WIdO | Wissenschaftliches Institut der AOK

AOK-Bundesverband Die Gesundheitskasse.

Pressekonferenz „Pflege-Report 2026“ des AOK-Bundesverbandes und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)

Dienstag, 24. November 2026, Berlin

Inhaltsübersicht

- **Übersicht Gesprächspartner/innen**
- **Pressemitteilung des AOK-Bundesverbandes und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)**
- **Statement von Dr. Carola Reimann**
  Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes
- **Statement von Susann Behrendt**
  Forschungsbereichsleiterin Pflege im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) und Mitherausgeberin des Pflege-Reports
- **Folien zum Statement von Susann Behrendt**
- **Statement von Prof. Dr. Andreas Büscher**
  Professor für Pflegewissenschaft an der Hochschule Osnabrück und Mitherausgeber des Pflege-Reports 2026
- **Folien zum Statement von Prof. Dr. Andreas Büscher**

Kontakt und Information: Kai Behrens | AOK-Bundesverband | 030 346 46 2309 | presse@bv.aok.de

WIdO | Wissenschaftliches Institut der AOK

AOK-Bundesverband Die Gesundheitskasse.

Pressekonferenz „Pflege-Report 2026“ des AOK-Bundesverbandes und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)

Dienstag, 24. November 2026, Berlin

Ihre Gesprächspartner/-innen



Dr. Carola Reimann
Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes



Susann Behrendt
Forschungsbereichsleiterin Pflege im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) und Mitherausgeberin des Pflege-Reports



Prof. Dr. Andreas Büscher
Professor für Pflegewissenschaft an der Hochschule Osnabrück und Mitherausgeber des Pflege-Reports 2026

WIdO | Wissenschaftliches Institut der AOK

AOK-Bundesverband Die Gesundheitskasse.

Pressemitteilung des AOK-Bundesverbandes
und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)

Stürze in Bayern, Dehydration in Sachsen, Beruhigungsmittel im Saarland: Pflege-Report zeigt regionale Qualitäts-unterschiede bei zu Hause Gepflegten

Berlin, den 24. November 2026

Obwohl 86 Prozent der pflegebedürftigen Menschen zu Hause versorgt werden und davon knapp zwei Drittel ausschließlich durch Angehörige, gibt es bislang keine systematisch erfassten Erkenntnisse zu der Qualität ihrer Versorgung – im Gegensatz zur Pflege in stationären Einrichtungen, die sich auf nur 14 Prozent der Versorgung beläuft. Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) macht in seinem neuen Pflege-Report „Pflege zu Hause: Regionale Perspektiven und Herausforderungen" auf diese Lücke aufmerksam und misst in Ausschnitten erstmals die Versorgungsqualität für alle zu Hause Gepflegten ab 60 Jahren mit den Pflegegraden zwei bis fünf, unabhängig davon, ob sie von einem Pflegedienst oder ausschließlich durch Angehörige gepflegt werden. Untersucht wurden dafür die drei kritischen Versorgungsoutcomes Dehydration, potenziell vermeidbare Krankenhausaufenthalte durch Stürze und Dauerverordnungen von Benzodiazepinen und Z-Substanzen. Die Ergebnisse sind heute im Rahmen einer gemeinsamen Pressekonferenz von WIdO und AOK-Bundesverband vorgestellt worden.

Basis der WIdO-Analyse sind AOK-Routinedaten, welche neben soziodemographischen Merkmalen auch die Pflegebedürftigkeit sowie die medizinische Versorgung umfassen und somit Versorgungsauffälligkeiten in der häuslichen Pflege an Schnittstellen der Sektoren und Berufsgruppen sichtbar machen können.

„Unsere Ergebnisse zeigen, dass es regionale Unterschiede in der Versorgung bei allen drei Kennzahlen gibt, die nicht durch die unterschiedliche Verteilung von Pflegegraden, Altersstruktur oder Morbidität erklärt werden können", sagt Susann Behrendt, Forschungsbereichsleiterin Pflege des WIdO. So wurden etwa im Jahr 2024 aufgrund von Dehydration bundesweit 1,4 Prozent der AOK-versicherten zu Hause Gepflegten mindestens einmal im Krankenhaus versorgt. In absoluten

Zahlen entspricht dies mehr als 16.100 Menschen. Besonders betroffen sind hier mit Anteilen von bis zu 4,6 Prozent vor allem einige Landkreise unter anderem in Rheinland-Pfalz und Brandenburg sowie in Bayern.

Auch bei den Krankenhausaufenthalten durch potenziell vermeidbare Stürze zeigen sich deutliche regionale Unterschiede. Bei diesem Indikator werden pflegebedürftige Menschen betrachtet, welche Medikamente einnehmen, die das Sturzrisiko erhöhen, sogenannte FRIDs-Verordnungen (Fall-risk increasing drugs). Von den rund 1,1 Millionen zu Hause gepflegten AOK-Versicherten wiesen im Jahr 2024 knapp drei Viertel (73,4 Prozent) und damit 818.464 Personen mindestens eine dieser Verordnungen auf. Fast jede zehnte von ihnen (neun Prozent) musste mit einer potenziell sturzassoziierten Verletzung im Jahr 2024 im Krankenhaus versorgt werden, in absoluten Zahlen entspricht das 73.404 Menschen. Die höchsten Raten treten in Bayern auf, die auffälligsten Kreise dort kommen auf Sturz-Anteile zwischen 10,6 bis 16 Prozent.

Bei den Dauerverordnungen von Benzodiazepinen und Z-Substanzen sind hingegen vor allem Nordrhein-Westfalen, das Saarland sowie einzelne Landkreise im Norden in Baden-Württemberg auffällig. Bei diesen Verordnungen handelt es sich um Arzneimittel, die unter anderem bei Schlaf- oder Angststörungen eingesetzt werden und die aufgrund ihres hohen Risikos für die Entwicklung einer Toleranz und Sucht maximal vier Wochen lang eingesetzt werden sollten. 2024 waren vier Prozent der zu Hause Gepflegten von Dauerverordnungen betroffen.

„Diese Ergebnisse zeigen, wie wichtig es wäre, auch für die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen zu Hause ein flächendeckendes und regelmäßiges Qualitätsmonitoring zu etablieren", so Behrendt. „Zur Qualität der Versorgung brauchen wir mehr systematische Transparenz, auch über Berufsgruppen und Sektoren hinweg. Unsere Analyse zeigt, dass nur mit diesem ganzheitlicheren Blick relevante Optimierungspotenziale an den Schnittstellen der Versorgung sichtbar werden." Umsetzbar wäre dies Behrendt zufolge, ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand, durch Nutzung der Abrechnungsdaten der Kranken- und Pflegekassen.

Die Analysen zeigen mit diesen ersten Kennzahlen konkrete interprofessionelle und regionale Handlungsbedarfe auf. Behrendt: „Bei Stürzen etwa müsste man sich neben personenseitigen Risiken eine mögliche Unterversorgung mit Hilfsmitteln oder die Umsetzung von Wohnraumanpassungen ansehen, bei Dehydration die Früherkennung von gesundheitlichen Risikofaktoren sowie die Etablierung von Trinkroutinen und bei Benzodiazepinen auch die regionale Verordnungspraxis. Dafür könnten Routinedaten der Kranken- und Pflegekassen genutzt werden, auch, um Potenziale und Risiken in den Regionen besser zu kennen."

Reimann: Routinedaten auch für neue Pflegebegleitung nutzen

Die Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Dr. Carola Reimann, fordert auf der Pressekonferenz zum Pflege-Report: „Die Pflege zu Hause muss gestärkt werden. Das Pflegeneuordnungsgesetz bietet hier, zum Beispiel mit der neuen Pflegebegleitung, bereits einen guten Ansatzpunkt." Mit dieser Maßnahme sollen die Pflegearrangements stabilisiert werden, die Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Selbstpflegekompetenz der pflegebedürftigen Person gefördert und die Pflegekompetenzen der Angehörigen gestärkt werden. Reimann: „Noch wirkungsvoller kann diese Maßnahme gestaltet werden, wenn die Pflegebegleitung die ganz konkreten regionalen Herausforderungen kennt. Besonders wichtig ist hierbei auch der kleinräumige Blick auf die Kreise, den das WIdO ebenfalls vornimmt."

Bei der morgigen Anhörung zum Pflegeneuordnungsgesetz (PNOG) sieht Reimann Nachbesserungsbedarf, vor allem bei der Finanzierung. Denn trotz Gesetzentwurf zeichnet sich laut Kostenschätzung des Bundesgesundheitsministeriums im Saldo ein Defizit von 1,35 Milliarden Euro ab. Zudem drängt sie auf Strukturreformen: „Mit Blick auf die Pflege zu Hause fordert die AOK-Gemeinschaft seit Langem eine sektorenunabhängige Versorgung, um neue Wohnformen zu ermöglichen. Das muss Gegenstand eines PNOG 2 sein."

Dr. Andreas Büscher, Professor für Pflegewissenschaft an der Hochschule Osnabrück und Mitherausgeber des Pflege-Reports 2026, weist auf der Pressekonferenz zudem darauf hin, dass für die Stärkung der Pflege zu Hause auch die unterschiedlichen Ausgangslagen der Pflegehaushalte berücksichtigt werden müssen: „In der häuslichen Pflege gleicht kaum ein Haushalt dem anderen. Gesundheitliche Bedürfnisse, die familiäre und sozioökonomische Situation und auch Versorgungsstrukturen vor Ort prägen maßgeblich, wie Menschen zu Hause versorgt werden." Auch für die im Juli 2026 gestartete reformierte gesetzliche Qualitätssicherung für die rund 15.000 ambulanten Pflegedienste sei dies eine Herausforderung. Büscher: „Zwei wesentliche Aspekte sind zudem nicht Gegenstand des neuen Verfahrens: einerseits die sektorenübergreifende Betrachtung und andererseits werden Pflegearrangements ohne professionelle Pflege im neuen Prüfverfahren nicht betrachtet."

Susann Behrendt, Andreas Büscher, Leonie Sundmacher, David Scheller-Kreinsen (Hrsg.)
Pflege-Report 2026: Pflege zu Hause – Regionale Perspektiven und Herausforderungen

Mehr Infos im Internet:
https://www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/pflege-report/2026/

Open-Access-Publikation:
https://link.springer.com/

Kontakt und Information: Kai Behrens | AOK-Bundesverband | 030 346 46 2309 | presse@bv.aok.de

Pressekonferenz „Pflege-Report 2026“ des AOK-Bundesverbandes und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)

Dienstag, 24. November 2026, Berlin

Statement von Dr. Carola Reimann

Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes

Es gilt das gesprochene Wort.

Sehr geehrte Damen und Herren,

von mir auch ein herzliches Willkommen zu dieser Pressekonferenz.

Wenn es um Qualitätsmängel in der Pflege geht, dann denken die meisten vermutlich sofort an Pflegeheime und haben vielleicht sogar ein bestimmtes Bild oder einen Medienbericht dazu vor Augen. Thematisiert wird dann zum Beispiel der nicht sachgerechte Einsatz von Schlaf- und Beruhigungsmitteln in Pflegeheimen oder Stürze von Pflegeheimbewohnenden, die zu Krankenhausaufenthalten führen, die potenziell vermeidbar gewesen wären.

Aber wie steht es eigentlich um die Qualität der Versorgung von zu Hause Gepflegten? Dieser Bereich bleibt bislang oft unsichtbar – und zwar nicht nur in der Berichterstattung, sondern auch im System der Pflege selbst. Obwohl die deutliche Mehrheit der Pflegebedürftigen – nämlich 86 Prozent - zu Hause versorgt wird und nur 14 Prozent in stationären Einrichtungen leben, wissen wir über die große Gruppe der zu Hause Gepflegten vergleichsweise wenig. Denn für sie gibt es keine bundesweit vergleichbare, sektorenübergreifende und regelmäßig veröffentlichte Darstellung kritischer Versorgungsereignisse.

Was bleibt, sind die Qualitätsprüfungen der ambulanten Pflegedienste durch den medizinischen Dienst – aber auch hier wird bestenfalls ein Ausschnitt der häuslichen Pflege erfasst. Und es gibt die gesetzlichen Beratungsbesuche durch ambulante Pflegedienste und Beratungsstellen. Die Pflegeberatung verfolgt aber andere Ziele und ersetzt kein systematisches Qualitätsmonitoring.

Darum freue ich mich sehr, dass wir mit dem diesjährigen Pflege-Report des WIdO etwas Licht in die Sache bringen können und erstmals auf Basis von AOK-Routinedaten ausgewählte Aspekte der Versorgungssituation der zu Hause Gepflegten beleuchten. Die Ergebnisse wird Ihnen Susann Behrendt gleich vorstellen, aber so viel vorab: Wir sehen zum Teil deutliche regionale Unterschiede in

der Versorgungsqualität, die klar machen, wie dringend die Qualität der Pflege zu Hause zum Thema werden muss – für Politik, Bund und Kommunen, für Pflegekassen, für alle Berufsgruppen, die in die Pflege involviert sind, und für alle Schnittstellen, die es zwischen medizinischer und pflegerischer Versorgung sowie zwischen informeller und formeller Pflege gibt.

Lassen Sie uns dafür ein Beispiel aus dem Pflege-Report nehmen: Das WIdO hat festgestellt, dass in Bayern besonders viele zu Hause gepflegte Menschen aufgrund von potenziell vermeidbaren Stürzen ins Krankenhaus eingewiesen werden. Vielleicht ist die betroffene Person über die Schwelle in der Dusche gestolpert, vielleicht hatte sie keinen Rollator als Hilfsmittel, oder vielleicht ist sie einfach deshalb gestürzt, weil sie Medikamente erhält, die das Sturzrisiko erhöhen. Ein kurzer Moment mit oft sehr schwerwiegenden Folgen, im schlimmsten Fall muss die betroffene Person nach einem Sturz dauerhaft ins Pflegeheim. Ob einzelne Stürze durch eine bessere Beratung vermeidbar gewesen wären, lässt sich aus Routinedaten allein dabei natürlich nicht ableiten.

Aber: Mit einer besseren Pflegeberatung – beziehungsweise künftig Pflegebegleitung – hätten einige der vom WIdO erfassten Stürze vielleicht doch vermieden werden können, und die Ergebnisse weisen auf wichtige Ansatzpunkte für Prävention hin. Entscheidend ist dabei das Zusammenwirken von Pflegeberatung, ärztlicher Versorgung, Pflegefachpersonen und Hilfsmittelversorgung, etwa durch eine bessere Aufklärung rund um die Medikation und mögliche Risiken, durch den rechtzeitigen Einsatz von Hilfsmitteln oder durch wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, durch welche die besagte Dusche dann besser zugänglich geworden wäre.

Dieses Beispiel macht zwei Dinge deutlich.

Zum einen ist – neben der persönlichen Tragödie – das Vermeiden kritischer Versorgungsereignisse in der Pflege zu Hause auch aus wirtschaftlicher Sicht relevant. Denn wenn pflegebedürftige Menschen aufgrund vermeidbarer Stürze ins Krankenhaus eingewiesen werden müssen, entstehen Folgekosten im Krankenhaus, für die Reha-Maßnahmen sowie für einen darauffolgenden höheren Pflegebedarf.

Zum anderen macht dieses Sturzbeispiel deutlich, welche bislang ungenutzten Möglichkeiten für die Verbesserung der Versorgungssituation und auch für die Prävention von Pflegebedürftigkeit in der Nutzung von Routinedaten der Kranken- und Pflegekassen liegen. Darum ist es gut und richtig, dass im Entwurf des Pflegeneuordnungsgesetzes auch angelegt ist, dass Pflegestrukturplanung und Prävention künftig verstärkt datenbasiert erfolgen sollen. Die Routinedaten der Kranken- und Pflegekassen bieten hierfür eine aufwandsarme Grundlage und können zudem regionale Handlungsbedarfe sichtbar machen. Zu konkretisieren ist im PNOG allerdings noch, welche spezifischen Maßnahmen aus den Erkenntnissen folgen und wie diese wirksam in die bestehenden Beratungs- und Leistungsstrukturen integriert werden sollen. Was auch klar gesagt werden muss: Die bloße Verfügbarkeit von Routinedaten verbessert die Versorgung allein nicht. Für eine verlässliche Steuerung braucht es eine hohe Datenqualität, eine Risikoadjustierung, festgelegte Interventionen und eine Wirksamkeitsprüfung. Darum fordern wir als AOK-Bundesverband in unserer Stellungnahme zum PNOG auch eine präzise Datenbasis und Evaluationskriterien.

Anbieten für die Nutzung dieser Daten würde sich hier ja unter anderem die neue Pflegebegleitung, die Sicherstellungsverantwortung soll hierbei künftig bei den Pflegekassen liegen. Mit dieser Maßnahme sollen die Pflegearrangements unter Zuhilfenahme des individuellen Netzwerks stabilisiert, die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Person gefördert und die Pflegekompetenz der Angehörigen gestärkt werden. Das ist ein echter Meilenstein für die häusliche Pflege.

Noch wirkungsvoller kann diese Maßnahme aus unserer Sicht gestaltet werden, wenn die Pflegebegleitung auch die ganz konkreten regionalen Herausforderungen in der Pflege kennt – also etwa weiß, dass in Bayern Sturzprophylaxe ein Schwerpunkt der Begleitung sein muss und in Sachsen Aufklärung zur Dehydration als häufiges kritisches Versorgungsereignis ein Thema sein sollte. Besonders wichtig ist hierbei auch der kleinräumige Blick auf die Kreise, den das WIdO ebenfalls vornimmt.

Zum Schluss noch ein paar weitere Worte zum Pflegeneuordnungsgesetz, zu dem morgen die Anhörung im Gesundheitsausschuss stattfindet.

Unter dem Strich müssen wir sagen, dass dieses leider nur eine halbgare Lösung für die Situation der Sozialen Pflegeversicherung bietet. Minister Linnemann nannte es ja selbst „Erste Hilfe“. Das betrifft besonders die Finanzierung. Denn trotz dieses Gesetzentwurfs zeichnet sich laut Kostenschätzung des Bundesgesundheitsministeriums im Saldo ein Defizit von 1,35 Milliarden Euro ab. Somit wäre die Pflegeversicherung selbst in der sehr kurzfristigen Reformperspektive des Gesetzentwurfes laut BMG auch im kommenden Jahr 2027 nicht vollständig ausfinanziert. Fraglich ist auch, ob das weitere kürzlich bewilligte Darlehen des Bundes in Höhe von 700 Millionen Euro ausreicht. Hier braucht es also dringend das „PNOG 2“, das der Minister ja bereits für Mitte 2027 angekündigt hat.

Keinesfalls darf es im weiteren Reformprozess aber um weitere Leistungskürzungen oder finanzielle Belastungen der pflegebedürftigen Menschen gehen. Denn die finanzielle Lastenverteilung mit dem Pflegeneuordnungsgesetz liegt nun leider einseitig bei den Beitragszahlenden und pflegebedürftigen Menschen. Sie sind bereits in erhebliche Vorleistung gegangen, während der Bund sich weiterhin weigert, die pandemiebedingten Sonderlasten zurückzuzahlen und die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige aus Haushaltsmitteln zu finanzieren. Die Länder übernehmen weder die Investitionskosten noch die Ausbildungskosten in der Pflege, mit Folgen für die immer weiter steigenden Eigenanteile, die laut Koalitionsvertrag doch eigentlich begrenzt werden sollten.

Damit entziehen sich Bund und Länder ihrer Verantwortung für die Pflege in Deutschland, für die Daseinsfürsorge, und entlasten sich selbst auf Kosten der Betroffenen und Beitragszahlenden. Hier sehen wir dringend Nachbesserungsbedarf.

Auch braucht es mit einem „PNOG 2“ weitere Strukturreformen. Mit Blick auf die Pflege zu Hause fordert die AOK-Gemeinschaft hier seit Langem auch eine sektorenunabhängige Versorgung, um neue Wohnformen zu ermöglichen. Damit können dann individuelle Versorgungslösungen, unabhängig vom Ort der Inanspruchnahme der Leistung, besser umgesetzt werden. Auf diesem Weg werden Ressourcen effizienter eingesetzt, Abrechnungsregeln vereinfacht, bürokratische Hürden abgebaut und auch Angehörige besser entlastet.

Gerade pflegende Angehörige spielen in der Pflege zu Hause ja eine Schlüsselrolle, Gesundheitsminister Carsten Linnemann nannte sie so schön die Alltagshelden der Gesellschaft (es müsste vielleicht eher Heldinnen und Helden heißen). Zwei Drittel der pflegebedürftigen Menschen werden zu Hause von ihren Angehörigen versorgt. Oft unter hohem persönlichen Einsatz, überwiegend von Frauen, viele von ihnen meistern täglich den Balance-Akt zwischen Berufstätigkeit und Pflege – und viele reduzieren ihre Arbeitszeit aufgrund der hohen Belastung. Darum ist es gut, dass im Zuge der Reformdebatten immerhin die zwischenzeitlich diskutierte Kürzung der Rentenbeiträge pflegender Angehöriger vom Tisch ist. Das wäre ein völlig falsches politisches Signal gewesen.

Denn was sich vermutlich nicht ändern wird in der Zukunft, ist der Wunsch der Menschen in Deutschland, im Falle einer Pflegebedürftigkeit zu Hause bleiben zu können und zu Hause gut versorgt werden zu können – von Berlin bis München und von Nordrhein-Westfalen bis Sachsen. Und gerade darum darf die Pflege zu Hause keine Blackbox bleiben. Damit übergebe ich an Susann Behrendt.

Kontakt und Information: Kai Behrens | AOK-Bundesverband | 030 346 46 2309 | presse@bv.aok.de

Pressekonferenz „Pflege-Report 2026“ des AOK-Bundesverbandes und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)

Dienstag, 24. November 2026, Berlin

Statement von Susann Behrendt

Forschungsbereichsleiterin Pflege im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO)

Kritische Versorgungsereignisse bei zu Hause lebenden Pflegebedürftigen: routinedatenbasiertes Monitoring für eine qualitätsorientierte Strukturreform

Die Herausforderungen, einer wachsenden Zahl pflegebedürftiger Menschen ein würdevolles, selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen und die erforderlichen Unterstützungsnetzwerke resilient und zukunftsfähig auszugestalten, könnten aktuell kaum größer sein. Das Pflegesystem steht heute finanziell und strukturell unter massivem Druck. Dabei vollzieht sich in Deutschland die pflegerische Versorgung primär im privaten Raum: Vier von fünf Pflegebedürftigen leben nicht im Pflegeheim, sondern zu Hause. Die große Bedeutung dieses Pflegesettings und mit ihm die tragende Rolle pflegender Angehöriger werden auch an einer zweiten Zahl deutlich: 64 Prozent, also knapp zwei Drittel all dieser zu Hause lebenden Menschen, beziehen ausschließlich Pflegegeld, das heißt, sie werden in der Regel von Angehörigen gepflegt, ohne dass ambulante Pflegedienste durchgehend an der Versorgung beteiligt sind.

Der Pflege-Report 2026 setzt hier an und beleuchtet die Strukturen und Bruchlinien der Versorgung aus regionaler Perspektive. Wir haben dabei bewusst den Blick weiten wollen, denn klar ist: Es gibt nicht den typischen Pflegehaushalt in Deutschland, den es zu stabilisieren und versorgen gilt. Wir begegnen einer Vielfalt häuslicher Settings mit ganz unterschiedlichen Bedarfen, Konstellationen und, ja, auch Belastungen. Die Vielfalt der Bedarfe und Versorgungsarrangements in deutschen Pflegehaushalten macht deutlich, dass gute Versorgung häuslich gepflegter Menschen nicht isoliert innerhalb einzelner Versorgungssektoren oder durch die Leistungserbringenden eines Sozialgesetzbuches allein erbracht werden kann. Das zeigt sich beispielsweise daran, dass auf pflegebedürftige Personen mittlerweile knapp die Hälfte aller Krankenhaustage in Deutschland entfällt. Schließlich geht es um die Frage, welche strukturellen Konsequenzen sich daraus für eine nachhaltige, zukunftsfeste und bedarfsorientierte Versorgung von zu Hause Gepflegten und Pflegenden in Deutschland ergeben.

Neben den pflegenden Angehörigen sind eine Vielzahl von Berufsgruppen an bestimmten Punkten der Versorgung beteiligt – sei es die Hausärztin, sei es eine Pflegekraft, der Apotheker oder die Professionen in Notaufnahme und Krankenhaus – bestenfalls kooperierend und aufeinander abgestimmt. Was

wissen wir flächendeckend über diese Prozesse und vor allem über die Outcomes? Sehr wenig. Insbesondere dort, wo Pflegedienste nicht aktiv beteiligt sind, gibt es kaum Informationen. Systematische Transparenz zum Versorgungsgeschehen und damit ein Monitoring, das diese Versorgungsrealität adressiert – regelmäßig und flächendeckend –, existiert in Deutschland nicht; eine Leerstelle auch im politischen Diskurs.

Die Qualitätsmessung mit Routinedaten ist seit vielen Jahren eines der Kernfelder des WIdO. Der Blick auf zu Hause lebende Pflegebedürftige ist der nächste Schritt und mehr denn je von Bedeutung für eine bedarfsorientierte regionale Struktur- und Qualitätsentwicklung. Ich setze diese Versorgungsqualität heute ins Zentrum und zeige Ihnen drei Beispiele zu kritischen Versorgungsereignissen bei häuslich Gepflegten – quasi eine erste Standortbestimmung und Ergebnis eines Beitrags aus dem aktuellen Pflege-Report.

Kritische Versorgungsereignisse mit teils deutlicher regionaler Varianz

Die folgenden drei exemplarischen Kennzahlen beziehen sich auf alle zu Hause lebenden AOK-versicherten Pflegebedürftigen ab 60 Jahren mit Pflegegrad zwei bis fünf, hier Daten für das Jahr 2024. Insgesamt basiert die Analyse damit auf einer sehr großen Datenbasis mit Daten von 1,1 Millionen Menschen, was 36 Prozent der SPV-Versicherten in häuslicher Pflege entspricht. Wie häufig kritische Versorgungsereignisse regional messbar sind, ist dabei von vielen Faktoren abhängig. Eigenschaften der Pflegebedürftigen wie Alter und Geschlecht und vorliegenden Erkrankungen gingen in die sogenannten risikoadjustierten Werte ein und natürlich berücksichtigen die Ergebnisse auch den Pflegegrad.

Das erste Beispiel thematisiert die unzureichende Flüssigkeitsversorgung. Auffällig hohe Raten von schwerer Dehydration bei zu Hause Gepflegten können Hinweise geben, ob und wie Präventionsmaßnahmen ausgeschöpft werden oder weiterzuentwickeln sind, ob gesundheitliche Risiken früh genug erkannt werden und ganz allgemein können sie Hinweise zur Stabilität des häuslichen Pflegearrangements geben. Die Karte zeigt, wie viele zu Hause lebende Pflegebedürftige im jeweiligen Kreis 2024 mindestens einmal aufgrund einer Dehydration als Hauptdiagnose im Krankenhaus behandelt wurden. Es handelt sich AOK-weit um 1,4 Prozent aller ambulant gepflegten Personen; wir sprechen hier von mehr als 16.000 Menschen allein in den AOKen. Wir sehen auf dieser Karte zudem eine heterogene Verteilung der Anteilswerte. Regionen, die überproportional häufig betroffen sind, finden sich primär an der bayrischen Grenze zu Tschechien, im Süden von Rheinland-Pfalz oder auch in Brandenburg. Im Viertel der Kreise mit den höchsten Raten sprechen wir hier von rund zwei bis fünf Prozent. In einigen Kreisen kommt folglich jede 20. Person, die zu Hause versorgt wird, dehydriert ins Krankenhaus. Die geringsten Raten von 0,3 bis 1,1 Prozent finden sich demgegenüber in der Mehrzahl der Kreise Baden-Württembergs, in den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg sowie in weiten Teilen Nordrhein-Westfalens. Die Berücksichtigung des Risikoprofils ändert dabei recht wenig an der Verteilung, was auf Unterschiede in den Versorgungsgegebenheiten verweist.

Ein zweites Beispiel zeigt den dauerhaften Einsatz von Beruhigungs- und Schlafmitteln bei zu Hause Gepflegten. Dabei handelt es sich um Benzodiazepine, -derivate und Z-Substanzen. Eine

Langzeitanwendung dieser Wirkstoffe sollte aufgrund des hohen Risikos für Sucht- und Toleranzentwicklung und Folgewirkungen wie Stürze und kognitive Beeinträchtigungen nicht erfolgen. Der Blick auf die Karte zeigt deutlich: Wir haben es hier nicht nur mit einer Varianz zwischen den Kreisen zu tun, sondern sehen regionenbezogene Verteilungsmuster. Auffälligkeiten gibt es insbesondere in Nordrhein-Westfalen, teilweise auch in Rheinland-Pfalz und dem Saarland. Die Spanne reicht je nach Kreis von einem Prozent bis zu knapp zehn Prozent, das heißt, es gibt Regionen, in denen jede zehnte zu Hause lebende pflegebedürftige Person diese kritische Medikation erhält. Insbesondere im mittleren Teil Deutschlands und in Niedersachsen finden sich die niedrigsten Raten. Auch hier gilt: Die Berücksichtigung der Krankheitslast ändert an dieser Verteilung wenig. Unser Online-Portal „Qualitätsatlas Pflege“ zeigt ein ganz ähnliches Bild und lässt vermuten, dass hier vor allem Faktoren Einfluss haben, die nicht allein pflegesettingspezifisch sind. So sind regional erhöhte Raten einerseits grundsätzlich Ergebnisse ärztlichen Verordnungsverhaltens, können aber auch zum Beispiel Indiz für eine Unterversorgung bei nicht-medikamentösen Behandlungsangeboten oder psychotherapeutischer (aufsuchender) Unterstützung sowie für unzureichende gerontopsychiatrische und neurologische Strukturen vor Ort sein. Kritische Versorgungsgegebenheiten zu entschlüsseln bedeutet, berufsgruppen- und sektorenübergreifend diese Auffälligkeiten wahrzunehmen und zu handeln.

Das dritte Beispiel sind sturzassoziierte Krankenhausaufenthalte bei sturzrisikoerhöhender Medikation, den sogenannten FRIDs (Fall-risk increasing drugs). Unseren Analysen zufolge erhalten knapp drei Viertel der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen im Alter von mindestens 60 Jahren und im Pflegegrad zwei bis fünf diese Wirkstoffe und haben damit ein erhöhtes Sturzrisiko. In absoluten Zahlen sind das rund 800.000 Menschen. Neun Prozent von ihnen wurden 2024 potenziell sturzassoziiert im Krankenhaus behandelt. Im Viertel der Kreise mit den höchsten Werten betraf dies sogar zwischen zehn und 16 Prozent der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen. Dieses regionale Muster bleibt auch nach Risikoadjustierung weitgehend erhalten. Es unterstreicht: Die beobachteten Unterschiede sind nicht durch die Erkrankungslast der Pflegebedürftigen erklärbar. Es gilt, die Versorgungsprozesse und -strukturen vor Ort auf den Prüfstand zu stellen. Wichtige Faktoren, die untersucht werden können, sind der Einsatz von Sturzassessments, die Hilfsmittelversorgung, die Verfügbarkeit von Physiotherapie, Wohnraumanpassungen, hausärztliche Medikationsprüfungen und ebenso Hospitalisierungsraten.

Regionales Monitoring für eine qualitätsorientierte Strukturentwicklung

Ich komme zum Fazit. Das Pflegesystems befindet sich in einer kritischen Phase seit Einführung der Sozialen Pflegeversicherung. Bei knappen Kassen in SPV und GKV erscheint es umso dringlicher, die verfügbaren Mittel zielgerichtet, bedarfsorientiert und effizient einzusetzen. Es braucht dabei aber auch eine qualitätsorientierte Strukturreform. Ohne eine gute Versorgungsqualität bei zu Hause Gepflegten wird keine nachhaltige Sicherung der Versorgung und Finanzierung gelingen. Routinedaten der Kranken- und Pflegeversicherung können hier wie dargelegt einen wichtigen Beitrag leisten, um die Versorgungsherausforderungen im Status quo zu erkennen und anzugehen, wie auch

um die Wirkungen neuer Ansätze in der Reformpolitik empirisch zu evaluieren. Dies ist möglich – und zwar unabhängig davon, ob die Pflegebedürftigen durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt werden oder nicht.

Der regionale Fokus ist hierbei ganz entscheidend, denn vor Ort manifestiert sich Alter, Pflegebedürftigkeit und Bedarf. Die Wirkungen einer Bundesreform gilt es also regional herunterzubrechen. Dabei dürfen wir nicht in der sektoralen Perspektive verharren. Zu schaffende Transparenz der Versorgungsqualität – und nicht nur Pflegequalität – schaut auf systemische Reibungsverluste zwischen den Sektoren, die letztlich die Pflegebedürftigen, ihre Angehörigen, die Akteure im Gesundheitswesen und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung in unterschiedlicher Weise betreffen und belasten.

Gemäß Vorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes und unter den aktuellen Rahmenbedingungen wird im Jahr 2050 jede elfte bis zwölfte Person pflegebedürftig sein; der Großteil im häuslichen Setting. Die heute vorgestellten Analysen zeigen an ersten Kennzahlen, wo es knirscht im System und verdeutlichen konkrete interprofessionelle und regionale Handlungsbedarfe. Doch das kann nur der Anfang sein. Durch eine konsequente wissenschaftliche Vertiefung wollen wir gemeinsam mit den Kompetenzträgern in Wissenschaft und Praxis die Situation und die qualitätsrelevanten Faktoren der zu Hause gepflegten Menschen besser verstehen und so Impulse für eine nachhaltige Qualitäts- und Strukturentwicklung setzen. Vielen Dank.

Kontakt und Information: Kai Behrens | AOK-Bundesverband | 030 346 46 2309 | presse@bv.aok.de

WIdO | Wissenschaftliches Institut der AOK

Kritische Versorgungsereignisse bei zu Hause lebenden Pflegebedürftigen

Pressekonferenz des AOK-Bundesverbandes und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) zum Erscheinen des Pflege-Reports 2026

24.11.2026

Susann Behrendt

Schlüsselrolle häusliche Pflege – 86% der Pflegebedürftigen leben zu Hause



Der Pflege-Report 2026 beleuchtet aus **Regionalperspektive**:

I. die **Vielfalt** häuslicher Pflegesettings mit unterschiedlichen Bedarfen, Konstellationen und Herausforderungen

II. die **berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung** von zu Hause lebenden Pflegebedürftigen

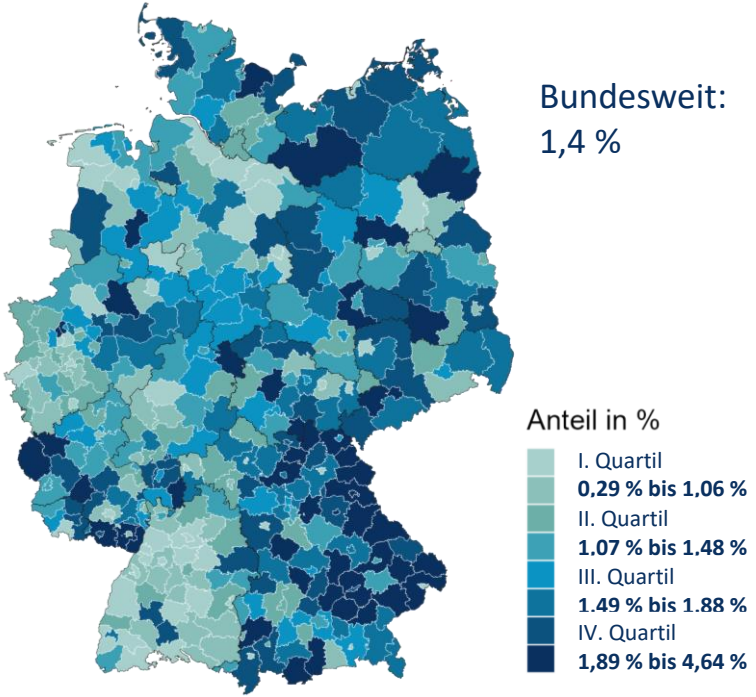
III. Implikationen zur **Systemgestaltung** und Versorgungsoptimierung vor Ort

Kritische Versorgungsereignisse bei zu Hause Gepflegten - Monitoring mit Routinedaten

- **Fokus des Monitorings**: Kritische Versorgungsereignisse bei zu Hause lebenden Pflegebedürftigen, regionalisiert für alle 400 Kreise und kreisfreien Städte in Deutschland
- **Verknüpfung von Daten der Kranken- und der Pflegeversicherung**: Basis der Berechnungen sind die Abrechnungsdaten aller 11 AOK Pflege- und Krankenkassen.
- **36 Prozent der zu Hause versorgten Pflegebedürftigen in der SPV:** Anonymisierte Informationen von 1,1 Mio. AOK-versicherten zu Hause lebenden Pflegebedürftigen (60+ Jahre, ab PG 2) für das Jahr 2024
- **Regionale Zuordnung** der Pflegebedürftigen über die Postleitzahl ihres Wohnorts
- **Regionale Krankheitslast:** Berücksichtigung des Risikoprofils auf Seiten der Pflegebedürftigen: Alter, Geschlecht, Demenz und weitere primär chronische Erkrankungen, Pflegegrad und Zeit in häuslicher Pflege

I: Unzureichende Flüssigkeitsversorgung je Kreis (2024)

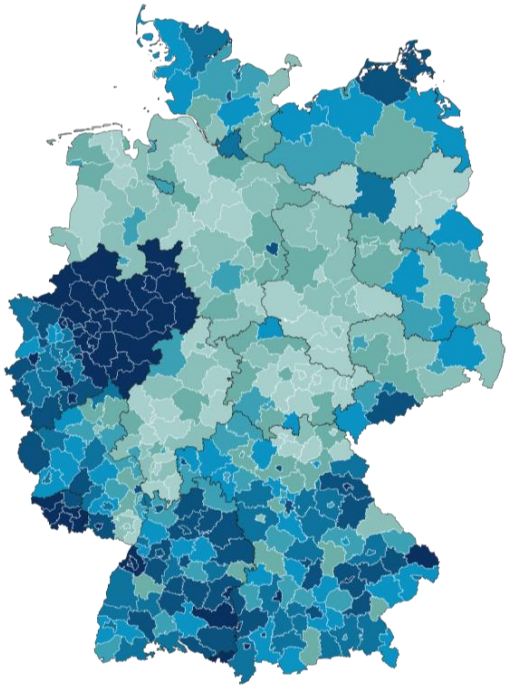
Anteil der zu Hause Gepflegten mit dehydrationsbedingtem Krankenhausaufenthalt an allen zu Hause lebenden Pflegebedürftigen (60+, PG 2 bis PG 5) des jeweiligen Kreises



- Überproportional häufig betroffen in Bayern (v. a. an der deutsch-tschechischen Grenze), im Süden von Rheinland-Pfalz und in Brandenburg.
- Geringe Raten in der Mehrzahl der Kreise in Baden-Württemberg, in Berlin, Bremen und Hamburg sowie in weiten Teilen von Nordrhein-Westfalen.
- Verteilung auch nach Berücksichtigung des Risikoprofils mehrheitlich unverändert

II: Dauerhaft Benzodiazepine,-derivate, Z-Substanzen (2024)

Anteil der zu Hause Gepflegten mit Dauerverordnung von BZD/Z an allen zu Hause lebenden Pflegebedürftigen (60+, PG 2 bis PG 5) des jeweiligen Kreises



Bundesweit:
3,9 %

Anteil in %

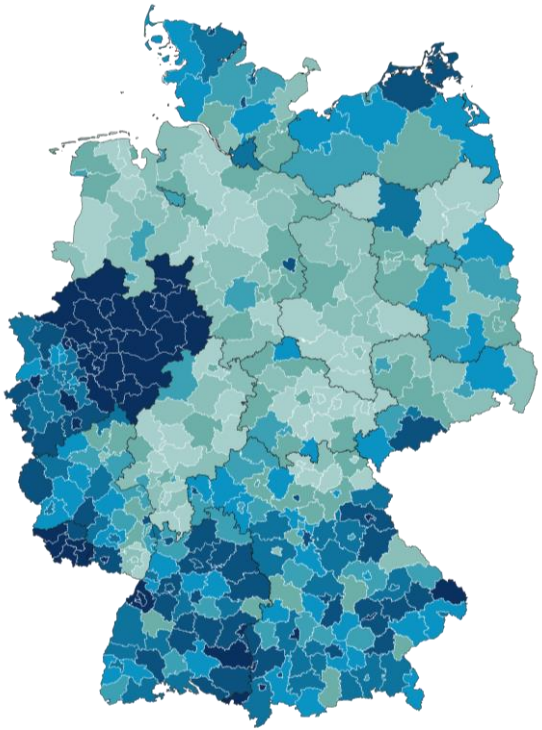
- I. Quartil
  0.98 % bis 2.70 %
- II. Quartil
  2.71 % bis 3.63 %
- III. Quartil
  3.64 % bis 4.58 %
- IV. Quartil
  4,59 % bis 9,40 %

- Erhöhtes Risiko für Sucht- und Toleranzentwicklung, Stürze und kognitive Beeinträchtigung
- Deutliche nicht nur kreisbezogene, sondern regionenbezogene Auffälligkeiten in Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und dem Saarland
- Die Spanne reicht von 1 Prozent bis 9,4 Prozent.
- Geringste Raten insbesondere im mittleren Teil Deutschlands sowie Niedersachsen bundeslandflächendeckend

II: Dauerhaft Benzodiazepine,-derivate und Z-Substanzen – pflegesetting-übergreifende Verteilungsmuster? (2024)

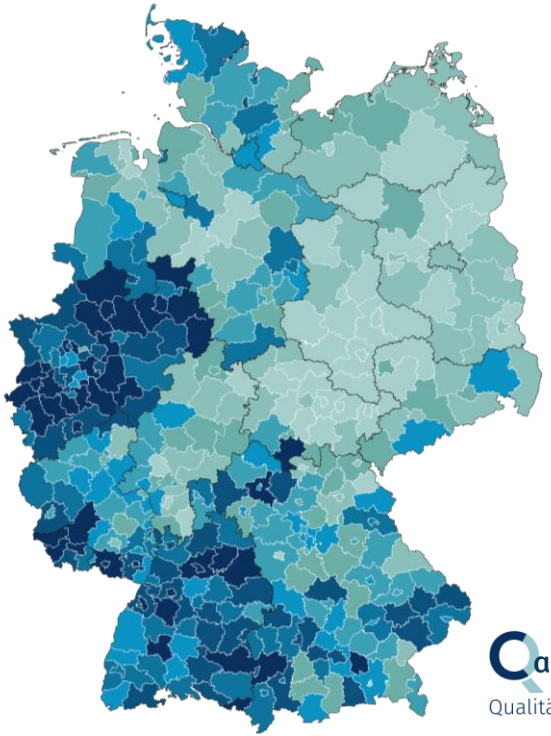
Zu Hause lebende Pflegebedürftige

Anteil der **zu Hause Gepflegten** mit Dauerverordnung an allen zu Hause lebenden Pflegebedürftigen (60+, PG 2 bis PG 5, AOK-versichert) des jeweiligen Kreises



Pflegeheimbewohnende

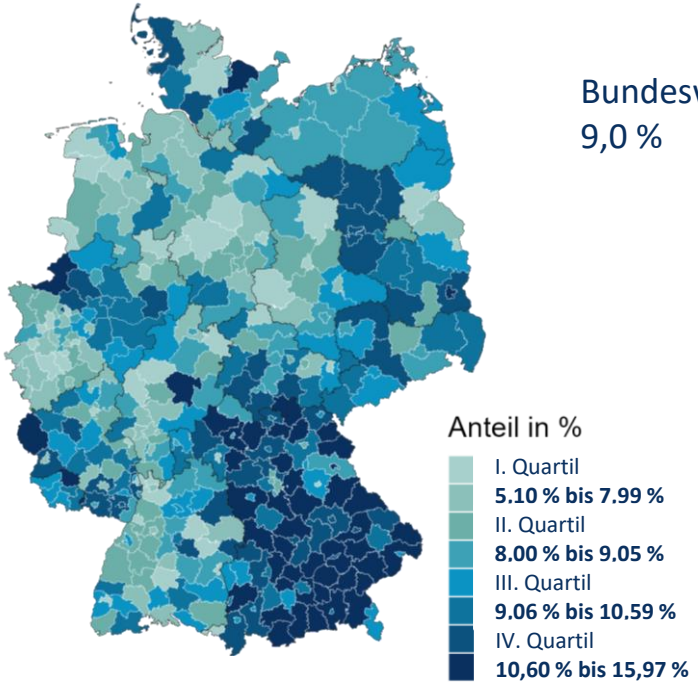
Anteil der **Pflegeheimbewohnenden** (60+), AOK-versichert) mit Dauerverordnung an allen Pflegeheimbewohnenden der Zielpopulation je Kreis



Qare
Qualitätsatlas Pflege

III: Sturzassoziierte Krankenhausaufenthalte bei FRIDs

Anteil der zu Hause Gepflegten mit FRIDs und sturzassoziiertem Krankenhausaufenthalt an allen zu Hause lebenden Pflegebedürftigen mit FRIDs (60+, PG 2 bis PG 5) des jeweiligen Kreises



Bundesweit:
9,0 %



- Sturzrisikoerhöhende Medikation (FRIDs) bei knapp drei Viertel der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen (60+, ab PG 2)
- Bundesweit fast jede zehnte Person potentiell sturzassoziiert im Krankenhaus
- Auffälligstes Viertel der Kreise mit den höchsten Werten zwischen 11 Prozent bis zum Maximalwert von 16 Prozent

Risikoadjustierung ändert Verteilung kaum: beobachtete Raten in Bayern und in einzelnen Landkreisen im Bundesgebiet liegen mindestens 20 Prozent bis maximal 70 Prozent über den aufgrund des Risikoprofils erwarteten Werten

Versorgungsqualität sichtbar machen, das Pflegesystem qualitätsorientiert reformieren

- **Qualitätsorientierte Strukturreform**: Bei knappen Kassen in SPV und GKV ist es umso dringlicher, die verfügbaren Mittel zielgerichtet, bedarfsorientiert und wirkungsvoll einzusetzen.
- **Routinedaten einbeziehen**: Die Abrechnungsdaten der Kranken- und Pflegekassen bieten Informationen zur berufsgruppen- und sektorenübergreifenden Versorgung für alle zu Hause Gepflegten, um die Herausforderungen im Status Quo zu kennen und die Wirkungen neuer Ansätze in der Reformpolitik zu evaluieren.
- **Regional und interprofessionell**: Vor Ort manifestiert sich Alter, Pflegebedürftigkeit und Bedarf. Die Wirkungen einer Bundesreform gilt es regional herunterzubrechen. Dabei dürfen wir nicht in der sektoralen Perspektive verharren.
- **Handlungsbedarf schon heute**: Ergebnisse geben Hinweise auf Optimierungsbedarf in konkreten Regionen

➢ **Regionales Monitoring für eine nachhaltige Qualitäts- und Strukturentwicklung**

WIdO | Wissenschaftliches Institut der AOK

Vielen Dank

susann.behrendt@wido.bv.aok.de

WIdO | Wissenschaftliches Institut der AOK

AOK-Bundesverband Die Gesundheitskasse.

Pressekonferenz „Pflege-Report 2026“ des AOK-Bundesverbandes und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)

Dienstag, 24. November 2026, Berlin

Statement von Prof. Dr. Andreas Büscher

Professor für Pflegewissenschaft an der Hochschule Osnabrück und Mitherausgeber des Pflege-Reports 2026

Es gilt das gesprochene Wort.

Sehr geehrte Damen und Herren,

eine Kernbotschaft des WIdO-Pflege-Reports 2026 ist die Forderung nach einer genaueren Betrachtung der häuslichen Pflege in ihrer Unterschiedlichkeit. Die Pflegestatistik weist beständig seit mehr als zwanzig Jahren aus, dass der größte Teil der Personen, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, zu Hause, und dort in der Mehrzahl ohne professionelle Unterstützung, versorgt wird. Dass es sich dabei um sehr unterschiedliche Pflegekonstellationen handelt, spielt in der rein statistischen Betrachtung – und in der Folge auch in pflegepolitischen und fachlichen Auseinandersetzungen – keine oder bestenfalls eine untergeordnete Rolle.

Heterogenität in der häuslichen Versorgung zeigt sich vielfältig, zum Beispiel im Hinblick

- auf die Herausforderungen, die unterschiedliche, gesundheitlich bedingte Problemlagen, wie zum Beispiel eine Demenz, mit sich bringen, und die bei anderen zugrunde liegenden Krankheitsbildern anders aussehen können,
- verschiedene Personen und Akteure, die in unterschiedlichen Konstellationen in der häuslichen Versorgung zusammenwirken, wie zum Beispiel pflegende An- und Zugehörige, die allein, im Familien- oder nachbarschaftlichen Verbund mit professionell Pflegenden aus ambulanten Pflegediensten, spezialisierten Pflegenden wie Community Health Nurses oder Betreuungs- oder Hauswirtschaftskräften Pflegearrangements gestalten, und
- unterschiedliche finanzielle und soziale Ressourcen, die für die häusliche Pflege zur Verfügung stehen.

Unterschiedliche finanzielle Ressourcen können sich auf die häusliche Pflege auswirken. Auf der Seite derjenigen, die Leistungen aus dem Pflegesystem erhalten, können sie dazu führen, dass diese Leistungen in unterschiedlichem Ausmaß oder in unterschiedlicher Intensität - oder vielleicht gar nicht – wahrgenommen werden. Auf der Strukturebene, also der Ebene der Instanzen und Organisationen der pflegerischen Versorgung, ist zu fragen, ob soziale Ungleichheiten auch zu einer ungleichen Leistungsvergabe führen können – angefangen bei der Berechtigung zur Inanspruchnahme bis hin zu Ausmaß und Intensität einzelner Leistungen und Unterstützungsformen.

Eine besondere Herausforderung in der Auseinandersetzung mit der häuslichen Pflege ist die Frage ihrer Qualität, insbesondere im Hinblick auf die genannten unterschiedlichen Konstellationen. Angesichts der vielfältigen Einflüsse auf das Versorgungsgeschehen bedarf es einer Verständigung, anhand welcher Aspekte die Qualität der häuslichen Pflege beurteilt werden kann.

Zum 01.07.2026 wurde in Deutschland ein neues Verfahren zur Qualitätsprüfung und -darstellung der ambulanten Pflege eingeführt, das seitdem zur Prüfung der mehr als 15.000 ambulanten Pflegedienste durch die Medizinischen Dienste und Careproof in Deutschland genutzt wird. Das Verfahren löst eine vormals vor allem dokumentationsorientierte Prüfung ab und stellt die Situation des pflegebedürftigen Menschen wieder stärker in den Mittelpunkt. Zudem fördert es den Austausch über fachlich angemessene Vorgehensweisen zwischen den Pflegepersonen in ambulanten Pflegediensten und den Prüferinnen und Prüfern.

Die personenbezogene Prüfung kann sich auf bis zu vier Qualitätsbereiche (QB) beziehen:

- QB 1: Aufnahmemanagement und die Erkennung sowie den Umgang mit offenkundigen Problemen und Anzeichen einer Destabilisierung des Pflegearrangements,
- QB 2: vereinbarte Sachleistungen, die ein ambulanter Pflegedienst im Rahmen der Pflegeversicherung erbringt und die sich auf Unterstützung in wesentlichen Aktivitäten und Lebensbereichen, wie der Mobilität, Selbstversorgung oder bei beeinträchtigten kognitiven Fähigkeiten, beziehen,
- QB 3: ärztlich verordnete Leistungen der häuslichen Krankenpflege, zu denen zum Beispiel die Wundversorgung oder die Medikamentengabe gehören und
- QB 4: Zusammenarbeit mit Angehörigen sowie Erkennen und Umgang mit Anzeichen von Gewalt oder Vernachlässigung – zu beiden Aspekten findet keine Bewertung, sondern vor allem eine Beratung statt.

Hinzu kommt Qualitätsbereich fünf, in dem es um einrichtungsbezogene Aspekte wie das Qualitätsmanagement, Hygiene sowie die Aufgaben der Pflegedienstleitung geht.

Ob die mit diesem Verfahren verbundenen Hoffnungen in Bezug auf eine bessere Verzahnung externer Qualitätsanforderungen und interner Qualitätsentwicklung sowie weiterer geeigneter Qualitätsimpulse realisiert werden können, lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht beantworten.

Zwei wesentliche Aspekte sind nicht Gegenstand des neuen Verfahrens: zum einen die sektorenübergreifende Betrachtung, die nicht nur das Geschehen im Rahmen der Pflegeversicherung in den Blick nimmt, sondern auch Aspekte, die in den Bereich der Krankenversicherung gehören. Zwar wird die ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege geprüft, es findet aber keine Auseinandersetzung mit anderen wichtigen Fragen der gesundheitlichen Versorgung, wie zum Beispiel Verschreibung und Nutzung von Medikamenten, statt. Zum anderen werden Pflegearrangements ohne professionelle Pflege im neuen Prüfverfahren nicht betrachtet. Insbesondere für diese beiden Aspekte zeigt die Nutzung von Routinedaten sehr viel differenziertere Möglichkeiten zur Qualitätsbetrachtung auf.

Die Ergebnisse verweisen unmissverständlich auf die Notwendigkeit, bei der Qualität der häuslichen Pflege die versäulte Perspektive der nach Sozialgesetzbüchern getrennten Sektoren zu verlassen und die pflegerische Versorgung nicht allein in den engen Grenzen der Pflegeversicherung zu betrachten. Insbesondere die Befunde zur Verschreibung und Nutzung von Medikamenten beziehen den hausärztlichen Bereich und auch Apotheken mit ein. Die nur an den Sektoren orientierte Sichtweise gilt es zu überwinden, um dringend erforderliche Handlungsperspektiven für unterschiedliche Akteure entwickeln zu können. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang die Pflegeberatung, professionelle Akteure aus Pflege und Medizin, Kommunen sowie die Kranken- und Pflegekassen. Alle Akteure sind gefordert, angesichts der kaum zu erklärenden Unterschiede in der Versorgung, ihre Handlungsperspektiven zur Beeinflussung der Versorgungsergebnisse zu reflektieren und zu nutzen.

Die beschriebene Heterogenität begründet den Bedarf an kommunalen (ggf. kleinräumigeren) Ansätzen und zur Planung und Beobachtung des Pflegegeschehens, für das Routinedaten eine gute Basis bilden. Zusammen mit Informationen aus der Pflegeberichterstattung sind sie eine unverzichtbare Datengrundlage für ein gutes Zusammenwirken von Pflegebegleitung, Beratung sowie das Case und Care Management.

Unabhängig vom vorhandenen Potenzial von Routinedaten gibt es wesentliche Aspekte der häuslichen Pflege, die sich nicht über Routinedaten erfassen und messen lassen, die aber dennoch ins Zentrum der pflegepolitischen und fachlichen Aufmerksamkeit gerückt werden sollten. Dazu gehören insbesondere Risikofaktoren für die Stabilität und das Fortbestehen häuslicher Pflegearrangements wie die soziale Isolation, innerfamiliäre Spannungen, paternalistische Entscheidungen zur Versorgung und das Ausmaß der Be- und Überlastung informeller Pflegepersonen.

Kontakt und Information: Kai Behrens | AOK-Bundesverband | 030 346 46 2309 | presse@bv.aok.de

HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

STATEMENT AUS PFLEGEWISSENSCHAFTLICHER SICHT

PROF. DR. ANDREAS BÜSCHER, HOCHSCHULE OSNABRÜCK

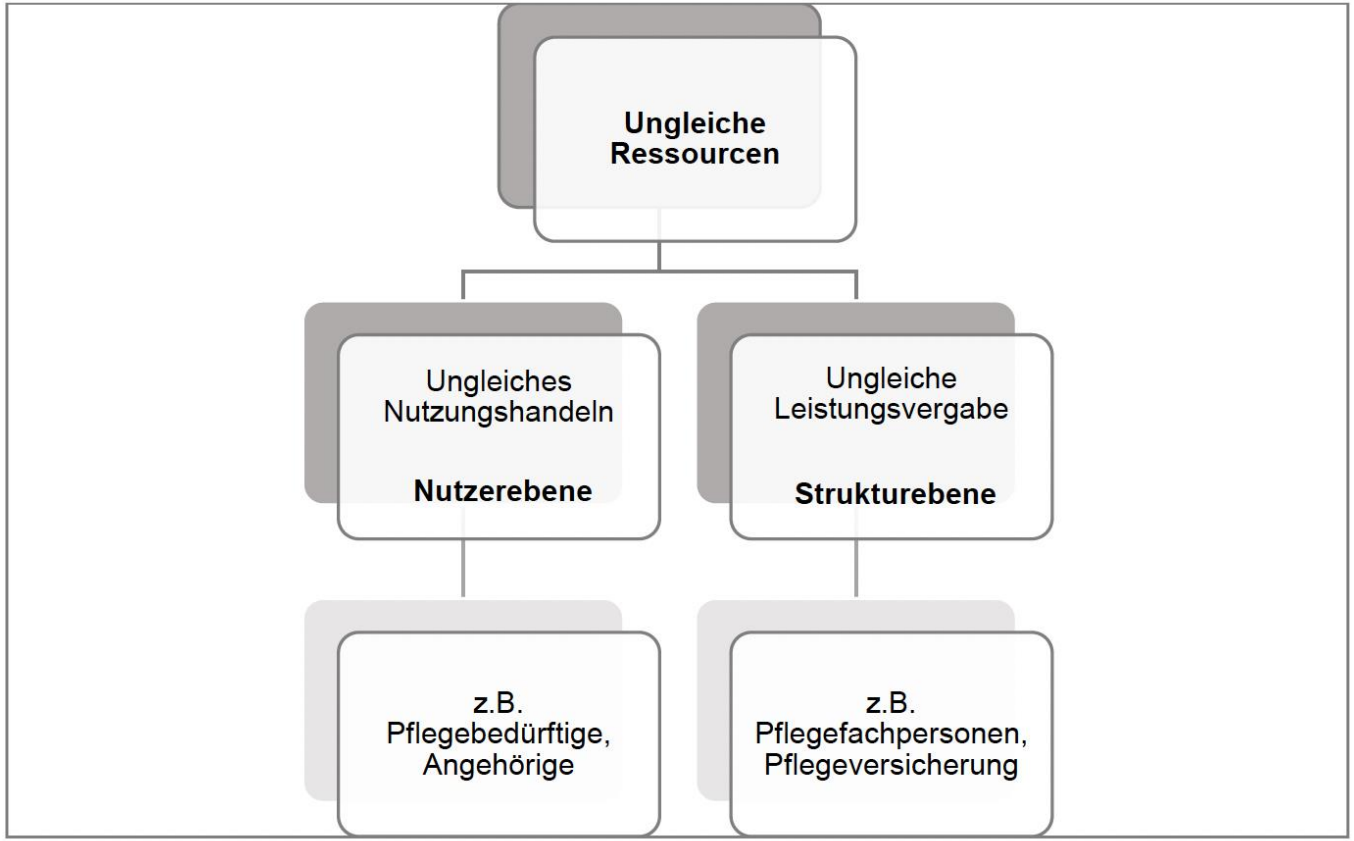
PRESSEKONFERENZ ZUR VERÖFFENTLICHUNG DES WIDO-PFLEGE-REPORTS 2026

BERLIN, 24.11.2026

HÄUSLICHE PFLEGE IST HETEROGEN

- Heterogenität der häuslichen Pflege im Hinblick auf
  - zu bewältigende gesundheitlich bedingte Problemlagen
  - Konstellationen von Personen und Diensten, die in die häusliche Versorgung einbezogen sind
  - finanzielle und soziale Ressourcen

MÖGLICHE EINFLÜSSE DURCH SOZIALE UNGLEICHHEIT



Englert 2026,
in Anlehnung an
Bauer/Büscher 2008)

QUALITÄT DER HÄUSLICHEN PFLEGE

- Beurteilung von Qualität als wichtige Herausforderung
- Verändertes Konzept zur Prüfung der Qualität der ambulanten Pflege zum Sommer 2026
  - von der Dokumentation zum pflegebedürftigen Menschen und seinem Umfeld
  - von der dokumentationsorientierten Prüfung zum Austausch über fachliche Vorgehensweisen
  - Bessere Verzahnung von externer Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung in den ambulanten Pflegediensten
  - ausgerichtet auf bedeutsame Bereiche und Aspekte der pflegerischen Versorgung

PRÜFUNG QUALITÄT DER AMBULANTEN PFLEGE

Personenbezogene Prüfung in vier Qualitätsbereichen

Qualitätsbereich 1:
Aufnahme sowie
Erkennung und Umgang mit offenkundigen Problemen und Destabilisierung

Qualitätsbereich 2:
Vereinbarte Leistungen zur Unterstützung, u.a im Bereich der Mobilität, bei beeinträchtigter Kommunikation, Körperpflege, Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, Anleitung und Beratung der versorgten Person oder der An- und Zugehörigen

Qualitätsbereich 3:
Ärztlich verordnete Leistungen der häuslichen Krankenpflege, z.B. Wundversorgung, Medikamentengabe u.a.

Qualitätsbereich 4:
Keine Bewertung, aber Beratung zur Zusammenarbeit mit An- und Zugehörigen sowie Erkennen und Umgang mit Anzeichen von Gewalt oder Vernachlässigung

Qualitätsbereich 5:
Einrichtungsbezogene Aspekte

QUALITÄT IN DER HÄUSLICHEN PFLEGE

- Offen bleiben eine sektorübergreifende Perspektive und die häusliche Pflege durch An- und Zugehörige
- Routinedaten zeigen differenziertere Möglichkeiten zur Qualitätsbetrachtung
- Medikation, Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung, Stürze und Vermeidbarkeit von Krankenhausaufenthalten als wichtige Themen der häuslichen Versorgung
- Häusliche Versorgung nicht nur ein Thema der Pflegeversicherung, sondern auch der Krankenversicherung

PERSPEKTIVEN

- Überwindung der versäulten Systeme und Entwicklung interprofessioneller Handlungsperspektiven, z.B. für
  - Pflegeberatung, ambulante Pflegedienste, Kommunen, Hausärztinnen und Hausärzte, Kranken- und Pflegekassen
- Kommunale (ggf. kleinräumigere) Strukturplanung und Monitoring
- Zusammenwirken von Begleitung, Beratung und Case Management auf verlässlicher Datengrundlage

WESENTLICHE BOTSCHAFT

- Häusliche Versorgung ist heterogen und um sie zu stützen bedarf es einer differenzierten Sichtweise, zu der Routinedaten einen wesentlichen Beitrag leisten können
- Nicht alle Fragen der häuslichen Pflege können über Routinedaten beantwortet werden
- Vom Wissen zum Handeln – Gestaltungsperspektiven für die unterschiedlichen Akteure aufzeigen und
- bei Gesetzesvorhaben zur Pflege oder zur Primärversorgung berücksichtigen