

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Evelyn Schötz, Nicole Gohlke, Dr. Michael Arndt, Anne-Mieke Bremer, Maik Brückner, Mandy Eißing, Kathrin Gebel, Christian Görke, Ates Gürpinar, Mareike Hermeier, Maren Kaminski, Cansin Köktürk, Ina Latendorf, Sonja Lemke, Stella Merendino, Sören Pellmann, Heidi Reichinnek, Julia-Christina Stange und der Fraktion Die Linke – Drucksache 21/1154 –

Unterschiede in der Pflegequalität auf Kreisebene

Vorbemerkung der Fragesteller

Der Qualitätsatlas Pflege des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WiO) veröffentlichte vor Kurzem neue Daten zu Qualitätsindikatoren von Pflegeheimen. Es existieren demnach sehr große Differenzen auf Kreisebene zu unterschiedlichen Qualitätsindikatoren. So erleiden im Bundesdurchschnitt 16,23 Prozent der Pflegeheimbewohnenden mit sturzerhöhender Medikation (engl. Fall risk increasing drugs: FRIDs) einen Sturz, der zu einem Krankenhausaufenthalt führt; der Kreis mit der geringsten Zahl solcher Ereignisse liegt bei 9,78 Prozent, der Kreis mit der höchsten Zahl 33,54 Prozent. Eine Dauerverordnung von Beruhigungsmitteln – dies kann auf eine Überlastung des Personals hindeuten – erhalten durchschnittlich 7,14 Prozent der Pflegeheimbewohnenden, im Kreis mit den wenigsten Verordnungen nur 0,86 Prozent, dem mit dem höchsten Anteil 27,34 Prozent. Hier zeigt sich auch, dass im Saarland, in Nordrhein-Westfalen und in Baden-Württemberg generell sehr viel verordnet wird, in den östlichen Ländern deutlich weniger.

Nicht nur regionale Disparitäten, sondern offenbar eine bundesweite Unterversorgung gibt es bei Pflegeheimbewohnenden mit Diabetes. Hier ist nach der entsprechenden Leitlinie vorgesehen, dass jährlich eine augenärztliche Kontrolluntersuchung stattfinden sollte, um diabetesbedingte Verschlechterungen der Sehfähigkeit zu vermeiden. Tatsächlich erhalten aber 79,15 Prozent dieser Gruppe keine jährliche augenärztliche Untersuchung. Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg, Bayern und Hessen sind hier besonders schlecht.

Bundesweit mussten 4,14 Prozent aller demenzkranken Pflegeheimbewohnenden wegen Dehydration im Krankenhaus versorgt werden, der Landkreis mit dem besten Wert erreicht 0,62 Prozent, der mit dem schlechtesten Wert 16,98 Prozent.

Das WiO untersuchte auch noch weitere Indikatoren, jeweils mit vergleichbaren Ergebnissen.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Bundesregierung hat die Veröffentlichung des Qualitätsatlas Pflege des WIdO mit großem Interesse verfolgt. Die darin veröffentlichten Daten schreiben den bereits im Jahr 2023 für das Jahr 2021 vorgelegten Stand fort (siehe Behrendt, S. et al., Der Qualitätsatlas Pflege: Raumbezogene Qualitätsmessung bei Pflegeheimbewohnenden mittels QCare-Indikatoren. In: Schwinger, A., Kuhlmei, A., Greß, S., Klauber, J., Jacobs, K. (Hg.) Pflege-Report 2023, Berlin, Heidelberg; doi.org/10.1007/978-3-662-67669-1_1). Sie stellen eine wertvolle Ergänzung der durch die jährlichen Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. erhobenen Daten und Informationen zur Qualität in der Langzeitpflege dar. Hierzu liegt seit Juni 2025 der „8. Pflege-Qualitätsbericht des Medizinischen Dienstes Bund nach § 114a Absatz 6 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) - Qualität in der ambulanten und stationären Pflege“ vor.

Der Qualitätsatlas Pflege vermittelt ein bundesweites Bild über wichtige Indikatoren zur Versorgungsqualität auf Kreisebene insbesondere an Schnittstellen pflegerischer und medizinischer Versorgung, die einen Ausgangspunkt für gesundheitsgeographische Analysen bieten. Die konkreten Ergebnisse sind jedoch aufgrund ihrer großen Bandbreite und der jeweils spezifischen Gegebenheiten vor allem auf regionaler und Länderebene auszuwerten und für regionale gesundheitspolitische Entscheidungen heranzuziehen, wobei die qualitätsgerechte Versorgung im Einzelnen den Leistungserbringern im Pflege- und Gesundheitswesen obliegt.

1. Welche Erklärungen sind der Bundesregierung für die regionalen Disparitäten bei der Versorgungsqualität von Pflegeheimbewohnenden bekannt?

Für den Qualitätsatlas Pflege verschneidet das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) Versorgungsdaten der Pflege- und Krankenkassen. Durch die speziellen Fragestellungen werden regionale Besonderheiten und Unterschiede bei ausgesuchten Herausforderungen an Schnittstellen der pflegerischen und medizinischen Versorgung erkennbar. Der Atlas liefert jedoch keine Erklärungen für die unterschiedlichen räumlichen Verteilungsmuster bei den einzelnen Schnittstellen. In dem in der Vorbemerkung der Bundesregierung erwähnten Aufsatz aus dem Jahr 2023 werden mögliche Erklärungsansätze referiert, jedoch nicht ausgeführt. Dazu gehören regionale Varianzen der Versorgung, mögliche Unterschiede in der Anwendung von Maßgaben der Bedarfs einschätzung oder von Behandlungsstandards. Dies im Einzelnen nachzuverfolgen liegt in der Verantwortung der Akteure vor Ort. Der Bundesregierung sind insoweit keine evidenzgesicherten Erklärungen bekannt.

2. Welche Ansätze gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung, um eine bundesweit vergleichbare Qualität in der Versorgung zu erreichen?

Die Pflegekassen haben gemäß § 69 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten (Sicherstellungsauftrag). Sie schließen hierzu Versorgungsverträge sowie Vergütungsvereinbarungen mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen und sonstigen Leistungserbringern. Die Träger der Pflegeeinrichtungen bleiben unbeschadet dieses Sicherstellungsauftrags gemäß § 112 SGB XI für die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtungen einschließlich der Sicherung und Weiterentwick-

lung der Pflegequalität verantwortlich. Dazu gehört die Verpflichtung, Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie ein Qualitätsmanagement nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 SGB XI durchzuführen und bei Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI mitzuwirken.

Sowohl die gesetzlichen als auch die fachlichen Grundlagen für die Qualitätssicherung in der Pflege wurden in den vergangenen Jahren auf Bundesebene weiter ausgebaut. Der im Jahr 2016 auf Grundlage des § 113b SGB XI eingerichtete Qualitätsausschuss Pflege hat als Beschlussorgan der Selbstverwaltung gemäß § 113 SGB XI Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements für die vollstationäre Pflege, für die Kurzzeitpflege, für die teilstationäre Pflege (Tagespflege) und für die ambulante Pflege vereinbart. Diese Vereinbarungen sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich und bei allen weiteren Vereinbarungen nach dem SGB XI (insbesondere Versorgungsverträge, Rahmenverträge, Pflegesatzvereinbarungen, Qualitätsdarstellungsvereinbarungen) und den Qualitätsprüfung-Richtlinien von den Vertragsparteien zu beachten.

Gleichzeitig sind wesentliche Grundlagen für eine Versorgung auf dem medizinisch-pflegefachlichen Wissensstand für die Praxis geschaffen und weiterentwickelt worden. Insbesondere die inzwischen zu vielen Themen vorliegenden Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) bilden ein professionell abgestimmtes Leistungsniveau ab, das dem Bedarf und den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen angepasst ist und Kriterien zur Erfolgskontrolle dieser Pflege enthält. Expertenstandards sind evidenzbasierte Instrumente, die den spezifischen Beitrag der Pflege für die gesundheitliche Versorgung zu zentralen Qualitätsrisiken aufzeigen und eine Grundlage für die kontinuierliche Verbesserung der Pflegequalität bieten.

3. Welche Qualitätssicherungssysteme (QS-Systeme), die auf die im WIdO-Bericht 2025 angesprochenen Parameter abstellen, sind nach Kenntnis der Bundesregierung die für Pflegeheime vorgeschrieben, und wer überwacht die Einhaltung dieser QS-Systeme?

Die Grundlagen für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement in den vollstationären Pflegeeinrichtungen sind in den „Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege“ vereinbart ([gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2023/06/MuG-vollstationaer_Vereinbarungstext.pdf](https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2023/06/MuG-vollstationaer_Vereinbarungstext.pdf)). Danach führt der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung auf der Basis seiner konzeptionellen Grundlagen einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement durch, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ausgerichtet ist.

Die im Qualitätsatlas Pflege angesprochenen Parameter zeichnen sich mehrheitlich dadurch aus, dass sie sich auf die Durchführung und Wirkung von ärztlichen Behandlungen und Verordnungen bzw. auf das Zusammenwirken von medizinischer und pflegerischer Versorgung beziehen. Die vollstationären Pflegeeinrichtungen handeln bei ärztlich angeordneten Leistungen im Rahmen des ärztlichen Behandlungs- und Therapieplanes. Im Fokus der Qualitätssicherung in der vollstationären Pflege stehen insbesondere pflegerische Aufgabenbereiche wie Erhalt und Förderung von Selbständigkeit, Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen und Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen.

Mit dem indikatorengestützten Verfahren nach § 113 Absatz 1a SGB XI werden im Rahmen des einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements zu ausgewählten Qualitätsaspekten Daten über bestimmte Versorgungssituationen (Indikatorenergebnisse) gewonnen. Diese Indikatorenergebnisse dienen der Messung von Ergebnisqualität und bilden ergänzend zu Merkmalen der Struktur- und Prozessqualität eine weitere Grundlage für das interne Qualitätsmanagement einer vollstationären Pflegeeinrichtung. Dabei werden u. a. die Indikatoren „Schwerwiegende Sturzfolgen“ und „Unbeabsichtigter Gewichtsverlust“ regelmäßig erfasst und berichtet.

Im Rahmen der regelmäßigen Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI wird zudem beurteilt, ob die Versorgung den ärztlichen An- bzw. Verordnungen entspricht und ob hinsichtlich der Durchführung von Maßnahmen und der Kommunikation mit den verordnenden Ärztinnen und Ärzten Defizite oder Auffälligkeiten festgestellt worden sind. Geprüft wird ferner, ob die Einrichtung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements Qualitätsdefizite erfasst und Maßnahmen zur Behebung plant und durchführt. Als Grundlage für diese Prüfung dienen Prüfergebnisse vorangegangener externer Prüfungen und die aktuellen Indikatoren für Ergebnisqualität.

4. Inwiefern trifft es nach Einschätzung der Bundesregierung zu, dass diese QS-Systeme angesichts der festgestellten Ungleichverteilung nicht geeignet sind, eine gute Pflegequalität zu gewährleisten?

Der Bundesregierung ist bewusst, dass die Versorgungsqualität in der Pflege zum Teil deutliche Unterschiede aufweist. Auch der im Juni 2025 veröffentlichte „8. Pflege-Qualitätsbericht des Medizinischen Dienstes Bund nach § 114a Absatz 6 SGB XI - Qualität in der ambulanten und stationären Pflege“ (md-bund.de/fileadmin/dokumente/Pressemitteilungen/2025/2025_06_12/2025_06_12_8.PQ-BERICHT.pdf) konstatiert, dass bei einer weitgehend zufriedenstellenden bis guten allgemeinen pflegerischen Versorgung in der ambulanten und stationären Pflege in einzelnen Aspekten durchaus erhebliche Verbesserungspotentiale festzustellen sind. Nach Einschätzung der Bundesregierung trifft jedoch die Aussage, dass die in den Antworten der Bundesregierung auf die Fragen 2 und 3 aufgeführten Qualitätssicherungssysteme nicht geeignet seien, um eine gute Pflegequalität zu gewährleisten, nicht zu und ist auch aus den Daten und der Methodik des Qualitätsatlas Pflege nicht herzuleiten.

5. Welche der im Bericht untersuchten Parameter (Dauerverordnung von Beruhigungs- und Schlafmitteln, Dauerverordnung von Antipsychotika bei Demenz, Dehydration, fehlende augenärztliche Vorsorge bei Diabetes, Einsatz von für Ältere ungeeigneter Medikation, Kombination von neun oder mehr Wirkstoffen, Auftreten von Dekubitus, Krankenhausaufenthalte am Lebensende, kurze Krankenhausaufenthalte, sturzbedingte Krankenhausaufenthalte) korrelieren nach Kenntnis der Bundesregierung jeweils mit
 - a) dem fach- und/oder hausärztlichen Versorgungsgrad,
 - b) Fachkräftemangel in der Pflege,
 - c) Versorgungsdichte mit Pflegeheimen in der Region,
 - d) Grad der Verschuldung der Kommunen,
 - e) Wirtschaftsleistung pro Kopf in der Region,
 - f) mittleres verfügbares Haushaltseinkommen,
 - g) Anteil Privatversicherter in der Region,

- h) Erwerbslosenquote in der Region,
und welche weiteren Korrelationen sind der Bundesregierung bekannt,
die Hinweise auf die Ursachen der Ungleichverteilung bei der Pflegequa-
lität geben?

Die Daten des Qualitätsatlas Pflege zeigen auf Kreisebene teils erheblich unterschiedliche Ergebnisse, deuten hinsichtlich einzelner Aspekte zwar auf regionale Tendenzen hin, weisen jedoch in der Gesamtheit kein einheitliches Muster auf. Aus Sicht der Bundesregierung sind daher keine pauschalierenden Aussagen im Sinne der Fragestellung über Ursachen und eindeutige Zusammenhänge mit sozialen oder ökonomischen Gegebenheiten möglich. Beim Statistischen Bundesamt liegen zwar Datensätze und Statistiken zu einem Teil der in der Frage aufgeführten ökonomischen und soziogeographischen Aspekte vor, diese sind jedoch nicht bereits auf die im Qualitätsatlas untersuchten Parameter bezogen. Insofern wären aufwändige Erhebungen und Forschungsarbeiten auf regionaler und kommunaler Ebene erforderlich, die erhebliche methodische Herausforderungen zu bewältigen und auch die qualitative Dimension der pflegerischen Versorgung (wie z. B. kürzere Verweilzeiten, höhere Fluktuation bei den Bewohnerinnen und Bewohnern und Risikoadjustierung für die einzubeziehenden Pflegeeinrichtungen) in den Blick zu nehmen hätten.

6. Welche Ansätze hierzu wurden nach Kenntnis der Bundesregierung in der Vergangenheit bereits durchgeführt bzw. erprobt
 - a) durch gesetzliche Regelungen,
 - b) auf Initiative des Qualitätsausschusses Pflege,
 - c) auf Initiative des Gemeinsamen Bundesausschusses,
 - d) im Rahmen des Innovationsfonds,
 - e) auf Initiative von Leistungserbringenden,
 - f) auf Initiative von Kranken- bzw. Pflegekassen,
 - g) auf andere Art (bitte auflisten)?
7. Was waren hier nach Kenntnis der Bundesregierung jeweils die Ergebnisse bzw. die beobachteten Effekte?
8. Welche der genannten Maßnahmen wird nach Kenntnis der Bundesregierung bis heute fortgesetzt, und werden erfolgreiche Projekte bundesweit verpflichtend ausgerollt?

Die Fragen 6 bis 8 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Informationen zu Forschungsansätzen und -ergebnissen im Sinne der in Frage 6 in Bezug genommenen Frage 5 liegen der Bundesregierung nicht vor. Ergänzend kann jedoch das Folgende ausgeführt werden:

Hinsichtlich gesetzlicher Regelungen zur Qualitätssicherung wird auf die Ausführungen der Bundesregierung auf die Frage 2 Bezug genommen. Für den Qualitätsausschuss Pflege wird auf die Antwort der Bundesregierung auf die Frage 25 b) verwiesen.

Zu den Ergebnissen von Qualitätsprüfungen liegen die gemäß § 114a Absatz 6 SGB XI regelmäßig durch den Medizinische Dienst Bund vorzulegenden Berichte über die Erfahrungen der Medizinischen Dienste und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. mit der Anwendung der Beratungs- und Prüfvorschriften nach dem SGB XI, über die Ergebnisse ihrer

Qualitätsprüfungen sowie über ihre Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung vor. Der aktuelle 8. Bericht des Medizinischen Dienstes Bund über die Qualität in der ambulanten und stationären Pflege wurde im Juni 2025 vorgelegt und veröffentlicht.

Mit Blick auf eine der Schnittstellen, die im Qualitätsatlas besondere Aufmerksamkeit erfahren, ist hervorzuheben, dass die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Akteuren, vor allem die interprofessionelle Zusammenarbeit von Pflege und Medizin bei der Versorgung von pflegebedürftigen Personen im Heim und in der Häuslichkeit einen Schwerpunkt der Forschungsfragen im Rahmen des beim Gemeinsamen Bundesausschuss eingerichteten Innovationsfonds bildet. Eine ganze Reihe von dort geförderten Projekten zu neuen Versorgungsformen zielt darauf, Krankenhauseinweisungen von Pflegeheimbewohnenden sowie älteren und/oder pflegebedürftigen Menschen in der Häuslichkeit zu vermeiden. Dies soll durch eine Verbesserung der akuten (ambulanten) Versorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte erreicht werden.

Nach § 119b Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) hat der Gesetzgeber den GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung verpflichtet, im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie den Verbänden der Pflegeberufe, insbesondere zur Verbesserung der Qualität der Versorgung im Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) „Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen“ zu vereinbaren. Wesentliche aus den Projekten hervorgegangene Anregungen und Verfahrensweisen sind nach Einschätzung der Bundesregierung bereits jetzt im Rahmen der geltenden gesetzlichen Grundlagen umsetzbar. Eine unmittelbare Notwendigkeit zusätzlicher gesetzlicher Regelungen wird zum jetzigen Zeitpunkt insoweit nicht gesehen.

9. In welchen der vom WIdO untersuchten Indikatoren sieht die Bundesregierung Anzeichen für eine Überlastung des Pflegeheimpersonals (bitte jeweils begründen)?

Der Fokus des Qualitätsatlas Pflege des WIdO liegt auf pflegerischen Versorgungsqualitätsindikatoren, die kritische Ereignisse in der Versorgung von Pflegeheimbewohnenden abbilden. Die Ursachen dieser Ereignisse werden nicht erhoben, weshalb auf dieser Grundlage auch keine Aussagen oder Vermutungen zu ihrer Entstehung getroffen werden können.

Das Projekt zur Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsinstrumentes in der stationären Langzeitpflege hat in seinem Abschlussbericht aus dem Jahr 2020 jedoch festgestellt, dass in den stationären Pflegeeinrichtungen ein Personalmangel insbesondere im Bereich der Pflegehilfskräfte mit landesrechtlich geregelter Ausbildung besteht. Diese werden benötigt, um die Pflegefachkräfte zu entlasten und die Versorgungsqualität zu verbessern. Als Konsequenz wurde mit dem § 113c SGB XI ermöglicht, dass vollstationäre Pflegeeinrichtungen zusätzliche Personalstellen vereinbaren können und dieses Personal finanziert wird. Perspektivisch ist hierbei auch die Pflegefachassistenz von besonderer Bedeutung.

Begleitend setzt sich die Bundesregierung auf allen Ebenen für die Sicherung der Fachkräftebasis ein. Dazu zählen unter anderem

- gute Arbeitsbedingungen, wie z. B. die Vereinbarkeit von Familie und Beruf,

- gute Ausbildungsbedingungen sowie Durchlässigkeit im Ausbildungssystem (Entwurf eines Gesetzes über die Einführung einer bundeseinheitlichen Pflegefachassistentenausbildung),
- mehr Effizienz in der Versorgung und Attraktivität des Berufs durch mehr Befugnisse und weniger Bürokratie in der Pflege (Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege) und neue Berufsbilder (z. B. die vom Bundesministerium für Gesundheit geplante Gesetzesinitiative zur Einführung des Berufsbildes einer Advanced Practise Nurse) sowie
- die gezielte Anwerbung von Fachkräften aus dem Ausland.

10. Welche Erklärungen sind der Bundesregierung dafür bekannt, dass etwa vier Fünftel der Pflegeheimbewohnenden mit Diabetes keine leitliniengerechte augenärztliche Behandlung bzw. Untersuchung erhalten, wer ist hier nach Kenntnis der Bundesregierung in erster Linie in der Pflicht, eine Änderung herbeizuführen, der Mensch mit Pflegebedarf selbst, die Kostenträger, das Pflegeheim, die ärztliche Leistungserbringenden oder jemand anderes, und gibt es hier nach Kenntnis der Bundesregierung eine rechtliche Verantwortung, und welche ist dies?

Die Entwicklung hochwertiger medizinischer Leitlinien ist von zentraler Bedeutung für die Qualität der medizinischen Versorgung. Evidenzbasierte Medizin erfordert Leitlinien, die den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und der in der Praxis bewährten Verfahren wiedergeben. Leitlinien sind systematisch entwickelte Handlungsempfehlungen, die Ärzte und Patienten bei der Entscheidungsfindung über die angemessene Behandlung einer Krankheit unterstützen. Leitlinien müssen in regelmäßigen Abständen überarbeitet oder erneuert werden. Grundsätzlich gilt, dass bei der Anwendung von Leitlinien immer auch die Situation des einzelnen Patienten und seine Bedürfnisse zu berücksichtigen sind. Dabei wird die Therapiefreiheit der Ärztin oder des Arztes nicht eingeschränkt. Die Entwicklung von Leitlinien ist originäre Aufgabe der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, die unter dem Dach der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zusammengefasst sind. Das Bundesministerium für Gesundheit nimmt hierauf keinen Einfluss. Die Leitlinien sind auf den AWMF-Internetseiten der Öffentlichkeit verfügbar (www.awmf.org).

Die S3-Leitlinie „Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Typ-2-Diabetes“ empfiehlt, dass Menschen mit Typ-2-Diabetes in regelmäßigen zeitlichen Abständen strukturierte Untersuchungen auf Folge- und Begleiterkrankungen erhalten, einschließlich Screeninguntersuchungen auf eine Retinopathie (register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-001). Diese augenärztlichen Untersuchungen sollten demnach in Abhängigkeit vom individuellen Risiko der Betroffenen alle ein bis zwei Jahre auf Veranlassung der behandelnden hausärztlichen oder diabetologischen Ärztinnen und Ärzte erfolgen. Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen sind hiervon nicht ausgenommen. Die leitliniengerechte Versorgung obliegt dabei den Leistungserbringern im Gesundheitswesen.

11. Korrelieren die Daten zu dieser Augenuntersuchung nach Kenntnis der Bundesregierung mit den regionalen Versorgungsgraden in der augenärztlichen Bedarfsplanung?

Augenärztinnen und -ärzte sind gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPI-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zugeordnet. Planungsbereich für die allgemeine fachärztliche

Versorgung ist die kreisfreie Stadt, der Landkreis oder die Kreisregion. Für die Umsetzung der Bedarfsplanung sind die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) zuständig, die im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einen Bedarfsplan aufstellen und diesen jeweils der Entwicklung anzupassen haben. Den Landesausschüssen der Ärztinnen und Ärzte und Krankenkassen obliegt sodann die Feststellung, ob in bestimmten Gebieten eines Zulassungsbezirks eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder in absehbarer Zeit droht. Das Vorliegen einer Unterversorgung ist anzunehmen, wenn der Stand der allgemeinen fachärztlichen Versorgung den ausgewiesenen Bedarf um mehr als 50 Prozent unterschreitet. Eine Unterversorgung droht, wenn insbesondere aufgrund der Altersstruktur der Ärztinnen und Ärzte eine Verminderung der Zahl von Vertragsärzten in einem Umfang zu erwarten ist, der zum Eintritt einer Unterversorgung nach dem zuvor genannten Kriterium führen würde.

Ausweislich der Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wurde im Jahr 2024 in den genannten Ländern (Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg, Bayern und Hessen) in keiner Kreisregion eine Unterversorgung im augenärztlichen Bereich festgestellt. Einzig in Bayern wurde in den Kreisregionen Wunsiedel i. Fichtelgebirge, Kronach und Rhön-Grabfeld eine drohende Unterversorgung festgestellt. Eine Unterversorgung im augenärztlichen Bereich wurde im gesamten Bundesgebiet einzig im Altmarkkreis Salzwedel in Sachsen-Anhalt festgestellt. Die Informationen der KBV sind auf deren Internetseite (<https://www.kbv.de/infothek/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten/bedarfsplanung-landesbeschluesse-ueber-unterversorgung>) abrufbar.

Der Bundesregierung liegen darüber hinaus keine Erkenntnisse vor, wonach es eine Korrelation zwischen den regionalen Versorgungsgraden und dem eingangs dargestellten Befund gibt.

12. Liegen der Bundesregierung Daten dazu vor, wie viel zusätzliche augenärztliche Arbeitszeit benötigt würde, damit alle an Diabetes erkrankten Pflegeheimbewohnenden leitliniengerecht untersucht werden könnten, und wie viel ist dies im Vergleich zur verfügbaren Arbeitszeit der Augenärztinnen und Augenärzten?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Informationen vor.

13. Welche Maßnahmen in Alten- und Pflegeheimen können nach Kenntnis der Bundesregierung zur Sturzprävention beitragen, und wer trägt die Kosten dieser Maßnahmen, und inwiefern sind solche Maßnahmen für Pflegeheime verbindlich umzusetzen?

Seit dem Jahr 2022 liegt die zweite Aktualisierung des Expertenstandards Sturzprophylaxe des Deutschen Netzwerks für Qualität in der Pflege vor. Der Expertenstandard Sturzprophylaxe richtet sich an alle Pflegefachkräfte, die Menschen mit Pflegebedarf entweder in deren häuslicher Umgebung, in einer Einrichtung der stationären Gesundheitsversorgung, einer stationären oder in einer teilstationären Pflegeeinrichtung versorgen.

Voraussetzung für die erfolgreiche Implementierung des Expertenstandards Sturzprophylaxe in den Einrichtungen ist die gemeinsame Verantwortung der leitenden Managementebene und der Pflegefachkräfte. Notwendige strukturelle Voraussetzungen, z. B. das Angebot von Fortbildungen für Pflegefachkräfte und die Entwicklung hauseigener Interventionen oder die Umsetzung von Umgebungsanpassungen in stationären Einrichtungen, sind zu gewährleisten. Die Aufgabe der Pflegefachkraft besteht im Erwerb aktuellen Wissens, um Men-

schen mit einem erhöhten Sturzrisiko identifizieren und entsprechende Interventionen einleiten zu können.

Das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit hat zur Sturzprävention die Broschüre „Gleichgewicht und Kraft – Einführung in die Sturzprävention“ herausgegeben.

14. Welche Initiativen der Bundesregierung oder anderer Akteure gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung, die Best-Practice-Modelle bei der Sturzprävention erfassen und versuchen, in die breite Anwendung zu bringen?

Die Bundesregierung hat im Rahmen der Nationalen Präventionsstrategie zwei Präventionsprojekte für die ambulante Pflege gefördert, die u. a. auch Sturzprävention in der Pflege umfassen (www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/Aktueller_Forschungsstand_Praevention_von_Pflegebeduerftigkeit.pdf und www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/praevention-von-pflegebeduerftigkeit.html).

Einen Ansatz zur Sturzprävention können auch technische Systeme bieten. In dem von der Bundesregierung geförderten Projekt „ProSSpon - Sensorik schützt vor Stürzen in Pflegeheimen“ wurde eine auf Künstlicher Intelligenz (KI) und Laufzeitsensorik basierende Lösung entwickelt. Das System arbeitet automatisiert: Es erkennt Sturzrisiken, warnt Pflegefachpersonal und Pflegebedürftige und dokumentiert den Vorfall. Darüber hinaus wird von der Bundesregierung das Projekt „Evaluation von teilautomatisierten Pflegeprozessen in der Langzeitpflege am Beispiel von KI-basiertem Bewegungsmonitoring (ETAP)“ gefördert. Durch eingesetzte Sturzerkennungssysteme, die das individuelle Bewegungsverhalten der Bewohnerinnen und Bewohner erfassen und analysieren, sollen Stürze vermieden werden und das Potential von Künstlicher Intelligenz zur Entlastung des Pflegepersonals genutzt werden. Auch der Innovationsfonds fördert neue Ansätze zur Sturzprophylaxe (innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/save-safe.629). [AMTS]

15. Welche Anforderungen gibt nach Kenntnis der Bundesregierung für Pflegeheime, Maßnahmen der Sturzprävention zu implementieren, wie wird die Einhaltung überwacht, und welche Sanktionsmöglichkeiten gibt es bei Nichteinhaltung?

Der in der Antwort der Bundesregierung auf die Frage 13 erwähnte Expertensstandard Sturzprophylaxe stellt den Stand des medizinisch-pflegerischen Wissens dar. Die Träger von Pflegeeinrichtungen sind nach § 112 SGB XI für die Qualität der Leistungen der Einrichtung sowie der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität verantwortlich.

Im Rahmen der Prüfungen der Pflegequalität nach § 114 SGB XI wird die Frage geprüft, ob das Sturzrisiko pflegefachlich eingeschätzt worden ist und individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe durchgeführt werden.

Unterstützend gibt es Präventionsangebote als Gruppenangebote nach § 5 Absatz 1 SGB XI wie beispielsweise Kraft- und Balancetrainings, die positive Auswirkungen auf das individuelle Sturzrisiko haben dürften, die jedoch aus pflegefachlicher Sicht keine ausreichende Prophylaxe auf der individuellen Ebene darstellen.

16. Welche Kooperation zwischen Pflege (Pflegebeschäftigten, Pflegeträgerorganisationen) und Ärztinnen und Ärzten ist nach Kenntnis der Bundesregierung institutionell eingerichtet, damit z. B. die Sturzgefahr bei der die Arzneimittelverordnung berücksichtigt wird?
17. Welche verbindlichen Regelungen zur Kooperation der verschiedenen Berufsgruppen ist nach Ansicht der Bundesregierung wünschenswert, und welche sind in der Fläche tatsächlich implementiert?

Die Fragen 16 und 17 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Nach § 119b Absatz 1 SGB V – Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen – haben stationäre Pflegeeinrichtungen „einzeln oder gemeinsam bei entsprechendem Bedarf (...) Kooperationsverträge mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern zu schließen.“ Entsprechend § 119b Absatz 1 Satz 8 SGB V benennen stationäre Pflegeeinrichtungen zudem eine verantwortliche Pflegefachkraft für die Zusammenarbeit mit den vertragsärztlichen Leistungserbringern im Rahmen dieser Verträge.

Nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestanden im Jahr 2022 ca. 42 700 Kooperationsverträge nach § 119b SGB V. Im Vergleich zum Evaluationsbericht des Bewertungsausschusses zu Kooperations- und Koordinationsleistungen in Kooperationsverträgen nach § 119b Absatz 3 SGB V (gem. Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) zum Stand Dezember 2018 entspricht dies einem Zuwachs von rund 93 Prozent (22 096 Kooperationsverträge mit 7 391 Pflegeeinrichtungen – ohne KV Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz). Darüber hinaus nahmen im Jahr 2022 mehr als 15 800 Ärztinnen und Ärzte an dieser Form der Pflegeheimversorgung teil. Insgesamt haben schätzungsweise knapp 10 000 Pflegeheime (von gesamt 11 358 Pflegeheimen mit vollstationärer Dauerpflege im Jahr 2021; Statistisches Bundesamt 2022) Kooperationsverträge geschlossen.

18. Inwiefern ist nach Einschätzung der Bundesregierung von einem Behandlungsfehler zu sprechen, wenn ohne weitere Kontraindikation eine sturzerhöhende Medikation verordnet wird?

Nach § 630a Absatz 2 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) hat die medizinische Behandlung nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist. Vor diesem Hintergrund liegt ein Behandlungsfehler allgemein dann vor, wenn die Behandlung nicht dem allgemein anerkannten fachlichen Standard entspricht. Die Einschätzung, ob ein Behandlungsfehler vorliegt oder nicht, erfolgt anhand der jeweiligen Umstände des Einzelfalls.

19. Spielt die Sturzprävention nach Ansicht der Bundesregierung eine ausreichende Rolle in den einschlägigen Leitlinien der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften, die unter anderem Verordnungsempfehlungen für die Ärztinnen und Ärzte erarbeiten?

Die Sturzprävention wird in verschiedenen Leitlinien berücksichtigt. In Bezug auf Empfehlungen zur Medikation sind insbesondere die S3 Leitlinien „Hausärztliche Leitlinie Multimedikation“ (AWMF-Registernummer: 053-043, register.awmf.org/de/leitlinien/detail/053-043) und „Multimorbidität – Living guideline“ (AWMF-Registernummer 053-047; register.awmf.org/de/leitlinien/detail/053-047) zu nennen. Ein weiterer Aspekt der Sturzprophylaxe wird in der S3

Leitlinie „Körperliches Training zur Frakturprophylaxe“ (AWMF-Registernummer: 183-002, register.awmf.org/de/leitlinien/detail/183-002) adressiert.

20. Welche Maßnahmen gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung, um die regionalen Unterschiede bei der Versorgungsqualität etwa von sturzerhöhenden Arzneimitteln zu untersuchen und in Regionen mit unterdurchschnittlicher Qualität zu verbessern, und welche Verantwortung sieht die Bundesregierung in der Bundespolitik, in der Landespolitik und welche in der Selbstverwaltung?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Informationen vor.

21. Welche Aktivitäten gibt es vonseiten der Bundesregierung, die Qualität und Inhalte der ärztlichen Fort- und Weiterbildung bundesweit auf hohem Niveau zu gewährleisten, und welche Bemühungen gibt es insbesondere, strukturell vernachlässigte Themen bundesweit zu stärken?

Die ärztliche Fort- und Weiterbildung fällt in die Zuständigkeit der Länder, die diese auf die Ärztekammern übertragen haben. Zu Struktur und Inhalten der Weiterbildung erlassen die Ärztekammern Weiterbildungsordnungen, die sich in der Regel an der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer (BÄK) orientieren. Die Voraussetzungen für die Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen sind in den Fortbildungsordnungen der Ärztekammern geregelt, die sich in der Regel an der (Muster-) Fortbildungsordnung der BÄK orientieren. Als Zweck der Fort- und Weiterbildung ist in beiden Regelwerken vorgesehen, dass die Qualität der ärztlichen Berufsausübung gesichert wird. Die Qualitätssicherung und die Entscheidung über die Themen, die Gegenstand der Fort- und Weiterbildung sein sollen, obliegt damit den Ärztekammern. Die Bundesregierung hat hier keine Zuständigkeit.

22. Welche Leitlinien oder andere Handlungsempfehlungen gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung zur Vermeidung von Dehydration in Pflegeheimen?

Das DNQP hat den Expertenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ vorgelegt (www.dnqp.de/expertenstandards-und-auditinstrumente/#c18467). Der Medizinische Dienst Bund hat die Grundsatzstellungnahme Essen und Trinken im Alter – Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen veröffentlicht (md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publicationen/SPV/Grundsatzstellungnahmen/_EssenTrinken_im_Alter_Lesezeichen.pdf).

Wichtig sind auch die S3-Leitlinie „Klinische Ernährung und Hydrierung im Alter“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (register.awmf.org/assets/guidelines/073-0191_S3_Klinische-Ernaehrung-Hydrierung-im-Alter_2025-02.pdf), und die von der Bundesregierung geförderte Broschüre „Essen und Trinken im Alter“ mit dem Kapitel „Trinken im Alter“ (www.fitimalter-dge.de/fileadmin/user_upload/medien/Essen_und_Trinken_im_Alter.pdf).

In der durch das Bundesministerium für Gesundheit initiierten „Bundeseinheitlichen Empfehlung zum Einsatz von Hitzeschutzplänen in stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten“ des Qualitätsausschusses Pflege sind zudem viele Hinweise auf die Flüssigkeitszufuhr bei Hitze enthalten (gs-qs-a-pflege.de/wp-content/uploads/2025/01/20241211_Bundeseinheitliche-Empfehlung-Hitzeschutzplaene-gem.-%C2%A7113b-Abs.-4-Satz-3-SGB-XI.pdf).

23. Welche Erklärungen sind der Bundesregierung für die großen Unterschiede bei den Krankenhausaufenthalten aufgrund von Dehydratation auch bei benachbarten Landkreisen (z. B. Neumarkt in der Oberpfalz: 0,85 Prozent der Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner, Amberg-Weizsach: 8,49 Prozent der Pflegeheimbewohnenden, <https://www.qualitaetsatlas-pflege.de/fluessigkeitsversorgung-bei-demenz/kreise/anteil/2023>) bekannt?

Zu regionalen Gegebenheiten liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

24. Welche Initiativen gibt es vonseiten der Bundesregierung, um Dehydratation in Pflegeheimen und damit dadurch verursachte Krankenhausaufenthalte zu vermeiden?

Es wird auf die Antwort der Bundesregierung auf Frage 22 verwiesen.

25. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, um
- a) regionale Disparitäten auf einem guten Niveau anzugleichen und
 - b) die Versorgungsqualität von Pflegeheimbewohnenden zu verbessern?

Eine Angleichung regionaler Disparitäten kann insbesondere durch Verbesserungen in der jeweiligen Region selbst gelingen. Mit dem am 6. August 2025 vom Bundeskabinett beschlossenen Entwurf eines Gesetzes zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege soll daher unter anderem die Zusammenarbeit der an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten gestärkt werden, indem die Vorgabe zur Bildung örtlicher und regionaler Arbeitsgemeinschaften durch die Pflegekassen verbindlicher gestaltet wird. Eine zusätzliche Stärkung der regionalen pflegerischen Versorgungssituation soll außerdem dadurch erreicht werden, dass die Pflegekassen ihnen zur Verfügung stehende Versorgungsdaten zur Entwicklung der regionalen Versorgungssituation regelmäßig den zuständigen Gebietskörperschaften zur Unterstützung bei ihren Aufgaben bereitstellen. Durch den verbesserten Datenaustausch soll die kommunale Pflegestrukturplanung effizienter werden. Hierfür sollen geeignete, auf regionaler Ebene strukturierte Daten zur bestehenden Versorgungssituation sowie zur voraussichtlichen Bedarfsentwicklung erhoben und bewertet werden. Dadurch wird regionalen Bedürfnissen in besonderer Weise Rechnung getragen.

Im Übrigen wird auf die Ausführungen der Bundesregierung auf Frage 2 verwiesen. Durch die dort genannten Maßnahmen wird eine bundesweit qualitativ vergleichbare pflegerische Versorgung ermöglicht.

Der Qualitätsausschuss Pflege hat die Vergabe eines Auftrages für die wissenschaftliche Evaluation des stationären Qualitätssystems (Indikatorenverfahren, externe Qualitätsprüfung, Qualitätsberichterstattung) gemäß § 113b Absatz 4 Nummer 5 SGB XI in Verbindung mit § 113b Absatz 4a SGB XI beschlossen. Der Auftrag umfasst die Unterbreitung von Vorschlägen zur Anpassung der Verfahren für die Qualitätsmessung und Qualitätsdarstellung im stationären Bereich an den neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und hat eine Laufzeit von zwei Jahren. Der Abschlussbericht wird im Oktober 2026 erwartet.