



Spitzenverband



Forschungsstelle Pflegeversicherung Bericht 2014-2015



Impressum

Herausgeber:
GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin

Verantwortlich:
Dr. Eckart Schnabel, Leiter der Forschungsstelle Pflegeversicherung

Gestaltung:
BBGK Berliner Botschaft
Gesellschaft für Kommunikation mbH

Fotonachweis:
Titelseite links: [lightpoet - Fotolia.com](http://lightpoet-fotolia.com)
Titelseite rechts: [Tom Maelsa/tompictures.com](http://Tom-Maelsa-tompictures.com)

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, vorbehalten.

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 217a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Er ist zugleich der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI. Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Name, Logo und Reflexstreifen sind geschützte Markenzeichen des GKV-Spitzenverbandes.

Inhalt

Vorwort	5
I. Die Forschungsstelle Pflegeversicherung beim GKV-Spitzenverband	6
II. Laufende Modellprogramme zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung	8
A) Modellprogramm nach § 8 Abs. 3 SGB XI	8
Von Gastfamilien zu Internet-Schulungen – pflegerische Versorgung in ländlichen Räumen.	8
Herausforderung Qualität	10
Rehabilitative Potenziale erkennen	11
Barrieren überwinden: Interkulturelle Pflege	13
Technik für mehr Lebensqualität in der Pflege	14
Im Fokus: Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation ..	15
B) Neue Wohnformen für pflegebedürftige Menschen – das Modellprogramm nach § 45f SGB XI ...	17
C) Evaluation von Betreuungsdiensten in der Pflege – das Modellprogramm nach § 125 SGB XI ...	22
III. Ausblick	26
IV. Anhang	26
A) Überblick über alle 2014/2015 geförderten Modellprojekte gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI	26
B) Überblick über alle im Rahmen von § 45f SGB XI geförderten Modell- und Forschungsprojekte ..	29
C) Betreuungsdienste gemäß § 125 SGB XI in den Bundesländern	31
D) Schriftenreihe	32

Vorwort

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

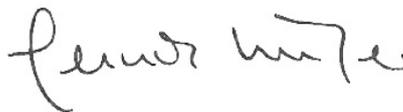
in einer Gesellschaft des langen Lebens bildet die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung eine der großen sozialpolitischen Herausforderungen. Die vielen aktuellen Reformvorhaben – von der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs über die Neuorganisation der Qualitätssicherung bis zur Novellierung der Ausbildung in den Pflegeberufen – zeugen von der hohen Relevanz der damit verbundenen vielfältigen Themen. Unabdingbar in diesem Zusammenhang ist die fachliche und wissenschaftliche Fundierung von pflegepolitischen Entscheidungen durch Forschung, modellhafte Erprobung und Evaluation.

Vor diesem Hintergrund wurde die Forschungsstelle Pflegeversicherung beim GKV-Spitzenverband eingerichtet, die mittlerweile drei Modellprogramme mit insgesamt knapp 70 Vorhaben betreut. Unter den vielfältigen Förderinitiativen in diesem Bericht, der den Zeitraum 2014/2015 abbildet, finden sich Projekte zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, zur Unterstützung pflegender Angehöriger, zur Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege und zu technischen Innovationen in der Pflege. Für die Weiterent-

wicklung von Wohnformen für pflegebedürftige Menschen und die Erprobung von Betreuungsdiensten wurden durch den Gesetzgeber spezielle Modellprogramme aufgelegt, in denen neue Angebote und Versorgungsformen erprobt und wissenschaftlich begleitet werden.

Neben der wissenschaftlichen Fundierung von Erkenntnissen stehen Praxis- und Anwendungsbezug der Projekte im Vordergrund. Damit wird sichergestellt, dass deren Ergebnisse sowohl in die Wissenschaft und in die Praxis Eingang finden als auch im Rahmen von Empfehlungen in die politische Diskussion um die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung eingebracht werden.

In diesem Sinne wünsche ich eine anregende Lektüre.



Gernot Kiefer



Gernot Kiefer
Mitglied des Vorstands

I. Die Forschungsstelle Pflegeversicherung beim GKV-Spitzenverband

Eine der zentralen sozialpolitischen Herausforderungen unserer Gesellschaft ist es, die Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger Menschen sicherzustellen und in ihrer Qualität zu verbessern. Hierzu müssen bestehende Pflege- und Versorgungskonzepte kontinuierlich weiterentwickelt, neue entwickelt und erprobt werden. Die wissenschaftliche Begleitung von Modellvorhaben spielt dabei eine herausragende Rolle: Neue Ideen, Modelle und Verfahren müssen auf ihre Wirksamkeit überprüft werden, bevor sie in die Regelversorgung übernommen werden.

Mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz von 2002 wurde ein Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Absatz 3 Sozialgesetzbuch (SGB) XI geschaffen. Dieses Programm wurde zunächst von der Koordinierungsstelle der Spitzenverbände der Pflegekassen umgesetzt und ging 2008 an den neu gegründeten GKV-Spitzenverband über. Hier wurde für diese Aufgabe Ende des Jahres 2010 eine Forschungsstelle eingerichtet, um die wissenschaftliche Fundierung und Begleitung von Modellvorhaben voranzutreiben.

Mittlerweile betreut die Forschungsstelle Pflegeversicherung drei Modellprogramme. Sie verantwortet das Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI, sie führt darüber hinaus das Modellvorhaben gemäß § 45f SGB XI zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen und das Modellvorhaben gemäß § 125 SGB XI zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste durch.

Neben den drei genannten Modellprogrammen führt die Forschungsstelle gesetzliche Aufträge aus, indem sie die wissenschaftliche Evaluation neuer oder reformierter Gesetze der Pflegeversicherung in die Wege leitet und betreut. Weiter erstellt die Forschungsstelle wissenschaftliche Gutachten und Bewertungen aktueller Entwicklungen im Bereich der Pflege, Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger Menschen. Sie kommuniziert ihre Erkenntnisse und die Ergebnisse ihrer Modellprojekte im GKV-Spitzenverband und in der Öffentlichkeit, gibt eine Schriftenreihe heraus und veranstaltet Fachtagungen.

Die Zugänge zu den Projekten sind dabei unterschiedlich. Sie resultieren aus kontinuierlichen Anfragen aus Praxis und Wissenschaft, ergeben sich direkt aus gesetzlichen Aufträgen oder stehen im Kontext von bzw. dienen der Vorbereitung gesetzlicher Reformvorhaben. Darüber hinaus werden zur Identifizierung von neuen Themen regelmäßig Innovationsfelder eruiert, indem die für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung relevante Forschung und Projektlandschaft in Deutschland und deren Erträge kontinuierlich analysiert werden. Die systematische Aufarbeitung des Forschungsstandes und die aufmerksame Beobachtung der von unterschiedlichen Akteuren geleisteten Forschungsförderung ermöglichen es der Forschungsstelle Pflegeversicherung, mit ihren Modellprogrammen in diagnostizierte Leerstellen vorzustoßen und so gezielt fachlich und wissenschaftlich fundiert zur Verbesserung der Situation pflegebedürftiger Menschen beizutragen.

Durch systematische Aufarbeitung des Forschungsstandes und aufmerksame Beobachtung der Forschungsförderung stößt die Forschungsstelle Pflegeversicherung mit ihren Modellprogrammen in diagnostizierte Leerstellen vor und trägt so zur Verbesserung der Situation pflegebedürftiger Menschen bei.

Dies wird erreicht durch

- ▶ a) die Förderung von Innovationen und Modellen in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen

Es werden Projekte gefördert, die, ausgehend etwa von manifesten Versorgungsproblemen in der Praxis, innovative Versorgungsmodelle oder Interventionen erproben und evaluieren. Diese Projekte können aus innovativen Ideen und Ansätzen in der Praxis entstehen oder auch aus wissenschaftlichen Fragestellungen und Impulsen hervorgehen.

- ▶ b) die Förderung pflegerischer Versorgungsforschung

Die pflegerische Versorgungsforschung analysiert Pflege und Versorgung unter den gegebenen Rahmenbedingungen und untersucht ihre Wirkung unter anderem auf die Pflege- und Lebensqualität von pflegebedürftigen Menschen. Ausgehend von der Erkenntnis, dass die Bewertung von Outcomes, etwa im Bereich der Lebensqualität, nicht ohne die entsprechende Berücksichtigung der Nutzerperspektive möglich ist, nimmt die Patienten-/Nutzerorientierung dabei einen zunehmenden Stellenwert ein. Auch die sozioökonomische Betrachtung, etwa im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsberechnung neuer Modelle, ist Gegenstand der Versorgungsforschung.

- ▶ c) einen Beitrag zur Systemforschung

Vor dem Hintergrund sich ändernder Rahmenbedingungen, sowohl in der Gesellschaft als auch in der Gesundheits- und Pflegeversorgung, sind immer wieder Fragen zu klären, die sich auf die Ausgestaltung des Pflegesystems beziehen. Diese Fragen können die Flexibilisierung von Pflegeleistungen betreffen oder auch die mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verbundenen Änderungen thematisieren. Sie können auch das Verhältnis des SGB XI zu anderen Leistungsgesetzen mit Blick auf die zukünftige Ausgestaltung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen fokussieren.

Praxis- und Anwendungsbezug stehen dabei im Vordergrund. Es soll ein zentraler Beitrag dazu geleistet werden, dass auf der Basis von Projekten hoher methodischer Qualität gewonnene Erkenntnisse sowohl in die Wissenschaft und in die Praxis Eingang finden als auch im Rahmen von Empfehlungen in die politische Diskussion um die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung eingebracht werden.

Es soll ein zentraler Beitrag dazu geleistet werden, dass gewonnene Erkenntnisse sowohl in die Wissenschaft und in die Praxis Eingang finden als auch in die politische Diskussion um die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung eingebracht werden.

Der vorliegende Bericht fasst die Aktivitäten der Forschungsstelle Pflegeversicherung für die Jahre 2014 und 2015 zusammen und gibt auch einen Ausblick auf zukünftige Schwerpunktsetzungen.

II. Laufende Modellprogramme zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

A) Modellprogramm nach § 8 Abs. 3 SGB XI

Von Gastfamilien zu Internet-Schulungen - pflegerische Versorgung in ländlichen Räumen

Der demografische Wandel trifft ländliche Räume deutlich, insbesondere in den strukturschwachen ländlichen Regionen Ostdeutschlands wirken sich Bevölkerungsrückgang und Alterung massiv aus. Der dort verzeichnete starke Wanderungsverlust bei der jungen und erwerbstätigen Bevölkerung führt dazu, dass alte und pflegebedürftige Menschen in den Dörfern und Kleinstädten zurückbleiben. Da in diesen Regionen auch die pflegerische Infrastruktur geringer als etwa in Ballungsräumen entwickelt ist, wirft die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen bisweilen Probleme auf. Dies gilt insbesondere für personenbezogene

Pflegebedürftige ältere Menschen sollten von nicht-verwandten Familien gegen Entgelt aufgenommen, versorgt und in das Familienleben integriert werden.

Dienstleistungen, die mit ihrer zugehenden Unterstützung den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit ermöglichen. Stehen

diese nicht in ausreichender Zahl zur Verfügung und bringt man in der Folge pflegebedürftige alte Menschen an anderen als ihren Wohnorten in stationären Pflegeeinrichtungen unter, so entspricht dies häufig nicht dem Wunsch, in der vertrauten Umgebung zu verbleiben. Man fördert darüber hinaus in der Folge gegebenenfalls ihre soziale Isolation, denn in den mobilitätsschwachen ländlichen Regionen sind Besuche der tendenziell gleichaltrigen Nachbarn, Freundeskreise und Bekannten aus dem ehemaligen Wohnort schwerer möglich.

An diesen strukturellen Problemen setzte das Modellprojekt **LeFa. Leben mit Familienanschluss. Implementierung eines Unterstützungsarrangements für ältere Menschen mit Pflegebedarf in ländlichen Sozialräumen in Ostdeutschland** an. Es griff den Ansatz „Leben in Gastfamilien“ auf, der für Menschen mit Behinderung, für psychisch Erkrankte sowie für Suchtkranke von unterschiedlichen Trägern in vielen Regionen Deutschlands bereits mit Erfolg praktiziert wird. Ziel des Mo-

dellprojektes war der qualitätsgesicherte Verbleib von alten pflegebedürftigen Menschen in ihrem vertrauten Milieu in strukturschwachen ländlichen Gebieten, wenn keine Versorgung durch die eigene Familie möglich war. Dieser Verbleib sollte durch einen Versorgungsmix erreicht werden, in dem professionelle mit Laienkräften zusammenarbeiten, bezahlte Kräfte und zivilgesellschaftliches Engagement kooperieren. Pflegebedürftige ältere Menschen sollten von nicht-verwandten Familien gegen Entgelt aufgenommen, versorgt und in das Familienleben integriert werden. Die Pflegefamilien wurden für diese Aufgabe geschult, ihnen sollte in einem Pflegemix ein ambulanter Pflegedienst für alle pflegerischen Aufgaben zur Seite stehen und sie sollten zudem von ehrenamtlich tätigen Pflegebegleit-Tandems unterstützt werden. Die zuständige Pflegeberatung sollte gemäß § 7a SGB XI den individuellen Versorgungsplan der pflegebedürftigen Person und somit auch die Unterbringung in der Gastfamilie überwachen. Die Qualitätssicherung der Pflege innerhalb dieses Versorgungsmixes war ein zentrales Anliegen des Projektes.

Die Ende 2015 vorgelegte wissenschaftliche Evaluation zeigt, dass in der Projektkonzipierung potenzielle, die Realisierung erschwerende Barrieren und Hemmnisse unterschätzt worden waren. Es wurden zwar 28 Gastfamilien qualifiziert und 23 potenzielle Mitbewohnerinnen und Mitbewohner gefunden, aber die erfolgreiche Zusammenführung beider beruht stark auf individuellen Vorstellungen, Präferenzen, Erwartungen und nicht zuletzt auf wechselseitiger Sympathie und lässt sich daher kaum steuern. Nur fünf pflegebedürftige Mitbewohnerinnen und Mitbewohner fanden „ihre“ Gastfamilie und äußerten in Übereinstimmung mit der Gastfamilie Zufriedenheit mit dem neuen Versorgungsarrangement. Alle fünf Arrangements verzichteten jedoch auf Unterstützung seitens eines Pflegedienstes und der Pflegebegleitung. Insgesamt standen der wissenschaftlichen Begleitung daher nicht ausreichend Daten zur Verfügung, um gesicherte Aussagen zur Wirksamkeit, Qualität, Rechtssicherheit und

zu den Kosten der erprobten Versorgungsform „Gastfamilie“ zu tätigen. Die innovative Idee, eine Gastfamilie anstelle der eigenen Familie die häusliche Versorgung Pflegebedürftiger übernehmen zu lassen, ist auf große öffentliche Resonanz gestoßen; ihre Wirksamkeit und Qualität kann möglicherweise mit einem anderen Konzept und andernorts nachgewiesen werden.

Da in den strukturschwachen ländlichen Regionen Deutschlands auch die pflegerische Infrastruktur geringer entwickelt ist, finden pflegende Angehörige gegebenenfalls schwerer Zugang zu Information, Beratung, Anweisung und emotionaler Unterstützung. Lange Wege bei schwach ausgebautem öffentlichen Personennahverkehr, kurze Öffnungszeiten von Informations- und Beratungsstellen sowie fehlende Entlastung in der häuslichen Pflege stellen hier für viele pflegende Angehörige Herausforderungen dar. Um ihre pflegebedürftigen Angehörigen kontinuierlich betreuen zu können, ohne ihre eigene psychische und physische Gesundheit zu gefährden, erscheinen gerade in solchen Regionen zugehende Angebote der Information, Beratung, Schulung und Unterstützung für pflegende Angehörige hilfreich. Hier setzte das Modellprojekt **DemAS. Entwicklung und empirische Überprüfung einer internetbasierten Schulung für Angehörige Demenzerkrankter** an. Es erprobte mit der Zielgruppe der pflegenden Angehörigen von Demenzerkrankten ein internetbasiertes Schulungsprogramm, das in der Form eines Gruppenangebots im Video-Chat die Pflegekompetenz der Angehörigen erweitern und ihre psychische Gesundheit verbessern sollte. Erste Ergebnisse dieses Projektes liegen vor. Die angestrebte Zahl von Projektteilnehmerinnen und -teilnehmern war nicht zu erreichen, weil die Internet-Affinität älterer pflegender Angehöriger noch nicht sehr ausgeprägt ist und die technischen Voraussetzungen für eine Internet-Nutzung gerade in strukturschwachen Regionen nicht immer gegeben sind. Der hohen Akzeptanz des Angebotes bei den Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmern entspricht ihr überdurchschnittlich hohes Bildungsniveau (61 Prozent mit

Fach-/Hochschulreife). Knapp die Hälfte der Teilnehmenden lebte im ländlichen Raum. Die Wirksamkeit des Angebotes mit Blick auf subjektives Belastungsempfinden und auf pflegebezogene Zufriedenheit und Selbstwirksamkeit der pflegenden Angehörigen wird in einer randomisiert-kontrollierten Studie mit drei Messzeitpunkten überprüft. Die Auswertung der bisher vorliegenden Daten enthält Hinweise auf eine gute Annahme des neuen Angebots, die Einschätzung der Wirksamkeit kann erst auf der Grundlage einer abschließenden Prüfung der Daten erfolgen.

Auch das Modellprojekt **REDEZEIT. Telefonische Unterstützungsgruppen für Angehörige von Menschen mit Demenz** offeriert ein Gruppenangebot für pflegende Angehörige von Demenzerkrankten, denen z. B. in ländlichen Regionen die Teilnahme an Angehörigengruppen nicht möglich ist. Im Projekt REDEZEIT werden Angehörigengruppen niedrigschwellig per Telefonkonferenzschaltung durchgeführt und auf ihre Wirksamkeit hin evaluiert. Das Konzept orientiert sich an der in den USA entwickelten und erprobten Intervention REACH II (Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health II). Im Modellversuch werden über einen Zeitraum von drei Monaten hinweg insgesamt sechs telefonische Angehörigengruppen-Sitzungen durchgeführt. Die Sitzungen finden alle zwei Wochen statt und haben eine Länge von 60 Minuten. Nach einem etwa zehnminütigen Impuls zu bestimmten demenzrelevanten Themen, wie z. B. Kommunikation mit Menschen mit Demenz, Stressbewältigung oder Lösen von alltäglichen Problemen, findet ein moderierter Erfahrungsaustausch zwischen den pflegenden Angehörigen statt. Die Wirksamkeit der Intervention wird in einer randomisiert-kontrollierten Studie im gruppenrandomisierten Wartegruppen-Design mit einer Nachbefragung nach drei Monaten überprüft. Es wird erwartet, dass insbesondere das

Um pflegebedürftige Angehörige kontinuierlich betreuen zu können, ohne die eigene psychische und physische Gesundheit zu gefährden, erscheinen gerade in ländlichen Regionen zugehende Angebote der Information, Beratung, Schulung und Unterstützung für pflegende Angehörige hilfreich.

subjektive Wohlbefinden und die Lebensqualität der pflegenden Angehörigen infolge der Gruppen- teilnahme signifikant steigen.

Das Projekt ist im November 2015 gestartet. Ergebnisse werden im Jahr 2017 erwartet.

Herausforderung Qualität

Ein zentrales Anliegen und zugleich Herausforderung in der Pflegeversicherung ist es, die Qualität in der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger Menschen zu sichern und weiterzuentwickeln. Bereits bei Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 waren gesetzliche Regelungen zur Qualität vorgesehen, die einen Rahmen für deren Beurteilung in der ambulanten und stationären Pflege bereitgestellt haben. Um Qualität sichern und entwickeln zu können, muss sie nachprüfbar und messbar sein. Die damit verbundenen Anforderungen sind hoch, denn es braucht dazu eine wissenschaftlich gestützte Entwicklung verlässlicher und praxistauglicher Indikatoren für die ambulante und die stationäre Pflege.

Standen über einen langen Zeitraum Fragen der Struktur- und Prozessqualität im Vordergrund, so richtet sich der Hauptfokus nunmehr auf die Ergebnisqualität und auf die Beschreibung und Bewertung von klar zu definierenden Outcomes. Die Entwicklung von Indikatoren bildet hier einen wichtigen Ansatzpunkt. Es bedarf jedoch darüber hinaus eines empirisch fundierten Zusammenhangs von Merkmalen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die Frage, wie man zu einem Ergebnis in der Pflege kommt, ist dabei nicht

unabhängig etwa vom eingesetzten Personal oder der Qualität entsprechender Interventionen, z. B. bei Demenz, zu beurteilen. Insofern bedürfen viele Interventionen

in der pflegerischen Betreuung und Versorgung einer verstärkten Evidenzbasierung, also der Fundierung pflegerischer Entscheidungen durch

das beste verfügbare Wissen. Eine diesbezügliche Einschätzung sollte idealerweise den Nachweis erbringen, dass eine Verbesserung nicht nur der Pflege-, sondern auch der Lebensqualität erreicht wird.

In einer Vielzahl von Projekten im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung steht das Thema Qualität in der Pflege und insbesondere die Entwicklung von Instrumenten zur Qualitätssicherung und Qualitätsmessung im Fokus. Hierzu zählt u. a. das Vorhaben **Modellhafte Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“**. Maßgebliches Ziel ist die Erprobung der Praxistauglichkeit des Expertenstandards. Zudem sollen der Zeit- und Ressourcenaufwand der Implementierung sowie die Einführungs- und dauerhaften Umsetzungskosten des Standards erhoben werden. Die Ergebnisse der modellhaften Implementierung werden voraussichtlich Mitte 2016 vorliegen.

Speziell mit Indikatoren zur Messung der Ergebnisqualität befasst sich das Modellvorhaben **Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege**. Im Rahmen des Projektes werden 15 gesundheitsbezogene Indikatoren zur Messung der Ergebnisqualität in der stationären Pflege modellhaft umgesetzt. Ziel ist es, die Indikatoren und das Erhebungsverfahren hinsichtlich ihrer Praktikabilität und Durchführbarkeit in Bezug auf die regelhafte Einführung und die gesetzlichen Anforderungen hin zu untersuchen und zu bewerten. Konkret sollen u. a. die Voraussetzungen in den Pflegeeinrichtungen zur Übernahme des neuen Systems, Informationen zur Ausgestaltung der Datenvalidierung und Plausibilitätskontrolle sowie Verfahren zur Erhebung der Indikatoren untersucht werden. Auf Grundlage der Projektergebnisse, die im Sommer 2016 erwartet werden, sollen die Details zu Anforderungen an das indikatorengestützte Verfahren vereinbart werden.

Bei vielen Projekten im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung steht das Thema Qualität in der Pflege und insbesondere die Entwicklung von Instrumenten zur Qualitätssicherung und Qualitätsmessung im Fokus.

International bereits vorhanden, fehlt es hierzulande noch an einer hinreichenden empirischen Grundlage, um Einflussfaktoren auf die Ergebnisqualität zu bewerten. Zur Untersuchung entsprechender Einflussfaktoren, speziell des Zusammenhangs zwischen der Bewohnerstruktur eines Pflegeheimes, dem dort beschäftigten Personal und dem Outcome wurde das Projekt **StaVaCare-Pilot. Stabilität und Variation des Care-Mix in Pflegeheimen unter Berücksichtigung von Case-Mix und Outcome** initiiert, das im Sommer 2014 abgeschlossen wurde. Versorgungsstrukturell und gesundheitsökonomisch ist das Ineinandergreifen der beiden „Stellschrauben“ Case-Mix (Zusammensetzung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner) und Care-Mix (Zusammensetzung des Personals) für die zukünftigen Versorgungssituationen in der Langzeitpflege zentral, wenn es um die Frage geht, wie Pflegeheime die steigenden Anforderungen auch in Zukunft verlässlich bewältigen können. Ziel des Projektes war es daher, aussagekräftige Variablen zu Care-Mix, Case-Mix und Ergebnisqualität zu bestimmen und auf Grundlage passend entwickelter Erhebungsbögen anhand von Routinedaten den Einfluss von Case- und Care-Mix auf die Ergebnisqualität in stationären Pflegeeinrichtungen mittels eines geeigneten statistischen Modells zu beschreiben. Das Projekt lieferte erste und im Ansatz belastbare Hinweise auf die Zusammenhänge zwischen den die Ergebnisqualität beeinflussenden Faktoren des Care- und Case-Mixes. Für jede der untersuchten Outcome-Variablen ergab sich ein signifikanter Zusammenhang mit wenigstens einer erklärenden Case- oder Care-Mix-Variable. Vor allem drei Outcome-Variablen, die mit jeweils wenigstens zwei Care-Mix-Variablen signifikante Zusammenhänge zeigten, können besonders hervorgehoben werden: Krankenhausaufenthalt, neue Dekubitusfälle und Stürze. Die noch relativ kleinen, nur wenige Einflussvariablen umfassenden Modelle enthielten sowohl Care- als auch Case-Mix-Variablen und waren in der Lage, deren Einflüsse aufzudecken. Die Datengrundlage war jedoch noch nicht ausreichend, um detaillierte und komplexe Modelle zu bilden; die Ergebnisse

weisen trotzdem darauf hin, dass mit einer größeren Fallzahl sensible und aussagekräftige Modelle gebildet werden können. Um zu gesicherten Erkenntnissen und Aussagen zu Zusammenhängen zwischen Case-Mix, Care-Mix und Ergebnisqualität zu gelangen, bedarf es weiterer Forschung.

Neben den üblichen Qualitätskategorien (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) findet „Lebensqualität“ in einem Qualitätsverständnis ebenfalls als zentrale Kategorie Berücksichtigung. Bisher beschränkt sich dies zumeist auf die Erhebung der Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit. Die Erfassung der Lebensqualität gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in der stationären Altenpflege ist Ziel des bis Ende 2015 laufenden Projektes **Erfassung von Ergebnisqualität der Pflege gerontopsychiatrisch Erkrankter im Rahmen der MDK-Qualitätsprüfung**. Im Zentrum des Interesses steht dabei die Entwicklung eines praxistauglichen Instruments, welches zum einen valide und reliable Daten über das Ausmaß aktueller Zufriedenheit und individuellen Wohlbefindens einzelner gerontopsychiatrisch erkrankter Heimbewohnerinnen und -bewohner zulässt, zum anderen aber auch konkrete Hinweise darauf liefert, welche Maßnahmen zu einer Steigerung derselben beitragen würden.

Rehabilitative Potenziale erkennen

Aufgrund der prognostizierten Morbiditätsentwicklung rücken die Themen Prävention und Rehabilitation zunehmend in den Fokus gesundheits- und pflegewissenschaftlicher Diskussionen. Prävention und Rehabilitation sind unverzichtbare Bestandteile der Gesundheitsversorgung für Menschen höheren Lebensalters. Sie zielen darauf, den Eintritt von Pflegebedürftigkeit, die Verschlechterung des Zustands des Pflegebedürftigen und das Fortschreiten einer Erkrankung oder eines Zustandes zu verhindern. Über den Einfluss von Prävention und Rehabilitation auf

Vor allem drei Outcome-Variablen können besonders hervorgehoben werden: Krankenhausaufenthalt, neue Dekubitusfälle und Stürze.

die Pflegebedürftigkeit, ihren Eintritt und Verlauf liegen allerdings derzeit noch wenige belastbare wissenschaftliche Aussagen vor.

Routinedaten von Krankenkassen können hier zwar erste Informationen über die Inanspruchnahme von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen geben, unterliegen aber erheblichen Limitationen. So können etwa nur bekannte Einflussfaktoren auf die Durchführung und

Die Auswirkungen von z. B. Rehabilitationsmaßnahmen auf Pflegeverläufe, Morbiditäts- und Mortalitätsentwicklung können bisher nicht hinreichend bewertet werden.

den Erfolg berücksichtigt und kontrolliert werden, die routinemäßig erfasst werden. Beispielsweise liegen über die Schwere der Erkrankung keine Informationen vor. Die Auswirkungen von z. B. Rehabilitationsmaßnahmen auf Pflegeverläufe, Morbiditäts- und Mortalitätsentwicklung können daher auf dieser Grundlage nicht hinreichend bewertet werden. Auch Studien auf höhergradigem Evidenzlevel zu Wirksamkeit und Nutzen von Leistungen mit rehabilitativer Zielsetzung speziell für die Gruppe der Antragstellenden der Pflegeversicherung gibt es kaum. Insbesondere im deutschen Versorgungskontext mangelt es an entsprechenden Studienergebnissen, die jedoch Voraussetzung für die Weiterentwicklung rehabilitativer Versorgungsangebote in Deutschland sind. Zudem schränkt das Fehlen entsprechender Untersuchungen und Ergebnisse im nationalen Kontext die Übertragbarkeit der international vorliegenden Evidenz zur Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen bei alten und pflegebedürftigen Menschen ein. Vor der Durchführung von Modellprojekten mit zentralem präventivem und rehabilitativem Charakter bedarf es daher entsprechender Untersuchungen und Ergebnisse, um Zielgruppen, Settings oder Maßnahmen genauer eingrenzen zu können.

Ein Modellvorhaben mit dem Ziel der rehabilitativen Versorgung von Demenz- und Schlaganfallpatientinnen und -patienten ist das Projekt **INDIKA. Indikationsspezifische regional koordinierte nachstationäre Langzeitversorgung von**

Menschen mit Schlaganfall und mit Demenz nach Schlaganfall in Berlin-Pankow. Im Rahmen des Projektes sollen die nachstationäre pflegerische Versorgungs- und Beratungsqualität von Menschen mit Schlaganfall und Menschen mit Demenz nach Schlaganfall und ihrer Angehörigen regional, wohnortnah und qualitätsgesichert vernetzt und verbessert werden. Hierzu erfolgte innerhalb eines bestehenden regionalen Gesundheits- und Versorgungsnetzes die Entwicklung und Umsetzung eines sektoren- und professionsübergreifenden pflegerischen Versorgungspfades. Zu den für diese Zielgruppe relevanten Akteurinnen und Akteuren gehören niedergelassene Ärzte und Ärztinnen, Rehabilitationseinrichtungen, Kliniken, Pflegestützpunkte, kommunale Ämter und Selbsthilfeorganisationen. Zudem werden indikationsspezifische Qualitätsanforderungen an pflegerelevante Versorgungsprozesse erprobt und evaluiert. Diese sollen der Pflege zukünftig als wissenschaftlich fundierte Qualitätsindikatoren und verbindliche Handlungsrichtlinien in der vernetzten Versorgung von Menschen mit Schlaganfall und Menschen mit Demenz nach Schlaganfall zur Verfügung stehen. Das Projekt endet im Mai 2016.

Mit dem Projekt **DeTaMAKS. Nicht-medikamentöse Aktivierungsmaßnahme für Menschen mit Demenz in der Tagespflege mit telefonischer Angehörigen-Kurzintervention zur Stärkung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf** befindet sich derzeit ein weiteres Vorhaben mit rehabilitativem Charakter in der Umsetzung. Im Zentrum steht eine nicht-medikamentöse Aktivierungsmaßnahme für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung. Das Vorhaben baut auf der bereits in Pflegeheimen erprobten multimodalen, strukturiert anwendbaren, nicht-medikamentösen „MAKS-Aktivierung“ auf, welche speziell an die strukturellen Anforderungen der Tagespflege angepasst wurde. Das Hauptziel ist die Förderung und der Erhalt von alltagspraktischen Fähigkeiten von Menschen mit leichter oder mittelschwerer kognitiver Beeinträchtigung. Dies soll dazu beitragen, die häusliche Versorgung der Pflegebedürftigen

zu erleichtern, da mutmaßlich deren Selbstständigkeit im Alltag im Vergleich zur Situation ohne die Intervention auf einem höheren Niveau für einen längeren Zeitraum erhalten bleibt. Verstärkt werden soll die Wirkung durch eine telefonische Angehörigen-Kurzintervention. Das Projekt startete im Frühjahr 2014 und hat eine Laufzeit von drei Jahren. Bis Ende 2015 wurden über 450 Personen in 30 Tagespflegeeinrichtungen in das Projekt aufgenommen. Ergebnisse sind im Sommer 2017 zu erwarten.

Barrieren überwinden: Interkulturelle Pflege

Die Gruppe der älteren Menschen mit Migrationshintergrund ist die am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe in Deutschland. Es ist anzunehmen, dass aufgrund der demografischen Situation, aber auch infolge besonderer gesundheitlicher Belastungen (insbes. körperlich belastender Arbeitsbedingungen, z. B. Akkord- und Schichtarbeit), der Pflegebedarf von Migrantinnen und Migranten in den nächsten Jahren steigen wird. Ungeachtet dessen ist die Datenlage zum Pflegebedarf und zur pflegerischen Versorgung älterer Migrantinnen und Migranten unzureichend. Bislang durchgeführte Forschungsprojekte sind in der Regel regional bzw. kommunal begrenzt und nicht geeignet, um migrations- und kultursensible Pflegebedarfe für die Versorgungsplanung abzubilden. Hier bedarf es einer umfassenden empirischen Bestandsaufnahme. Im Rahmen eines weiteren von der Forschungsstelle betreuten Modellprogramms, in dem es gemäß § 45f SGB XI um die Weiterentwicklung neuer Wohnformen geht, werden im Frühjahr 2016 hierzu repräsentative Ergebnisse erwartet.

Bisherige Forschungsstudien, die die Pflegeversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund fokussieren, zeigen, dass diese Bevölkerungsgruppe im Vergleich zur Gesamtbevölkerung gesetzliche Pflegeleistungen unterdurchschnittlich in Anspruch nimmt und dass die pflegerische Versorgung vielfach allein durch Angehörige erfolgt. Wie und von wem die Versorgung durchgeführt wird und welchen Belastungen pflegende

Angehörige dabei ausgesetzt sind, ist für Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland jedoch noch nicht untersucht worden. Auch hier bedarf es einer empirischen Basis. Es sind Studien zur Situation pflegender Angehöriger und ihres Bedarfes an Unterstützungsangeboten sowie zur Pflegebereitschaft in verschiedenen Migrantengruppen notwendig.

Forschungsstudien konstatieren ferner erhebliche Informations- und Kommunikationsdefizite von Menschen mit Migrationshintergrund, mit der Folge fehlender oder unzureichender Versorgungsangebote bzw. therapeutischer Interventionen. Ursächlich dafür sind zumeist sprachliche oder kulturelle Barrieren. Betrachtet man die Leistungserbringerseite, lässt sich feststellen, dass sich in der Praxis bislang nur wenige Pflegeanbieter bzw. Träger von Pflegeheimen interkulturell geöffnet haben bzw. Migrantinnen und Migranten als Nachfragende sehen. An diesen Problemen setzt das Modellprojekt **IBIP. Interkulturelle Brückenbauerinnen in der Pflege** an. In drei Berliner Bezirken werden sogenannte interkulturelle Brückenbauerinnen (Integrationslotsinnen) ausgebildet, die die Arbeit von Pflegekräften und Einrichtungen der Pflege mit pflegebedürftigen Ratsuchenden und/oder Angehörigen sprachlich und kulturvermittelnd unterstützen sollen. Ziel ist es, Menschen mit Pflegebedarf und Migrationshintergrund niedrigschwellig zu

erreichen und kultursensibel über ihre Ansprüche und vorhandene Hilfsangebote aufzuklären und zu beraten, um sie stärker am bestehenden Hilfesystem zu beteiligen. Gleichzeitig sollen in den Einrichtungen der Pflege Maßnahmen zur interkulturellen Öffnung eingeführt werden. Weiterhin sollen die Brückenbauerinnen migrantische Seniorinnen und Senioren an unterschiedlichen Treffpunkten auch im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit aufsuchen und hier informierend tätig werden. Im Rahmen der wissenschaftlichen

Es ist anzunehmen, dass der Pflegebedarf von Migrantinnen und Migranten in den nächsten Jahren steigen wird. Ungeachtet dessen ist die Datenlage zum Pflegebedarf und zur pflegerischen Versorgung älterer Migrantinnen und Migranten unzureichend.

Begleitung des Projektes erfolgt zunächst eine empirische Bestandsaufnahme, insbesondere zur Nutzung der Pflegestützpunkte und zur Inanspruchnahme vorhandener Pflege- und Hilfsangebote durch Menschen mit Migrationshintergrund. Ferner werden die Aktivitäten der Brückenbauerinnen und die anvisierten Ziele und Ergebnisse des Modellprojektes mittels quantitativer und qualitativer Methoden kontinuierlich überprüft und die Projektkonzeption entsprechend weiterentwickelt. Neben Interviews und Fokusgruppen mit professionellen Mitarbeitenden in der Pflege und den interkulturellen Brückenbauerinnen werden auch Interviews mit (potenziell) Gepflegten und pflegenden Angehörigen durchgeführt, um Bedarfe, Erwartungen und Wünsche sowie Veränderungen bei der Inanspruchnahme von Hilfen zu untersuchen. Ergebnisse werden im August 2018 erwartet.

Technik für mehr Lebensqualität in der Pflege

Kommunikations- und Informationstechnologien können die Versorgung Pflegebedürftiger auf vielfältige Weise unterstützen und optimieren. Sie werden bereits in der Pflegedokumentation eingesetzt. Sie können dazu beitragen, die Wohnungen von pflegebedürftigen Menschen sicherer zu gestalten, sie können über Notrufsysteme schnelle Hilfeleistung ermöglichen, sie können aber auch die Kommunikation mit entfernt lebenden Familienangehörigen ermöglichen oder eine Plattform zur Vernetzung der Pflegenden bieten.

Zwar sind im Rahmen begleitender Forschung vielfältige Erkenntnisse zu den Möglichkeiten und Potenzialen des Einsatzes entsprechender Technologien gewonnen worden, es mangelt jedoch an evidenzbasierten Nutznachweisen. Auch den ethischen, rechtlichen und sozialen Gesichtspunkten sollte im Rahmen von Modellprojekten mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden. Weiter sollten nutzerbezogene Fragestellungen wie etwa

zu Akzeptanz, Usability und Risiken mit in entsprechende Konzepte einfließen. Im Rahmen des Modellprogramms werden drei Projekte gefördert, die Kommunikations- und Informationstechnologien für die Versorgung Pflegebedürftiger einsetzen und diesen Einsatz im Hinblick auf einige der eben genannten Punkte wissenschaftlich überprüfen.

Das Modellvorhaben **PflegeTab. Technik für mehr Lebensqualität trotz Pflegebedürftigkeit bei Demenz** hat zum Ziel, mithilfe des Einsatzes von Tablet-PCs und speziell entwickelter Software die Interaktionsmöglichkeiten von demenziell Erkrankten, insbesondere stationär Pflegebedürftigen, zu fördern und damit deren Lebensqualität zu verbessern. Im Rahmen des Modellprojektes soll eine Infrastruktur geschaffen werden, die alle an der Pflege Beteiligten integriert und mittels einer leicht und kostengünstig aufzubauenden Hard- und Software so vernetzt, dass eine effiziente Unterstützung des Pflegeprozesses gewährleistet wird. Diese Infrastruktur besteht aus einer Softwareplattform, welche Informationen über die Pflegebedürftigen sammelt und bereitstellt, Tablet-Computern zur Förderung der Pflegebedürftigen, welche mit spezieller Software ausgestattet sind, sowie weiteren Tablet-Computern zur Information der Pflegenden und zur Vernetzung der an der Pflege Beteiligten. Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung werden sowohl eine Nutzen- als auch eine Bedarfs- und Akzeptanzanalyse durchgeführt. Dabei wird u. a. untersucht, inwieweit sich der Einsatz von Tablets auf die Lebensqualität bzw. das Wohlbefinden, das Aktivitätsniveau und die soziale Teilhabe von Demenzerkrankten auf der einen Seite sowie die Mitarbeiterzufriedenheit auf der anderen Seite auswirkt. Die wissenschaftliche Begleitstudie wird als clusterrandomisierte und kontrollierte klinische Studie durchgeführt. Interventions- und Kontrollgruppe bestehen gleichermaßen aus Personen mit Demenz, die in Pflegeheimen wohnen, bzw. in einem weiteren Schritt auch aus Angehörigen und Pflegekräften. Mit der Umsetzung des Modellvorhabens wurde im Januar 2015 begonnen. Ergebnisse werden zu Beginn des Jahres 2018 erwartet.

Den ethischen, rechtlichen und sozialen Gesichtspunkten des Technik-Einsatzes in der Pflege sollte im Rahmen von Modellprojekten mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Das Projekt **MADRIC. IT-gestütztes Monitoring von unerwünschten Arzneimittelwirkungen in der stationären Altenpflege** befasst sich seit 2012 mit der Evaluation eines IT-gestützten Monitoring-Systems zur Vermeidung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen in der stationären Langzeitversorgung älterer Menschen mit Pflegebedarf und/oder Demenz. Ziel des Modellprojektes ist die Wahrung und Steigerung der Lebensqualität Betroffener, die (Sekundär- und Tertiär-) Prävention von zunehmenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie die Reduktion der Kosten in der Versorgung. Im Rahmen des Projektes wurde in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege des Berliner Modells ein bereits entwickeltes computergestütztes Monitoring-System eingeführt, das die Medikamentengabe, die ggf. auch von mehreren Ärztinnen und Ärzten erfolgen kann, mit den Diagnosen abgleicht und betreuende Pflegekräfte bzw. behandelnde Ärztinnen und Ärzte bei unerwünschten Arzneimittelwirkungen warnt. Die wissenschaftliche Evaluation der Wirksamkeit des IT-gestützten Monitoring-Systems für die Arzneimittelgabe erfolgt im Rahmen einer prospektiven Längsschnittstudie mit Kontrollgruppendesign anhand von bewohnerbezogenen Outcomeparametern aus den Bereichen Lebensqualität und dem Erhalt körperlicher und psychosozialer Gesundheit sowie sozialer Teilhabe. Ferner erfolgt ein Benchmarking der teilnehmenden stationären Langzeitpflegeeinrichtungen im Vergleich zu allen stationären Langzeitpflegeeinrichtungen im Berliner Modell anhand ausgewählter Outcomeparameter zur Charakterisierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung mit der Zielsetzung, eine mögliche zukünftige Qualitätsverbesserung durch die Intervention abschätzen zu können. Die ersten vorläufigen Ergebnisse zeigen eine hohe Anzahl an arzneimittelbezogenen Warnungen. Es wird davon ausgegangen, dass es dadurch zu einer Beeinträchtigung von Versorgungsauscomes (z. B. Lebensqualität) kommt. Die finalen Ergebnisse der Evaluation werden im Sommer 2016 erwartet.

Das Modellprojekt **DemAS** erprobte in strukturschwachen Regionen ein internetbasiertes

Schulungsprogramm für pflegende Angehörige von Demenzerkrankten, welches in der Form eines Gruppenangebots im Video-Chat die Pflegekompetenz der Angehörigen erweitern und ihre psychische Gesundheit verbessern sollte. Die Durchführung des Projektes wurde unter anderem durch die geringe Internet-Affinität älterer pflegender Angehöriger und fehlende Breitband-Anschlüsse erschwert (siehe hierzu auch die Ausführungen unter „Pflegerische Versorgung im ländlichen Raum“).

Das Projekt MADRIC IT befasst sich seit 2012 mit der Evaluation eines IT-gestützten Monitoring-Systems zur Vermeidung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen in der stationären Langzeitversorgung älterer Menschen mit Pflegebedarf und/oder Demenz.

Im Fokus: Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation

Mit dem Pflegestärkungsgesetz II ist eine grundlegende Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des damit zusammenhängenden Begutachtungsverfahrens umgesetzt, über die politisch und fachlich seit langer Zeit Konsens bestand, deren Ausgestaltung im Detail jedoch Zeit brauchte. Da der „Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ 2013 zwar eine Reihe von Vorschlägen unterbreitet hatte, auf die Implementierung bezogene wichtige Fragen aber nicht abschließend beantworten konnte, setzte sich der GKV-Spitzenverband seit dem Sommer 2013 intensiv dafür ein, in zwei Modellprojekten die noch fehlenden Informationen zu erarbeiten und die für notwendig erachtete Evaluation des überarbeiteten Begutachtungsinstrumentes durchzuführen. Mit diesen beiden Modellprojekten, die im Frühjahr 2015 ihre Abschlussberichte vorlegten, wurden wichtige Voraussetzungen zur zeitnahen und verantwortungsvollen Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs geschaffen. Im Rahmen der **Praktikabilitätsstudie zur Einführung des Neuen Begutachtungsassessments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI** wurden sowohl die praktische Handhabung wie auch die sachliche Angemessen-

Die Handhabbarkeit des NBA in der täglichen Anwendung durch die Gutachterinnen und Gutachter sowie die Verständlichkeit und Akzeptanz des neuen Verfahrens bei Versicherten wurden im Projekt untersucht und bestätigt.

heit des NBA in seiner aktuellen Version geprüft, welche die seit dem Bericht des „Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ vorgenommenen Änderungen berücksichtigt. Diese Änderungen betrafen insbesondere die Einstufung von pflegebedürftigen Kindern sowie von schwerstpflegebedürftigen Menschen im

höchsten, fünften Pflegegrad, aber auch etwa die Empfehlungen zur Rehabilitation. An der Studie nahmen 86 Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK)

und von Medicproof teil, sie prüften bei rund 1.700 erwachsenen Antragstellenden und bei 297 Kindern unter Alltagsbedingungen mit dem neuen Begutachtungsassessment, ob eine Pflegebedürftigkeit vorliegt. Die Gutachterinnen und Gutachter erörterten ihre Erfahrungen mit dem neuen Instrument in internen Diskussionsrunden und in übergreifenden Fokusgruppen. Weiter flossen die Ergebnisse aus Einzelfallanalysen der gewonnenen Begutachtungsdaten in die Bewertung des NBA ein.

Die Handhabbarkeit des NBA in der täglichen Anwendung durch die Gutachterinnen und Gutachter sowie die Verständlichkeit und Akzeptanz des neuen Verfahrens bei Versicherten wurden im Projekt untersucht und bestätigt. Beide Seiten schätzen am neuen Begutachtungsinstrument, dass nach ihrer jeweiligen Einschätzung die individuellen Besonderheiten aufgrund der differenzierten Themenbereiche und der Darstellung der vorhandenen Ressourcen besser zur Geltung kommen.

Das zweite Modellprojekt **EVIS. Evaluation des NBA - Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen** bezog sich auf die konkreten Versorgungsaufwände und Leistungen für pflegebedürftige Menschen. Ziel war es, mit aktuellen empirischen Befunden die tatsächlichen Pflege- und Unterstützungsleistungen für Men-

schen mit unterschiedlichen Ursachen von Pflegebedürftigkeit vor dem Hintergrund ihrer jetzigen Pflegestufe und mit Blick auf ihren zukünftigen Pflegegrad beurteilen zu können. Die Kenntnis der aktuellen empirischen Befunde ist die unumgängliche Voraussetzung für die Überprüfung, wie sich die Leistungsaufwände in den einzelnen Pflegegraden abbilden, ob eine Homogenität der Leistungsaufwände in den einzelnen Pflegegraden zu beobachten ist und ob die Abstände zwischen den Leistungsaufwänden der einzelnen Pflegegrade plausibel sind. Hierzu wurde in 39 stationären Pflegeeinrichtungen in sieben Bundesländern bei 1.586 Bewohnerinnen und Bewohnern eine NBA-Begutachtung durch den MDK vorgenommen und der Pflegegrad der Personen ermittelt. Zudem wurde vom Pflegepersonal über eine Woche hinweg mithilfe einer entsprechend programmierten Pflegedokumentationssoftware und eines Smartphones in Echtzeit erfasst, welchen Versorgungsaufwand jede der in die Untersuchung einbezogenen pflegebedürftigen Personen auslöste. Gemessener Versorgungsaufwand, vorhandene Pflegestufe und prospektiver Pflegegrad nach dem NBA konnten so in Beziehung zueinander gesetzt werden.

Im Ergebnis korrespondiert die Höhe der Versorgungsaufwände mit den Pflegegraden: Mit steigendem Pflegegrad steigt auch der Versorgungsaufwand an. Ungeachtet dessen variiert der Versorgungsaufwand innerhalb der einzelnen Pflegegrade wie heute derjenige innerhalb der einzelnen Pflegestufen, weil die Ursachen von Pflegebedürftigkeit und damit die notwendigen Leistungen unterschiedlich sein können. Mit der Erfassung der Versorgungsaufwände wurde auch die Basis für die zukünftige leistungsrechtliche Ausgestaltung der fünf Pflegegrade und für die relativen Leistungshöhen gelegt, über deren konkrete Festlegungen politisch zu entscheiden war. Darüber hinaus stellt das Modellprojekt die empirische Basis zur Verfügung, um die Veränderungen in der Versorgung nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs messen und bewerten zu können.

Beide Studien wurden im Juli 2015 publiziert; sie bereiteten mit den aus ihnen abgeleiteten Informationen und Erkenntnissen eine aktuelle empirische Grundlage für den weiteren politischen Entscheidungsprozess und die Vorbereitung des zweiten Pflegestärkungsgesetzes. Damit leisten sie einen wichtigen Beitrag zur fachlich abgesicherten und verantwortungsvollen Einführung des Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Neben der Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist die Entbürokratisierung der Pflege ein seit Jahren diskutiertes Thema. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit wurden im Jahr 2013 Empfehlungen zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation entwickelt, die in ein „Strukturmodell“ mündeten, welches 2014 einem ersten Praxistest unterzogen wurde. Für die Einführung des „Strukturmodells“ wurde anschließend eine Implementierungsstrategie entwickelt. Auf der Grundlage dieser Implementierungsstrategie startete der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege zum 1. Januar 2015 das Projekt zur flächendeckenden Einführung der neuen Pflegedokumentation „Strukturmodell“. Der GKV-Spitzenverband wurde vom Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege Herrn Staatssekretär Laumann 2014 gebeten, eine Evaluation der Effizienzsteigerung der neuen Pflegedokumentation als Projekt im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI durchzuführen. Die neue Pflegedokumentation „Strukturmodell“ wird seit dem 1. Januar 2015 in stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten eingeführt. Die Evaluation befindet sich gegenwärtig im Vergabeverfahren und soll 2016 starten.

Mit der Implementierung des Strukturmodells soll die Effizienz der Pflegedokumentation gesteigert, eine gemeinsame Grundlage für die interne und externe Qualitätssicherung geschaffen, die Bedeutung von fachlicher Kompetenz und beruflicher Erfahrung der Pflegenden stärker herausgestellt

sowie der zeitliche Aufwand für die Pflegedokumentation möglichst reduziert werden. Das Erreichen dieser Ziele wird die wissenschaftliche Evaluation im Kontext der ambulanten und der stationären Pflege überprüfen. Hierbei interessieren besonders die Praktikabilität des Strukturmodells, die Auswirkungen auf die Qualitätssicherung und -prüfung sowie die Bewertung der neuen Pflegedokumentation und des Implementierungsprozesses. In die Evaluation sollen zentral am Prozess Beteiligte einbezogen werden; dies sind neben den Einrichtungsleitungen und dem Pflegepersonal der MDK und die Heimaufsicht sowie die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen.

B) Neue Wohnformen für pflegebedürftige Menschen - das Modellprogramm nach § 45f SGB XI

Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz hat der Gesetzgeber über den § 45f SGB XI ein Modellprogramm zum Thema „Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen“ auf den Weg gebracht. Zur wissenschaftlich gestützten Weiterentwicklung und Förderung neuer Wohnformen werden insgesamt 10 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Der Spitzenverband der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen wurde mit der Umsetzung dieses Modellprogramms beauftragt. Ziel des

Modellprogramms ist es, neue Wohnformen für pflegebedürftige Menschen wissenschaftlich gestützt zu fördern und zu evaluieren.

Dabei geht es um Konzepte, die als Alternative zur regulären vollstationären Versorgung ein mehr selbstbestimmtes Wohnen bei guter Wohn-, Pflege- und Versorgungsqualität ermöglichen. Hierfür sollten entsprechende Konzepte ausgewählt und gefördert werden.

Es geht um Konzepte, die als Alternative zur regulären vollstationären Versorgung ein mehr selbstbestimmtes Wohnen bei guter Wohn-, Pflege- und Versorgungsqualität ermöglichen.

Das Thema „Neue Wohnformen“ nimmt gesellschafts- und gesundheitspolitisch an Bedeutung zu. Neue Wohnformen kommen – so die Annahme – dem Wunsch von pflegebedürftigen

Menschen und ihren Angehörigen nach, auch in der Situation einer notwendigen pflegerischen Versorgung so lange wie möglich ein selbstbestimmtes Leben führen zu können. In den letzten Jahren haben sich bereits vielfältige neue Wohnformen zwischen dem traditionellen Zuhause und der vollstationären Versorgung herausgebildet. Diese sogenannten neuen Wohnformen wie etwa Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen stehen heute alternativ zur regulären vollstationären Versorgung zur Verfügung - wenn auch in ihrer Verbreitung mit großen regionalen Unterschieden.

Das Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen greift sowohl die Vielzahl als auch die Vielfalt in der Entwicklung neuer Wohnformen auf: Dass an dem Bewerbungsverfahren mehr als 200 Projektträger aus allen Bundesländern teilgenommen haben, zeugt von einem großen Interesse von Praxis und Wissenschaft an dieser Thematik.

Die Ausschreibung für interessierte Projektbewerberinnen und -bewerber erfolgte in einem zweistufigen Bewerbungsverfahren. Potenzielle Projektträger mussten im Rahmen dieses Verfahrens aufzeigen, wie sie ihr Wohn-, Pflege- und Versorgungsangebot an den tatsächlichen Bedürfnissen ihrer Nutzerinnen und Nutzer ausrichten

Potenzielle Projektträger mussten aufzeigen, wie sie ihr Wohn-, Pflege- und Versorgungsangebot an den tatsächlichen Bedürfnissen ihrer Nutzerinnen und Nutzer ausrichten und welche Maßnahmen sie ergreifen, um gute Qualität sicherzustellen.

und welche Maßnahmen und Angebote sie ergreifen, um das Wohn-, Pflege- und Versorgungsangebot in einer guten Qualität sicherzustellen. Es waren entsprechende

Organisations- und Finanzierungsmodelle aufzuzeigen und die Optionen dafür zu entwickeln, wie eine nachhaltige und übertragbare Implementierung des Angebotes erreicht werden kann. Hierfür konnte in der ersten Phase eine Konzeption entwickelt werden, um diese in der zweiten Phase des Projektes dann umzusetzen (Projekttyp A). Aber auch die sofortige Umsetzung eines bereits vor-

handenen Konzeptes wurde im Modellprogramm ermöglicht (Projekttyp B). Nach dem Bewerbungsverfahren wurden letztendlich 33 Projekte aus der Praxis für eine Förderung in beiden Projekttypen ausgewählt. Zu den geförderten Projektideen gehört beispielsweise die Weiterentwicklung von vollstationären Versorgungskonzepten. In einem Projekt eines stationären Trägers werden zum Beispiel in einem ersten Schritt konzeptionell die Hilfe- und Pflegemodule aus den Bereichen Pflege, Hauswirtschaft und Ernährung nach individuellen Bedarfen bewohnerbezogen als ein Versorgungsangebot zusammengestellt. Bei Bedarf und Wunsch sollen dann auch Angehörige mit in die Versorgung einbezogen werden. Ist das Konzept vom Organisations- und Finanzierungsmodell her entwickelt, soll es in der zweiten Phase umgesetzt werden. Ein anderes Beispiel für die Weiterentwicklung von Wohngemeinschaftskonzepten bezieht sich auf den ländlichen Raum. Hier wird auf Initiative einer Ortsgemeinde ein selbstorganisiertes Wohngemeinschaftskonzept umgesetzt, welches unter Einbeziehung von professioneller Pflege und nachbarschaftlicher Hilfe den pflegebedürftigen Dorfbewohnerinnen und -bewohnern eine selbstbestimmte Lebensweise bei gleichzeitiger Versorgungssicherheit im gewohnten Umfeld ermöglichen soll. Aber auch Konzepte von Wohnungsunternehmen, die in Zusammenarbeit mit Pflegeanbietern und anderen Netzwerkpartnern Versorgungssicherheit in der eigenen Wohnung erreichen möchten, werden gefördert. So versucht ein Wohnungsunternehmen in einem typischen großstädtischen Quartier in Zusammenarbeit mit einer Kranken- und Pflegekasse niedrigschwellige technische Assistenzangebote zu entwickeln, um den Mieterinnen und Mietern im Fall der Pflegebedürftigkeit das Verbleiben in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen.

Im Rahmen des Modellprogramms konnten sich auch ausschließlich wissenschaftliche Projektträger bewerben (Projekttyp C). Von den fünf geförderten Projekten werden Ergebnisse erwartet, die den wissenschaftlichen Hintergrund für wohnformbezogene Themen im Kontext von Pflege

erweitern sollen. Zu den geförderten Projekten gehört hier beispielsweise eine Studie zum Thema „Migration“, mit der erstmals repräsentative Daten zu Wohnbedürfnissen von türkeistämmigen Migrantinnen und Migranten im Fall der Pflegebedürftigkeit erhoben werden.

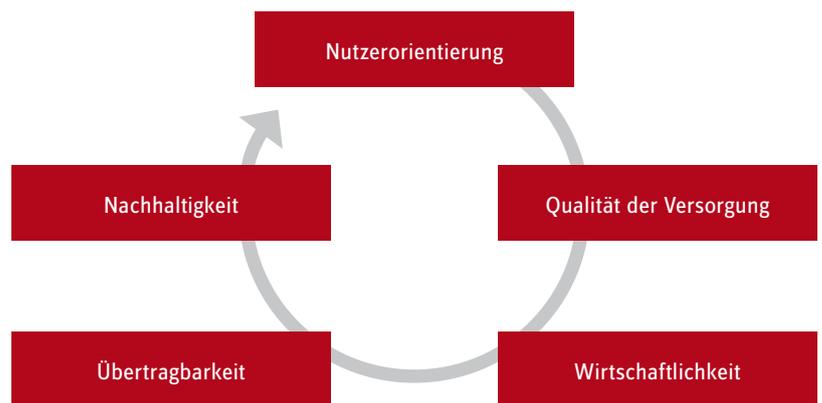
Weiterhin wurden 16 bereits in die Praxis umgesetzte Konzepte ohne zusätzliche Förderung in die Evaluation aufgenommen (Projekttyp D). Dabei wurde davon ausgegangen, dass es bereits eine große Anzahl von umgesetzten Wohn-, Pflege- und Versorgungsangeboten für pflegebedürftige Menschen gibt, deren wissenschaftliche Evaluation noch aussteht. Die Erfahrungen dieser Projekte sollen in die Gesamtevaluation des Modellprogramms einfließen und dazu beitragen, die wissenschaftlich gestützte Weiterentwicklung neuer Wohnformen voranzutreiben.

Der Start aller 54 Projekte erfolgte zwischen Januar und Mai 2015 mit maximal dreijährigen Laufzeiten im Projekttyp A bis C.

Bei der Gestaltung des Modellprogramms zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen wurde besonderer Wert auf die wissenschaftliche Evaluation gelegt. Bisher liegen kaum wissenschaftlich fundierte Kenntnisse über neue Wohnformen für pflegebedürftige Menschen vor. Seit November 2014 begleiten die Prognos AG und das Kuratorium Deutsche Altershilfe das Modellprogramm wissenschaftlich. Die zentralen Evaluationskriterien für dieses Modellprogramm wurden bereits im Rahmen der Ausschreibung definiert (siehe Abb.)

Mit der Evaluation der Nutzerorientierung werden u. a. die entsprechenden Verfahren evaluiert, die eine Orientierung der Konzepte an den Bedarfen der Nutzerinnen und Nutzer ermöglichen sollen. In Bezug auf die Wohn-, Pflege- und Versorgungsqualität wird u. a. untersucht, wie die einzelnen Projekte die Qualitätsanforderungen umsetzen bzw. weiterentwickeln. Mit Blick auf die Wirtschaftlichkeit wird analysiert, ob die Finanzierbarkeit des jeweiligen Wohn-, Pflege- und

Zentrale Kriterien der Förderung und Evaluation



Quelle: GKV-Spitzenverband

Versorgungsangebotes aus der Nutzerperspektive gewährleistet ist und unter welchen betriebswirtschaftlichen Voraussetzungen das Angebot für den Projektträger wirtschaftlich ist. Die ökonomische Betrachtung befasst sich zudem mit den Möglichkeiten einer Übertragbarkeit und Verbreitung ausgewählter Wohn-, Pflege- und Versorgungsmodelle. Weiterhin wird untersucht, unter welchen rechtlichen, finanziellen und organisationsstrukturellen Voraussetzungen sich bestimmte Wohn-, Pflege- und Versorgungsmodelle nachhaltig etablieren können. Letztlich erfolgt eine Analyse der Projekte in Bezug auf die bundes- und landesrechtlichen, örtlichen und trägerspezifischen Rahmenbedingungen, um eine Übertragbarkeit dieser Modelle zu prüfen. Der Evaluationsansatz berücksichtigt dabei die Sichtweise unterschiedlicher Zielgruppen (Projektträger, Nutzerinnen und Nutzer, Angehörige, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie externe örtliche Akteure).

Um die verschiedenen Fragestellungen der Evaluation beantworten zu können, kommen zahlreiche Erhebungsinstrumente zu unterschiedlichen Zeitpunkten zum Einsatz. Das Spektrum reicht von Dokumentenanalysen und schriftlichen Befragun-

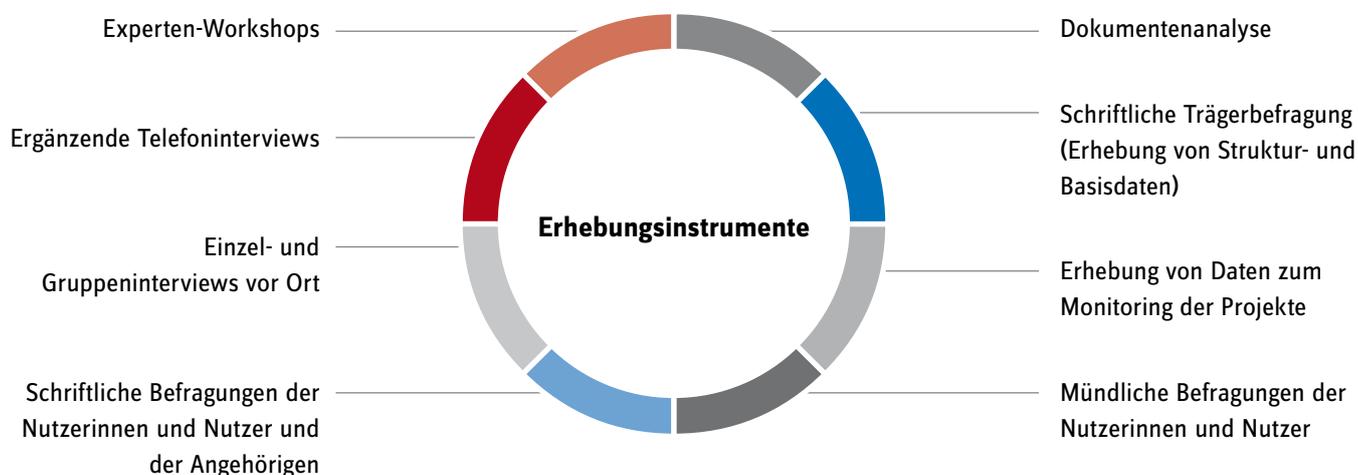
gen der Träger bzw. Wohnprojektinitiatorinnen und -initiatoren bis hin zu mündlichen und schriftlichen Befragungen der Nutzerinnen und Nutzern und ihrer Angehörigen sowie Vor-Ort-Interviews mit den Projektbeteiligten. Zur Einordnung der geförderten Wohn-, Pflege- und Versorgungsangebote in die strukturellen, sozialräumlichen sowie landes- und bundesrechtlichen Rahmenbedingungen sind Workshops mit externen Expertinnen und Experten geplant.

Die Evaluation zielt darauf ab, die einzelnen Projekte vor dem Hintergrund der zuvor beschriebenen Evaluationskriterien zu bewerten. Zugleich sollen jene Projekte identifiziert werden, die als besonders erfolgversprechend hinsichtlich des Programmziels, alternativ zur regulären stationären Versorgung ein möglichst selbstbestimmtes Wohnen bei guter Wohn-, Pflege- und Versorgungsqualität zu ermöglichen, erscheinen. Neben der Analyse auf Ebene der Einzelprojekte

wurden die einzelnen Projekte Wohnformtypen zugeordnet, um zu verallgemeinerungsfähigen, übergreifenden Aussagen gelangen zu können. Bei den Wohnformtypen wird vorerst zwischen dem privaten Wohnen in der eigenen Häuslichkeit, den selbständigen gemeinschaftlichen Wohnformen, dem Betreuten Wohnen bzw. dem Wohnen mit Service, den ambulanten Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit (Pflegehohngemeinschaften), den vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie den sogenannten integrierten Konzepten unterschieden. Diese Typisierung wird im Laufe der Evaluation überprüft. Neben der ordnungs- und leistungsrechtlichen Zuordnung der Projekte soll auch die konzeptionelle Orientierung an den Bedürfnissen der Nutzerinnen und Nutzer für eine typisierende Beschreibung der Wohnformen herangezogen werden.

Im Mai 2015 fand die Eröffnungsveranstaltung des Modellprogramms nach § 45f SGB XI statt.

Erhebungsinstrumente im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation



Quelle: Prognos AG und KDA e. V.

Neben den Vertreterinnen und Vertretern der 54 Projekte und der wissenschaftlichen Begleitung nahmen auch die Mitglieder des Programmbeirates und des Sachverständigenremiums, die an der Auswahl der Projekte beteiligt waren, sowie Frau Kraushaar, Leiterin der Abteilung Pflegeversicherung und Prävention im Bundesministerium für Gesundheit, an der Veranstaltung teil. Das Modellprogramm wurde den geförderten und zu evaluierenden Projekten in seiner grundlegenden Intention, seiner bisherigen Umsetzung und geplanten wissenschaftlichen Begleitung vorgestellt. Die Veranstaltung bot den Projekten außerdem die Möglichkeit sich kennenzulernen. Unterstützt wurde dies durch eine Projektgalerie, in der jedes Projekt auf einem Plakat vorgestellt wurde. Ausgewählte Projekte präsentierten zudem ihr Konzept.

Im November 2015 veranstaltete die wissenschaftliche Begleitung des Modellprogramms die erste interne Programmtagung zu den Themen „Nutzerorientierung“ und „Versorgungssicherheit“ in Köln. An der Veranstaltung nahmen Vertreterinnen und Vertreter fast aller Projekte teil und tauschten ihre Erfahrungen zu den Tagungsthemen aus. Im Rahmen des internen Workshops „Wohnkonzepte für pflegebedürftige Menschen“ stellten im Dezember 2015 im Haus des GKV-Spitzenverbandes in Berlin diejenigen Förderprojekte ihre laufenden Projekte vor, die innovative Wohnkonzepte für pflegebedürftige Menschen wissenschaftlich neu entwickeln bzw. weiterentwickeln (Projekttyp C). Die Vertreterinnen und Vertreter der C-Projekte diskutierten gemeinsam ihre methodischen Vorgehensweisen und erste Ergebnisse sowie Herausforderungen, die sie mit der Entwicklung solcher Wohnkonzepte verbunden sehen. Die eingeladene Kommentatorin Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann von der Universität Bremen gab der Diskussion mit ihren inhaltlichen und methodischen Anmerkungen und Fragen einen zusätzlichen Impuls.

Das Modellprogramm wird fachlich durch einen Beirat begleitet. In ihm arbeiten seit 2015 Vertre-

terinnen und Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit, des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit, des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene, der Länder, der kommunalen Spitzenverbände, der Leistungserbringer, der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, der Wissenschaft sowie der Verbände von Wohnungs- und Immobilienunternehmen mit. Erwartet wird, dass der Fachbeirat aus dem jeweiligen Erfahrungskontext seiner Mitglieder Hinweise für die Evaluation des Modellprogramms einspeisen wird.

Zum Abschluss des Modellprogramms Ende 2018 ist die Veröffentlichung einer Praxishilfe für die Umsetzung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen vorgesehen.

Aufgrund des großen öffentlichen Interesses an der Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen erscheint halbjährlich ein Informationsbrief zum Modellprogramm, dessen erste Ausgabe im Dezember 2015 auf der Webseite des GKV-Spitzenverbandes veröffentlicht wurde. Während der erste Informationsbrief vor allem die Ziele und den Aufbau des Programms vorstellt, werden sich die nächsten geplanten Ausgaben besonderen thematischen Schwerpunkten widmen.

Eine abschließende und umfassende Bewertung der Projekte mit Bezug auf die Evaluationskriterien des Modellprogramms wird im zweiten Quartal 2018 zur Verfügung stehen. Da in diesem Modellprogramm durch die wissenschaftliche Begleitung auch viele praxisbezogene Erkenntnisse gewonnen werden, ist zum Abschluss des Modellprogramms Ende 2018 die Veröffentlichung einer sogenannten Praxishilfe für die Umsetzung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen vorgesehen.

C) Evaluation von Betreuungsdiensten in der Pflege – das Modellprogramm nach § 125 SGB XI

Mit dem Pflegeeneuausrichtungsgesetz wurde vom Gesetzgeber bereits vor der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eine neue Leistungsart in das SGB XI aufgenommen: die häusliche Betreuung nach § 124 SGB XI. Bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung von häuslicher Betreuung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt, haben gemäß § 124 SGB XI Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III sowie Versicherte, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a SGB XI erfüllen, in der sozialen und privaten Pflegeversicherung einen Anspruch auf häusliche Betreuung als eine Sachleistung. Gleichzeitig wurden in § 123 SGB XI Anpassungen des Sachleistungsumfanges in den unterschiedlichen Pflegestufen festgeschrieben, die eine Inanspruchnahme des erweiterten Leistungskataloges mit ermöglichen sollen. In Form einer Übergangsregelung werden so erweiterte Leistungen zur Verfügung gestellt, die insbesondere den besonderen Bedürfnissen von Pflegebedürftigen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen gerecht werden sollen.

Mit der Einführung des § 125 SGB XI wurden im Zuge derselben Gesetzgebung Modellvorhaben zur praktischen Erprobung und wissenschaftlichen

Evaluation von Leistungen der häuslichen Betreuung gemäß § 124 SGB XI durch sogenannte Betreuungsdienste veranlasst. Diese Modellvorhaben sollen die Wirkungen des Einsatzes von Be-

treuungsdiensten auf die pflegerische Versorgung umfassend bezüglich Qualität, Wirtschaftlichkeit, Inhalt der erbrachten Leistungen und Akzeptanz bei den Pflegebedürftigen untersuchen. Damit stehen gleichzeitig sowohl die neue Leistungsart

„Häusliche Betreuung“ als auch ein neuer Typus von Leistungserbringern („Betreuungsdienste“) im Fokus der wissenschaftlichen Betrachtung. Das Modellprogramm endet am 31. Dezember 2017.

Für die Modellvorhaben ist eine umfangreiche wissenschaftliche Begleitung und Evaluation vorgesehen, die vom Berliner IGES Institut umgesetzt wird. Die wissenschaftlichen Fragestellungen beziehen sich auf zwei große Fragenkomplexe: Einerseits werden Fragen zu Inhalt und Qualität der Betreuungsleistungen als neue Leistungsart untersucht; zum anderen Fragestellungen, die sich unmittelbar auf die neuen Leistungserbringer, die Betreuungsdienste, beziehen. Dabei wird auch die Wirtschaftlichkeit im Sinne von marktbezogenen Chancen und Risiken der Betreuungsdienste bewertet. Einen zentralen Stellenwert nimmt insgesamt die Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer sowie ihrer Angehörigen ein. Aber auch Mitarbeitende sowie sämtliche Leitungskräfte werden mehrfach schriftlich und persönlich befragt.

Um die Marktsituation der Betreuungsdienste angemessen abbilden zu können, werden neben den unmittelbar auf die teilnehmenden Betreuungsdienste und ihre Kundschaft bezogenen Befragungen zusätzlich regional begrenzte Umfeld- und Marktanalysen durchgeführt. Diese sollen in Bezug auf bestimmte Regionen eine detaillierte Beschreibung der Versorgungslandschaft ermöglichen. Gleichzeitig bieten neben den teilnehmenden Betreuungsdiensten derzeit bereits auch ambulante Pflegedienste Leistungen der häuslichen Betreuung gemäß § 124 SGB XI an. Und niedrigschwellige Angebote nach § 45c SGB XI stellen qualifizierte zusätzliche Betreuungsleistungen zur Verfügung; in den meisten Fällen getragen durch Ehrenamt bzw. bürgerschaftliches Engagement, in NRW beispielsweise jedoch auch durch gewerbliche Anbieter. Daher werden diese Leistungserbringer und ihre Kundinnen und Kunden als Vergleichsgruppen in die wissenschaftliche Untersuchung einbezogen und in vergleichbarem Umfang befragt.

Einen zentralen Stellenwert nimmt insgesamt die Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer sowie ihrer Angehörigen ein. Aber auch Mitarbeitende sowie sämtliche Leitungskräfte werden mehrfach schriftlich und persönlich befragt.

Betreuungsdienste sollen insbesondere für demenziell erkrankte Pflegebedürftige dauerhaft häusliche Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistungen erbringen; Pflegeleistungen im engeren Sinne sind jedoch ausgeschlossen. Aufgrund der Komplexität der rechtlichen Vorgaben für die ambulante Versorgung sind für die Betreuungsdienste zunächst grundsätzlich die Regelungen des SGB XI für ambulante Pflegedienste entsprechend anzuwenden. In Anbetracht des Modellcharakters der Betreuungsdienste wurden jedoch beispielsweise in Hinblick auf die Leitungskraft, die Personalausstattung und die Qualitätssicherung spezifische Regelungen vereinbart.

Vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Personalsituation in der Pflege kommt der Öffnung der beruflichen Ausgangsqualifikation für Leitungskräfte ein besonderer Stellenwert zu: Eine dreijährige Fachausbildung (z. B. Heilerziehungspflegerin oder Heilerziehungspfleger), ein einschlägiger Fachhochschul- bzw. Hochschulabschluss (z. B. Sozialpädagogin oder Sozialpädagoge) oder auch eine anerkannte Weiterbildung (z. B. Altentherapeutin oder Altentherapeut) im Gesundheits- und Sozialbereich stellen in Verbindung mit einschlägiger Berufserfahrung und dem Nachweis einer zusätzlichen Qualifikation für leitende Funktionen im Sinne des § 71 SGB XI die notwendigen Grundvoraussetzungen zur Leitung eines Betreuungsdienstes nach § 125 SGB XI dar. Durch diese über den rein pflegerischen Bereich hinausgehenden Möglichkeiten soll die Versorgung insgesamt auf eine breitere und vielfältigere personelle Basis gestellt werden. Die Qualifikationen der teilnehmenden Leitungskräfte bewegen sich dementsprechend auf einem breiten Spektrum: Neben Altenpflegerinnen und Altenpflegern sowie Krankenpflegerinnen und Krankenpflegern beteiligen sich beispielsweise auch Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Fachwirtinnen und Fachwirte im Gesundheits- und Sozialwesen oder Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten an den Modellvorhaben. Die zusätzliche Qualifikation für leitende Funktionen nach § 71 SGB XI

stellt für einige der Leitungskräfte aufgrund ihres nicht-pflegerischen beruflichen Hintergrundes eine besondere Herausforderung dar. Die derzeit bei den Bildungsträgern verfügbaren Angebote sind naturgemäß auf Pflegefachkräfte ausgerichtet, berücksichtigen nur in geringem Umfang Betreuungsleistungen und zielen inhaltlich auf Leitungsaufgaben im Bereich der unmittelbar pflegerischen Versorgung. Die besonderen Anforderungen von ambulanten Betreuungsdiensten bzw. das zunehmende Gewicht von Betreuung im Leistungsspektrum der Pflegeversicherung werden in diesen Angeboten bislang in der Regel nur in geringem Umfang berücksichtigt. Gleichwohl wird es eine zukünftige Aufgabe von Fort- und Weiterbildungsträgern sein, entsprechende Angebote, beispielsweise in Form modularer Ergänzungen oder Alternativen, zu entwickeln und anzubieten.

Vor dem Hintergrund der vulnerablen Zielgruppe ist auch eine darauf abgestimmte Qualifikation der eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unabdingbar. Für diejenigen Mitarbeitenden, die unmittelbar in der häuslichen Betreuung eingesetzt werden, wird daher eine zusätzliche Qualifikation mindestens auf dem Niveau gemäß der Betreuungskräfte-Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI vorausgesetzt. Auch unabhängig von den festgelegten Mindestanforderungen an das Personal kann bei den teilnehmenden Betreuungsdiensten eine große Bandbreite qualifikatorischer Voraussetzungen beobachtet werden, die zusätzliche Kenntnisse und Fertigkeiten in die Betreuung einbringen. So verfügt der überwiegende Teil der Betreuungskräfte über eine gesundheits- und pflegerelevante Ausgangsqualifikation – beispielsweise als Altenpflegerin bzw. Altenpfleger, Krankenpflegerin bzw. Krankenpfleger, Altenpflegehelferin bzw. Altenpflegehelfer oder Sozialpädagogin bzw. Sozialpädagoge. Wie in Bezug auf die Qualifikation für Leitungskräfte beschrieben, sind auch hier die angebotenen Qualifizierungsmaß-

Vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Personalsituation in der Pflege kommt der Öffnung der beruflichen Ausgangsqualifikation für Leitungskräfte ein besonderer Stellenwert zu.

nahmen in der Regel nicht auf die Besonderheiten der Arbeit in einem ambulanten Betreuungsdienst ausgerichtet.

Im Hinblick auf die Qualitätssicherung sind mit den Vorgaben zur Qualifikation von Leitung und Mitarbeitenden bereits zentrale Standards in den Rahmenvorgaben der Modellvorhaben nach § 125 SGB XI verankert. Da Betreuungsdienste im Wesentlichen Sachleistungen bei den Versicherten erbringen, müssen jedoch darüber hinausgehende

Besonders effektive, praktisch gut umsetzbare und überprüfbare Elemente können möglicherweise im Rahmen des Modellvorhabens identifiziert und gegebenenfalls als verbindliche Bestandteile des Qualitätsmanagements festgelegt werden.

Anforderungen zur Sicherstellung der Qualität der Versorgung erfüllt werden. Derzeit sind Leistungen der häuslichen Betreuung nach § 124 SGB XI im Rahmen der Maßstäbe

und Grundsätze (MuG) noch nicht gesondert berücksichtigt. Innerhalb der Modellvorhaben bietet sich vor diesem Hintergrund die Möglichkeit, unterschiedliche Ansätze des internen Qualitätsmanagements zuzulassen und zu evaluieren. So können möglicherweise besonders effektive, praktisch gut umsetzbare und überprüfbare Elemente identifiziert und gegebenenfalls als verbindliche Bestandteile des Qualitätsmanagements festgelegt werden.

Derzeit nehmen 47 Unternehmen aus fast dem gesamten Bundesgebiet an den Modellvorhaben teil. Bereits im Vorfeld der öffentlichen Bekanntmachung zur Durchführung der Modellvorhaben, unmittelbar nach Verabschiedung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes, gingen mehrere Hundert diesbezügliche Anfragen beim GKV-Spitzenverband ein. Nach der Ausschreibung reduzierte sich diese Zahl jedoch deutlich, möglicherweise beeinflusst durch die vergleichsweise hohen Anforderungen an Konzeption, Leitung und Mitarbeitende sowie die absehbaren gesetzlichen Neuregelungen im Rahmen des Ersten Pflegestärkungsgesetzes. Eine große Zahl der Interessenten in diesem eigentlichen Bewerbungsverfahren erfüllten die für eine Teilnahme festgelegten Voraussetzungen. Die

Teilnahme an den Modellvorhaben begann nach Abschluss der Vertrags- und Vergütungsverhandlungen mit den jeweils zuständigen Landesverbänden der Pflegekassen. Vor dem Hintergrund der föderalen Strukturen innerhalb des Gesundheitswesens sollte mit diesem zweistufigen Verfahren zum einen die jeweils regionale Vergleichbarkeit der Betreuungsdienste unterstützt und gleichzeitig eine Durchführung der Modellvorhaben unter den jeweils faktischen Versorgungsbedingungen der Länder ermöglicht werden. Die Ausgestaltung der Verträge folgte im Wesentlichen den im Vorfeld abgestimmten Rahmenbedingungen. Bei der Vergütungsfindung zeigten sich jedoch regionale Unterschiede, die auch die jeweiligen landesspezifischen Besonderheiten widerspiegeln.

Die neuen Leistungserbringer setzen die Modellvorhaben zu einem Zeitpunkt um, zu dem sich die pflegerische Gesetzgebung insgesamt im Wandel befindet. Vor dem Hintergrund des kommenden neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bzw. des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes wird Betreuung zunehmend gestärkt. Gleichzeitig wurden bereits neue Möglichkeiten und erweiterte Spielräume für Anbieter niedrigrschwelliger Leistungen geschaffen. Betreuungsdienste befinden sich damit im Spannungsfeld von Konkurrenz und Kooperation sowohl mit ambulanten Pflegediensten als auch mit niedrigrschwelligem Betreuungsangeboten, die in weiten Teilen von ehrenamtlichen Strukturen getragen werden. Eine Herausforderung sind in diesem Zusammenhang die jeweils möglichen Leistungsarten und deren Abrechnung. Betreuungsdienste dürfen sowohl Leistungen nach § 45b als auch nach § 124 SGB XI erbringen. Bei gleichzeitiger Versorgung von Kundinnen und Kunden durch zugelassene ambulante Pflegedienste werden jedoch Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung vorrangig abgerechnet, denn ein Anspruch auf Leistungen der häuslichen Betreuung besteht nach § 124 Abs. 3 nur, sofern diese im Einzelfall sichergestellt sind. Niedrigrschwellige Angebote nach § 45c SGB XI sehen sich jedoch mit ähnlichen Herausforderungen konfrontiert, nämlich der Möglichkeit, bis

zu 40 Prozent des nicht für Pflege und Hauswirtschaft aufgewendeten Sachleistungsbetrages im Rahmen der Regelungen nach § 45b Abs. 3 SGB XI zu verwenden. Es bedarf daher in mehreren Konstellationen entweder einer vertrauensvollen auch organisatorischen Zusammenarbeit der unterschiedlichen Leistungserbringer oder genauer Kenntnis der Kundinnen und Kunden bzw. der Angehörigen bezüglich der Ausschöpfung des Sachleistungsanspruchs. Die Erfahrungen im Modellprogramm werden dazu beitragen, abzuschätzen, in welchem Umfang dies eine individuelle Gestaltung des Hilfe-Mixes beeinflusst.

Inhaltlich adressiert eine zentrale Frage die leistungsrechtliche Abgrenzung der unterschiedlichen Arten von Betreuung (zusätzliche Betreuungsleistungen gegenüber Leistungen der häuslichen Betreuung nach § 124 SGB XI bzw. hauswirtschaftliche Versorgung gegenüber zusätzlichen Entlastungsleistungen). Ein Unterscheidungsmerkmal stellen sowohl die unterschiedliche Qualifikation der Mitarbeitenden als auch die unterschiedlichen Maßstäbe für Qualitätssicherung der jeweiligen Leistungsarten dar. Inwiefern darüber hinaus eine inhaltlich-praktische Differenzierung anhand der konkreten Leistungsinhalte möglich ist, soll im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation geklärt werden. Die weitere Professionalisierung von Betreuungsleistungen kann hier möglicherweise zu einer Ausdifferenzierung des Hilfe-Mixes beitragen.

Betreuungsdienste könnten zukünftig ihren Stellenwert in der Versorgung als Leistungserbringer zwischen der grundlegenden Arbeit von Ehrenamt und den pflegerischen Leistungen ambulanter Pflegedienste finden. Gerade angesichts der heutigen und zukünftigen Personalsituation in der Pflege könnte durch Betreuungsdienste und ihre Ergänzung der Arbeit von Pflege und niedrigschwelliger Anbietern der notwendige Personalmix in der ambulanten Versorgung unterstützt werden. Nach Abschluss der wissenschaftlichen Begleitforschung im Jahr 2017 kann besser beurteilt werden, ob dieser Ansatz erfolgreich ist.

Betreuungsdienste könnten zukünftig ihren Stellenwert in der Versorgung als Leistungserbringer zwischen der grundlegenden Arbeit von Ehrenamt und den pflegerischen Leistungen ambulanter Pflegedienste finden.

III. Ausblick

Die Pflegeversicherung steht in den nächsten Jahren vor einer Vielzahl von Herausforderungen. Die Weiterentwicklung der Qualität, das Thema „Personal in der Pflege“ sowie die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bilden zentrale Themenfelder für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung.

In Ergänzung zu diesen Themen und ihrer notwendigen Evaluation besteht an vielen Stellen des Versorgungssystems Bedarf an fachlich begründeter und begleiteter Weiterentwicklung. Dies betrifft zum einen die Förderung von Innovationen und Modellen in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen. In

Von hoher Bedeutung ist ein übergreifendes Qualitätsverständnis, das die unterschiedlichen Merkmale von Qualität im Kontext der jeweiligen Instrumente wissenschaftlich herleitet und in einem theoretisch-konzeptionellen Rahmen zusammenführt.

diesem Zusammenhang sollen weiterhin Projekte gefördert werden, in den innovative Versorgungs- und Organisationsmodelle und neuartige Interventionen in den verschiedenen Themenbereichen erprobt werden. Vor dem Hintergrund der mit dem Pflegegestärkungsgesetz I verbundenen Änderungen des § 8 Abs. 3 SGB XI, mit der nun auch Studien und wissenschaftliche Expertisen finanziert werden können, ergeben sich neue Möglichkeiten im Bereich der Versorgungsforschung in der Pflege. Dabei werden Pflege und Versorgung unter den gegebenen Rahmenbedingungen analysiert und ihre Wirkungen unter anderem auf die Pflege- und Lebensqualität von pflegebedürftigen Menschen untersucht. Auch eine gesundheitsökonomische Betrachtung von Kosten und Wirkungen, wie sie derzeit im Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen stattfindet, sollte perspektivisch integraler Bestandteil in der Evaluation von neuen Modellen und Interventionen sein.

Eine zentrale Herausforderung in Bereich der Qualität ist es, die verschiedenen gesetzlichen Instrumente gut aufeinander abzustimmen. Von hoher Bedeutung ist in diesem Zusammenhang ein übergreifendes Qualitätsverständnis, das die unterschiedlichen Merkmale von Qualität im Kontext der jeweiligen Instrumente wissenschaftlich herleitet und in einem theoretisch-konzeptionellen Rahmen zusammenführt. Dabei gilt es auch, die Bezüge, die zwischen den verschiedenen Instrumenten - gemeinsame Maßstäbe und Grundsätze, Qualitätsprüfungen, PTV, Expertenstandards und Indikatoren - bestehen, transparent zu machen und die genannten Instrumente einer kritischen Revision zu unterziehen. Ebenfalls muss in einem Qualitätsverständnis die Lebensqualität als zentrale Qualitätskategorie bedacht werden. Auch muss der in den letzten Jahren in der Qualitätsdebatte zu beobachtende Perspektivwechsel noch stärker Berücksichtigung finden. Standen über einen langen Zeitraum Fragen der Struktur- und Prozessqualität im Vordergrund, so richtet sich der Hauptfokus nunmehr auf die Ergebnisqualität und auf die Beschreibung und Bewertung von klar zu definierenden Outcomes. Die genannte Weiterentwicklung der Indikatoren bildet hier einen wichtigen Ansatzpunkt. Es bedarf jedoch darüber hinaus eines empirisch fundierten Zusammenhangs von Merkmalen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Angesichts einer steigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen und eines allgemein postulierten Fachkräftemangels gehört die Gewinnung und Sicherung geeigneten Personals zu den weiteren zentralen Herausforderungen in der Pflege. Die große Heterogenität von Prognosen zum Fachkräftemangel in der Pflege illustriert, dass noch immer die empirischen Grundlagen fehlen,

um beurteilen zu können, wie viel Personal mit welcher Qualifikation in der Pflege in Zukunft benötigt wird, um die gewünschte Qualität in der Pflegeversorgung zu gewährleisten. Nur auf dieser Grundlage können Aussagen über Anzahl und Ausrichtung der zukünftig benötigten Pflegekräfte getroffen werden.

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs markiert einen bedeutsamen Schritt zu einer differenzierten Einstufung von Pflegebedürftigkeit, die körperliche und kognitive Einschränkungen und Ressourcen besser als im bisherigen System zu erfassen vermag. Der damit verbundene vielzitierte Paradigmenwechsel geht jedoch weit über die Frage der Einstufung von Pflegebedürftigkeit hinaus. Vielmehr ergeben sich daraus vielfältige Anforderungen auch für die Dienste und Einrichtungen. Das mit dem neuen Begriff verbundene veränderte Verständnis von Pflegebedürftigkeit muss sich langfristig auch in veränderten Formen der Pflege und Betreuung widerspiegeln, um dem Anspruch an Selbstständigkeit und Selbstbestimmung gerecht zu werden. Begleitende Studien und Evaluationen können hier dazu beitragen, auch die Auswirkungen auf die Praxis der Pflege in der Zukunft einschätzen zu können.

Die große Heterogenität von Prognosen zum Fachkräftemangel in der Pflege illustriert, dass noch immer die empirischen Grundlagen fehlen, um beurteilen zu können, wie viel Personal mit welcher Qualifikation in der Pflege in Zukunft benötigt wird, um die gewünschte Qualität in der Pflegeversorgung zu gewährleisten.

IV. Anhang

A) Überblick über alle 2014/2015 geförderten Modellprojekte gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI

INDIKA. Indikationsspezifische regional koordinierte nachstationäre Langzeitversorgung von Menschen mit Schlaganfall und mit Demenz nach Schlaganfall in Berlin-Pankow
(01.11.2012 – 31.05.2016)

MADRIC. IT-gestütztes Monitoring von unerwünschten Arzneimittelwirkungen in der stationären Altenpflege
(01.11.2012 – 30.04.2016)

Expertise über Indikatoren zur Messung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie Lebensqualität in der ambulanten Pflege
(01.02.2013 – 31.05.2013)

DemAS. Entwicklung und empirische Überprüfung einer internetbasierten Schulung für Angehörige Demenzkranker
(01.02.2013 – 31.03.2016)

LeFa. Leben mit Familienanschluss. Implementierung eines Unterstützungsarrangements für ältere Menschen mit Pflegebedarf in ländlichen Sozialräumen in Ostdeutschland
(01.04.2013 – 31.10.2015)

StaVaCare-Pilot. Stabilität und Variation des Care-Mix in Pflegeheimen unter Berücksichtigung von Case-Mix und Outcome
(01.05.2013 – 30.04.2014)

PLiP. Pflegeberatung ist Problemlösung – Ein Ansatz zur Stärkung der Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI
(01.05.2013 – 31.10.2016)

DeTaMAKS. Nicht-medikamentöse Aktivierungsmaßnahme für Menschen mit Demenz in der Tagespflege mit telefonischer Angehörigen-Kurzintervention zur Stärkung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf
(01.04.2014 – 31.03.2017)

Praktikabilitätsstudie zur Einführung des Neuen Begutachtungsassessments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI
(01.04.2014 – 31.03.2015)

EVIS. Evaluation des NBA – Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen
(01.04.2014 – 31.03.2015)

Erfassung von Ergebnisqualität der Pflege gerontopsychiatrisch Erkrankter im Rahmen der MDK-Qualitätsprüfung
(01.01.2015 – 31.12.2015)

Modellhafte Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“
(01.02.2015 – 31.07.2016)

PflegeTab. Technik für mehr Lebensqualität trotz Pflegebedürftigkeit bei Demenz
(01.02.2015 – 31.01.2018)

Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege
(01.06.2015 – 30.11.2016)

IBIP. Interkulturelle Brückenbauerinnen in der Pflege
(01.09.2015 – 31.08.2018)

REDEZEIT. Telefonische Unterstützungsgruppe für Angehörige von Menschen mit Demenz
(01.11.2015 – 30.04.2017)

Ausführliche Informationen zu den einzelnen Projekten unter <https://www.gkv-spitzenverband.de>

B) Überblick über alle im Rahmen von § 45f SGB XI geförderten Modell- und Forschungsprojekte

Fördertyp A: Konzeptentwicklung und Umsetzung von Praxisprojekten

Gemeinsam planen, bauen, wohnen, leben im Neubaugebiet „Am Wiesbach“, Mehrgenerationenquartier mit zwei PflegeWGs nach LWTG § 5 oder 6, Wohnen in der Dorfgemeinschaft mit ambulanter Pflege und nachbarschaftlicher Einbindung
(01.01.2015 - 31.12.2017)

Entwicklung neuer Wohnformen im Dekanat Meißen
(01.01.2015 - 31.12.2017)

DUALIS Daheim und nicht allein mit individueller Versorgungssicherheit, Sozial-technischer Betreuungsdienst für alleinstehende und demenzerkrankte Menschen
(01.02.2015 - 31.01.2018)

Paradigma Hausgemeinschaft?! - Weiterentwicklung der stationären Versorgung im Rahmen des Pflegeversicherungsgesetzes (PaHaNeu)
(01.02.2015 - 30.09.2017)

Kölner Modell - Perspektiven und Unterstützungsstrukturen für Wohngemeinschaften mit Auftragbergemeinschaft
(01.02.2015 - 31.01.2018)

Alles unter einem Dach - Das Döbelner Modell
(01.02.2015 - 31.01.2018)

Inklusive Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz mit und ohne geistige Behinderung - Inklusives Wohnen im Alter (IWA)
(01.02.2015 - 31.01.2018)

Vernetztes Wohnen im Quartier trotz Demenz (QuoVadis)
(01.02.2015 - 31.01.2018)

Pflege@Quartier
(01.02.2015 - 31.01.2018)

Gillensfeld: Auf dem Weg in die sorgende Gemeinschaft
(01.02.2015 - 31.01.2018)

Weiterentwicklung der stationären Pflege - Ambulantisierung der Hausgemeinschaften
(01.02.2015 - 31.01.2018)

Wohnkonzept für pflegebedürftige Menschen und ihre Partnerinnen bzw. Partner (Paarwohnen)
(01.02.2015 - 31.01.2018)

Betreutes Wohnen Plus - Entwicklung eines intensivierten niederschweligen Betreuten Wohnens als Alternative zum Pflegeheim mit individueller Betreuungsintensität
(01.02.2015 - 31.07.2017)

Dement im Quartier - Wohnen, leben, teilhaben - Vergleichendes Entwicklungsprojekt zu neuen Wohn- und Integrationskonzepten für Menschen mit Demenz auf dem Land und in der Stadt
(01.02.2015 - 31.01.2018)

Wir bleiben daheim! - Wohnen im Verbund zuhause und mitten im Stadtteil
(01.03.2015 - 28.02.2018)

Selbstorganisierte ambulant betreute Wohngemeinschaft für türkischsprachige Menschen mit Pflegebedarf
(01.03.2015 - 31.01.2017)

dehaam - hilfe. allen. allzeit. mobil.
(01.03.2015 - 31.12.2017)

Ein Dorf hilft sich selbst - Wohnen und leben im Quartier
(01.03.2015 - 30.04.2017)

Chancen für ein gutes Leben, Lebenslanges Wohnen in meinem Quartier
(01.03.2015 - 31.01.2017)

Ambulant betreuter Wohnverbund in der Siedlung am Heilhaus
(01.03.2015 - 28.02.2018)

Neubau eines barrierefreien Gebäudekomplexes mit seniorengerechten und pflegenahen Wohnungen, umrüstbar zu Pflegeplätze: Pflegenahes Wohnen
(01.03.2015 - 28.02.2018)

Haus Teresa: Gemeindeintegriertes Wohnprojekt für das Quartier Ansbach
(01.03.2015 - 28.02.2018)

AmaryllisPLUS: Pflegen, Leben und Selbstgestalten im Quartier
(01.03.2015 - 31.12.2017)

Selbstbestimmt Wohnen mit MS: In den eigenen Wänden mit Versorgungssicherheit
(01.04.2015 - 31.07.2017)

Neue Wege und Konzepte für die Zukunft pflegebedürftiger Menschen - Entwicklung unter Beteiligung bisheriger und zukünftiger Nutzerinnen und Nutzer
(01.05.2015 - 31.12.2017)

Fördertyp B: Konzeptumsetzung von Praxisprojekten

Seniorenwohngemeinschaft in Merkelbach (SeWoGe Merkelbach)
(01.01.2015 - 31.12.2017)

Skipper (Sicherheit, Koordination, Innovation, Prävention, Phantasie, Empowerment & Ressourcen)
(01.02.2015 - 31.01.2018)

Begleitetes Servicewohnen „ZusammenHalt“ - Ein ambulantes Angebot für Menschen mit Unterstützungsbedarf, in Anbindung an die stationären Strukturen des Seniorenzentrums St. Engelbert
(01.02.2015 - 31.01.2018)

Aufbau von Strukturen zum Quartiersmanagement im ländlichen Bereich
(01.02.2015 - 31.01.2018)

Leben im Quartier - Wohnen für Generationen
(01.03.2015 - 31.12.2017)

Altern gestalten in Gemeinschaft - Leben und Wohnen in St. Alban Bodenheim
(01.03.2015 - 28.02.2018)

Aufbau eines Qualitäts-Management-Systems für die Organisation der ambulant betreuten Senioren-Wohngemeinschaft Künersberg (Gemeinde Memmingerberg)
(01.05.2015 - 31.12.2017)

24 h Versorgung/ Pflege im Quartier in Bamberg
(01.05.2015 - 28.02.2018)

Fördertyp C: Umsetzung von wissenschaftlichen Konzepten

Gemeinsam zuhause? Birlikte evde? Wohnalternativen für pflegebedürftige türkeistämmige Migrantinnen und Migranten
(01.03.2015 - 29.02.2016)

Öffnung ambulant betreuter Wohngemeinschaften für alte Menschen aus benachteiligten Bevölkerungsgruppen - Bedarfsermittlung und Konzeptentwicklung
(01.04.2015 - 31.03.2016)

Selbstbestimmt wohnen und teilhaben im Quartier
(01.04.2015 - 31.03.2016)

Innovative Wohnformen für pflege- und betreuungsbedürftige gehörlose und taubblinde Menschen - Ein mehrdimensionaler partizipatorischer Forschungsansatz zur Entwicklung kultursensibler Wohnmodelle nach § 45f SGB XI
(01.05.2015 - 30.04.2016)

Entwicklung von quartiersbezogenen Wohnkonzepten mit Pflegekern-Quartierskern (01.05.2015 - 30.04.2016)

Fördertyp D: Evaluation bereits umgesetzter Konzepte

Am Sonnenpark

Hausgemeinschaft für Menschen mit Pflegebedürftigkeit

Evaluation von ambulant betreuten Wohngemeinschaften

Ganzheitliches Leben und Wohnen im Alter

Wohngruppe Hofgarten

Ambulant betreute Wohngemeinschaften im Lorenz-Werthmann-Haus

Ambulant betreute Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz im ländlichen Raum

Sternenhaus

Wohngemeinschaft Tangermünde

Ambulante Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz - Leben und Betreuung in assistierender Umgebung

Ambulante Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz

Seniorenwohngemeinschaft Im Krümmel

Villa Ostenallee

Tagesbegleitung für Menschen mit einer Demenzerkrankung im Wohnstift Niederursel

Demenz-WG Edelweiß

Altenpflege 5.0

C) Betreuungsdienste gemäß § 125 SGB XI in den Bundesländern

Bundesland	Betreuungsdienste
Baden-Württemberg	7
Bayern	2
Berlin	2
Brandenburg	2
Hessen	2
Mecklenburg-Vorpommern	1
Niedersachsen	3
Nordrhein-Westfalen	20
Rheinland-Pfalz	2
Sachsen	2
Sachsen-Anhalt	3
Thüringen	1

D) Schriftenreihe

Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

Seit 2011 gibt die Forschungsstelle Pflegeversicherung eine Schriftenreihe heraus, in der die Ergebnisse derjenigen Modellprojekte veröffentlicht werden, die für die weitere wissenschaftliche, fachliche und politische Diskussion des jeweiligen Themas bedeutsam sind. Erschienen sind bisher die folgenden Bände:



Band 1
Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten



Band 2
Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit



Band 3
Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines Begutachtungsinstruments zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit



Band 4
Das Pflegebudget



Band 5
Das Integrierte Budget



Band 8
Telefongestützte Intervention für Pflegende Angehörige von Schlaganfall-Betroffenen



Band 6
Pflegebegleiter



Band 9
Betreuungskräfte in Pflegeeinrichtungen



Band 7
Kompetenzförderung von pflegenden Angehörigen und Patienten



Band 10
Pflegeberatung



Band 11
Vernetzung von Hilfen für pflegebedürftige Kinder



Band 12
Praktikabilitätsstudie zur Einführung des NBA in der Pflegeversicherung



Band 13
Versorgungsaufwände in stationären Pflegeeinrichtungen

GKV-Spitzenverband

Reinhardtstraße 28

10117 Berlin

Telefon: 030 206288-0

Telefax: 030 206288-88

www.gkv-spitzenverband.de