



Spitzenverband



Forschungsstelle Pflegeversicherung Bericht 2016-2017



Impressum

Herausgeber:
GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin

Verantwortlich:
Dr. Christiane Eifert, komm. Leiterin der Forschungsstelle Pflegeversicherung

Gestaltung:
BBGK Berliner Botschaft
Gesellschaft für Kommunikation mbH

Fotonachweis:
Titelseite links: dotshock - Shutterstock
Titelseite rechts: Tom Maelsa/tommaelsa.com
Seite 29: Tom Maelsa/tommaelsa.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
Einleitung	6
I. Laufende Modellprogramme zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung	9
A) Modellprogramm nach § 8 Abs. 3 SGB XI	9
Sektorenübergreifende Versorgung für Pflegebedürftige	9
Pflegepersonal, dessen Qualifikationsorientierung und Einsatz	12
Weiterentwicklung der Pflegeberatung	14
Qualitätssicherung in der stationären Versorgung	16
Patientensicherheit und Risikomanagement	17
Kultursensible Pflege	17
Wie die Lebensqualität Demenzkranker und ihrer pflegenden Angehörigen verbessert werden kann	19
Digitale Technologien in der Versorgung Pflegebedürftiger	22
Entbürokratisierung der Pflege	23
B) Neue Wohnformen für pflegebedürftige Menschen - das Modellprogramm nach § 45f SGB XI	25
C) Evaluation von Betreuungsdiensten in der Pflege - das Modellprogramm nach § 125 SGB XI	32
D) Vorbereitung der Evaluation zu Modellkommunen nach §§ 123-124 SGB XI	39
II. Ausblick	40
III. Anhang	42
A) Überblick über alle 2016/2017 geförderten Modellprojekte und Studien gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI	42
B) Überblick über alle im Rahmen von § 45f SGB XI geförderten Modell- und Forschungsprojekte	43
C) Betreuungsdienste gemäß § 125 SGB XI in den Bundesländern	46
D) Publikationen	47
E) Das Team der Forschungsstelle Pflegeversicherung	50

Vorwort

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

die Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger Menschen sicherzustellen und in ihrer Qualität zu verbessern ist eine der zentralen sozialpolitischen Herausforderungen unserer Gesellschaft. Aus diesem Grund sind in den vergangenen beiden Jahren in der Pflegeversicherung viele bedeutsame Reformen umgesetzt worden, beispielhaft nenne ich die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Weitere gleichfalls relevante Reformvorhaben wurden auf den Weg gebracht, wie etwa die Neuorganisation der Qualitätssicherung. Doch damit sind keineswegs alle Herausforderungen gemeistert, die sich im Zuge der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung stellen, wie exemplarisch das Thema der Digitalisierung in der Pflege verdeutlicht. Unabdingbar in diesem Zusammenhang ist die fachliche und wissenschaftliche Fundierung von pflegepolitischen Entscheidungen durch Forschung, modellhafte Erprobung und Evaluation.

Dieser Aufgabe nimmt sich die Forschungsstelle Pflegeversicherung beim GKV-Spitzenverband an, die gegenwärtig drei Modellprogramme mit insgesamt knapp 70 Vorhaben betreut. Unter den vielfältigen Förderinitiativen in diesem Bericht, der den Zeitraum 2016/2017 abbildet, finden sich Projekte zu technischen Innovationen in

der Pflege, zur Weiterentwicklung der Pflegeberatung, zur nichtmedikamentösen Aktivierung Demenzkranker, zur Patientensicherheit und zum Risikomanagement, zur Unterstützung pflegender Angehöriger und zur Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege. Für die Weiterentwicklung 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 soll sichergestellt werden, dass deren Ergebnisse sowohl in Wissenschaft und Praxis Eingang finden sowie 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

Einleitung

Die Pflegeversicherung hat in den vergangenen Jahren insbesondere mit den drei Pflegestärkungsgesetzen (PSG I-III) eine entscheidende Verbesserung erlebt und steht gleichwohl vor einer Vielzahl von Herausforderungen. Die Einführung und Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, die Neuordnung der Pflegeberufe, die finanzielle Sicherung sowie die Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege, der Umgang mit einem drohenden Fachkräftemangel und die mit der Digitalisierung verbundenen Chancen bilden zentrale Themenfelder für die Weiterentwicklung des Pflegesystems. Mit der Förderung von Modell- und Forschungsprojekten u. a. zu diesen Themen leistet die Forschungsstelle Pflegeversicherung einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und zur Verbesserung der Situation pflegebedürftiger Menschen.

Zusätzlich zu diesen ‚großen Themen‘ und ihrer notwendigen Evaluation besteht an vielen Stellen des Versorgungssystems Bedarf an fachlich be-

gründeter und begleiteter Weiterentwicklung.

Die Forschungsstelle Pflegeversicherung hat daher im Jahr 2016

Ansatzpunkte und Vor-

schläge für die weitere Ausrichtung und Entwicklung des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und entsprechende Schwerpunktsetzungen vorgestellt. Diese Schwerpunkte wurden im Rahmen einer systematischen Aufbereitung des Forschungsstandes sowie der Analyse sowohl der im Rahmen von Anfragen sich herauskristallisierenden Themencluster als auch der entsprechenden gesetzlichen Rahmenbedingungen identifiziert und konsentiert. Sie lauten:

- Schnittstellen/sectorenübergreifende Versorgung
- Qualifikationsorientierung und Personalbemessung
- Weiterentwicklung der Pflegeberatung
- Qualitätsentwicklung
- Patientensicherheit/Risikomanagement
- Migration/kultursensible Pflege

Unter den gewählten Schwerpunkten genießen Themen der sektorenübergreifenden Versorgung eine hohe Priorität, denn Menschen, die Pflegeleistungen nach dem SGB XI in Anspruch nehmen, beziehen i. d. R. ebenfalls temporär oder dauerhaft weitere Leistungen der sozialen Sicherungssysteme. Diese Tatsache führt, je mehr Leistungen in Anspruch genommen werden, zu vielfältigen Schnittstellen zwischen dem System der Pflegeversicherung und anderen Sicherungssystemen. Darüber hinaus gelten für die Pflegeversicherung per Gesetz Grundsätze, die unmittelbar oder mittelbar andere Sektoren betreffen, z. B. der Grundsatz Reha vor Pflege (unmittelbar) oder ambulant vor stationär (mittelbar). Die Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung ist zudem erklärtes Ziel der aktuellen Bundesregierung und im Koalitionsvertrag formuliert. Diese Grundsätze, aber auch unterschiedliche Anreizsysteme der einzelnen Sozialleistungsträger können zu Schnittstellenproblemen führen, die derzeit noch nicht hinreichend gelöst sind. Die Forschungsstelle hat aus der Vielzahl von Schnittstellenproblemen vier Themenfelder herausgegriffen, die seither verstärkt im Fokus des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3 SGB XI stehen und die Potenzial für eine Weiterentwicklung der Pflegeversicherung bieten können. Es handelt sich hierbei um die Schwerpunkte Pflege und Prävention, Pflege und akutstationäre Behandlung, Pflege und Palliativversorgung sowie Pflege und Teilhabe.

Angesichts einer steigenden Anzahl pflegebedürftiger Menschen und eines allgemein postulierten Fachkräftemangels gehört die Gewinnung und Sicherung geeigneten Personals zu den weiteren zentralen Herausforderungen 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 jedoch Aussagen über Anzahl

und Ausrichtung der zukünftig benötigten Pflegekräfte getroffen werden.

Im Zentrum einer qualitätsgesicherten und umfassenden individuellen Versorgung von pflegebedürftigen Personen steht die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Sie ist einerseits für die pflegebedürftige Person und ihre Angehörigen die Instanz, die ihnen Auskunft, Hilfestellung und je nach Bedarf punktuelle oder wiederholte Begleitung bei der Organisation der pflegerischen, gesundheitlichen und betreuenden Versorgung bietet. Die Pflegeberatung ist andererseits für die Pflegekassen das Instrument, mit dem sie den Versorgungsprozess von Pflegebedürftigen fördern und lotsen können. Die kontinuierliche Weiterentwicklung der Pflegeberatung wird insbesondere auf die Qualität der Pflegeberatung fokussieren.

Eine zentrale Herausforderung in der Qualitätssicherung und -entwicklung der nächsten Jahre wird es sein, die verschiedenen gesetzlichen Instrumente, die zum Teil unterschiedlichen Logiken und Konzeptualisierungen folgen, 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 diese einer kritischen Revision zu unterziehen. Ebenfalls muss in einem Qualitätsverständnis die ‚Lebensqualität‘ als zentrale Qualitätskategorie Berücksichtigung finden. Diese ist in der Pflegedebatte insgesamt noch mehr Bestandteil von abstrakten Zielformulierungen oder Leitbildern als ein fachlich fundiertes, in seinen Dimensionen wissenschaftlich operationalisiertes und in der alltäglichen Arbeit implementiertes Konstrukt.

Auch muss der in den letzten Jahren in der Qualitätsdebatte zu beobachtende Perspektivwechsel Berücksichtigung finden. Stünden 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. 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 muss den Nachweis erbringen, dass eine Verbesserung nicht nur der Pflege-, sondern auch der Lebensqualität erreicht wird.

Viele Interventionen in der pflegerischen Betreuung und Versorgung bedürfen einer verstärkten Evidenzbasierung, also der Fundierung pflegerischer Entscheidungen durch das beste verfügbare Wissen.

Für die Ausrichtung und Bestimmung zukünftiger Projekte in diesem Themenbereich ergeben sich vor diesem Hintergrund verschiedene Perspektiven. Eine dieser Perspektiven richtet sich darauf, die Wirksamkeit der Pflegeleistungen und Interventionen unter verschiedenen Qualitätsaspekten zu untersuchen, sie zu bewerten und Vorschläge zu ihrer Optimierung zu erarbeiten. Dies erscheint auch vor dem Hintergrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hochrelevant. Der damit verbundene Anspruch, stärker als bisher die Selbstständigkeit und die Ressourcen der Pflegebedürftigen in den Blick zu nehmen, muss sich auch in einem nachweislich veränderten Pflegehandeln widerspiegeln.

Im Rahmen der Versorgungsforschung wird die Pflegequalität bisher überwiegend im Kontext der stationären Pflegeversorgung untersucht. Modellprojekte zu fördern, die die Outcomes der Pflegeversorgung auch im ambulanten und teilstationären Pflegesetting zu optimieren suchen, steht ebenfalls auf der Agenda der Forschungsstelle. Hierbei ist von einem umfassenden Verständnis von Pflege- und Lebensqualität auszugehen.

Eng verbunden mit dem Bereich der Qualitätssicherung und -entwicklung ist das Thema Patientensicherheit und Risikomanagement. Während von Pflegekräften in der stationären Versorgung ausgeübte Tötungsdelikte an Pflegebedürftigen eine hohe mediale Aufmerksamkeit finden, ist die Erarbeitung und Implementierung einer Fehlerkultur kaum vorangeschritten. Noch werden die konstruktive Auseinandersetzung mit Fehlern sowie die Möglichkeit, aus Fehlern zu lernen, erschwert durch deren Tabuisierung und rasche Schuldzuweisungen. Ein profundes Risikomanagement setzt wiederum die systematische und kontinuierliche Sammlung und Auswertung von Risiken voraus, um hierauf aufbauend Maßnahmen zur Fehlervermeidung zu entwickeln, umzusetzen und in ihrer Wirksamkeit zu prüfen.

Die Pflege von Migrantinnen und Migranten ist ebenfalls ein hochrelevantes Thema, das im gesellschaftlichen Diskurs zunehmend an Bedeutung gewinnt. Parallel hierzu läuft die Diskussion über

Im Sinne der interkulturellen Öffnung der Pflege gilt es, mögliche Barrieren bei der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen durch migrantische Gemeinschaften zu identifizieren.

die interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens und der Pflege. Förderlich sind mit Blick auf diesen Schwerpunkt Modellprojekte und Studien, die mögliche Barrieren bei der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen durch migrantische Gemeinschaften identifizieren und Maßnahmen zu deren Überwindung erproben sowie evaluieren. Auch Interventionen zur Sensibilisierung für kulturspezifische Besonderheiten sowie die Qualifikation und Weiterbildung zu Fragen einer kultursensi-

blen Pflege stellen notwendige Schritte auf dem Weg zur interkulturellen Öffnung dar.

Zusätzlich zu den genannten Schwerpunkten wurden im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3 SGB XI eine Reihe von Projekten zu den Themen Demenz, Digitale Technologien in der Versorgung Pflegebedürftiger und Entbürokratisierung der Pflege gefördert und begleitet.

Neben den Vorbereitungen zur Umsetzung der Schwerpunktthemen und neben der regulären Bearbeitung eingehender Projektanträge hat die Forschungsstelle Pflegeversicherung im Berichtszeitraum die Arbeit für ein weiteres Modellprogramm aufgenommen. Ein neuer gesetzlicher Auftrag wurde dem GKV-Spitzenverband und damit der Forschungsstelle Pflegeversicherung mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz zuteil. Nach § 124 Abs. 3 SGB XI ist im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und im Benehmen mit den kommunalen Spitzenverbänden die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation aller Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen nach § 123 SGB XI (Modellkommunen) zu veranlassen.

Der vorliegende Bericht fasst die Aktivitäten der Forschungsstelle Pflegeversicherung für die Jahre 2016 und 2017 zusammen und gibt auch einen Ausblick auf zukünftige Themen.

I. Laufende Modellprogramme zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

A) Modellprogramm nach § 8 Abs. 3 SGB XI

Sektorenübergreifende Versorgung für Pflegebedürftige

► Pflege und Prävention

Aufgrund des demografischen Wandels und des prognostizierten Anstiegs der Zahl Pflegebedürftiger in den kommenden Jahren gewinnen die Themen Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgaben der Pflege zunehmend an Bedeutung. Die Ausschöpfung präventiver und gesundheitsförderlicher Potenziale wird als relevant angesehen, um a) den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, b) eine Verschlechterung des Zustandes des bzw. der Pflegebedürftigen zu verhindern sowie c) die verbliebenen Gesundheitspotenziale und -ressourcen trotz beeinträchtigter Gesundheit zu mobilisieren und zu stärken.

Das Thema Prävention ist entsprechend § 5 SGB XI „Vorrang von Prävention“ fester Bestandteil der sozialen Pflegeversicherung. Per Gesetz kommt den Pflegekassen demnach die Aufgabe der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit bzw. der Aufrechterhaltung oder Verbesserung des Gesundheitszustandes von Pflegebedürftigen zu. Im PSG II ist ferner geregelt, dass im Rahmen der Begutachtung Präventionsbedarfe pflegebedürftiger Menschen dokumentiert und Empfehlungen für präventive Maßnahmen gegeben werden sollen.

Ungeachtet der gesundheitspolitischen und gesellschaftlichen Aufmerksamkeit erlaubt es die bisherige Evidenzlage nicht, die Auswirkungen von gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen auf Pflegeverläufe, Morbiditäts- und Mortalitätsentwicklung zu bewerten. Zwar gibt es – insbesondere für das Setting der stationären Pflege – vereinzelt Studien zu ausgewählten Maßnahmen in speziellen Handlungsfeldern (z. B. Interventionen zur Verbesserung der Ernährungssituation), zielgruppenspezifische Handlungsempfehlungen lassen sich daraus jedoch nicht ableiten.

Ferner mangelt es an hinreichenden Informationen über die Bedarfe sowie die vorhandenen präventiven und gesundheitsförderlichen Potenziale in speziellen Zielgruppen und in speziellen Pflegesettings. Doch erst auf Grundlage valider empirischer Daten können geeignete Konzepte zur Prävention und Gesundheitsförderung in speziellen Pflegesettings und für spezielle Zielgruppen entwickelt, erprobt und evaluiert werden, um daraus in einem nächsten Schritt die vom Gesetzgeber – u. a. im Rahmen der Begutachtung – geforderten Handlungsempfehlungen für präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen abzuleiten.

Die bisherige Evidenzlage erlaubt es nicht, die Auswirkungen von gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen auf Pflegeverläufe, Morbiditäts- und Mortalitätsentwicklung zu bewerten.

Vor diesem Hintergrund hat die Forschungsstelle Pflegeversicherung im Herbst 2017 eine Ausschreibung für eine **Bestandsaufnahme von zielgruppenspezifischen präventiven und gesundheitsförderlichen Bedarfen, Potentialen und Interventionsmaßnahmen in der ambulanten Pflege** veröffentlicht. Im Rahmen dieser Bestandsaufnahme sollen – zunächst für den ambulanten Bereich – aus der Gruppe der pflegebedürftigen Menschen mittels Literatur- und Datenbankrecherchen sowie Sekundärdatenanalysen spezielle Zielgruppen für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege identifiziert und beschrieben werden. Darauf aufbauend sollen systematische Reviews zu Interventionsmaßnahmen für ausgewählte Zielgruppen erfolgen. Den Zuschlag erhielt das IGES Institut, das im Januar 2018 mit der Bestandsaufnahme startete und voraussichtlich im Dezember desselben Jahres Ergebnisse präsentieren wird.

Zwei weitere Vorhaben, die 2017 zum Themenschwerpunkt Prävention vorbereitet wurden, beschäftigen sich mit der Frage, wie Pflegebedürftigkeit vermieden bzw. verzögert werden kann. In der Studie **Gesundheitsverläufe im Alter: Wege in die Pflegebedürftigkeit** werden Informationen

über die Entstehung von Pflegebedarf erarbeitet. Denn bislang fehlt es an Erkenntnissen über die Bedeutung und das Zusammenspiel unterschiedlicher gesundheitlicher, sozialer und sozioökonomischer Faktoren für den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit bei verschiedenen Bevölkerungsgruppen.

Im Rahmen des Projektes sollen deshalb die relative Wichtigkeit und das Zusammenwirken dieser Faktoren untersucht werden. Im Zentrum der Umsetzung des Vorhabens stehen die Analysen der

Mit den Projektergebnissen soll ein Beitrag geleistet werden, die Entstehung von Pflegebedürftigkeit besser zu verstehen.

Daten des Deutschen Alterssurveys (DEAS) sowie der Daten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung

(MDK) Berlin-Brandenburg. Damit sollen Informationen sowohl zum Verlauf der funktionalen Gesundheit von Personen bis hin zur Pflegebedürftigkeit als auch über wesentliche gesundheitsrelevante Determinanten, die zum Eintritt in die Pflegebedürftigkeit führen, erarbeitet werden. Mit den Ergebnissen soll ein Beitrag geleistet werden, die Entstehung von Pflegebedürftigkeit besser zu verstehen. Es sollen Personengruppen identifiziert werden, die ein erhöhtes Risiko für eine Verschlechterung der funktionalen Gesundheit und den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit aufweisen. Ferner sollen Empfehlungen für gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen erarbeitet werden, die die funktionale Gesundheit verbessern und den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit vermeiden bzw. verzögern können.

Das zweite Vorhaben befasst sich mit der speziellen Zielgruppe der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz. Diese Personengruppe ist erheblichen Belastungen ausgesetzt, die ein Risiko für die eigene Gesundheit darstellen und die Stabilität und Qualität der häuslichen Versorgung gefährden können. Um häusliche Versorgungsarrangements möglichst lange aufrechtzuerhalten, hat die Studie **Präventive Versorgungsstrukturen für versorgende Angehörige von Menschen mit Demenz (PfADe)** zum Ziel, präventiv-entlastende

Unterstützungsmaßnahmen für versorgende Angehörige innerhalb bestehender regionaler Versorgungs- und Beratungsstrukturen zu skizzieren. Diese sollen die soziale Vielfalt der Lebenswelten pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen berücksichtigen (z. B. unterschiedliche materielle und soziale Ressourcen, spezielle Bedingungen ländlicher Regionen), da hieraus spezifische Bedarfe an Unterstützungsleistungen resultieren. Im Rahmen der Studie werden daher zunächst die spezifischen Belastungs- und Versorgungssituationen häuslicher Versorgungsarrangements (sogenannte Tandems) von Menschen mit Demenz und ihren versorgenden Angehörigen unter besonderer Berücksichtigung von Indikatoren der sozialen Lage untersucht und typisierend beschrieben.

Die Untersuchung erfolgt im Wesentlichen anhand von Sekundäranalysen verschiedener umfangreicher Datensätze. Im Ergebnis soll ein Screening-Instrument zur Bestimmung von Versorgungsstandards entstehen, auf dessen Grundlage präventive und gesundheitsfördernde Bedarfe und Potenziale von versorgenden Angehörigen lebenslagenspezifisch abgebildet werden können. Die erarbeiteten Ergebnisse können dazu beitragen, Beratungs- und Unterstützungsangebote wie z. B. die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI stärker an die lebensweltlichen Bedingungen der Betroffenen anzupassen. Sie können ferner als Ausgangspunkt für die Entwicklung zielgruppenspezifischer Interventionsmaßnahmen dienen.

► **Pflege und akutstationäre Behandlung**

Der General Hospital Study von 2016 zufolge wiesen 40 Prozent aller über 65-jährigen Patientinnen und Patienten in Allgemeinkrankenhäusern von Baden-Württemberg und Bayern kognitive Störungen auf, fast 20 Prozent litten an Demenz. Nach Auswertung eigener Klinikdaten resümierte die Berliner Charité, dass Demenzpatientinnen und -patienten bis zu sieben Tage länger im Krankenhaus blieben, die ärztliche Behandlung mehr Zeit in Anspruch nahm und der pflegerische Betreuungsaufwand sich enorm erhöhte.

Entsprechend stieg die Zahl von Entlassungen akutstationärer Versorgung in Pflegeheime. Den vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Grunddaten Krankenhaus für 2013 und 2016 ist zu entnehmen, dass 2013 insgesamt 346.225 Entlassungen aus dem Krankenhaus ins Pflegeheim erfolgten, hingegen 2016 bereits 391.249 Personen aus dem Krankenhaus in die stationäre Pflegeeinrichtung entlassen wurden. Die Statistik weist jedoch nur die Summe der Krankheitsfälle, nicht der Patientinnen und Patienten aus. Die Vielzahl der akutstationären Behandlungen spricht für eine hohe Relevanz der Schnittstelle zwischen stationärer Krankenhausbehandlung und stationärer pflegerischer Versorgung.

Pflegeüberleitung bzw. Entlassungsmanagement sind fester Bestandteil akutstationärer Versorgung. Allerdings liegen nach ersten Recherchen Ergebnisse zur Durchführung und Wirksamkeit in Verbindung mit Pflegebedürftigkeit in Deutschland nicht vor. Im Ausland sind „Transitional Care“ oder „Discharge Planning“ (insbesondere in den USA) an der Schnittstelle von akutstationärer Behandlung und stationärer oder ambulanter Pflege oder die Post-Akut-Pflege (Schweiz) mit dem Ziel der Rückkehr in die Häuslichkeit nach einem Krankenhausaufenthalt seit Längerem in der Umsetzung und Gegenstand der Forschung.

Angesichts der wachsenden Anzahl von Demenzerkrankten, die zur stationären medizinischen Versorgung in Krankenhäuser eingeliefert werden, und angesichts der Probleme, die dieser Aufenthalt sowohl für die demenzkranken Patientinnen und Patienten als auch für das Personal der Krankenhausstationen aufwirft, greifen zunehmend mehr Krankenhäuser dieses Thema auf. In ihren Projekten erprobten sie häufig das Konzept, den erheblich gesteigerten Betreuungsaufwand, den demenzkranke Patientinnen und Patienten im Akutkrankenhaus auslösen, über Sensibilisierungs- und Fortbildungskurse des Pflegepersonals aufzufangen.

Das im April 2017 gestartete Modellprojekt **Sektorenübergreifender Einsatz von Betreuungskräften an der Schnittstelle von Krankenhaus und ambulanter Versorgung (SEBKam)** wählt einen anderen Ansatz und lässt bereits in die ambulante Versorgung pflegebedürftiger Demenzkranker einbezogene Betreuungskräfte zur kontinuierlichen Betreuung dieser Patientinnen und Patienten im Akutkrankenhaus tätig werden. Zielgruppe sind Demenzkranke, die in ihrer Häuslichkeit bereits Betreuungsleistungen erhalten und zur medizinischen Behandlung in ein Akutkrankenhaus kommen, sowie Patientinnen und Patienten im Akutkrankenhaus, bei denen dort Demenz diagnostiziert wird; bei allen Probanden darf Demenz jedoch nur eine Nebendiagnose sein. Mittels eines sektorenübergreifenden Einsatzes der in der eigenen Häuslichkeit bereits tätigen Betreuungskräfte pflegebedürftiger Demenzkranker (bzw. der Betreuungskräfte eines erst jetzt tätig werdenden ambulanten Pflegedienstes) sollen die Patientensicherheit und die Lebensqualität Demenzkranker während ihres Aufenthaltes im Akutkrankenhaus gesteigert und ihr Risiko von Komplikationen reduziert werden. Die demenzkranken Patientinnen und Patienten sollen in ihre Häuslichkeit entlassen und nicht in eine stationäre Pflegeeinrichtung eingewiesen werden.

Zudem soll sich die Wirksamkeit der Intervention auch in reduzierten Kosten (kürzere Verweildauer im Krankenhaus, keine Drehtüreffekte, keine anschließende Heimunterbringung u. a.) nachweisen lassen.

Auf dem 13. Kongress der Gesundheitsnetzwerker im April 2018 in Berlin wurde das Projekt mit dem Preis für das beste bereits erfolgreich umgesetzte Versorgungsnetz ausgezeichnet.

Die Patientensicherheit und die Lebensqualität Demenzkranker sollen während ihres Aufenthaltes im Akutkrankenhaus gesteigert und ihr Risiko von Komplikationen reduziert werden.

► **Pflege und palliative Versorgung**

Der prognostizierte Anstieg der Anzahl von Pflegebedürftigen führt dazu, dass vermehrt Anstrengungen über die Versorgung und Begleitung von sterbenden Menschen diskutiert und aktiv umgesetzt werden. Mit der Einführung des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG) wurde die Palliativversorgung definierter Bestandteil der Regelversorgung in der gesetzlichen Pflegeversicherung und die Sterbebegleitung ausdrücklicher Bestandteil des Versorgungsauftrages. Das HPG nimmt insbesondere die Pflegeheime in die Verantwortung, in denen eine zunehmende Anzahl von Menschen ihre letzte Lebensphase verbringt. Nach Krankenhäusern ist das Pflegeheim der zweithäufigste Ort, an dem Menschen versterben. Dies bedeutet auch, dass die Betreuung hochbetagter, schwerstkranker und sterbender Menschen besondere Anforderungen an Einrichtungen sowie das pflegerische Personal stellt. Insbesondere bedarf es einer flächendeckenden Hospizkultur in stationären Pflegeeinrichtungen, um Bewohnerinnen und Bewohnern ein Sterben gemäß ihrer individuellen Bedürfnisse zu ermöglichen.

Bis heute fehlen jedoch ausreichend wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse zu der Frage, wie

palliative Bedürfnisse älterer Menschen konkret aussehen und welche konzeptionellen Notwendigkeiten sich daraus ergeben. Vor diesem Hintergrund

hat die Forschungsstelle Pflegeversicherung im Dezember 2016 in Kooperation mit der Diakonie Deutschland den Workshop „Palliative Praxis in der stationären Altenpflege“ durchgeführt.

Ziel dieser Veranstaltung war es, auf Grundlage der Erfahrungen von fünf ausgewählten Praxisprojekten eine aktuelle Bestandsaufnahme zur palliativen Praxis zusammen mit Expertinnen und Experten aus der Wissenschaft vorzunehmen. Im Vordergrund standen dabei strukturelle, organisatorische und inhaltliche Anforderungen an die

palliative Versorgung in der stationären Pflege. Im Ergebnis wurde deutlich, dass in den Einrichtungen eine „palliative Kultur“ entwickelt und etabliert werden muss und Mitarbeitenden eine zentrale Rolle in der Versorgung von Menschen in der letzten Lebensphase zukommt. Diese Veränderungen in vielen Bereichen der Versorgung müssen entsprechend gefördert und begleitet werden. Hierzu gehören insbesondere die Wahrnehmung und der Umgang mit Belastungssituation der Mitarbeitenden. Zudem müssen erreichte Erfolge in den Einrichtungen nachhaltig gesichert und etabliert werden.

Die Ergebnisse des Workshops bilden die Grundlage für die weitere inhaltliche Ausrichtung in diesem Themenschwerpunkt.

Pflegepersonal, dessen Qualifikationsorientierung und Einsatz

In großer Regelmäßigkeit werden seit Jahren unterschiedliche Prognosen zum Fachkräftemangel in der Pflege publiziert, während noch immer die empirischen Grundlagen fehlen um beurteilen zu können, wieviel Personal mit welcher Qualifikation in der Pflege in Zukunft benötigt wird, um die gewünschte Qualität in der Pflegeversorgung zu gewährleisten. Zugleich wird dem Thema der Qualifikationsorientierung bei Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen nur wenig Aufmerksamkeit zuteil. Der Prozess der Diversifizierung, der innerhalb des Pflegepersonals von Einrichtungen und Diensten voranschreitet, wird nicht reflektiert, die wachsende Heterogenität der vorhandenen Qualifikationen nicht wahrgenommen und genutzt. Wie die vorhandenen Qualifikationen gegenwärtig in der Pflegepraxis eingesetzt werden und welches Entwicklungspotenzial hier verborgen liegt, bleibt häufig unbeachtet. Trotz des vielbeschworenen Paradigmenwechsels, der mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff in die Pflegepraxis einziehen und die Leistungserbringung verändern soll, wird Qualifikationsorientierung bisher nicht in diesem Kontext diskutiert. Personalbemessung fokussiert folglich relativ

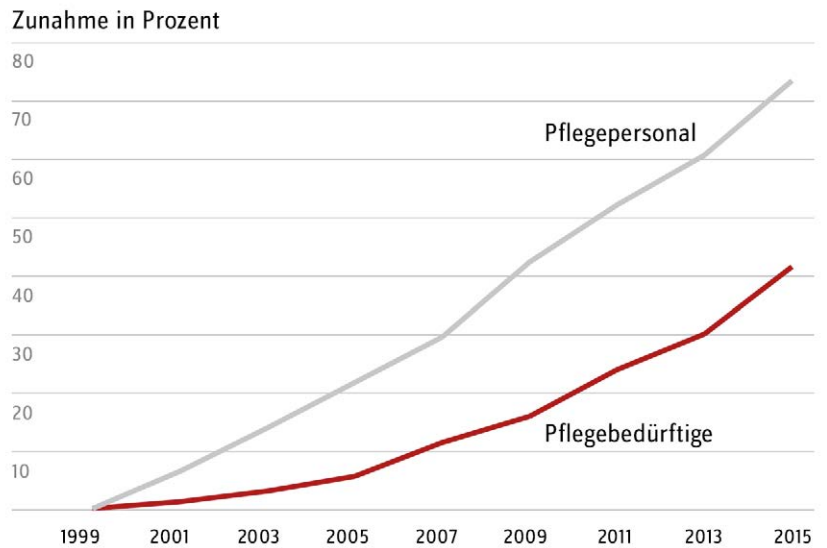
Die Betreuung hochbetagter, schwerstkranker und sterbender Menschen stellt besondere Anforderungen an Einrichtungen sowie das pflegerische Personal.

technisch auf die numerische Beziehung von Pflegebedürftigen zu Pflegepersonal und bezieht weder Qualifikationsorientierung noch Pflegequalität in ihr Verfahren ein. Hinzu kommt, dass die Bundesländer den § 75 (3) SGB XI unterschiedlich umsetzen und bisher kein einziges Bundesland ein Personalbemessungsverfahren nutzt.

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz hat das Bundesministerium für Gesundheit den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI den gesetzlichen Auftrag erteilt, bis 30. Juni 2020 ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben (§ 113c SGB XI) zu entwickeln und zu erproben. Die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI haben hiermit die Universität Bremen beauftragt.

Angesichts dieser forcierten Entwicklung eines Personalbemessungssystems sieht die Forschungsstelle Pflegeversicherung die Notwendigkeit, in Ergänzung zu diesen laufenden Forschungen die Voraussetzungen für einen stärker an der Ergebnisqualität der Versorgung orientierten Personaleinsatz zu legen. Ziel ist es, neben der Zusammensetzung von Pflegebedürftigen die Qualifikationsorientierung des Personals und die Qualität der Pflege als Parameter für den Personaleinsatz zu verwenden. Unter Rückgriff auf bereits vorhandene Vorarbeiten sollen daher Projekte in zwei Richtungen initiiert werden: Zum einen ist empirisch zu ergründen, in welcher Weise Qualifikationsorientierung in der gegenwärtigen Praxis der Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste vorkommt, insbesondere wie Qualifikationsorientierung mit Blick auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und auf Betreuung diskutiert und praktiziert wird. Nach Vorarbeiten von Wingenfeld u. a., Görres und den entsprechenden Teilergebnissen der EVIS-Studie von Rothgang hält es die Forschungsstelle Pflegeversicherung für zentral, den Zusammenhang zwischen der Qualifikation des Personals und der Qualität in der Pflege weiter zu analysieren. Dies ist vor allem mit Blick auf die Ausweitung

Prozentuale Zunahme von Pflegepersonal und Pflegebedürftigen zwischen 1999 und 2015



Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistiken der Jahre 1999-2015

von Betreuungsleistungen und auf die Dynamik geboten, die durch das Pflegeberufegesetz und die Einverleibung sozialer Dienstleistungen in die Pflege um sich greifen.

Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff soll die Pflege an den verbliebenen Ressourcen und Fähigkeiten pflegebedürftiger Menschen, an ihrer Alltagsgestaltung und sozialen Teilhabe ausgerichtet werden. Damit formen sich neue Anforderungsprofile an das Pflegepersonal in den Einrichtungen und Diensten aus. Folglich müssen die Kriterien, an denen sich zukünftige Personaleinsatzplanungen orientieren sollten, neu bestimmt werden. Erste Hinweise liegen in dreierlei Hinsicht vor:

1. Sicherung der Anzahl der Fachkräfte: Neue Kompetenzen und Profile verlangen nach neuen Qualifikationsorientierungen. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund der Reform des Pflegeberufegesetzes vom Juli 2017, das die generalistische Pflegeausbildung bringt.

2. Perspektive der Organisationsentwicklung: Der Einsatz der vorhandenen Kräfte verlangt die Berücksichtigung ihrer jeweiligen Qualifikationen.
3. Qualitätssicherung: Aus einem präziseren Verständnis des Zusammenspiels von Bewohnerstruktur, Personalstruktur und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung pflegebedürftiger Personen heraus können mit Blick auf Ergebnisqualität als Maßstab veränderte Anforderungen an die Versorgungsleistungen definiert werden. Dies ist ein bedeutsamer Schritt im Hinblick auf die zukünftige Qualitätssicherung der stationären Versorgung Pflegebedürftiger.

Im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung startete im November 2017 die Studie **Stabilität und Variation des Care-Mix in Pflegeheimen unter Berücksichtigung von Case-Mix und Outcome (StaVaCare 2.0)**. Sie zielt darauf, wirksame Zusammenhänge zwischen Strukturen, Prozessen,

Die Erkenntnisse der Studie sollen es erlauben, den Personaleinsatz auf ein neues Fundament zu stellen und die Kosteneffektivität des Personaleinsatzes bei hoher Versorgungsqualität zu optimieren.

Organisationscharakteristika und Ergebnisvariablen in der stationären Versorgung abzubilden. Es sollen zudem signifikante Relationen zwischen Organisationscharakteristika und Ergebnisqualität der Versorgung herausgearbeitet werden. Es sollen die für die Ergebnisqualität der Pflege besonders förderlichen und besonders hinderlichen Konstellationen in der Kombination von Care-Mix, Case-Mix und Organisationscharakteristika identifiziert werden. Schließlich ist beabsichtigt, Schlussfolgerungen für einen am Case-Mix orientierten Care-Mix im Hinblick auf einen rationalen Personaleinsatz in der Pflege zu ziehen. Die Erkenntnisse der laufenden Studie sollen es erlauben, den Personaleinsatz auf ein neues Fundament zu stellen, die Über- oder Unterversorgung bestimmter Personengruppen zu verhindern und damit die Kosteneffektivität des Personaleinsatzes bei hoher Versorgungsqualität zu optimieren.

Weiterentwicklung der Pflegeberatung

Die Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI steht im Zentrum einer qualitätsgesicherten und umfassenden Versorgung von pflegebedürftigen Personen. Sie ist einerseits für die pflegebedürftige Person und ihre Angehörigen die Instanz, die ihnen Auskunft, Hilfestellung und je nach Bedarf punktuelle oder fortwährende Begleitung bei der Organisation der pflegerischen, gesundheitlichen und betreuenden Versorgung bietet. Die Pflegeberatung ist andererseits für die Pflegekassen das Instrument, mit dem sie den Versorgungsprozess von Pflegebedürftigen begleiten kann.

Die Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI wurde vom GKV-Spitzenverband im ersten Halbjahr 2011 evaluiert, der Bericht wurde 2012 in der Schriftenreihe „Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“ als Band 10 veröffentlicht. Seither hat der GKV-Spitzenverband kontinuierlich die Weiterentwicklung der Pflegeberatung betrieben und im Rahmen des Modellprogramms gemäß § 8 (3) SGB XI das Projekt **Problemlösen in der Pflegeberatung - ein Ansatz zur Stärkung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI (PLiP)** gefördert, das die weitere Qualifikation von Pflegeberaterinnen und -beratern durch Stärkung ihrer Problemlöse-Kompetenzen zum Gegenstand hat.

Pflegeberaterinnen und -berater sind in ihrer Tätigkeit mit unterschiedlichen Belastungssituationen konfrontiert. Vor diesem Hintergrund wurde mit PLiP ein strukturierter Problemlöse-Ansatz in der Pflegeberatung erprobt. Die wissenschaftliche Begleitung ergab eine deutliche Entlastung der Pflegeberaterinnen und -berater sowie eine signifikante Stressreduktion bei pflegenden Angehörigen.

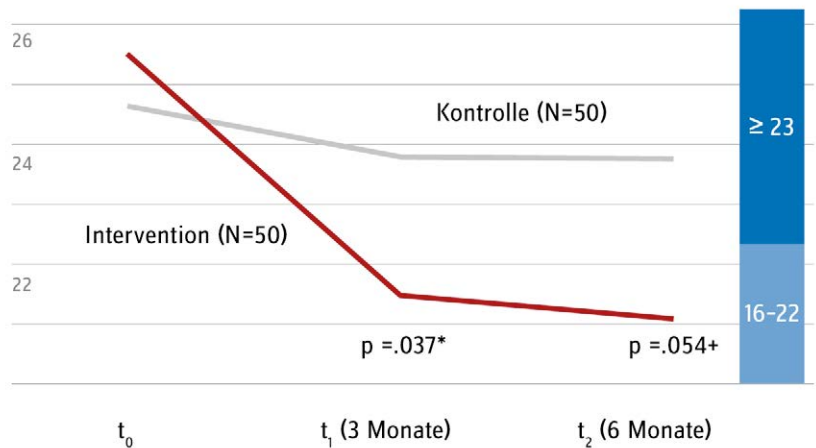
Im Projekt wurden 48 Pflegeberaterinnen und -berater der AOK Baden-Württemberg, der AOK Bayern und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) an 38 Standorten in der Anwendung eines strukturierten Problemlöse-Ansatzes geschult, der dann in der

Beratungspraxis eingesetzt wurde. Der Ansatz befähigt pflegende Angehörige, mithilfe eines Kartensets vorhandene Probleme und Ressourcen zu erkennen sowie Lösungen zu entwickeln. Als Ratsuchende wurden nur Personen eingeschlossen, die hauptverantwortlich und nicht erwerbstätig eine pflegebedürftige Person oder zumindest eine Person mit eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne des SGB XI pflegten oder betreuten und eine erhöhte subjektive Pflegebelastung aufwiesen. Es nahmen 143 pflegende Angehörige an dem Projekt teil.

Die Wirksamkeit der Intervention wurde sowohl auf der Ebene der Pflegeberatenden als auch auf der Ebene der pflegenden Angehörigen wissenschaftlich geprüft. Es wurde ein clusterrandomisiertes Studiendesign eingesetzt: Die Pflegeberatenden wurden nach Standort randomisiert und einer Interventions- bzw. Wartekontrollgruppe zugeteilt. In beiden Gruppen wurden zu drei Zeitpunkten Fremd- und Selbstbewertungen der Beratungen erhoben und verglichen. Für jeden Pflegeberatenden wurden iterativ ratsuchende pflegende Angehörige in die Untersuchung eingeschlossen, mit denen vor Beginn der Beratung sowie drei und sechs Monate nach der Beratung telefonische Assessments durchgeführt wurden, um deren depressive Symptomatik, subjektive Körperbeschwerden und die Einschätzung ihrer Pflegeleistung zu erheben. Die Ergebnisse der Assessments wurden durch Daten ergänzt, die in strukturierten Interviews mit einer bzw. einem pflegenden Angehörigen pro Pflegeberaterdem erhoben wurden.

Im Ergebnis wird der Problemlöse-Ansatz von den Pflegeberaterinnen und -beratern positiv bewertet, er bewirkt eine signifikante Reduktion ihrer Arbeitsbelastung. Auch in der Zielgruppe der pflegenden Angehörigen zeigt der Ansatz deutliche Erfolge bei der Stressreduktion:

Depressive Symptomatik der pflegenden Angehörigen (ANCOVA, N=100)



Allgemeine Depressionsskala [0-60] (Hautzinger et al. 2012); Intent-to-treat Analyse
Quelle: Klaus Pfeiffer, Problemlösen in der Pflegeberatung (PLiP)

Sowohl die depressive Symptomatik als auch körperliche Beschwerden der pflegenden Angehörigen gingen stark zurück. Die Pflegekassen, die am Projekt teilnahmen, schätzen den Problemlöseansatz; sie werden ihre Pflegeberaterinnen und -berater darin schulen, um den Ansatz in allen Pflegeberatungen anwenden zu können. Auch weitere Akteure in der Beratung zeigten großes Interesse an den Ergebnissen und wollen diesen erfolgreich erprobten Ansatz und das Kartenset in ihre Arbeit integrieren.

Sowohl die depressive Symptomatik als auch körperliche Beschwerden der pflegenden Angehörigen gingen stark zurück.

Die Ergebnisse des Projektes liegen als Band 14 unserer Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung vor; die Veröffentlichung kann kostenfrei von unserer Homepage heruntergeladen werden: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/Schriftenreihe_Pflege_Band_14.pdf

Aus dem Projekt ist als weitere Publikation hervorgegangen: Klaus Pfeiffer, Martin Hautzinger, Margarete Patak, Julia Grünwald, Clemens Becker und Diana Albrecht (2017). Problem-Solving in Caregiver-Counseling (PLiP Study): Study Protocol of a Cluster Randomized Pragmatic Trial. BMC Geriatrics 17 (1): 64. doi:10.1186/s12877-017-0456-x

► **Evaluation der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen**

Die große Bedeutung, die der Gesetzgeber der Pflegeberatung beimisst, spiegelt sich auch in seinem Auftrag an den GKV-Spitzenverband, alle drei Jahre und erstmals zum 30. Juni 2020 einen unter wissenschaftlicher Begleitung erstellten „Bericht über die die Erfahrungen und Weiterentwicklung der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen nach § 7a Abs. 1-4, 7-8, § 7b Abs. 1-2 und § 7c SGB XI sowie über die Durchführung und Wirkungen der Beratung in der eigenen Häuslichkeit sowie die Fortentwicklung der Beratungsstrukturen nach § 37 Abs. 3-8 SGB XI“ vorzulegen.

Die Leistungsbeschreibung zur Evaluation der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen im Rahmen der gesetzlichen Berichtspflicht nach

§ 7a Abs. 9 SGB XI als Grundlage für die vorzunehmende Ausschreibung ist in enger Abstimmung mit den Kassenartenverbänden auf Bundes-

ebene erfolgt. Zu den zu erhebenden Daten hat der Gesetzgeber in § 7a Abs. 9 SGB XI sowie in seiner Gesetzesbegründung detaillierte Vorgaben gemacht, die in der Leistungsbeschreibung übernommen wurden.

Der GKV-Spitzenverband hat die europaweite Ausschreibung der **Evaluation der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen** gemäß seinem gesetzlichen Auftrag vorbereitet und das Vergabeverfahren durchgeführt. Den Zuschlag erhielt das IGES Institut Berlin.

Die Versorgung mit Angeboten der Pflegeberatung sei in der Fläche uneinheitlich, die Unübersichtlichkeit des Angebots spiegele sich in seiner mangelnden Bekanntheit.

In Vorbereitung auf diesen gesetzlichen Auftrag hat die Forschungsstelle im Sommer 2016 einen Literaturüberblick Pflegeberatung vergeben, um den Stand des gegenwärtigen Wissens zur Pflegeberatung zu erlangen. Der ausgewerteten Literatur zufolge ist Pflegeberatung nach § 7a SGB XI eine sehr stark fragmentierte Leistung mit sehr großer Heterogenität innerhalb der Angebote. Die Versorgung mit Angeboten der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI sei in der Fläche uneinheitlich, die Unübersichtlichkeit des Angebots spiegele sich in seiner mangelnden Bekanntheit. Diesen in der Literatur aufgeführten Mängeln stehe erstaunlicherweise eine hohe Zufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer gegenüber. Die gesichtete Literatur enthält kaum Hinweise zum Entwicklungspotenzial der Pflegeberatung.

Qualitätssicherung in der stationären Versorgung

Die Erfassung von Lebensqualität gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in der stationären Altenpflege stand im Zentrum des Modellvorhabens **Erfassung von Ergebnisqualität der Pflege gerontopsychiatrisch Erkrankter im Rahmen der MDK-Qualitätsprüfung**. Das Projekt zielte darauf, ein praxistaugliches Instrument zur Erhebung der aktuellen Zufriedenheit und des individuellen Wohlbefindens von gerontopsychiatrisch erkrankten Personen zu entwickeln und zu erproben. Dieses Instrument sollte unterschiedliche Arten von Daten (Befragungsdaten, Beobachtungsdaten) im Sinne einer Methoden- und Datentriangulation nutzbar machen und im Rahmen der MDK-Qualitätsprüfung einsetzbar sein. Menschen mit einer gerontopsychiatrischen Erkrankung - insbesondere einer fortgeschrittenen Demenz - standen dabei im Fokus, da dieser Personenkreis meist über eine eingeschränkte oder keine verbale Kommunikationsfähigkeit mehr verfügt. Bei diesen Pflegebedürftigen können über eine reine Zufriedenheitsbefragung nur Ergebnisse mit begrenzter Aussagekraft erlangt werden. Die Grundlage für das zu entwickelnde Instrument bildete das bereits vorliegende „Heidelberger Instrument zur

Erfassung von Lebensqualität Demenzkranker“ (H.I.L.DE.). Das Projekt wurde im Jahr 2015 begonnen und Anfang 2016 abgeschlossen.

Das im Rahmen des vorgenannten Modellvorhabens entwickelte Instrument zur Erfassung von Lebensqualität wird in einem Folgeprojekt für seinen Einsatz in der pflegeheiminternen Qualitätssicherung weiterentwickelt.

Mithilfe des Instrumentes sollen positive wie negative Emotionen Pflegebedürftiger vom Pflegepersonal gezielt erfasst und das eigene Pflegeverhalten (Pflegehandlungen wie Kommunikationsmuster) als Auslöser der erhobenen Emotionen kritisch reflektiert werden, um sodann zeitnah mit entsprechend veränderten oder verstärkten Maßnahmen zu reagieren. Der regelmäßige hausinterne Einsatz des Instruments soll darüber hinaus die Kommunikations- und Reflexionsfähigkeit der Mitarbeitenden stärken, sie für die Wahrnehmung nonverbaler Kommunikationsweisen sensibilisieren und den offenen kollegialen Austausch fördern.

Patientensicherheit und Risikomanagement

Ein wichtiger Bestandteil der Qualitätssicherung in der Pflege ist die Patientensicherheit. Diese zielt darauf, Fehler, Gefahren und Risiken bei der Planung und Durchführung der pflegerischen Versorgung sowie unerwünschte Begleitwirkungen wie z. B. unerwünschte Arzneimittelwirkungen zu vermeiden. In der Praxis gilt es, in einem systematischen und fortlaufenden Prozess Informationen über Risiken zu sammeln und auszuwerten, entsprechende Maßnahmen zur Fehlervermeidung zu entwickeln und umzusetzen sowie schließlich ihre Wirksamkeit zu überprüfen.

Hier setzt die im Rahmen des Modellprogramms geförderte Studie **Modellentwicklung zum Schmerzmanagement bei älteren Pflegebedürftigen in der häuslichen Versorgung (ACHE)** an, die sich mit der Qualität des pflegerischen, aber auch ärztlichen Schmerzmanagements befasst.

In der Studie sollen das Schmerzgeschehen, das Schmerzmanagement sowie die Angemessenheit des Schmerzmanagements bei Pflegebedürftigen, die in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden, untersucht werden.

Schmerzen gehören zu den häufigsten Gesundheitsstörungen in Deutschland und Studien zeigen, dass insbesondere ältere Schmerzpatientinnen und -patienten von unerwünschten Arzneimittelwirkungen betroffen sind. Die negativen Auswirkungen von Schmerzen und/oder ein unzureichendes bzw. inadäquates Schmerzmanagement können eine Pflegeabhängigkeit bzw. eine Steigerung des Pflegebedarfs hervorrufen oder aber eine Akutversorgung im Krankenhaus notwendig machen. Nach Expertenmeinung ist die Schmerzversorgung in Deutschland bislang jedoch weder qualitativ noch quantitativ sichergestellt. Verlässliche Daten zum Schmerzmanagement in der häuslichen Versorgung und dessen Angemessenheit liegen nicht vor. Die Ergebnisse der ACHE-Studie sollen daher zunächst einen Einblick in das Schmerzgeschehen und das Schmerzmanagement in der häuslichen Pflege geben. Ferner sollen umfassende Hinweise auf notwendige therapeutische und pflegerische Interventionen sowie strukturelle Maßnahmen in der sozialen und räumlichen Umwelt der Pflegebedürftigen erarbeitet werden. Diese können als Ausgangspunkt für die Entwicklung und Überprüfung von Maßnahmen für ein adäquates pflegerisches und ärztliches Schmerzmanagement dienen.

Insbesondere ältere Schmerzpatientinnen und -patienten sind von unerwünschten Arzneimittelwirkungen betroffen.

Kultursensible Pflege

Die Gruppe der älteren Menschen mit Migrationshintergrund ist die am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe in Deutschland. Verbunden damit wird auch der Pflegebedarf in der Einwandererpopulation zukünftig weiter steigen. In Großstädten mit großer Migrationspopulation gibt es erste kultursensible Angebote im ambulanten

und stationären Bereich, die sich auf die Pflege bestimmter Gruppen von Migrant*innen (z. B. russischer und türkischer Herkunft) spezialisiert haben, sowie spezielle Beratungs- und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige.

Hier setzt das Modellprojekt **Interkulturelle BrückenbauerInnen in der Pflege (IBIP)** des Diakonischen Werkes Berlin an. Es zielt darauf, Einwandererfamilien mit einer dreifachen Intervention stärker in das bestehende Pflegesystem zu integrieren:

- Zum einen werden in 45 Einrichtungen der interkulturellen Altenhilfe, Pflege und Beratung kultursensible und niedrigschwellige Informationen über die Angebote der Pflegestützpunkte in mündlicher und schriftlicher Form gegeben, um die eingewanderte Bevölkerung über die Angebote der Pflegeversicherung aufzuklären. Hauptzielgruppe dieser Informations- und Vermittlungstätigkeit sind pflegebedürftige Menschen mit Migrationsgeschichte und ihre Angehörigen in drei Berliner Bezirken, in denen der Anteil migrantischer Menschen an der Wohnbevölkerung hoch ist.
- Zum zweiten wird die interkulturelle Öffnung von Beratungs- und Pflegeeinrichtungen durch Schulung, Sensibilisierung und Motivierung der Mitarbeitenden befördert. Auch werden Gutachterinnen und Gutachter des MDK für die besondere Situation von Menschen mit Migrationsgeschichte sensibilisiert.
- Drittens wirbt das Projekt bei Menschen mit Migrationsgeschichte mithilfe des Vorbildes der Brückenbauerinnen darum, sich zur haupt- und ehrenamtlichen Arbeit in einem Pflegeberuf zu qualifizieren.

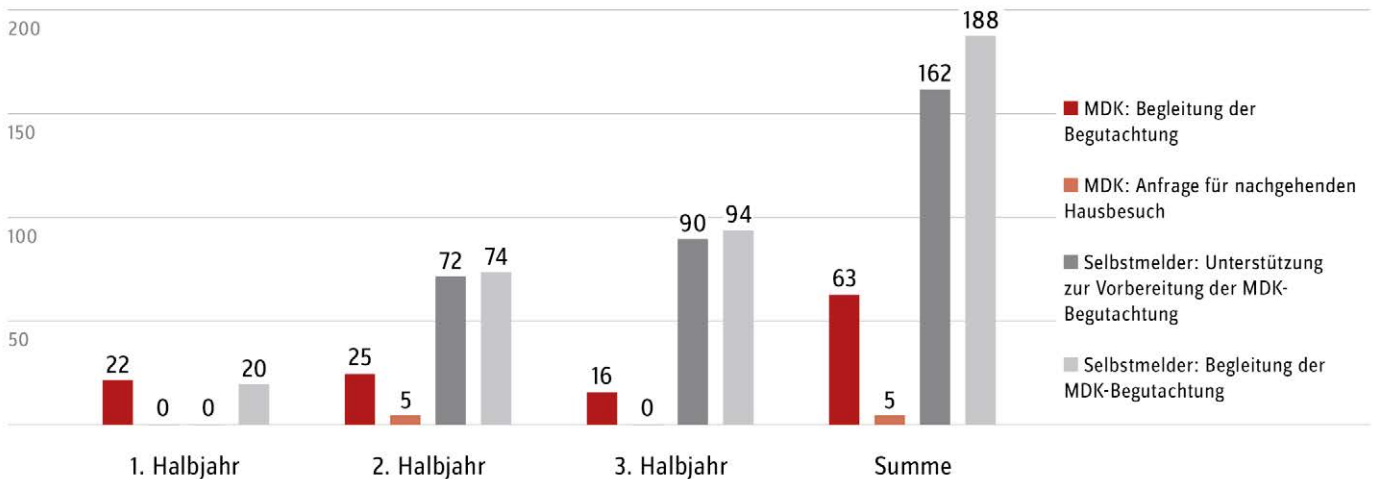
Zentrale Akteurinnen sind zehn qualifizierte Brückenbauerinnen in Berlin-Mitte, Friedrichshain-Kreuzberg und Neukölln. Diese neun Frauen und ein Mann unterschiedlicher Muttersprache (polnisch, russisch, serbokroatisch, rumänisch, türkisch, arabisch) haben eine sechsmonatige schulische Qualifizierung durchlaufen, die durch Praxistage und Hospitationen in ambulanten

Pflegestationen, beim MDK und der Fachstelle für pflegende Angehörige des Diakonischen Werkes Berlin Stadtmitte ergänzt wurde. Die Brückenbauerinnen wurden nach ihrer Qualifikation vom Projektnehmer angestellt, ihre Vergütung orientiert sich an derjenigen der zusätzlichen Betreuungskräfte gemäß § 87b SGB XI.

Die Evaluation des Projekts bezieht die drei Zielgruppen „Pflegebedürftige und pflegende Angehörige mit Migrationsgeschichte“, „professionelles Pflegepersonal“ und „interkulturelle Brückenbauerinnen“ ein. Für die erste Gruppe, die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen, werden die im Rahmen des Projektes erweiterten Nutzungsstrukturen, fortbestehende Hindernisse der Nutzung, offene Bedarfe und Wünsche der Zielgruppe analysiert. Mit Blick auf das professionelle Pflegepersonal wird die Wirksamkeit der Sensibilisierungsprozesse untersucht; insbesondere sollen die eine interkulturelle Öffnung von Institutionen hemmenden Faktoren und hierzu entwickelte Lösungsvorschläge analysiert werden. Bei der Gruppe der interkulturellen Brückenbauerinnen schließlich stehen Fragen nach ihrer Qualifikation im Zentrum der wissenschaftlichen Evaluation. Übergreifend werden die förderlichen und hinderlichen Faktoren für die Erreichung der angestrebten Ziele untersucht, zudem wird die Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit des Modells eingeschätzt und die Bedingungen für einen erfolgreichen Transfer identifiziert. Ergebnisse werden im August 2018 vorliegen.

Die Zwischenergebnisse der Evaluation zeigen, dass die interkulturellen Brückenbauerinnen für Menschen aus anderen Kulturkreisen den Zugang zur Pflegeberatung eröffnen können. Die Zahl der Inanspruchnahme von Pflegeberatung ist in den vier beteiligten Pflegestützpunkten gestiegen. Infolge der Pflegeberatung werden vermehrt Leistungen der Pflegeversicherung beantragt. Auch bei Begutachtungen durch den MDK unterstützen die Brückenbauerinnen zunehmend:

Die IBIP leisten zunehmend Unterstützung bei den MDK-Begutachtungen (N=418)



Quelle: Meggi Khan-Zvorničanin, Evaluation des GKV-Modellprojekts Interkulturelle Brückenbauerinnen in der Pflege

Da die Integration von Eingewanderten eine gesellschaftliche Aufgabe ist und nicht allein von der Gemeinschaft der Pflegeversicherten zu tragen ist, hat die Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit und Pflege bereits beschlossen, das Projekt ab September 2018 bis Ende 2019 fortzuführen. Ziel ist es, das Angebot der Interkulturellen Brückenbauerinnen auf alle Berliner Bezirke auszuweiten und dauerhaft zu verankern.

Wie die Lebensqualität Demenzkranker und ihrer pflegenden Angehörigen verbessert werden kann

Gegenwärtig leben in Deutschland rund 1,6 Millionen Menschen mit einer Demenzerkrankung. Aufgrund des demografischen Wandels und der damit verbundenen Zunahme von Menschen über 65 Jahre ist mit einer absoluten Zunahme an Demenzkranken zu rechnen. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie die Lebens- und Pflegequalität dieser Personengruppe sichergestellt und weiterentwickelt werden kann.

Menschen mit Demenz werden derzeit überwiegend zu Hause versorgt. Für Angehörige ist deren

Begleitung und Betreuung jedoch mit enormem persönlichem Engagement, hohem Zeitaufwand und täglicher Organisation verbunden. Sie empfinden sehr häufig ein hohes Belastungsniveau und vernachlässigen zu oft, sich selbst Entlastung und Anerkennung zu verschaffen. Zudem belastet Demenz auch die Erkrankten selbst, insbesondere in frühen Phasen der Erkrankung.

Die Pflege von demenziell Erkrankten stellt hohe Anforderungen sowohl an professionell als auch an informell Pflegenden und nicht zuletzt an die Betroffenen selbst. Aus diesem Grund ist Demenz zentrales oder flankierendes Thema vieler Vorhaben im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung.

Das bereits abgeschlossene Modellvorhaben **REDEZEIT. Telefonische Unterstützerguppen für Angehörige von Menschen mit Demenz** sprach Menschen an, die an Demenz erkrankte Angehörige zu Hause versorgen. Das Vorhaben

Menschen mit Demenz werden derzeit überwiegend zu Hause versorgt. Angehörige empfinden sehr häufig ein hohes Belastungsniveau.

zielte darauf ab, professionell angeleitete telefonische Gruppengespräche für pflegende Angehörige von Demenzkranken zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren. Insbesondere richtete es sich an Personen, die nur schwer Zugang zu entsprechenden Angeboten vor Ort haben, denen z. B. in ländlichen Regionen die Teilnahme an Angehörigengruppen nicht möglich ist. Ziel war es, die Lebensqualität und das subjektive Wohlbefinden der pflegenden Angehörigen zu erhöhen und ihre Belastung zu reduzieren. Im Rahmen des Modellvorhabens wurden innerhalb von drei Monaten sechs 60-minütige telefonische Angehörigengruppen-Sitzungen durchgeführt. Eingeleitet durch ein zehnminütiges Impulsreferat der Moderierenden zu demenzrelevanten Themen fand ein moderierter Erfahrungsaustausch zwischen den pflegenden Angehörigen statt. Die Teilnehmerinnen und

Das Projekt richtete sich insbesondere an Personen, die nur schwer Zugang zu entsprechenden Angeboten vor Ort haben, denen z. B. in ländlichen Regionen die Teilnahme an Angehörigengruppen nicht möglich ist.

Teilnehmer erhielten zudem Material zur Vor- und Nachbereitung der Telefonate. Der Effekt der Intervention wurde im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten

Studie im Wartegruppen-Design überprüft. Zudem wurden im Rahmen einer Prozessevaluation Informationen über die Umsetzung und Durchführung entsprechender telefonischer Interventionen erhoben.

Das Projekt orientierte sich in Ablauf und Inhalt an den im Rahmen des REACH-II-Projektes (Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health II) in den USA durchgeführten telefonisch strukturierten Angehörigenunterstützerguppen.

Mit 38 Teilnehmerinnen und Teilnehmern konnte die avisierte Probandenzahl trotz umfangreicher Anstrengungen nicht erreicht werden. Die Analyse der Intervention konnte keine signifikanten Auswirkungen nachweisen. Es zeigte sich jedoch eine positive Tendenz bzgl. der selbsteingeschätzten psychischen Gesundheit der Teilnehmenden der Interventionsgruppe. Auch bewerteten sie

die Durchführung der Intervention als überwiegend gut bis sehr gut. Im Ergebnis wurde zudem deutlich, dass eine homogenere Zusammensetzung der Angehörigengruppen hinsichtlich Alter, Erkrankung (des pflegebedürftigen Angehörigen) oder persönlicher Situation zum Gelingen der Intervention beiträgt. Zudem bewerteten berufstätige Angehörige, i. d. R. Kinder, die Intervention weniger positiv als Ehe- bzw. Lebenspartner von Pflegebedürftigen, die keiner regelmäßigen Arbeit mehr nachgingen.

Insbesondere an Menschen mit Demenz und deren Angehörige richtet sich das im Sommer 2017 gestartete Modellvorhaben **AniTa. Angehörige von Menschen mit Demenz im (Aus-)Tausch: eine überregionale Tauschbörse zur Aktivierung ungenutzten Fürsorgepotentials**. Besonderheit dieses Vorhabens ist, dass es die Thematik der entfernt lebenden Angehörigen von pflegebedürftigen Personen, das sogenannte distance-caregiving, in den Fokus rückt, das bisher in Deutschland kaum wissenschaftlich untersucht wurde. Studien aus dem US-amerikanischen Kontext haben dargelegt, dass es diesem Personenkreis aufgrund fehlender Informationen schwer fällt, gesundheits- und pflegebezogene Entscheidungen für ihre Angehörigen zu treffen. Gegenüber ortsansässigen sind entfernt lebende Angehörige zwar weniger körperlichem Stress und körperlicher Belastung ausgesetzt, sie leiden aber aufgrund ihrer Distanz und Unsicherheit über den Zustand der oder des Angehörigen auf emotionaler und psychischer Ebene. Hinzu kommt die Unfähigkeit, in akuten Krisen spontan intervenieren und in die Versorgung und Pflege eingreifen zu können.

Durch eine zu entwickelnde internetgestützte überregionale Plattform sollen in und zwischen Modellregionen Angehörige von pflegebedürftigen Demenzkranken, denen aufgrund räumlicher Distanz eine kontinuierliche Begleitung ihrer Angehörigen nicht möglich ist, in einen direkten Austausch mit anderen Angehörigen treten. So soll zum einen ein „Betreuungs-Tausch“ für die

jeweiligen Familienmitglieder erfolgen sowie zum anderen ein kommunikativer Austausch betroffener Angehöriger organisiert werden. Auf diesem Wege sollen ungenutzte Betreuungspotenziale ausgeschöpft und die emotionale Belastung entfernt wohnender Angehöriger reduziert werden. Für demenzkranke Pflegebedürftige soll hierdurch eine Stärkung der unmittelbaren Sozialrauminfrastruktur und der Versorgungssicherheit im häuslichen sowie stationären Setting erreicht werden. Zudem soll die Lebensqualität erhöht werden. Bei nicht vor Ort lebenden Angehörigen soll das Projekt die subjektive Belastung reduzieren und die Bereitschaft zu bürgerschaftlichem Engagement realisiert werden. Schließlich soll sowohl Pflegebedürftigen als auch Angehörigen auf diese Weise der Verbleib in der gewohnten Lebenssituation und dem gewohnten Sozialraum ermöglicht werden. Als Modellregionen wurden die Stadt Hamburg und der angrenzende Landkreis Pinneberg sowie die Stadt München und der Landkreis Augsburg ausgewählt.

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** wurde 2017 ein Projekt erfolgreich abgeschlossen, das sich an Personen mit demenziellen Erkrankungen und deren Angehörige wendet. Im Zentrum stand eine nicht-medikamentöse Aktivierungsmaßnahme für Menschen mit kognitiven Einschränkungen. Die Maßnahme MAKS steht für „motorische, alltagspraktische, kognitive und soziale/spirituelle Aktivierung“ und wurde bereits in Pflegeheimen erfolgreich angewendet. Im Rahmen des Projektes wurde diese Maßnahme an die speziellen Anforderungen der Tagespflege angepasst. Hauptziel der Intervention ist es, mithilfe präventiver und rehabilitativer Ansätze das häusliche Pflegesetting für Demenzerkrankte zu stabilisieren. Die hierdurch länger erhaltene Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen soll die häusliche Versorgung erleichtern. Die Maßnahme wird durch eine telefonische Angehörigen-Kurzintervention ergänzt.

Insgesamt haben bundesweit ca. 450 Personen in 34 Tagespflegeeinrichtungen an dem Projekt teilgenommen.

Im Ergebnis zeigte sich, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Interventionsgruppe ihre kognitiven Fähigkeiten über den Therapiezeitraum von sechs Monaten hinweg erhalten konnten, wohingegen für die Personen in der Wartegruppe ein signifikanter Verlust ihrer Fähigkeiten gemessen wurde. Die alltagspraktischen Fähigkeiten konnten von den Personen in der Interventionsgruppe im genannten Zeitraum sogar verbessert werden, während bei den der Wartegruppe zugehörigen Tagespflegegästen auch hier ein Verlust zu verzeichnen war. Zudem zeigten die Personen in der Interventionsgruppe nach sechs Monaten weniger neuropsychiatrische Symptome wie bspw. Unruhezustände, Halluzinationen oder Schlaflosigkeit. Weitere Ergebnisse der 12- und 24-Monats-Follow-up werden im Laufe des Jahres 2018 erwartet.

Aus dem Projekt ist als Publikation hervorgegangen: The German day-care study: multicomponent non-drug therapy for people with cognitive impairment in daycare centres supplemented with caregiver counselling (DeTaMAKS) – study protocol of a cluster-randomised controlled trial

Das Modellvorhaben **PflegeTab: Technik für mehr Lebensqualität trotz Pflegebedürftigkeit bei Demenz** erprobt durch den Einsatz von Tablets und speziell entwickelter Software die Förderung von Interaktionsmöglichkeiten demenziell Erkrankter, insbesondere stationär Pflegebedürftiger. Ziel ist die Steigerung der Lebensqualität durch den Einsatz neuer Technologien (siehe hierzu die Ausführungen unter „Digitale Technologien in der Versorgung Pflegebedürftiger“).

Mithilfe präventiver und rehabilitativer Ansätze soll das häusliche Pflegesetting für Demenzerkrankte stabilisiert werden. Die hierdurch länger erhaltene Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen soll die häusliche Versorgung erleichtern.

Digitale Technologien in der Versorgung Pflegebedürftiger

Das Thema Digitalisierung greift immer stärker in unterschiedliche gesellschaftliche Bereiche ein. Seine Bedeutung für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung pflegebedürftiger Menschen

Die Integration von technologischen Entwicklungen in den pflegerischen Alltag erfolgt nur punktuell.

wird jedoch kontrovers diskutiert. Zwar finden Kommunikations- und Informationstechnologien breite Anwendung, wie die zunehmende Nutzung von Pflegeplanungs- und Pflegedokumentationssystemen zeigt. Auch bieten technische Assistenzsysteme Unterstützungsleistungen für ein unabhängiges Leben (z. B. Sicherheits- und Sensorsysteme in Wohnungen). Insgesamt erfolgt die Integration von technologischen Entwicklungen in den pflegerischen Alltag jedoch nur punktuell. Systematische Untersuchungsansätze zum Nutzen einzelner Pflgetechnologien für die Versorgung pflegebedürftiger Menschen fehlen, ebenso mangelt es an Untersuchungen zum Zusammenspiel von Pflegeinnovationen in kontextspezifischen Pflegesettings.

Zwar gibt es im Bereich technischer Assistenzsysteme in der Pflege mittlerweile eine Vielzahl von Vorhaben und Initiativen (u. a. Förderprogramme verschiedener Bundesministerien), es mangelt jedoch an systematischen Arbeiten, die sich dem konkreten Nutzen für die Pflegebedürftigen widmen. Vor diesem Hintergrund hat die Forschungsstelle Pflegeversicherung 2017 die Vergabe eines Auftrags für eine Bestandsaufnahme digitaler Technologien in der Pflege initiiert, die die Bedarfe pflegebedürftiger Menschen in den Mittelpunkt rückt und damit erstmals eine anwendungsorientierte Nutzenbewertung solcher Technologien ermöglichen soll.

Unter dem Titel **Digitale Assistenzsysteme und Pflegebedürftigkeit - Nutzen, Potentiale und Handlungsbedarfe** plant das Institut für Innovation und Technik (iit) eine wissenschaftliche

Expertise zum Nutzen und zu den Potenzialen technischer Assistenzsysteme für pflegebedürftige Menschen, auf Basis derer sowohl Beispiele guter Praxis als auch Handlungsbedarfe für Wissenschaft, Praxis und Politik abgeleitet werden sollen.

Ausgangspunkt der wissenschaftlichen Expertise sind die Bedarfe von Pflegebedürftigen im Hinblick auf den Erhalt bzw. die Wiedergewinnung ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten in verschiedenen Bereichen des täglichen Lebens. Vor diesem Hintergrund sollen der Nutzen und die Potenziale von technischen Assistenzsystemen systematisiert und ausgewertet werden. Auf Basis der Ergebnisse sollen sowohl technische Anwendungen, die das Potenzial haben, die Selbstständigkeit Pflegebedürftiger zu erhalten bzw. wiederzugewinnen, identifiziert werden als auch Handlungsbedarfe für die Entwicklung und Umsetzung digitaler Lösungen.

In dem Modellvorhaben **PflegeTab. Technik für mehr Lebensqualität trotz Pflegebedürftigkeit bei Demenz** wird eine konkrete technologische Anwendung für demenziell Erkrankte im stationären Setting entwickelt, erprobt und evaluiert. PflegeTab hat zum Ziel, mithilfe des Einsatzes von Tablets und speziell entwickelter Software die Interaktionsmöglichkeiten von demenziell Erkrankten, insbesondere stationär Pflegebedürftigen, zu fördern und damit deren Teilhabe und Lebensqualität zu verbessern.

Es soll ein integriertes System für den Bereich der Pflege geschaffen werden, welches insbesondere Demenzerkrankte mittels spielerischer Ansätze gemäß ihrer Fähigkeiten fördert und sie soweit wie möglich am Familienleben teilhaben lässt. Die dabei genutzten Anwendungen werden adaptiv an die Fähigkeiten und den momentanen Zustand der Pflegebedürftigen angepasst und die erzielte Besserung anhand etablierter neuropsychologischer und geriatrischer Kriterien evaluiert und dokumentiert. Die Pflegenden werden über den aktuellen Zustand der Pflegebedürftigen informiert und erhalten somit Hinweise zu

weiteren Fördermöglichkeiten. Im Rahmen einer begleitenden clusterrandomisierten und kontrollierten klinischen Studie wird u. a. untersucht, ob und ggf. wie sich der Einsatz von Tablets auf die Lebensqualität bzw. das Wohlbefinden, das Aktivitätsniveau und die soziale Teilhabe von Pflegebedürftigen auswirkt. Zudem soll erhoben werden, wie sich der Einsatz von Tablets auf die Mitarbeiterzufriedenheit auswirkt. Mit der Umsetzung des Modellvorhabens wurde im Januar 2015 begonnen; Ergebnisse werden im ersten Halbjahr 2018 erwartet.

Entbürokratisierung der Pflege

Die Pflegedokumentation ist eine wichtige Grundlage, um die Qualität der Pflege zu gewährleisten. Sie soll zum einen die Kommunikation aller an der Pflege Beteiligten sicherstellen und dabei auch die pflegebedürftige Person und ihre Angehörigen einbinden. Zum anderen sorgt die Pflegedokumentation für mehr Transparenz. In den letzten Jahren wurde die Dokumentation immer umfangreicher, womit die Zeit für die Pflege verknappt wurde.

Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz wurde 2012 beschlossen, Maßnahmen zur Entbürokratisierung der Pflege einzuleiten. Ein schlankeres Dokumentationssystem, das Strukturmodell, wurde entwickelt und zunächst in 26 stationären und 31 ambulanten Pflegeeinrichtungen erprobt. Die Ergebnisse wurden im Abschlussbericht des Bundesgesundheitsministeriums zur Entbürokratisierung in der Pflege im April 2014 vorgestellt. Der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Pflegeanbieter haben das Projekt intensiv begleitet und beschlossen, die Dokumentationen in der stationären und ambulanten Pflege im Umfang deutlich zu reduzieren, ohne jedoch deren Aussagekraft zu verringern.

Die frühere Pflege-Ombudsfrau im Bundesgesundheitsministerium, Elisabeth Beikirch, bereitete 2014 im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohl-

fahrtspflege e. V. (BAGFW) und des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) eine Implementationsstrategie zur Einführung der verschlankten, bundesweit einheitlichen Pflegedokumentation vor. Im Jahr 2015 wurden durch das Projektbüro Ein-STEP (Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation) 650 Multiplikatorinnen und Multiplikatoren geschult, die ihrerseits in den Regionen Schulungen des Pflegepersonals vornehmen.

Mit der **Evaluation der Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation** beauftragte der GKV-Spitzenverband die Universität Bremen in Kooperation mit dem Fraunhofer Institut für System- und Innovationsforschung Karlsruhe. Das Projektbüro Ein-STEP warb im November 2016, nach erfolgter Datenbereinigung, bei allen registrierten 8.957 Einrichtungen für die Teilnahme an der Evaluation. Insgesamt 962 Pflegeeinrichtungen (510 Pflegeheime, 452 Pflegedienste) antworteten, dass sie das Strukturmodell für die Pflegedokumentation anwenden. Sie attestierten dem Strukturmodell eine hohe Praktikabilität. Für die externen Prüfinstanzen ist die neue Pflegedokumentation

weitgehend mit den Prüfvorschriften auf Landesebene kompatibel. Die Qualität der begutachteten Dokumentationen bewerteten knapp zwei Drittel der Prüfenden als ausreichend; alle für die Prüfung notwendigen Informationen konnten überwiegend aus der Dokumentation entnommen werden. Die Erfassung und Dokumentation von individuellen Risiken sowie die Dokumentation biografischer Daten waren nach Auffassung der Prüfinstanzen problembehaftet und wiesen einen Schulungsbedarf der Pflegekräfte aus. Auch die Pflegefachkräfte selbst beurteilten die unterschiedlichen Verfahrensweisen, die sie zur Dokumentation spezieller pflegerischer Probleme nutzten, als noch nicht zielführend, wie die folgende Tabelle zeigt.

Die Erfassung und Dokumentation von individuellen Risiken sowie die Dokumentation biografischer Daten wiesen einen Schulungsbedarf der Pflegekräfte aus.

Umgang mit der Dokumentation spezieller pflegerischer Probleme,
(Mehrfachauswahl) postalische Befragung Pflegefachkräfte t₁

Dokumentation spezieller pflegerischer Probleme	Pflegeheime	Pflegedienste
Es werden „alte“ Dokumentationsunterlagen genutzt	37,2 %	46,6 %
Es werden dafür neue Dokumentationsunterlagen genutzt	39,3 %	38,4 %
Diese Ereignisse werden jetzt nicht mehr dokumentiert	5,9 %	5,3 %
Es wird von den Kollegen unterschiedlich gehandhabt	30,6 %	30,1 %
Anzahl gesamt	904	581

Quelle: Evaluation der Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation. Abschlussbericht

Indem dem Schulungs- und Coachingbedarf der Pflegefachkräfte begegnet und ihre pflegfachliche Kompetenz unterstützt wird, wird sich die Handhabung des Strukturmodells in der täglichen Arbeitsroutine verbessern. Die mit der Einführung des Strukturmodells als neuer Pflegedokumentation beabsichtigte Effizienzsteigerung kann dann erzielt werden.

Der Abschlussbericht zur Evaluation der Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation ist auf unserer Homepage eingestellt und kann kostenfrei heruntergeladen werden:
https://www.gkvspitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte/pflege_abgeschlossene_projekte_8/evasis.jsp

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

Das Thema „Neue Wohnformen“ gewinnt gesellschafts- und gesundheitspolitisch an Bedeutung. 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 zu führen. In den letzten Jahren haben sich bereits vielfältige 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.

Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) brachte der Gesetzgeber über den § 45f SGB XI ein Modellprogramm zum Thema „Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen“ auf den Weg. Zur wissenschaftlich

gestützten Weiterentwicklung und Förderung neuer Wohnformen wurden insgesamt 10 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Der GKV-Spitzenverband wurde mit der Umsetzung dieses Modellprogramms beauftragt. Ziel des Modellprogramms ist es, neue Wohnformen für pflegebedürftige Menschen wissenschaftlich gestützt zu fördern und zu evaluieren. Das Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen greift hierbei sowohl die Vielzahl als auch die Vielfalt in der Entwicklung neuer Wohnformen auf. Dabei geht es um Konzepte, die als Alternative zur regulären vollstationären Versorgung ein selbstbestimmtes Wohnen bei guter Wohn-, Pflege- und Versorgungsqualität ermöglichen. Es wurden insgesamt 53 Projekte in vier verschiedenen Projekttypen aus mehr als 220 Bewerbungen ausgewählt und in das Programm.

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

Projektträger konnten in der ersten Phase der Projektförderung ein Konzept entwickeln, um dieses in der zweiten Phase dann umzusetzen

Projekttypen im Modellprogramm nach § 45f SGB XI



Projekttyp A



Projekttyp B



Projekttyp C



Projekttyp D

Konzeptentwicklung und Umsetzung	Umsetzung eines vorliegenden Konzeptes	Wissenschaftliche Konzeptentwicklung	Beteiligung an der Evaluation
Maximaler Förderungszeitraum: 3 Jahre	Maximaler Förderungszeitraum: 3 Jahre	Maximaler Förderungszeitraum: 1 Jahr	Ausschließliche Evaluation
25 Projekte	8 Projekte	5 Projekte	15 Projekte

(Projekttyp A = 25 Projekte). Aber auch die sofortige Umsetzung eines bereits vorhandenen Konzeptes wurde im Modellprogramm ermöglicht (Projekttyp B = 5 Projekte). Im Rahmen des Modellprogramms wurden weiterhin die Erstellung wissenschaftlicher Konzepte gefördert (Projekttyp C = 5 Projekte). Darüber hinaus wurden bereits in der Praxis umgesetzte Konzepte ohne zusätzliche Förderung in die Evaluation aufgenommen (Projekttyp D = 15 Projekte). Dabei wurde davon ausgegangen, dass es schon eine große Anzahl von bereits umgesetzten Wohn-, Pflege- und Versorgungsangeboten für pflegebedürftige Menschen gibt, die noch nicht wissenschaftlich evaluiert wurden. Der Start aller 53 Projekte erfolgte ab Januar 2015 mit maximal dreijährigen Laufzeiten, die letzten geförderten Projekte endeten im Februar 2018.

Konzeptionelle Grundlagen der wissenschaftlichen Begleitung

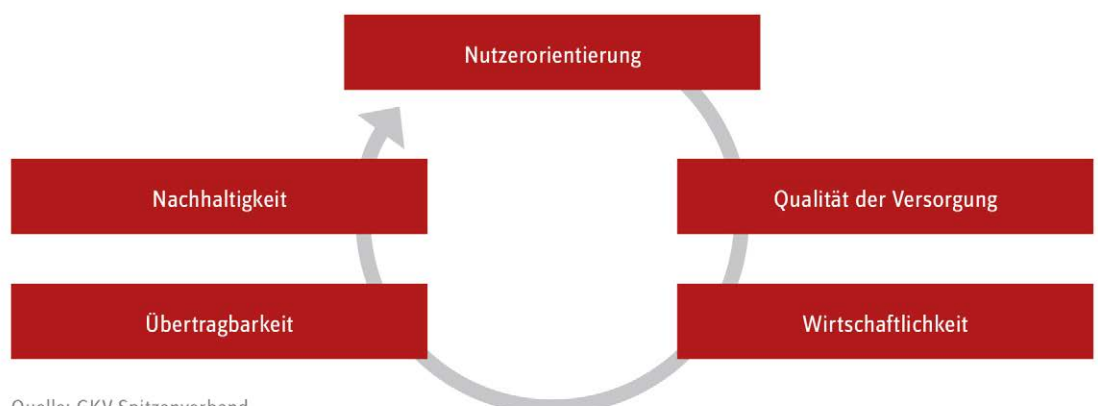
Bei der Gestaltung des Modellprogramms zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen wurde besonderen Wert auf die wissenschaftliche Evaluation gelegt. Seit November 2014 begleiten die Prognos AG und das Kuratorium Deutsche Altershilfe das Modellprogramm. Die zentralen Evaluationskriterien wurden bereits mit der Ausschreibung festgelegt und bilden den Rahmen für die wissenschaftliche Begleitung.

Für die Untersuchung der fünf Evaluationskriterien Nutzerorientierung, Qualität der Versorgung, Wirtschaftlichkeit, Übertragbarkeit und Nachhaltigkeit wurden vorhandene wissenschaftliche Studien, Expertenwissen und Praxiserfahrungen zur Analyse „neuer Wohnformen“ für eine analytische Betrachtung und Bewertung neuer Wohnformen herangezogen. Ausgangspunkt für die Bewertung der Qualität und Nutzerorientierung neuer Wohnformen sind die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen, die in den neuen Wohn-, Pflege- und Versorgungsarrangements leben. Als ein möglicher Maßstab zur Beurteilung der Wohn-, Pflege- und Versorgungsqualität aus der Sicht der Pflegebedürftigen wurde die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen herangezogen. Aus der Pflege-Charta lassen sich übergeordnete Ziele (z. B. Sicherung der Autonomie) als Anforderungen an die Wohn-, Pflege- und Versorgungsqualität ableiten¹. Neue Wohnformen für pflegebedürftige Menschen sollten demnach für ihre Nutzerinnen und Nutzer

- die Selbstständigkeit durch Versorgungssicherheit gewährleisten,
- die Lebensweltorientierung durch eine möglichst hohe Selbstbestimmung sichern sowie
- die Teilhabe durch soziale Einbindung unterstützen.

¹ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2014): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, Berlin.

Zentrale Kriterien der Förderung und Evaluation



Quelle: GKV-Spitzenverband

Anforderungen an die Wohn-, Pflege- und Versorgungsqualität



Quelle: KDA/Prognos AG 2016 (Infobrief 02: Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen)

Um beurteilen zu können, wie diese Anforderungen in den Projekten umgesetzt werden, werden verschiedene Kriterien und anerkannte Standards (z. B. Expertenstandards) als Bewertungsmaßstab herangezogen. Insgesamt wurden durch die wissenschaftliche Begleitung mit Bezug zu den fünf Evaluationskriterien über 100 Merkmale zur Operationalisierung der Qualitätsdimension definiert, die im Rahmen der Evaluation aus unterschiedlichen Perspektiven (Nutzerinnen und Nutzer, Projektträger, Angehörige, lokale Akteure) auf Einzelprojektebene und für unterschiedliche Wohnformtypen untersucht werden. Dieses Modell der Beschreibung von strukturellen Merkmalen neuer Wohnformen, von denen sich allein mehr als siebzig Merkmale auf die Wohn-, Pflege- und Versorgungsqualität beziehen, leistet einen Beitrag zum weiteren fachwissenschaftlichen Diskurs auch mit Blick auf den gesetzlichen Auftrag zur Qualitätssicherung neuer Wohnformen. Der Merkmalskatalog mit Bezug zu allen Evaluationskriterien sowie dessen Herleitung wird als Zwischenergebnis des

Modellprogramms demnächst auf der Webseite des GKV-Spitzenverbandes veröffentlicht.

Methodisches Vorgehen der wissenschaftlichen Begleitung

In dem Modellprogramm erhalten wir einen umfassenden Einblick in konkrete Wohn-, Pflege- und Versorgungskonzepte neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen. Ziel der Evaluation ist es, die einzelnen Projekte vor dem Hintergrund der Evaluationskriterien zu bewerten.

Im Rahmen der Evaluation der Nutzerorientierung werden u. a. die entsprechenden Verfahren evaluiert, die eine Orientierung der Konzepte an den Bedarfen der Nutzerinnen und Nutzer ermöglichen. In Bezug auf die Wohn-, Pflege- und Versorgungsqualität wird beispielsweise untersucht, wie von den einzelnen Projekten die im Merkmalskatalog beschriebenen Qualitätsanforderungen umgesetzt bzw. weiterentwickelt

werden. In Bezug auf die Wirtschaftlichkeit wird untersucht, ob die Finanzierbarkeit des jeweiligen Wohn-, Pflege- und Versorgungsangebotes aus der Nutzerperspektive gewährleistet ist und unter welchen 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

Die ökonomische Betrachtung befasst sich u. a. mit den Möglichkeiten einer Übertragbarkeit und Verbreitung ausgewählter Wohn-, Pflege und Versorgungsmodelle.

Wohn-, Pflege- und Versorgungsmodelle nachhaltig etablieren können. Letztlich erfolgt eine Analyse der Projekte in Bezug auf die bundes- und lan-

desrechtlichen, 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, kamen zahlreiche Erhebungsinstrumente zu unterschiedlichen Zeitpunkten zum Einsatz. Das Spektrum reichte von Dokumentenanalysen und schriftlichen Befragungen der Träger bzw. Wohnprojektinitiatoren bis hin zu mündlichen und schriftlichen Befragungen der Nutzerinnen und Nutzern und ihrer Angehörigen sowie Vor-Ort-Interviews mit den Projektbeteiligten. Diese Untersuchungen wurden Ende 2017 im Wesentlichen abgeschlossen. Zur Einordnung der geförderten Wohn-, Pflege- und Versorgungsangebote in die strukturellen, sozialräumlichen und landes- sowie bundesrechtlichen Rahmenbedingungen fand ebenfalls Ende 2017 ein abschließender Workshop mit externen Expertinnen und Experten statt.

Letztendlich sollen jene Projekte identifiziert werden, die als besonders erfolgreich hinsichtlich

des Programmziels - der Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen - erscheinen. Für eine abschließende Bewertung erfolgreicher Wohnmodelle wird das Zusammenspiel der oben genannten Kriterien im Hinblick auf die Auswahl von Modellen guter Praxis entscheidend sein.

Zwischenergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung

Als ein erstes Ergebnis der wissenschaftlichen Begleitung wurde ein neues Modell der Wohnformtypisierung erarbeitet. Die bisherige Systematik zur Klassifikation der Wohnformen bspw. nach ordnungs- bzw. leistungsrechtlichen Kriterien ist aus Sicht der Nutzerinnen und Nutzer wenig hilfreich, da hierüber kaum Orientierung geboten werden kann, in welchem Ausmaß etwa Versorgungssicherheit und eine möglichst selbstständige Lebensführung durch die unterschiedlichen Wohnformen unterstützt werden. Die wissenschaftliche Begleitung arbeitet im Rahmen des Modellprogramms daher auch an einem neuen Schema zur Wohnformtypisierung, welches die Zuordnung der vielfältigen Wohnformen für Pflegebedürftige nach den Nutzerbedürfnissen ermöglichen kann.

Im Rahmen einer am 14. September 2017 im Hause des GKV-Spitzenverbandes durchgeführten öffentlichen Zwischenbilanz zum Modellprogramm wurden vor 250 Teilnehmenden erste Ergebnisse der mündlichen Nutzerbefragung vorgestellt. Hierzu gehören die Befragungsergebnisse von 101 Bewohnerinnen und Bewohnern, die bei Projektstart persönlich besucht und zu ihren Erwartungen bezüglich des Wohnpflegeangebotes interviewt worden waren. Die Befragungsergebnisse geben einen Einblick, was die Nutzerinnen und Nutzer von den neuen Wohnformen in diesem Modellprogramm erwarten: Mit Blick auf das Wohnangebot ist es beispielsweise mehr als drei Vierteln der Befragten wichtig, dass sie über einen eigenen Wohn-/Schlafraum sowie eigene Sanitärbereiche verfügen können. Mehr als jede zweite Person wünscht sich die Sicherung der Privat-



Öffentliche Zwischenbilanz zum Modellprogramm nach § 45f SGB XI am 14. September 2017

sphäre und individuelle Gestaltungsmöglichkeiten des Wohnraumangebotes. Auch eine barrierefreie Ausstattung der Wohnung halten zwei Drittel der Befragten für wichtig. Mit Blick auf die Hilfen im Alltag ist es den Befragten wichtig, dass die Hilfen sie in ihrer Selbstständigkeit unterstützen. Zwei Drittel erwarten zudem, dass sie die Hilfen auswählen können und diese auf ihre Gewohnheiten angepasst werden. Auch die Bezahlbarkeit der Angebote, insbesondere die der unterstützenden Alltagshilfen für die Bewohnerinnen und Bewohner, sollte sichergestellt sein.

Bei den Erwartungen an die gesundheitlichen Unterstützungsleistungen stehen bei über 90 Prozent der Befragten die Gewährleistung von Versorgungssicherheit – nach Möglichkeit rund um die Uhr – im Vordergrund und auch der Wunsch, bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustands nicht mehr umziehen zu müssen. Besondere Erwartungen haben die Befragten an das soziale

Zusammenleben: Etwa zwei Drittel wünschen sich insgesamt mehr soziale Kontakte und fast drei Viertel wollen bei der Gestaltung des sozialen Zusammenlebens mitbestimmen können. Ende 2017 wurden die Befragten erneut aufgesucht mit dem Ziel, in Erfahrung zu bringen, ob sich diese Erwartungen mit dem Einzug in die neuen Wohnformen auch erfüllt haben.

An der schriftlichen Befragung zur Zufriedenheit mit der Wohn-, Pflege- und Versorgungsqualität in den Wohnangeboten des Modellprogramms haben von insgesamt 1.475 angeschriebenen Bewohnerinnen und Bewohnern der in den im Modellprogramm aufgenommenen Projekte 459 Personen und damit 31,1 Prozent der Angeschriebenen teilgenommen. Die Ergebnisse der Wiederholungsbefragung liegen mit dem wissenschaftlichen Abschlussbericht

Etwa zwei Drittel der Befragten wünschen sich mehr soziale Kontakte und fast drei Viertel wollen bei der Gestaltung des sozialen Zusammenlebens mitbestimmen können.

im Jahr 2018 vor. Die Ergebnisse der Angehörigenbefragung, die Ende 2017 durchgeführt wurde, werden ebenfalls mit Spannung erwartet.

Bisherige Ergebnisse der schriftlichen Trägerbefragungen geben ebenfalls erste Hinweise darauf, ob die o. g. Merkmale bei den Wohnprojekten berücksichtigt werden: Um das Bedürfnisfeld „Selbstständigkeit durch Versorgungssicherheit“

Die Erfassung der Bewohnerbedürfnisse dient als wesentliche Grundlage, um die Projektstrukturen an die individuellen Bedarfe und Gewohnheiten anpassen zu können.

zu untersuchen, wurde z. B. für den Merkmalsbereich „Wohnqualität“ das Merkmal „Barrierefreiheit“ als wesentliche Anforderung zur Sicherung

der Mobilität bei körperlichen Einschränkungen untersucht. Nur knapp die Hälfte aller geförderten Projekte gab in der schriftlichen Trägerbefragung an, dass „alle ihre Wohnungen/Zimmer baulich an der DIN 18040 orientiert sind“. 94 Prozent der bisher befragten Nutzerinnen und Nutzer sind jedoch mit der barrierefreien Gestaltung ihrer Wohnungen und Zimmer zufrieden. Um das Bedürfnisfeld „Lebensweltorientierung durch Selbstbestimmung“ zu untersuchen, wurde z. B. das Merkmal „Erfassung der Bewohnerbedürfnisse“ untersucht. Die Erfassung dieser Bedürfnisse dient als wesentliche Grundlage, um die Projektstrukturen an die individuellen Bedarfe und Gewohnheiten anpassen zu können. Über 70 Prozent der befragten Projekte gaben an, dass sie systematisch die Nutzerbedürfnisse abfragen. Eine strukturierte Abfrage der Nutzerbedürfnisse ist also noch nicht in allen Projekten selbstverständlich.

Interne Programmtagungen

Begleitend zur Gesamtevaluation unterstützte das Modellprogramm auch den Erfahrungsaustausch und den Wissenstransfer zwischen den Projekten. Nach der Auftaktveranstaltung zum Modellprogramm im Mai 2015 mit den beteiligten Projekten fand im November 2015 die erste interne Programmtagung in Köln statt, die sich dem Thema „Nutzerorientierung und Versorgungssicherheit“

widmete. Zwei weitere interne Programmtagungen zu den Themen Qualitätssicherung neuer Wohnformen“, „Erprobung neuer Hilfestrukturen und Hilfemixformen“ sowie „Sicherung der Nachhaltigkeit neuer Wohnformen“ fanden 2016 und 2017 statt. Zwischenergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung sowie Erfahrungen der Beteiligten in der Umsetzung von Projekten wurden in themenbezogenen Workshops fachlich diskutiert und werden im Rahmen der Gesamtevaluation in die abschließende Bilanz zum Modellprogramm einfließen.

Beirat zum Modellprogramm

Das Modellprogramm wird fachlich durch einen Beirat begleitet. In ihm arbeiten seit 2015 Vertreterinnen und Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit, des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit, des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, der Bundesverbände der Pflegekassen, der Länder, der kommunalen Spitzenverbände, der Leistungserbringer, der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, der Wissenschaft sowie der Verbände von Wohnungs- und Immobilienunternehmen mit. Der Fachbeirat hat bisher dreimal getagt und fachliche Hinweise für die Evaluation des Modellprogramms aus dem jeweiligen Erfahrungskontext seiner Mitglieder in die Diskussion von Zwischenergebnissen einfließen lassen. Die abschließende Beiratssitzung ist für das zweite Quartal 2018 geplant.

Veröffentlichungen zum Modellprogramm

Aufgrund des großen öffentlichen Interesses am Thema der Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen erscheint seit 2015 halbjährlich ein Informationsbrief zum Modellprogramm, der auf der Webseite des GKV-Spitzenverbandes veröffentlicht wird. Die bisher herausgegebenen fünf Informationsbriefe haben sich unterschiedlichen Themen gewidmet:

Infobrief | 01

Modellprogramm zur Weiterentwicklung von

Sehr geehrte Damen und Herren,

Wenn Menschen pflegebedürftig werden, möchten sich nicht alle versorgen lassen. ...

Der 2. Informationsbrief zum Modellprogramm widmet sich dem Thema „Ambulante Wohnformen“.

Sehr geehrte Damen und Herren,

an Wo befindet sich ein ...

Der 3. Informationsbrief zum Modellprogramm widmet sich dem Thema „Migration und neue Wohnformen“.

Sehr geehrte Damen und Herren,

umgesetzt im Zielgruppe im Brief mit ...

der 4. Informationsbrief zum Modellprogramm widmet sich dem Thema „Neue Wohnformen und technische Unterstützung“.

Sehr geehrte Damen und Herren,

welche Notwendigkeit weitere Forschung!

Das Modellprogramm Phase: Im Juni des Ergebnis vorliegt bereits heute zu ein ...

Der für November 2 Brief wird dann von präsentierten Ziel

Erste Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung werden im Rahmen einer öffentlichen Zwischenbilanz am 14. September 2017 im Hause des GKV-Spitzenverbandes vorgestellt und diskutiert.

Im zweiten Veranstaltungstag ging es um erste

Erkenntnisse zum Innovationspotential der ge-förderten Projekte. Ausgewählte Projekte stellten ihre konkreten Erfahrungen und Herausforderungen sowie erste Lösungsansätze für eine möglichst nachhaltige Versorgung vor.

Mit freundlichen Grüßen
Gernot Kiefer

Infobrief | 02

Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Woh

Sehr geehrte Damen und Herren,

an Wo befindet sich ein ...

Der 2. Informationsbrief zum Modellprogramm widmet sich dem Thema „Ambulante Wohnformen“.

Sehr geehrte Damen und Herren,

umgesetzt im Zielgruppe im Brief mit ...

der 4. Informationsbrief zum Modellprogramm widmet sich dem Thema „Neue Wohnformen und technische Unterstützung“.

Sehr geehrte Damen und Herren,

welche Notwendigkeit weitere Forschung!

Das Modellprogramm Phase: Im Juni des Ergebnis vorliegt bereits heute zu ein ...

Der für November 2 Brief wird dann von präsentierten Ziel

Erste Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung werden im Rahmen einer öffentlichen Zwischenbilanz am 14. September 2017 im Hause des GKV-Spitzenverbandes vorgestellt und diskutiert.

Im zweiten Veranstaltungstag ging es um erste

Erkenntnisse zum Innovationspotential der ge-förderten Projekte. Ausgewählte Projekte stellten ihre konkreten Erfahrungen und Herausforderungen sowie erste Lösungsansätze für eine möglichst nachhaltige Versorgung vor.

Mit freundlichen Grüßen
Gernot Kiefer

Infobrief | 04

Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen

Sehr geehrte Damen und Herren,

an Wo befindet sich ein ...

Der 2. Informationsbrief zum Modellprogramm widmet sich dem Thema „Ambulante Wohnformen“.

Sehr geehrte Damen und Herren,

umgesetzt im Zielgruppe im Brief mit ...

der 4. Informationsbrief zum Modellprogramm widmet sich dem Thema „Neue Wohnformen und technische Unterstützung“.

Sehr geehrte Damen und Herren,

welche Notwendigkeit weitere Forschung!

Das Modellprogramm Phase: Im Juni des Ergebnis vorliegt bereits heute zu ein ...

Der für November 2 Brief wird dann von präsentierten Ziel

Erste Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung werden im Rahmen einer öffentlichen Zwischenbilanz am 14. September 2017 im Hause des GKV-Spitzenverbandes vorgestellt und diskutiert.

Im zweiten Veranstaltungstag ging es um erste

Erkenntnisse zum Innovationspotential der ge-förderten Projekte. Ausgewählte Projekte stellten ihre konkreten Erfahrungen und Herausforderungen sowie erste Lösungsansätze für eine möglichst nachhaltige Versorgung vor.

Mit freundlichen Grüßen
Gernot Kiefer

Infobrief | 05

Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen

Sehr geehrte Damen und Herren,

an Wo befindet sich ein ...

Der 2. Informationsbrief zum Modellprogramm widmet sich dem Thema „Ambulante Wohnformen“.

Sehr geehrte Damen und Herren,

umgesetzt im Zielgruppe im Brief mit ...

der 4. Informationsbrief zum Modellprogramm widmet sich dem Thema „Neue Wohnformen und technische Unterstützung“.

Sehr geehrte Damen und Herren,

welche Notwendigkeit weitere Forschung!

Das Modellprogramm Phase: Im Juni des Ergebnis vorliegt bereits heute zu ein ...

Der für November 2 Brief wird dann von präsentierten Ziel

Erste Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung werden im Rahmen einer öffentlichen Zwischenbilanz am 14. September 2017 im Hause des GKV-Spitzenverbandes vorgestellt und diskutiert.

Im zweiten Veranstaltungstag ging es um erste

Erkenntnisse zum Innovationspotential der ge-förderten Projekte. Ausgewählte Projekte stellten ihre konkreten Erfahrungen und Herausforderungen sowie erste Lösungsansätze für eine möglichst nachhaltige Versorgung vor.

Mit freundlichen Grüßen
Gernot Kiefer

Ansicht Infobriefe Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen

In der ersten Ausgabe im November 2015 wurden die Programmziele und der Aufbau des Modellprogramms sowie einige ausgewählte Projekte vorgestellt. Der zweite Informationsbrief widmete sich im Juni 2016 dem Thema „Ambulante Wohnformen im Kontext von Qualität und Wirtschaftlichkeit“. Auch hier wurden einzelne Projekte vorgestellt und erste Ergebnisse zur Wohn-, Pflege- und Versorgungsqualität präsentiert. Im November 2016 erschien die dritte Ausgabe zum Thema „Migration und neue Wohnformen“. Das Thema der Migration wurde u. a. in einem ausschließlich wissenschaftlichen Projekt untersucht. Hier konnten bereits Ergebnisse einer repräsentativen telefonischen Befragung zu Wohnbedürfnissen von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund für den Fall der Pflege vorgestellt werden. In dieser Ausgabe stellten sich ebenfalls weitere Praxisprojekte vor, die sich entweder ausschließlich oder integrativ der pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Menschen mit

Migrationshintergrund in unterschiedlichen Wohnformen in städtischen Quartieren widmen.

Im Juni 2017 erschien der vierte Informationsbrief zum Thema „Neue Wohnformen und technische Unterstützung“. Es wurden erste Ergebnisse der Nutzerbefragungen präsentiert und u. a. über die Aufgeschlossenheit der in den Modellprojekten befragten Bewohnerinnen und Bewohner gegenüber technischen Anwendungen berichtet. Auch in dieser Ausgabe stellten spezifische Projekte ihre Ansätze vor, wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, technische Unterstützungsmodule und soziale Angebote miteinander zu verknüpfen, um hierüber mehr Versorgungssicherheit im häuslichen Kontext zu erreichen.

Seit 2015 erscheint halbjährlich ein Informationsbrief zum Modellprogramm, der auf der Webseite des GKV-Spitzenverbandes veröffentlicht wird.

Besonders erfolgreich ist dies dem Projekt **pflege@quartier** der Gesobau AG in Berlin gelungen, welches für seinen innovativen und nutzerorientierten Ansatz mit dem Telematik-Award 2017 auf der Internationalen Funkausstellung in Berlin ausgezeichnet wurde. In der Novemberausgabe 2017 wurde dann über die öffentliche Zwischenbilanz des Modellprogramms berichtet. Aktuell ist geplant, im November 2018 einen abschließenden Informationsbrief zum Modellprogramm zu veröffentlichen. Alle Informationsbriefe sowie weitere Informationen zu Projekten und Veranstaltungen können auf der Webseite des GKV-Spitzenverbandes eingesehen bzw. heruntergeladen werden. Berichte bzw. Konzepte oder interessante Praxisstandards der geförderten Projekte werden ebenfalls sukzessive auf die Webseite des GKV-Spitzenverbandes eingestellt.

Ausblick

Für den 8. Oktober 2018 ist die öffentliche Abschlussbilanz zum Modellprogramm im Haus des GKV-Spitzenverbandes geplant. Parallel zu dieser Veranstaltung wird ein Reader veröffentlicht, der alle geförderten Projekte des Modellprogramms in knapper Form vorstellen wird. Der Fokus der Projektdarstellungen wird hier auf den Projektverlauf und die Ergebnisse gelegt werden. Weiterhin soll herausgearbeitet werden, welcher Erkenntnisgewinn erzielt werden konnte und unter welchen Voraussetzungen der jeweilige Projektansatz

übertragbar ist. Die Veröffentlichung des wissenschaftlichen Abschlussberichts ist für den Herbst 2018 vorgesehen. Außerdem wird die wissenschaftliche Begleitung einen „Praxisleitfaden für

die Umsetzung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen“ publizieren. Damit soll ein wichtiger Beitrag geleistet werden, die im Modellprogramm gewonnenen Erkenntnisse auch für die Praxis nutzbar zu machen.

Mit einem „Praxisleitfaden für die Umsetzung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen“ soll ein Beitrag geleistet werden, die im Modellprogramm gewonnenen Erkenntnisse auch für die Praxis nutzbar zu machen.

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

Hintergrund

Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz zum 1. Januar 2013 wurde vom Gesetzgeber bereits vor der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eine neue Leistungsart in das SGB XI aufgenommen: Die Übergangsregelung „Häusliche Betreuung“ nach § 124 SGB XI. Unter der Voraussetzung, dass die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt waren, hatten Versicherte der Pflegestufen I bis III und Versicherte, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a SGB XI erfüllten, nun einen Anspruch auf Leistungen der häuslichen Betreuung durch ambulante Pflegedienste (ehemals § 124 SGB XI).

Zugleich veranlasste der Gesetzgeber mit der Einführung des § 125 SGB XI Modellvorhaben zur praktischen Erprobung und wissenschaftlichen Evaluation von Leistungen der häuslichen Betreuung, die von Betreuungsdiensten erbracht wurden. Im Rahmen des Modellvorhabens gründeten sich somit deutschlandweit Betreuungsdienste als neue Leistungserbringer. Damit bestand insbesondere für demenziell erkrankte Pflegebedürftige die Möglichkeit, häusliche Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung durch Betreuungsdienste zu beziehen (§ 125 SGB XI). Betreuungsdienste durften sowohl Leistungen nach § 45b SGB XI als auch nach ehemals § 124 SGB XI erbringen. Bei gleichzeitiger Versorgung von Pflegebedürftigen durch zugelassene ambulante Pflegedienste wurden jedoch Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung bisher vorrangig abgerechnet, denn sie gingen dem Anspruch auf Leistungen der häuslichen Betreuung voraus.

Mit Inkrafttreten des PSG II zum 1. Januar 2017 und der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde § 124 SGB XI in § 36 integriert. Damit wurde die Betreuung gestärkt; körperbezo-

gene Pflegemaßnahmen (ehemals Grundpflege), Hilfen bei der Haushaltsführung (ehemals hauswirtschaftliche Versorgung) und pflegerische Betreuungsmaßnahmen (ehemals häusliche Betreuung) stehen seither als gleichwertige Leistungen des Pflegesachleistungsbetrags nebeneinander. Erstattungsleistungen nach ehem. § 45b SGB XI sind äquivalent zu § 45 a-b SGB XI nach dem PSG II und unterscheiden nicht mehr zwischen Grundbetrag und erhöhtem Betrag. Beide Leistungsarten konnten durch am Modellvorhaben teilnehmende Betreuungsdienste erbracht werden.

Das Modellvorhaben nach § 125 SGB XI

Das Modellvorhaben nach § 125 SGB XI begann im Dezember 2014 und endete im Dezember 2017. Die Wirkungen des Einsatzes von Betreuungsdiensten auf die pflegerische Versorgung sollten umfassend bezüglich Qualität, Wirtschaftlichkeit, Inhalt der erbrachten Leistungen und Akzeptanz bei den Pflegebedürftigen untersucht werden. Damit standen gleichzeitig sowohl die neue Leistungsart „Häusliche Betreuung“ als auch ein neuer Typus von Leistungserbringern („Betreuungsdienste“) im Fokus der wissenschaftlichen Betrachtung. Betreuungsdienste sollten insbesondere für demenziell erkrankte Pflegebedürftige dauerhaft häusliche Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistungen erbringen; Pflegeleistungen im engeren Sinne waren jedoch ausgeschlossen.

In Anbetracht des Modellcharakters der Betreuungsdienste wurden in Hinblick auf die Leitungskraft, die Personalausstattung und die Qualitätssicherung spezifische Regelungen vereinbart:

1. Vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Personalsituation in der Pflege kam 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 stellten 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 sollte die Versorgung insgesamt auf eine breitere und vielfältigere personelle Basis gestellt werden.

2. Aufgrund der besonders vulnerablen Zielgruppe ist auch eine darauf abgestimmte Qualifikation der eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unabdingbar gewesen. Für diejenigen Mitarbeitenden, die unmittelbar in der häuslichen Betreuung eingesetzt werden, wurde daher eine zusätzliche Qualifikation mindestens auf dem Niveau gemäß der Betreuungskräfte-Richtlinien nach ehemals § 87b Abs. 3 SGB XI, seit 1. Januar 2017 § 53c SGB XI vorausgesetzt.
3. Im Hinblick auf die Qualitätssicherung sind mit den Vorgaben zur Qualifikation von Leitung und Mitarbeitenden bereits wesentliche Standards in den Rahmenvorgaben der Modellvorhaben nach § 125 SGB XI verankert worden. Weiterhin wurden vom GKV-Spitzenverband entsprechende Mindestanforderungen an die Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement der Betreuungsdienste definiert. Vor diesem Hintergrund bot sich die Möglichkeit, unterschiedliche Ansätze des internen Qualitätsmanagements zuzulassen und zu evaluieren. Somit wurde bei der Untersuchung der Struktur- und Prozessqualität auch auf die „Maßstäbe und Grundsätze (...) nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 27. Mai 2011“ (MuG 2011) und Kriterien der Pflege-Transparenzvereinbarung gem. § 115 SGB XI

Betreuungsdienste sollten insbesondere für demenziell erkrankte Pflegebedürftige dauerhaft häusliche Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistungen erbringen.

zur ambulanten Pflege („Qualitätsbereich 3: Dienstleistung und Organisation“) zurückgegriffen.

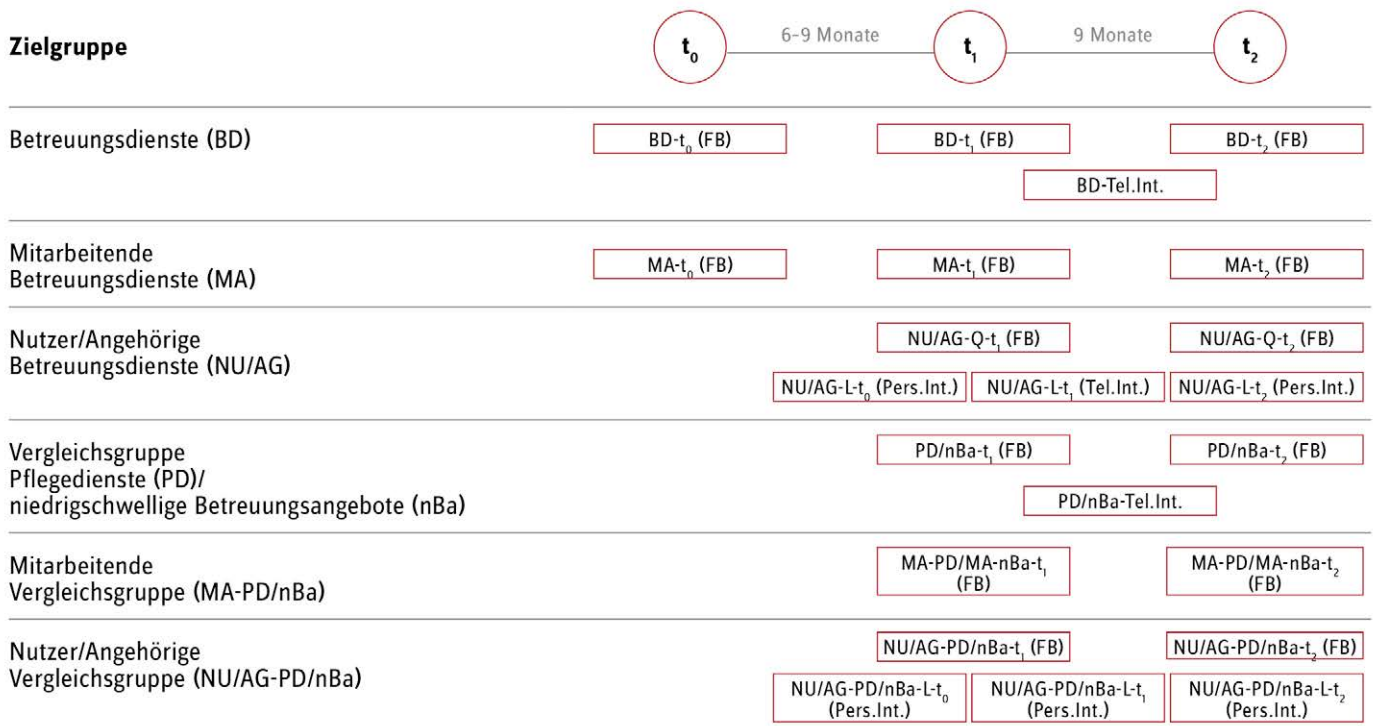
Erst nach Abschluss der Vertrags- und Vergütungsverhandlungen mit den jeweils zuständigen Landesverbänden der Pflegekassen konnten Betreuungsdienste am Modellvorhaben teilnehmen. Vor dem Hintergrund der föderalen Strukturen des Gesundheitswesens sollte mit diesem zweistufigen Verfahren zum einen die jeweils regionale Vergleichbarkeit der Betreuungsdienste unterstützt und zum anderen 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 relativ starke regionale Unterschiede, die auch die jeweiligen landesspezifischen Besonderheiten widerspiegeln.

Evaluation

Für die Modellvorhaben war eine umfangreiche wissenschaftliche Begleitung und Evaluation vorgesehen, die vom Berliner IGES Institut umgesetzt wurde. Die wissenschaftlichen Fragestellungen bezogen sich auf zwei große Komplexe: Einerseits wurden Inhalt und Qualität der Betreuungsleistungen als neue Leistungsart untersucht; zum anderen ausgewählte Aspekte,

Erhebungsdesign der wissenschaftlichen Begleitforschung



t ₀	erster Messzeitpunkt/Basiserhebung	NU/AG	Nutzer/Angehörige
t ₁	zweiter Messzeitpunkt/1. Folgerhebung	Q	Querschnitt
t ₂	dritter Messzeitpunkt/ 2. Folgerhebung	L	Längsschnitt
BD	Betreuungsdienst	Pers.Int.	persönliches Interview
FB	Fragebogen	PD	ambulanter Pflegedienst
Tel.Int.	telefonisches Interview	nBa	niedrigschwelliges Betreuungsangebot
MA	Mitarbeitende		

Quelle: IGES

die sich unmittelbar auf die neuen Leistungserbringer, die Betreuungsdienste, bezogen. Einen zentralen Stellenwert nahm insgesamt die Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer sowie ihrer Angehörigen ein. Gleichzeitig boten neben den teilnehmenden Betreuungsdiensten auch ambulante Pflegedienste und niedrigschwellige Angebote qualifizierte zusätzliche Betreuungsleistungen an, weshalb diese Leistungserbringer und ihre Betreuten als Vergleichsgruppen in die wissenschaftliche Untersuchung einbezogen und in vergleichbarem Umfang befragt wurden.

Es wurde ein quantitatives Erhebungsdesign gewählt, das die Entwicklung der Betreuungsversorgung sowohl im Querschnitt als auch im Längsschnitt erfasste. Zielgruppen der Befragung waren in jedem Einrichtungstyp die Leitungskräfte, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die Nutzenden von Betreuungsleistungen und deren Angehörige. Die Daten wurden zu mehreren Messzeitpunkten in den jeweiligen Einrichtungstypen erhoben (Betreuungsdienste, Pflegedienste und niedrigschwellige Betreuungsangebote). Zusätzlich wurde eine Längsschnitterhebung durchgeführt. Diejenigen Einrichtungen, die sich gegen eine

Beteiligung am Modellvorhaben entschieden hatten, sowie Betreuungsdienste, die im Verlauf des Vorhabens ausgestiegen sind, wurden mit einem Kurzfragebogen in die Erhebung einbezogen.

Insgesamt nahmen 49 der ursprünglichen 122 für geeignet befundenen Einrichtungen (Betreuungsdienste) an der wissenschaftlichen Begleitung und der Basiserhebung teil. Die Anzahl reduzierte sich im Projektverlauf auf 44 Betreuungsdienste zur Folgerhebung und auf 41 zur Abschlusserhebung. Nach Ende des Modellvorhabens am 31. Dezember 2017 hatten 40 Betreuungsdienste Anspruch auf einen neuen Versorgungsvertrag für die Dauer von bis zu zwei Jahren. Diese Möglichkeit wurde von 39 Betreuungsdiensten genutzt.

Neben den Betreuungsdiensten wurden Vergleichseinrichtungen befragt. An der ersten Erhebung nahmen 36 niedrigschwellige Betreuungsdienste und 16 ambulante Pflegedienste, an der zweiten Erhebung noch 23 niedrigschwellige Betreuungsdienste und elf ambulante Pflegedienste teil.

Teilnahme von Einrichtungen an Begleitforschung t_0 bis t_2

	teilnahmegeeignet/ teilnahmebereit	t_0 verblieben (Teilnahme)	t_1 verblieben (Teilnahme)	t_2 verblieben (Teilnahme)	Verbleib in Modellprogramm bei Ende der Begleitforschung
BD	122	49 (49)	47 (44)	41 (41)	40
nBa	45	-	36 (35)	23 (23)	-
PD	23	-	17 (16)	11 (11)	-

Anmerkung: Vergleichseinrichtungen (nBa, PD) wurden erst ab t_1 befragt. Zahl in Klammern entspricht Anzahl teilnehmender Einrichtungen an schriftlichen Befragungen der Begleitforschung; Anzahl vor Klammern entspricht in Begleitforschung verbliebenen Einrichtungen, die aber nicht notwendigerweise auch an der schriftlichen Befragung teilnehmen.

Quelle: IGES

Zentrale Ergebnisse

Die Ende 2017 vorgelegten Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation zeigen, dass sich Betreuungsdienste bezüglich der Zusammensetzung des Personals und der Pflegebedürftigen, der umgesetzten Betreuungsinhalte sowie der umgesetzten Maßnahmen zur Qualitätssicherung unterscheiden. Ebenso unterscheiden sich die beiden Outcome-Parameter, die empfundene Belastung durch betreuungsrelevante Problemlagen und die Lebensqualität bei Nutzenden und Angehörigen, für die Betreuungsdienste systematisch von denen der Vergleichseinrichtungen.

Die Pflegebedürftigen konnten ihre Belastungen bzw. diejenigen ihrer Angehörigen durch die Inanspruchnahme der Betreuungsdienste signifikant reduzieren und ihre Lebensqualität signifikant verbessern.

Bei den teilnehmenden Betreuungsdiensten handelt es sich v. a. um kleinere Einrichtungen, die in der Hälfte der Fälle neu gegründet worden waren und sich eher in privater Trägerschaft befinden.

Die Einrichtungsleitungen der Betreuungsdienste verfügen über unterschiedliche Ausgangsqualifikationen und konnten die erforderliche Praxiserfahrung im ausgebildeten Beruf von mehr als zwei Jahren nachweisen. Ebenso besitzen fast alle Leitungskräfte im Vergleich zu den Leitungen der niedrigschwelligen Betreuungsdienste eine formelle Leitungsqualifikation analog § 71 SGB XI. Die Hälfte der Leitungskräfte sind Pflegefachkräfte, gefolgt von „typischen Berufen im gesundheitlich-sozialen Bereich“ (gem. Pflegestatistik, z. B.: Ergotherapeutin/-therapeut, Heilerziehungspflegerin/-pfleger). Die Verteilung der Leitungsqualifikationen ist trotz Personalwechsels während des Modellvorhabens unverändert geblieben.

Die Anzahl der Mitarbeitenden in Betreuungsdiensten ist während der Modellphase auf 395 Personen angestiegen; dies entspricht durchschnittlich 9,6 Mitarbeitenden pro Betreuungs-

dienst. Die Zunahme der Personalzahl erfolgte unabhängig von den Rahmenbedingungen (Trägerschaft, Siedlungsstruktur, Gründungshistorie). Insgesamt haben N=192 zu t_0 , N=158 zu t_1 und N=61 zu t_2 an den Befragungen teilgenommen. Wie die Leitungskräfte verfügen auch die Mitarbeitenden zur Hälfte über Berufsabschlüsse im pflegerischen oder gesundheitlich-sozialen Bereich. Eine Qualifizierung der Mitarbeitenden nach § 87b SGB XI lag für 65 Prozent zum zweiten Erhebungszeitpunkt vor.

Auch die Anzahl der Nutzerinnen und Nutzer hat im Verlauf des Modellvorhabens kontinuierlich zugenommen und lag zum Zeitpunkt der Abschlusserhebung bei einer Gesamtzahl von 1.791 Pflegebedürftigen (Angaben aus 41 Betreuungsdiensten). Durchschnittlich versorgte ein Betreuungsdienst somit ca. 46 Pflegebedürftige. Die Zahl der Betreuten steigerte sich unabhängig von den Rahmenbedingungen. An der ersten Befragung nahmen 358 Pflegebedürftige und an der zweiten 343 Personen teil. Daten für die Längsschnitterhebung lieferten 34 Pflegebedürftige über alle drei Befragungszeitpunkte hinweg.

Die Mehrheit der Nutzenden von Betreuungsdiensten ist weiblich (64,7 Prozent zu t_2), ihr Durchschnittsalter liegt bei 77 Jahren (Geburtsjahr durchschnittlich um 1940). Das durchschnittliche Alter der Nutzenden nimmt im Vergleich der drei untersuchten Betreuungsangebote von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten über Betreuungsdienste hin zu ambulanten Pflegediensten zu. Aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen zeigen Einrichtungen mit einem höheren Durchschnittsalter (Pflegedienste und Betreuungsdienste) zugleich einen höheren Frauenanteil.

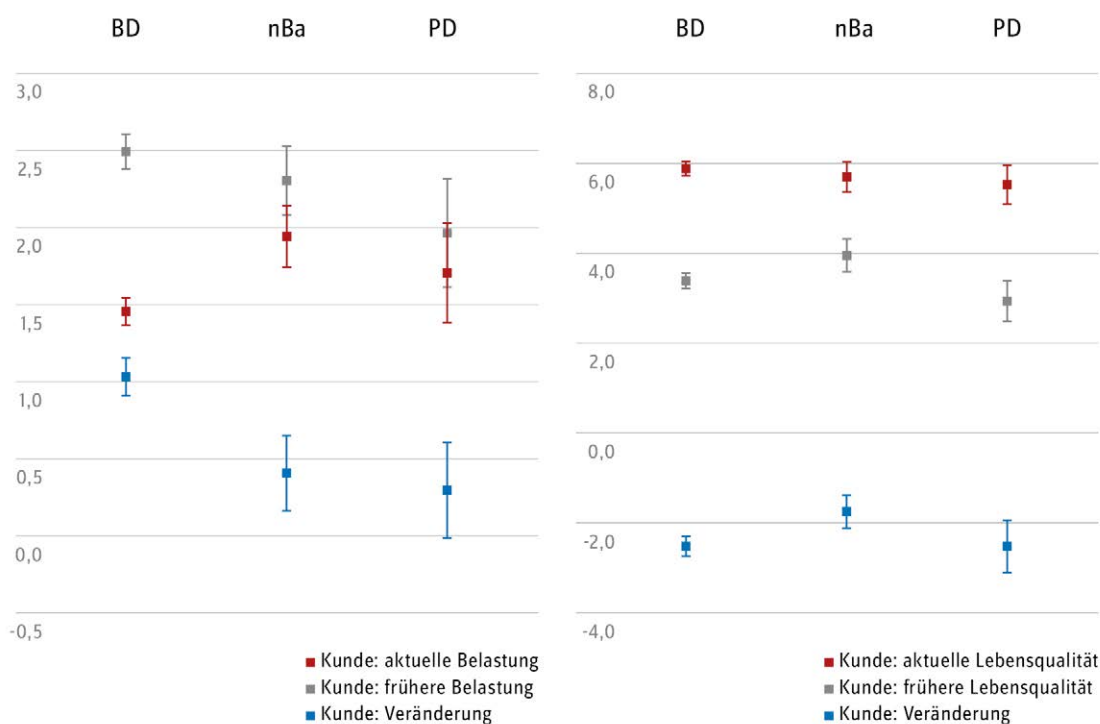
Bis zur ersten Folgerhebung (t_1) wurden Pflegegestufen erhoben; erst mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und damit zur Folgerhebung (t_2) wurden Pflegegrade ermittelt. Verglichen mit der Pflegestatistik (2015) zeigten die Nutzenden der Betreuungsdienste eine andere Verteilung, in welcher vor allem die sogenannte

PS 0 erhöht war. Mehr als 70 Prozent der Betreuten wiesen eine Einschränkung der Alltagskompetenz auf.

Die erstmalige Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen durch Betreuungsdienste resultierte aus fortschreitendem Alter oder fortschreitender Erkrankung. Als häufigste Gründe für die Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen durch Betreuungsdienste wurden demenzielle Erkrankungen (50,5 Prozent) und selbsteingeschätzte körperliche Behinderungen (65,3 Prozent) angeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass Betreuungsdienste von Pflegebedürftigen in erster Linie in Anspruch genommen wurden, um sie bei der Bewältigung von Alltagsaufgaben, der Strukturierung des Tagesablaufs und der Mobilität zu unterstützen.

In der Gesamtschau konnten die Pflegebedürftigen ihre Belastungen bzw. diejenigen ihrer Angehörigen durch die Inanspruchnahme der Betreuungsdienste signifikant reduzieren und ihre Lebensqualität signifikant verbessern. Für Personen mit Demenz, einer psychischen Erkrankung oder körperlichen Einschränkung sowie unter 80-Jährige zeigte sich im Mittel eine stärkere Belastungsreduktion als für ältere Betreute und diejenigen mit anderen als den genannten Einschränkungen. Auch bei den pflegenden Angehörigen konnte eine entsprechende Belastungsreduktion erhoben werden. Eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität zeigte sich besonders bei Betreuten mit Pflegegrad 3, einer körperlichen Behinderung oder psychischen Erkrankung. Die Steigerung der Lebensqualität war in allen Altersklassen zu beobachten. Die Lebensqualität verbesserte sich besonders bei weiblichen pflegenden Angehörigen.

Belastungsempfinden und Lebensqualität nach Einrichtungstyp



Quelle: IGES

Durchgeführte Qualitätsmaßnahmen übten einen besonderen Einfluss auf die Belastungsreduktion und Steigerung der Lebensqualität von Betreuten und Angehörigen aus. Für beide Gruppen wirkten sich die regelmäßige Reflektion von Belastungssituationen im Rahmen von Fallbesprechungen wie auch eine kontinuierliche Überprüfung der Betreuungswirkung entlastend aus.

Die Ergebnisse der Längsschnittstudie bestätigen prinzipiell die Ergebnisse der Querschnittstudie. Auch hier zeigten sich eine Reduzierung der Belastung und eine Verbesserung der Lebensqualität

bei den Betreuten und deren Angehörigen. Dennoch stieg das Belastungsempfinden im Beobachtungsverlauf von zehn Monaten wieder auf ein ähnliches Niveau wie vor der

erstmaligen Inanspruchnahme an. Allerdings wird unter diesen Probanden auch eine zeitgleiche Zunahme der betreuungsrelevanten Problemlagen festgestellt, weshalb sich die Effekte abgemildert haben könnten. In Bezug auf die Lebensqualität konnte festgestellt werden, dass diese sich deutlich verbesserte und auf einem höheren Level verblieb. Dieser Effekt war bei den Angehörigen jedoch nicht signifikant.

Die Betreuten und ihre Angehörigen waren insgesamt mit der Einrichtung und den bezogenen Leistungen sehr zufrieden. Die Zufriedenheit mit den Leistungen hängt signifikant davon ab, ob die Mitarbeiter der Einrichtung höflich und freundlich waren, die Privatsphäre der Kundinnen und Kunden respektierten, die Einrichtung eine große Unterstützung bei der Bewältigung von Problemen im Alltag anbot und ob letztendlich die Leistungen den Erwartungen der Kundinnen und Kunden entsprachen. Letzteres hing u. a. davon ab, inwiefern die Einrichtung als Unterstützung wahrgenommen wurde, die Wünsche und Vorlieben der Kundinnen und Kunden/Angehörigen berücksichtigt wurden, die Einrichtung gut erreichbar war und sich

die Kundinnen und Kunden/Angehörigen sicher aufgehoben fühlten.

Die Betreuungsdienste waren durch die eingangs geschilderten Mindestanforderungen des GKV-Spitzenverbandes an die Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement zu entsprechenden Maßnahmen verpflichtet. Die Leistungen waren sicherzustellen u. a. durch das Vorhalten einer Vertretung und eine ausführliche Beratung, einen Erstbesuch sowie ein Kostenvoranschlag vor Vertragsabschluss. Die Betreuung sollte beispielsweise durch eine Betreuungsdokumentation, einen Betreuungsplan, und die Einrichtung eines Beschwerdemanagements gesichert werden. Insgesamt wurden diese Maßnahmen mit wenigen Ausnahmen mehrheitlich umgesetzt. Zur Qualitätssicherung gehörte ein Einarbeitungskonzept für neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, eine dauerhafte Anleitung (Dienstbesprechungen, Supervision, Fallbesprechungen) sowie Fort- und Weiterbildungsangebote. Die Mehrheit der Betreuungsdienste setzte auch diese Schritte innerhalb der Erprobungsphase um.

Ausblick

Vor dem Hintergrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsverfahrens gewinnen der Erhalt der Selbstständigkeit und die Bewältigung von Belastungen und Anforderungen an Bedeutung. Insbesondere kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen sowie die Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte erhalten einen neuen Stellenwert in der Einschätzung und Bewertung von Pflegebedürftigkeit. Unterstützungsmaßnahmen müssen stärker auf diese Bereiche ausgerichtet werden. Die Etablierung von Betreuungsdiensten erscheint hier als eine Möglichkeit, die Betreuung im häuslichen Umfeld zu gewährleisten. Mit Blick auf die vorhandenen ambulanten Strukturen (ambulante Pflegedienste und niedrigschwellige Betreuungsdienste) haben Betreuungsdienste sich im Modellvorhaben als

eine gute Ergänzung erwiesen, da sie ihre Position zwischen der grundlegenden Arbeit von Ehrenamt und den pflegerischen Leistungen ambulanter Pflegedienste gefunden haben. Gerade angesichts der angespannten Personalsituation in der Pflege könnten Betreuungsdienste durch ihre ergänzenden Leistungen den notwendigen Personalmix in der ambulanten Versorgung unterstützen.

In der Gesamtschau erscheinen Betreuungsdienste geeignet, den Betreuungsbedarf Pflegebedürftiger wirksam anzusprechen und sowohl einen Beitrag zur Professionalisierung von Betreuung und Betreuungsleistungen im ambulanten Bereich, als auch einen Beitrag zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Versorgung zu leisten. Inwiefern gesetzliche Änderungen für die Übernahme in die Regelversorgung nach dem nun abgeschlossenen Modellvorhaben geschaffen werden, wird mit Vorliegen der wissenschaftlichen Evaluation durch das Bundesministerium für Gesundheit geprüft und entschieden.

D) Vorbereitung der Evaluation zu Modellkommunen nach §§ 123–124 SGB XI

Mit dem PSG III sieht der Gesetzgeber vor, Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen nach § 123 SGB XI umzusetzen. Der GKV-Spitzenverband und die zuständigen obersten Landesbehörden veranlassen hierfür nach § 124 SGB XI gemeinsam im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und im Benehmen mit den kommunalen Spitzenverbänden die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung aller Modellvorhaben durch unabhängige Sachverständige. Die Auswertung soll nach wissenschaftlichen Standards hinsichtlich der Wirksamkeit, Qualität und Kosten der Beratung und eines Vergleichs der unterschiedlichen Beratungsstrukturen durchgeführt werden.

In der Auftaktsitzung zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrages mit den Vertreterinnen und Vertretern der Bundesländer wurden im März 2017 erste Eckpunkte der wissenschaftlichen Begleitung vorgestellt, die sich auf die Erstellung der Konzeption, der Datenerhebungen und Studienkoordination, der Begleitung der Modellvorhaben und der Auswertungen sowie das Berichtswesen beziehen. Die Evaluation soll auf Basis einer komplexen vergleichenden Analyse beispielsweise im Vergleich zur Beratung vor Beginn des jeweiligen Modellvorhabens und außerhalb der Modellvorhaben erfolgen.

Die zeitlichen Fristen für das Modellvorhaben sind weit gefasst: Die unabhängigen Sachverständigen, die die Evaluation durchführen, müssen bis spätestens 31. Dezember 2023 einen Zwischenbericht und bis spätestens 31. Juli 2026 einen Abschlussbericht veröffentlichen.

Gerade angesichts der angespannten Personalsituation in der Pflege könnten Betreuungsdienste durch ihre ergänzenden Leistungen den notwendigen Personalmix in der ambulanten Versorgung unterstützen.

II. Ausblick

Die Umsetzung der in den Themenschwerpunkten angesprochenen Aufgaben wird die Forschungsstelle Pflegeversicherung auch in den kommenden Jahren beschäftigen. Weitere zusätzliche Arbeitsbereiche zeichnen sich bereits ab: So werden beispielsweise die Evaluation der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen nach § 7a Abs. 9 SGB XI und die Evaluation der Modellkommunen nach § 124 SGB XI der Forschungsstelle zukünftig großes Engagement abverlangen.

Darüber hinaus werden im Lauf des Jahres 2018 zwei von der Forschungsstelle Pflegeversicherung betreute befristete Modellprogramme auslaufen, nämlich das Modellprogramm zu neuen Wohnformen für pflegebedürftige Menschen nach § 45f SGB XI und das Modellprogramm zu Betreuungsdiensten in der Pflege nach § 125 SGB XI. Die Bearbeitung der Themen, die in den Programmen geleistet wurde, ist damit jedoch keineswegs abgeschlossen. Bereits jetzt ist zu erkennen, dass mit den Abschlussberichten in beiden Programmen wissenschaftlich fundierte Ergebnisse vorliegen werden, die in je spezifischer Hinsicht gewichtige Anregungen zur Weiterent-

wicklung der Pflegeversicherung geben. So ist beispielsweise der Hinweis, dass koordinierende Leistungen (Quartiermanagement) für die Umsetzung und dauerhafte Erhaltung neuer Wohn- und Versorgungsformen in Sozialräumen unabdingbar sind, aufzugreifen und zu überprüfen. Zu klären ist, welche Aufgaben die Koordination enthalten muss und wie diese inhaltlich und formal auszugestalten sind, um die Implementierung und das langfristige Funktionieren neuer Wohn- und Versorgungsformen sicherzustellen.

Aus der Evaluation von Betreuungsdiensten in der Pflege nach § 125 SGB XI ergeben sich ebenfalls neue Aufgaben: So stellt sich die Frage nach der Qualitätssicherung der Betreuungsleistungen. Noch existieren keine Kriterien zur Bewertung der Qualität von Betreuungsleistungen, keine Konzepte zur Sicherung der Qualität.

Schließlich wird das Thema Digitalisierung in der Pflege, das im Koalitionsvertrag sehr prominent platziert ist, noch stärker in den Fokus der Forschungsstelle rücken.

III. Anhang

A) Überblick über alle 2016/2017 geförderten Modellprojekte und Studien 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 - 10.05.2017)

Madric. Qualitätssicherung und -weiterentwicklung in der stationären Altenpflege durch ein IT-gestütztes Monitoring von unerwünschten Arzneimittelwirkungen
(01.11.2012 - 30.09.2016)

DemAS. Entwicklung und empirische Überprüfung eines internetbasierten Schulungsprogramms für Angehörige Demenzkranker
(01.02.2013 - 03.06.2016)

PLiP. Pflegeberatung ist Problemlösung - ein Ansatz zur Stärkung der Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI
(01.05.2013 - 18.05.2017)

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

ExMo. Modellhafte Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“
(01.02.2015 - 31.08.2016)

Erfassung von Ergebnisqualität der Pflege gerontopsychiatrisch Erkrankter im Rahmen der MDK-Qualitätsprüfung
(01.01.2015 - 24.11.2016)

PflegeTab. Technik für mehr Lebensqualität trotz Pflegebedürftigkeit bei Demenz
(31.02.2015 - 31.03.2018)

MoPIP. Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege
(01.06.2015 - 28.02.2017)

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

Redezeit. Telefonische Unterstützerguppe für Angehörige von Menschen mit Demenz
(01.11.2015 - 30.11.2017)

Literaturüberblick Pflegeberatung
(18.07.2016 - 01.10.2016)

EvaSIS. Evaluation der Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation
(01.08.2016 - 28.09.2017)

SEBKam. Sektorenübergreifender Einsatz von Betreuungskräften an der Schnittstelle von Krankenhaus und ambulanter Versorgung
(01.04.2017 - 31.03.2020)

ACHE. Schmerzprävalenz und Schmerzmanagement älterer Pflegebedürftiger im ambulanten Setting
(01.05.2017 - 30.04.2019)

AniTa. Angehörige von Menschen mit Demenz im (Aus-)Tausch: eine überregionale Tauschbörse zur Aktivierung ungenutzten Betreuungspotentials
(01.07.2017 - 30.06.2020)

Erfassung von Lebensqualität gerontopsychiatrisch Erkrankter im Rahmen der pflegeheiminternen Qualitätssicherung - H.I.L.DE-QS.
(01.10.2017 - 31.03.2019)

StaVaCare 2.0. Stabilität und Variation des Care-Mix in Pflegeheimen unter Berücksichtigung von Case-Mix, Outcome und Organisationscharakteristika
(01.11.2017 - 31.10.2019)

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 (Ortsgemeinde Gensingen)
 (01.01.2015 - 31.12.2016)

Entwicklung neuer Wohnformen im Dekanat Meißen (Caritasverband für das Dekanat Meißen e. V.)
 (01.01.2015 - 31.12.2017)

DUALIS Daheim und nicht allein mit individueller Versorgungssicherheit, Sozial-technischer Betreuungsdienst für alleinstehende und demenzerkrankte Menschen
 (Gemeinnütziger Hauspflegeverein Solingen e. V.)
 (01.02.2015 - 31.01.2018)

Paradigma Hausgemeinschaft?! - Weiterentwicklung der stationären Versorgung im Rahmen des Pflegeversicherungsgesetzes (PaHaNeu) (Evangelisches Johanneswerk e. V.)
 (01.02.2015 - 30.09.2017)

Kölner Modell - Perspektiven und Unterstützungsstrukturen für Wohngemeinschaften mit Auftrag-gebergemeinschaft
 (Wohnkonzepte Schneider gemeinnützige GmbH)
 (01.02.2015 - 31.01.2018)

„Alles unter einem Dach - Das Döbelner Modell“ (Wohngemeinschaft „Fortschritt“ Döbeln eG)
 (01.02.2015 - 31.01.2018)

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

Vernetztes Wohnen im Quartier trotz Demenz (QuoVadis) (Johanniter-Unfall-Hilfe e. V.)
 (01.02.2015 - 31.01.2018)

Pflege@Quartier (Gesobau AG)
 (01.02.2015 - 31.01.2018)

Gillenfeld: Auf dem Weg in die sorgende Gemeinschaft (Genossenschaft am Pulvermaar - eine sorgende Gemeinde eG)
 (01.02.2015 - 31.01.2018)

Weiterentwicklung der stationären Pflege - Ambulantisierung der Hausgemeinschaften (BeneVit Holding GmbH)
 (01.02.2015 - 31.01.2018)

Wohnkonzept für pflegebedürftige Menschen und ihre Partnerinnen bzw. Partner (Paarwohnen) (Albatros gemeinnützige Gesellschaft für soziale und gesundheitliche Dienstleistungen mbH)
 (01.02.2015 - 31.01.2018)

Betreutes Wohnen Plus - Entwicklung eines intensivierten niederschweligen Betreuten Wohnens als Alternative zum Pflegeheim mit individueller Betreuungsintensität (Seniorenzentrum Martha-Maria Wüstenrot)
 (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 (APD Ambulante Pflegedienste Gelsenkirchen GmbH) (01.02.2015 - 31.01.2018)

Wir bleiben daheim! - Wohnen im Verbund zuhause und mitten im Stadtteil (Diakonisches Werk an der Saar gGmbH) (01.03.2015 - 28.02.2018)

Selbstorganisierte ambulant betreute Wohngemeinschaft für türkischsprachige Menschen mit Pflegebedarf (Stuttgarter Wohnungs- und Städtebaugesellschaft mbH) (01.03.2015 - 31.01.2017)

dehääm- hilfe. allen. allzeit. mobil. (Wohnbau Mainz GmbH) (01.03.2015 - 31.12.2017)

Ein Dorf hilft sich selbst - Wohnen und leben im Quartier (Soziales Netzwerk Ortenberg e. V.) (01.03.2015 - 30.06.2016)

Chancen für ein gutes Leben, Lebenslanges Wohnen in meinem Quartier (Hohenlimburger Bauverein e. G.) (01.03.2015 - 31.01.2017)

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

Neubau eines barrierefreien Gebäudekomplexes mit seniorengerechten und pflegenahen Wohnungen, umrüstbar zu Pflegeplätze: Pflegenahes Wohnen (Hospitalstiftung zum Heiligen Geist Kaufbeuren) (01.03.2015 - 31.12.2016)

Haus Teresa: Gemeindeintegriertes Wohnprojekt für das Quartier Ansbach (Franziskanerbrüder vom Heiligen Kreuz e. V.) (01.03.2015 - 28.02.2018)

AmaryllisPLUS: Pflegen, Leben und Selbstgestalten im Quartier (Amaryllis eG) (01.03.2015 - 30.06.2016)

Selbstbestimmt Wohnen mit MS: In den eigenen Wänden mit Versorgungssicherheit (doMS e. V. - Selbstbestimmtes Wohnen und Leben MS Betroffener) (01.04.2015 - 31.07.2017)

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

Fördertyp B: Konzeptumsetzung von Praxisprojekten

SeWoGe Merkelbach (Seniorenwohngemeinschaft in Merkelbach) (Ortsgemeinde Merkelbach in Kooperation mit RU-PLAN Redlin + Renz) (01.01.2015 - 31.12.2017)

Skipper (Sicherheit, Koordination, Innovation, Prävention, Phantasie, Empowerment & Ressourcen) (Caritasverband für Ostthüringen e. V.) (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 (Caritas Alten- und Krankenhilfe Brilon GmbH) (01.02.2015 - 31.01.2018)

Aufbau von Strukturen zum Quartiersmanagement im ländlichen Bereich (Club Aktiv e. V. Trier) (01.02.2015 - 31.01.2018)

Leben im Quartier - Wohnen für Generationen (Piano e. V.) (01.03.2015 - 31.12.2017)

Altern gestalten in Gemeinschaft - Leben und Wohnen in St. Alban Bodenheim (Caritas Altenhilfe St. Martin Rheinhessen gGmbH) (01.03.2015 - 28.02.2018)

Aufbau eines Qualitäts-Management-Systems für die Organisation der ambulant betreuten Senioren-Wohngemeinschaft Künersberg (Gemeinde Memmingerberg) (Familiengesundheit 21 e. V.) (01.05.2015 - 31.12.2017)

„24 h Versorgung/Pflege im Quartier“ in Bamberg (In der Heimat wohnen GmbH) (01.05.2015 - 28.02.2018)

Fördertyp C: Umsetzung von wissenschaftlichen Konzepten

Gemeinsam zuhause? Birlikte evde? Wohnalternativen für pflegebedürftige türkeistämmige Migrantinnen und Migranten (Institut Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen Bocholt Recklinghausen) (01.03.2015 - 29.02.2016)

Öffnung ambulant betreuter Wohngemeinschaften für alte Menschen aus benachteiligten Bevölkerungsgruppen - Bedarfsermittlung und Konzeptentwicklung (Zentrum für Forschung, Weiterbildung und Beratung an der Evangelischen Hochschule Dresden gemeinnützige GmbH) (01.04.2015 - 31.03.2016)

Selbstbestimmt wohnen und teilhaben im Quartier (Institut für Gerontologische Forschung e. V.) (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 (Universität zu Köln, Humanwissenschaftliche Fakultät) (01.05.2015 - 30.04.2016)

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

Fördertyp D: Evaluation bereits umgesetzter Konzepte

Hausgemeinschaft für Menschen mit Pflegebedürftigkeit (AHK Pflege team GmbH)

Evaluation von ambulant betreuten Wohngemeinschaften (Volkssolidarität Landesverband Brandenburg e. V., Regionalverband Prignitz-Ruppin)

Ganzheitliches Leben und Wohnen im Alter (Arbeiter-Samariter-Bund Regionalverband, NORD-OST e. V.)

Wohngruppe Hofgarten (Betriebsgesellschaft Senioren-Wohnsitz Ratzeburg GmbH Co. KG)

Ambulant betreute Wohngemeinschaften im Lorenz-Werthmann-Haus (Caritasverband für die Stadt und den Landkreis Göttingen e. V.)

Ambulant betreute Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz im ländlichen Raum (Hospital St. Elisabeth)

Sternenhaus (Diakonissen-Mutterhaus CECILIENSTIFT Halberstadt)

Wohngemeinschaft Tangermünde (AIPSA GmbH Pflegedienst Vita Amare)

Ambulante Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz - Leben und Betreuung in assistierender Umgebung (Alpha gGmbH)

Ambulante Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz (Caritas Geldern-Kevlaer e. V.)

Seniorenwohngemeinschaft Im Krümmel (Wohnen und Leben Im Krümmel - Seniorenwohngemeinschaft)

Villa Ostenallee (Gerdas Pflegedienst GmbH)

Tagesbegleitung für Menschen mit einer Demenzerkrankung im Wohnstift Niederursel (St. Katharinen- und Weißfrauen Stift)

Demenz-WG Edelweiß (Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e. V.)

Altenpflege 5.0 (SeniVita Sozial gGmbH)

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) Publikationen

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 Begutachtungsinstrumentes zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit



Band 4
Das Pflegebudget



Band 5
Das Integrierte Budget



Band 6
Pflegebegleiter



Band 7
Kompetenzförderung von pflegenden Angehörigen und Patienten



Band 8
Telefongestützte Intervention für Pflegend Angehörige von Schlaganfall-Betroffenen



Band 9
Betreuungskräfte in Pflegeeinrichtungen



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



Band 14
Problemlösen in der Pflegeberatung - ein Ansatz zur Stärkung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

E) Das Team der Forschungsstelle Pflegeversicherung

Leiter der Forschungsstelle:



Dr. Eckart Schnabel

Komm. Leiterin:



Dr. Christiane Eifert

Referentinnen und Referent:



Gabriela Seibt-Lucius



Anna Maria Steinmann



Christoph Stöppler



Dr. Jeannette Winkelhage

Administrative und andere Unterstützung:

Christian Alkemper

Elena Malaczek

Petra Schulze

Sarah Kolbe

GKV-Spitzenverband

Reinhardtstraße 28

10117 Berlin

Telefon: 030 206288-0

Telefax: 030 206288-88

www.gkv-spitzenverband.de