ausländischer Fachkräfte empfunden. Die Teilnehmenden fühlen sich nach eigenen Angaben oft gezwungen, die Erfüllung von Behördenanforderungen über die Bedürfnisse der Bewohner:innen oder Kunden:innen zu stellen, was sie als herausfordernd beschreiben und zugleich zu enormem zeitlichem Druck führe. Zudem wird berichtet, dass aufgrund des Personalmangels die Kompromissbereitschaft der Mitarbeitenden weiter sinke, was zusätzlich erschwere, Personallücken zu schließen.

Die Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten sowie das Entlassmanagement der Krankenhäuser werden als eine weitere, durchaus auch psychische Belastung sowohl für die Mitarbeiter:innen als auch für die gesamte Einrichtung genannt. Hier erleben die Mitarbeiter:innen – ohne sich selbst als handlungsfähig erleben zu können – wie Lücken/Brüche in der Versorgung der Bewohner:innen entstehen.

Insgesamt lassen sich die angegebenen Belastungen grundlegend auf den Personalmangel und die dadurch hohe Arbeitsbelastung der Mitarbeiter:innen zurückführen. Vor allem zusätzliche bürokratisch aufwendige Arbeiten steigern die Unzufriedenheit und werden damit zu einer starken Belastung im Berufsalltag.

Können Sie aktuell Ihren Führungsaufgaben (überwiegend) gerecht werden?

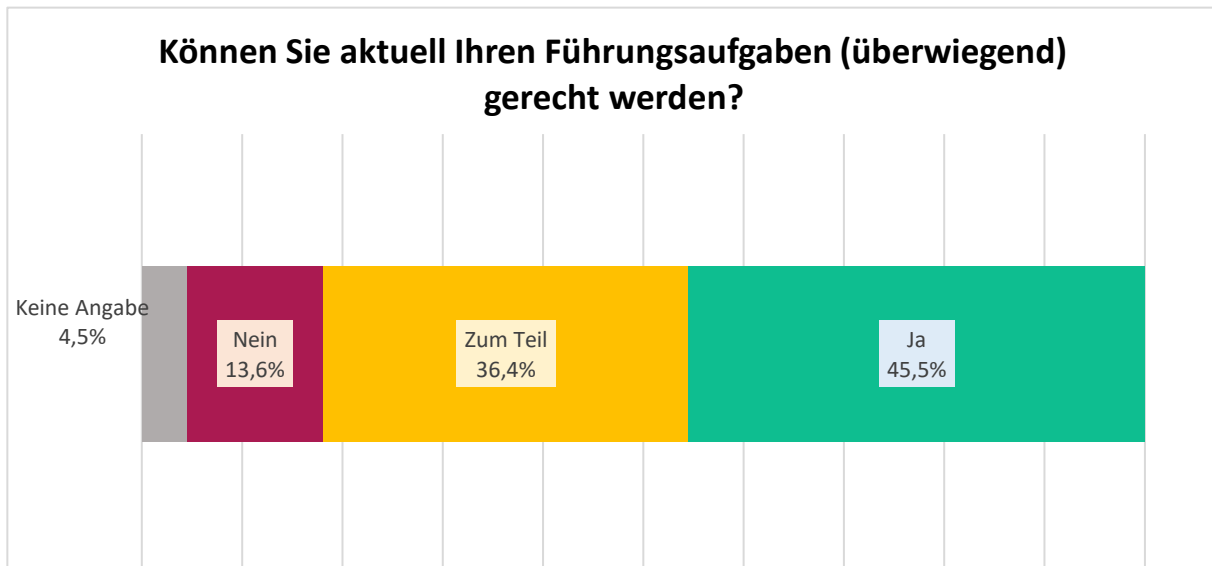


Abbildung 45: Wahrnehmung der Führungsaufgaben – aus Sicht der Befragten (eigene Darstellung 2024)

Die Mehrheit der Befragten gibt an, dass sie im Großen und Ganzen ihren Führungsaufgaben gewachsen seien. Allerdings gäbe es Situationen, in denen dies nur teilweise gelinge. Die Ursachen hierfür sind vielfältig: Führungskräfte sehen sich gezwungen, „in der Pflege einzuspringen“, um den Personalmangel auszugleichen, was wiederum zu einem Zeitmangel beim Erfüllen administrativer Aufgaben führe. Zusätzlich zu ihrem persönlichen Einsatz in der Pflege seien sie auch damit beschäftigt, die Dienstplanabdeckung sicherzustellen – sei es durch die Suche nach Ersatz für ausgefallenes Personal oder durch die Kontaktaufnahme mit Leasingfirmen. Andere wichtige Aufgaben wie das Umsetzen von Expertenstandards in der Pflege, strategische Planungen oder das Qualitätsmanagement gerieten dadurch in den Hintergrund, da die Personalplanung und das Management von Ausfällen einen Großteil ihrer Arbeitszeit in Anspruch nehmen. Die Teilnehmer:innen beschreiben zudem, dass die Zeit für Innovation und Veränderung fehle, da Führungskräfte im ständigen Bearbeiten der Dienstplanabdeckung und der Bewältigung von Bürokratie gefangen seien. Die wachsende Anzahl von Auflagen und Regelungen führe zu einem höheren Arbeitsaufwand bei gleichbleibenden zeitlichen Ressourcen, ohne dass bereits bestehende Aufgaben erledigt werden (könnten). Zudem haben viele Führungskräfte zusätzliche Aufgaben wie die Unterstützung für ausländische Pflegekräfte bei Behördengängen oder die Hilfe bei der Wohnraumsuche für Personal. Eine Befragte beschreibt die Anforderung, allem gerecht zu werden, als eine Art „Drahtseilakt“. Diese zusätzlichen Aufgaben müssten aber nach Aussage der Teilnehmenden dennoch mit erledigt werden, da die Führungskräfte froh sind über jeden pflegenden Mitarbeitenden und diese so gut wie nur möglich unterstützen möchten.

Der bestehende – als „Drahtseilakt“ beschriebene – Zustand betrifft hier vor allem kleine und mittlere Unternehmen. Hier wird beschrieben, dass die Einrichtungen und Dienste oft zu klein sind für eine Geschäftsführung, die ausschließlich den damit verbundenen Aufgaben nachkommt; gleichzeitig sind die Einrichtungen und Dienste aber zu groß, um die administrativen

Aufgaben „von allen Mitarbeiter:innen ein bisschen“ erledigen zu lassen. So wird in der Befragung eine hohe Belastung vor allem bei Mitarbeiter:innen in Führungspositionen in kleinen und mittleren Unternehmen sichtbar. Auch die wirtschaftlichen und finanziellen Belastungen werden in diesem Bereich als sehr hoch beschrieben.

Die Mehrheit der Befragten fühlt sich durch ihre Führungskraft unterstützt, wobei 45,5% dies als gut und 36,4% als teilweise gut bewerten. Die Unterstützung seitens des Trägers wird von 62,3% der Befragten als gut eingeschätzt, während 25,5% sie als teilweise gut empfinden.

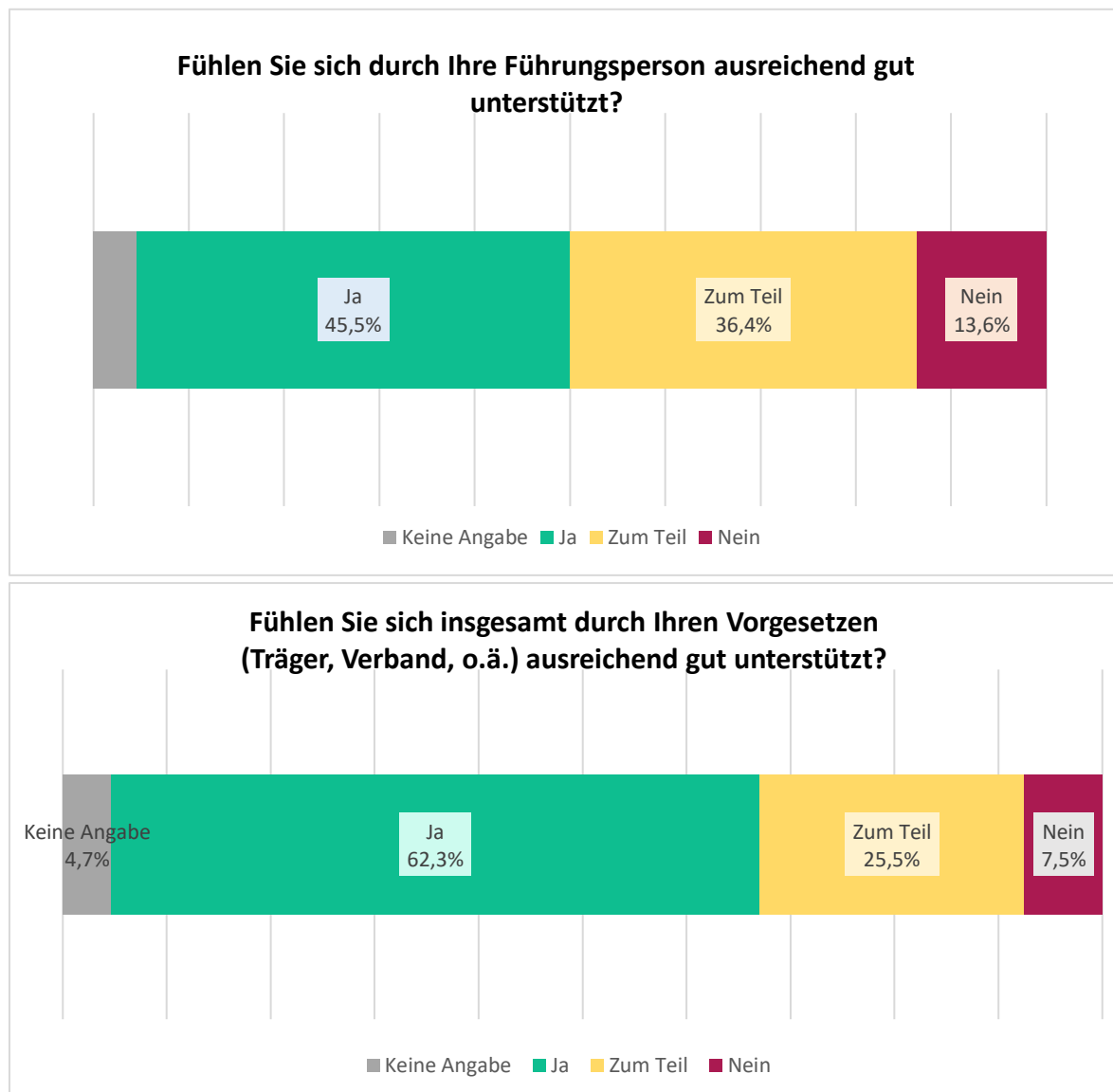


Abbildung 46: Einschätzung der erhaltenen Unterstützung durch Führungsperson, Träger/Verband (eigene Darstellung 2024)

Private Belastungen der Teilnehmenden

Auf die Frage „Haben Sie aktuell erhöhte private Belastungen (Mehrfachnennung sind möglich)?“ geben die Teilnehmenden wie folgt Rückmeldung: keine erhöhten privaten Belastungen (46,8 %), ein fehlender Ausgleich nach Dienstende (20,9 %), finanzielle Belastungen (18 %) und aktuelle Krisen (16 %). Mangelnde Kinderbetreuung (12,2 %), erschwerte Bedingungen

bei der Pflege von Angehörigen (13,7 %), weitere berufliche Tätigkeiten (10,1 %) sowie die eigene Erkrankung waren weitere private Belastungen der befragten Personen. Die erschwerte Mobilität (2,2 %) und die aktuelle Wohnsituation (7,9 %) stellen die am wenigsten genannten Belastungen dar.

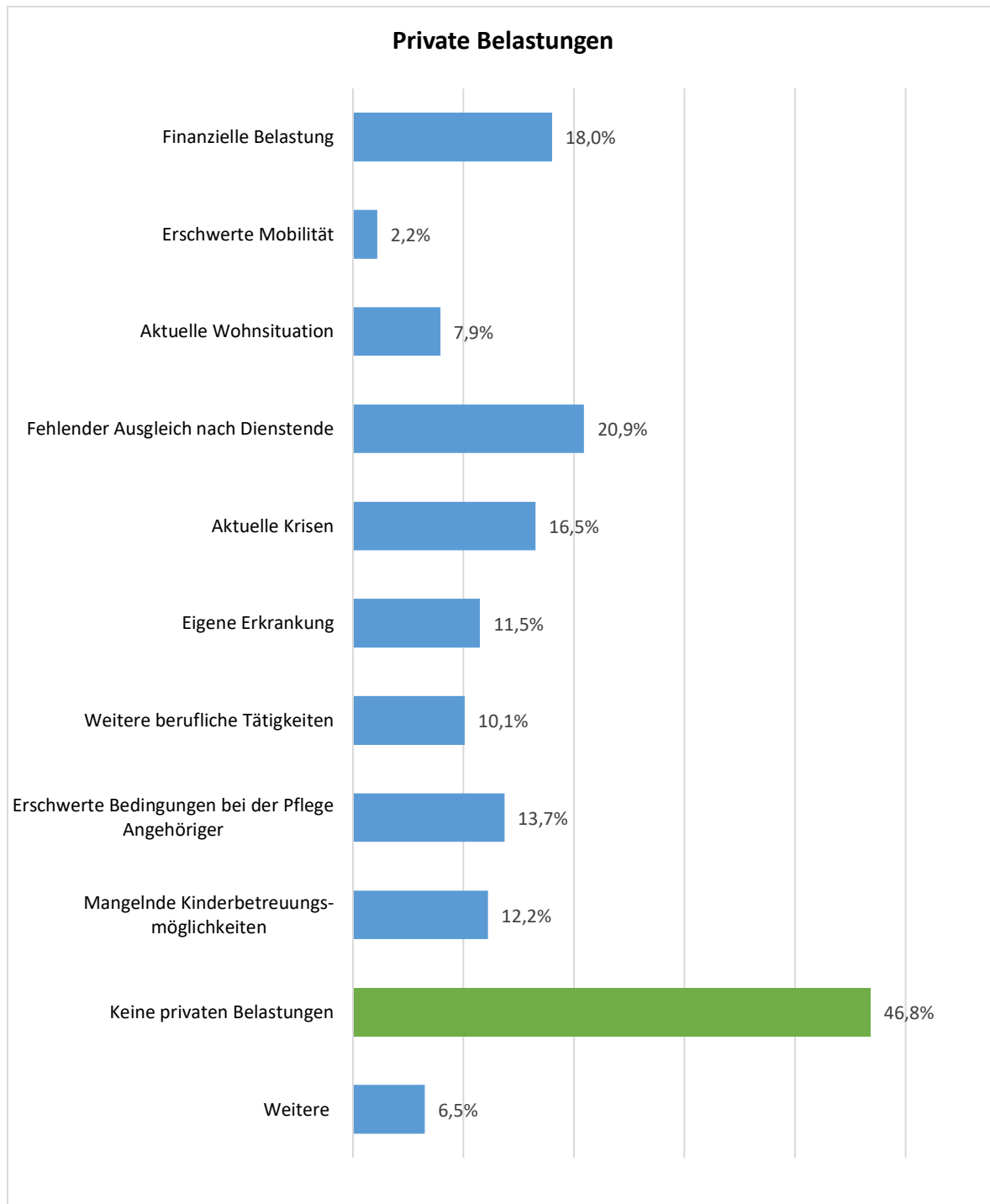


Abbildung 47: Angaben zu den privaten Belastungen – aus Sicht der Befragten (eigene Darstellung 2024)

Weitere häufig genannte Belastungen sind hohe Arbeitsbelastung und -intensität, die sich auch auf das Privatleben der Befragten auswirken. So berichten Teilnehmer:innen, dass sie nach Dienstende kaum noch Energie für Aktivitäten wie Sport oder soziale Treffen haben. Auch das Familienleben bekomme die Belastungen durch die Arbeitssituation zu spüren, was

den Stress noch vermehrt. Das eingeschränkte Familienleben sorge zudem für eine hohe Frustration und somit zu einer steigenden Unzufriedenheit. Oft hätten diese Belastungen und Einschränkungen bspw. Krankmeldungen aufgrund psychischer Belastungen zur Folge, was wiederum für steigende Ausfälle in den Einrichtungen und Diensten sorge.

Aktueller Krankenstand (Stichtagabfrage)

Von einem Krankenstand von unter 10 % berichten 39,6 % der Befragten. Einen Krankenstand von 10 % bis 15 % geben 36,8 % an. 14,2 % geben an, einen Krankenstand von 16 % bis 20 % zum Zeitpunkt der Erhebung zu haben. Zwischen 21 % und 30 % geben 5,7 % und mehr als 30 % Krankenstand geben 3,8 % der Befragten an.

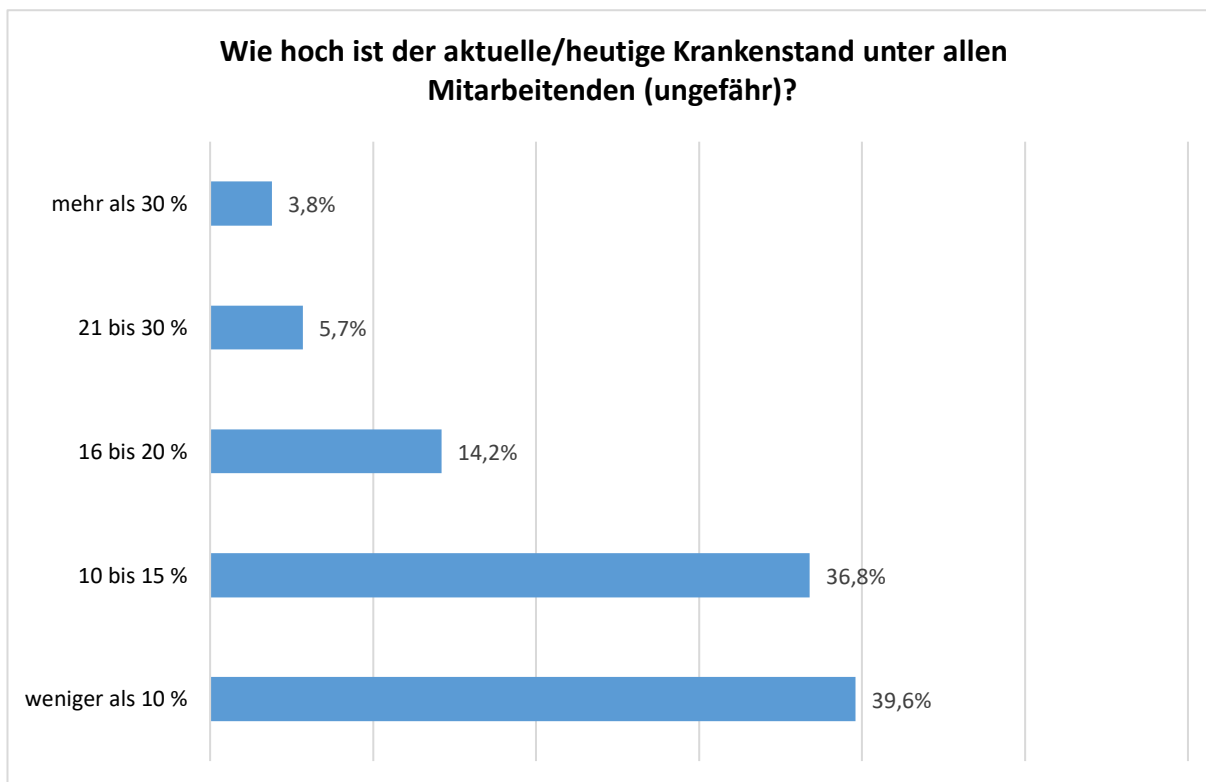


Abbildung 48: Angaben zum aktuellen Krankenstand aus Sicht der Befragten zum Stichtag (eigene Darstellung 2024)

Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit in Ihrem Arbeitsteam aktuell?

Auf die Frage hin, wie sie die Zusammenarbeit in den Teams einschätzen, bewerten die befragten Personen die Zusammenarbeit überwiegend positiv.

**Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit in Ihrem
Arbeitssteam aktuell?**

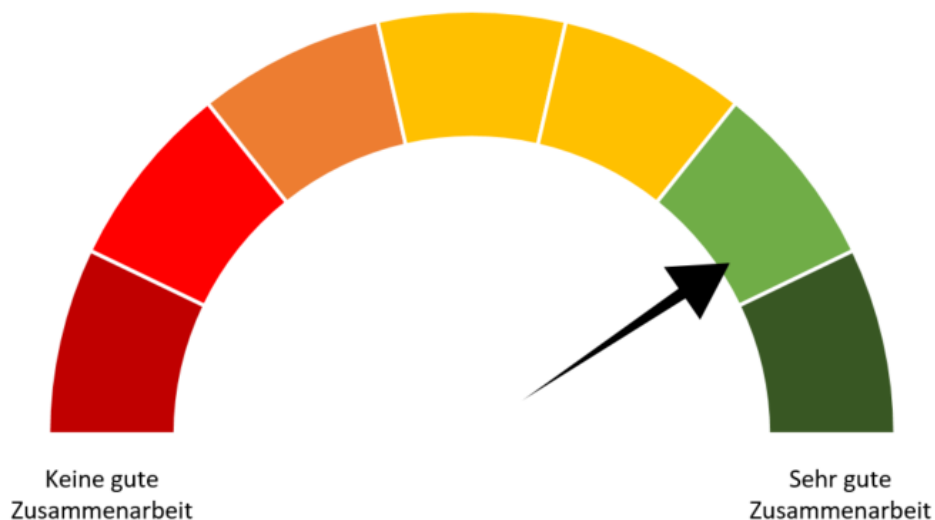


Abbildung 49: Bewertung der Zusammenarbeit im Team – aus Sicht der Teilnehmenden (eigene Darstellung 2024)

Gibt es aktuell eine der folgenden konkreten Entlastungen für Mitarbeitende in Ihrer Einrichtung/Organisation?

Die am häufigsten genannten Entlastungen für die Mitarbeitenden in den Einrichtungen sind Fortbildungsmöglichkeiten (87,7 %), Gesprächsangebote (75,5 %), individuelle angepasste Dienstzeiten (71,9 %), teamorientierte Maßnahmen und zusätzliche Angebote von Essen und Trinken während der Dienstzeit (46,8 %). Des Weiteren werden recht häufig Entlastungsmöglichkeiten wie Entspannungs- und Sportangebote (37,4 %), Zuschüsse für Verträge mit z. B. Fitnessstudios (28,1 %), Supervisionsangebote (27,3 %), Home-Office-Möglichkeit (23 %), Seelsorge (23,7 %) oder Unterstützung in der Kinderbetreuung genannt. Lediglich 0,7 % der Teilnehmenden geben an, dass keine Entlastungen für Mitarbeitende angeboten werden. Eine eher kleine Gruppe der Teilnehmenden gibt an, dass Freizeitangebote (10,8 %) und digitale Sportangebote mit (2,9 %) die Entlastungsangebote sind.

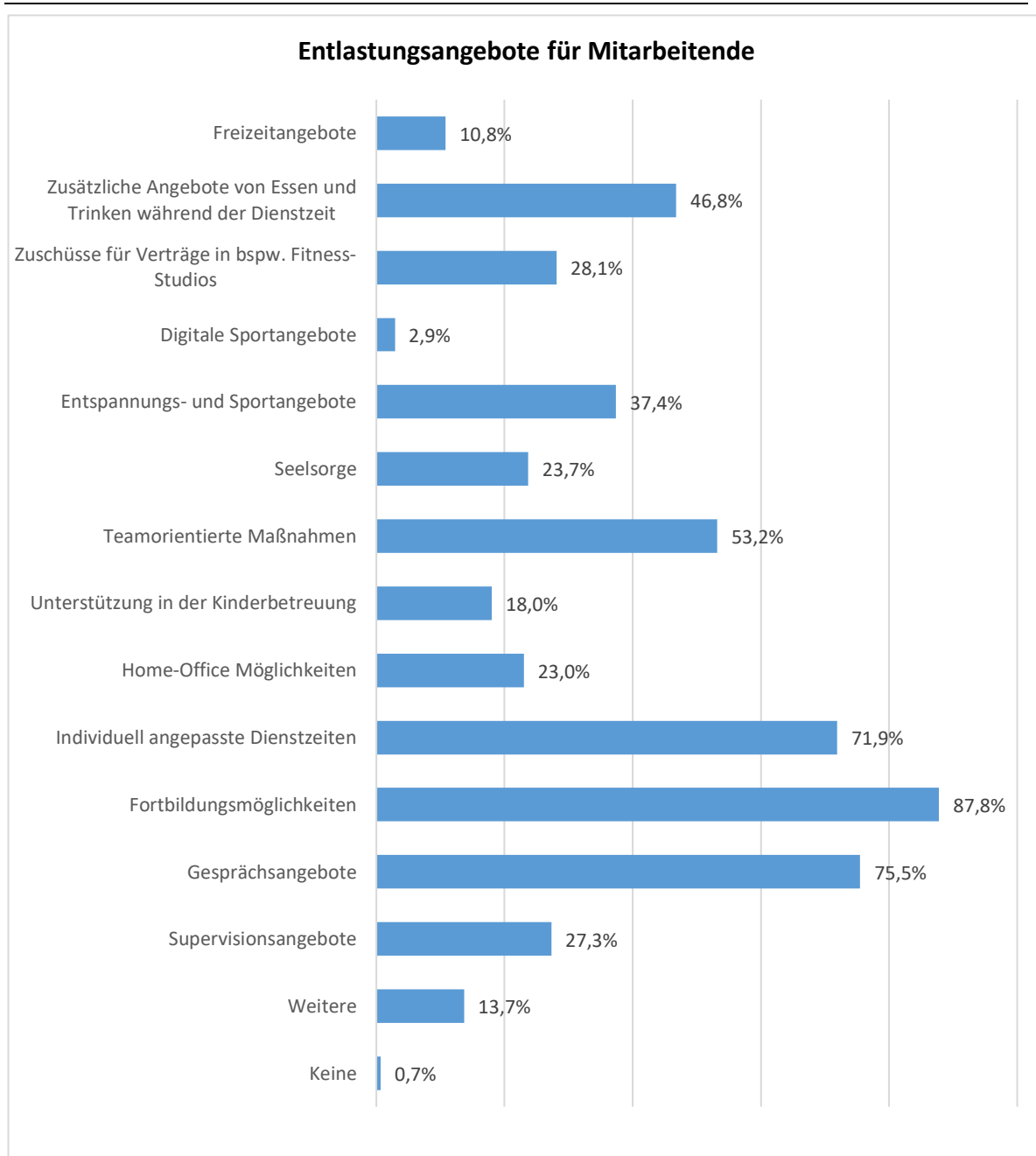


Abbildung 50: Angaben zu den Entlastungsangeboten – aus Sicht der Befragten (eigene Darstellung 2024)

Die Teilnehmenden können zudem in einem Freitextfeld weitere oder zusätzliche Entlastungsangebote, aber auch Ideen angeben. Hierbei werden von den befragten Personen folgende Angebote genannt, die es in den Einrichtungen/Diensten zum Teil gibt oder die gewünscht werden: betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM), auch durch finanzielle Unterstützungen der Krankenkassen, Versicherungsvorteile (bspw. für Kraftfahrzeuge) und Tankgutscheine, JobRad-Angebote, Unterstützung bei der Wohnungssuche und Zuschüsse zur Kinderbetreuung, Corporate Benefits sowie eine bessere Ausstattung mit Hilfsmitteln. Zudem gibt es für bestimmte Leistungen – wie das Einspringen für Kolleg:innen – Prämien oder finanziell unterstützte Teamevents. Konkrete Zuwendungen und Gratifikationen werden im Folgenden erläutert.

Die Frage: **Welche betrieblichen Zuwendungen/Gratifikationen erhalten Sie aktuell?** zeigt folgende Verteilung unter den teilnehmenden Mitarbeiter:innen:

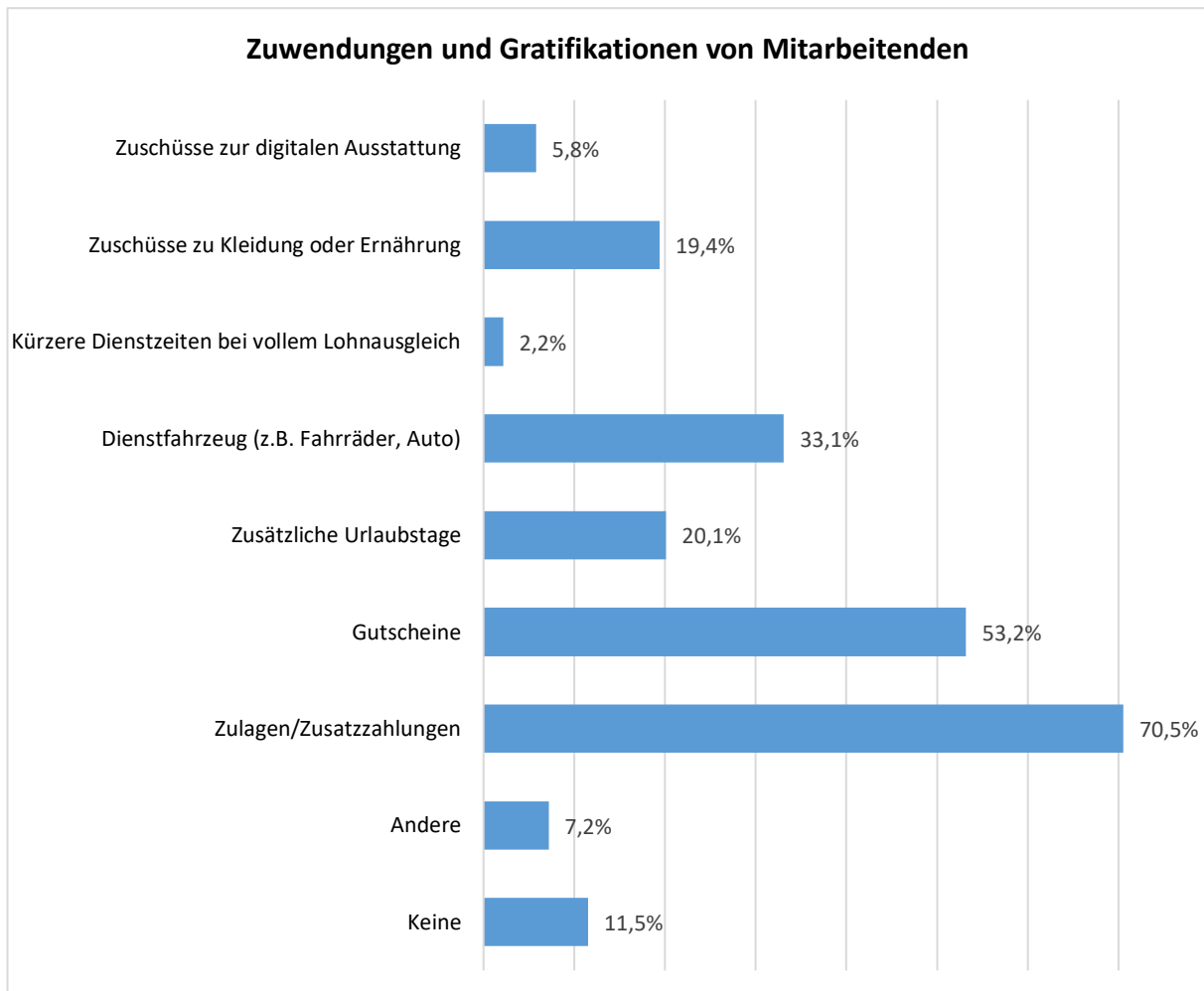


Abbildung 51: Angaben zu Gratifikationen für Mitarbeitende (eigene Darstellung 2024)

Die am häufigsten genannten betrieblichen Zuwendungen und Gratifikationen sind – nach den Angaben der befragten Personen – Zuzahlungen und Zulagen (70,5 %), Gutscheine (53,2 %) und Dienstfahrzeuge wie beispielsweise Fahrräder oder Autos (33,1 %). Darüber hinaus gaben 20,1 % der Befragten an, zusätzliche Urlaubstage als Gratifikation zu erhalten, während 19,4 % Zuschüsse für Kleidung und Ernährung bekommen. 11,5 % der Befragten geben an, keine Zuwendungen oder Gratifikationen zu erhalten. Einige Befragte (2,2 %) berichten von verkürzten Dienstzeiten bei vollem Lohnausgleich. Weitere Gratifikationen oder Zuwendungen (7,2 %) sind u. a. eine Firmenkreditkarte, Weihnachtsfeiern, Ausflüge, Inflationsausgleich, Leistungsprämien, Sachgeschenke und Zuschüsse für betriebseigene Renten.

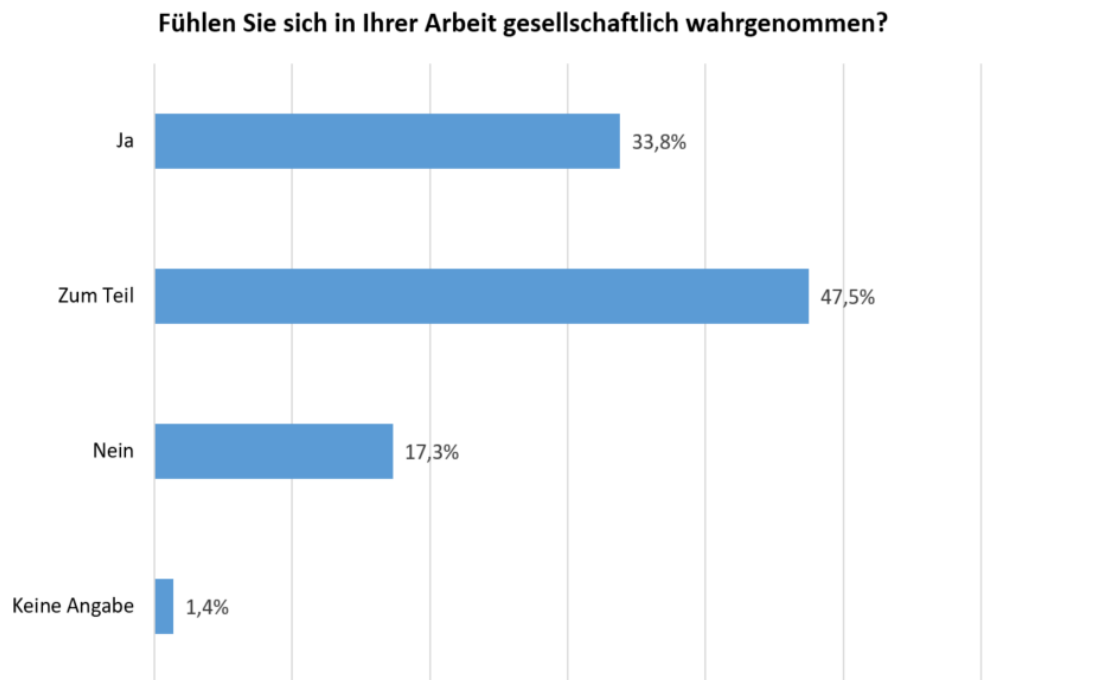


Abbildung 52: Gesellschaftliche Wahrnehmung – aus Sicht der Befragten (eigene Darstellung 2024)

Die Befragten gaben auf die Frage, ob sie sich gesellschaftlich wahrgenommen fühlen, an, dass sie sich nur teilweise (47,5 %) von der Gesellschaft wahrgenommen fühlen. 33,8 % der Befragten geben an, dass sie sich von der Gesellschaft wahrgenommen fühlen. Nicht gesellschaftlich wahrgenommen fühlen sich 17,3 % der Befragten.

Die Befragten haben zusätzlich die Möglichkeit, ihre Einschätzung zu erläutern. Es zeigt sich, dass viele der Teilnehmer:innen große Wertschätzung vor allem innerhalb ihres unmittelbaren Umfelds erfahren. Außerdem wird davon berichtet, dass die Pflege vermehrt als wichtig wahrgenommen wird und dass das auch durch Patient:innen, Kund:innen, An- und Zugehörige an die Mitarbeitenden herangetragen wird. Die Wahrnehmung in der Gesellschaft, so die Erläuterung von einigen Teilnehmenden, werde auch durch die Öffentlichkeitsarbeit der Einrichtung/des Dienstes selbst positiv beeinflusst. Zugleich wird laut einigen Befragten häufig die Tendenz in der Gesellschaft beobachtet, dass der Pflegeberuf auf Laienpflege oder grundpflegerische Tätigkeiten reduziert wird, anstatt ein umfassendes Bild des professionellen Pflegeberufs abzugeben. Einige Befragte äußerten die Wahrnehmung, dass die Altenpflege im Vergleich zur Krankenpflege (vorwiegend in Krankenhäusern) als weniger professionell und kompetent angesehen wird und die Krankenpflege ein höheres Ansehen genießt. Zusätzlich wird betont, dass Wertschätzung eher von Angehörigen oder Pflegebedürftigen erfahren wird und weniger von der Gesamtgesellschaft oder gar der Politik. Die Befragten merken auch an, dass die Gesellschaft als „Außenstehende“ oft keine detaillierten Kenntnisse über die Probleme des Pflegesystems besitzt und auch wenig Interesse daran zeigt. Dies spiegelt sich auch in den Forderungen wider, die zum Teil erhoben werden, um „die Pflege zu verbessern“. Hier bemängeln die Teilnehmenden, dass unter „Verbesserung“ meist nur mehr Prüfungen verstanden

werden, die jedoch grundlegend lösungsorientierte Maßnahmen verfehlen und die vorhandenen Probleme nicht lösen können. Weiterhin wird von den Befragten angemerkt, dass, obwohl gute Pflege geschätzt wird, nur wenige Personen bereit sind, angemessene Beiträge dafür zu leisten. Das negative Image der Pflege durch Medienberichte, beispielsweise die Vorstellung, dass „niemand ins Heim möchte“, trage ebenfalls zur Abnahme der Wertschätzung bei. Auf kommunaler Ebene wird jedoch eine größere Wertschätzung wahrgenommen und einige Befragte engagieren sich auf dieser Ebene aktiv in der Öffentlichkeitsarbeit. Insbesondere während der Pandemie war die Wertschätzung für Pflegekräfte höher, jedoch ließ das mit dem Ende der Pandemie auch wieder nach. Ein weiteres Phänomen wird von den Befragten beobachtet: Die Bedeutung der Pflege wird oft erst erkannt, wenn Menschen direkt davon betroffen sind. Der allgemeine Eindruck der Teilnehmenden, dass das Bild der Pflege und der Pflegenden oft nicht korrekt in der Gesellschaft wahrgenommen wird, wird mit einigen Aussagen sehr deutlich dargestellt. Eine wichtige Rolle wird dabei nicht nur den Medien und deren Darstellungen, sondern auch den politischen Akteuren zugeschrieben.

Fühlen Sie sich von politischen Akteuren verstanden oder wahrgenommen?

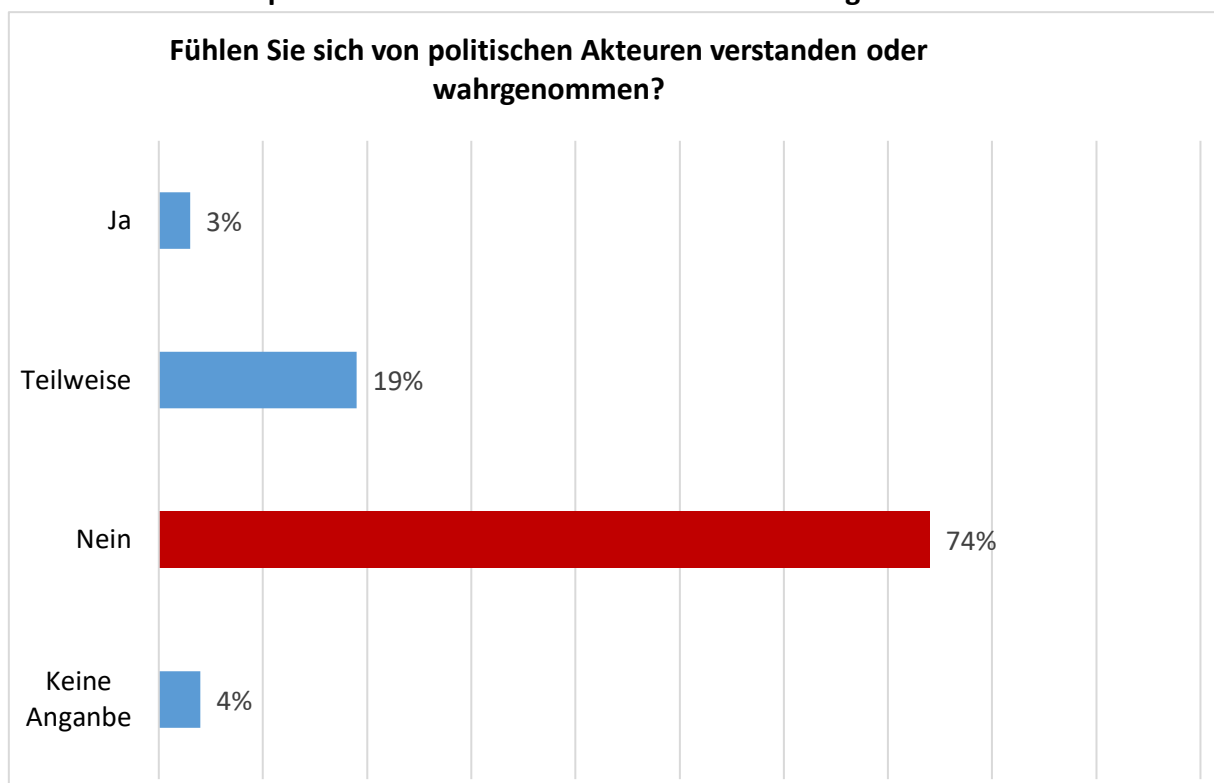


Abbildung 53: Politische Wahrnehmung – der Befragten (eigene Darstellung 2024)

74,1 % der Befragten fühlen sich politisch nicht wahrgenommen. Diese klare Einschätzung wird von den Teilnehmenden erläutert, wobei anzumerken ist, dass die Rückmeldungen eher negativ ausfallen.

Die Befragten äußern in erster Linie eine große Unzufriedenheit mit der aktuellen Gesundheitspolitik. Diese wird als realitätsfern wahrgenommen, da es – nach ihrer Einschätzung – den Politiker:innen oft an Fachkompetenz mangelt, um effektive und sinnvolle Lösungen für die bekannten Probleme zu finden. Stattdessen werden die von der Politik vorgeschlagenen

Lösungen als nicht zielführend und teilweise nur als kurzfristig greifende Maßnahmen betrachtet – wobei Gesetze und Verordnungen, die eingeführt und umgesetzt werden müssen, oftmals nicht als umsetzbar angesehen werden. Ein weiteres Problem, das von den Befragten identifiziert wird, ist der stetig wachsende bürokratische Aufwand, der auch aufgrund solcher Gesetze und Verordnungen entstehe. Viele beschreiben diesen Prozess metaphorisch als „Pflasterkleben“ und wünschen sich stattdessen eine Pflegereform, die sie unterstützt und keine zusätzlichen Hindernisse schafft. Besonders im ambulanten Bereich fühlen sich die Befragten nicht ausreichend unterstützt und geben an, dass viele Verordnungen auf die stationäre Pflege ausgerichtet und daher für den ambulanten Bereich noch weniger sinnvoll umsetzbar seien. Obwohl eine politische Agenda zur Förderung ambulanter Pflege existiert, fehlen aus Sicht der Befragten oftmals sinnvolle Rahmenbedingungen für deren Umsetzung. Die Reform der Ausbildung in der Altenpflege wird ebenfalls negativ betrachtet, insbesondere die Einführung der Generalistik stößt auf Kritik seitens der befragten Personen. Ein wiederkehrender Wunsch der Befragten ist eine stärkere Einbindung der Pflegepraxis in politische Entscheidungsprozesse. Die Einstellungen gegenüber der Rekrutierung von Fachkräften aus dem Ausland sind eher skeptisch, da der damit verbundene Aufwand und die Integration von den Befragten häufig als problematisch und zeitaufwendig angesehen werden. Des Weiteren wird das neue Personalbemessungsinstrument (PEBM) von vielen Befragten als „schwierig bis katastrophal“ eingeschätzt. Die strengen politischen Regularien in der Langzeitpflege ließen den Einrichtungen und Diensten kaum Handlungsspielraum, um innovative Konzepte zu entwickeln, obwohl der Wunsch nach solchen Möglichkeiten bestehe.

Letztlich lassen sich viele Rückmeldungen folgendermaßen zusammenfassen: Die nicht gesehenen Potenziale der Pflege, die zu hohe Ökonomisierung und die damit einhergehende Überregulierung oder die mangelnde sinnvolle Neugestaltung von Personalgewinnung beschäftigen die Teilnehmenden sehr. Von den politischen Akteuren wird verlangt, dass mehr getan werden muss, um das Bild der Pflege in der Gesellschaft zu verbessern. Es wird gewünscht, dass „die Politik“ insbesondere durch den Austausch mit den Pflegekräften einen tieferen Einblick in den Arbeitsalltag und die bekannten Probleme erhält, um diese sinnvoll angehen zu können.

Worin sehen Sie die aktuell höchste (wirtschaftliche) Gefährdung für Ihre Einrichtung(en)?

Die Befragten äußern eine Reihe von Bedenken bezüglich der finanziellen Aspekte in der Langzeitpflege, die sich sowohl auf die Refinanzierung durch die Krankenkassen als auch auf die gestiegenen Kosten für verschiedene Bereiche auswirken. Eine zentrale Sorge betrifft die mangelnde Refinanzierung durch die Kassen, insbesondere im Zusammenhang mit den Pflegesatzverhandlungen. Diese Situation wird von den Befragten als problematisch wahrgenommen, da die Kosten für den ambulanten Bereich gestiegen seien, aber die Kassen nicht entsprechend mehr zahlen. Die gestiegenen Personalkosten werden zwar von den Befragten begrüßt, jedoch fehle es auch hier an einer angemessenen Refinanzierung – auch seitens der Kassen. Dies führe zu zusätzlichen wirtschaftlichen Belastungen für die Einrichtungen. Generell bemerken die Befragten, dass die Verhandlungen mit den Kassen nicht mehr das abbilden können, was die Einrichtungen zum Teil auch kurzfristig an Kosten stemmen müssten. Auch der

Personalmangel habe Auswirkungen auf die wirtschaftliche Situation der Einrichtungen, da Mehrkosten durch den Einsatz von Leasingfirmen entstehen und gleichzeitig Einnahmen vermindert werden, da Touren gekürzt würden oder Betten nicht belegt werden können. Kleine Betriebe haben Schwierigkeiten, im Wettbewerb mit größeren Unternehmen mitzuhalten, weil sie oft nicht in der Lage sind, die erforderlichen (hohen) Gehälter zu zahlen. Dies verstärkte das oben genannte Problem weiter: Die Preise in allen Bereichen steigen, jedoch bleiben die Zahlungen der Kassen gleich. Die Teilnehmenden sehen darin die größte wirtschaftliche Gefährdung, dass die Einnahmen nicht den gestiegenen Kosten entsprechen und sich diese Lücke auch immer weiter vergrößert. Wichtiges Thema ist auch die aktuelle Situation mit Leasingfirmen, zu denen viele Mitarbeiter:innen wechseln. Die Firmen können auf diese Weise sehr hohe Preise verlangen, sobald es einen Mangel an Pflegefachkräften auf dem Markt gibt und die Einrichtungen und Dienste dann auf die Leasingfirmen angewiesen sind. Auch hier würden die Einnahmen nicht im Verhältnis zu den gestiegenen Kosten stehen, was zu erheblichen finanziellen Herausforderungen für die Einrichtungen in der Langzeitpflege führe.

Die hohen bürokratischen Aufwendungen und damit auch oft einhergehenden zeitlichen Verzögerungen (z. B. bei Sozialhilfeanträgen) führten mitunter dazu, dass die Einrichtungen ihre Kosten erst sehr verspätet erstattet bekommen.

3. Digitalisierung und weiterer Datenaustausch

Im Kapitel zu Digitalisierung und weiterem Datenaustausch soll erhoben werden, wie gut die Einrichtungen digital aufgestellt sind und wo es noch Lücken gibt beim Ausbau der Digitalisierung und den damit verbundenen Möglichkeiten.

Die erste Frage **„Gibt es in Ihrer Einrichtung/bei Ihrem Träger extra EDV-Stellen/Mitarbeitende für den Bereich Digitalisierung?“** beantworten 55,5 % der Teilnehmer:innen mit „Ja“. Rund 39 % beantworten die Frage mit „Nein“, 2,9 % ist das nicht bekannt und 2,2 % der Teilnehmenden machen „keine Angabe“. Bei dieser Verteilung der Antworten kann darauf geschlossen werden, dass rund ein Drittel der Einrichtungen und ambulanten Dienste keine allein für Digitalisierung oder EDV zuständige Person beschäftigen.

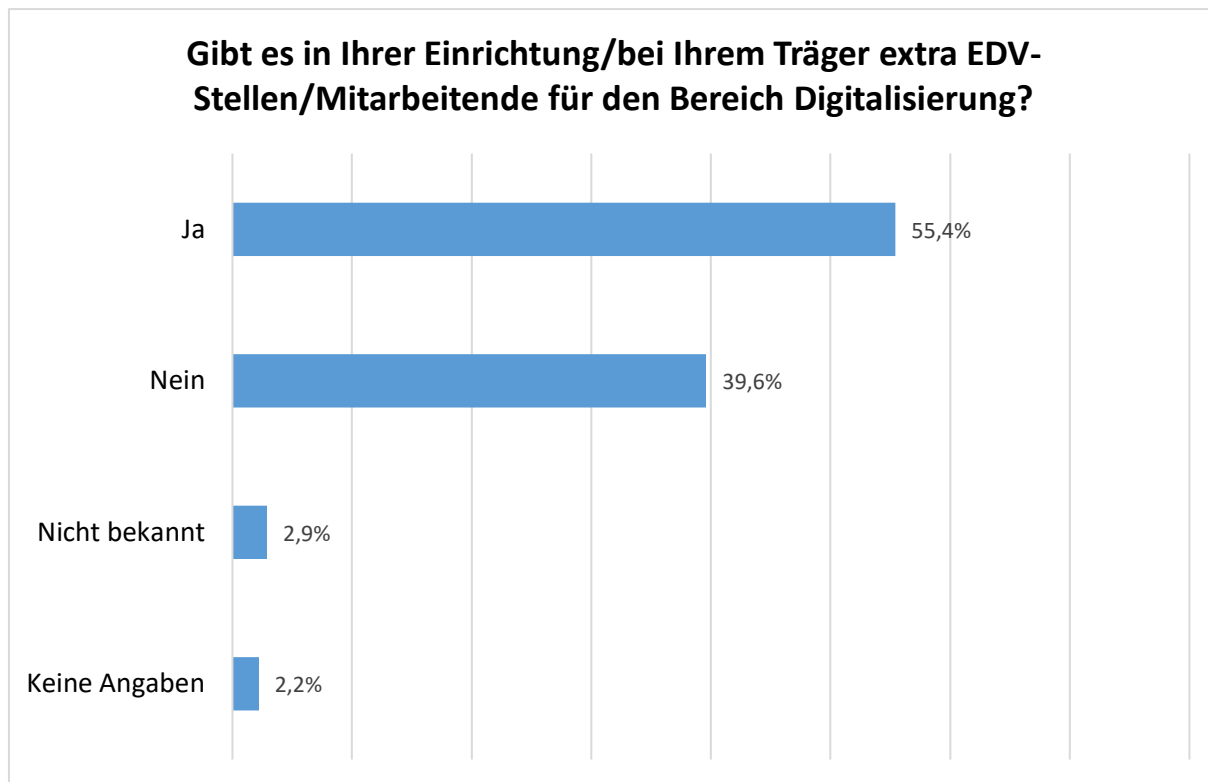


Abbildung 55: Personelle Unterstützung in der digitalen Entwicklung

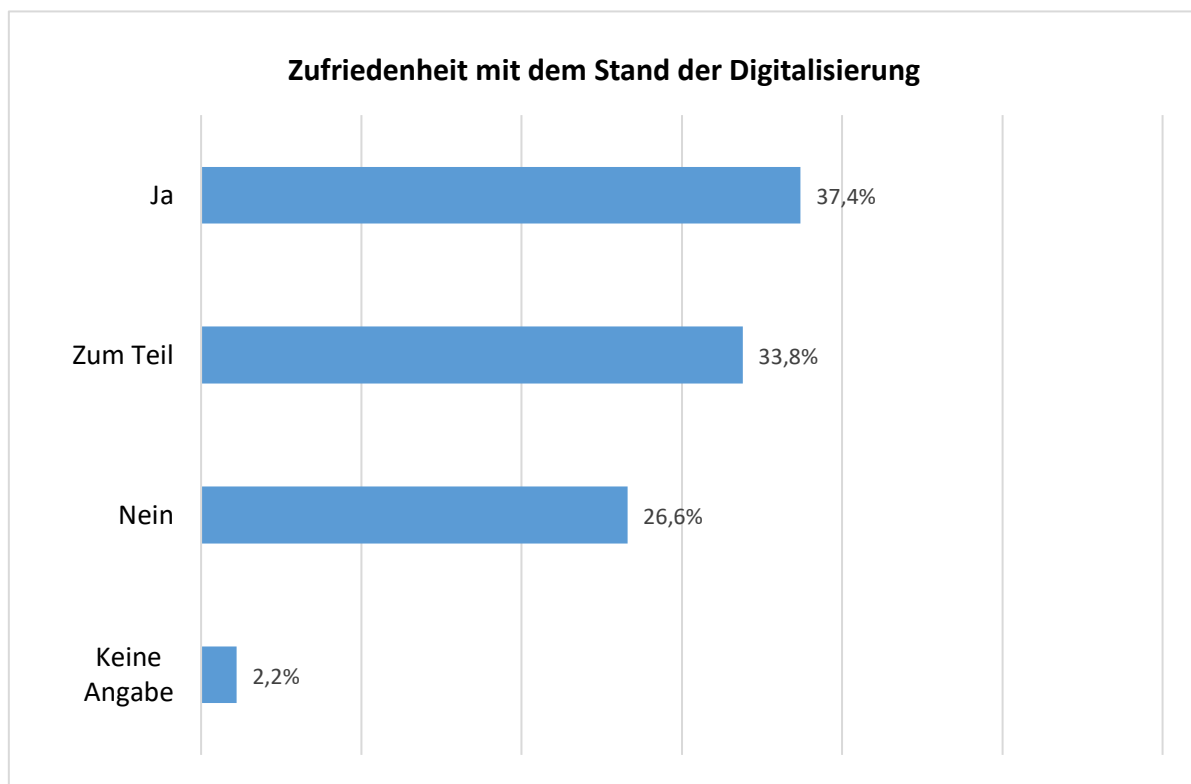


Abbildung 54: Zufriedenheit mit dem Stand der Digitalisierung (eigene Darstellung 2024)

Die Frage: **Sind Sie mit dem Aufbau/der Umsetzung von Digitalisierung in Ihrer Einrichtung zufrieden?** beantworten nur 37,4 % mit „Ja“, 26,3 % mit „Nein“ und 34,3 % sind nur zum Teil zufrieden.

In den Erläuterungen und Einschätzungen der Teilnehmenden zu dieser Frage wird deutlich, dass häufig generell mehr Unterstützung gewünscht wird – u. a. bei der Einführung neuer Programme und Software sowie der damit verbundenen Fort- und Weiterbildung der Mitarbeitenden oder auch Unterstützung bei der Kostenübernahme. Ein Teil der Teilnehmenden bemängelt zudem, dass „Digitalisierung“ bzw. die Einführung von neuen digitalen Prozessen oft nur zu Mehrarbeit führe, aber nicht zu Entlastungen. Dies liege auch häufig daran, dass analoge und digitale Abläufe über einen gewissen Zeitraum noch parallel genutzt werden. Die fehlenden Schulungen machen es vor allem den Führungspersonen schwer, alle Mitarbeitende „mitzunehmen“ und die Verbesserungen durch Digitalisierung aufzuzeigen. Zudem wird immer wieder genannt, dass das WLAN in den Einrichtungen nicht gut genug sei, die vorhandenen Möglichkeiten auch zu nutzen. Solche grundlegenden Einschränkungen machten das Vorhaben und die Umsetzungen von guten und einfachen digitalen Angeboten sehr schwer.

Einige der Teilnehmenden betonen auch, dass die interne Nutzung digitaler Medien und Prozesse sehr gut laufe und die Schwierigkeiten lediglich in der Anwendung und Nutzung mit Außenstehenden der Einrichtung entstehen (bspw. Kommunikation mit Ärzt:innen oder Apotheken). Manche Befragten wünschen sich sogar sehr viel mehr Einsatz von bspw. Tablets im Arbeitsalltag.

Um herauszufinden, welche Prozesse noch nicht digitalisiert sind und warum, konnten die Teilnehmenden, die auf die Frage **„Gibt es Prozesse in Ihrer Einrichtung, die (noch) nicht digitalisiert sind?“** mit „Ja“ (66,4 %) gestimmt hatten, zusätzlich angeben, um welche Prozesse es sich dabei handelt.

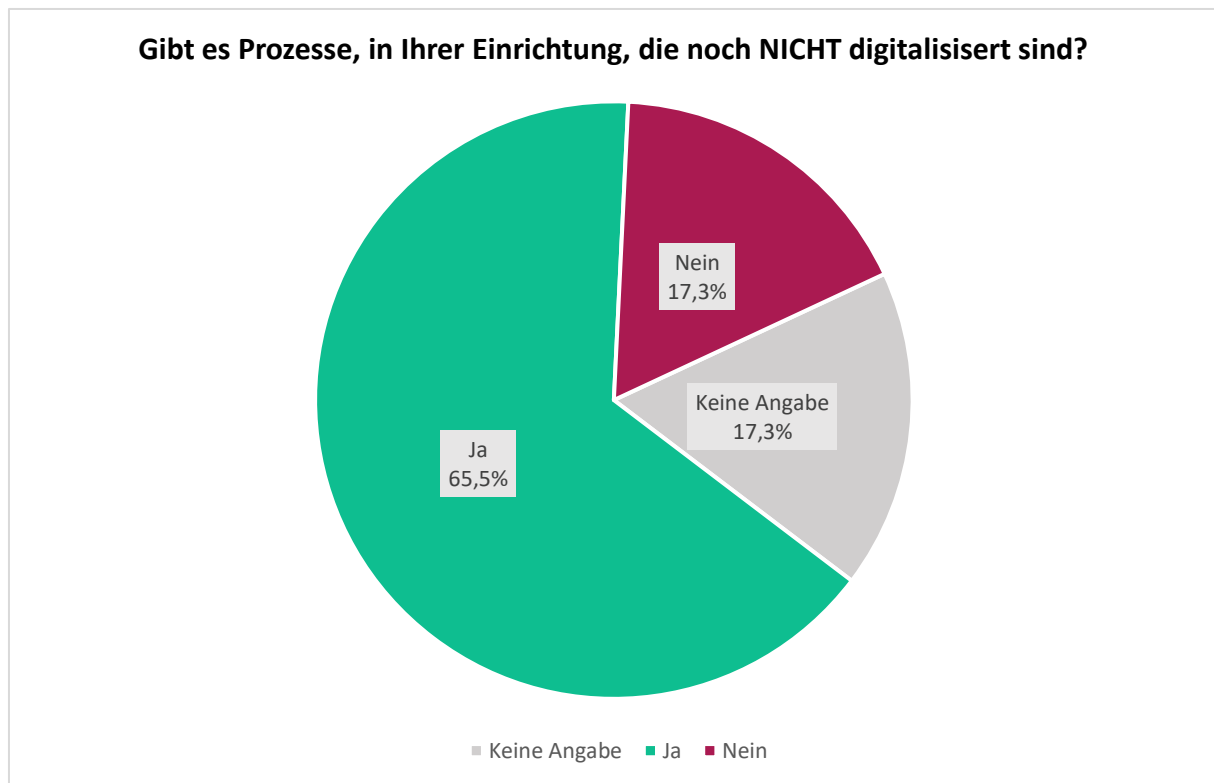


Abbildung 56: Ausmaß der Digitalisierung – aus Sicht der Befragten (eigene Darstellung 2024)

Bei den einzelnen Rückmeldungen wird deutlich, dass zwar viele Prozesse digitalisiert wurden, aber eher grundlegende Abläufe noch nicht digital funktionieren. Dazu zählen in erster Linie die Kommunikation und der Datenaustausch mit Ärzt:innen, Behörden, Apotheken oder Therapeut:innen. Außerdem sind einfache Abläufe wie Essensbestellungen oder auch Lager- und Wäschemanagement in vielen Einrichtungen und Diensten noch anhand einfacher händischer/analoger Formulare oder telefonisch zu bearbeiten. Dabei gibt es dafür viele, sehr einfach umsetzbare digitale Möglichkeiten. Einige der Teilnehmenden berichten aber auch, dass Bewohner:innenakten, Verwaltungsprozesse oder Leistungsnachweise noch rein analog bearbeitet werden. Somit ist, wie von einigen Befragten bemängelt, auch kein Home-Office für Verwaltungsmitarbeitende möglich. Wenn bei den dargestellten Einschätzungen der Teilnehmenden zudem bedacht wird, dass ein WLAN zum Teil (noch) nicht vorhanden ist oder der Ausbau kaum forciert wird, lässt sich daraus schließen, dass es auch in den nächsten Jahren noch große Lücken und Unterschiede zwischen den Einrichtungen und deren digitalem Fortschritt geben wird.

Dies zeigt sich auch bei der Frage **„Besitzt Ihre Einrichtung/Ihr Dienst für alle Mitarbeitenden ausreichend mobile Endgeräte (Smartphones, Tablets, Laptop etc.)?“**.

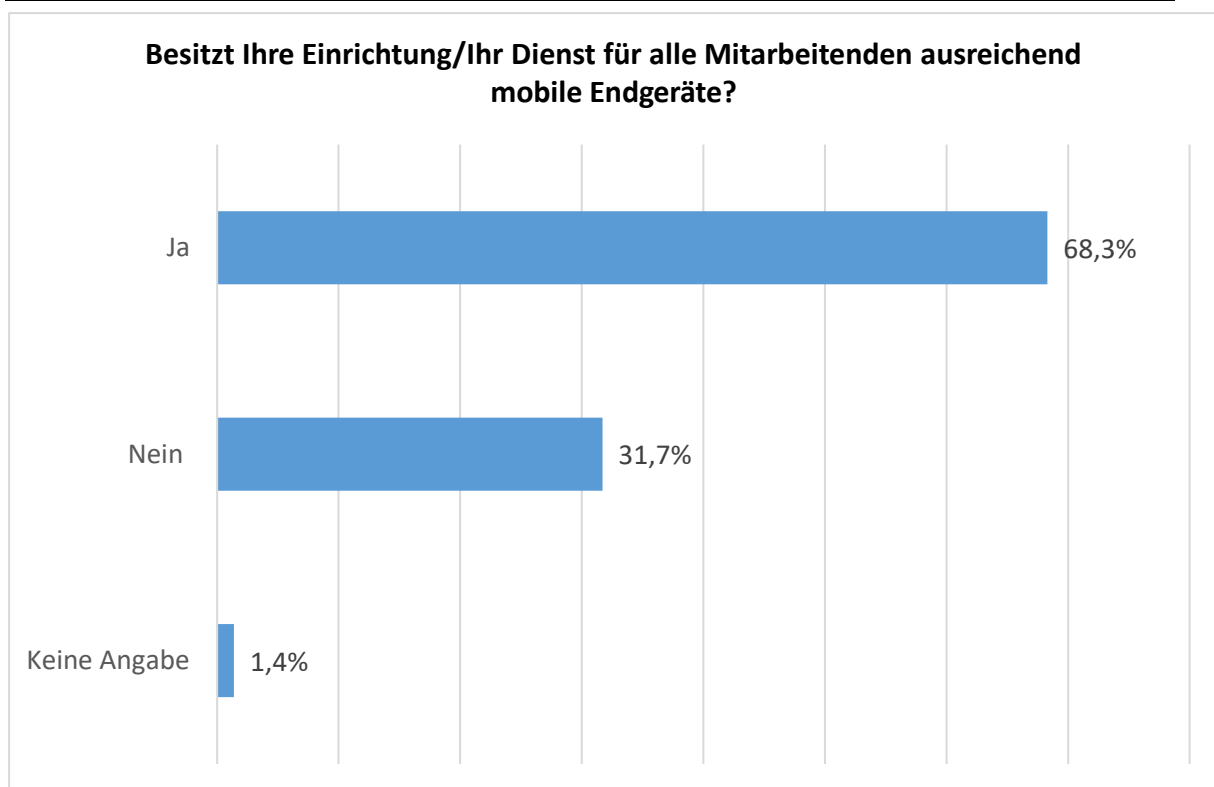


Abbildung 57: Ausstattung mit mobilen Endgeräten (eigene Darstellung 2024)

Rund zwei Drittel der Teilnehmenden können die Frage bejahen, ein Drittel verneinen sie. Dabei wird in dem zusätzlich zur Verfügung stehenden Freitextfeld deutlich gemacht, dass mobile Endgeräte, wenn sie ausreichend zur Verfügung stehen, vor allem für interne Prozesse genutzt werden: Dokumentationen (inkl. Medikamentenplan, Vitalwerte, usw.) und Leistungserfassungen, Zeiterfassung, Dienstpläne, Fahrtenbuchführung und Schulungen werden als Anwendungsfelder genannt. Es lässt sich also festhalten, dass viele Anwendungen genutzt werden und somit den Arbeitsalltag – überwiegend intern orientiert – erleichtern, wenn mobile Endgeräte zur Verfügung stehen und auch die Digitalisierung ausreichend ausgebaut ist.

Haben Sie finanzielle Fördermittel für die Digitalisierung in Ihrer Einrichtung erhalten/beantragt?

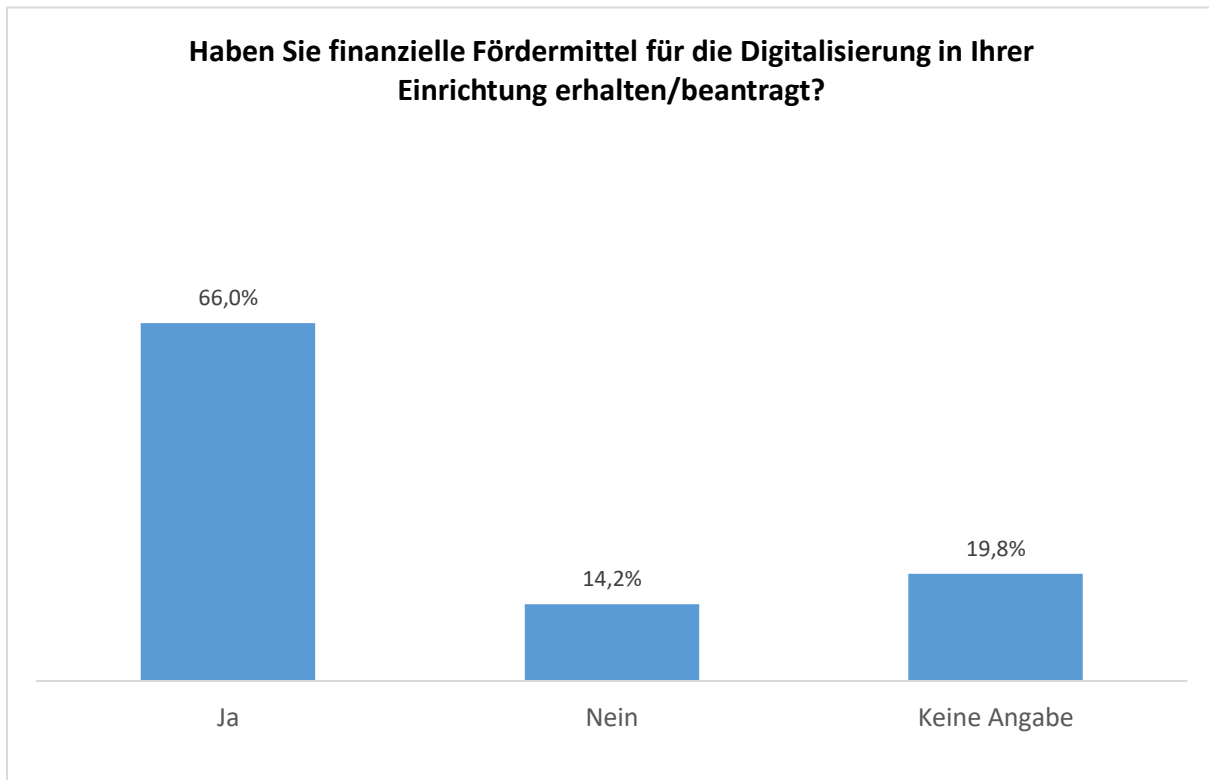


Abbildung 58: Erhalt von Fördermitteln zur Digitalisierung (eigene Darstellung 2024)

In den letzten Jahren gab es viele finanziellen Förderungen für den digitalen Ausbau. 66 % der Teilnehmenden geben an, dass sie finanzielle Fördermittel für die Digitalisierung beantragt oder erhalten haben. Nur 14,2 % verneinen diese Frage, rund 20 % können dazu keine Angabe machen. Etwa die Hälfte (50,9 %) der Teilnehmer:innen würden gerne über aktuelle Digitalisierungsprojekte und Fördermittel informiert werden; 27,4 % sind daran nicht interessiert oder machen dazu keine Angabe (21,7 %).

Es wird deutlich, dass grundsätzlich ein starkes Interesse an der Digitalisierung sowie an der Förderung dieser Technologien besteht. Dies zeigt sich darin, dass ein Großteil der befragten Personen angeben, Fördermittel für Digitalisierungsprojekte beantragt zu haben. In den Freitextantworten der Umfrage wird zudem ersichtlich, dass eine Vielzahl der Befragten Gerontechnologie wie den Cartabel, die Tovertafel oder verschiedene Sensortechniken in der Praxis einsetzt. Dies verdeutlicht, dass trotz der Herausforderungen in der Umsetzung ein signifikantes Engagement und eine positive Aufnahme der digitalen Möglichkeiten in den Einrichtungen vorhanden sind. Die Frage „**Nutzen Sie neue Technologien (z. B. Robotik, KI, intelligente Hilfsmittel, Demenztechnologien, etc.) in Ihrer Einrichtung/Ihrem Dienst?**“ wird lediglich von 11,7 % der Teilnehmer:innen mit „Ja“ beantwortet. Daraus lässt sich schließen, dass das eigentliche Potenzial digitaler Technologien in den meisten Einrichtungen und Diensten (noch) nicht vollständig ausgeschöpft wird.

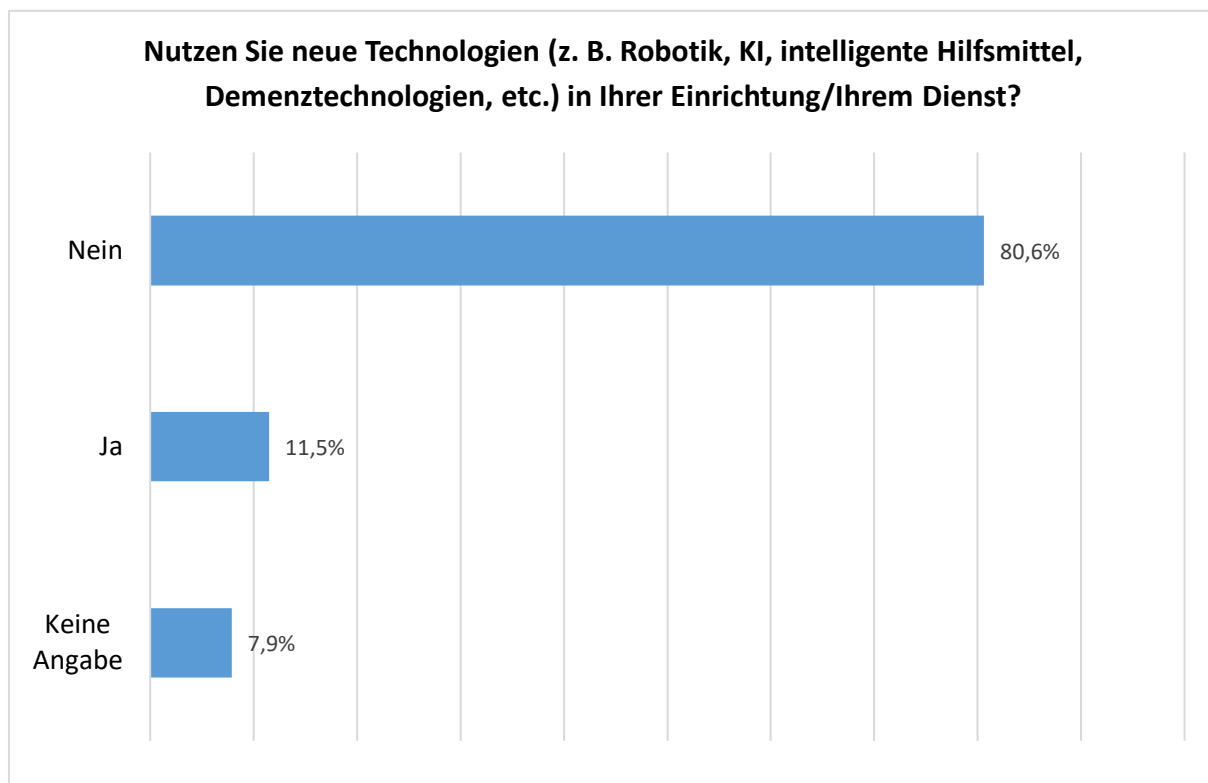


Abbildung 59: Nutzung von neuen Technologien – aus Sicht der Befragten (eigene Darstellung 2024)

Wie viele Bewohner:innen/Kund:innen Ihrer Einrichtung/des ambulanten Dienstes nutzen aktuell digitale Kommunikationsmöglichkeiten (z. B. Smartphone, Tablet)?

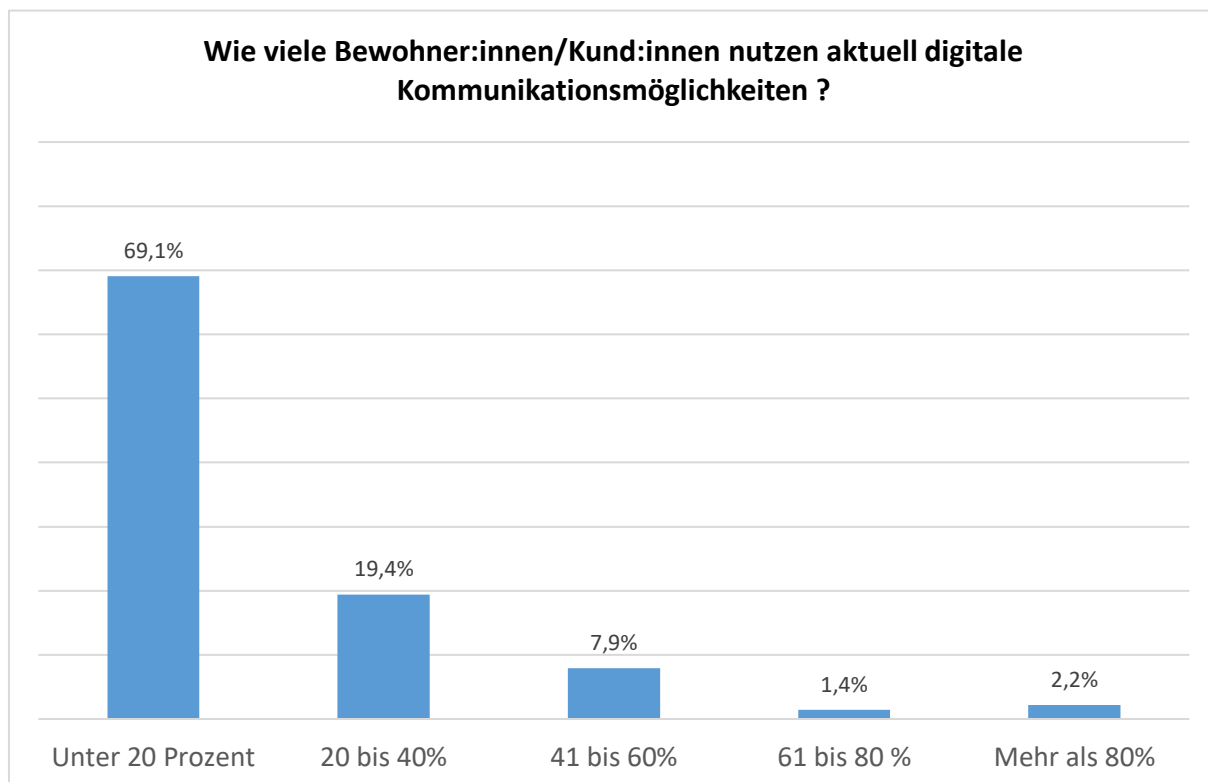


Abbildung 60: Einschätzung der digitalen Kommunikationsmöglichkeiten der Bewohner:innen/Kund:innen (eigene Darstellung 2024)

Bei den Antworten der Teilnehmer:innen zeigt sich, dass nur wenige der Bewohner:innen und Kund:innen Smartphones, Tablets oder andere Kommunikationsmöglichkeiten nutzen. Hierbei stellt sich zugleich die Frage, ob es mehr wären, wenn bspw. die WLAN-Ausstattung in den Einrichtungen besser wäre oder bspw. der Support für zu Hause lebende Kund:innen erhöht werden würde. Interessant wäre auch eine direkte Befragung von An- und Zugehörigen, um zu erfahren, ob hier mehr getan werden sollte, ob überhaupt Interesse und Nachfrage vorhanden ist oder ob die vorliegenden Zahlen das Maximum darstellen und daher auch keine Unzufriedenheit herrscht.

Bei der Frage, ob aktuell beim digitalen Austausch Unterstützung benötigt wird, geben die Teilnehmer:innen die Rückmeldung, dass vor allem beim Thema Datenschutz und Einarbeitung mehr Unterstützung hilfreich wäre. Der Datenschutz und die damit verbundenen Regelungen sind für viele Teilnehmende zu undurchsichtig und dadurch nicht nachvollziehbar. Außerdem wird der Datenschutz und seine Einhaltung dadurch erschwert, dass Behörden oder externe Unternehmen zum Teil zusätzlich eigene Datenschutzrichtlinien haben, die über die grundlegenden hinausgehen. Das macht es allen Akteuren schwer, die Richtigkeit und Konformität eines Datenaustausches zu gewährleisten oder gar damit zu beginnen. Dadurch entstehen auch Berührungängste. Die Teilnehmenden schreiben, dass besser gar nichts erhoben wird bzw. die analoge Variante gewählt würde, bevor etwas falsch gemacht wird. Das bringe

auch digitale Projekte und damit mögliche Kommunikations- und Arbeitsabläufe „ins Stocken“. Manche Befragten geben an, dass durch ein besseres Unterstützungsangebot bei vielen Mitarbeiter:innen die Motivation gesteigert werden könnte, mehr Vertrauen in digitale Möglichkeiten zu haben. Außerdem wird aus den Antworten der Teilnehmenden deutlich, dass der digitale Ausbau in den Einrichtungen sehr breit gefächert ist. Bei einigen fehlt es an Grundlegendem (WLAN usw.), andere Einrichtungen und Dienste sind voll digitalisiert oder nutzen zusätzlich zur Verfügung stehende KI-Anwendungen.

Auf die Frage „**Wenn Sie an Befragungen teilnehmen, bekommen Sie auch Ergebnisse zurückgemeldet?**“, antworten 15,1 % der Teilnehmenden mit „Ja“ und 40,6 % mit „Nein“, 33 % geben an, nur zum Teil Ergebnisse zurückzubekommen.

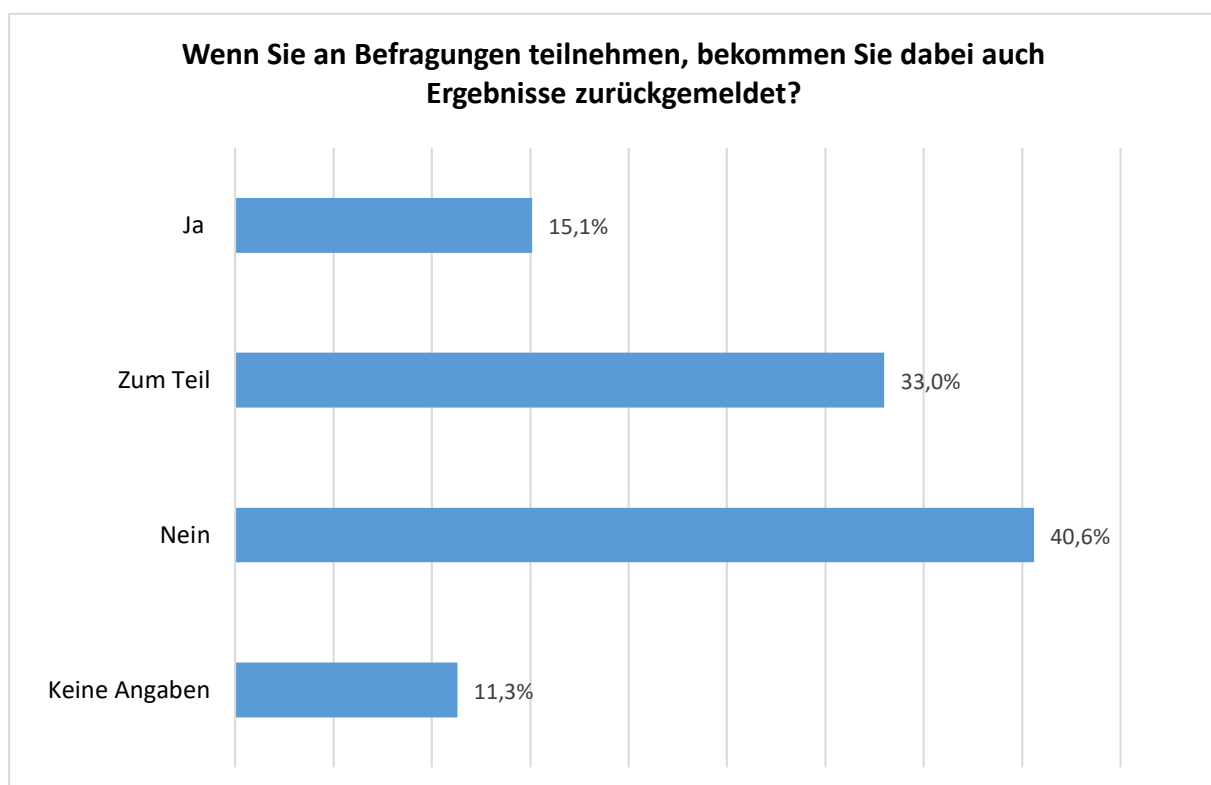


Abbildung 61: Einschätzung der Rückmeldung von Befragungsergebnissen (eigene Darstellung 2024)

Bei der Nachfrage, ob die erhaltenen Rückmeldungen hilfreich sind, geben die Teilnehmenden mehrheitlich an, dass das nicht der Fall sei. Es wird bemängelt, dass in den allermeisten Darstellungen von statistischen Ergebnissen und Befragungen genaue Handlungsempfehlungen fehlen und dann, wenn überhaupt, in Eigenarbeit sehr mühsam aufgearbeitet werden müssen. Zudem wird angemerkt, dass die Ergebnisse oft nur schwer in die Praxis einzuordnen sind, da die Darstellungen zu abstrakt seien. Praktische Konzepte und qualitative Ergebnisse könnten bei den Befragten besser ankommen und auch einfacher umgesetzt und eingebunden werden. Nur wenige Teilnehmende geben an, dass Rückmeldungen/Ergebnisse von Befragungen genutzt werden, um die Arbeit zu reflektieren oder interne Abläufe weiterzuentwickeln.

Zugleich wird bei der Frage „**Welche Daten brauchen Sie aktuell, die Ihnen aber momentan nicht zur Verfügung stehen?**“, häufig mit „Keine“ geantwortet. Das ist insofern interessant, dass sich daraus vermuten lässt, dass die Einrichtungen eigentlich mit Daten gesättigt sind. Dies wird auch in weiteren Antworten der Befragten deutlich. Einige Teilnehmende schreiben, dass zwar im Prinzip „alle Daten irgendwo aufzufinden sind“, aber vor dem Hintergrund der „Informationsflut“ das Finden von benötigten Daten oftmals schwierig sei. Andere Daten, die von den Teilnehmenden aktuell benötigt werden, würden aber nicht zur Verfügung stehen: Stimmungsbild der Branche, Daten und Vorgehen in anderen Einrichtungen, Digitalisierungsstand (andere Einrichtungen, aber auch von Arztpraxen usw.), Förderrichtlinien, wirtschaftliche Zahlen, medizinische Daten oder regionale Branchenkennzahlen. Bei vielen Antworten und Darstellungen lässt sich herleiten, dass die Einrichtungen gerne mehr Vergleiche und Einblicke in andere Einrichtungen/Dienste hätten, auch um ihre eigene Einrichtung/den eigenen Dienst besser einordnen zu können. Auch für einen Austausch und Ideengewinn würde das laut den Teilnehmenden sinnvoll sein. Aktuell „kämpfe“ sich jede Einrichtung allein durch, was viele Einrichtungen und Dienste – auch aufgrund des immer wieder betonten Fachkräfte- und Personalmangels – kaum noch als eine machbare Aufgabe einschätzen und sich auf diese Weise abgehängt fühlen.

Viele Teilnehmende sind zudem offen für einen Datenaustausch. Anhand der Antworten aus Frage 3.22 (**Wünschen Sie sich als Einrichtung eine bessere Kommunikation von Daten? Wenn ja, inwiefern könnten Sie sich diesen Austausch vorstellen (z. B. digitale Plattformen)? Wenn nein, erläutern Sie bitte warum.**) lässt sich schließen, dass zentralisierte Datenbanken, Plattformen, aber auch die Datendarstellung an sich verbessert und konzipiert werden müssten. Reine Statistikdaten und Diagramme können von den Einrichtungen und Diensten nicht angewendet werden. Erkenntnisse, Handreichungen und Einordnungen der Ergebnisse können besser von den Akteuren umgesetzt und eingebunden werden. Zudem wird angemerkt, dass kein neues Datenerhebungstool gewünscht wird, sondern vielmehr eine Plattform erstellt werden müsste, die die bereits jetzt gesammelten Daten bündelt. Der konkrete Wunsch hierbei ist eine zentrale Datenerhebung, die die jetzige Vielzahl von Datenerhebungen und Erhebungsprogrammen abbaut oder gar ersetzt. Auch der Wunsch nach themenspezifischen Aufarbeitungen und Ergebnissen wird häufig geäußert. Dies würde die Suche und Lösungsfindung vorhandener Probleme sehr vereinfachen und so den zuständigen Mitarbeitenden in den Einrichtungen und Diensten weiterhelfen.

4. Zusammenarbeit

Im vierten Abschnitt des Fragebogens soll darauf geblickt und nachgefragt werden, wie mit anderen Akteuren kommuniziert wird und wie dieser Austausch eingeordnet wird.

Ist die notwendige Versorgung durch Ärzt:innen aktuell gegeben?

Eine ausreichende ärztliche Betreuung wird von 55 % der Befragten angegeben, während bei 42,4 % der Befragten dies nicht der Fall war.

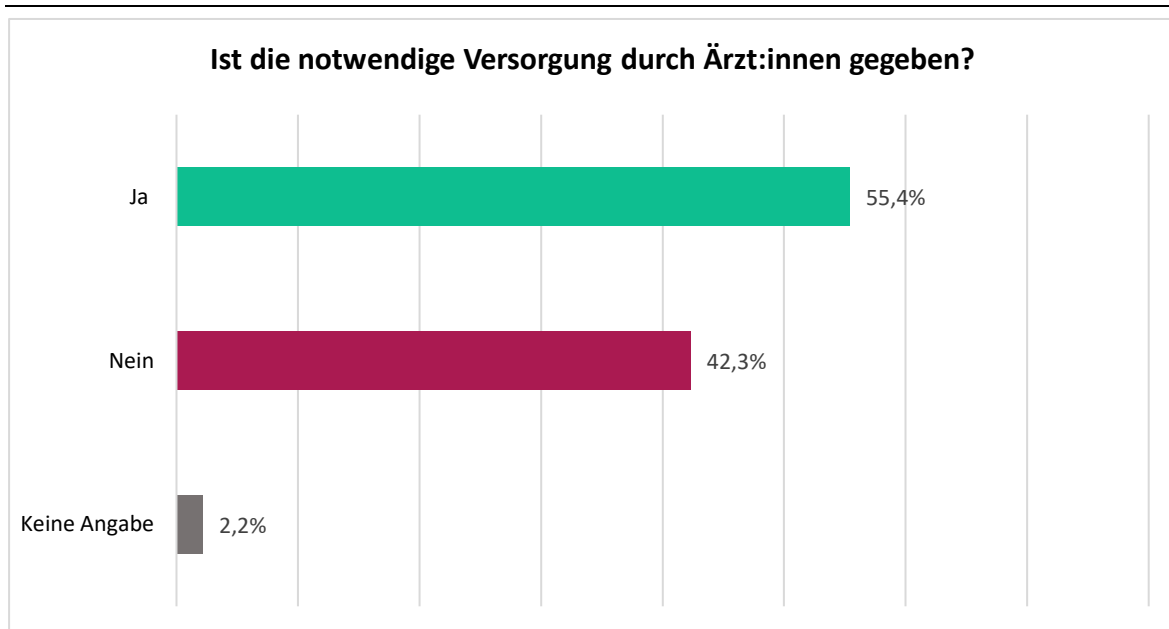


Abbildung 62: Einschätzung der ärztlichen Versorgung (eigene Darstellung 2024)

Die Gründe für eine unzureichende Versorgung variieren laut den Angaben der Befragten erheblich. Ein entscheidender Faktor sei der allgemeine Ärzt:innenmangel, der sich insbesondere durch das Fehlen von Hausärzt:innen zeige. Einige Teilnehmende weisen darauf hin, es immer wieder zu Arzt-Praxisaufgaben komme, weil keine Nachfolger gefunden werden. Dies führe zu weiteren Überlastungen der noch bestehenden Arztpraxen. Dieser grundlegende Mangel beeinflusse viele Bereiche, die die Versorgung von pflegebedürftigen Personen im ambulanten und stationären Setting betreffen. Insbesondere in ländlichen Regionen sei der Mangel gravierender als in städtischen Gebieten. Die Befragten berichten eindrücklich, dass es grundsätzlich sehr schwierig ist, einen Hausarzt oder eine Hausärztin für (neue) Bewohner:innen oder Kund:innen zu finden. Dies führe zum Teil zu massiven Lücken in der Versorgung, da immer mehr Hausärzt:innen keine neuen Patient:innen mehr aufnehmen können. In einigen Fällen resultiert dies sogar darin, dass Menschen aufgrund fehlender Hausärzt:innen nicht in eine Pflegeeinrichtung aufgenommen werden können. Ein häufig genannter Grund für die mangelhafte Versorgung ist die Problematik der Hausbesuche und eine allgemein schlechte Erreichbarkeit. Viele der Befragten berichten, dass die betreuenden Hausarztpraxen nur selten oder gar keine Hausbesuche bei ihren Patient:innen machen. Dies führe in einigen Fällen zu unnötigen Krankenhauseinweisungen, die nach Angaben der Befragten hätte vermieden werden können. Ähnliches wird auch im Kontext der Kommunikation – bspw. die Beantwortung von Faxen durch den Arzt – berichtet. Die Befragten geben an, dass sie häufig sehr lange auf eine Antwort warten müssen, was ebenfalls zu eigentlich vermeidbaren Klinikeinweisungen und damit mehr Verwaltungsarbeit führe. Zudem werden Verzögerungen bei der Bearbeitung neuer Verordnungen als problematisch empfunden, da dies vor allem im ambulanten Bereich mit wirtschaftlichen Einbußen verbunden sei. Neben dem Mangel an Hausärzt:innen führe auch der Mangel an Fachärzt:innen zu einer schlechten ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen. So führen fehlende Hausbesuche von Fachärzt:innen sowie die nicht vorhandene Barrierefreiheit vieler Praxen – insbesondere für Menschen mit Demenz – zu Schwierigkeiten. Diese Probleme würden durch lange Wartezeiten zusätzlich verschärft.

Neben den beschriebenen Problemen in der direkten Versorgung berichten die Befragten auch von Problemen auf organisatorischer Ebene. So geben sie an, dass es kaum noch zu Abschlüssen von Kooperationsverträgen kommt, was für die Einrichtungen neben der schon angespannten Situation eine zusätzliche Unsicherheit in der ärztlichen Versorgung darstellt. Außerdem zeigt sich die Überlastung der Praxen auch darin, dass sie Fragen oft erst nach Tagen beantworten oder es lange Warteschleifen am Telefon gibt – selbst für Einrichtungen und Dienste gibt es oft kein leichteres Durchkommen. Dies beeinträchtigt auch den Informationsaustausch, der unter den knappen zeitlichen Ressourcen extrem leidet und so wiederum negativen Einfluss auf die Versorgung von Pflegebedürftigen hat.

Wie bewerten Sie die aktuelle Zusammenarbeit mit (Haus-) Ärzt:innen in Ihrer Einrichtung? Bitte beschreiben und begründen Sie Ihre Einschätzung.

Die Befragten äußern unterschiedliche Einschätzungen zur Zusammenarbeit mit den Hausärzt:innen. Basierend auf ihren Aussagen zeigt sich, dass die Qualität der Zusammenarbeit stark vom jeweiligen Arzt/der jeweiligen Ärztin abhängt. Während einige Ärzt:innen als sehr engagiert und kommunikativ beschrieben werden, gibt es andere, die nur schwer zu erreichen sind, was eine effektive Zusammenarbeit erschwert. Diese unterschiedlichen Erfahrungen seien teilweise darauf zurückzuführen, dass die Ärzt:innen unter einer hohen Arbeitsbelastung leiden, was zu einer medizinischen Unterversorgung von Kund:innen oder Bewohner:innen führen kann. Befragte erwähnen zudem, dass die Ärzt:innen unter finanziellem Druck stehen, was die Zusammenarbeit noch mehr beeinträchtigt. Einige Befragte aus dem stationären Bereich berichten, dass bestimmte Pflegeheime von mehreren Hausärzt:innen betreut werden. Im ambulanten Setting scheinen häufig die Angehörigen die Kommunikation mit den Ärzt:innen zu übernehmen. So ist auch die Kommunikation zwischen dem ambulanten Dienst und den Praxen weniger ausgeprägt. Ähnlich wie im Bereich der Versorgung spielt für die Befragten auch die Erreichbarkeit und Kommunikation mit den Ärzt:innen eine wichtige Rolle. Insbesondere die fehlenden Hausbesuche beeinträchtigen, laut Aussagen der Befragten, die Zusammenarbeit erheblich. Dies betrifft vor allem Pflegebedürftige, die in der Häuslichkeit leben, da sie aufgrund der immer seltener stattfindenden Hausbesuche oftmals von einer ärztlichen Versorgung nahezu ausgeschlossen wären. Der Aufwand für Pflegebedürftige, selbstständig in eine Praxis zu kommen, würde hier oft unterschätzt. Zugleich könnten auch die ambulanten Dienste oft nicht weiterhelfen, da es sowohl an finanziellen als auch personellen Ressourcen fehle.

Wie bewerten Sie die aktuelle Zusammenarbeit mit Fachärzt:innen? Bitte beschreiben und begründen Sie Ihre Einschätzung.

Ähnlich wie im Bereich der hausärztlichen Versorgung wird die Zusammenarbeit mit Fachärzt:innen von den Befragten sowohl positiv als auch negativ bewertet. Im Vergleich zu Hausärzt:innen ist der Kontakt mit Fachärzt:innen jedoch weniger häufig. Insbesondere im ambulanten Bereich wird die Kommunikation mit Fach- und Hausärzt:innen im Vergleich zum stationären Bereich häufiger von An- und Zugehörigen durchgeführt. Wenn ein Kooperationsvertrag besteht, wird die Zusammenarbeit von den Befragten als positiv eingeschätzt. Einige der Befragten berichten, dass es häufig Kooperationen mit Fachärzt:innen aus dem Bereich der

Zahnmedizin, Urologie und Psychologie gibt. Die meisten Befragten berichten, dass Fachärzt:innen in der Regel keine Hausbesuche machen, was vor allem im stationären Bereich als negativ betrachtet wird. Darüber hinaus werden die sehr langen Wartezeiten von den Befragten als erschwerender Faktor sowohl in der Zusammenarbeit als auch in der Versorgung beschrieben. Zahnärzt:innen, Urolog:innen und Psycholog:innen sind diejenigen, die am ehesten Hausbesuche machen.

Allgemein wird von einigen Befragten berichtet, dass der Informationsfluss und die Kommunikation mit Fachärzt:innen als schwierig empfunden werden, beispielsweise durch fehlende Antworten auf Faxnachrichten oder fehlende Rückmeldungen an Einrichtungen. Oftmals besteht der Kontakt auch nur aus der Anforderung von Rezepten. Zugleich wird aber davon berichtet, dass, wenn Termine ausgemacht sind und die Fachärzt:innen in die Einrichtung kommen, diese Termine und die Zusammenarbeit gut und unkompliziert verlaufen. Die Teilnehmenden aus dem ambulanten Setting berichten, dass ohne die Unterstützung der An- und Zugehörigen eine Kommunikation mit Facharztpraxen als sehr schwierig wahrgenommen wird. Hürden hierbei sind vor allem die Terminvergabe, die Fahrtwege, die Nachsorge und die finanziellen Unterstützungen. Einige der Befragten merken an, dass Fachärzt:innen ihrer Ansicht nach ein geringes Interesse an der Zusammenarbeit mit Pflegeheimen zeigen, was sich wiederum auf die bereits oben dargestellte Kommunikation usw. auswirke. Im ambulanten Dienst übernehmen zwar Angehörige oder Fachkräfte häufig die Kommunikation mit Fachärzt:innen, wobei aber ähnliche Kommunikationsprobleme auftreten wie in Pflegeheimen. Gelegentlich führen diese Schwierigkeiten sogar zu finanziellen Einbußen für die Dienste, beispielsweise, wenn Verordnungen fehlen und Ärzte sich weigern, sie rückwirkend auszustellen. Insbesondere für schwerstpflegebedürftige Personen ist es sehr aufwendig, Facharzttermine vor Ort wahrzunehmen.

Welche bewohner:innenunabhängigen Informationen sollten (besser) mit den Haus- und Fachärzt:innen kommuniziert werden (z. B. Urlaubsvertretungen, Hausbesuche, Aufnahme neuer Patient:innen)? Bitte beschreiben Sie Ihre Anliegen möglichst genau.

Mit den oben dargestellten Informationen aus dem Fragebogen und auch bei dieser Frage wird der Wunsch der Befragten nach einer verbesserten Kommunikation und einem gesteigerten Informationsfluss – insbesondere bezüglich Urlaubszeiten und Vertretungsregelungen in Arztpraxen – ersichtlich. Zusätzlich wird eine Optimierung des Informationsaustauschs im Zusammenhang mit der Ausstellung von Verordnungen gefordert, da die Kommunikation bei Änderungen oder fehlerhaften Verordnungen als sehr zeitaufwendig empfunden wird, vor allem in der Nachbereitung und Nachbesserung. Des Weiteren wird von den Befragten eine Verbesserung des Informationsaustauschs im Kontext der Neuaufnahme von Patienten und der Verwaltung der Patientenbetreuung angesprochen. Auch die Erreichbarkeit von Ärzt:innen an Wochenenden und Feiertagen ist den Befragten ein wichtiges Anliegen. Daneben äußern viele Teilnehmer:innen, dass die Kommunikationslücken oft weitreichende Nachwirkungen haben, wie z. B. bei angepassten Medikamentenpläne oder veränderten Medikamenteneinstellungen.

gen. Hier müsse eine zeitnahe und auch eindeutige Kommunikation zwischen Ärzt:innen, Einrichtungen, Diensten, aber auch Angehörigen und Betroffenen stattfinden; die Folgen tragen sonst die pflegebedürftigen Menschen.

Haben Sie feste Ansprechpartner:innen im zuständigen Gesundheitsamt?

Die Mehrheit der Befragten (57,5 %) verfügt primär nicht über feste Ansprechpartner:innen innerhalb des zuständigen Gesundheitsamtes.

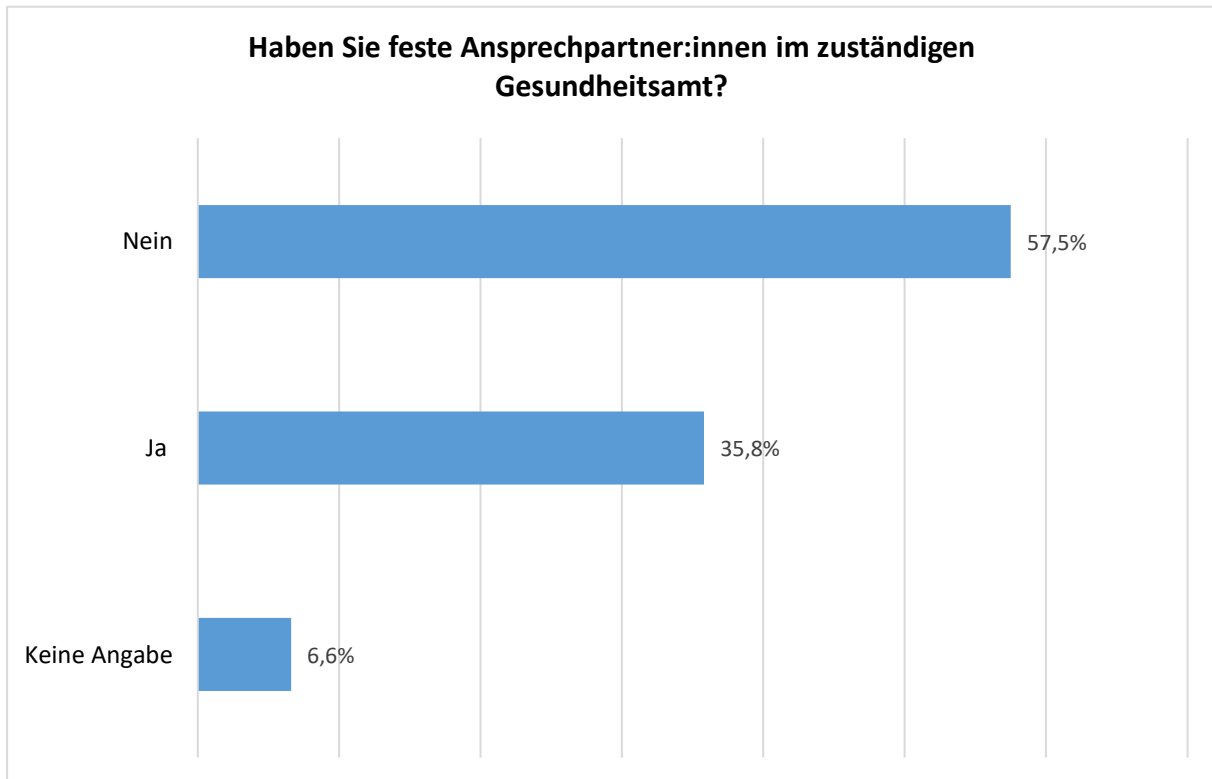


Abbildung 63: Angaben zu festen Ansprechpartner:innen im Gesundheitsamt (eigene Angaben 2024)

Die Zusammenarbeit oder Kooperation erfolgt laut den Angaben der Befragten häufig situationsbedingt, beispielsweise im Falle meldepflichtiger Infektionserkrankungen oder wenn konkrete Fragen aufkommen. Die Kommunikation zwischen den Einrichtungen und dem Gesundheitsamt erfolgt in der Regel per E-Mail oder telefonisch und wird von den meisten positiv bewertet, weil Rückmeldungen bspw. auf Anfragen schnell erfolgen und die Mitarbeitenden als freundlich, kompetent und hilfsbereit wahrgenommen werden. Viele der Befragten berichten zudem, dass sich die Zusammenarbeit seit Beginn der COVID-19-Pandemie verbessert habe. Einige Teilnehmer:innen, die die Zusammenarbeit und Kommunikation negativ bewerteten, begründen dies damit, dass das Fehlen fester Ansprechpartner:innen im Gesundheitsamt dazu führt, dass ihre Fragen nur schwer beantwortet werden können. Außerdem werden Hausbegehungen als eher unbeliebt beschrieben. Zudem wird berichtet, dass ein Kontakt häufig nur dann zustande kommt, wenn es Probleme gibt. Dies habe entsprechenden (eher negativen) Einfluss auf die Einschätzung der Zusammenarbeit und Kooperation.

Beschreiben und bewerten Sie bitte die Zusammenarbeit und Kooperationen mit dem örtlichen Pflegestützpunkt, sofern diese bestehen.

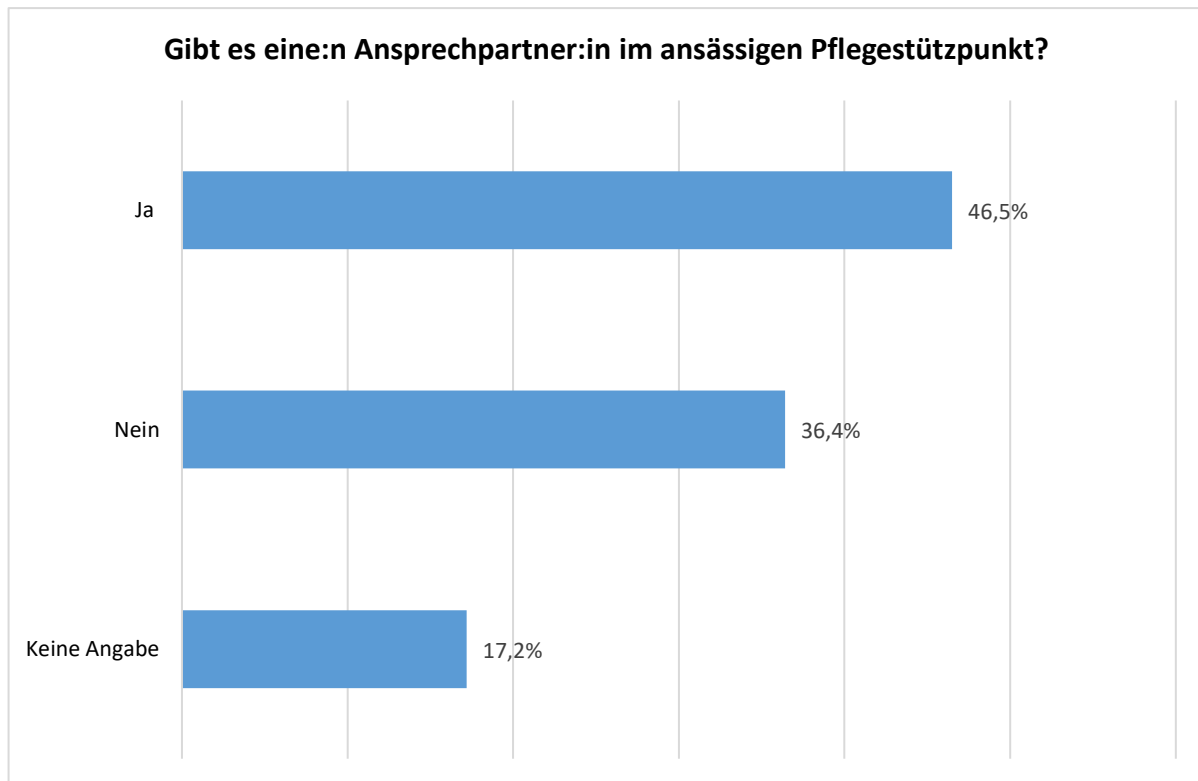


Abbildung 64: Angaben zu Ansprechpartner:innen in der Pflegestützpunkten (eigene Darstellung 2024)

Primär berichten die Befragten von einer positiven Zusammenarbeit, jedoch wird häufig auch zurückgemeldet, dass kein Kontakt bzw. keine Zusammenarbeit bestehe. Die Kontaktaufnahme erfolge häufig im Kontext der Suche nach Pflegeheimplätzen oder einer Inanspruchnahme von ambulanten Diensten. Einige Befragte verfügen über feste Ansprechpartner:innen; vielen fehlt so eine Kontaktperson. Gelegentlich werden laut den Teilnehmenden Treffen arrangiert, um Informationen auszutauschen. Generell lässt sich feststellen, dass Pflegestützpunkte tendenziell positiv bewertet werden. Viele beschreiben den Pflegestützpunkt als Ansprechstelle, die eine bessere Vernetzung besitzt als die meisten Einrichtungen und Dienste – was hilfreich sein kann, wenn nach einem Pflegeheimplatz gesucht wird. Eine befragte Person äußerte im Kontext einer negativen Beurteilung der Zusammenarbeit, dass die Mitarbeiter im Pflegestützpunkt als überfordert wahrgenommen werden. Letztlich lässt sich auch hier aus den Rückmeldungen schließen, dass die Bewertung der Zusammenarbeit abhängig vom Standort – also der zuständigen Stelle – ist. In einigen Landkreisen gibt es viele Angebote und Kontaktmöglichkeiten, in anderen sind diese kaum bis gar nicht vorhanden. Ein einheitliches Angebot wäre wünschenswert und würde für einen flächendeckenden guten Austausch zwischen vielen Akteuren sorgen.

Bitte bewerten Sie die Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht. Beschreiben Sie dafür die Zusammenarbeit und Kooperation, sofern diese bestehen.

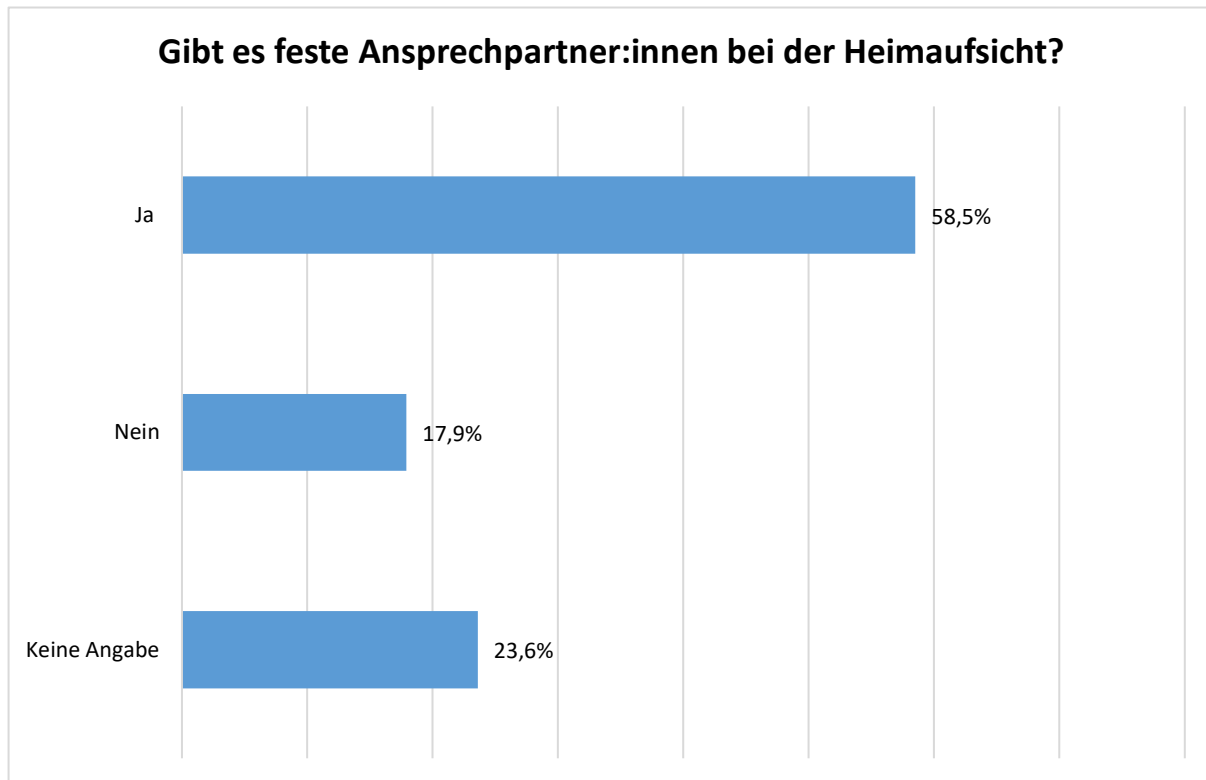


Abbildung 65: Angaben zu festen Ansprechpartner:innen bei der Heimaufsicht (eigene Darstellung 2024)

Ein Kontakt mit der Heimaufsicht besteht nicht bei allen befragten Personen, da einige von ihnen im ambulanten Bereich tätig sind. Befragte aus dem stationären Bereich hingegen berichten, dass der Kontakt in erster Linie im Rahmen der Regelprüfungen und des damit verbundenen (Daten-)Austauschs stattfindet und auch nicht darüber hinaus geht. Die Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht wird von vielen Befragten positiv bewertet. Es wird darauf hingewiesen, dass die Besuche der Heimaufsicht in der Regel beratenden Charakter haben und konstruktive Rückmeldungen sowie Kritik an die Einrichtungen weitergegeben werden. Einige der Befragten empfinden jedoch die Regelprüfungen als nicht zeitgemäß und schätzen die Rückmeldungen und Vorgaben als praxisfern ein. Es wird auch angemerkt, dass die Bewertung der Einrichtungen nicht immer objektiv erfolgt, sondern stark von den subjektiven Eindrücken der Prüfer:innen abhängt. Dabei spielten auch die oft sehr unterschiedlichen fachlichen Einschätzungen eine große Rolle, wenn es zu Diskrepanzen kommt. Eine der befragten Personen berichtet, dass es keine Unterstützung seitens der Heimaufsicht gibt und dass es nicht möglich ist, gemeinsam nach Lösungen zu suchen. Ein reger Personalwechsel und ein daraus resultierender kaum möglicher regelmäßiger Austausch wird zudem von einigen Befragten erläutert und bemängelt.

Bitte beschreiben Sie die Zusammenarbeit mit den Apotheken (wie laufen bspw. Bestellungen o. ä. ab, was läuft digital, was analog)?

Die Befragten berichten, dass der Hauptkontakt zu Apotheken in der Regel im Zusammenhang mit dem Medikamentenmanagement steht und dadurch häufig auch feste Ansprechpartner:innen in den Apotheken zuständig sind. Dieser Prozess verlaufe oft noch analog über Fax, bei Bedarf telefonisch, digitale Kommunikation wie bspw. auch E-Mails werden von den Apotheken oft abgelehnt. Grund für den weiteren Einsatz von überwiegend Faxgeräten ist der Datenschutz, so die Teilnehmer:innen. In einigen wenigen Fällen haben Befragte von digitalen Prozessen berichtet, ohne jedoch näher auf diese einzugehen oder sie zu beschreiben. Die allgemeine Einschätzung der Befragten zur Zusammenarbeit mit Apotheken ist positiv, obwohl gelegentlich lange Lieferzeiten oder das Fehlen bestimmter Medikamente bemängelt werden. Die Prozesse und die Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen/Diensten und Apotheken laufen häufig ähnlich ab: Die Apotheken erhalten Rezepte von Hausarztpraxen und liefern die Medikamente dann an die Kund:innen, sei es in deren Häuslichkeit oder in Pflegeeinrichtungen. Die Bereitstellung von Medikamenten ähnelt also einem „Lieferdienst“, so beschreiben es die Befragten. Die Anzahl der Einrichtungen, die das sogenannte „Blistern“ anbieten, ist relativ gering. Hier würden sich die befragten Personen ein größeres Angebot wünschen. In der Regel haben alle stationären Einrichtungen feste Ansprechpartner:innen in einer Apotheke, da die meisten mit einer oder mehreren nahegelegenen Apotheken zusammenarbeiten.

Bei der Zusammenarbeit und Kooperation, aber auch in der Kommunikation zwischen einigen stationären Einrichtungen/ambulanten Diensten und anderen Akteuren ist zum Teil noch viel Luft nach oben. Andere Teilnehmende berichten dagegen von unkomplizierten Abläufen oder einwandfreier Kommunikation. Es ist demnach ein bisschen Glücksache, wo sich die Einrichtung befindet. Gibt es ausreichend Ärzt:innen, die auch noch Hausbesuche anbieten, gibt es Apotheken, die weiterhin Medikamente liefern oder welcher Landkreis ist für Pflegestützpunkte und Heimaufsichten zuständig? In den Antworten der Befragten lassen sich hierbei die größten Unterschiede feststellen; zum Teil benennen die Befragten auch die Land- oder Stadtkreise, in denen etwas sehr gut strukturiert ist oder in denen noch Potenzial für Verbesserungen gesehen wird. Ein einheitliches Vorgehen sollte dringend anvisiert werden, um allen Einrichtungen und Diensten gleiche Bedingungen zur Grundversorgung zu bieten. Das mitunter wichtigste Thema und gleichzeitig größte Problem, das hier wiederholt beschrieben wird, ist wohl der Wegfall von immer mehr Hausarztpraxen. Zunehmend gehen Hausärzt:innen in den Ruhestand, ohne eine:n Nachfolger:in zu haben. Das bereitet den Mitarbeiter:innen aus der Pflege große Sorgen

5. Aktuelle Entwicklungen

Um noch einen aktuellen Einblick in die Einrichtungen und Dienste zu erhalten, soll im fünften Teil der Befragung auf aktuelle Entwicklungen eingegangen werden.

Welche Themen würden Sie interessieren und worüber würden Sie gerne regelmäßiger informiert werden (Mehrfachnennungen möglich)?

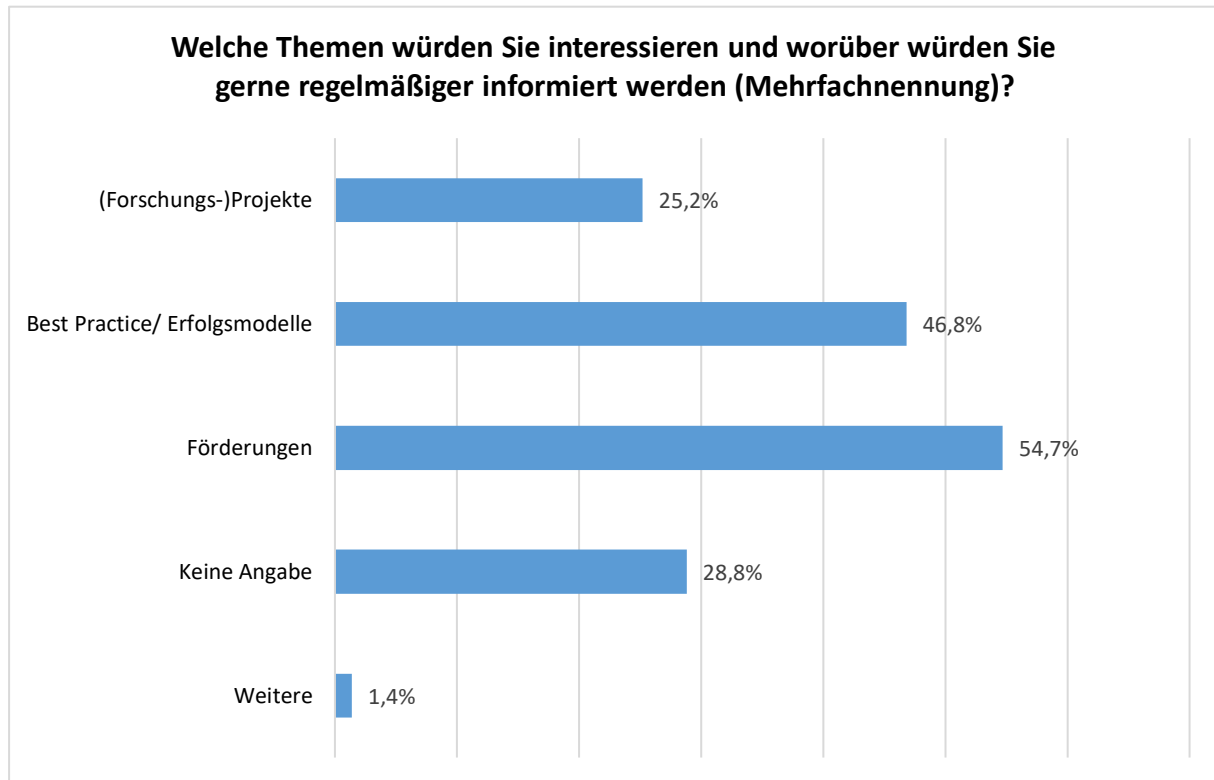


Abbildung 66: Angaben der Teilnehmenden hinsichtlich des Wunsches nach weiteren Informationen zu Projekten, Förderungen und anderem (eigene Darstellung 2024)

Die Befragten äußern den Wunsch nach regelmäßiger Information in den Bereichen „Best Practices und Erfolgsmodelle“ (46,8 %) sowie „Fördermöglichkeiten“ (54,7 %). Darüber hinaus werden Hilfestellungen im Bereich „Personalmanagement“ sowie „Informationen zu Änderungen und Finanzierungen der Kostenträger“ genannt. Zusätzlich interessieren sich die Befragten für Themen im Zusammenhang mit Künstlicher Intelligenz, wie beispielsweise deren Integration in den Alltag, aktuelle Forschung und Fortschritte im Bereich Digitalisierung. Einige der Befragten geben an, dass sie gerne besser und mehr über regionale Entwicklungen informiert werden würden. Den Führungskräften würde es außerdem helfen, wenn es mehr Unterstützung und Austausch zum Thema „Wie kann ich meine Mitarbeiter:innen bei bestimmten Themen mitnehmen?“ geben würde. Auch im Bereich der rechtlichen Unterstützung beim Thema „Personalführung“ hätten die Befragten mehr Hilfe.

Welche aktuellen inhaltlichen Weiterentwicklungen/Projekte werden in Ihrer Einrichtung im Moment umgesetzt/begonnen?

Die Angaben der befragten Personen zeigen eine Vielzahl von unterschiedlichen Entwicklungen und Projekten auf, die derzeit in verschiedenen Bereichen stattfinden. Einer der Punkte, den die Befragten hervorheben, ist die Umsetzung von Digitalisierungsprojekten sowie die Anbindung an die Telematikinfrastruktur. Des Weiteren werden strukturelle und organisatorische Veränderungen wie Krisenkonzepte, die Auslagerung von Rufbereitschaften sowie konzeptionelle Entwicklungen zur Steigerung der Qualität aufgezählt. Ein weiterer häufig genannter Aspekt ist die Umsetzung des Personalbemessungsinstruments (PEBM) und die damit einhergehenden personellen Veränderungen. Einige Einrichtungen setzen sich zum Zeitpunkt der

Erhebung mit Projekten zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung auseinander, wie beispielsweise hausinternes Wundmanagement, Gerontopsychiatrie und andere spezialisierte Versorgungsbereiche. Des Weiteren berichten die befragten Personen von Umbau- oder Renovierungsmaßnahmen sowie von der Eröffnung oder Erweiterung von Angeboten wie Tagespflegeeinrichtungen, betreuten ambulanten Wohngemeinschaften, Ausbau der Kurzzeitpflege und Pflegehotels. Die Förderung der Gesundheit der Mitarbeitenden und die Teilnahme an verschiedenen Projekten in diesem Bereich sind ebenfalls in einigen Einrichtungen aktuelle Themen. Einige Einrichtungen oder Dienste geben an, dass sie derzeit bereits mit dem Tagesgeschäft ausgelastet seien, während andere im „Überlebensmodus“ arbeiten und ebenfalls keine Ressourcen für Weiterentwicklungen haben. Eine Einrichtung ist Praxispartner im Kontext eines Forschungsprojektes. Es zeigt sich bei dieser Frage und den gegebenen Rückmeldungen, dass in den meisten Einrichtungen und Diensten ständige Anpassung und ständiger Fortschritt Teil des Arbeitsalltags ist. Dies ist durchweg positiv zu bewerten und zeigt, wie viel Interesse bei vielen Einrichtungen/Diensten vorhanden ist, Ideen und Innovationen umzusetzen.

Welche arbeitsorganisatorischen Veränderungen nehmen Sie aktuell vor (bspw. neue Tourenplanung o. ä.)? Bitte beschreiben Sie Veränderungen, sofern es welche gibt.

Die Angaben der befragten Personen verdeutlichen eine Vielzahl verschiedener arbeitsorganisatorischer Veränderungen, die derzeit in den Einrichtungen umgesetzt werden. Dazu zählen die Entwicklung neuer Arbeitszeitmodelle, die Anpassung an das Personalbemessungsinstrument (PEBM) oder auch die Wiederaufnahme spezieller Touren im ambulanten Bereich – wie beispielsweise Elterntouren, ein spezielles Arbeitszeitmodell, das auf Eltern abgestimmt ist, die ihre Kinder zur Schule, in den Kindergarten oder in andere Betreuungseinrichtungen bringen müssen, die aufgrund der Pandemie vorübergehend ausgesetzt werden mussten. Des Weiteren werden die Planung stationärer Touren und die Einführung von Onboarding-Prozessen für neue Mitarbeitende als aktuelle Schwerpunkte genannt. Einrichtungen müssen sich auch aufgrund des veränderten Personalmixes – d. h. einem Rückgang an Fachkräften und einem Anstieg an Hilfspersonal – umstellen und die Abläufe im Arbeitsalltag anpassen. Ein Befragter hebt hervor, dass trotz insgesamt positiver Entwicklungen die kontinuierlichen Änderungen der Vorgaben eine Herausforderung darstellen. Dazu zählen digitale Prozesse, aber auch Vorschriften, die die Wohnformen betreffen. Ebenso wird die Umstellung auf eine neue Pflegesoftware oder der Wechsel zu einem anderen Softwareanbieter, die eher als mühselig eingeschätzt werden, als aktuelle Themen genannt.

Eine Person betont, dass „die Dinge eigentlich gut laufen“, jedoch durch die sich ständig ändernden Vorgaben kontinuierlich angepasst werden müssen, was trotz der positiven Entwicklung als belastend empfunden wird und zugleich mit viel Arbeit und personellen Ressourcen verbunden ist. Ein weiterer Aspekt, der von den Befragten angesprochen wird, ist, dass häufige Veränderungen im Bereich der Arbeitsorganisation aufgrund von mangelndem Pflegepersonal entweder nicht oder nur bedingt umgesetzt werden können. Die Ideen und Innovationen sowie Möglichkeiten sind in den meisten Einrichtungen/Diensten also vorhanden, können

aber oft aufgrund des Personalmangels nicht realisiert werden und führen demnach auch nicht zu der gewünschten Erleichterung im Arbeitsalltag der Pflege.

6. „Was noch zu sagen ist ...“

In diesem offenen Themenfeld machten die Teilnehmenden ebenfalls einige interessante Angaben. Für einige Teilnehmenden besteht der Bedarf, die generalistische Pflegeausbildung hinsichtlich ihrer Durchführung und Folgen zu überprüfen. Dies wird unter anderem mit einer wahrgenommenen höheren Abbruchrate und höheren Durchfallquote der Auszubildenden begründet. Des Weiteren äußern die Befragten den Wunsch nach einer Plattform oder einem Sprachrohr, das ihnen die Möglichkeit bietet, sich politisch und gesellschaftlich zu äußern und Gehör zu finden. In diesem Zusammenhang wird auch eine Pflegekammer gefordert. Ein weiteres Anliegen betrifft die wahrgenommenen (Zuwanderungs-)Hürden für ausländisches Pflegepersonal. Hier werden Reduzierungen der bürokratischen Hürden und vereinfachte Prozesse gefordert, damit Mitarbeitende schneller und einfacher in einer Einrichtung oder einer ambulanten Sozialstation integriert werden können. Insgesamt wünschen sich Befragte weniger bürokratische Vorgaben und mehr politisches Engagement zur Entlastung der Pflegeeinrichtungen. Die Anerkennung der Pflege als Profession und die Wertschätzung der Fachexpertise der Pflegenden stehen ebenfalls im Fokus der Anliegen. Weitere Forderungen betreffen die Ausweitung der Rechte für Pflegefachkräfte insbesondere im Bereich der Hilfsmittelversorgung und des Wundmanagements, um ihnen die Möglichkeit zu geben, Hilfsmittel eigenverantwortlich zu verschreiben und Wundversorgungsmaterialien zu verordnen. Dies würde auch den sehr knappen zeitlichen Ressourcen der Ärzt:innen zugutekommen und diese entlasten. Außerdem wird der Wunsch nach flexibleren Arbeitszeiten geäußert. Ein weiteres Anliegen betrifft die Unterstützung von Pflegekräften, die aufgrund körperlicher Einschränkungen keine Vollzeitbeschäftigung mehr ausüben können. Hier wird angeregt, Bildungsangebote bereitzustellen, damit sie weiterhin voll erwerbstätig sein können.

3.7.3 Zusammenfassung und Einordnung der Ergebnisse

Gesamteinschätzung

Die Ergebnisse der Hauptbefragung sind interessant und vielfältig. Obwohl es trotz intensiver Versuche nicht gelungen ist, die Teilnehmenden-Anzahl substantiell auf ein Niveau zu heben, das als zufriedenstellend zu bewerten ist, sind die Daten im qualitativen Datenbereich gesättigt und können Trends der Pflegepraxis in der Langzeitpflege verdeutlichen. Die Frage der Repräsentativität wurde nicht gestellt, da hier hinsichtlich der quantitativen Fragen die Anwendung mathematischer Methoden nötig gewesen wäre; dies war in diesem Projekt nicht zu leisten und auch zu keinem Zeitpunkt geplant. Vielmehr war es das Ziel, einen Fragebogen zu entwickeln, der insbesondere qualitative Einblicke in das Feld erlaubt. Im Bereich der qualitativen Erforschung von einem Untersuchungsgegenstand wird eine Datensättigung angestrebt; auch dies konnte mit der geringen Teilnehmenden-Zahl zufriedenstellend erreicht werden.

Jedoch ist das zentralste Ziel diese Erhebung zu analysieren, welche Daten qualitativ erfragbar sind bzw. welche Fragen zu stellen sind, um eine bessere qualitative Einsicht in das Feld der Langzeitpflege zu bekommen. Vor diesem Hintergrund wurde der Fragebogen auch hinsichtlich der Antwortqualitäten analysiert und erneut überarbeitet. Auch wurde noch einmal genau recherchiert, welche Fragen durch andere (Routine-)Befragungen bereits zur Verfügung stehen.

Weiterentwickelter Fragebogen

- Im Wesentlich zielführend
- Veränderungen (z. B. gestrichen, weil nur einmalig gefragt, die anderen Daten sollen regelmäßig erhoben werden)
- „Stammdaten“ werden benötigt, um die Daten besser interpretieren/verstehen zu können
- Neuer Fragebogen 2.0: „Namen“ (Akronym) geben: Anhang:
- Empfehlungen zur Anwendung: 1 x Jährlich, unabhängige Erhebung, Teilnehmer:innen-Anzahl erhöhen (Repräsentativität nicht umfänglich möglich, wie geht man damit um: z. B. jährlich erheben und Trends vergleichen)
- Empfehlungen zur Auswertung

Kapitel 4

Empfehlungsthemen

Vorbemerkungen und Prognosedaten

Zentrale Empfehlungen der Forschungsgruppe

Schlussbemerkung

4 Empfehlungsthemen

4.1 Vorbemerkungen und Prognosedaten

Im Verlauf des Projektes konnten viele Weiterentwicklungen und Herausforderungen in Bezug auf die Daten zur Steuerung der Langzeitpflege identifiziert werden. Dabei kann von einer weitestgehenden Übereinstimmung der empirischen Ergebnisse mit den Befunden aus der nationalen und internationalen Literatur ausgegangen werden. Dies ist für die Empfehlungen des Projektes eine gute Ausgangslage. Allerdings dringt das Projekt thematisch in eine Entwicklung vor, die als überaus dynamisch bezeichnet werden darf. Die Veränderungen und Weiterentwicklungen im Thema sind sowohl politisch als auch fachlich und technisch motiviert. Ein Thema hat sich allerdings aus unserer Sicht wenig weiterentwickelt: die Perspektive auf die „datenbasierte Steuerung“ bzw. den „Wunsch nach einer datenbasierten Steuerung der Langzeitpflege“. Von Beginn an zeichnete sich im Projekt ab, dass die Akteur:innen sich nur unzureichend dahingehend positionieren, mit welchen Daten und damit verbundenen Themen die Langzeitpflege in Deutschland gesteuert werden soll bzw. kann. Weder in der Literatur noch in der empirischen Phase konnte diese Frage zufriedenstellend beantwortet werden. Andererseits ist deutlich geworden, dass sich die politischen Akteur:innen Instrumente zur Steuerung des Systems Langzeitpflege auf kommunaler Ebene, Landes- und Bundesebene wünschen, um der steigenden Nachfrage von Pflegeleistungen gerecht zu werden. Dafür sind die Daten rund um die demografische Entwicklung nicht ausreichend. Für belastbare Prognosen werden Informationen benötigt, die sich prospektiv mit beispielsweise folgenden Fragen auseinandersetzen: Krankheitsspektrum in Alter, Weiterentwicklung der medizinischen und pflegerischen Therapien, Wohnraumentwicklung, Entwicklung der Personenhaushalte und Familienstrukturen, pflegerische und medizinische Angebotsstrukturen, Struktur der haushaltsnahen Dienstleistungen. Die Prognosedaten lassen sich aus unserer Sicht zum großen Teil aus bereits vorhandenen Daten ableiten; die Prognosedaten zum pflegerischen und medizinischen Leistungsspektrum könnten von Fachexpert:innen eingeschätzt werden. Wünschenswert wäre es, wenn diese Prognosedaten regelmäßig, – z. B. alle zwei Jahre – erhoben und von einem Fachgremium bewertet werden. Vor dem Hintergrund dieser Bewertung kann dann auch eine Regionalisierung der Daten vorgenommen werden, um auch das Leistungsgeschehen der Gemeinden und Kommunen zu steuern. Dabei ist der Austausch wichtig, um kommunale Grenzen für die Bürgerschaft gut überwindbar und Angebotsstrukturen wechselseitig nutzbar zu machen.

Das Interesse an belastbaren Daten im Pflegewesen ist breit. Folgende **Hauptakteur:innen auf Landesebene** wurden in der Studie identifiziert bzw. betrachtet:

- Bürger:innen
- Ambulante und stationäre Einrichtungen der Langzeitpflege
- Träger und Verbände der Langzeitpflege
- Landesministerien (und ggf. Bundesministerien)
- Landes- und Kreis- und Stadtverwaltungen (inkl. Heimaufsicht, Pflegestützpunkte)

-
- Kranken- und Pflegekassen
 - Medizinischer Dienst (MD)

Die folgenden Empfehlungen beziehen sich auf diese Akteur:innen und stellen damit deren Anliegen in den Vordergrund.

Für uns stellt sich zum Ende des Projektes die schwierige Aufgabe, die vielen Entwicklungen und Perspektiven des Themas so zu bündeln, dass handlungsleitende Empfehlungen präsentiert werden können. In den folgenden Empfehlungen verzichten wir darauf, die Begründung der jeweiligen Empfehlungen detailreich zu erläutern. Dies würde zu Wiederholungen führen, was bei einem derart umfangreichen Bericht nicht sinnvoll ist. Um den Leser:innen eine Klärung von Detailfragen dennoch zu ermöglichen, haben wir unsere theoretischen und empirischen Befunde sehr umfangreich in den jeweiligen Teilkapiteln gesichert und dargestellt. Auch ist es nicht möglich, allen Detailthemen nachzugehen und sie in den Entwicklungen darzustellen. Die Konzentration auf wenige zentrale Themen legt bewusst Schwerpunkte, die aus unserer Sicht eine höhere Relevanz und auch höhere Aussichten auf Umsetzbarkeit haben. Dennoch können wir nur einen Teilbeitrag zur Lösung der Fragestellungen leisten; der Komplexität der verbundenen Themen muss in weiteren Entwicklungen und Projekten Rechnung getragen werden.

Zusammenfassend können wir folgende Grundprobleme zur datenbasierten Steuerung der Langzeitpflege in Deutschland festhalten:

- 1) Zu einigen Themen gibt es quantitative Datenerhebungen (z. B. vom Statistischen Landesamt), die verlässlich in Konstruktion und Erhebung sind. Es fehlen allerdings quantitative Daten zu ausgewählten, relevanten Themen der Langzeitpflege (z. B. Mitarbeitende, Auszubildende, Digitalisierung)
- 2) Es existieren viele – möglicherweise zu viele – erhobene quantitative Daten in der Langzeitpflege, die von verschiedenen Datenerhebungsstellen ermittelt werden, unzureichend verbunden sind, teilweise doppelt und mehrfach erhoben werden, mitunter von nicht ausreichender Qualität sowohl in der Datenkonstruktion (z. B. Mangel an theoretischen Begründungsrahmen, Konstruktionsqualität) als auch in der Datenerhebung sind. Vor diesem Hintergrund können viele quantitative Daten als nicht repräsentativ bewertet werden.
- 3) Es existieren wenige qualitative Daten, die regelmäßig erhoben und ausgewertet werden und aktuelle qualitative Einblicke in die Einrichtungen der Langzeitpflege in Deutschland/im Land Baden-Württemberg ermöglichen.
- 4) Die erhobenen und ausgewerteten Daten werden oftmals in nur unzureichender Qualität zur Verfügung gestellt, unzureichend kumuliert, unzureichend verständlich und kaum individualisierbar dargestellt und sind mitunter veraltet bzw. nicht zuverlässig aktualisiert. Einige Daten werden nur gegen Gebühr zur Verfügung gestellt.

Die folgenden Empfehlungen bauen zum Teil aufeinander auf, stehen aber auch unabhängig voneinander. Wir haben versucht, die Empfehlungen so zu beschreiben, dass sie mit Planung realisiert werden können. Allerdings haben wir offengelassen, wer die konkreten Impulse zur Realisierung setzt. Wir gehen aber davon aus, dass das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg als Auftraggeber dieser Studie ein hohes Interesse an der Umsetzung der beschriebenen Weiterentwicklungen hat und zugleich auch ein Akteur ist, der die anderen Akteur:innen zu weiteren gemeinsamen Wegen motivieren kann.

4.2 Zentrale Empfehlungen der Forschungsgruppe

Empfehlung 1: Relevante, ausgewählte Steuerungsdaten - Themen der Langzeitpflege gemeinsam identifizieren

Die Anliegen der Akteur:innen in der Langzeitpflege hinsichtlich der Themen zur Steuerung der Langzeitpflege sind verständlicherweise in Teilen divergent, in Teilen aber auch übereinstimmend. Alle Akteur:innen befassen sich mit dem Thema, jedoch in unterschiedlichen Konzeptualisierungsgraden. Einige Akteur:innen, z. B. Träger oder Verbände, Medizinischer Dienst, Heimaufsicht, erheben selbst Daten, die sie zumeist den anderen Akteur:innen nicht zur Verfügung stellen und damit möglicherweise in „Datenkonkurrenz“ treten. Das Teilen von Daten ist außerhalb der staatlichen Institutionen (z. B. Statistisches Landesamt) unüblich bzw. unmöglich. Um ein Teilen von Daten/Datensätzen anzubahnen, sollten aus unserer Sicht die Themen identifiziert werden, an denen die Akteur:innen ein gemeinsames Interesse haben. Dazu können sich die Akteur:innen beispielsweise im Rahmen von Zukunftsworkshops austauschen und gemeinsame Strategien entwickeln. Aus unserer Sicht ist es wichtig, dass die Akteur:innen dabei von Fachexpert:innen begleitet werden, um eine belastbare Datenkonstruktion einerseits und eine Datenkumulation andererseits zu erreichen.

Insbesondere im empirischen Teil unseres Projektes konnten wir folgende herausragende TOP-Daten-Themen identifizieren, an denen die Akteur:innen ein gemeinsames Interesse haben:

- Daten zur Ermittlung von **Prognosen zur Anzahl der Pflegebedürftigen** in einem Land, Kreis oder einer Stadt (inklusive der damit verbundenen theoretischen Prognosemodelle)
- Daten zur Ermittlung der **aktuellen Versorgungsqualität** der Betroffenen
- Daten zur Einschätzung der **Wirtschaftlichkeitssituation** der Einrichtungen der Langzeitpflege
- Daten zur quantitativen und qualitativen Situation hinsichtlich der **Mitarbeitenden und Auszubildenden** in den Einrichtungen der Langzeitpflege
- Daten zur aktuellen Situation der **Digitalisierung** der Einrichtungen der Langzeitpflege

- **Aktuelle fachliche Themen**, die die Entwicklungen der Einrichtungen stark beeinflussen

Das Identifizieren von gemeinsamen Daten-Themen bildet eine zentrale Voraussetzung für das Zusammenarbeiten der Akteur:innen und das gemeinsame Nutzen von Daten. Die Einigung auf TOP-Daten-Themen kann dazu führen, dass die Bereitschaft steigt, die dafür erforderlichen Daten gemeinsam zu erheben (falls noch nicht geschehen) und gemeinsam zu nutzen. Für das Einigen muss ein gemeinsamer Raum errichtet werden, der möglichst viele Akteur:innen zusammenbringt und sie von den bereits bestehenden Diskussionen löst (z. B. Pflegesatzverhandlungen in Pflegesatzkommissionen). Ein externes Moderieren und Führen der Einigungsgespräche ist sicher notwendig; auch ist davon auszugehen, dass dieser Prozess mehrere Entwicklungsstufen unter Zuhilfenahme von einschlägigen Expert:innen benötigt. Die Diskussion um die Steuerungsthemen sollte aus unserer Sicht zunächst losgelöst von der Frage der Datenerhebungsstrukturen (z. B. welche Daten liegen in welcher Qualität bereits vor) geführt werden, um in die inhaltliche Auseinandersetzung und Begründung zu Erhebung und Nutzung von Daten zu gelangen. Dieser Annäherungsprozess könnte auch dadurch unterstützt werden, dass es zunächst allen Akteur:innen freigestellt bleibt, für sich eigene Dateninteressen zu realisieren (z. B. Erheben von eigenen Controlling-Daten).

Zu den oben genannten TOP-Daten-Themen existieren aus der Literatur und unserer empirischen Phase bereits Hauptunterthemen-Nennungen, die zur Eröffnung und Steuerung dieser Einigungsdiskussion gut hinzugezogen werden können:

Top-Daten-Themen	Mögliche zentrale Unterthemen
Prognose Pflegebedürftigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Prävalenz und Inzidenz betreute pflegebedürftige Menschen • Entwicklung der Pflegebedürftigkeit • Entwicklung der altersspezifischen Erkrankungen
Versorgungsqualität	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegequalitätsdaten • Daten zur interprofessionellen Zusammenarbeit • Fachliche Weiterentwicklungen • Anzahl der Einrichtungsplätze/Betreuungsplätze
Wirtschaftlichkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Wirtschaftliche Entwicklung der Einrichtungen • Förderdaten • Investitionsbedarfe
Mitarbeitende	<ul style="list-style-type: none"> • Berufsregister (Pflege inkl. Auszubildenden) • Belastungssituation der Mitarbeitenden • Prognose Mitarbeitendenzahlen
Digitalisierung	<ul style="list-style-type: none"> • Infrastruktur • Hard- und Software
Aktuelle Themen	<ul style="list-style-type: none"> • Fachliche Themen

	• Strukturelle Themen
--	-----------------------

Tabelle 12: Übersicht zu möglichen TOP-Themen der Langzeitpflege hinsichtlich der zukünftigen Daten-erfassung (eigene Darstellung 2024)

Die TOP-Themen und Unterthemen sowie weitere Kennzahlen sollten gemeinsam identifiziert und festgelegt werden. Hier können auch die internationalen Erhebungen hinsichtlich möglicher Best-Practice-Beispiele in der Umsetzung gesichtet und bewertet werden. Da die Einigung auf Themen und Unterthemen die weiteren Entwicklungen stark beeinflusst, ist es ratsam, die Einigung zu formalisieren und festzuhalten, um dann darauf verlässlich aufbauen zu können.

Empfehlung 2: Entwicklung von Routinedaten in der Langzeitpflege

Unter Routinedaten werden in aller Regel „standardisierte Informationen verstanden, die v. a. zu Abrechnungszwecken mit den Leistungserbringern erhoben werden. Dies sind bspw. Daten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), Renten- und Unfallversicherung (Sozialdaten), aber auch der amtlichen Statistik (z. B. Krankenhausdiagnose- oder DRG-Statistik, (...)). Im Gegensatz zu Primärdaten, die eigens für den wissenschaftlichen Verwendungszweck erzeugt werden, handelt es sich bei Routinedaten um bereits vorliegende Daten, die zunächst für andere, nicht primär wissenschaftliche Zwecke erhoben wurden“ (Matusiewicz 2024, S. 1).

Routinedaten können insbesondere dann ihre Wirkung entfalten, wenn sie theoretisch begründet und methodisch sicher konstruiert werden, zeitnah allen Akteur:innen zur Verfügung stehen und dabei so aufbereitet werden, dass sie sinnvoll für verschiedene Zwecke kumuliert werden können. Routinedaten haben auch den Vorteil einer gemeinsamen, konsentierten Datenbasis, die die verschiedenen Verhandlungen begleiten können.

Bei der Entwicklung von Routinedaten in der Langzeitpflege ist die Einhaltung folgender ausgewählter **Prinzipien** sinnvoll:

- **Datensparsamkeit**
- **Sichere (theoretisch begründete) Konstruktion** (z. B. Daten-Repräsentativität bei quantitativen Daten und Datensättigung bei qualitativen Daten)
- **Datensicherheit**
- **Datenaktualität**

Vor dem Hintergrund dieser Prinzipien ist es ratsam, die bestehenden Pflegestatistiken dahingehend zu analysieren, welche Daten möglicherweise als Routinedaten in der Langpflege genutzt werden können, wie man die Daten genau erhebt, wer die Daten erhebt und in welcher Form sie zur Verfügung gestellt werden können.

In diesem Zusammenhang möchten wir gerne die Versorgungsqualitätsdaten der Heimaufsicht und des Medizinischen Dienstes (MD) hervorheben und dahingehend analysieren, welchen Beitrag sie im Rahmen geeigneter Steuerungsdaten/Routinedaten leisten können. Dabei sind die Daten des Medizinischen Dienstes überwiegend öffentlich zugänglich, die Daten der Heimaufsicht hingegen nicht. Qualitätsprüfungen erzeugen enorm viel Daten, die erhoben, ausgewertet und ggf. veröffentlicht werden. Die damit verbundenen Aufwendungen und Kosten sind ebenfalls enorm. Es besteht die gesetzliche Anforderung, dass Heimaufsicht und MD zusammenarbeiten sollen (z. B. § 25 WTPG, Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz Baden-Württemberg). Auch wenn sich die Prüfaufträge und Verfahren unterscheiden, gibt es Überschneidungen in den zu erhebenden Daten. Folgende Tabelle dient zur Veranschaulichung der Datenerhebungen:

Datenerhebungen Heimaufsicht	Überschneidungen	Datenerhebungen MD
Daten zum Pflegezustand der Bewohner:innen	Pflegequalität	<ul style="list-style-type: none"> - Personenbezogene Versorgungsdaten der Pflegebedürftigen (z. B. Pflegeplanung/Pflege-dokumentation) - Qualitätsindikatoren zur Ergebnisqualität
Einrichtungsbezogene Daten: Bauliche und technische Ausstattung	Einrichtungsmerkmale	Einrichtungsbezogene Daten: <ul style="list-style-type: none"> - Räumliche Gegebenheiten
Personaldaten (Anzahl der Mitarbeitenden, Qualifikation)	Personaldaten	<ul style="list-style-type: none"> - Personalausstattung
Organisationsstrukturen und Betriebsabläufe		<ul style="list-style-type: none"> - Versorgungsschwerpunkte
Dokumentation: Qualitätssicherungsmaßnahmen, Beschwerdemanagement, Notfallpläne		

Tabelle 13 Datenerhebungen von Heimaufsicht und MD und überschneidende Themen, eigene Darstellung (2024)

Aus unserer Sicht ist zu empfehlen, dass Heimaufsicht und MD sich über die Möglichkeit einer gemeinsamen Prüfung mit abgestimmten Prüfinstrumenten und Prüfverfahren verständigen.

Dabei müssten die Daten und Inhalte genau abgestimmt werden und sich dann in den Prüfinstrumenten abbilden. Ziele sind dabei, Mehrfacherhebungen zu vermeiden und die Daten des jeweils anderen zu nutzen bzw. zugänglich zu machen. Es ist auch denkbar, dass Heimaufsicht und MD sich auf verschiedene Schwerpunkte konzentrieren und so ihren originären Prüfaufträgen entsprechen. Insgesamt wäre es sinnvoll, wenn die Daten auf einer gemeinsam zu nutzenden Datenplattform hinterlegt und abrufbar sind.

Wie bereits umfassend dargestellt, bilden die Qualitätsprüfungsdaten in der Langzeitpflege eine sehr großen Datenpool, der zwar öffentlich zugänglich ist in der Ergebnisdarstellung (z. B. AOK Pflegenavigator, eine genau Übersicht der frei zugänglichen Portale stellt der GKV-Spitzenverband auf seiner Homepage dar: https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/qualitaetspruefungen/stationaere_pflege/stationaere_pflege.jsp), jedoch müssen die Daten einzeln aus den Ergebnissen extrahiert werden, wenn man sie für andere Zwecke nutzen möchte. Da hier jedoch viele Daten erhoben werden, die von allgemeinem Interesse sein können, haben wir sie analysiert und aufbereitet, um zu demonstrieren, welche und wie die Daten genutzt und neu zusammengestellt werden könnten, um allen Akteur:innen die bereits erhobenen Informationen zur eigenen Steuerung zugänglich zu machen.

Empfehlung 2 a: Nutzbarmachen der Qualitätsprüfungsdaten des MDs (Stationäre Langzeitpflege)

Der GKV-Spitzenverband weist auf seiner Homepage darauf hin, dass die Daten aus den ambulanten und stationären Qualitätsprüfungen des MDs auf unterschiedlichen Plattformen veröffentlicht und einsehbar sind (https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/qualitaetspruefungen/stationaere_pflege/stationaere_pflege.jsp):

- AOK-Pflegenavigator
<https://www.aok.de/pk/pflegenavigator/>
- BKK Pflegefinder
<https://pflegefinder.bkk-dachverband.de/>
- Pflegekompass der Knappschaft
https://www.pflegelotse.de/presentation/pl_startseite.aspx?krankenkasse=knappschaft
- Vdek Pflegelotse
https://www.pflegelotse.de/presentation/pl_startseite.aspx
- BARMER Pflegelotse
https://www.pflegelotse.de/presentation/pl_startseite.aspx?krankenkasse=barmer

Durch die Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a SGB XI über die Darstellung und Bewertung der Qualitätsindikatoren gemäß § 113 Abs. 1 a SGB XI und der Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen nach §§ 114 f. SGB XI (<https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversi->

[cherung/richtlinien vereinbarungen formulare/transparenzvereinbarung/gdvs stat neu 02 2023/20230214 QDVS stat Vereinbarungstext.pdf](#)) wird für die stationäre Langzeitpflege festgelegt, welche und in welcher Form die Daten öffentlich dargestellt werden müssen. Die Qualitätsprüfungen erfolgen in drei Bereichen bzw. bestehen aus drei Elementen:

- 1) Indikatoren-Erhebung
- 2) Externe Prüfung – Begehung und Visitierung von Bewohner:innen
- 3) Selbstdarstellung der Einrichtungen

Aus Sicht des Projektes sind vor allem die „von Pflegeeinrichtungen bereitzustellenden Einrichtungsinformationen inkl. Darstellungsform“ (§ 9 der Qualitätsdarstellungsvereinbarung/QDVS) von besonderem Interesse und werden deshalb im Folgenden analysiert. Dabei muss hervorgehoben werden, dass diese Angaben nicht überprüft werden und freiwillig zur Verfügung gestellt werden können. Nur so lässt sich erklären, warum viele Pflegeeinrichtungen in diesem Prüfteil mitunter keine Angaben machen. Das Ausfüllen wird in der Anlage 5 der QDVS geregelt; diese dient uns zur Grundlage der weiteren Analysen.

In der Darstellung werden die folgenden **allgemeinen Daten der Pflegeeinrichtung** dargestellt, die aus unserer Sicht alle Akteur:innen (und der Bevölkerung) nutzen könnten:

- Anschrift
- Internetadresse
- Kontaktperson der Einrichtung „verantwortliche Person für die Daten“
- Plätze:
- Anzahl der Plätze gesamt
- Anzahl der Kurzzeitpflegeplätze
- (Anzahl der Einzelzimmer)
- (Anzahl der Doppelzimmer)
- Beatmungsplätze
- Plätze für junge pflegebedürftige Menschen (Altersangabe z. B.: bis 40 Jahre)
- Kooperationsvereinbarungen mit Haus- und Fachärzt:innen (inkl. Zahnärzt:innen)

Folgende allgemeine Daten werden aus unserer Sicht nicht in der vom MD erhobenen Form benötigt:

- Vertraglich vereinbarte Personalausstattung
- Vereinbarter Fachkräfteanteil in der Pflege
- Quotient aus Platzzahl und Vollzeitstellen
- Verhältnis Pflege- und Betreuungskraft zu Bewohner:innen
- Mitarbeiter:innen, die seit mehr als fünf Jahren in der Einrichtung beschäftigt sind
- Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter:innen mit Zusatzqualifikationen (Gerontopsychiatrische Pflege, Palliativ- und Hospizpflege, weitere Qualifikationen)

-
- Zusammenarbeit mit Hospiz-/Palliativversorgung
 - Vorhandensein eines Telefonanschlusses in jedem Bewohner:innen-Zimmer
 - Internetverfügbarkeit in den Bewohner:innenzimmern

Vor dem Hintergrund unseres Projektes empfehlen wir, dass die Akteur:innen über die Inhalte dieser allgemeinen Darstellung nochmals in einen Einigungsprozess gehen und die Angaben überarbeiten und dass die Darstellung und Zurverfügungstellung der Daten allen Akteur:innen zugesichert wird. Um die Daten effektiv nutzen zu können, sollte man über einen neuen Veröffentlichungsrhythmus verhandeln und die Daten nach Möglichkeit auf einer eigenen Plattform zur Verfügung stellen, so dass Schnittstellen zu anderen Programmsystemen hergestellt werden können. Für diese Nutzung müsste selbstverständlich auch vereinbart werden, dass die Angaben nicht freiwillig, sondern verpflichtend und prüfbar sind. In diesem Zusammenhang möchten wir auch darauf hinweisen, dass durch die vielen digitalen Programme, die heute den Pflegeprozessen umfassend abbilden, weitere Daten regelmäßig generiert werden, die anonymisiert ebenfalls zur Verfügung gestellt werden könnten. Welche Daten hier von allgemeinem Interesse sind, müssten die Akteur:innen diskutieren und vereinbaren. Die notwendigen Schnittstellen in die Systeme können programmiert und Betreiber der Programme nach einem festgelegten Verfahren zertifiziert werden. Diese Überlegungen sind auch für den MD wichtig, denn auch ein beträchtlicher Teil der Qualitätsdaten könnten dauerhaft aus der Routinedokumentation der Pflege generiert werden. Dies würde den hohen Aufwand der Qualitätsprüfung weiter reduzieren – so wie es schon bei der Erhebung der Daten rund um die Qualitätsindikatoren in der stationären Langzeitpflege der Fall ist.

Empfehlung 2 b: Entwicklung eines Routine-Datensatzes für die stationäre und ambulante Langzeitpflege – Vorstellung eines möglichen Erhebungsinstrumentes

Im Rahmen unseres Forschungs- und Entwicklungsprojektes haben wir vor dem Hintergrund der vielfältigen Erkenntnisse ein Erhebungsinstrument entwickelt, das aus zwei Teilen besteht und mit dessen Hilfe die Routinedaten in der Langzeitpflege erhoben werden können. Beide Teile des Gesamtinstrumentes richten sich sowohl an die stationäre als auch ambulante Langzeitpflege und erheben quantitative und vereinzelt auch qualitative Daten. Das Thema „Prognosedaten“ haben wir bewusst in die übergeordneten Vorbemerkungen platziert, um zu verdeutlichen, dass diese Daten eher nicht zu den Routinedaten zählen, sehr wohl aber zu globalen Steuerungsprozessen benötigt werden.

Das Erhebungsinstrument „**Fragebogen zur Erhebung von quantitativen und qualitativen Steuerungsdaten in der stationären und ambulanten Langzeitpflege in Baden-Württemberg (QUASTA-LP-BW)**“ (Elsbernd, A. und Hahn, L. und Kielmeyer L. S. 2024, Anlage 3) dient der Sammlung von Routinedaten aus der ambulanten und (teil)stationären Langzeitpflege. Es wurde entwickelt, um wichtige Einblicke in die aktuellen Bedingungen und Herausforderun-

gen in Pflegeeinrichtungen zu gewinnen und unterstützt damit die Planung und Weiterentwicklung der Langzeitpflege auf verschiedenen Ebenen. Das Instrument besteht aus den Routinedaten und einer überwiegend qualitativen Mitarbeitenden-Befragung zur Situation der Einrichtungen der Langzeitpflege.

Zielgruppe und Anwendungsbereich: Das Erhebungsinstrument richtet sich an alle Bereiche der Langzeitpflege. Jede Einrichtung und jeder ambulante Pflegedienst, unabhängig von der Zugehörigkeit zu einem Träger oder ähnlichem, könnte zur Teilnahme an den rhythmisierten Erhebungen verpflichtet werden.

1. Routinedatenteil

Der erste Teil des Erhebungsinstruments wird von Führungskräften wie Pflegedienstleitungen (PDL) oder Einrichtungsleitungen ausgefüllt. Dieser Abschnitt konzentriert sich auf strukturelle und organisatorische Aspekte der Pflegeeinrichtung. Er erfasst allgemeine Rahmen- und Strukturdaten. Für den Routinedatenteil ist eine halbjährliche Erhebung sinnvoll. Durch die zweimal jährliche Erhebung dieser strukturellen und organisatorischen Daten können Veränderungen und Trends zeitnah erkannt und entsprechende Maßnahmen schneller eingeleitet werden. Diese kontinuierliche Datenerfassung ermöglicht es, die aktuellen Rahmenbedingungen in den Pflegeeinrichtungen regelmäßig zu überprüfen und bei Bedarf anzupassen. Dieser Teil enthält fünf Bereiche

- **Rahmen- und Strukturdaten:** In diesem Abschnitt werden allgemeine Informationen zur Struktur und Organisation der Einrichtung erhoben.
- **Digitalisierung und weiterer Datenaustausch:** Dieser Abschnitt befasst sich mit dem Stand der Digitalisierung der Einrichtung.
- **Zusammenarbeit:** Hier geht es um die Zusammenarbeit der Einrichtung mit Hausärzten, Fachärzten und dem öffentlichen Gesundheitsdienst.
- **Aktuelle Entwicklungen:** In diesem Abschnitt werden Informationen zu aktuellen Projekten und Weiterentwicklungen in der Einrichtung gesammelt.
- **„Was noch zu sagen ist ...“:** Dieser Abschnitt bietet Einrichtungen die Möglichkeit, zusätzliche Anliegen, Anregungen oder Beobachtungen mitzuteilen, die in den vorherigen Abschnitten nicht erfasst wurden.

2. Teil zum Belastungserleben der Mitarbeitenden

Der zweite Teil des Erhebungsinstruments richtet sich an alle Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtung. Dieser Abschnitt erfasst überwiegend das subjektive Belastungserleben und die Arbeitssituation der Mitarbeitenden sowie die Bewertung der Versorgungssituation/Lebensqualität der pflegebedürftigen Menschen. Die Fragen zielen darauf ab, ein detailliertes Bild der Arbeitsbedingungen und der damit verbundenen Herausforderungen zu zeichnen. Hierbei geht es um Themen wie Arbeitsbelastung, Zufriedenheit, Stressfaktoren und mögliche Unterstützungssysteme innerhalb der Einrichtung. Die gewonnenen Daten sollen dazu beitragen,

spezifische Probleme zu identifizieren und Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Pflegequalität zu entwickeln. Eine jährliche Erhebung ist ausreichend, um langfristige Entwicklungen und Trends in der Mitarbeiter:innen-Zufriedenheit und -Belastung zu identifizieren. Dies trägt dazu bei, gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Pflegequalität zu entwickeln und umzusetzen. Dieser Teil enthält sechs Bereiche:

- **Rahmen- und Strukturdaten:** In diesem Abschnitt werden grundlegende demografische und berufliche Informationen der einzelnen Mitarbeitenden erfasst.
- **Belastungserleben aller Mitarbeitenden (inkl. Führungskräfte):** Dieser Abschnitt zielt darauf ab, das subjektive Belastungserleben der Mitarbeitenden zu erfassen.
- **Digitalisierung:** In diesem Abschnitt wird der Einfluss der Digitalisierung auf Ihre Arbeitsbelastung und die Unterstützung beim Erlernen neuer digitaler Anwendungen thematisiert.
- **Lebensqualität der Bewohner: innen und Kund:innen:** Hier geht es um Ihre Einschätzung der Lebensqualität der Bewohner:innen und Kund:innen aus der Perspektive der Mitarbeitenden.
- **Aktuelle Entwicklungen:** In diesem Abschnitt werden Informationen zu aktuellen Projekten und Weiterentwicklungen in Ihrer Einrichtung gesammelt.
- **„Was noch zu sagen ist ...“:** Dieser Abschnitt bietet Ihnen die Möglichkeit, zusätzliche Anliegen, Anregungen oder Beobachtungen mitzuteilen, die in den vorherigen Abschnitten nicht erfasst wurden.

Ziel und Zweck des Instruments: Das Hauptziel dieses Erhebungsinstruments ist, unterschiedliche Akteur:innen im Bereich der Langzeitpflege mit wichtigen Routinedaten zu versorgen, die ihnen zuvor nicht zugänglich waren. Das Instrument ermöglicht nicht nur eine tiefere Einsicht in die Arbeitsweise und Herausforderungen der Einrichtungen, sondern unterstützt auch die Identifikation von Problemen und Schwierigkeiten, die die Pflegeheime und ambulanten Dienste beschäftigen. Ziel ist es, die bereits bekannten Probleme sichtbar zu machen. Dadurch können gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegequalität entwickelt und implementiert werden.

Zuständigkeiten

Die Durchführung der Erhebungen könnte in der Verantwortung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg liegen. Um die Qualität und Verlässlichkeit der Daten zu gewährleisten, könnte das Ministerium eng mit dem Statistischen Landesamt zusammenarbeiten. Diese Zusammenarbeit stellt sicher, dass die Erhebung und Auswertung der Daten nach wissenschaftlichen Standards erfolgen und die Ergebnisse damit aussagekräftig und belastbar sind.

Empfehlung 2 c: Einheitliche Erfassung eines Basisdatensatzes „Fragebogen zur Erhebung von quantitativen und qualitativen Steuerungsdaten in der stationären und ambulanten Langzeitpflege in Baden-Württemberg (QUASTA-LP-BW)“ anhand von Variablen - Umsetzungsempfehlung

Im Verlauf dieses Projekts und den daraus gewonnenen Erkenntnissen erscheint es der Projektgruppe sinnvoll, einen einheitlichen zentralen Routinedatensatz zur Steuerung der Langzeitpflege in Baden-Württemberg zu entwickeln und regelmäßig zu erheben. Ein verpflichtender Datensatz für alle Akteur:innen würde eine erhebliche Entlastung gegenüber der aktuellen Erhebungssituation darstellen. Es sollte ein einheitliches Vorgehen etabliert werden, wodurch die Notwendigkeit entfiel, große Datenmengen für alle Eventualitäten vorzuhalten – aber auch Doppelerhebungen würden drastisch minimiert. Dies würde erhebliche Ressourcen einsparen, da weniger Daten von den Einrichtungen, Diensten und anderen Akteur:innen dezentral verwaltet werden müssten.

Im Rahmen einer Recherche stieß die Projektgruppe auf den Basisdatensatz der Wohnungslosennothilfe und Straffälligenhilfe. Nach Einschätzung der Projektgruppe stellt dieser ein hervorragendes Best-Practice-Beispiel dar, das auch für die Langzeitpflege angestrebt werden sollte. Folglich beruhen die Lösungsansätze dieser Empfehlung auf diesem Vorgehen. Für ein besseres Verständnis wird im Folgenden das Vorgehen der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (BAG W) bzw. der Arbeitsgemeinschaft Statistik und Dokumentation auf Bundesebene für die Hilfen in besonderen Lebenslagen und vergleichbare Hilfearten (AG STADO) kurz dargestellt. Für tiefere Einblicke kann das Manual der BAG W frei im Internet zugänglich eingesehen werden.

Organisationsstruktur der BAG W

Die BAG W ist eine bundesweite Arbeitsgruppe. Die BAG-Wohnungslosenhilfe koordiniert und integriert kommunale und gemeinnützige Wohnungslosenhilfen und vertritt die Interessen wohnungsloser sowie sozial ausgegrenzter Menschen. Auf Bundesebene fördert sie die Kommunikation und den fachlichen Austausch über fachübergreifende Probleme mit Sozialarbeitsystemen, Sozialleistungsträgern sowie Akteur:innen der Sozial- und Wohnungspolitik, und vereint dabei öffentliche und freie Träger der Wohlfahrtspflege sowie Selbsthilfeorganisationen wohnungsloser Menschen. Im Rahmen dieser Tätigkeit gibt es auch die Arbeitsgemeinschaft Statistik und Dokumentation (AG STADO), in der Vertreter:innen von Ministerien und öffentlichen Institutionen vereint sind. Diese Arbeitsgruppen arbeiten an der Entwicklung und Implementierung von Standards, Richtlinien und Datenerhebungssystemen, um die Qualität der Wohnungslosenhilfe zu verbessern und fundierte politische Entscheidungen zu unterstützen (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V., 2024).

Basisdatensatz der AG STADO

Seit 1989 werden Klient:innendaten mittels eines standardisierten Systems bundesweit einheitlich erhoben. Dieses System durchlief im Laufe der Zeit einige Änderungen in Inhalt und

Bezeichnung. Für das standardisierte und möglichst korrekte Vorgehen in der Datenerhebung gibt es ein von der BAG W erstelltes Manual. Es enthält

- Richtlinien zur Datenerhebung
- Beschreibung der Variablen und Kategorien des Basisdatensatzes
- Anweisungen zur Datenverarbeitung und -auswertung
- Empfehlungen zur Implementierung und Anpassung des Datensatzes an gesetzliche Vorgaben
- Technische Anforderungen für Softwareprogramme

Die technischen Anforderungen richten sich hauptsächlich an Softwarehersteller, da auch in diesem Bereich digital Daten erhoben werden. Es muss sichergestellt werden, dass die erhobenen Daten korrekt zwischen den Softwareprogrammen und den zentralen Erfassungssystemen ausgetauscht werden können. Um dies zu gewährleisten, müssen Softwarehersteller diese Schnittstellen zertifizieren lassen, damit ihre Kund:innen diese für den Datenaustausch nutzen können. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass sich keine unnötigen Monopole bilden und mehrere Anbieter zertifiziert werden. Im Bereich der Wohnungslosenhilfe sind beispielsweise folgende zwölf Softwareanbieter zertifiziert:

Übersicht zertifizierte EDV-Programmen und Firmen:

Produkt/Software	Firmen
Klient 4.0.6.327	Kern Gathmann IT-Solutions GmbH
Betriebsmanager (Version BMWLH-23.01.23)	proSeidon – Datenbankanwendungen Kubietziel-Schöttler GbR
CGM Sozial TOPSOZ - Edition 2022-1, Version 9.9.1.5	CGM Clinical Deutschland GmbH
weboffice.sozial (Version 7)	Javazon GmbH
SENSO iHM/Version 6.32.0.0	develop group SIGMA Gesellschaft für Systementwicklung und Datenverarbeitung mbH
C&S KlientenManager (ab Version 4.1.10.0)	C & S Computer und Software GmbH
Vivendi Consil (ab Version 6.62)	Connex Communication GmbH
Tau-Office (2023.04.07)	rocom GmbH
Ebis (9.36.01, ab Ende Januar 9.36.02)	GSDA GmbH - Gesellschaft für Standarddokumentation und Auswertung
dvhaus:sozial (v.6.10.4)	dvhaus Software & Solutions GmbH
vysoft NKS – Notquartier- & Klientenverwaltungs-System, Version 3.1.1	vykon GmbH & Co. KG
PATFAK (Version 4.42.0.0)	Redline Data GmbH

Tabelle 14: Übersicht zu den zertifizierten EDV-Programmen und Firmen in der Wohnungslosenhilfe, Stand 28.06.24 (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V., 2024)

Die Veröffentlichung der Daten erfolgt im Rahmen der gesetzlich verankerten Statistik wohnungsloser untergebrachter Personen und wird vom statistischen Bundesamt durchgeführt. Diese Bundesstatistik erfasst ordnungsrechtliche Unterbringungen und Hilfsleistungen nach dem Sozialgesetzbuch (§§ 67 ff. SGB XII).

Standardisierte Datenerhebung anhand Datensätzen und Variablen

Die standardisierte Datenerhebung erfolgt durch den Einsatz von Variablen. Dies impliziert, dass es keinen einheitlichen Datensatz für sämtliche Informationen gibt, sondern dass der Basisdatensatz je nach Hilfebereich aus unterschiedlichen spezifischen Datensätzen zusammengesetzt wird, um gezielte Informationen systematisch zu erfassen. Folgende Datensätze werden genutzt:

- **Grunddatensatz (GDS):** standardisierte Sammlung von **17 Variablen**, die sowohl personenbezogene Daten als auch Kontextvariablen umfasst. Diese Variablen sind Pflichtfelder und müssen in jedem Softwareprogramm erfasst werden, um eine einheitliche Datenerhebung sicherzustellen
- **Kerndatensatz (KDS):** erweitert den GDS um zusätzliche **19 Variablen**, die mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS) abgestimmt wurden. Diese Ergänzung ermöglicht eine noch umfassendere Erfassung relevanter Daten.
- **Fachdatensätze**
 - **Wohnungslosenhilfe (FDS-W):** Ergänzt den Grunddatensatz und wird für spezifische Auswertungen in der Wohnungslosenhilfe verwendet.
 - **Straffälligenhilfe (FDS-S)** Ergänzt den Grunddatensatz und bildet zusammen den Basisdatensatz für die Straffälligenhilfe.
 - **Medizin (FDS-M)** Wird in Projekten der Wohnungsnotfallhilfe und Straffälligenhilfe eingesetzt, die auch medizinisch-pflegerische Angebote umfassen.
 - **Bundesstatistik (FDS-B):** Dient zur Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen und statistischen Erhebungen auf Bundesebene.

Aufgrund der Komplexität der Datenerhebung – bedingt durch die unterschiedlichen Bereiche und Datensätze – ist es von entscheidender Bedeutung, dass die Variablen klar und nachvollziehbar gekennzeichnet sind. Dies bedeutet, dass jede Variable eine eindeutige Variablen-ID benötigt, um die Zuordnung zu den verschiedenen Datensätzen zu ermöglichen. Die ID besteht aus einer Variablennummer sowie einer vorangestellten Buchstabenkennung.

- K = Kontextvariablen
- G = Gemeinsame Variablen von Wohnungslosen- und Straffälligenhilfe
- W = Variablen der Wohnungsnotfallhilfe
- S = Variablen der Straffälligenhilfe
- M = Variablen des Medizinischen Datensatzes
- B = Variablen der Bundesstatistik

Die erste Ziffer der vierstelligen Variablennummer zeigt, zu welchem inhaltlichen Teilbereich des Datensatzes die Variable gehört.

- 0 = Kontextvariablen
- 1 = Sozialstruktur
- 2 = Einkommen und Arbeit
- 3 = Wohnen
- 4 = Soziale Kontakte und Gesundheit
- 5 = Straffälligkeit
- 6 = Medizinische Versorgung
- 7 = Ende der Hilfe

Die übrigen Ziffern dienen zur logischen Anordnung der Variablen, sodass diese auch bei Änderungen oder Ergänzungen ihre Reihenfolge beibehalten. Ein weiterer bedeutender Aspekt ist, dass bestimmte Variablen in einem logischen Zusammenhang stehen oder sich gegenseitig beeinflussen. So determiniert beispielsweise die Haushaltsgröße die Haushaltsart, da ein Einpersonenhaushalt stets die Größe eins aufweist. Ebenso ist der Aufenthaltsstatus von der Staatsangehörigkeit abhängig – der Aufenthaltsstatus ist nur bei Nicht-EU-Bürgern und Staatenlosen von Relevanz. Diese logischen Bedingungen gewährleisten eine konsistente und fehlerfreie Datenerhebung. Softwareprogramme, die diese Datensätze verarbeiten, müssen in der Lage sein, diese logischen Zusammenhänge zu erkennen und entsprechend zu berücksichtigen. Automatische Plausibilitätsprüfungen tragen dazu bei, Eingabefehler zu minimieren. Sie sichern die Standardisierung und Vergleichbarkeit der Daten (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V., 2022).

Folglich setzt sich eine Variable aus einem Variablennamen, einer Variablen-ID und den dazugehörigen Kategorien sowie einer Erklärung zusammen. Das folgende Beispiel ist dem Manual entnommen.

Beispiel einer Variable aus dem BAG-W-Manual:

W3080	Dauer der aktuellen Wohnungslosigkeit	FDS-W (Fachdatensatz Wohnungslosenhilfe)
↑ Variablen-ID	↑ Variablenname	
Aktuell wohnungslos ist, wer über keinen mietvertraglich gesicherten Wohnraum verfügt. (Anmerkung: Erklärung der Variable)		
unter 2 Monate		01
2 bis unter 6 Monate		02
6 bis unter 12 Monate		03
1 bis unter 3 Jahre		04
3 bis unter 5 Jahre		05
5 Jahre und länger		06
trifft nicht zu	Angabe aus sachlogischen Gründen nicht möglich 8	88
keine Angabe	Klient:in will oder kann keine Angabe machen	99

nicht abgefragt	Variable von Einrichtung/Hilfeangebot nicht erhoben	00
-----------------	--	----

Tabelle 15: Beispiel einer Variablen-Konstruktion (eigene Darstellung 2024 nach Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V., 2022 S. 55)

Umsetzung des Modells auf die Routinedaten Langzeitpflege

Das von uns erstellte Erhebungsinstrument „Routinedaten“ könnte verlässlich und regelmäßig mittels Variablen erhoben werden; hierzu müssten aber Strukturen geschaffen werden, die dies ermöglichen. Folgende Umsetzungsschritte könnten eingeleitet werden:

1. Anpassen der Strukturen im System – Einigung auf Datensätze und Arbeitsgruppe

Es wird empfohlen, eine Arbeitsgruppe zu etablieren, die vergleichbar mit der AG STADO ist. Idealerweise sollte jedoch ein Arbeitsbereich geschaffen werden, ähnlich wie die BAG W. Diese Arbeitsgruppe könnte die bereits genannten Akteur:innen sowie das Statistische Landesamt Baden-Württemberg umfassen. Die Aufgabe dieser Arbeitsgruppe besteht darin, Datensätze und Variablen für die Langzeitpflege (LZP) zu entwickeln bzw. zu konsentieren und Prüfverfahren sowie Prüfsiegel für die Softwareprogramme der LZP zu erarbeiten.

Des Weiteren könnten die Strukturen verschiedener Datensätze übernommen werden, wie beispielsweise ein Grunddatensatz, ein Kerndatensatz sowie spezifische Fachdatensätze für die unterschiedlichen Settings (stationär, ambulant und teilstationär), um den unterschiedlichen Datenanforderungen der Bereiche gerecht zu werden. Zu klärende Fragen sind die Folgenden:

- Was beinhaltet der Grunddatensatz?
- Was beinhaltet der Kerndatensatz?
- Welche spezifischen Fachdatensätze werden benötigt?
- Welche Zeiträume und Stichtage sind relevant?
- Wer ist für die Auswertung der Daten verantwortlich und wo wird die zentrale Datenbank eingerichtet?
- Wo und in welcher Form sollen die Daten bzw. Ergebnisse veröffentlicht und zugänglich gemacht werden?

2. Erstellung von Variablen zur Erhebung von Routinedaten

Sollte beschlossen werden, dieses Vorhaben zu realisieren, empfiehlt es sich, den im Rahmen dieses Projekts entwickelten Fragebogen für Routinedaten als Grundlage heranzuziehen. Nach Festlegung der Struktur der Datensätze wäre es sinnvoll, sich intensiv mit den inhaltlichen Aspekten der Variablen auseinanderzusetzen. Die im Erhebungsinstrument „Routinedaten“ dieses Projekts enthaltenen Fragen können als Ausgangspunkt dienen, um geeignete Variablen zu entwickeln. Es zeigt sich, dass die meisten dieser Fragen gut an die Variablenstruktur der BAG W angepasst werden können.

Es ist wichtig zu beachten, dass das Verfahren nicht „eins zu eins“ übernommen werden kann, da die Langzeitpflege (LZP) spezifische Bedarfe und Strukturen aufweist. Während in der Wohnungslosenhilfe primär Klient:innendaten erhoben werden, handelt es sich in unserem Fall stets um eine einrichtungsbezogene Erhebung.

Zur Veranschaulichung wird im Folgenden ein Beispiel anhand der Frage nach den Bildungsabschlüssen aus unserem Fragebogen dargestellt.

Bildungsgruppe	Variablen-ID	Beschreibung	Typ
Pflegehelfer-Ausbildung (bis 3 Monate)	E2001	Anzahl der Mitarbeitenden mit Pflegehelfer-Ausbildung oder keiner pflegerischen Ausbildung	Numerisch
1-jährige Ausbildung (Assistenz)	E2002	Anzahl der Mitarbeitenden mit 1-jähriger Ausbildung	Numerisch
2-jährige Ausbildung (Assistenz)	E2003	Anzahl der Mitarbeitenden mit 2-jähriger Ausbildung	Numerisch
3-jährige Ausbildung	E2004	Anzahl der Mitarbeitenden mit 3-jähriger Ausbildung	Numerisch
Bachelorabschluss	E2005	Anzahl der Mitarbeitenden mit Bachelorabschluss	Numerisch
Masterabschluss	E2006	Anzahl der Mitarbeitenden mit Masterabschluss	Numerisch
Diplom	E2007	Anzahl der Mitarbeitenden mit Diplom	Numerisch
Promotion	E2008	Anzahl der Mitarbeitenden mit Promotion	Numerisch
Weiterbildungen	E2009	Anzahl der Mitarbeitenden mit Weiterbildungen	Numerisch
Keine Angabe	E2010	Keine Angabe gewollt/ungewollt	Numerisch

Tabelle 16: Beispieldarstellung Bildungsabschlüsse, eigene Darstellung 2024

Da, wie bereits erwähnt, einrichtungsbezogen erhoben wird, benötigt jeder Bildungsabschluss seine eigene Variable. Dies wäre praktikabler als eine personenbezogene Erhebung, die eine ID für die einzelnen Mitarbeitenden erfordert. Auf diese Weise würde sich der Verwaltungsaufwand erheblich reduzieren.

Im Vergleich zur Erfassung quantitativer Daten erfordert die Integration qualitativer Daten, insbesondere in Form von Freitextantworten, besondere Überlegungen hinsichtlich der Vari-

ablenkonstruktion und technischen Umsetzung. Während numerische Variablen klar definierte Werte erfassen, bieten Freitextdaten eine unstrukturierte Informationsquelle, die wertvolle Einblicke in die Praxis liefert, jedoch auch spezifische Herausforderungen bei der Speicherung und Auswertung mit sich bringt. Um Freitextinformationen sinnvoll in ein variablenbasiertes System zu integrieren, ohne ihre Detailtiefe zu verlieren, sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

1. Definition der Freitextvariable:

- Für jede Frage, die Freitextantworten erfasst, sollte eine spezifische Variable definiert werden, die die Antworten in ihrer vollständigen Form speichert.
- Dieses Vorgehen gilt gleichermaßen für quantitative Fragen, die ein „Weitere“-Freitextfeld enthalten. In diesen Fällen wird zusätzlich zur quantitativen Variablen eine separate Freitextvariable eingeführt, um die ergänzenden Informationen adäquat zu erfassen.

2. Datenbankintegration

- Die Freitextvariablen sollten in der Datenbank als Textfelder geführt werden. Es ist sicherzustellen, dass die Datenbank längere Texte effizient speichern und verarbeiten kann.
- Diese Textfelder sollten ausreichend flexibel gestaltet sein, um die gesamte Bandbreite möglicher Antworten abzudecken, ohne die Eingaben der Befragten einzuschränken.

3. Analyse und Auswertung:

- Während der Freitext in seiner ursprünglichen Form erhalten bleibt, können zur Unterstützung der Auswertung Künstliche Intelligenz (KI)-Techniken wie Natural Language Processing (NLP) eingesetzt werden, um häufige Themen, Schlüsselwörter oder Phrasen systematisch zu identifizieren.

4. Veröffentlichung/Berichterstattung

- In der Veröffentlichung der Daten sollten relevante Freitexte oder Auszüge daraus anonymisiert zitiert werden, um konkrete Beispiele aus der Praxis zu veranschaulichen. Dies trägt dazu bei, die gewonnenen Erkenntnisse anschaulicher und nachvollziehbarer zu machen.
- Es sollte darauf geachtet werden, dass Freitextdaten sorgfältig behandelt werden, um den Datenschutz zu gewährleisten und sensible Informationen zu schützen.

Zur Veranschaulichung wird im Folgenden ein Beispiel anhand der Frage nach den Gründen für den Einsatz von Leasingpersonal aus unserem Erhebungsinstrument/Fragebogen dargestellt:

Themenbereich	Variablen- ID	Beschreibung	Typ
Gründe für den Einsatz von Leasingpersonal	P2011	Erfassung der Gründe für den Einsatz von Leasingpersonal in den unterschiedlichen Einrichtungen	(Frei-)Text

Tabelle 17: Beispieldarstellung Gründe für den Einsatz von Leasingpersonal (eigene Darstellung 2024)

Durch die sorgfältige Integration von Freitextvariablen in die Variablenerhebung kann ein umfassenderes und nuanciertes Bild der erhobenen Daten gewonnen werden. Dies ermöglicht es, nicht nur standardisierte Informationen, sondern auch praxisnahe Einblicke und spezifische Details zu erfassen, die für fundierte Entscheidungen von großer Bedeutung sind. Ein solches Vorgehen stellt sicher, dass alle relevanten Aspekte berücksichtigt werden und die Erhebung den tatsächlichen Gegebenheiten in der Praxis gerecht wird.

Wie in Empfehlung 1 beschrieben, bleibt die Voraussetzung zur Anwendung dieses Verfahrens die Herausforderung, dass die Daten-Akteur:innen sich inhaltlich und strukturell darüber einigen, welche Daten erhoben, wer die Daten erhebt und wie bzw. auf welcher Plattform sie zusammengebracht werden. Dabei sollte die theoretische Begründung zur Erhebung von Daten ebenso betrachtet werden wie die praktische Relevanz für die Akteur:innen.

Empfehlung 3 Nutzbarmachung und Visualisierung von Daten

Die Erfassung einheitlicher und qualitativ hochwertiger Daten ist eine grundlegende Voraussetzung für die Steuerung und Optimierung der Langzeitpflege. Doch die reine Verfügbarkeit dieser Daten ist nicht ausreichend: Ihre Zugänglichkeit und verständliche Aufbereitung – insbesondere durch geeignete Visualisierungstechniken und den niederschweligen Zugang zu Datenprodukten – sind ebenso entscheidend. Ziel dieser Empfehlung ist die Entwicklung einer Online-Plattform, die spezifische Daten für die jeweilige Zielgruppe bereitstellt und durch integrierte Dashboards die Entscheidungsfindung unterstützt.

Struktur und Inhalte einer Online-Plattform am Beispiel eines Dashboards

Eine Online-Plattform zur Steuerung der Langzeitpflege muss klar strukturiert und informativ sein, um Entscheidungsträgern in Politik, Pflegeeinrichtungen und anderen relevanten Institutionen die notwendigen Daten übersichtlich und verständlich zu präsentieren. Vor allem ein Dashboard sollte wie folgt strukturiert sein:

Startseite

- **Plattform-Thematik:** Eine prägnante Erklärung, worum es auf dieser Plattform geht.
- **Datenquellen:** Angaben darüber, von wem die Daten stammen und welcher Erhebungszeitraum abgedeckt ist
- **Hauptaussagen:** Das Wichtigste auf einen Blick, idealerweise visualisiert durch Piktogramme, um sofort erkennbar zu machen, dass es beispielsweise um Entlastungsange-

bote des Personals geht. Diese Struktur ermöglicht es Nutzern, sich schnell zu orientieren und den Zweck sowie die Relevanz der präsentierten Daten zu verstehen.

Dashboard-Bereich

- **Detaillierte Ergebnisse:** Darstellung der Ergebnisse, wie beispielsweise die Belastungen in vollstationären Einrichtungen
- **Visuelle Darstellung:** Verwendung von klaren und verständlichen Visualisierungen (z. B. Diagramme, Karten), um komplexe Daten einfach darzustellen
- **Analytische Tools:** Integration von Analyse- und Reporting-Tools, die Nutzern helfen, datenbasierte Entscheidungen zu treffen
- **Benchmarking:** Möglichkeit des Vergleichs mit Branchenstandards und Best Practices zur Bewertung der eigenen Leistungen und Identifikation von Verbesserungsbereichen
- **Individualisierbarkeit:** Die Möglichkeit, Daten auf Stadtkreisebene anzuzeigen. Dies ist entscheidend, da die Hauptplanung auf dieser Ebene stattfindet. Entscheidungsträger können so spezifische Probleme identifizieren und gezielt Lösungen entwickeln.

Vorteile einer Online-Plattform mit Dashboards

Die Ergebnisse der Experteninterviews und Umfragen zeigen deutlich, dass häufig nicht bekannt ist, wo bestimmte Informationen zu finden sind, oder dass diese Informationen schlichtweg nicht vorhanden sind. Dies führt dazu, dass sich die Beteiligten persönlich bei Kollegen telefonisch, per E-Mail oder über andere Kanäle informieren müssen, was zeitaufwendig und ineffizient ist. Zudem besteht das Risiko, dass mündlich weitergegebene Informationen verloren gehen und immer wieder neu erhoben werden müssen. Die Erhebung und Auswertung eigener Daten beanspruchen zudem Ressourcen von Führungskräften, die anderweitig besser eingesetzt werden könnten.

Um dieses Problem zu adressieren, empfiehlt die Projektgruppe die Entwicklung einer Online-Plattform, die spezifische Daten für die jeweilige Zielgruppe bereitstellt. Diese Daten könnten in verschiedenen Formaten – wie z. B. als Dashboard und/oder als CSV-Datei für eigene Analysen – zur Verfügung gestellt werden. Eine Strukturierung der Plattform in Kategorien, ähnlich wie bei statistischen Webseiten, wäre dabei von Vorteil. Beispielsweise könnte es eine Oberkategorie „Stationäre Langzeitpflege“ geben, unterteilt in verschiedene Bereiche wie z. B. „Personal“, „Digitalisierung“ oder „Versorgungslage“. Innerhalb dieser Kategorien könnten dann verschiedene Dashboards oder andere Datenprodukte ausgewählt werden.

Neben der Bereitstellung von Datenprodukten sollte die Plattform auch relevante Informationen für die unterschiedlichen Akteur:innen enthalten. Dies könnte in Form eines Informationsbereichs geschehen, der den verschiedenen Nutzergruppen zugängliche und verständliche Inhalte bietet. Diese Idee sollte jedoch in einer Arbeitsgruppe diskutiert werden, um die Nützlichkeit aus der Perspektive der Akteur:innen zu evaluieren. Die Umfrageergebnisse deuten darauf hin, dass eine solche Online-Plattform positiv aufgenommen wird.

Zusätzlich zu den Daten und Informationen ist es wesentlich, dass dieses Angebot kostenfrei ist. Um den Zugang zu bestimmten Daten zu regulieren, könnten Zugangsbeschränkungen in Form von Benutzerkonten eingerichtet werden, sodass nur bestimmte Nutzergruppen Zugriff auf spezifische Daten haben.

Mechanismen und Technologien für den Datenaustausch

Der Datenaustausch ist ein kritischer Punkt bei der Entwicklung einer Online-Plattform mit Dashboards. Es ist wichtig, dass die Daten effizient, sicher und zeitnah zur Plattform gelangen. Hierzu gibt es verschiedene Ansätze:

- **APIs (Application Programming Interfaces):** APIs ermöglichen es verschiedenen Softwareanwendungen, miteinander zu kommunizieren und Daten auszutauschen. Sie bieten eine nahtlose Integration und automatisierten Datenaustausch in Echtzeit. Jede Datenquelle (z. B. Pflegeheime, Krankenhäuser, Gesundheitsbehörden) müsste eine API bereitstellen, über die die benötigten Daten abgerufen werden können.
- **ETL-Prozesse (Extract, Transform, Load):** ETL-Prozesse umfassen das Extrahieren von Daten aus verschiedenen Quellen, das Transformieren dieser Daten in ein einheitliches Format und das Laden der transformierten Daten in das zentrale Dashboard-System. Ein zentraler ETL-Prozess könnte regelmäßig Daten aus den verschiedenen Quellen extrahieren, transformieren und in das Dashboard laden.
- **Datenfeeds und Batch-Verarbeitung:** Diese Ansätze beziehen sich auf das regelmäßige Senden und Verarbeiten von Daten in definierten Zeitintervallen (z. B. täglich, wöchentlich). Datenquellen könnten regelmäßig ihre Daten in einem definierten Format (z. B. CSV, XML) an das zentrale System übermitteln, wo sie dann verarbeitet und integriert werden.

Sicherheits- und Datenschutzaspekte

- **Verschlüsselung:** Daten müssen während der Übertragung (z. B. mittels HTTPS) und im Ruhezustand verschlüsselt werden, um unbefugten Zugriff zu verhindern.
- **Zugriffskontrollen:** Sicherstellung, dass nur autorisierte Benutzer und Systeme Zugriff auf die Daten haben. Definition von Berechtigungen, welche Daten von welchen Benutzern oder Systemen gesehen und bearbeitet werden dürfen.
- **Compliance:** Einhaltung relevanter Datenschutzgesetze (z. B. DSGVO) und Regularien; Implementierung von Audit-Trails, um nachvollziehen zu können, wer wann welche Daten genutzt hat.

Notwendige Rahmenbedingungen

Die Umsetzung einer Online-Plattform mit Dashboards für die Langzeitpflege erfordert eine sorgfältige Planung und Berücksichtigung verschiedener technischer, organisatorischer und rechtlicher Rahmenbedingungen. Um ein effektives und nachhaltiges Dashboard zu schaffen, das die Entscheidungsfindung in der Langzeitpflege erheblich unterstützt, sind folgende Punkte zu beachten:

-
- **Technische Infrastruktur:** Eine robuste und skalierbare IT-Infrastruktur ist erforderlich, um die großen Datenmengen zu verarbeiten und zu speichern. Leistungsfähige Datenbanken sind notwendig, um die Daten sicher und effizient zu verwalten. Verschlüsselung, Firewalls und andere Sicherheitsmaßnahmen müssen implementiert werden, um den Datenschutz zu gewährleisten.
 - **Rechtliche Rahmenbedingungen:** Einhaltung der relevanten Datenschutzbestimmungen wie der DSGVO, um den Schutz personenbezogener Daten zu gewährleisten. Berücksichtigung und Einhaltung aller gesetzlichen und regulatorischen Anforderungen im Gesundheitswesen.
 - **Interdisziplinäre Zusammenarbeit:** Einbeziehung aller relevanten Akteur:innen, einschließlich Pflegeeinrichtungen, Krankenkassen, politischen Entscheidungsträgern und IT-Spezialisten, um sicherzustellen, dass die Plattform die Bedürfnisse aller Beteiligten erfüllt. Fachübergreifende Teams sollten die unterschiedlichen Aspekte der Datenanalyse, -visualisierung und -interpretation abdecken.
 - **Finanzierung und Ressourcen:** Sicherstellung ausreichender finanzieller Mittel für die Entwicklung, Implementierung und Wartung der Online-Plattform. Einstellung und Schulung von qualifiziertem Personal für die Datenverwaltung, IT-Unterstützung und Benutzerbetreuung.

Die vorliegende Empfehlung hebt die Bedeutung der effizienten Nutzbarmachung und Visualisierung von Daten in der Langzeitpflege hervor. Durch die Implementierung einer benutzerfreundlichen und zugänglichen Online-Plattform mit integrierten Dashboards können Entscheidungsträger fundierte Entscheidungen treffen, Ressourcen effizient verwalten und die Qualität der Pflege verbessern. Es ist daher von entscheidender Bedeutung, dass die technischen, rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen sorgfältig geplant und umgesetzt werden, um den Erfolg dieses Vorhabens sicherzustellen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es aus der Perspektive der Projektgruppe sinnvoll erscheint, sich in bestimmten Aspekten an bewährten Vorgehensweisen zu orientieren. Ein Best-Practice-Modell, das bereits im ersten Kapitel vorgestellt wurde, ist das digitale Datenangebot des National Health Service (NHS) in England. Die dort implementierten Dashboards und Datenprodukte sowie der allgemeine Umgang mit der Bereitstellung von Datenprodukten für Laien und Akteur:innen des Gesundheitswesens bieten wertvolle Strukturen und Vorgehensweisen für die effektive Visualisierung und Nutzbarmachung von Daten. Dieses Modell kann als Referenz für zukünftige Überlegungen in der Langzeitpflege dienen. Es obliegt jedoch den relevanten Akteur:innen, sich zusammzusetzen und auf Basis dieses Beispiels fundierte Entscheidungen zu treffen.

Empfehlung 4 Datennutzung zur Prognosezwecken der Langzeitpflege

Im Projekt thematisieren einige Akteur:innen, dass sie Daten zur Prognosezwecken benötigen und mit den ihnen bekannten Prognose-Modellen überwiegend unzufrieden sind bzw. ihnen keine fundierten Prognosemodelle für die ambulante und stationäre Langzeitpflege zur Verfügung stehen. Insbesondere hinsichtlich der regionalen Planung würden Daten und Prognosemodelle dringend benötigt. In zahlreichen gesellschaftlichen Bereichen sind Prognosen und Vorausberechnungen von entscheidender Bedeutung, um zukünftige Veränderungen vorherzusagen und entsprechend reagieren und planen zu können. Dies gilt besonders für die strategische Planung und das Management in verschiedenen Sektoren, einschließlich der Gesundheitsversorgung.

Es ist essenziell, die Begriffe „Prognosen“ und „Vorausberechnungen“ korrekt zu verwenden und die Unterschiede zu verstehen. Prognosen sind wissenschaftlich fundierte Vorhersagen zukünftiger Ereignisse oder Entwicklungen, die auf der Analyse historischer Daten und theoretisch fundierter Modelle basieren. Sie berücksichtigen unterschiedliche Variablen und Unsicherheiten, um mögliche zukünftige Szenarien darzustellen. Vorausberechnungen hingegen sind Methoden, die den aktuellen Zustand und die Trends der letzten Jahre in die Zukunft fortschreiben. Die Ergebnisse der Vorausberechnung spiegeln nicht zwangsläufig die realistischen zukünftigen Entwicklungen wider.

Im Rahmen dieses Projekts wurde das Ziel verfolgt, sich an Best-Practice-Beispielen zu orientieren, da diese oft bereits praxiserprobt sind und eine solide Grundlage für weiterführende Überlegungen darstellen. Die Analyse der verfügbaren Statistiken und die Erkenntnisse aus den Projektphasen haben gezeigt, dass primär Vorausberechnungen – wie die Pflegevorausberechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg – vorherrschen. Abgesehen von diesen wenigen existierenden Vorausberechnungen gibt es jedoch keine Prognosen, die als Vorbild für eine Übertragung auf die Pflege genutzt werden könnten. Es besteht daher ein erheblicher Bedarf an weiterführender Forschung und Entwicklung von Prognosemodellen.

Eine mögliche Ursache für die bevorzugte Nutzung der Vorausberechnung könnte in einer unzureichenden Datenbasis liegen, die den Rückgriff auf diese Methodik erforderlich macht. Vor diesem Hintergrund erscheint es umso dringlicher, eine umfassendere Datenbasis zu entwickeln, um künftig präzisere Prognosen erstellen zu können. Dies würde eine fundierte Entscheidungsgrundlage für die Steuerung und Planung in der Langzeitpflege schaffen.

Unsere Empfehlung zielt darauf ab, potenzielle Ansätze für zukünftige Prognosen zu identifizieren. Als Referenz dient dabei die langjährige Praxis der Bedarfsplanungsrichtlinie für die vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Dieser Ansatz illustriert, wie grundlegend mit Daten und Strukturen umgegangen wird, wenn es um das Thema Bedarfsplanung geht.

Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg

Die Bedarfsplanung in Baden-Württemberg zielt darauf ab, eine gleichmäßige und ausreichende Verteilung von Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen sicherzustellen. Zur Ermittlung des Bedarfs und des Angebots wird der aktuelle Stand der Versorgung (Ist-Zustand) mit dem erforderlichen Stand (Soll-Zustand) verglichen. Diese Analyse dient dazu, etwaige Diskrepanzen zu identifizieren. Bei festgestellter Unterversorgung werden gezielte Maßnahmen ergriffen, um die Situation zu verbessern. Die Planungsbereiche in Baden-Württemberg sind gemäß dem Landesentwicklungsplan Baden-Württemberg (LEP) in verschiedene Regionen unterteilt, um eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung zu gewährleisten.

Datenquellen und Indikatoren der Bedarfsplanung

Die Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung basiert auf verschiedenen Datenquellen und Indikatoren, die in der GBA-Richtlinie festgelegt sind sowie auch auf Landesebene in der jeweiligen Kassenärztlichen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2023; Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2023). Diese umfassen unter anderem:

Name	Beschreibung
Altersverteilung der Bevölkerung	Die Bevölkerung wird in Altersgruppen unterteilt, um die altersabhängigen Versorgungsbedarfe zu ermitteln.
Geschlechterverteilung	Die Bevölkerung wird auch nach Geschlecht differenziert, um geschlechtsspezifische Versorgungsbedarfe zu berücksichtigen.
Erkrankungshäufigkeit	Daten zur Berechnung von der Prävalenz bestimmter Krankheiten und gesundheitlicher Probleme verschiedener Alters- und Geschlechtsgruppen: <ul style="list-style-type: none"> • Anteil der Bevölkerung mit diagnostiziertem Diabetes • Häufigkeit von Herzinfarkten und Schlaganfällen • Prävalenzrate COPD • Inzidenzrate neuer Krebsfälle pro Jahr. (Spezifische Krebsarten: Brustkrebs, Prostatakrebs, Lungenkrebs, etc.) • Häufigkeit von Depressionen und Angststörungen
Morbiditätsfaktor	Unterschiedliche Krankheitslast in verschiedenen Regionen und Altersgruppen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt <ul style="list-style-type: none"> • Bundesweite Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren (AGMF-B) • Regionale Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktoren (AGMF-Reg)
Leistungsbedarfsfaktoren	Regional differentes Inanspruchnahmeverhalten der Patient:innen

	<ul style="list-style-type: none"> Leistungsbedarfsfaktoren Alter-Geschlecht-Morbidität (LBF-AGM)
Arzt-Patient-Verhältnis	<p>Verhältnis der Anzahl von Ärzt:innen zur Anzahl der Einwohner:innen in einem Planungsbereich wird verwendet, um die aktuelle Versorgungsdichte zu ermitteln.</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 Hausarzt/Hausärztin pro 1.609 Einwohner:innen 1 Urolog:in pro 25 376 Einwohner:innen 1 Fachinternist:in pro 17.512 Einwohner:innen (Beispieldaten aus GBA- Richtlinie)
Anrechnungsfaktoren	<p>Vertragsärzt:innen, angestellte Ärzt:innen, ermächtigte Ärzt:innen sowie Ärzt:innen in ermächtigten Einrichtungen werden gemäß ihrem Tätigkeitsumfang auf den Versorgungsgrad angerechnet.</p>
Regionale Demografie	<p>Über- oder unterdurchschnittlicher Anteil von bestimmten Altersgruppen</p>
Regionale Morbidität	<p>Auffällige Prävalenz- oder Inzidenzraten</p>
Sozioökonomische Faktoren	<p>Einkommensarmut, Arbeitslosigkeit und Pflegebedarf</p>
Räumliche Faktoren	<p>Erreichbarkeit, geografische Besonderheiten</p>
Infrastrukturelle Besonderheiten	<p>Verkehrsanbindung, Barrierefreiheit und Zugang zu Versorgungsangeboten</p>

Tabelle 18: Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung nach GBA-Richtlinien (eigene Darstellung 2024)

Herausforderungen und Verbesserungspotenziale

Es ist zu beachten, dass die Bedarfsplanung nicht von allen Akteur:innen als zufriedenstellend angesehen wird und auch nicht den Ansprüchen einer Prognose gerecht wird. Die aktuelle Bedarfsplanung basiert auf starren und begrenzten Datensätzen, die nicht immer die komplexe Realität widerspiegeln. Diese Methodik bietet jedoch eine Grundlage, auf der aufgebaut werden kann. Es ist notwendig, diese Ansätze weiterzuentwickeln und anzupassen, um den spezifischen Anforderungen des Pflegebereichs gerecht zu werden. Dies solle aus unserer Sicht in einem Anschlussprojekt realisiert werden. Folgende Aspekte müssen dabei unter anderem berücksichtigt werden:

- **Regionales Denken:** Die Planungsebene sollte auf Stadt-Kreis-Ebene heruntergebrochen werden, da Kommunen auf dieser Ebene ihre Planungen vornehmen.
- **Rechtliche Rahmenbedingungen:** Verbindliche Richtlinien sind erforderlich, um eine klare rechtliche Grundlage für Prognosen und Planungen zu schaffen.
- **Ressourcen und Expertise:** Es werden sowohl Expert:innen als auch ausreichende Serverkapazitäten benötigt. Ein neuer Geschäftsbereich im zuständigen Ministerium könnte sich speziell mit der Datenerhebung, -analyse und -verarbeitung beschäftigen.

- **Datenbedarf:** Eine umfangreichere Datengrundlage ist erforderlich. Pilotprojekte könnten unterschiedliche Datentypen sammeln und auswerten, um nützliche Informationen zu identifizieren.

Prognosen für verschiedene Bereiche

Verschiedene Prognosen sind für unterschiedliche Bereiche der Langzeitpflege erforderlich:

- **Demografische Prognosen:** Vorausschau über die Bevölkerungsentwicklung und deren Auswirkungen auf den Pflegebedarf
- **Pflegebedarfsprognosen:** Vorhersagen über den zukünftigen Bedarf an Pflegeplätzen, Pflegediensten und Pflegekräften
- **Finanzprognosen:** Vorhersagen über die wirtschaftliche Belastung der Pflegeeinrichtungen
- **Technologische und infrastrukturelle Prognosen:** Entwicklungen in der Pflege-technologie und Infrastruktur
- **Personalprognosen:** Prognosen über den Bedarf an Pflegekräften und deren Qualifikation
- **Bildungsprognosen:** Analyse der zukünftigen Anforderungen an die Ausbildung und Qualifikation von Pflegekräften

4.3 Schlussbemerkung

Ziel dieser Empfehlungen ist es, die wichtigsten Weiterentwicklungsmöglichkeiten zu skizzieren. Aufgrund der überaus hohen Komplexität ist es uns nicht möglich, alle im Forschungsprojekt aufgegriffenen Themen mit Empfehlungscharakter noch einmal aufzuarbeiten, die genaue Darstellung der verschiedenen Themen soll die Leser:innen ermutigen, selbst weitere Entwicklungsthemen zu identifizieren. Auch haben wir uns im Empfehlungsteil bewusst nicht explizit mit den Herausforderungen des Datenschutzes befasst. Sicher werden alle weiteren Schritte eng mit den größer werdenden Herausforderungen des nationalen und internationalen Datenschutzes verzahnt sein. Ein Thema, das uns im Verlauf des Forschungsprojektes ebenfalls zunehmend beschäftigt hat, ist das Thema „Künstliche Intelligenz“, das insbesondere in den Bereichen der Datenerfassung, Datenkumulierung und Datenanalyse zu weiteren und erheblichen Entwicklungsschritten führen wird. Ziel weiterer Projekte kann es sein, mit Hilfe der KI rasch Daten aufzubereiten und insbesondere auch im Bereich der qualitativen Daten Analyseprogramme zur Verfügung zu stellen, die schnell und zuverlässig qualitative Daten für eine zeitnahe Verwendung erschließen. Dies bietet aus unserer Sicht große Vorteile, denn unsere an den verschiedenen empirischen Phasen Teilnehmenden haben sehr häufig die Erhebung und Zurverfügungstellung von qualitativen Daten gefordert. Unsere Ideen hinsichtlich der Konsentierung von Datenthemen (qualitativ und quantitativ) und der Zusammenführung von Daten können KI-gestützt sicher rascher und zuverlässiger realisiert werden. Der Diskurs, welche Daten wiederkehrend benötigt werden, kann aber nur mit Hilfe von theoretischen Konstrukten und der Konsentierung von Themen durch die Akteur:innen der Langzeitpflege geführt werden.

Literaturverzeichnis

- Albers, S., Klapper, D., Konradt, U., Walter, A. & Wolf, J. (2009). *Methodik der empirischen Forschung*. Gabler Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-322-96406-9>
- Anderson, K. M., Vaan, K. de & Kelders, Y. (2018). *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care: Netherlands*. European Social Policy Network (ESPN). https://ec.europa.eu/social/main.jsp?pager.offset=0&advSearchKey=espnltc_2018&mode=advancedSubmit&catId=22&policyArea=0&policyAreaSub=0&country=0&year=0
- Ashfaq, A., Lönn, S., Nilsson, H., Eriksson, J. A., Kwatra, J., Yasin, Z. M., Slutzman, J. E., Wallenfeldt, T., Obermeyer, Z., Anderson, P. D. & Lingman, M. (2020). Data Resource Profile: Regional healthcare information platform in Halland, Sweden. *International journal of epidemiology*, 49(3), 738–739f. <https://doi.org/10.1093/ije/dyz262>
- Baghbanian, A., Hughes, I., Kebriaei, A. & Khavarpour, F. A. (2012). Adaptive decision-making: how Australian healthcare managers decide. *Australian health review: a publication of the Australian Hospital Association*, 36(1), 49–56. <https://doi.org/10.1071/AH10971>
- Beckmann, L. (2018). Digitale Pflegedokumentation auf dem Prüfstand: Erster vergleichender Produkttest für die Altenpflege [Bericht]. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW).
- Bonoli, G. & Trein, P. (2018). *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care: Switzerland*. The European Social Policy Network (ESPN). https://ec.europa.eu/social/main.jsp?pager.offset=0&advSearchKey=espnltc_2018&mode=advancedSubmit&catId=22&policyArea=0&policyAreaSub=0&country=0&year=0
- BSV, B. f. S. (2022). *Das Dreisäulensystem der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge*. Bundesamt für Sozialversicherungen. <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/ueberblick/dreisaeuulensystem.html>
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. (2022). *Manual zum Basisdatensatz AG STADO: Generelle Richtlinien für die Dateneingabe des Basisdatensatzes für die Wohnungsnotfallhilfe und die Straffälligenhilfe*. Herausgegeben im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Statistik und Dokumentation auf Bundesebene für die Hilfen in besonderen Lebenslagen und vergleichbare Hilfearten (AG STADO). Gültig ab 1. Januar 2022.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. (o. J.). *Über uns*. Abgerufen am 17. September 2024, von <https://www.bagw.de/de/bag-w/uebersicht>
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. (o. J.). *Dokumentationssoftware – Grundlagen und Standards*. Abgerufen am 17. September 2024, von <https://www.bagw.de/de/themen/statistik-und-dokumentation/grundlagen-und-standards/dokumentationssoftware>
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. (2023). *Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz betreffend Bestimmungen für die Erstellung von Pflegedienstleistungsstatistiken sowie von weiterführenden*

-
- statistischen Auswertungen (Pflegedienstleistungsstatistik-Verordnung 2012 – PDStV 2012). <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20007987>
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, & Gesundheit und Konsumentenschutz. (2019). *Das österreichische Gesundheitssystem Zahlen—Daten—Fakten (3. vollständig überarbeitete Auflage, aktualisierte Auflage)*. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK).
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). (2022a). *CONNECT_ED: Entwicklung eines intelligenten Kollaborationsdienstes zur KI-basierten Zusammenarbeit zwischen Rettungsdienst und Zentraler Notaufnahme*. Abgerufen am 17. September 2024, von https://interaktive-technologien.de/projekte/connect_ed
- Bundesministerium für Bildung und Forschung. (2022b). *KIP-SDM — Miteinander durch Innovation*. <https://www.interaktive-technologien.de/projekte/kip-sdm>
- Bundesministerium für Bildung und Forschung. (2022c). *Koordinaid – Koordination und Unterstützung der Pflege durch interaktive Technologien*. Abgerufen am 17. September 2024, von <https://www.interaktive-technologien.de/projekte/koordinaid>
- Bundesministerium für Bildung und Forschung. (2022d). *MEAPP — Miteinander durch Innovation*. <https://www.interaktive-technologien.de/projekte/meapp>
- Bundesministerium für Bildung und Forschung. (2022e). *PfleDaKi—Miteinander durch Innovation*. <https://www.interaktive-technologien.de/projekte/pfledaki>
- Bundesministerium für Bildung und Forschung. (2022f). *PFLIP — Miteinander durch Innovation*. <https://www.interaktive-technologien.de/projekte/pflip>
- Bundeszentrale für politische Bildung (2. Dezember 2021). *Die Finanzierung des Gesundheitswesens in den Niederlanden*. Bundeszentrale für politische Bildung. <https://www.bpb.de/themen/gesundheit/gesundheitspolitik/72969/die-finanzierung-des-gesundheitswesens-in-den-niederlanden/>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2023). *Digitalisierung im Gesundheitswesen*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/digitalisierung/digitalisierung-im-gesundheitswesen>
- Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (2023): *Europäische Datenschutz-Grundverordnung*. <https://www.bmwk.de/Redaktion/DE/Artikel/Digitale-Welt/europaeische-datenschutzgrundverordnung.html>
- Care Quality Commission. (2023a). *How we do our job: Ratings*. Abgerufen am 17. September 2024, von <https://www.cqc.org.uk/about-us/how-we-do-our-job/ratings>
- Care Quality Commission. (2023b). *Weymouth Manor—Care Quality Commission Prüfbericht*. <https://www.cqc.org.uk/location/1-13948055510>
- Denmarks Statistic. (2022). *Statistical programme 2022*. https://www.dst.dk/Site/Dst/Udgivelses/GetPubFile.aspx?id=48369&sid=statistikprogram%202022%20uk_pdf
- Döring, N. (2022). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften (6., vollst. überarb., akt. u. erw. Auflage 2022)*. Springer Berlin Heidelberg. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:31-epflicht-2111682>

-
- Eddama, O. & Coast, J. (2009). *Use of economic evaluation in local health care decision-making in England: a qualitative investigation*. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 89(3), 261–270. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.06.004>
- Endreß, V. (2023). *Die Bedeutung von Datenqualität*. Abgerufen am 17. September 2024, von <https://sdzecom.de/bedeutung-datenqualitaet/>
- Eurostat. (2023). *Über uns – Wer wir sind*. Abgerufen am 17. Februar 2023, von <https://ec.europa.eu/eurostat/de/about-us/who-we-are>
- Foucault, M., & Gordon, C. (1980). *Power/Knowledge: Selected interviews and other writings, 1972-1977*. Pantheon Books.
- Fink, M. & Riedel, M. (2018). *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care: Austria. European Union*. https://ec.europa.eu/social/main.jsp?pager.offset=0&advSearchKey=espnltc_2018&mode=advancedSubmit&catId=22&policyArea=0&policyAreaSub=0&country=0&year=0
- Elsbernd, A., Heidecker, L., Schüttemeier, B. & Mahler, C. (2021). *Aus der Krise lernen: Studie zur aktuellen Lage in Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege in Baden-Württemberg während der Corona-Pandemie: Laufzeit: 2020 bis 2021*. Jacobs Verlag.
- Fritzell, J., Nelson, K., Palme, J. & Schön, P. (2018). *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care: Sweden. European Union*. https://ec.europa.eu/social/main.jsp?pager.offset=0&advSearchKey=espnltc_2018&mode=advancedSubmit&catId=22&policyArea=0&policyAreaSub=0&country=0&year=0
- gematik. (2023a). *Anwendungen* | gematik. <https://www.gematik.de/anwendungen>
- gematik. (2023b). *Gesetzliche Grundlagen* | gematik. <https://www.gematik.de/ueber-uns/gesetzliche-grundlagen>
- gematik. (2023c). *Onboardingcheckliste für Pflegeeinrichtungen*. https://www.gematik.de/media/gematik/Medien/Sektoren/Bilder/Pflege/gematik_Checkliste_Pflegeeinrichtungen.pdf
- gematik. (2023d). *Telematikinfrastruktur* | gematik. <https://www.gematik.de/telematikinfrastruktur>
- gematik. (2023e). *Über uns* | gematik. <https://www.gematik.de/ueber-uns>
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). (2023). *Bedarfsplanungs-Richtlinie: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung*. Bundesanzeiger BAnz AT 02.06.2023 B2. <https://www.g-ba.de/richtlinien/bedarfsplanung>
- Gerd Wenninger. (2000). *Kriteriumsvalidität: Spektrum Lexikon der Psychologie*. <https://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/kriteriumsvaliditaet/8337>

- Glendinning, C. (2018). *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care United Kingdom*. European Social Policy Network (ESPN). https://ec.europa.eu/social/main.jsp?pager.offset=0&advSearchKey=espnltc_2018&mode=advancedSubmit&catId=22&policyArea=0&policyAreaSub=0&country=0&year=0
- Grødem, A. S. (2018). *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care – Norway*. https://ec.europa.eu/social/main.jsp?pager.offset=20&advSearchKey=espnltc_2018&mode=advancedSubmit&catId=22&policyArea=0&policyAreaSub=0&country=0&year=0
- NHS Digital. (2023). *About us*. Abgerufen am 17. September 2023, von <https://digital.nhs.uk/about-nhs-digital>
- Hirdes, J. P., Poss, J. W. & Curtin-Telegdi, N. (2008). *The Method for Assigning Priority Levels (MAPLe): a new decision-support system for allocating home care resources*. BMC medicine, 6, 9. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-6-9>
- Isfort, M., Klie, T., Rischard, P. & Hüsken J.-M. (2023): *Monitoring Pflegepersonal in Baden-Württemberg*. AGP Sozialforschung und Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP): <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/service/publikation/did/monitoring-pflegepersonal-in-baden-wuerttemberg-2022>
- Jacobs, K. (2021). *Pflege-Report 2021: Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen (1st ed. 2021)*. Springer Berlin Heidelberg; Springer. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=6676603>
- Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. & Schwinger, A. (Hrsg.). (2020). *Pflege-Report 2020: Neuausrichtungen von Versorgung (1st ed.)*. Springer Berlin Heidelberg.
- Jahn, D. (1997). Das politische System Schwedens. In W. Ismayr (Hrsg.), *Die politischen Systeme Westeuropas* (Uni-Taschenbücher). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-322-95712-2_3
- Jäggi, J. & Kilian Künzi. (2015). *Unterstützung für Hilfe- und Pflegebedarf im Alter – Ein Systemvergleich zwischen Deutschland, Japan und der Schweiz*. Age Stiftung. <https://www.age-stiftung.ch/publikation/systemvergleich-zwischen-deutschland-japan-und-der-schweiz/>
- Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW). (2023). *Bedarfsplan der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg über den Stand der vertragsärztlichen Versorgung zum 18. Oktober 2023*. <https://www.kvbawue.de>
- Kommission Zukunft Statistik (2024). *Bericht und Empfehlungen der Kommission Zukunft Statistik*. https://www.destatis.de/DE/Ueber-uns/Leitung-Organisation/KomZS/abschlussbericht.pdf?__blob=publicationFile
- Krebs, D. & Menold, N. (2022). *Gütekriterien quantitativer Sozialforschung*. In N. Bauer & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der Empirischen Sozialforschung* (S. 549–565). VS VERLAG FÜR SOZIALWISSE. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-37985-8_35

-
- Kvist, J. (2018). *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care: Denmark*. European Union. https://ec.europa.eu/social/main.jsp?pager.offset=0&advSearch-Key=espnltc_2018&mode=advancedSubmit&catId=22&policyArea=0&policyAreaSub=0&country=0&year=0
- Lobsinger, M. & Liechti, D. (2021). *Berufsaustritte und Bestand von Gesundheitspersonal in der Schweiz: Eine Analyse auf Basis der Strukturenerhebungen 2016-2018*. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/obsan_01_2021_bericht_0.pdf
- Matusiewicz, M. (2024): *Routinedaten im Gesundheitswesen*. <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/routinedaten-im-gesundheitswesen-54121>
- Medizinischer Dienst Bund. (2019). *Die neuen Qualitätsprüfungen in der vollstationären Pflege*. https://www.medizinischerdienst.de/fileadmin/MD-zentraler-Ordner/Downloads/10_Leistungserbringer_Pflege/200325_Fachinfo_QP_stationaer_BA.pdf
- Medizinischer Dienst Bund. (2022). *Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes für die Qualitätsprüfung in Pflegeeinrichtungen nach § 114 SGB XI Vollstationäre Pflege*. https://www.medizinischerdienst.de/fileadmin/MD-zentraler-Ordner/Downloads/10_Leistungserbringer_Pflege/220803_QPR_vollstationaer_2022.pdf
- Medizinischer Dienst Bund. (2023). *Qualitätsprüfungen—Rechtliche Grundlagen—Ambulante Pflegedienste | Richtlinien/Publikationen | Medizinischer Dienst Bund*. <https://md-bund.de/richtlinien-publikationen/pflegequalitaet/qualitaetspruefungen-rechtliche-grundlagen-ambulante-pflegedienste.html>
- Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg. (2023). *Dienste und Einrichtungen auf dem Prüfstand*. Baden-Württemberg.de. <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheitspflege/pflege/qualitaet-in-der-pflege>
- Moosbrugger, H. & Kelava, A. (Hrsg.). (2020). *Lehrbuch. Testtheorie und Fragebogenkonstruktion (3. Aufl.)*. Springer Berlin Heidelberg. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=2579746>
- Morgan, D. L. (2023). *Exploring the Use of Artificial Intelligence for Qualitative Data Analysis: The Case of ChatGPT*. International Journal of Qualitative Methods, 22, Artikel 16094069231211248. <https://doi.org/10.1177/16094069231211248>
- Nussbaumer Knaflic, C. (2017). *Storytelling mit Daten: Die Grundlagen der effektiven Kommunikation und Visualisierung mit Daten*. Business book summary. Vahlen.
- OECD. (2023). *Health expenditure and financing*. Abgerufen am 17. Januar 2023, von <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>
- Pflegedigital BW. (o. J.). *Zukunftsland BW – Interaktiv*. Abgerufen am 4. April 2023, von <https://www.pflegedigital-bw.de/de/interaktiv/zukunftsland-bw/>
- Pichlbauer, E. G. (2018). *Das österreichische Pflegesystem: Ein europäischer Sonderfall*. Bertelsmann Stiftung. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/das-oesterreichische-pflegesystem-ein-europaeischer-sonderfall>
- Regierungspräsidien Baden-Württemberg. (2023). *Heimaufsicht—Regierungspräsidien Baden-Württemberg*. <https://rp.baden-wuerttemberg.de/themen/soziales/seiten/heimaufsicht/>

- Romio, S., Sturkenboom, M. & Corrao, G. (2013). *Real-world data from the health decision maker perspective. What are we talking about?* <https://scholar.archive.org/work/7dgtkut3zsfepxmtnyf24hteaiu/access/wayback/http://ebph.it:80/article/viewfile/8979/8115>
- SAHRA. (2023). *Kennzahlen – Inhalte*. Abgerufen am 17. September 2023, von <https://www.sahra-plattform.de/start/kennzahlen/inhalte/>
- Schaffer, H. I. (2019). *Empirische Sozialforschung für die Soziale Arbeit: Eine Einführung (4. Aufl.)*. Studienbuch Soziale Arbeit. Lambertus. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=2319509>
- Scheid, S., & Vogl, S. (2021). *Data Science: Grundlagen, Methode und Modelle der Statistik*. Carl Hanser Verlag GmbH & Co. KG. <https://doi.org/10.3139/9783446470019>
- Schmid, J. (2010). *Wohlfahrtsstaaten im Vergleich: Soziale Sicherung in Europa: Organisation, Finanzierung, Leistungen und Probleme (3. Aufl.)*. Lehrbuch. VS-Verl. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-92548-6>
- Schüller, K., Busch, P., & Hindinger, C. (2019a). *Future skills: Ein framework für data literacy*. Hochschulforum Digitalisierung, 46, 1-128.
- Schüller, K., & Busch, P. (2019b). *Data literacy: Ein systematic review*. Hochschulforum Digitalisierung, 46, 1-126.
- Spektrum. (2023). *Validität*. <https://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/validitaet/16103>
- Statistik Austria. (2022). *Betreuungs- und Pflegedienste – STATISTIK AUSTRIA – Die Informationsmanager*. Bundesanstalt Statistik Österreich. <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/sozialeleistungen/betreuungs-und-pflegedienste>
- Statistik Austria. (2024). *STATcube – Statistische Datenbank*. Abgerufen am 17. März 2023, von <https://www.statistik.at/datenbanken/statcube-statistische-datenbank>
- Statistisches Bundesamt. (2022). *Pflege in Österreich | Statista*. Statistisches Bundesamt. <https://de.statista.com/statistik/studie/id/59806/dokument/pflege-in-oesterreich/>
- Sommerhalder, K., Gugler, Elaine, Conca, Antoniette, Bernet, Madeleine, Bernet, Niklaus, Serdaly, Christine, & Hahn, Sabine. (2015). *Lebens- und Pflegequalität im Pflegeheim – Beschreibende Ergebnisse der Befragung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen in der Schweiz*. Residents' Perspectives of Living in Nursing Homes in Switzerland (RESPONS). 1–54.
- Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek). (2024). *Pflegelotse: Startseite*. https://www.pflegelotse.de/presentation/pl_startseite.aspx
- Weber, W. (2019). *Multidisziplinäre Forschungsperspektiven auf Infografiken und Datenvisualisierungen*. In Handbuch Visuelle Kommunikationsforschung (S. 335–359). Springer VS, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-06508-9_38
- Wiedekopf, J., Ulrich, H., Essenwanger, A., Kiel, A., Kock-Schoppenhauer, A.-K. & Ingenerf, J. (2021). *Desiderata for a Synthetic Clinical Data Generator*. Studies in health technology and informatics, 281, 68–72. <https://doi.org/10.3233/SHTI210122>
- Wirtz, M. (2021). *Kriteriumsvalidität im Dorsch Lexikon der Psychologie*. <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/kriteriumsvaliditaet>

-
- Wissenschaftliche Dienste Deutscher Bundestag. (2020). *Sachstand – Das Pflegesystem in den Niederlanden*. <https://www.bundestag.de/resource/blob/681190/343bdb798f4b31be0bb7adf2a1e41deb/WD-9-080-19-pdf-data.pdf>
- World Health Organization Regional Office for Europe (2016). *Health Systems in Transition, Netherlands Vol.18 No.2 2016*. https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0016/314404/HIT_Netherlands.pdf
- Worrall, P. & Chausalet, T. (2011). *Development of a web-based system using the model view controller paradigm to facilitate regional long-term care planning*. In 2011 24th International Symposium on Computer-Based Medical Systems (CBMS) (S. 1–7). IEEE / Institute of Electrical and Electronics Engineers Incorporated. <https://doi.org/10.1109/CBMS.2011.5999123>
- Wronski, P., Wensing, M., Ghosh, S., Gärttner, L., Müller, W. & Koetsenruijter, J. (2021). *Use of a quantitative data report in a hypothetical decision scenario for health policymaking: a computer-assisted laboratory study*. BMC medical informatics and decision making, 21(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s12911-021-01401-4>
- Zhang, H., Wu, C., Xie, J., Lyu, Y., Cai, J. & Carroll, J. M. (2023, 19. September). *Redefining Qualitative Analysis in the AI Era: Utilizing ChatGPT for Efficient Thematic Analysis*. <http://arxiv.org/pdf/2309.10771v1>

Anhang

Anlage 1: Abbildungsverzeichnis

Anlage 2: Tabellenverzeichnis

Anlage 3: Fragebogen zur Erhebung von quantitativen und qualitativen Steuerungsdaten in der stationären und ambulanten Langzeitpflege in Baden-Württemberg (QUASTA-LP-BW)
(Elsbernd, A. und Hahn, L. und Kilmeyer L. S. 2024)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Strukturmodell des Prozesses der Daten-Wertschöpfung; angelehnt an Münster 2019 (Schüller et al. 2019a, S. 23)	19
Abbildung 2: „Kompetenzfelder und Teilkompetenzen des Data Literacy Frameworks im Prozessmodell der Daten-Wertschöpfung“ (Schüller et al. 2019a, S. 34)	20
Abbildung 3: Tabelle (eigene Darstellung 2023)	23
Abbildung 4: Beispiel für eine Heatmap (eigene Darstellung 2023)	24
Abbildung 5: Liniendiagramm (eigene Darstellung 2023)	25
Abbildung 6 Steigungsdiagramm (eigene Darstellung 2023)	25
Abbildung 7: Streudiagramm (eigene Darstellung 2023)	26
Abbildung 8: Gestapeltes Balkendiagramm (links) (eigene Darstellung 2023); Balkendiagramm (rechts) (eigene Darstellung 2023)	27
Abbildung 9: Gestapeltes horizontales Balkendiagramm (links) (eigene Darstellung 2023); Horizontales Balkendiagramm (rechts) (eigene Darstellung 2023)	27
Abbildung 10: Wasserfalldiagramm (eigene Darstellung 2023)	28
Abbildung 11: Flächendiagramm (eigene Darstellung 2023)	28
Abbildung 12: Box-plot Diagramm (eigene Darstellung 2023)	29
Abbildung 13: STATcube Funktionsweisen (Bundesanstalt für Statistik 2023)	37
Abbildung 14: STATcube: Wohnbevölkerung im Jahresdurchschnitt und Zeit (Bundesanstalt für Statistik 2023)	37
Abbildung 15: Die drei Säulen der Sozialversicherung der Schweiz (eigene Darstellung nach BSV, 2022, S. 10–29)	38
Abbildung 16: Das politische System Schwedens (eigene Darstellung nach Jahn, 1997, 107–149)	42
Abbildung 17: Darstellung des Drei-Säulen-Systems der Krankenversicherung in den Niederlanden (eigene Darstellung 2023)	46
Abbildung 18: Bildausschnitte Auswahlmaske und Datenvisualisierung Statistics Denmark (eigene Darstellung 2023)	51
Abbildung 19: Bildschirmausschnitt Tabelle Nursing and care services (eigene Darstellung 2023)	55
Abbildung 20: Bildschirmausschnitt Todesursachenstatistik (Dashboard)	60

Abbildung 21: Bildschirmausschnitte aus "Quality Outcome Framework Prevalence - Raw Disease Prevalence Rates"	61
Abbildung 22: Bildschirmausschnitte Adult Social Care Survey 2021–22 (NHS Digital 2023) .	63
Abbildung 23: Bildschirmausschnitt Todesursachen nach Geschlecht in Europa (Eurostat 2023).....	64
Abbildung 24: Notendarstellung in der ambulanten Langzeitpflege (Prüfergebnisse eines ambulanten Dienstes aus dem Pflegelotsen).....	94
Abbildung 25: "Inspection ratings" aus Care Quality Commission, 2023a)	99
Abbildung 26: Daten aus Pflegedokumentationssystemen (eigene Darstellung 2023)	102
Abbildung 27: Wortwolke Softwarehersteller (eigene Darstellung 2024)	103
Abbildung 28: „Daten-Akteur:innen“ und ihre Verknüpfungen in Deutschland (eigene Darstellung 2023)	115
Abbildung 29: Akteure in der Langzeitpflege und deren Beziehungen – aus Sicht der Interviewteilnehmenden (eigene Darstellung 2023)	121
Abbildung 30: Historie der Erhebung „Der Pflege eine Stimme geben“ (eigene Darstellung 2024).....	145
Abbildung 31: Altersverteilung der Teilnehmenden (eigene Darstellung 2024)	154
Abbildung 32: Tätigkeitsbereiche und Dauer der Beschäftigung der Teilnehmenden (eigene Darstellung 2024)	155
Abbildung 33: Differenzierte Darstellung der Weiterbildungen der Teilnehmenden (eigene Darstellung 2024)	156
Abbildung 34 Weiterbildungen der Teilnehmenden (eigene Darstellung 2024).....	156
Abbildung 35: Angaben zu Leasingpersonal (eigene Darstellung 2024).....	157
Abbildung 36: Angaben zu den Möglichkeiten einer Neuaufnahme von Bewohner:innen/Kund:innen (eigene Darstellung 2024)	158
Abbildung 37: Angaben zur Verfügbarkeit von Tagespflegeangeboten (eigene Darstellung 2024).....	159
Abbildung 38: Angaben zu den wöchentlichen Anfragen zu Aufnahmen im stationären und ambulanten Bereich (eigene Darstellung 2024)	160
Abbildung 39: Angaben der Teilnehmenden zur Wirtschaftlichkeit der Einrichtungen (eigene Darstellung 2024)	161

Abbildung 40: Einschätzung der pflegefachlichen Betreuung der Bewohner:innen und Kund:innen (eigene Darstellung 2024).....	164
Abbildung 41: Angaben zum Beschwerdemanagement (eigene Darstellung 2024)	166
Abbildung 42: Bewertung der Lebensqualität der Bewohner/innen bzw. Kund:innen – aus Sicht der Teilnehmenden (eigene Darstellung).....	167
Abbildung 43: Belastungserleben der Befragten (eigene Darstellung 2024)	168
Abbildung 44: Darstellung der aktuellen Belastungen – aus Sicht der Befragten (eigene Darstellung 2024)	169
Abbildung 45: Wahrnehmung der Führungsaufgaben – aus Sicht der Befragten (eigene Darstellung 2024)	171
Abbildung 46: Einschätzung der erhaltenen Unterstützung durch Führungsperson, Träger/Verband (eigene Darstellung 2024)	172
Abbildung 47: Angaben zu den privaten Belastungen – aus Sicht der Befragten (eigene Darstellung 2024)	173
Abbildung 48: Angaben zum aktuellen Krankenstand aus Sicht der Befragten zum Stichtag (eigene Darstellung 2024)	174
Abbildung 49: Bewertung der Zusammenarbeit im Team – aus Sicht der Teilnehmenden (eigene Darstellung 2024)	175
Abbildung 50: Angaben zu den Entlastungsangeboten – aus Sicht der Befragten (eigene Darstellung 2024)	176
Abbildung 51: Angaben zu Gratifikationen für Mitarbeitende (eigene Darstellung 2024) ...	177
Abbildung 52: Gesellschaftliche Wahrnehmung – aus Sicht der Befragten (eigene Darstellung 2024).....	178
Abbildung 53: Politische Wahrnehmung – der Befragten (eigene Darstellung 2024).....	179
Abbildung 55: Personelle Unterstützung in der digitalen Entwicklung	182
Abbildung 54: Zufriedenheit mit dem Stand der Digitalisierung (eigene Darstellung 2024)	182
Abbildung 56: Ausmaß der Digitalisierung – aus Sicht der Befragten (eigene Darstellung 2024).....	184
Abbildung 57: Ausstattung mit mobilen Endgeräten (eigene Darstellung 2024)	185
Abbildung 58: Erhalt von Fördermitteln zur Digitalisierung (eigene Darstellung 2024).....	186
Abbildung 59: Nutzung von neuen Technologien – aus Sicht der Befragten (eigene Darstellung 2024)	187

Abbildung 60: Einschätzung der digitalen Kommunikationsmöglichkeiten der Bewohner:innen/Kund:innen (eigene Darstellung 2024)	188
Abbildung 61: Einschätzung der Rückmeldung von Befragungsergebnissen (eigene Darstellung 2024)	189
Abbildung 62: Einschätzung der ärztlichen Versorgung (eigene Darstellung 2024)	191
Abbildung 63: Angaben zu festen Ansprechpartner:innen im Gesundheitsamt (eigene Angaben 2024)	194
Abbildung 64: Angaben zu Ansprechpartner:innen in der Pflegestützpunkten (eigene Darstellung 2024)	195
Abbildung 65: Angaben zu festen Ansprechpartner:innen bei der Heimaufsicht (eigene Darstellung 2024)	196
Abbildung 66: Angaben der Teilnehmenden hinsichtlich des Wunsches nach weiteren Informationen zu Projekten, Förderungen und anderem (eigene Darstellung 2024)	198

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 : Pflegestatistik Österreich (eigene Darstellung 2023)	36
Tabelle 2: Relevante Datenbanken in der Schweiz (eigene Darstellung 2023)	40
Tabelle 3: Relevanten Datenbanken in Schweden (eigene Darstellung 2023)	44
Tabelle 4: Relevante Datenbanken der Niederlande (eigene Darstellung 2023)	47
Tabelle 5: Relevante Datenbanken in Dänemark (eigene Darstellung 2023)	50
Tabelle 6: Relevante Datenbanken in Norwegen (eigene Darstellung 2023)	54
Tabelle 7: Zentrale nationale Statistiken mit Gesundheitsdaten für die Langzeitpflege (eigene Darstellung 2024)	83
Tabelle 8: Prüfbögen des MD (eigene Darstellung, 2023, nach Medizinischer Dienst Bund, 2019, S.18-21)	93
Tabelle 9: Prüfbogen/Prüfleitfaden der Care Quality Commission Großbritannien (eigene Darstellung, nach Prüfbericht Weymont Manor, Care Quality Commission, 2023b)	98
Tabelle 10: Übersicht der EDV-Produkte in der Langzeitpflege (eigene Darstellung 2023)	106
Tabelle 11: Bewertung des Umgangs mit Daten hinsichtlich einer gemeinsamen Nutzung – aus Sicht der Teilnehmenden (eigene Darstellung 2023)	124
Tabelle 12: Übersicht zu möglichen TOP-Themen der Langzeitpflege hinsichtlich der zukünftigen Daten-erfassung (eigene Darstellung 2024)	207
Tabelle 13: Übersicht zu den zertifizierten EDV-Programmen und Firmen in der Wohnungslosenhilfe, Stand 28.06.24 (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V., 2024)	215
Tabelle 14: Beispiel einer Variablen-Konstruktion (eigene Darstellung 2024 nach Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V., 2022 S. 55)	218
Tabelle 15: Beispieldarstellung Bildungsabschlüsse, eigene Darstellung 2024	219
Tabelle 16: Beispieldarstellung Gründe für den Einsatz von Leasingpersonal (eigene Darstellung 2024)	221
Tabelle 17: Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung nach GBA-Richtlinien (eigene Darstellung 2024)	227

Fragebogen zur Erhebung von quantitativen und qualitativen Steuerungsdaten in der stationären und ambulanten Langzeitpflege in Baden-Württemberg (QUASTA-LP-BW)

Das Erhebungsinstrument QUASTA-LP-BW (Elsbernd, A. und Hahn, L. und Kielmeyer L. S. 2024) dient der Sammlung von Routinedaten aus der ambulanten und (teil)stationären Langzeitpflege. Es wurde entwickelt, um wichtige Einblicke in die aktuellen Bedingungen und Herausforderungen in Pflegeeinrichtungen zu gewinnen und unterstützt damit die Planung und Weiterentwicklung der Langzeitpflege auf verschiedenen Ebenen. Das Instrument besteht aus den Routinedaten und einer überwiegend qualitativen Mitarbeitenden-Befragung zur Situation der Einrichtungen der Langzeitpflege.

Zielgruppe und Anwendungsbereich: Das Erhebungsinstrument richtet sich an alle Bereiche der Langzeitpflege. Jede Einrichtung und jeder ambulante Pflegedienst, unabhängig von der Zugehörigkeit zu einem Träger oder ähnlichem, könnte zur Teilnahme an den rhythmisierten Erhebungen verpflichtet werden.

Routinedatenteil

Der erste Teil des Erhebungsinstruments wird von Führungskräften wie Pflegedienstleitungen (PDL) oder Einrichtungsleitungen ausgefüllt. Dieser Abschnitt konzentriert sich auf strukturelle und organisatorische Aspekte der Pflegeeinrichtung. Er erfasst allgemeine Rahmen- und Strukturdaten. Für den Routinedatenteil ist eine halbjährliche Erhebung sinnvoll. Durch die zweimal jährliche Erhebung dieser strukturellen und organisatorischen Daten können Veränderungen und Trends zeitnah erkannt und entsprechende Maßnahmen schneller eingeleitet werden. Diese kontinuierliche Datenerfassung ermöglicht es, die aktuellen Rahmenbedingungen in den Pflegeeinrichtungen regelmäßig zu überprüfen und bei Bedarf anzupassen. Dieser Teil enthält fünf Bereiche

- **Rahmen- und Strukturdaten:** In diesem Abschnitt werden allgemeine Informationen zur Struktur und Organisation der Einrichtung erhoben.
- **Digitalisierung und weiterer Datenaustausch:** Dieser Abschnitt befasst sich mit dem Stand der Digitalisierung der Einrichtung.
- **Zusammenarbeit:** Hier geht es um die Zusammenarbeit der Einrichtung mit Hausärzten, Fachärzten und dem öffentlichen Gesundheitsdienst.
- **Aktuelle Entwicklungen:** In diesem Abschnitt werden Informationen zu aktuellen Projekten und Weiterentwicklungen in der Einrichtung gesammelt.
- **„Was noch zu sagen ist ...“:** Dieser Abschnitt bietet Einrichtungen die Möglichkeit, zusätzliche Anliegen, Anregungen oder Beobachtungen mitzuteilen, die in den vorherigen Abschnitten nicht erfasst wurden.

Teil zum Belastungserleben der Mitarbeitenden

Der zweite Teil des Erhebungsinstruments richtet sich an alle Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtung. Dieser Abschnitt erfasst überwiegend das subjektive Belastungserleben und die Arbeitssituation der Mitarbeitenden sowie die Bewertung der Versorgungssituation/Lebensqualität der pflegebedürftigen Menschen. Die Fragen zielen darauf ab, ein detailliertes Bild der Arbeitsbedingungen und der damit verbundenen Herausforderungen zu zeichnen. Hierbei geht es um Themen wie Arbeitsbelastung, Zufriedenheit, Stressfaktoren und mögliche Unterstützungssysteme innerhalb der Einrichtung. Die gewonnenen Daten sollen dazu beitragen, spezifische Probleme zu identifizieren und Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Pflegequalität zu entwickeln. Eine jährliche Erhebung ist ausreichend, um langfristige Entwicklungen und Trends in der Mitarbeiter:innen-Zufriedenheit und -Belastung zu identifizieren. Dies trägt dazu bei, gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Pflegequalität zu entwickeln und umzusetzen. Dieser Teil enthält sechs Bereiche:

- **Rahmen- und Strukturdaten:** In diesem Abschnitt werden grundlegende demografische und berufliche Informationen der einzelnen Mitarbeitenden erfasst.
- **Belastungserleben aller Mitarbeitenden (inkl. Führungskräfte):** Dieser Abschnitt zielt darauf ab, das subjektive Belastungserleben der Mitarbeitenden zu erfassen.
- **Digitalisierung:** In diesem Abschnitt wird der Einfluss der Digitalisierung auf Ihre Arbeitsbelastung und die Unterstützung beim Erlernen neuer digitaler Anwendungen thematisiert.
- **Lebensqualität der Bewohner: innen und Kund:innen:** Hier geht es um Ihre Einschätzung der Lebensqualität der Bewohner:innen und Kund:innen aus der Perspektive der Mitarbeitenden.
- **Aktuelle Entwicklungen:** In diesem Abschnitt werden Informationen zu aktuellen Projekten und Weiterentwicklungen in Ihrer Einrichtung gesammelt.
- **„Was noch zu sagen ist ...“:** Dieser Abschnitt bietet Ihnen die Möglichkeit, zusätzliche Anliegen, Anregungen oder Beobachtungen mitzuteilen, die in den vorherigen Abschnitten nicht erfasst wurden.

Ziel und Zweck des Instruments: Das Hauptziel dieses Erhebungsinstruments ist, unterschiedliche Akteur:innen im Bereich der Langzeitpflege mit wichtigen Routinedaten zu versorgen, die ihnen zuvor nicht zugänglich waren. Das Instrument ermöglicht nicht nur eine tiefere Einsicht in die Arbeitsweise und Herausforderungen der Einrichtungen, sondern unterstützt auch die Identifikation von Problemen und Schwierigkeiten, die die Pflegeheime und ambulanten Dienste beschäftigen. Ziel ist es, die bereits bekannten Probleme sichtbar zu machen. Dadurch können gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegequalität entwickelt und implementiert werden.

Zuständigkeiten

Die Durchführung der Erhebungen könnte in der Verantwortung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg liegen. Um die Qualität und Verlässlichkeit der Daten zu gewährleisten, könnte das Ministerium eng mit dem Statistischen Landesamt zusammenarbeiten. Diese Zusammenarbeit stellt sicher, dass die Erhebung und Auswertung der Daten nach wissenschaftlichen Standards erfolgen und die Ergebnisse damit aussagekräftig und belastbar sind.

MUSTER

evasys

QUASTA-LP-BW Bogen für Einrichtungen



Fakultät SABP

Projekt WiStLa

HOCHSCHULE
ESSLINGEN

Bitte so markieren: Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.

Korrektur: Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

Sehr geehrte Teilnehmende,

in dieser Umfrage werden Routinedaten der ambulanten und stationären Langzeitpflege erhoben, die zeitnah der Öffentlichkeit und allen Akteuren zur eignen Verwendung zur Verfügung gestellt werden. Sie dienen der Planung und Weiterentwicklungen in der Langzeitpflege. Vielen Dank für Ihr Engagement!

1. Rahmen- und Strukturdaten

1.1 Zu welchem Bereich der Langzeitpflege ist Ihre Einrichtung zuzuordnen? Ambulant (Teil-) Stationär

1.2 Wie viele Bewohner:innen/Kund:innen betreut die Einrichtung/der ambulante Pflegedienst aktuell insgesamt?

- | | | |
|---|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> < 15 | <input type="checkbox"/> 16 - 25 | <input type="checkbox"/> 26 - 40 |
| <input type="checkbox"/> 41 - 60 | <input type="checkbox"/> 61 - 80 | <input type="checkbox"/> 81 - 100 |
| <input type="checkbox"/> 101 - 300 | <input type="checkbox"/> 301 - 700 | <input type="checkbox"/> > 700 |
| <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht | <input type="checkbox"/> Keine Angabe | |

1.3 Wie viele Einzelzimmer bietet die Einrichtung zurzeit an?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

1.4 Wie viele Doppelzimmer bietet die Einrichtung zurzeit an?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

1.5 Wie viele Kurzzeitpflegeplätze bietet die Einrichtung zurzeit an?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

1.6 Ist ein Angebot für Tagespflege in die Einrichtung integriert? Ja Nein

1.7 Wenn ja, wie viele Kund:innen werden aktuell in der Tagespflege betreut?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

1.8 Bietet die Einrichtung/der ambulanter Pflegedienst spezialisierte Versorgung an? Ja Nein

1.9 Wenn ja, für welche Personengruppe?

- Junge Erwachsene (18-45 Jahre) Personen mit Beatmungsbedarf Weitere

1.10 Weitere Schwerpunkte

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

MUSTER

1. Rahmen- und Strukturdaten [Fortsetzung]

- 1.11 Konnten in den letzten zwei Wochen neue Bewohner:innen/Kund:innen aufgenommen werden? Ja Nein Zum Teil
 Keine Angabe

1.12 Wenn nein oder nur zum Teil, erläutern Sie bitte warum.

1.13 Wer ist Träger Ihrer Einrichtung (Mehrfachnennungen möglich)?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Eigen-/Selbstständig | <input type="checkbox"/> Freigemeinnützig (bspw. Kirche) | <input type="checkbox"/> Körperschaft d. öffentl. Rechts |
| <input type="checkbox"/> Stadt | <input type="checkbox"/> Verein | <input type="checkbox"/> Andere |
| <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht | <input type="checkbox"/> Keine Angabe | |

1.14 In welchem Stadtkreis befindet sich die Einrichtung in der Sie aktuell tätig sind?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aalen | <input type="checkbox"/> Achern | <input type="checkbox"/> Albstadt |
| <input type="checkbox"/> Backnang | <input type="checkbox"/> Bad Mergentheim | <input type="checkbox"/> Bad Rappenau |
| <input type="checkbox"/> Bad Waldsee | <input type="checkbox"/> Balingen | <input type="checkbox"/> Biberach an der Riß |
| <input type="checkbox"/> Bietigheim-Bissingen | <input type="checkbox"/> Böblingen | <input type="checkbox"/> Bretten |
| <input type="checkbox"/> Bruchsal | <input type="checkbox"/> Bühl | <input type="checkbox"/> Calw |
| <input type="checkbox"/> Crailsheim | <input type="checkbox"/> Ditzingen | <input type="checkbox"/> Donauessingen |
| <input type="checkbox"/> Ehingen (Donau) | <input type="checkbox"/> Eislingen/Fils | <input type="checkbox"/> Ellwangen (Jagst) |
| <input type="checkbox"/> Emmendingen | <input type="checkbox"/> Eppingen | <input type="checkbox"/> Esslingen am Neckar |
| <input type="checkbox"/> Ettlingen | <input type="checkbox"/> Fellbach | <input type="checkbox"/> Filderstadt |
| <input type="checkbox"/> Freudenstadt | <input type="checkbox"/> Friedrichshafen | <input type="checkbox"/> Gaggenau |
| <input type="checkbox"/> Geislingen an der Steige | <input type="checkbox"/> Giengen an der Brenz | <input type="checkbox"/> Göppingen |
| <input type="checkbox"/> Heidenheim an der Brenz | <input type="checkbox"/> Herrenberg | <input type="checkbox"/> Hockenheim |
| <input type="checkbox"/> Horb am Neckar | <input type="checkbox"/> Kehl | <input type="checkbox"/> Kirchheim unter Teck |
| <input type="checkbox"/> Konstanz | <input type="checkbox"/> Kornwestheim | <input type="checkbox"/> Lahr/Schwarzwald |
| <input type="checkbox"/> Laupheim | <input type="checkbox"/> Leimen | <input type="checkbox"/> Leinfelden-Echterdingen |
| <input type="checkbox"/> Leonberg | <input type="checkbox"/> Leutkirch im Allgäu | <input type="checkbox"/> Lörrach |
| <input type="checkbox"/> Ludwigsburg | <input type="checkbox"/> Metzingen | <input type="checkbox"/> Mosbach |
| <input type="checkbox"/> Mössingen | <input type="checkbox"/> Mühlacker | <input type="checkbox"/> Nagold |
| <input type="checkbox"/> Neckarsulm | <input type="checkbox"/> Nürtingen | <input type="checkbox"/> Oberkirch |
| <input type="checkbox"/> Offenburg | <input type="checkbox"/> Öhringen | <input type="checkbox"/> Ostfildern |
| <input type="checkbox"/> Radolfzell am Bodensee | <input type="checkbox"/> Rastatt | <input type="checkbox"/> Ravensburg |
| <input type="checkbox"/> Remseck am Neckar | <input type="checkbox"/> Reutlingen | <input type="checkbox"/> Rheinfelden (Baden) |
| <input type="checkbox"/> Rheinstetten | <input type="checkbox"/> Rottenburg am Neckar | <input type="checkbox"/> Rottweil |
| <input type="checkbox"/> Schorndorf | <input type="checkbox"/> Schramberg | <input type="checkbox"/> Schwäbisch Gmünd |
| <input type="checkbox"/> Schwäbisch Hall | <input type="checkbox"/> Schwetzingen | <input type="checkbox"/> Sindelfingen |
| <input type="checkbox"/> Singen (Hohentwiel) | <input type="checkbox"/> Sinsheim | <input type="checkbox"/> Stutensee |
| <input type="checkbox"/> Tübingen | <input type="checkbox"/> Tuttlingen | <input type="checkbox"/> Überlingen |
| <input type="checkbox"/> Vaihingen an der Enz | <input type="checkbox"/> Villingen-Schwenningen | <input type="checkbox"/> Waghäusel |
| <input type="checkbox"/> Waiblingen | <input type="checkbox"/> Waldkirch | <input type="checkbox"/> Waldshut-Tiengen |
| <input type="checkbox"/> Wangen im Allgäu | <input type="checkbox"/> Weil am Rhein | <input type="checkbox"/> Weingarten |
| <input type="checkbox"/> Weinheim | <input type="checkbox"/> Weinstadt | <input type="checkbox"/> Wertheim |
| <input type="checkbox"/> Wiesloch | <input type="checkbox"/> Winnenden | |

Welche Weiterbildung(en) haben die Mitarbeitenden, in den letzten drei Jahren, in Ihrer Einrichtung/ Ihrem ambulanten Dienst absolviert (Mehrfachnennung möglich)?

1. Rahmen- und Strukturdaten [Fortsetzung]

1.15 Praxisanleiter:in

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.16 Wohn- und Pflegegruppenleitung

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.17 Wundmanager:in

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.18 Palliativ Care

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.19 Fachkraft für Gerontopsychiatrie

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.20 Verantwortliche Pflegefachkraft (PDL)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.21 Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.22 Andere Weiterbildungen:

--

Wie viele Mitarbeitende in Ihrer Einrichtung/Ihrem ambulanten Dienst arbeiten aktuell in den folgenden Beschäftigungsumfängen?

1.23 Vollzeit

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.24 Teilzeit

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.25 In Ausbildung

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.26 Geringfügig beschäftigt

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Rahmen- und Strukturdaten [Fortsetzung]

- 1.27 Wie hoch ist der aktuelle/heutige Krankenstand unter allen Mitarbeitenden (ungefähr)?
- | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> < 10% | <input type="checkbox"/> 10 - 15 % | <input type="checkbox"/> 16 - 20 % |
| <input type="checkbox"/> 21 - 30 % | <input type="checkbox"/> > 30 % | |

Wie viele Mitarbeiter:innen werden aktuell (Stand heute) in Ihrer Einrichtung beschäftigt?
Bitte geben Sie die genaue Anzahl der Mitarbeitenden der jeweiligen Gruppen an.

1.28 Pflegehelfer:innen mit max. 3-monatiger Ausbildung

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.29 Alten- oder Krankenpflegehelfer:innen mit 1-jähriger Ausbildung

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.30 Pflegekräfte mit max. 2-jähriger Ausbildung

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.31 Pflegekräfte mit max. 3-jähriger Ausbildung

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.32 Mitarbeiter:innen/Pflegefachkräfte mit Bachelor- oder Masterabschluss/Diplom/Promotion

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.33 Mitarbeiter:innen in der Hauswirtschaft

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.34 Verwaltungs- oder Bürofachkräfte

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.35 Weitere Stellen

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- 1.36 Bietet ihre Einrichtung/ Ihr ambulanter Dienst aktuell Ausbildungsplätze für Pflegefachpersonen oder Pflegehilfskräften an? Ja Nein

1.37 Wenn ja, wie viele Plätze bieten Sie an?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- 1.38 Beschäftigen Sie in Ihrer Einrichtung/Ihrem Dienst aktuell (Stand heute) Mitarbeitende aus Leasing-Firmen? Ja Nein

2. Digitalisierung und weiterer Datenaustausch [Fortsetzung]

- 2.6 Nutzt die Einrichtung/der ambulante Pflegedienst digitale interne Kommunikationssysteme (Apps, Telemedizin, KI, etc.)? Ja Nein Zum Teil

- 2.7 Wenn ja, welche digitalen Kommunikationssysteme werden genutzt und für welche Bereiche? Beschreiben Sie bitte kurz.

- 2.8 Nutzen Sie Pflegeinformationssysteme (z. B. Medifox-Dan, Vivendi) oder andere Anwendungen, um interne Daten und Pflegeprozessdaten zu generieren? Ja Nein Zum Teil

- 2.9 Wenn ja, welche Systeme nutzen Sie und welche Daten werden generiert?

- 2.10 Haben Sie finanzielle Fördermittel für die Digitalisierung in Ihrer Einrichtung erhalten/beantragt? Ja Nein

- 2.11 Wenn ja, welche?

- 2.12 Nutzen Sie neue Technologien (z. B. Robotik, KI, intelligente Hilfsmittel, Demenztechnologien, etc.) in Ihrer Einrichtung/Ihrem Dienst? Ja Nein

- 2.13 Wenn ja, beschreiben Sie diese bitte kurz (wo und für was kommen sie zum bspw. Einsatz?).

- 2.14 Wie viele Bewohner:innen/Kund:innen nutzen aktuell digitale Kommunikationsmöglichkeiten (z. B. Smartphone, Tablet)? < 20 % 20 - 40 % 41 - 60 %
 61 - 80 % > 80 %

3. Zusammenarbeit

Hausarzt:innen/Facharzt:innen

- 3.1 Ist die notwendige Versorgung durch Ärzt:innen aktuell gegeben? Ja Teilweise Nein

3. Zusammenarbeit [Fortsetzung]

3.2 Wenn nein, beschreiben Sie bitte die Gründe.

3.3 Wie bewerten Sie die aktuelle Zusammenarbeit mit **(Haus-) Ärzt:innen** Ihrer Einrichtung?
Bitte beschreiben und begründen Sie Ihre Einschätzung.

3.4 Nehmen Sie aktuell neue Bewohner:innen/
Kund:innen auf, die keinen Hausarzt haben? Ja Nein Weiß ich nicht

3.5 Wie bewerten Sie die aktuelle Zusammenarbeit mit **Fachärzt:innen**?
Bitte beschreiben und begründen Sie Ihre Einschätzung.

3.6 Nehmen Sie an Vertragsmodellen mit **Ärzten und Fachärzten** teil? Ja Nein Zum Teil

3.7 Wenn ja, mit welchen (Fach-)Ärzt:innen-Praxen hat Ihre Einrichtung/Ihr ambulanter Pflegedienst ein Vertragsmodell?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hausärztin/Hausarzt | <input type="checkbox"/> Zahnärztin/Zahnarzt | <input type="checkbox"/> Neurologin/Neurologe |
| <input type="checkbox"/> Urologin/Urologe | <input type="checkbox"/> Augenärztin/Augenarzt | <input type="checkbox"/> Gerontopsychiatrische
Fachärzt:innen |
| <input type="checkbox"/> Psychologin/Psychologe | <input type="checkbox"/> Weitere | <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht |

3.8 Weitere:

3.9 Welche Bewohner:innenunabhängigen Informationen sollten (besser) mit den Haus- und Fachärzten kommuniziert werden (bspw. Urlaubsvertretungen, Hausbesuche, Aufnahme neuer Patient:innen)?
Bitte beschreiben Sie Ihre Anliegen möglichst genau.

Öffentlicher Gesundheitsdienst

3. Zusammenarbeit [Fortsetzung]

3.10 Haben Sie feste Ansprechpartner:innen im zuständigen Gesundheitsamt? Ja Nein Weiß ich nicht
 Keine Angabe

3.11 Besteht eine Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst/Gesundheitsamt? Beschreiben Sie bitte die Zusammenarbeit oder Kooperationen sofern diese bestehen.

4. Aktuelle Entwicklungen

4.1 Welche aktuellen inhaltlichen oder arbeitsorganisatorische Weiterentwicklungen/Projekte werden in der Einrichtung/dem ambulanten Pflegedienst zurzeit umgesetzt/begonnen? Geben Sie uns bitte einen Einblick in die aktuellen Entwicklungen der Einrichtung.

5. "Was noch zu sagen ist..."

5.1 Welche weiteren Anliegen und Anregungen möchten Sie gerne mitteilen?

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Der Fragebogen ist entstanden in dem Projekt "WiStLa - Wissenschaftlich gestützte Erhebung von Steuerungsdaten für die stationäre und ambulante Langzeitpflege in Baden-Württemberg, 2021 - 2024, finanziert durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration aus Landesmitteln, die der Landtag von Baden-Württemberg beschlossen hat".

Falls Sie Anregungen zur Weiterentwicklung des Fragebogen haben, wenden Sie sich an folgende Mailadresse: Astrid.Elsbernd@hs-esslingen.de

Projektleitung: Prof. Dr. Astrid Elsbernd, Hochschule Esslingen
Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen: Laura Hahn (M.A.), Lisa-Sophie Kiehlmeier (M.A.)

MUSTER

evasys

QUASTA-LP-BW für Mitarbeitende



Fakultät SABP

Projekt WiStLa

HOCHSCHULE
ESSLINGEN

Bitte so markieren: Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.
Korrektur: Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

Sehr geehrte Teilnehmende, mit dieser Umfrage werden Daten zu aktuellen Herausforderungen und Lösungsansätzen im Bereich der stationären und ambulanten Langzeitpflege erhoben. Welche aktuellen Themen beschäftigen Sie und welche Probleme sollten aus Ihrer Sicht schnell behoben werden? Sie können durch das Ausfüllen des Fragebogens den Verantwortlichen Ihre Anregungen und Wünsche mitteilen. Dafür werden vor allem sogenannte „offene Fragen“ gestellt, die Ihnen eine individuelle Beantwortung ermöglichen. Die Auswertung wird veröffentlicht, so dass Sie Einblicke in die Ergebnisse der Gesamtbefragung erhalten. Vielen Dank für Ihr Engagement!

1. Rahmen- und Strukturdaten

- 1.1 Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an. Weiblich Männlich Divers
 Keine Angabe
- 1.2 Wie alt sind Sie? < 25 Jahre 25 - 40 Jahre 41 - 60 Jahre
 > 60 Jahre Keine Angabe
- 1.3 In welchem Bereich der Langzeitpflege sind Sie tätig? Ambulant (Teil)- Stationär Keine Angabe
- 1.4 Welche Bildungsabschlüsse in Aus- und Weiterbildungen und/oder Studium besitzen Sie (Mehrfachnennung möglich)?
 Pflegehelfer-Ausbildung (bis 3 Monate) 1-jährige Ausbildung (Assistenz) 2-jährige Ausbildung (Assistenz)
 3-jährige Ausbildung Bachelorabschluss Masterabschluss
 Diplom Promotion Weiterbildungen
 Aktuell in Ausbildung Keine Angabe
- 1.5 In welchem Tätigkeitsfeld sind Sie beschäftigt (Mehrfachnennung möglich)?
 Pflegerische Tätigkeit (ausschließlich) Wohn- oder Bereichsleitung Sozialarbeiterische Tätigkeit (ausschließlich)
 Einrichtungsleitung Pflegedienstleitung Andere Leitungstätigkeit
- 1.6 In welchem Beschäftigungsumfang arbeiten Sie aktuell? Vollzeit Teilzeit Nicht erwerbstätig
 In der Ausbildung Geringfügig beschäftigt Keine Angabe

2. Belastungserleben aller Mitarbeiter:innen (inkl. Führungskräfte)

- 2.1 Welche Themen/Entwicklungen/Bereiche wirken sich aktuell in Ihrer Einrichtung/dem ambulanten Pflegedienst belastend aus?

- 2.2 Wie belastet fühlen Sie sich durch Ihre aktuelle Arbeitssituation? Nicht belastet Sehr stark belastet Keine Angabe

MUSTER

2. Belastungserleben aller Mitarbeiter:innen (inkl. Führungskräfte) [Fortsetzung]

2.3 Was sind aktuelle Belastungen für Sie (Mehrfachnennung möglich)?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Über- oder Minusstunden | <input type="checkbox"/> Hoher Ausfall von Kolleg:innen | <input type="checkbox"/> Nicht genügend Fachkräfte |
| <input type="checkbox"/> Nicht genügend Hilfskräfte | <input type="checkbox"/> Aufarbeitung nach Corona-Pandemie | <input type="checkbox"/> Umsetzung aktueller Standards |
| <input type="checkbox"/> Hygienekonzepte | <input type="checkbox"/> Fehlende oder nicht ausreichende Pausen | <input type="checkbox"/> Verändertes Tätigkeitsfeld |
| <input type="checkbox"/> Fehlender Austausch im Team | <input type="checkbox"/> Hohes Informations- und Erklärungsaufkommen | <input type="checkbox"/> Zusammenarbeit mit den Angehörigen |
| <input type="checkbox"/> Bürokratische Aufgaben | <input type="checkbox"/> Digitale Arbeitsmedien | <input type="checkbox"/> Keine |
| <input type="checkbox"/> Weitere | | |

2.4 Weitere:

2.5 Fühlen Sie sich insgesamt durch Ihre Führungskraft ausreichend gut unterstützt? Ja Nein Zum Teil
 Keine Angabe

2.6 Fühlen Sie sich insgesamt durch Ihren Vorgesetzten (Träger, Verband, o. ä.) ausreichend gut unterstützt? Ja Nein Zum Teil
 Keine Angabe

2.7 Können Sie aktuell Ihren Aufgaben (überwiegend) Ja, voll und ganz Nein, überhaupt nicht Keine Angabe

2.8 Haben Sie aktuell erhöhte private Belastungen (Mehrfachnennung sind möglich)?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mangelnde Kinderbetreuungs-möglichkeiten | <input type="checkbox"/> Erschwerte Bedingungen bei der Pflege Angehöriger | <input type="checkbox"/> Weitere berufliche Tätigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Eigene Erkrankung | <input type="checkbox"/> Aktuelle (gesellschaftliche) Krisen | <input type="checkbox"/> Fehlender Ausgleich nach Dienstende |
| <input type="checkbox"/> Aktuelle Wohnsituation | <input type="checkbox"/> Erschwerte Mobilität | <input type="checkbox"/> Finanzielle Belastung |
| <input type="checkbox"/> Keine privaten Belastungen | <input type="checkbox"/> Weitere | |

2.9 Weitere:

2.10 Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit in Ihrem Arbeitsteam aktuell? Keine gute Zusammenarbeit Sehr gute Zusammenarbeit Kann ich nicht beurteilen

2.11 Bietet Ihre Einrichtung/Organisation aktuell konkrete Entlastungsangebote für Sie als Mitarbeiter:in an?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Supervisionsangebote | <input type="checkbox"/> Gesprächsangebote | <input type="checkbox"/> Fortbildungsmöglichkeiten |
| <input type="checkbox"/> Individuell angepasste Dienstzeiten | <input type="checkbox"/> Home-Office-Möglichkeiten | <input type="checkbox"/> Unterstützung in der Kinderbetreuung |
| <input type="checkbox"/> Teamorientierte Maßnahmen | <input type="checkbox"/> Seelsorge | <input type="checkbox"/> Entspannungs- und Sportangebote |
| <input type="checkbox"/> Digitale Sportangebote | <input type="checkbox"/> Zuschüsse für Verträge für bspw. Fitness-Studios | <input type="checkbox"/> Gesundheitsprojekte |
| <input type="checkbox"/> Zusätzliche Angebote von Speisen und Getränken während der Dienstzeit | <input type="checkbox"/> Freizeitangebote | <input type="checkbox"/> Keine |
| <input type="checkbox"/> Weitere | | |

MUSTER

2. Belastungserleben aller Mitarbeiter:innen (inkl. Führungskräfte) [Fortsetzung]

2.12 Weitere, Kommentare und Ideen:

2.13 Welche betrieblichen Zuwendungen/Gratifikationen erhalten Sie aktuell?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zulagen/Zusatzzahlungen | <input type="checkbox"/> Gutscheine | <input type="checkbox"/> Zusätzliche Urlaubstage |
| <input type="checkbox"/> Kürzere Dienstzeiten bei vollem Lohnausgleich | <input type="checkbox"/> Dienstfahrzeuge (z. B. Job-Bike, Auto) | <input type="checkbox"/> Zuschüsse zu Kleidung oder Ernährung |
| <input type="checkbox"/> Zuschüsse zur digitalen Ausstattung | <input type="checkbox"/> Betriebsrente | <input type="checkbox"/> Keine |
| <input type="checkbox"/> Andere | | |

2.14 Andere:

- 2.15 Fühlen Sie sich in Ihrer Arbeit gesellschaftlich wahrgenommen? Ja, voll und ganz Nein, überhaupt nicht Keine Angabe

2.16 Bitte erläutern Sie Ihren Eindruck.

- 2.17 Fühlen Sie sich von politischen Akteuren verstanden oder wahrgenommen? Ja, voll und ganz Nein, überhaupt nicht Keine Angabe

2.18 Bitte erläutern Sie Ihren Eindruck.

3. Digitalisierung

- 3.1 Wie empfinden Sie die Nutzung digitaler interner Kommunikationssysteme (Apps, Telemedizin, KI, etc.) in Bezug auf Ihre Arbeitsbelastung? Belastend Neutral Entlastend Keine Angabe

3. Digitalisierung [Fortsetzung]

- 3.2 Welche Unterstützung würden Sie sich wünschen, um neue digitale Anwendungen besser erlernen zu können? Beschreiben oder erläutern Sie bitte Ihre Einschätzung.

4. Lebensqualität der Bewohner:innen und Kund:innen

- 4.1 Bitte bewerten Sie die Lebensqualität Ihrer Bewohner:innen/Kund:innen aktuell. Sehr niedrig Sehr hoch Kann ich nicht beurteilen
- 4.2 Bitte schätzen Sie ein: Wie geht es den Bewohner:innen/Kund:innen Ihrer Einrichtung/Ihres ambulanten Pflegedienstes aktuell? Bitte erläutern Sie Ihre Einschätzung.

- 4.3 Können Sie Bewohner:innen/Kund:innen aktuell fachlich so betreuen, wie Sie es sich wünschen? Ja Keine Angabe Nein Zum Teil
- 4.4 Wenn nein oder nur zum Teil, erläutern Sie bitte warum.

5. Aktuelle Entwicklungen

- 5.1 Welche aktuellen inhaltlichen oder arbeitsorganisatorische Weiterentwicklungen/Projekte werden in Ihrer Einrichtung im Moment umgesetzt/begonnen? Geben Sie uns einen Einblick in die aktuellen Entwicklungen Ihrer Einrichtung.

6. "Was noch zu sagen ist..."

6. "Was noch zu sagen ist..." [Fortsetzung]

6.1 Welche weiteren Anliegen und Anregungen haben Sie noch?

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Der Fragebogen ist entstanden in dem Projekt "WiStLa - Wissenschaftlich gestützte Erhebung von Steuerungsdaten für die stationäre und ambulante Langzeitpflege in Baden-Württemberg, 2021-2024, finanziert durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration aus Landesmitteln, die der Landtag von Baden-Württemberg beschlossen hat".

Falls Sie Anregungen zur Weiterentwicklung des Fragebogen haben, wenden Sie sich an folgende Mailadresse: Astrid.Elsbernd@hs-esslingen.de

Projektleitung: Prof. Dr. Astrid Elsbernd, Hochschule Esslingen
Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen: Laura Hahn (M. A.), Lisa Sophie Kielmeyer (M. A.)