

Schriftenreihe  
Modellprogramm zur Weiterentwicklung  
der Pflegeversicherung  
Band 19



**Forschung für die Pflege -  
Impulse zur  
Weiterentwicklung der  
Pflegeversicherung**





Spitzenverband

Schriftenreihe  
Modellprogramm zur Weiterentwicklung  
der Pflegeversicherung  
Band 19

**Forschung für die Pflege -  
Impulse zur Weiterentwicklung  
der Pflegeversicherung**

**Herausgeber:**

GKV-Spitzenverband

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin

Telefon: +49 30 206288-0

Telefax: +49 30 206288-88

E-Mail: [mp-pflegeversicherung@gkv-spitzenverband.de](mailto:mp-pflegeversicherung@gkv-spitzenverband.de)

Internet: [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

Alle Rechte, insbesondere der Vervielfältigung und der Verbreitung auch auf elektronischen Systemen, behält sich der GKV-Spitzenverband vor. Name, Logo und Reflexstreifen sind geschützte Markenzeichen des GKV-Spitzenverbandes.

Copyright © GKV-Spitzenverband 2021

Fotonachweis: Shutterstock

Adobe Stock/BGStock72

iStockphoto/Kuzma

Verlag: CW Haarfeld GmbH, Hürth

ISBN 9783-774-72488-4

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>Inhaltsverzeichnis</b> .....	3	Inhaltsverzeichnis
<b>Einleitung (Eckart Schnabel)</b> .....	7	
<b>Pflegeberatung</b> .....	23	
Zur Bedeutung der Pflegeberatung .....	23	
Christiane Eifert		
<b>Die Beratung von pflegenden Angehörigen</b> .....	29	
Klaus Pfeiffer		
<b>Pflegende Angehörige</b> .....	43	
Pflegende Angehörige .....	43	
Christiane Eifert		
<b>„Das Gefühl immer, ich tue zu wenig ...“ Entfernt lebende Angehörige -     Herausforderungen und Lösungsansätze</b> .....	49	
Kristina Woock, Nele Mindermann, Linda Völtzer, Susanne Busch		
<b>Demenz</b> .....	59	
<b>Nichtmedikamentöse Interventionen bei Menschen mit Demenz</b> .....	59	
Christiane Eifert		
<b>Aktivierung von Menschen mit Demenz - das Potenzial von     individualisierter Musik</b> .....	64	
Elisabeth Jakob, Lisette Weise, Gabriele Wilz		
<b>Die psychosoziale MAKs®-Intervention: Möglichkeiten und Grenzen der     multimodalen, nicht pharmakologischen Therapie bei Demenz</b> .....	74	
Elmar Gräßel, Katharina Luttenberger		
<b>Digitalisierung</b> .....	87	
<b>Digitalisierung in der Pflege</b> .....	87	
Jeannette Winkelhage, Eckart Schnabel		
<b>Nutzen von digitalen Assistenztechnologien für Pflegebedürftige:     Stand, Bewertung und Umsetzung</b> .....	91	
Maxie Lutze, Gina Glock		

---

Inhaltsverzeichnis	<b>Prävention</b> .....	111
	<b>Prävention in der Pflege</b> .....	111
	Jeannette Winkelhage, Maria Radzimanowski	
	<b>Gesundheitsförderung und Prävention bei Pflegebedürftigkeit in der ambulanten Pflege</b> .....	115
	Grit Braeseke, Nina Lingott	
	<b>Funktionale Gesundheit im Alter und Risiken für Pflegebedarf</b> .....	130
	Stefan Blüher, Adelheid Kuhlmeier, Anja Cengia, Thomas Stein, Ralph Schilling, Clemens Tesch-Römer	
	<b>Qualität und Personal</b> .....	141
	<b>Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, Qualität und Personal in der Pflege</b> .....	141
	Eckart Schnabel	
	<b>Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs - Ergebnisse und Erfahrungen</b> .....	145
	Peter Pick, Bernhard Fleer, Jan Seidel	
	<b>StaVaCare 2.0 - Zusammenhänge zwischen Case-, Care-Mix, Organisation und Qualität in Pflegeheimen</b> .....	162
	Stefan Görres, Silke Böttcher, Pascal Rink, Werner Brannath	
	<b>Personalbemessung für stationäre Pflegeeinrichtungen - Projektergebnisse und Perspektiven für die Zukunft</b> .....	177
	Heinz Rothgang und das PeBeM-Projektteam	
	<b>Betreuung</b> .....	189
	<b>Betreuung in der Pflege</b> .....	189
	Christoph Stöppler	
	<b>Häusliche Betreuung durch Betreuungsdienste - Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung der Modellvorhaben nach dem bis 31.12.2016 geltenden § 125 Abs. 2 SGB XI</b> .....	193
	Hans-Dieter Nolting, Julian Rellecke	
	<b>Wohnen</b> .....	209
	<b>Wohnen</b> .....	209
	Eckart Schnabel, Jeannette Winkelhage	

---

<b>Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen nach § 45f</b> .....	213
Eckart Schnabel, Jeannette Winkelhage, Christiane Eifert	
<b>Neue Wohnformen: Weiterentwicklung durch Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung</b> .....	225
Karin Wolf-Ostermann, Susanne Stiefler; Kathrin Seibert; Ursula Kremer-Preiß	
<b>Versorgungssicherheit</b> .....	237
<b>Versorgungssicherheit</b> .....	237
Christoph Stöppler	
<b>Versorgungssicherheit im ambulanten Schmerzmanagement älterer Pflegebedürftiger</b> .....	242
Dagmar Dräger, Andrea Budnick, Arlett Wenzel, Juliana Schneider, Reinhold Kreuz	
<b>Anhang</b> .....	255
1.1 Abkürzungsverzeichnis .....	256
1.2 Verzeichnis der Autorinnen und Autoren .....	258
1.3 Überblick über alle zwischen 2010 und 2019/2020 geförderten Modellprojekte und Studien gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI .....	262
1.4 Überblick über alle im Rahmen von § 45f SGB XI geförderten Modell- und Forschungsprojekte .....	267
1.5 Publikationen (Liste der Schriftenreihe) .....	271



# Einleitung

Eckart Schnabel

Einleitung

Die Forschungsstelle Pflegeversicherung beim GKV-Spitzenverband wurde 2010 eingerichtet. Damit war das Ziel verbunden, eine stärkere wissenschaftliche Fundierung der aus den Modellprogrammen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gewonnenen Erkenntnisse zu gewährleisten. Seitdem wurden in einer Vielzahl von Modell- und Forschungsprojekten, Studien und Veranstaltungen Impulse für eine Verbesserung der Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Menschen gegeben. Die Forschungsstelle Pflegeversicherung hat in den letzten zehn Jahren auch den Reformprozess der Pflegeversicherung eng begleitet. Neben dem Kernauftrag der Organisation der unterschiedlichen Modellprogramme, Projekte und Studien hat sie weitere gesetzliche Aufträge betreut, indem sie die wissenschaftliche Evaluation neuer oder reformierter Gesetze der Pflegeversicherung in die Wege geleitet und organisiert hat. Im Rahmen von wissenschaftlichen Gutachten und Bewertungen wurden die zentralen Diskussionen im Bereich der Pflege, Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger Menschen mitgeprägt. Die Ergebnisse werden regelmäßig der Fachöffentlichkeit vorgestellt, finden sich in einer Vielzahl zunehmend auch wissenschaftlicher Publikationen und werden nicht zuletzt in einer eigenen Schriftenreihe publiziert.

Die vorliegende Publikation gibt einen Einblick in die vielfältigen Aktivitäten der Forschungsstelle Pflegeversicherung der letzten Jahre. Die ausgewählten Beiträge illustrieren die Themenvielfalt und -breite der Programme und Projekte, die die Forschungsstelle Pflegeversicherung in den letzten zehn Jahren initiiert, organisiert und betreut hat.

## **Kernauftrag: die Modellprogramme zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung**

Im Zentrum der Aktivitäten der Forschungsstelle Pflegeversicherung steht das Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs. 3 Sozialgesetzbuch (SGB) XI. Dies wurde bereits 2002 mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz eingerichtet, um für die damals noch junge Pflegeversicherung eine Möglichkeit bereitzustellen, neue Ansätze, Modelle und Innovationen erproben zu können. Dieses Programm wurde zunächst von den ehemaligen Spitzenverbänden der Pflegekassen umgesetzt und ging 2008 an den neu gegründeten GKV-Spitzenverband über. Seit 2010 wird das Modellprogramm von der Forschungsstelle Pflegeversicherung betreut. Das zeitlich unbefristete Programm bietet die Möglichkeit, die wissenschaftliche Fundierung der Modellprogramme insgesamt zu sichern, Themenschwerpunkte und Förderlinien über einen längeren Zeitraum zu entwickeln und die notwendige Vernetzung unterschiedlichster Akteure aus Wissenschaft, Praxis, Politik und Verbänden voranzutreiben.

In den Folgejahren kamen weitere Modellprogramme hinzu, die thematisch und zeitlich gebunden waren. Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz 2012 wurde das

Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach § 45f SGB XI eingerichtet. Zur wissenschaftlich gestützten Weiterentwicklung und Förderung neuer Wohnformen wurden zwischen 2013 und 2018 insgesamt 10 Mio. Euro bereitgestellt, die in die Förderung von über 50 Projekten mündeten. Vorrangiges Ziel des Modellprogramms war es, die Möglichkeiten des Wohnens mit Pflegebedürftigkeit neu auszuloten, Alternativen zur vollstationären Versorgung zu entwickeln und selbstbestimmtes Wohnen bei guter Wohn-, Pflege- und Versorgungsqualität zu ermöglichen. Der wissenschaftliche Abschlussbericht wurde im Januar 2019 dem Bundesministerium für Gesundheit übergeben.

Im Zuge derselben Gesetzgebung wurden nach § 125 SGB XI (in der bis 31. Dezember 2016 geltenden Fassung) Modellvorhaben zur praktischen Erprobung und wissenschaftlichen Evaluation von Leistungen der häuslichen Betreuung durch sogenannte „Betreuungsdienste“ gemäß § 124 SGB XI veranlasst. Hintergrund war die neue Leistungsart „Häusliche Betreuung“, die bereits vor der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in das SGB XI aufgenommen worden war. Diese Modellvorhaben sollten die Wirkungen des Einsatzes von Betreuungsdiensten auf die pflegerische Versorgung umfassend bezüglich Qualität, Wirtschaftlichkeit, Inhalt der erbrachten Leistungen und Akzeptanz bei den Pflegebedürftigen untersuchen. Die Forschungsstelle Pflegeversicherung hat auch dieses Modellprogramm betreut und den wissenschaftlichen Abschlussbericht im Dezember 2018 vorgelegt.

Auf der Basis des am 1. Januar 2020 in Kraft getretenen „Digitale-Versorgung-Gesetzes (DVG)“ startet in diesem Jahr ein neues Modellprogramm. Mit der geplanten Anbindung von Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur sollen die Voraussetzungen für eine sichere Kommunikation auch im Bereich der Pflege als Teil des Gesundheitswesens etabliert werden. Die Forschungsstelle Pflegeversicherung wurde im Rahmen des § 125 SGB XI mit der Organisation eines Modellprogramms beauftragt, das mit einer wissenschaftlich gestützten Erprobung die für diesen Prozess notwendige Erarbeitung von Grundlagen für bundesweite Vereinbarungen und Standards unterstützen soll. Zugleich soll das Modellprogramm die Möglichkeit der Entwicklung und Erprobung weiterer Anwendungen bieten, die bislang nicht Bestandteil der Telematikinfrastruktur sind, gleichwohl jedoch Innovationspotenzial für den gesamten Pflegesektor bergen.

Im Rahmen der verschiedenen Modellprogramme und gesetzlichen Aufträge sind die Zugänge zu den Projekten sehr unterschiedlich. Sie resultieren aus den Vorgaben spezifischer Ausschreibungen, regelmäßigen Anfragen aus Praxis und Wissenschaft, ergeben sich direkt aus gesetzlichen Aufträgen oder stehen im Kontext von bzw. dienen der Vorbereitung gesetzlicher Reformvorhaben. Darüber hinaus werden zur Identifizierung von neuen Themen regelmäßig Innovationsfelder eruiert, indem die für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung relevante

---

Forschung und Projektlandschaft - sowohl national als auch international - und deren Erträge kontinuierlich analysiert werden. Die systematische Aufarbeitung des Forschungsstandes und die aufmerksame Beobachtung der von unterschiedlichen Akteuren geleisteten Forschungs- und Projektförderung ermöglichen es der Forschungsstelle Pflegeversicherung, mit ihren Modellprogrammen, Projekten und Studien in Themenbereiche zu investieren, in denen Weiterentwicklungsbedarf für die Pflegeversicherung besteht, um somit gezielt fachlich und wissenschaftlich fundiert zur Verbesserung der Situation pflegebedürftiger Menschen beizutragen.

In forschungskonzeptueller Hinsicht wurde der Schwerpunkt im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3 SGB XI von Anbeginn auf drei verschiedene Forschungsrichtungen und -zugänge gelegt, die an dieser Stelle kurz skizziert werden. Ihre Ausrichtung ergibt sich zum einen aus einer notwendigen Praxisorientierung des Modellprogramms auf der Basis der gesetzlichen Grundlagen, sie ergibt sich zum anderen aus der Analyse relevanter Forschungstrends und -traditionen in der Pflege und in angrenzenden Disziplinen und einer entsprechenden Profilierung für das Modellprogramm.

### **1. Förderung von Innovationen und Modellen in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen**

Es werden Projekte und Studien gefördert, in denen, ausgehend etwa von manifesten Versorgungsproblemen in der Praxis oder identifizierten Forschungslücken, innovative Versorgungsmodelle oder Interventionen erprobt und evaluiert werden. Diese Projekte können aus neuen Ideen und Ansätzen in der Praxis entstehen oder auch aus wissenschaftlichen Fragestellungen und Impulsen hervorgehen.

### **2. Pflegerische Versorgungsforschung**

Die pflegerische Versorgungsforschung analysiert Pflege und Versorgung unter den gegebenen Rahmenbedingungen und untersucht ihre Wirkung u. a. auf die Pflege- und Lebensqualität von pflegebedürftigen Menschen. Ausgehend von der Erkenntnis, dass die Bewertung von Outcomes, etwa im Bereich der Lebensqualität, nicht ohne die entsprechende Berücksichtigung der Nutzerperspektive möglich ist, nimmt die Patienten-/Nutzerorientierung dabei einen zunehmenden Stellenwert ein. Auch die sozioökonomische Betrachtung von Aufwand und Ergebnis ist Gegenstand der Versorgungsforschung und zunehmend integraler Bestandteil der geförderten Vorhaben.

### **3. Systemforschung**

Vor dem Hintergrund sich kontinuierlich ändernder Rahmenbedingungen, sowohl in der Gesellschaft als auch in der Gesundheits- und Pflegeversorgung, sind immer wieder Fragen zu klären, die sich auf die Ausgestaltung des Pflegesystems beziehen.

Diese Fragen können die Flexibilisierung von Pflegeleistungen betreffen wie z. B. im Rahmen der Erprobung neuer Wohnformen. Sie können auch auf das Verhältnis des SGB XI zu anderen Leistungsgesetzen zielen mit Blick auf die zukünftige Ausgestaltung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung.

Von Beginn an stand dabei die Verschränkung von wissenschaftlichem Anspruch einerseits und der Praxis- und Anwendungsbezug andererseits bei den vorgenommenen Schwerpunktsetzungen im Vordergrund. Mit den Ergebnissen der geförderten Projekte sollen Wirksamkeitsnachweise und damit möglichst konkrete und messbare Outcomes mit Blick auf die Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger erbracht werden. Auf dieser Basis sollen idealtypisch Vorschläge formuliert werden, mit denen die Pflegeversicherung auch im Gesamtkontext der sozialen Sicherungssysteme und der demografischen Entwicklung weiterentwickelt werden kann.

Die Forschungsstelle Pflegeversicherung will damit zudem einen Beitrag zur in der Pflege dringend notwendigen Translation von Forschungsergebnissen in die Praxis leisten. Neues Wissen, aktuelle Befunde, innovative Modelle sowie der anerkannte Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse finden sich auch 25 Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung häufig nicht hinreichend in der Praxis wieder oder gelangen erst mit langer Verzögerung dorthin. Mit den vielfältigen Aktivitäten soll daher ein zentraler Beitrag dazu geleistet werden, dass die Erkenntnisse aus Projekten sowohl in die Wissenschaft wie in die Praxis Eingang finden. Die wissenschaftliche Fundierung und eine hohe methodische Qualität sind dabei für zukünftige Entscheidungen, ob und inwieweit die Kosten von neuen Verfahren, Anwendungen oder Interventionen von der gesetzlichen Kranken- und/oder Pflegeversicherung übernommen werden, unabdingbar.

In den letzten Jahren wurden im Rahmen der systematischen Aufbereitung des Forschungsstandes sowie der Analyse sowohl der im Rahmen von Anfragen sich herauskristallisierenden Themencluster als auch der entsprechenden gesetzlichen Rahmenbedingungen folgende Schwerpunkte identifiziert:

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

Diese von der Forschungsstelle Pflegeversicherung formulierten Schwerpunkte stellen jedoch keine inhaltliche Begrenzung des Modellprogramms dar. Die Vielfalt der in den letzten Jahren geförderten Projekte zeigt, dass ungeachtet diagnostizierter Leerstellen und darauf bezogener Förderung viele Projekte zur Weiterentwicklung der

---

Pflegeversicherung beitragen können. Dies soll auch durch die ausgewählten Beiträge in diesem Band dokumentiert werden. Neben den genannten Schwerpunkten widmen sich diese den Themen „Angehörigenpflege“, „Prävention“, „Schmerzmanagement“, „Interventionen bei Demenz“, „Wohnen“ und nicht zuletzt „Digitalisierung“.

Seit 2010 wurden im Rahmen der genannten Modellprogramme zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung insgesamt knapp 100 Projekte und Studien gefördert. Angesichts der Vielzahl der adressierten Themen, Schwerpunkte, Methoden und Ergebnisse würde ihre kritische Würdigung im Einzelnen den Rahmen dieser Publikation übersteigen. Denn die thematische Förderung der Projekte bezieht sich, wie dargestellt, nicht nur auf die oben genannten Schwerpunkte und Forschungsfelder, sondern richtet sich auf das gesamte Spektrum pflegebezogener Gegenstände im Kontext der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen. Im Folgenden werden daher ausgewählte zentrale Meilensteine der Arbeit der letzten Jahre dargestellt. Die weitere Einbettung der für diese Publikation ausgewählten Beiträge findet sich in einer jeweils spezifischen Einleitung zum jeweiligen Themenbereich.

### **Der Weg zu einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff**

Im Rahmen der Reformvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gehört die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu den herausragenden Meilensteinen. Seit langem wurde in der fachöffentlichen Debatte die Kritik geäußert, dass die Pflegeversicherung zu wenig auf die besonderen Hilfebedarfe von Menschen mit Demenz ausgerichtet sei. Bereits die wissenschaftlichen Entwicklungsarbeiten wurden von 2003 bis 2007 im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gefördert. So wurde das „Herzstück“ des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit, nach mehrjährigen Entwicklungsarbeiten 2007 vorgelegt. Nach einer ebenfalls mehrjährigen Phase zur Vorbereitung der leistungsrechtlichen Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie der Anpassung vertragsrechtlicher Regelungen trat dieser mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz zum 1. Januar 2017 in Kraft.

Die Forschungsstelle Pflegeversicherung hat die letztgenannte Phase intensiv mitbegleitet. Ab April 2014 wurde innerhalb des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI u. a. die „Praktikabilitätsstudie zur Einführung des Neuen Begutachtungsassessments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI“ gefördert. Angesichts der großen Anzahl von Begutachtungen (über 2 Mio. im Jahr 2018) in der sozialen Pflegeversicherung stellte der Wechsel des Begutachtungsverfahrens für die beteiligten Akteure eine große Herausforderung dar. In der Studie wurden die praktische Handhabung und die sachliche Angemessenheit des neuen Begutachtungsassessments sowie die Verständlichkeit und Akzeptanz des neuen

Verfahrens bei Versicherten umfassend untersucht. Die wissenschaftliche Prüfung war notwendig geworden, damit nach der zwischenzeitlich erfolgten Weiterentwicklung des Begutachtungsinstruments eventuelle Begutachtungsprobleme frühzeitig aufgedeckt, Missverständnisse und Schwächen im Manual aufgezeigt und ggf. notwendige Änderungen und Anpassungen bereits vor Einführung des Instruments vorgenommen werden konnten.

Im Ergebnis bestätigte die vorliegende Studie die Praktikabilität des neuen Begutachtungsinstruments. Die an der Erprobung beteiligten Gutachterinnen und Gutachter begrüßten das neue Verfahren, weil es, statt den Unterstützungsbedarf in Zeit zu messen, die Ressourcen und Beeinträchtigungen der Antragstellenden abbilde und damit eine bessere und differenziertere Erfassung individueller Problemlagen und Selbstständigkeitspotenziale der Pflegebedürftigen ermögliche. Der Beitrag von Pick et al. in diesem Band zeichnet die Entwicklung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach, stellt das neue Begutachtungsinstrument vor und beleuchtet zudem die Auswirkungen auf die Veränderungen des Leistungsspektrums und der Leistungserbringung.

Neben der „Praktikabilitätsstudie“ wurde im Rahmen des Modellprogramms ein weiteres Projekt realisiert, das sich den konkreten Versorgungsaufwänden und Leistungen für pflegebedürftige Menschen widmete. Die Studie „Evaluation des NBA - Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen (EViS)“ wurde als Modellprojekt zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI durch den GKV-Spitzenverband und das Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegeben und von Frühjahr 2014 bis Anfang 2015 durchgeführt. Vorrangiges Ziel war es, mit empirischen Befunden die tatsächlichen Pflege- und Unterstützungsleistungen für Menschen mit unterschiedlichen Ursachen von Pflegebedürftigkeit vor dem Hintergrund ihrer jetzigen Pflegestufe und mit Blick auf ihren zukünftigen Pflegegrad beurteilen zu können. Die Kenntnis dieser aktuellen empirischen Befunde war notwendige Voraussetzung für verschiedene Fragen: Wie bilden sich Leistungsaufwände in den einzelnen Pflegegraden ab? Wie ist die Homogenität der Leistungsaufwände in den einzelnen Pflegegraden zu bewerten und wie plausibel sind die Abstände zwischen den einzelnen Pflegegraden?

Im Rahmen einer umfangreichen empirischen Erhebung mit 1.600 Bewohnerinnen und Bewohnern von stationären Pflegeeinrichtungen wurde ermittelt, welche pflegerischen, gesundheitlichen und betreuenden Leistungen nach Art, Umfang und Ausmaß in stationären Pflegeeinrichtungen im Kontext der jeweiligen Pflegegrade erbracht werden. Hierzu wurden in 39 Einrichtungen in 7 Bundesländern Erhebungen durchgeführt. Damit lieferte die Studie erstmals eine Datengrundlage, die bei identischen Personen eine Einstufung nach dem neuen Begutachtungsinstrument und eine Erfassung des tatsächlichen aktuellen Versorgungsaufwands enthielt. Indem das Projekt empirische

---

Informationen darüber bereitstellte, welche Personengruppen welche pflegerischen, hauswirtschaftlichen und betreuerischen Versorgungsleistungen erhielten, bot es eine valide Basis zur Ableitung von relativen Leistungshöhen in der Pflege. In methodischer Hinsicht wurden zudem Erhebungsgrundlagen entwickelt, die teilweise im Rahmen des Projekts zur Personalbemessung nach § 113c SGB XI ihren Niederschlag gefunden haben.

### **Neue Wohnformen für pflegebedürftige Menschen - das Modellprogramm nach § 45f SGB XI**

Die Frage, wie Menschen im Alter und bei Pflegebedürftigkeit leben möchten und dabei ihre Selbstständigkeit so weit als möglich erhalten können, gewinnt in den letzten Jahren gesellschafts- und gesundheitspolitisch an Bedeutung. Neue Wohnkonzepte für Pflegebedürftige stellten auch bereits eines der explizit genannten programmatischen Themen bei der Einrichtung des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung im Jahre 2002 dar. In den ersten Jahren des Modellprogramms wurden jedoch nur wenige Projekte zu diesem Themenbereich gefördert, was wahrscheinlich auch mit der zunächst nur zögerlichen Entwicklung von neuen Wohnformen, z. B. von ambulanten Wohngemeinschaften, zusammenhängen könnte. Noch im Jahr 2012 gab es etwa 1.400 solche Angebote, eine marginale Größe angesichts von 2,5 Mio. Pflegebedürftigen in Deutschland, die zum weit überwiegenden Teil in ihrer angestammten Umgebung lebten. In den letzten Jahren haben sich jedoch vermehrt Wohnformen zwischen dem traditionellen Zuhause und der vollstationären Versorgung herausgebildet, wenn auch in ihrer Verbreitung mit großen regionalen Unterschieden.

Mit dem oben genannten Modellprogramm „Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen“ nach § 45f SGB XI sollten sowohl die bereits bestehende Vielfalt neuer Wohnformen abgebildet als auch neue Konzepte und Ideen entwickelt werden, vor allem mit Blick auf Alternativen zur vollstationären Versorgung und mit dem Fokus auf ein selbstbestimmtes Wohnen bei guter Wohn-, Pflege- und Versorgungsqualität.

Das in diesem Rahmen durchgeführte Interessenbekundungsverfahren hatte eine überaus große Resonanz: Aus über 220 Bewerbungen wurden im Jahr 2013 mit Unterstützung externer Expertinnen und Experten 53 Projekte ausgewählt und in das Modellprogramm aufgenommen. Gemeinsam war den Projekten, dass sie neue Wege aufzeigten, wie ein weitgehend selbstbestimmtes Leben vor dem Hintergrund unterschiedlicher Lebensvorstellungen und Pflegebedarfe möglich sein kann. Die neuen Wohnformen sollten sich vor allem an den Bedürfnissen ihrer Nutzerinnen und Nutzer orientieren, eine angemessene Wohn-, Pflege- und Versorgungsqualität sicherstellen und die soziale Einbindung ihrer Bewohnerinnen und Bewohner gewährleisten. Außerdem sollten sie Möglichkeiten zur Verstärkung durch nachhaltige Organisations-

und Finanzierungsmodelle aufzeigen, damit ihr potenzieller Transfer auf der Basis gesicherten Wissens erfolgen konnte.

Bei der Gestaltung des Modellprogramms zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen wurde besonderer Wert auf die wissenschaftliche Evaluation gelegt. Von Ende 2014 bis Ende 2018 begleiteten die Prognos AG und das Kuratorium Deutsche Altershilfe insgesamt 53 Projekte im Modellprogramm. Für die Untersuchung der fünf Evaluationskriterien „Nutzerorientierung“, „Qualität der Versorgung“, „Wirtschaftlichkeit“, „Übertragbarkeit“ und „Nachhaltigkeit“ wurden vorhandene wissenschaftliche Studien, Expertenwissen und Praxiserfahrungen für die Betrachtung und Bewertung neuer Wohnformen herangezogen.

Der **Beitrag von Eckart Schnabel, Jeannette Winkelhage und Christiane Eifert** in diesem Band dokumentiert die zentralen Ergebnisse und Schlussfolgerungen des Modellprogramms. Insgesamt verweisen die Ergebnisse auf eine große Zufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer mit den untersuchten neuen Wohnformen. Dies zeigt sich z. B. bei der Wohnqualität, den Alltagshilfen, der Rund-um-die-Uhr-Versorgung. Die Chance, ihr Leben auch bei Hilfe- und Pflegebedarf nach den eigenen Bedürfnissen und orientiert an den eigenen Gewohnheiten zu gestalten, wird von den Bewohnerinnen und Bewohnern als sehr gut eingeschätzt. Es wird aber auch Entwicklungsbedarf gesehen. So könnten die soziale Einbindung und damit die Teilhabemöglichkeiten weiter verbessert werden. Die mit der gewünschten Selbstbestimmung einhergehende Übernahme von Verantwortung kann sich dabei – ein weiterer zentraler Befund der Evaluation – durchaus als Herausforderung erweisen. Auch aus Sicht der beteiligten Projektträger war das Fazit insgesamt positiv, so konnte die Nachhaltigkeit der untersuchten Projekte in der Gesamtschau bestätigt werden. Die überwiegende Zahl der Träger rechnete mit einem Fortbestand des eigenen Projekts. Ein Best-Practice-Ansatz für eine nachhaltige Projektumsetzung zeichnete sich jedoch nicht ab. Vielmehr gehen die Projekte unterschiedliche Wege, um den eigenen Fortbestand zu sichern, und setzen dabei u. a. auf Vernetzung, Kooperation und geteilte Verantwortung – sie adressieren damit Themen, die insgesamt für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung von hoher Relevanz sind.

Aus diesem Modellprogramm sind mehrere Publikationen hervorgegangen: Neben dem Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung und einem umfangreichen Reader mit allen geförderten Projekten wurde 2020 eine „Arbeitshilfe zur Umsetzung neuer Wohnformen für Pflegebedürftige“ aufgelegt, die den Praxistransfer der Ergebnisse des Modellprogramms zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen begleiten soll.

Neben der wichtigen Translation von Erkenntnissen in die Praxis besteht Handlungsbedarf mit Blick auf die Qualitätssicherung neuer Wohnformen. Der **Beitrag**

---

von Karin Wolf-Ostermann et al. in diesem Band skizziert den Rahmen für eine interne und externe Qualitätssicherung, die angesichts der zunehmenden Verbreitung neuer Modelle und der damit häufig noch einhergehenden mangelnden Transparenz für die Nutzerinnen und Nutzer dringend geboten erscheint.

### **Wie kann die Betreuung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen verbessert werden? Erprobung von Betreuungsdiensten im Rahmen des Modellprogramms nach § 125 SGB XI**

Im Kontext der oben skizzierten Entwicklung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz 2013 ein weiteres wichtiges Thema aufgegriffen: die Betreuung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen und demenziellen Erkrankungen in der häuslichen Pflege.

Aus der Literatur ist mittlerweile hinreichend bekannt, dass Menschen mit demenziellen Erkrankungen besondere Herausforderungen an Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten des eingesetzten Personals stellen. Zum anderen entstehen neue Anforderungen an den strukturellen Rahmen der Leistungserbringung bzw. die zeitliche Planung von Pflegeeinsätzen, die personelle Kontinuität in der Versorgung und die inhaltliche Ausgestaltung der im Rahmen der Kranken- und Pflegeversicherung erbrachten Leistungen. Häufig ist die Situation mit großen auch emotionalen Belastungen für alle Beteiligten verbunden, beispielsweise durch herausforderndes Verhalten oder infolge eines gestörten Tag-Nacht-Rhythmus. Für diejenigen pflegenden Angehörigen, die parallel zur Versorgung noch einem Beruf nachgehen, treten u. U. erhebliche zeitliche und physische Belastungen hinzu.

Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz wurde vom Gesetzgeber bereits vor der Einführung des oben beschriebenen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eine neue Leistungsart in das SGB XI aufgenommen: die häusliche Betreuung nach § 124 SGB XI. Bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung von häuslicher Betreuung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regeln sollte, hatten Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III sowie Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz einen Anspruch auf häusliche Betreuung als Sachleistung. Neben der damals noch sogenannten Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung sollte auch mit den ergänzenden Leistungen der häuslichen Betreuung gemäß § 124 Abs. 2 SGB XI erreicht werden, Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen so weit wie möglich zu vermeiden, zu überwinden oder zu mindern, eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhüten und zum Erhalt oder zur Wiederherstellung der Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen beizutragen.

Mit der Einführung des § 125 SGB XI (alte Fassung) wurde im Zuge derselben Gesetzgebung das oben genannte Modellvorhaben zur praktischen Erprobung und wissenschaftlichen Evaluation von Leistungen der häuslichen Betreuung gemäß § 124 SGB XI durch sogenannte „Betreuungsdienste“ veranlasst. Das Modellvorhaben wurde von einer breit angelegten Evaluation durch das IGES Institut begleitet (**Beitrag von Hans-Dieter Nolting et al. in diesem Band**). Die wissenschaftlichen Fragestellungen bezogen sich dabei auf zwei große Fragenkomplexe: Einerseits wurden Fragen zu Inhalt und Qualität der Betreuungsleistungen als neuer Leistungsart untersucht; zum anderen Fragestellungen, die sich unmittelbar auf die neuen Leistungserbringer, die Betreuungsdienste, bezogen. Auch die Wirtschaftlichkeit im Sinne von marktbezogenen Chancen und Risiken der Betreuungsdienste sollte in die Bewertung einfließen. Einen zentralen Stellenwert nahm die Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer, ihrer Angehörigen und auch der Mitarbeitenden sowie der Führungskräfte der neuen Dienste ein. Insgesamt beteiligten sich von 2014 bis 2018 41 Betreuungsdienste an der Evaluation.

Die Erfahrungen mit diesem neuen Typus von Leistungserbringern waren insgesamt positiv. Dies veranlasste den Gesetzgeber dazu, mit dem 2019 in Kraft getretenen Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) Betreuungsdienste als Pflegeeinrichtungen, die Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung erbringen dürfen, zuzulassen. Ungeachtet des positiven Gesamtfazits und regionaler Unterschiede, die bereits im Modellprogramm deutlich wurden, ist die Resonanz bislang verhalten. Die ursprüngliche Hypothese, wonach Betreuungsdienste ihren Platz und ihre Legitimation in der Versorgung zwischen der grundlegenden Arbeit von Ehrenamt, bürgerschaftlichem Engagement und den pflegerischen Leistungen ambulanter Pflegedienste finden könnten, hat sich noch nicht bewahrheitet. Damit hat sich bis jetzt auch nicht der anvisierte Effekt eingestellt, die regelmäßig in der Fachöffentlichkeit beklagte Personalsituation in der Pflege durch eine personelle und inhaltliche Erweiterung des Personalangebots und -mixes verbessern zu können. Ein Lerneffekt aus diesem Projekt richtet sich damit überdies auf eine mögliche Begrenzung der Wirkung von Modellprogrammen. Wissenschaftlich nachgewiesene positive Wirkung und daraus resultierende politische Entscheidungsfindung sind noch kein Garant für den Erfolg eines neuen Modells. Innovative neue Angebote müssen sich vielmehr in einem komplizierten Geflecht aus Akteurinteressen, etablierten Angebotsstrukturen, Marktzugangschancen und nicht zuletzt Nutzerwünschen und -interessen bewähren.

### **Stärkung der Selbstbestimmung durch eine gute Pflegeberatung**

Die Weiterentwicklung der Pflegeberatung hat seit Einrichtung der Forschungsstelle Pflegeversicherung einen großen Stellenwert im Rahmen sowohl der gesetzlichen

Aufträge als auch der geförderten Projekte. In einem Pflegesystem, in dem pflegenden Angehörigen eine tragende und stabilisierende Rolle zukommt, ist sie Voraussetzung dafür, dass Pflegebedürftige in ihren komplexen Problemlagen Orientierung und Transparenz im Hinblick auf die erforderlichen Leistungen und Maßnahmen bekommen. Bereits 2011 wurde der erste Bericht zur Evaluation der Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI vorgelegt, in dem das mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2009 eingeführte Fallmanagement in der Beratung umfassend evaluiert wurde. Aus den ersten Praxiserfahrungen mit der Umsetzung des § 7a SGB XI sollten zudem Hinweise für die zukünftige Ausgestaltung der Pflegeberatung abgeleitet werden. Schon damals wurde deutlich, dass angesichts unterschiedlicher Strukturen und Rahmenbedingungen in den Bundesländern die organisatorische Umsetzung der Beratung sehr verschiedenartig sein kann. Ungeachtet dessen zeichnete sich eine hohe Zufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer ab, insbesondere dann, wenn das neu eingeführte Fallmanagement in Anspruch genommen wurde. Verbesserungsbedarf wurde zum damaligen Zeitpunkt vor allem in der Zugänglichkeit zur Pflegeberatung sowie in der weiteren Ausgestaltung und Präzisierung des Fallmanagements gesehen, was angesichts des vergleichsweise kurzen Implementationszeitraums nicht überraschte.

Die im Sommer 2020 vorgelegten Ergebnisse der zweiten Evaluation der Pflegeberatung dokumentieren, dass sich die Qualität der Pflegeberatung weiter verbessert hat, die Zufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer weiter gestiegen ist und insgesamt als sehr hoch angesehen werden kann. Aus den Ergebnissen wird zudem deutlich, dass die zeitnahe Beratung als effektives Instrument für die Herstellung von Transparenz und für die Stärkung der Selbstbestimmung angesehen wird. Entwicklungsbedarf wird weiterhin in der strukturierten Zusammenarbeit der Akteure gesehen. Während die Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern und niedrigschwelligen Angeboten offensichtlich gut funktioniert, werden Verbesserungen für die Zusammenarbeit vor allem mit kommunalen Beratungsstellen sowie Ärztinnen und Ärzten gesehen.

Ergänzt wurden die gesetzlichen Aufträge durch verschiedene geförderte Projekte im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, die u. a. die Verbesserung der konkreten Beratungssituation in der Häuslichkeit vor dem Hintergrund ausgeprägter Belastungssituationen zum Ziel hatten. Hervorzuheben ist dabei das Projekt „Problemlösen in der Pflegeberatung – ein Ansatz zur Stärkung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI (PLiP)“, dessen Kern die weitere Qualifikation von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern durch Stärkung ihrer Problemlösekompetenzen war (**Beitrag von Klaus Pfeiffer in diesem Band**). Mit PLiP wurde ein strukturierter Problemlöseansatz in der Pflegeberatung erprobt, der zugleich zu einer Stärkung der pflegenden Angehörigen beizutragen vermag: Die wissenschaftliche Begleitung ergab nicht nur eine deutliche Entlastung der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, sondern zeigte eine signifikante Stressreduktion bei pflegenden Angehörigen. Sowohl depressive

Symptomatik als auch körperliche Beschwerden gingen bei den an der Studie beteiligten pflegenden Angehörigen stark zurück.

Das Projekt ist ein gutes Beispiel für die eingangs zitierte notwendige Verbindung von klarer wissenschaftlicher Fundierung und hoher Praxisorientierung im Modellprogramm. Zum einen wurden die Projektergebnisse in Peer-reviewed Journals publiziert, zum anderen gibt es mittlerweile eine hohe Nachfrage für die Schulung in dieser effektiven Problemlösetechnik. Infolge der überaus hohen Nachfrage aufgrund der guten Erfahrungen der Pflegekassen mit diesem Instrument unterstützt der GKV-Spitzenverband dessen weitere Verbreitung. Seit 2019 wurden den Pflegekassen mehr als 2.000 gedruckte Kartensets für den Einsatz in der täglichen Praxis zur Verfügung gestellt.

### **Ausblick auf zukünftige Herausforderungen**

Mit ihren vielfältigen Aktivitäten hat die Forschungsstelle Pflegeversicherung in den letzten zehn Jahren Impulse zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gegeben. Verbesserungen für die Pflegepraxis konnten und können mit der modellhaften Erprobung von neuen Ansätzen, Konzepten und Interventionen erreicht werden. Dabei wird durch eine verbindliche wissenschaftliche Begleitung der Projekte sichergestellt, dass neue Erkenntnisse für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung auf einer hochwertigen methodischen Basis generiert werden, die sich am Anspruch orientiert, Wirksamkeit auf der Grundlage des bestverfügbaren Wissens in der Pflege zu belegen. Damit ist zugleich der Anspruch verbunden, dass die im Rahmen der Modellprogramme geförderten Forschungs- und Modellprojekte weiteren Forschungs- und Erkenntnisbedarf zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung offenlegen. Die deutliche Zunahme von Beiträgen aus den Projekten in wissenschaftlichen Zeitschriften und auf Fachkongressen in den letzten Jahren illustriert, dass Praxisorientierung und wissenschaftliche Fundierung keine Gegensätze darstellen müssen. Die mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz (2015) verbundene Modifikation des § 8 Abs. 3 SGB XI, mit der es möglich wurde, auch Expertisen und wissenschaftliche Projekte, etwa im Bereich der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgungsforschung, in das Programm aufzunehmen, hat diesen Prozess maßgeblich unterstützt.

Das Forschungsverständnis ist, wie eingangs skizziert, interdisziplinär ausgerichtet. Da die zukünftigen Herausforderungen in der pflegerischen Versorgung älterer Menschen verschiedenste fachliche, soziale, kulturelle und ökonomische Aspekte betreffen, müssen auch die methodischen Zugänge in den Modell- und Forschungsprojekten differenzierter gestaltet werden. Monodisziplinäre Ansätze werden der Komplexität der Fragestellungen nicht gerecht. Vor diesem Hintergrund liefert die Forschungsstelle Pflegeversicherung somit einen wissenschaftlichen Beitrag nicht nur für die

---

Pflegewissenschaften, sondern darüber hinaus für angrenzende Disziplinen, denn in ihren Projekten praktiziert und fördert sie ein interdisziplinäres Verständnis der Betreuung und Pflege älterer Menschen.

Erkenntnisgewinne sollen jedoch nicht auf den wissenschaftlichen Bereich begrenzt bleiben. Es ist in den letzten Jahren deutlich geworden, dass neue Erkenntnisse aus den Pflege- und Gesundheitswissenschaften die Praxis und somit den pflegerischen Alltag nur begrenzt zu erreichen vermögen. Mit der Verbreitung der von den Modellprojekten erbrachten Ergebnisse ist es daher zentrales Anliegen der Forschungsstelle Pflegeversicherung, auch die fachöffentliche Diskussion sowie die praktische pflegerische Versorgung zu stimulieren. Zentrale Kriterien für den Erfolg der Projekte sind daher neben der Wirksamkeit die Übertragbarkeit, Nachhaltigkeit und Wirtschaftlichkeit.

Die Forschungsstelle wirkt vor diesem Hintergrund darauf hin, dass in ihrer Nachhaltigkeit geprüfte Innovationen aus Modellprojekten in die Regelversorgung Eingang finden. Zuletzt gelang dies umfangreich im oben beschriebenen Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen. Der überwiegende Teil der geförderten Projekte kann auch nach Abschluss des Modellprogramms weiterbestehen. Dies zeigt, dass unter den gegenwärtigen gesetzlichen Bedingungen viele Spielräume für innovative Projekte und ihre nachhaltige Umsetzung bestehen.

In der Gesamtschau werden mit den Erkenntnissen aus den verschiedenen Forschungs- und Modellprojekten die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass der weitere Reformprozess in der Pflegeversicherung auf der Basis gesicherten Wissens erfolgen kann.

Inhaltliche Herausforderungen für die nächsten Jahre bestehen in vielen Bereichen. Vor allem die Digitalisierung bietet eine Vielzahl von Chancen und Potenzialen. Im Rahmen der von der Forschungsstelle Pflegeversicherung geförderten und im Jahr 2019 vorgelegten Studie „Digitalisierung und Pflegebedürftigkeit - Nutzen und Potenziale von Assistenztechnologien“ (**Beitrag von Maxie Lutze et al. in diesem Band**) ist deutlich geworden, dass im Bereich der Pflege noch viele Entwicklungsarbeiten ausstehen. Weitere Untersuchungen sind nötig, um etwa belastbare Aussagen zur Wirkung und zum Nutzen von Assistenztechnologien für pflegebedürftige Menschen treffen zu können. Bislang mangelt es vor allem an qualitativ hochwertigen wissenschaftlichen Studien, die aussagekräftige Wirksamkeitsbelege generieren.

Zudem werden die Bedarfe Pflegebedürftiger, aber auch vorhandene Pflegeroutinen noch zu wenig bei der Technikentwicklung berücksichtigt. Nur selten findet eine Auseinandersetzung darüber statt, wie Assistenztechnologien in Pflegeprozesse sowie

mögliche unterstützende Strukturen integriert werden können. Die Wirkung von Assistenztechnologien auf eben diese Strukturen und Prozesse und damit verbundene Be- oder Entlastungen für Pflegende werden bisher kaum untersucht. Auch in diesem Bereich ist dringend weitere Forschung nötig. Denn Pflegende, die zwischen der pflegebedürftigen Person und der Assistenztechnologie vermitteln, sind ebenso wie kontinuierliche Helfernetzwerke notwendige Voraussetzung für einen gelingenden Einsatz der Technologien in der Praxis.

Zentral für die weitere Diskussion in diesem Themenfeld ist die Auseinandersetzung um den Nutznachweis digitaler Anwendungen für pflegebedürftige Menschen. Denn im Bereich der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen geht es um Kriterien, die nicht nur auf einen medizinischen Nutzen ausgerichtet sind, sondern Aspekte in den Blick nehmen, die auf die Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und Lebensqualität abzielen.

Mit dem im Zuge der genannten Studie entwickelten Nutzenmodell steht nun ein konzeptioneller Rahmen für die Bewertung digitaler Assistenzsysteme in der Pflege zur Verfügung. Dieser kann, auch im Kontext des Digitale-Versorgung-Gesetzes (DVG) und der dort formulierten Kriterien, Impulse für die weitere wissenschaftliche Diskussion um den Nutzen von digitalen Anwendungen in der Pflege bieten.

Die Forschungsstelle Pflegeversicherung wird sich in den nächsten Jahren aktiv in diesen Prozess einbringen. Im Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung wurde 2020 ein neuer Förder- und Themenschwerpunkt „Digitalisierung in der Pflege“ eingerichtet. Damit sollen vor allem Projekte gefördert werden, die den konkreten Nutzen digitaler Assistenztechnologien für pflegebedürftige Menschen adressieren. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf der Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung Pflegebedürftiger, um ihr Leben in der gewohnten häuslichen Umgebung so lange wie möglich sicherzustellen. Zudem sollen Fragen nach dem Kosten-Nutzen-Verhältnis stärker als bisher in die Forschungsaktivitäten einbezogen werden.

Die gegenwärtige Diskussion um die Digitalisierung nimmt fast ausschließlich die damit verbundenen Chancen in den Blick. Eine wissensbasierte Abwägung von Chancen und Risiken findet in der Diskussion um technische Innovationen in der Pflege in der Regel nicht oder nicht hinreichend statt. Diese ist jedoch für die Pflege vor allem von besonderer Bedeutung, weil hier auch ethische Fragestellungen in den Blick geraten, die bei der Entwicklung eines Kriterienkatalogs für die Nutzenbewertung digitaler Technologien berücksichtigt werden müssen. Die Frage nach dem „Guten“ in der Pflege und dem „richtigen“ Handeln im Umgang mit pflegebedürftigen Menschen bekommt dabei insofern eine besondere Dimension, als sich Chancen und Risiken

---

von technischen Entwicklungen im Bereich personennaher Dienstleistungen immer daran messen lassen müssen, inwieweit Selbstbestimmung und Teilhabe gesichert und gestärkt werden. Technische Innovationen dürfen dabei nicht zu einer Substitution personenbezogener Pflege führen, sondern müssen als Ergänzungen angesehen werden. Deren Akzeptanz wird in Zukunft in dem Maße zunehmen, wie die damit verbundenen Potenziale sowohl für die Pflegebedürftigen als auch für das Pflegepersonal transparent gemacht und die Wirksamkeitsnachweise erbracht werden.

Neben der Digitalisierung werden die Fragen nach der „Qualität in der Pflege“ und nach einer ausreichenden Personalausstattung weiterhin die Diskussion bestimmen. Mit dem Auftrag aus dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz, ein „wissenschaftlich fundierte[s] Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach quantitativen und qualitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI“ (PeBeM) zu entwickeln, liegen nun die ersten Ergebnisse vor, die in der Gesamtschau einen deutlichen Mehrbedarf an Pflegekräften, vor allem im Bereich der Hilfskräfte, ausweisen (s. **Beitrag von Heinz Rothgang et al. in diesem Band**). Das Projekt wurde von 2017 bis 2020 vom Qualitätsausschuss Pflege betreut, die Finanzierung erfolgte über das Modellprogramm nach § 8 Abs. 3 SGB XI. Die Forschungsstelle Pflegeversicherung unterstützte das Projekt mit fachlicher Expertise in einem begleitenden Expertengremium. Zur wissenschaftlich gestützten Begleitung der Umsetzung des Projekts PeBeM führt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemäß § 8 Abs. 3b SGB XI im Einvernehmen mit dem BMG und dem BMFSFJ ein Modellprogramm durch, aus dem Studien, Modellprojekte und wissenschaftliche Expertisen finanziert werden sollen. Im Rahmen des Modellprogramms soll ab dem Jahr 2022 ein Konzept zur Umsetzung der im Projekt PeBeM entwickelten qualifikationsorientierten Aufgabenverteilung<sup>1</sup> mit Maßnahmen zur Organisations- und Personalentwicklung sowie Maßnahmen der Digitalisierung und des Technikeinsatzes für vollstationäre Pflegeeinrichtungen entwickelt werden.

Zugleich zeigen die ebenfalls 2020 vorgelegten Ergebnisse aus dem Projekt „StaVaCare“ (s. **Beitrag von Stefan Görres et al.**), dass der Zusammenhang von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen in der Pflege einer weiteren intensiven wissenschaftlichen Betrachtung bedarf. Denn trotz umfangreicher empirischer Erhebungen etwa dahingehend, in welcher Beziehung ein bestimmter Anteil von Fachkräften mit definierten, auf die individuelle Situation der Pflegebedürftigen bezogenen Endpunkten steht, konnten bislang keine eindeutigen Zusammenhänge nachgewiesen werden. Dies zeigt, dass die Weiterentwicklung eines konsistenten Qualitätsmodells, das die Strukturfragen mit entsprechenden Ergebnisparametern auf einer validen wissenschaftlichen Basis verbindet, weiterhin auf der Forschungsagenda steht.

---

<sup>1</sup> Die Qualifikationsorientierung kann auch eine Berücksichtigung von erworbenen Kompetenzen umfassen.

---

## Einleitung

Der kontinuierlichen Stärkung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen kommt ebenfalls eine große Bedeutung zu. Hier wurden in den letzten Jahren durch eine Vielzahl leistungsrechtlicher Verbesserungen und auch eine Intensivierung der Pflegeberatung deutliche Erfolge erreicht, wie zuletzt mit der im Sommer 2020 vorgelegten Evaluation der Pflegeberatung sichtbar gemacht werden konnte. Der Evaluationsbericht zeigt, dass die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI insgesamt einen großen Zuspruch erfährt und in den letzten Jahren eine noch bessere Wirksamkeit entfaltet hat. Ungeachtet der sehr hohen Zufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer mit dem bestehenden Angebot gibt es auch in diesem Bereich Weiterentwicklungsbedarf. Insbesondere die Kooperation und Koordination in der Pflegeberatung auf lokaler, regionaler und Landesebene kann weiter verbessert werden. Die dazu notwendige Vernetzung und Zusammenarbeit der lokalen Akteure steht bereits seit vielen Jahren auf der Agenda. Möglicherweise ergeben sich durch die genannten Entwicklungen im Bereich der Digitalisierung und auch im Rahmen des angesprochenen neuen Modellprogramms zur Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur neue Impulse für eine Verbesserung.

Vor dem Hintergrund der demografischen Veränderungen und der damit verbundenen deutlichen Zunahme des Anteils nicht nur älterer, sondern auch pflegebedürftiger Menschen gewinnen die Themen Gesundheitsförderung und Prävention als Aufgaben der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung zunehmend an Bedeutung. Über die Möglichkeiten und die Wirksamkeit gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen speziell für pflegebedürftige Menschen - insbesondere jener, die darauf abzielen, die funktionale Gesundheit und damit die Selbstständigkeit und Lebensqualität von Pflegebedürftigen zu stabilisieren und zu verbessern bzw. sogar wiederzuerlangen - ist jedoch noch zu wenig bekannt. Auch hier besteht weiterhin Forschungsbedarf.

Die an dieser Stelle nur skizzenhaft beschriebenen (Zukunfts-)Themen illustrieren, dass es im Bereich der Pflege vieler weiterer interdisziplinärer Forschungsanstrengungen bedarf. Die Forschungsstelle Pflegeversicherung wird sich dieser Themen auch weiterhin im Rahmen der Modellprogramme zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung annehmen und die damit verbundenen notwendigen Modellförderungen und Forschungsinitiativen kontinuierlich vorantreiben.

Christiane Eifert

Der Eintritt einer Pflegebedürftigkeit wird meist retrospektiv festgestellt, wenn etwa nach einem Sturz und dessen medizinischer Versorgung der alten oder hochaltrigen Person das selbstständige Leben in der eigenen Wohnung nicht mehr möglich erscheint und sie auf Hilfestellung in der Pflege, Versorgung oder Betreuung angewiesen ist. Nun wird ein Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt. In dieser Situation soll der Besuch einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI unterstützen, die die individuellen Bedarfe der Person ermittelt, sie umfassend über mögliche Hilfsangebote informiert und eine Versorgung mitorganisiert, die die größtmögliche Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Person bei hoher Versorgungsqualität sicherstellen soll (GKV-Spitzenverband, 2020). Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI stellt somit kein einmaliges Informationsangebot dar, sondern ist ein Prozess von individueller Dauer, in dem die Umsetzung des gemeinsam erstellten Versorgungsplans erfolgt. Die Pflegeberatung endet, wenn nach Absprache zwischen der Pflegeberaterin bzw. dem Pflegeberater und der pflegebedürftigen Person alle im Versorgungsplan formulierten Ziele erreicht sind oder die Pflegeberatung nicht mehr gewünscht wird. Bei einer Veränderung der Bedarfe der pflegebedürftigen Person setzt auf deren Wunsch eine erneute Pflegeberatung ein, die den Versorgungsplan dem aktuellen Unterstützungsbedarf anpasst und seine Umsetzung begleitet.

Einen Anspruch auf eine individuelle Pflegeberatung nach § 7a SGB XI haben seit 2009 Personen, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, sowie Personen, die einen Antrag auf Pflegeleistungen gestellt und erkennbar einen Hilfe- und Beratungsbedarf haben. Auf Wunsch der Person, die anspruchsberechtigt ist, erfolgt die Pflegeberatung auch gegenüber ihren Angehörigen und weiteren Personen.

Um die Umsetzung dieses Anspruchs auf individuelle Pflegeberatung zu überprüfen, beauftragte der GKV-Spitzenverband 2010 eine erste Evaluation, deren Ergebnisse er 2012 in Band 10 seiner Schriftenreihe „Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“ publizierte. Die knapp zwei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes durchgeführte Evaluation zeigte, dass die Pflegekassen die ihnen zugewiesene Aufgabe angenommen und eine vielfältige Beratungsstruktur für Pflegebedürftige und deren Angehörige errichtet haben. Vor dem Hintergrund ihrer unterschiedlichen Strukturen (Größe, Mitgliederstruktur, regionale Präsenz) gingen und gehen sie hierbei unterschiedliche Wege, sie bieten die Pflegeberatung in eigenen Geschäftsstellen bzw. in Pflegestützpunkten an, delegieren sie zum Teil aber auch an Dritte. Diese unterschiedlichen Angebote sind auch dem Wunsch geschuldet, die Kommunen und Wohlfahrtsverbände als weitere Akteure der Pflegeberatung einzubinden. Sie

reflektieren zudem die unterschiedlichen Rahmenbedingungen in den einzelnen Bundesländern, etwa bei der Einrichtung von Pflegestützpunkten.

Die damals durchgeführte repräsentative Befragung von Nutzerinnen und Nutzern ergab, dass 79 % derjenigen, die eine ausführliche Beratung durch die Pflegekasse erhielten, die Beratung sehr oder eher hilfreich fanden. Ihre Zufriedenheit mit dem Angebot basierte darauf, dass sie ihre persönlichen Wünsche und ihre individuelle Situation berücksichtigt fanden. 62 % dieser Nutzerinnen und Nutzer berichteten von einer Verbesserung ihrer Pflegesituation im Anschluss an die Pflegeberatung. Schon in dieser ersten Evaluation zeigte sich, dass die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI mit ihrer umfassenden Begleitung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen einen wichtigen Beitrag leistet, um häusliche Pflegearrangements zu stabilisieren, und dass sie über umfangreiches präventives Potenzial verfügt. Optimierungspotenzial wurde hinsichtlich der Information über das bestehende Angebot und der Zugänglichkeit der Pflegeberatung erkannt.

Die Ergebnisse einer zweiten Evaluation der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen wurden im Sommer 2020 vorgestellt. Sie zeigen, dass die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI insgesamt einen großen Zuspruch und eine erfreuliche Akzeptanz erfährt. Auch die Pflegeberatungsstrukturen haben sich insgesamt auf einem guten Weg weiterentwickelt. Über alle Bundesländer hinweg besteht das einheitliche Beratungsangebot der Pflegekassen. Das Angebot einer Pflegeberatung in Pflegestützpunkten nach § 7c SGB XI haben 14 von 16 Bundesländern, wenn auch auf verschiedene Weise, umgesetzt; Sachsen und Sachsen-Anhalt haben statt der Pflegestützpunkte ein Konzept der Vernetzten Pflegeberatung eingeführt. Zudem bestehen vor Ort, abhängig vom Engagement der jeweiligen Kommune bzw. des Landkreises, weitere Pflegeberatungsangebote. Der Bericht belegt die sehr hohe Zufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer mit dem bestehenden Angebot: 82,2 % derjenigen, die erstmals einen Antrag auf Leistungen nach dem SGB XI gestellt haben, und 95,9 % derjenigen, die Pflegegeld beziehen, bestätigen die Wirksamkeit der Pflegeberatung als bedarfsgerechte sowie auf die Berücksichtigung und Stärkung der Selbstbestimmung angelegte Beratung. Die hohe Zufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer beruht auch darauf, dass ein persönlicher Beratungstermin innerhalb weniger Tage ermöglicht wird und 86,2 % der Beratungen in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person stattfinden. Den Zugang zur Pflegeberatung fanden die befragten Anspruchsberechtigten am häufigsten über ihre Pflegekasse, die gemeinsam mit den Antragsunterlagen entsprechende Informationen zusandte; Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung bewerten fast 90 % der Befragten als einfach. Zugleich weist der Bericht darauf hin, dass nicht alle Versicherten mit Pflegebedarf automatisch einen Beratungsbedarf haben, und hebt hervor, dass es sich bei der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI um einen Anspruch der Versicherten und ein Angebot der Pflegekassen (und anderer) handelt, nicht um eine Verpflichtung.

---

Neben den gesetzlichen Aufträgen hat die Forschungsstelle Pflegeversicherung des GKV-Spitzenverbandes die Weiterentwicklung der Pflegeberatung in verschiedenen Modellprojekten vorangetrieben. So wurde die Wirksamkeit einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI für spezifische Zielgruppen untersucht. Pflegebedürftige Kinder stellen eine große Herausforderung für die Pflegeberatung dar, die sich im Grunde darauf konzentriert, ihre Hauptzielgruppe der alten und hochaltrigen Personen zu beraten und zu begleiten. Stärker als die Versorgung erwachsener Pflegebedürftiger muss diejenige von Kindern auf die Entwicklung von Selbstständigkeit ausgerichtet und langfristig sichergestellt sein. Das Netzwerk von Versorgungsangeboten für pflegebedürftige Kinder ist daher nicht deckungsgleich mit demjenigen für ältere Pflegebedürftige, es muss beispielsweise Anbieter von therapeutischen Leistungen und Integrationshilfen aus anderen Sozialgesetzbüchern einbeziehen (Gerwin, B. et al., 2013). Die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes (GKV-Spitzenverband, 2018) zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern enthalten den Hinweis, die berufliche Handlungsfähigkeit zu erweitern und die Kompetenzen zu vertiefen durch Fortbildungen u. a. zur Pflege von Kindern und Jugendlichen.

Das in Ahlen im Landkreis Warendorf von 2006 bis 2011 durchgeführte Modellprojekt „Verbesserung der Vernetzung von Hilfen für pflegebedürftige Kinder“ zeigte, dass die jeweiligen familiären Hilfesysteme langfristig stabilisiert werden konnten, indem die Ressourcen der Familien pflegebedürftiger Kinder gezielt unterstützt wurden. Die wissenschaftliche Begleitung hielt in der Konsequenz eine mittelfristige Kostenersparnis in vielen Bereichen für möglich. Ihre Analyse der Situation der Familien förderte auch zutage, dass der Bedarf an Fallmanagement im Sinne einer § 7a-Pflegeberatung unabhängig vom Kind und seinen die Pflegebedürftigkeit begründenden Erkrankungen war. Das Fallmanagement wurde vielmehr durch soziale Benachteiligung der betroffenen Familien generiert: Migrationshintergrund, Arbeitslosigkeit, Ein-Eltern-Familien, Kinderreichtum und Bildungsferne waren die zentralen Faktoren hierfür.

Das Modellprojekt „IBIP - Interkulturelle BrückenbauerInnen in der Pflege“ (2015 bis 2018) zielte darauf, pflegebedürftige Menschen mit Migrationserfahrung in das bestehende Pflegeversicherungssystem zu integrieren (Sari und Khan-Zvornicanin, 2018). Hierzu erhielten Angehörige der Migrations-Communitys muttersprachliche und niedrigschwellige Informationen über die Pflegeversicherung und die Pflegeberatung. In der Pflegeberatung begegneten sie einem Tandem aus einer Pflegeberaterin bzw. einem Pflegeberater und einer in der entsprechenden Sprache und Kultur qua Herkunft kundigen „interkulturellen BrückenbauerIn“, die gemeinsam die Pflegeberatung durchführten. Die zehn „BrückenbauerInnen“ vermittelten für (in der Häufigkeit der Nachfrage) arabisch, türkisch, russisch, serbokroatisch, polnisch, rumänisch und französisch-arabisch sprechende Ratsuchende. Mit diesem Angebot stieg die Anzahl von Pflegebedürftigen aus anderen Kulturkreisen, die die Pflegeberatung aufsuchten,

von 27 % auf 40 % an. Die von migrantischen Pflegebedürftigen in Anspruch genommenen Leistungen der Pflegeversicherung nahmen an Umfang und an Vielfalt zu, Pflegesachleistungen traten vermehrt neben den Bezug von Pflegegeld. Nach Aussage der Nutzerinnen und Nutzer konnte die häusliche Versorgungssituation dieser Zielgruppe so verbessert werden. Das erprobte Verfahren einer Tandem-Pflegeberatung wurde nach Projektende vom Land Berlin für seine Pflegestützpunkte übernommen.

Für alle Pflegebedürftigen und ihre pflegenden Angehörigen bietet die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI die Chance, ihre durch die Pflegesituation ausgelösten Probleme anzusprechen und Wege zu deren Bewältigung zu finden. Dies kann in einem strukturierten Problemlöseprozess als gut erforschte und erprobte Beratungsmethode geschehen, wie in dem nachfolgenden Beitrag von Klaus Pfeiffer zu dem Modellprojekt „PLiP - Problemlösen in der Pflegeberatung“ (2013 bis 2016) ausgeführt wird (Pfeiffer et al., 2018). Pflegenden Angehörige, die oft nur noch auf die äußeren Umstände reagieren und sich in einem Alltag voller Anforderungen gefangen fühlen, werden angeregt, wieder über eigene Wünsche und deren Erreichung nachzudenken. Im Beratungsprozess werden dann für ausgewählte Ziele bestmögliche Lösungen entwickelt. Deren Umsetzung und die Erfahrung, dass die Lebens- und Pflegesituation zumindest ein Stück weit wieder selbst gestaltet werden kann, mindern Belastungen, fördern die pflegerische Tätigkeit und stabilisieren die häusliche Versorgung. Zugleich sehen sich die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die in dem strukturierten Problemlöseansatz und den zugehörigen Materialien (z. B. Karten-Assessment) geschult wurden, in ihrer Beratungskompetenz gestärkt. Der Problemlöseansatz unterstützt insgesamt die Wirksamkeit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Im anschließenden Beitrag stellt Pfeiffer die Beratung für pflegende Angehörige vor.

Gemäß ihrer zentralen Position im Versorgungsprozess von pflegebedürftigen Menschen enthält die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vielfältiges Entwicklungspotenzial. Konzipiert als Unterstützung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen beim Aufbau und Erhalt einer für alle Beteiligten qualitativ hochwertigen und stabilen Versorgungssituation, lassen sich verschiedene Perspektiven der Weiterentwicklung skizzieren. So kann die Pflegeberatung mit Blick auf besonders vulnerable Gruppen unter den Pflegebedürftigen, wie am Beispiel pflegebedürftiger Kinder oder migrantischer Pflegebedürftiger gezeigt, sukzessive erweitert werden. Ob die Pflegeberatungen Angebote entsprechend qualifizierter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für spezifische Zielgruppen, etwa Demenzkranke, bereithalten, hängt u. a. von der lokalen oder regionalen Nachfrage ab.

Die Pflegeberatung berät ausdrücklich auch zu Rehabilitation und zu Prävention und Gesundheitsförderung. Ihr präventives und rehabilitatives Potenzial ist noch nicht gehoben, obgleich sich hier für die ambulante Versorgung insgesamt und besonders

---

für den Gesundheitserhalt der pflegenden Angehörigen vielversprechende Perspektiven eröffnen.

Die Pflegeberatung wird durch eine strukturierte Zusammenarbeit der Beratungsstellen vor Ort gestärkt. Grundlage hierfür ist der regelmäßige und aktualisierte Informations- und Wissensaustausch zur wechselseitigen Ergänzung der jeweiligen Kompetenzen. Um den Versorgungsplan gemeinsam mit der pflegebedürftigen Person gestalten und dessen Umsetzung begleiten zu können, braucht es zudem die kontinuierliche Vernetzung mit den regionalen Anbietern von Versorgungs-, Betreuungs- und Beratungsleistungen. Die regionale Vernetzung der Pflegeberatung kann intensiviert und der Beratungsprozess auf diese Weise optimiert werden.

Ziel der Pflegeberatung ist die Stärkung der Selbstbestimmung und Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Person. Sie greift damit den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff auf, der auf gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten abhebt und sich nicht länger am zeitlichen Hilfebedarf für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens bemisst.<sup>1</sup> Wie das Ziel der angestrebten Stärkung der Selbstständigkeit von pflegebedürftigen Personen die Ausgestaltung des Pflegeberatungsprozesses beeinflusst, braucht zukünftig mehr Aufmerksamkeit.

Die Forschungsstelle Pflegeversicherung wird den nächsten Bericht zur Pflegeberatung und den Pflegeberatungsstrukturen nach § 7a Abs. 9 SGB XI im Sommer 2023 vorlegen und sich somit kontinuierlich mit der Weiterentwicklung der Pflegeberatung befassen. Die Erprobung von Maßnahmen zu ihrer Verbesserung und von deren Implementation sowie Studien dazu, wie den unterschiedlichen Beratungsbedarfen pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen passgenauer begegnet werden kann, stehen weiterhin auf der Agenda.

## Literatur

- Gerwin, B., Hermann, E., Kempkes, A., Zöller, D., Wingenfeld, K., Büker, C. et al. (2013). Vernetzung von Hilfen für pflegebedürftige Kinder. In GKV-Spitzenverband (Hrsg.) Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Bd. 11. Hürth: CW Haarfeld GmbH. Verfügbar unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/Schriftenreihe\\_Pflege\\_Band-11.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/Schriftenreihe_Pflege_Band-11.pdf) (Abruf am 16.11.2020).
- GKV-Spitzenverband (2020). Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vom 5. Oktober 2020

---

1 § 14 („Begriff der Pflegebedürftigkeit“) Abs. 1 und 2 SGB XI.

- (Pflegeberatungs-Richtlinien). Verfügbar unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung\\_und\\_betreuung/pflegeberatung/2020-10-05\\_Pflegeberatungs-Richtlinien.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/pflegeberatung/2020-10-05_Pflegeberatungs-Richtlinien.pdf) (Abruf am 16.11.2020).
- GKV-Spitzenverband (2018). Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Absatz 3 Satz 3 SGB XI zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern vom 29. August 2008 in der Fassung vom 22. Mai 2018. Verfügbar unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien\\_vereinbarungen\\_formulare/richtlinien\\_zur\\_pflegeberatung\\_und\\_pflegebeduerftigkeit/180522\\_Pflege\\_Empfehlungen\\_7a\\_Abs\\_3\\_Satz\\_3\\_SGB\\_XI.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/richtlinien_zur_pflegeberatung_und_pflegebeduerftigkeit/180522_Pflege_Empfehlungen_7a_Abs_3_Satz_3_SGB_XI.pdf) (Abruf am 16.11.2020).
- Klie, T., Frommelt, M., Schneekloth, U., Behrend, S., Göhner, A., Heislbetz, C., et al. (2012). Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI. GKV-Spitzenverband (Hrsg.), Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Bd. 10: Pflegeberatung. Hürth: CW Haarfeld GmbH. Verfügbar unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/Schriftenreihe\\_Pflege\\_Band\\_10.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/Schriftenreihe_Pflege_Band_10.pdf) (Abruf am 16.11.2020).
- Pfeiffer, K., Hautzinger, M., Becker, C., Albrecht, D., Pendergrass, D., Leonhardt, R. et al. (2018). Problemlösen in der Pflegeberatung - ein Ansatz zur Stärkung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. In GKV-Spitzenverband (Hrsg.) Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Bd. 14. Hürth: CW Haarfeld GmbH. Verfügbar unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/Schriftenreihe\\_Pflege\\_Band\\_14.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/Schriftenreihe_Pflege_Band_14.pdf) (Abruf am 16.11.2020).
- Sari, N., Khan-Zvornicanin, M. (2018). Interkulturelle Brückenbauerinnen in der Pflege. Endbericht. Berlin. Verfügbar unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte\\_unterseiten/2018115\\_Modellprojekt\\_IBIP\\_Endbericht.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/2018115_Modellprojekt_IBIP_Endbericht.pdf) (Abruf am 16.11.2020).

Klaus Pfeiffer<sup>1</sup>

## Einleitung

Wer die Pflege und Betreuung eines Angehörigen übernimmt, ist oft mit gravierenden Veränderungen im eigenen Leben konfrontiert. Selbst wenn sich mehrere Personen die Pflege und Betreuung teilen, liegt die Hauptlast der Pflege überwiegend bei einer Person. Diese muss oft über Jahre pflegebedingte Herausforderungen bewältigen, eigene Pläne und Wünsche zurückstellen, Krisen überstehen und sowohl die Betreuung und Pflege als auch sich selbst immer wieder neuen Erfordernissen anpassen. Hinzu kommt die Konfrontation mit eigenen Grenzen sowie belastenden Gefühlen wie Wut, Trauer oder Schuld. Pflege- und Betreuungsaufgaben, die zum Teil mit weiteren Lebensbereichen konkurrieren (z. B. Beruf, eigene Familie, Kinder), lassen Pflegenden gleichzeitig nur wenig Zeit, um für sich selbst zu sorgen und wieder Kraft zu schöpfen.

Es ist deshalb nicht verwunderlich, dass die Betreuung und Pflege eines Angehörigen für viele Pflegenden mit negativen gesundheitlichen Auswirkungen einhergehen. In einer aktuellen Erhebung gaben beispielsweise 56 % der befragten Hauptpflegepersonen ein solch schlechtes Wohlbefinden an, dass bei ihnen das Vorliegen einer Depression als wahrscheinlich gelten kann (Rothgang und Müller, 2018).

„Wir sitzen oft nur da und uns beiden ist nur zum Weinen zumute. (...) Dann habe ich ihn angeschrien. (...) Ich erkenne mich oft selbst nicht wieder.“ **(Pflegende Ehefrau, TIPS-Studie)**

Auf der anderen Seite machen viele pflegende Angehörige auch sehr bereichernde Erfahrungen in ihrer Rolle als pflegende Person oder ihrer Beziehung zur gepflegten Person. Sie sind oft nicht nur der wichtigste Mensch für die gepflegte Person, sondern bilden mit ihrem täglichen Einsatz auch das Rückgrat der häuslichen Versorgung von rund 2,9 Mio. pflegebedürftigen Menschen in Deutschland. Die bedeutende Rolle pflegender Angehöriger in unserer Gesellschaft ist unbestritten. Gleiches gilt auch für die Notwendigkeit, diese bei der Bewältigung der Pflege- und Betreuungsaufgaben zu unterstützen. Neben zahlreichen weiteren Maßnahmen zur Stärkung der Pflege (Pflegeweiterentwicklungsgesetz, Pflegestärkungsgesetze I-III) wurden in

---

<sup>1</sup> Ein besonderer Dank gilt allen pflegenden Angehörigen, Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern, Pflegekassen, Kolleginnen und Kollegen sowie Studierenden, die unsere mittlerweile über 15-jährige Forschung zur Beratung pflegender Angehöriger durch ihr tatkräftiges Mitwirken ermöglicht haben. Gleiches gilt auch für die Förderungen und langjährige engagierte Begleitung durch die Forschungsstelle Pflegeversicherung des GKV-Spitzenverbandes.

Deutschland auch bestehende Beratungsleistungen mit dem gesetzlichen Anspruch auf Pflegeberatung (§§ 7a, 7b und 7c, SGB XI) ausgebaut und gestärkt. Die Entlastung pflegender Angehöriger (84,6 %) wurde in der aktuellen nationalen Evaluation neben ambulanten Leistungsansprüchen (87,3 %), der Qualität und Sicherstellung der häuslichen Pflege (73,8 %), Hilfsmitteln (79,2 %), Informationen zu Leistungserbringern (79,2 %) und Pflegegeld (76,9 %) als wichtiger Inhalt von Erstberatungen genannt (GKV Spitzenverband 2020, S. 22).

„In einer solchen Situation braucht jede noch so starke Persönlichkeit Hilfe, um dies zu bewältigen.“ **(Pflegende Tochter, TIPS-Studie)**

Im Folgenden wird die Beratung pflegender Angehöriger aus einer wissenschaftlichen Perspektive betrachtet, ein knapper Überblick zur Evidenz, Translation und Implementierung von Interventionen gegeben und beispielhaft an zwei Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI (TIPS- und PLiP-Studie) illustriert.

### **Interventionsforschung für pflegende Angehörige**

In den letzten 35 Jahren haben weltweit allein über 200 randomisierte Studien die Wirksamkeit von Interventionen bei pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz untersucht. Hierbei wurden folgende Arten der Unterstützung untersucht (Gitlin und Hodgson, 2015):

- Professionelle Unterstützung
- Psychoedukation
- Training von Kompetenzen
- Beratung/Psychotherapie
- Selbstfürsorge und Entspannung
- Kombination verschiedener Komponenten

Interventionen in diesem Kontext gelten als risikoarm, durchführbar und erfreuen sich einer überwiegend großen Akzeptanz durch die Ratsuchenden. Zahlreiche Interventionen konnten zumindest kleine bis moderate, aber signifikante positive Effekte auf die jeweils gewählten Endpunkte nachweisen. Häufige Endpunkte waren depressive Symptome, Angstsymptome, Lebensqualität, Pflegebelastung, Selbstwirksamkeit oder Wissen (z. B. über Demenz) auf Seiten der Pflegenden und Verhaltenssymptome, funktionelle Einschränkung oder Institutionalisierung auf Seiten der gepflegten Personen mit Demenz. Trotz umfangreicher Studienlage ist durch die Vielzahl der Endpunkte ein Vergleich verschiedener Interventionsarten erschwert. Methodenübergreifend lassen sich jedoch zentrale Komponenten für erfolgreiche Interventionsansätze benennen (Gitlin und Hodgson, 2015, S. 339):

- 
- Die aktive Einbeziehung der Pflegenden in den Interventionsprozess ist didaktischen oder verordnenden Ansätzen überlegen.
  - Interventionen sollten an die von den Pflegenden identifizierten Bedürfnisse angepasst sein.
  - Interventionen sollten unterschiedliche Belastungs- und Bedürfnisbereiche adressieren (z. B. Umgang mit belastenden Situationen, Erholung, soziale Kontakte).
  - Interventionen sollten längerfristig sein oder zumindest weitergehende episodische Nachkontakte umfassen (z. B. zur Verstärkung und Förderung einer nachhaltigen Umsetzung von Veränderungsschritten, zeitnahe Reaktion auf neue Belastungen).
  - Interventionen sollten variabel im Hinblick auf Dosierung, Intensität und Fokus (Risiko- und Bedürfnisprofil) sein.

Während diese Wirkkomponenten als relativ gut abgesichert gelten können, ist die Datenlage zu langfristigen Wirkungen (> 12 Monate), Kosten und Kosteneffizienz vergleichsweise gering. Gleiches gilt für die Identifikation von Mediatoren und Moderatoren (z. B. sozioökonomische Faktoren), die einen Einfluss auf die Interventionseffekte haben und zukünftig eine gezieltere Auswahl passender Interventionen erleichtern würden.

Bei Untersuchungen mit anderen Zielgruppen wie den rund 30 randomisierten Interventionsstudien mit pflegenden Angehörigen von Schlaganfall-Betroffenen wurden vergleichbare Interventionsarten und übergeordnete Wirkkomponenten gefunden (Bakas, McCarthy und Miller, 2017; Bakas et al., 2014). Angehörige von Schlaganfall-Betroffenen profitierten am meisten von Interventionen, die speziell für sie entwickelt wurden. Bei den bislang untersuchten dyadischen Interventionen lag der Schwerpunkt dagegen vor allem auf der Pflege des Schlaganfall-Betroffenen und weniger auf den Bedürfnissen der Pflegenden.

### **Beispiel TIPS-Studie (2006 bis 2010)**

Mit der TIPS-Studie (Telefongestützte Intervention für Pflegenden Angehörige von Schlaganfall-Betroffenen, Pfeiffer et al., 2011) wurde eine überwiegend telefonische Intervention für pflegende Angehörige von Schlaganfall-Betroffenen mit einer 3-monatigen Hauptinterventionsphase und einer 9-monatigen Erhaltungsphase entwickelt und in einer randomisiert-kontrollierten Studie mit 122 pflegenden Angehörigen untersucht.

Konzeptionell wurde die Fähigkeit zum rationalen und kreativen Problemlösen (D'Zurilla et al. 2004) als wichtige Bewältigungsstrategie im Umgang mit den täglichen Herausforderungen in der Pflege gesehen. Die Arbeiten von Prof. Elliott (Texas A&M University) aufgreifend, wurde als Einstieg in das Problemlösen ein Karten-Assessment zur Besprechung der aktuellen Pflege- und Lebenssituation, der Problemauswahl und

-priorisierung entwickelt und mit pflegenden Angehörigen vor Durchführung der Studie getestet. Die weiteren Schritte des Problemlösens sind in Abb. 1 dargestellt.

„Ist [das Karten-Assessment] so anders als Fragebögen, man ist aktiver. (...) Zentrierung auf wesentliche, bestimmte Themen passiert dabei viel eher als im Fragebogen. (...) Es ist auch ein Miteinander, etwas Prozesshaftes.“ **(Pflegende Tochter, Machbarkeitsuntersuchung)**

„Und die Karten hat man auch immer im Blick, wenn man nächste Fragebogenfrage, dann ist die Frage weg. Da fällt eher was durch als bei den Kärtchen. (...) Mit den Karten sieht man eher Zusammenhänge als mit dem Fragebogen.“ **(Pflegender Ehemann, Machbarkeitsuntersuchung)**

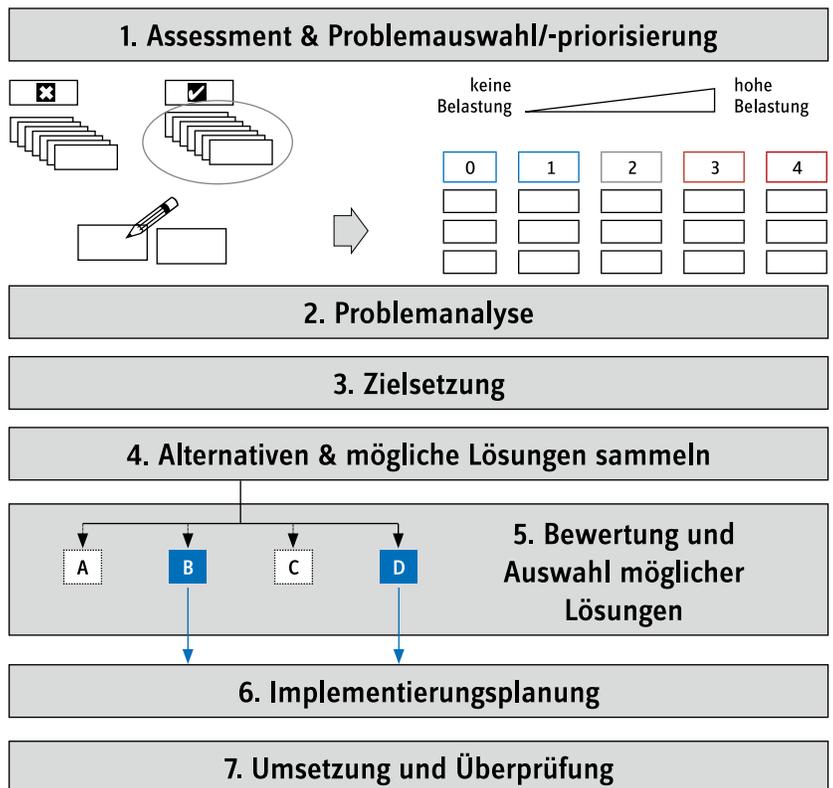


Abb. 1: Problemlöseschritte mit Karten-Assessment

Mit der von klinischen Psychologen durchgeführten Problemlöseintervention konnten die depressive Symptomatik und die subjektiven Körperbeschwerden, sowohl nach der Hauptinterventions- als auch nach der Erhaltungsphase, im Vergleich zu einer Kontrollgruppe signifikant verbessert werden. Die pflegebezogene Selbstwirksamkeit wurde dagegen nur bei den jüngeren Pflegenden in signifikanter Weise verbessert (Pfeiffer et al., 2014).

„Durch das Unterstützungsangebot ist mir vieles klarer geworden. Ich konnte Druck ablassen und habe mich verstanden gefühlt. Seither habe ich wieder angefangen, über Dinge, die mich beschäftigen, nachzudenken und nicht nur auf sie zu reagieren. Seither sehe ich vieles wieder entspannter, und wir streiten uns auch weit weniger häufig.“ **(Pfleger Ehemann, TIPS-Studie)**

Während die gute Durchführbarkeit der TIPS-Intervention, die hohe Akzeptanz von Seiten der Teilnehmenden sowie die positiven Effekte für einen anschließenden Transfer in die Praxis sprachen, standen andere Aspekte diesem Schritt entgegen (z. B. Dauer und Umfang der Intervention, Durchführung durch klinische Psychologen, Fokus auf pflegende Angehörige von Schlaganfall-Betroffenen).

### **Von der Intervention zur Translation**

Wenngleich zahlreiche Interventionen mit guter Wirksamkeit vorliegen, kommen diese kaum in der Versorgungspraxis zur Anwendung. Von den bereits erwähnten 200 Interventionsstudien für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz wurden nur wenige Interventionen unter Praxisbedingungen untersucht. Diese mussten beim Transfer in die Praxis immer an bestehende Versorgungsroutinen angepasst werden – und nie umgekehrt. In den 16 veröffentlichten Translationsstudien betrafen diese Modifikationen vor allem die Anzahl der Kontakte, die Dauer der Intervention, die Anzahl der Interventionskomponenten, Schulungsmodalitäten sowie den Ort und die Art der Durchführung (z. B. telefonisch statt persönlich) (Gitlin et al., 2015). Inhaltliche Überlegungen spielten bei den Modifikationen, die vor allem Kürzungen aufgrund fehlender Ressourcen bedeuteten, eine untergeordnete Rolle. Für begründete Entscheidungen wäre deshalb zukünftig ein differenzierteres Wissen zu unverzichtbaren Interventionskomponenten und minimal notwendiger Intensität wichtig.

Ein weiterer für die Translation relevanter Aspekt ist, dass die Interventionsforschung überwiegend in diagnosespezifischen Kontexten (z. B. mit pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz, Schlaganfall, etc.) erfolgt und oft weitere Ausdifferenzierungen wie beispielsweise auf bestimmte Risikogruppen (z. B. mit hoher Belastung) oder Phasen von Pflege- bzw. Krankheitsverläufen vornimmt. Diese Zielgruppenspezifität ist aus einer Forschungsperspektive, die bestmögliche Angebote (für eigene Ziel- und Patien-

tengruppen) entwickeln, signifikante Wirkungsnachweise erbringen und entsprechende Wirkmechanismen erklären möchte, verständlich und sinnvoll. Gleichzeitig muss jedoch gesehen werden, dass in vielen Beratungs-Settings pflegende Angehörige nicht zielgruppenspezifisch, sondern in all ihrer Heterogenität beraten werden müssen. In solchen Settings kann die Komplexität der zu verwendenden zielgruppenspezifischen methodischen Ansätze nicht unbegrenzt gesteigert werden. Zukünftige Studien sollten deshalb relevante Akteure, Beraterinnen und Berater sowie auch pflegende Angehörige bereits bei der Entwicklung von Interventionen einbeziehen. Für eine Minimierung von Translationsschwierigkeiten und eine schnellere Entwicklung von auch in der Praxis handhabbaren Interventionen sind deshalb vermehrt Studiendesigns notwendig, die sowohl die Wirksamkeit als auch die Effektivität unter Versorgungsbedingungen kombinieren. Beispiele hierfür sind pragmatische randomisierte Studien mit vereinfachten Fragestellungen und weniger selektierten Zielgruppen, die in Praxis-Settings eingebettet sein können, oder hybride Designs, bei denen gleichzeitig Interventionen und Implementierungsstrategien je nach Fragestellung mit unterschiedlichen Schwerpunkten getestet und beobachtet werden. Bei der Planung und Förderung solcher komplexen Designs sind oft deutlich längere Vorlaufzeiten zu beachten, da neben der Einbeziehung weiterer Personengruppen in die Entwicklung und Schulung oft langwierige und teilweise auch schwer kalkulierbare datenschutz- und arbeitsrechtliche Prozeduren einzuplanen sind.

### **Die PLiP-Studie (2013 bis 2016)**

Mit der PLiP-Studie (ProblemLösen in der Pflegeberatung, Pfeiffer et al., 2018) wurde die Wirksamkeit des bereits in der TIPS-Studie untersuchten Problemlöseansatzes unter Versorgungsbedingungen (Pflegeberatung nach § 7a SGB XI) evaluiert. Für dieses Setting sprach sowohl der gesetzliche Rahmen als auch die gute Kompatibilität des Problemlöseansatzes zum bereits angewandten Fallmanagement. Innovativ im Sinne einer Diversifizierung des bestehenden Angebots erschien der klare Fokus auf belastete Angehörige, die zwar häufig Hauptansprechpersonen sind, deren Belange und Perspektiven aber nach unseren Erfahrungen in der Regel nicht in systematischer Weise in der Pflegeberatung erhoben und adressiert wurden.

Die Wirksamkeit des Problemlöseansatzes wurde gegenüber der bisherigen Pflegeberatung in einer clusterrandomisierten Studie (Pfeiffer et al., 2017), für deren Durchführung drei Pflegekassen (AOK Baden-Württemberg, AOK Bayern und die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau) als Praxispartner gewonnen werden konnten, überprüft. Für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI musste die Eingrenzung auf Angehörige von Schlaganfall-Betroffenen aus der TIPS Studie aufgegeben werden, das Karten-Assessment und die Materialien an die erweiterte Zielgruppe angepasst und der Umfang der ursprünglichen Intervention deutlich reduziert werden (ein persönlicher Beratungskontakt mit Karten-Assessment und mindestens ein telefonischer Folgekontakt).

---

Die Schulung der Beraterinnen und Berater umfasste eine initiale 2-tägige Schulung mit einem Nachtreffen, ein telefonisches Coaching für die 6-monatige Übungsphase (mit 6 bis 13 Kontakten) und vier weitere Coaching-Termine während der 6-monatigen Evaluationsphase. Die Teilnehmenden konnten in den Coaching-Gesprächen ebenfalls Fragen zu schwierigen Beratungssituationen (auch außerhalb der Studie) und der eignen Arbeitsgesundheit besprechen.

Die Evaluation der Beratungen mit 131 pflegenden Angehörigen zeigte, dass in der Interventionsgruppe durchschnittlich 191 Minuten und damit 30 Minuten länger als in der Kontrollgruppe beraten wurde. Mit Ausnahme einer guten Kundenorientierung in beiden Gruppen (z. B. „hat sich Zeit genommen“) wurden die Beratungen mit dem Problemlöseansatz in allen anderen Aspekten (z. B. Einbezug in die Beratung, eigenes Situationsverständnis, Einbringen eigener Ziele und Lösungsideen) von den Ratsuchenden als signifikant besser beurteilt. Mit dem Problemlöseansatz konnten gegenüber der bisherigen Beratung zumindest kurzfristig (3 bzw. 6 Monate) signifikante moderate positive Effekte in verschiedenen Endpunkten (depressive Symptomatik, subjektive Körperbeschwerden, negative pflegebedingte Auswirkungen auf das eigene Leben) erzielt werden.

Rund 75 % der Beraterinnen oder Berater gaben an, dass sich ihr persönliches oder berufliches Wohlbefinden durch das Coaching zumindest tendenziell verbessert hat, 80 % waren mit dem Schulungsformat überwiegend oder vollständig zufrieden. Nahezu alle Beratenden sahen zumindest teilweise Vorteile in der Anwendung der PLiP-Methodik im Vergleich zum bisherigen Vorgehen. Fast 90 % konnten einen klaren Mehrwert für die pflegenden Angehörigen sehen, dennoch hielt knapp über die Hälfte (53 %) den Problemlöseansatz unter den aktuellen Rahmenbedingungen für eher nicht durchführbar. Ein Hauptgrund hierfür waren Befürchtungen, zukünftig bei gleichen Ressourcen zwei getrennte Beratungen mit jeweils unterschiedlicher Perspektive (pflegebedürftige bzw. pflegende Person) ohne Berücksichtigung in der Fallzählung vornehmen zu müssen.

Wenngleich die Wirksamkeit und Vorteile des Problemlöseansatzes als Beratungsmethode innerhalb der Pflegerberatung unter Praxisbedingungen gezeigt werden konnte, schienen die Rahmenbedingungen jedoch nach wie vor nicht passend. Auf dem Weg zur Implementierung war am Ende der Studie das Glas je nach Blickwinkel bereits halb voll oder immer noch halb leer.

Aktuell wird der PLiP Ansatz in der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten BerTA-Studie (2017 bis 2021, engl. Akronym: ReDiCare study) in zwei Varianten (mit Hausbesuch und ausschließlich telefonisch durch Pflegerberaterinnen und Pflegerberater der AOK Baden-Württemberg und AOK Bayern) sowie in

Kombination mit einer nachfolgenden optionalen telefonischen psychotherapeutischen Unterstützung<sup>2</sup> untersucht (Pfeiffer et al. 2021). Als nächster Schritt ist eine Erweiterung von PLiP inklusive des Karten-Assessments für Beratungen mit einem Schwerpunkt auf der Versorgungs- und Lebenssituation der Pflegebedürftigen geplant.

Weitere aus unserer Sicht interessierende Forschungsfragen betreffen die Nachhaltigkeit der insgesamt kurzen Pflegeberatung bzw. wieweit aus einem beratungsmethodischen Blickwinkel das Zusammenspiel von Pflegebegutachtungen, den Beratungsbesuchen nach § 37 Abs. 3 SGB XI und der Pflegeberatung nach §§ 7a, 7c SGB XI möglichst sinnvoll gestaltet werden kann. Bisherige Erfahrungen in den Schulungen und Coachings zeigen eindrucklich, dass Pflegeberatung oft hohe Anforderungen an die Beratungskompetenz der Beratenden stellt. Dies gilt auch für den Umgang mit den unterschiedlichen Perspektiven der Pflegebedürftigen und deren Angehöriger im Rahmen des Beratungsprozesses. Hier wären zukünftig methodisch und konzeptionell innovative Ansätze wünschenswert. Gleichzeitig sollte mit der methodischen Weiterentwicklung der Pflegeberatung immer auch die entsprechend notwendige Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater mitgedacht werden. Hier sind zukünftig evaluierte praxisnahe und berufsbegleitende Weiterbildungskonzepte zur Vermittlung und Einübung von Methoden und Reflexion der eigenen Beratungstätigkeit wünschenswert. Gleiches gilt für Konzepte zur Förderung der Selbstfürsorge und Arbeitsgesundheit der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater.

### **Implementierung und Nachhaltigkeit**

Von den 16 bereits erwähnten Translationsstudien nutzten sechs Studien einen konzeptionellen Rahmen zur Identifikation von förderlichen und hinderlichen Faktoren auf dem Weg zur Implementierung. Ebenfalls nur sechs Interventionen berichten eine Form der nachhaltigen Weiterführung auf nationaler, regionaler oder Organisationsebene (Gitlin et al., 2015).

Die Ergebnisse der Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI deuten ebenfalls in die gleiche Richtung, und zwar dahingehend, dass derzeit noch nicht davon ausgegangen werden kann, dass evaluierte methodische Beratungsstrategien (z. B. zum Umgang mit schwierigen Beratungssituationen, Problemlösen) auf Seiten der Pflegeberaterinnen und -beratern in der Breite vorhanden sind (Wolff et al. 2020, S. 178f.). Weitere methodische Verbesserungspotentiale werden in diesem Zusammenhang auch in Bezug auf die (gemeinsame) Erstellung und Verwendung von Versorgungsplänen (S. 168, 206), Leitfäden zur Strukturierung von Beratungskontakten und die Nutzung entsprechender Weiterbildungsmöglichkeiten gesehen (S. 256).

---

Dieser weltweit kaum gelungene Wissenschafts-Praxis-Transfer unterstreicht die Vielzahl möglicher Hürden auf dem Weg zu einer (nachhaltigen) Implementierung von wirksamen Interventionen für pflegende Angehörige. Diese reichen von gesetzlichen Vorgaben und Anreizen, den Zielen und relativen Prioritäten möglicher Implementierungspartner, dem Engagement von Führungskräften bis zu den zur Verfügung stehenden und gestellten Ressourcen. Für eine nachhaltige Implementierung ist es ebenfalls entscheidend, inwieweit es gelingt, neue Ansätze in Ausbildungs- und Weiterbildungsprogrammen zu verankern und Beraterinnen und Berater, die bereits langjährig in ihrem Beruf arbeiten, für Verhaltensänderungen und die Implementierung neuer Routinen zu gewinnen. Konzeptionelle Rahmenmodelle (Abb. 2) sollten in Zukunft bei der Entwicklung von theoriegeleiteten Implementierungsansätzen und deren Evaluation verstärkt herangezogen und gleichzeitig weiterentwickelt werden. Auch hier gilt, dass die Entwicklung und Begleitung von Implementierungsansätzen einen langen Atem, viel zeitliche Ressourcen und die Zusammenarbeit vielzähliger Akteure erfordert.

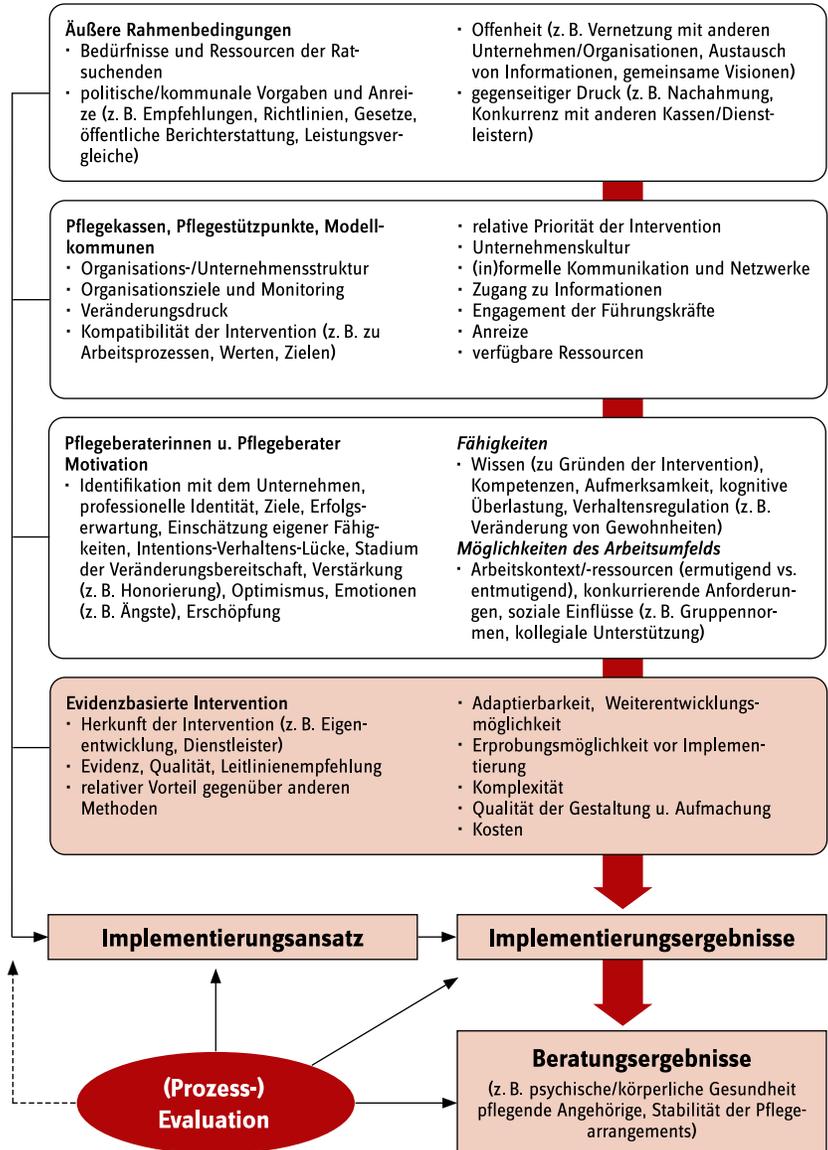


Abb. 2: Einflussfaktoren für die Implementierung und Verhaltensveränderungen basierend auf den Rahmenkonzepten von Cane et al., 2012; Damschroder, 2020; Damschroder et al., 2009

In den Pflegeberatungs-Richtlinien findet der PLiP-Ansatz als eine exemplarische Möglichkeit zur Ermittlung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs von Angehörigen und weiteren Personen Erwähnung.<sup>3</sup> Dennoch bestehen nach wie vor deutliche Meinungsunterschiede darüber, ob die Verwendung von Versichertenmitteln für Beratungen, die sich schwerpunktmäßig mit den Belangen und der Situation der pflegenden Angehörigen befassen, gesetzlich im Rahmen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI legitimiert ist. In diesem Punkt würde ein eigenständiger Beratungsanspruch pflegender Angehöriger mehr Klarheit schaffen und damit auch die Implementierung von neuen Methoden der Beratung in diesem Feld befördern.

Auf Basis der Rückmeldungen aus der PLiP-Studie sowie weiterer Fokusgruppen wurde das Karten-Assessment nochmals im Hinblick auf eine bessere Handhabbarkeit überarbeitet und mit Unterstützung der Forschungsstelle Pflegeversicherung des GKV-Spitzenverbandes inklusive einer Kurzanleitung und Arbeitsmaterialien attraktiv gestaltet. Seit Herbst 2019 stehen diese auf der Seite des GKV-Spitzenverbandes zum freien Download zur Verfügung, die Kartensets können von Pflegekassen oder Pflegestützpunkten beim Spitzenverband bestellt werden.

Alle bisherigen Schulungen zur PLiP-Methode zeigen, dass eine begleitete Übungsphase bei der Implementierung sinnvoll ist, in welcher vor allem der Schritt von einer stärker expertinnen- und expertenorientierten Beratung („Pflegeberaterin/Pflegeberater kommt und schlägt Lösung vor“) zu einer stärker prozesshaften Beratung eingeübt wird. In dieser Phase tauchen immer wieder Unsicherheiten und Fragen auf. Ist eine gewisse Routine durch Üben in der täglichen Beratungspraxis erreicht, gelingt es zunehmend besser, die Methode nicht nur technisch, sondern mit der notwendigen Flexibilität im jeweiligen Beratungskontext anzuwenden.

„Meine Teamleitung hat mich zur [PLiP]-Schulung geschickt. Eigentlich habe ich überhaupt keine Lust, hier zu sein.“

„Das [PLiP] ist Champions League, wir spielen hier nur Kreisliga.“

„Mir hat die PLiP-Fortbildung gut gefallen. Ich kann mir vorstellen, dass ich das Kartenset mal ausprobieren.“

„Mit dem Problemlösen mache ich eigentlich auch nichts anderes als bisher, nur strukturierter. Es fällt mir aber schwer, die Klappe zu halten und den Angehörigen erst mal machen zu lassen.“

„Mit PLiP finde ich Lösungen, auf die ich vorher nie gekommen wäre.“

---

3 Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vom 7. Mai 2018, S. 9.

„PLiP ist eine Entlastung für mich. Der Angehörige übernimmt jetzt mehr Verantwortung und ich kann mich zwischendurch auch mal zurücklehnen.“

**(Pflegeberaterinnen und Pflegeberater zur PLiP-Intervention in unterschiedlichen Stadien der Schulungen)**

Erste Erfahrungen aus der Schulung von über 100 Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern aus Pflegestützpunkten bestätigen, dass das bei der PLiP-Studie angewandte umfängliche Schulungskonzept nicht unbegrenzt gekürzt werden kann. So können eintägige PLiP-Schulungen mit Rollenspielen, wie sie beispielsweise von Bildungsträgern im Rahmen der Weiterqualifikation<sup>4</sup> angeboten werden, einen guten Einblick und gewisse Anregungen für den eigenen Beratungsalltag bieten. Für eine nachhaltige Anwendung des Ansatzes kann mit einem solchen Format vermutlich jedoch nur ein kleiner Teil der Teilnehmenden gewonnen werden. Vielversprechender erscheint dagegen ein Schulungsformat, das aktuell mit der AOK Nordost erprobt wird und flexible Begleitungsmöglichkeiten ggf. durch bereits in der Methode erfahrene Kolleginnen und Kollegen oder auch telefonisch durch externe Coaches vorsieht. Die Einbettung der Methode in Organisations- oder Unternehmensziele erhöht dabei die Priorität einer Implementierung und damit auch die Wahrscheinlichkeit von verbindlichen Vorgaben und Rahmenbedingungen (z. B. Dokumentation) bei der Umsetzung. Aufgrund der Unterschiedlichkeit und Vielzahl der Organisationformen, in welchen Pflegeberatung stattfindet, werden weitere Schulungsformate notwendig sein, aber auch die Kooperation mit Dienstleistern, die bereits in der Qualifikation und Weiterbildung tätig sind. Auch ist zu überlegen, welche Schulungsteile in einem E-Learning-Modul vermittelbar sind.

Jenseits aller aufgeworfenen Hürden des Wissenschafts-Praxis-Transfers sei abschließend ein Zitat von Rosalynn Carter in Erinnerung gerufen, das uns allen Ansporn sein sollte, an einem Strang zu ziehen und Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf sowie deren Angehörige bestmöglich zu unterstützen:

„There are only four kinds of people in the world. Those who have been caregivers. Those who are currently caregivers. Those who will be caregivers, and those who will need a caregiver.“

**(Rosalynn Carter)**

---

4 Gemäß den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Absatz 3 Satz 3 SGB XI zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern vom 29. August 2008 in der Fassung vom 22. Mai 2018.

---

**Literatur**

- Bakas, T., Clark, P. C., Kelly-Hayes, M., King, R. B., Lutz, B. J., Miller, E. L., American Heart Association Council on Cardiovascular and Stroke Nursing and the Stroke Council (2014). Evidence for Stroke Family Caregiver and Dyad Interventions: A Statement for Healthcare Professionals from the American Heart Association and American Stroke Association. *Stroke*, 45 (9), 2836-2852. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000033>
- Bakas, T., McCarthy, M., Miller, E. T. (2017). Update on the State of the Evidence for Stroke Family Caregiver and Dyad Interventions. *Stroke*, 48 (5), e122-e125. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.117.016052>
- Cane, J., O'Connor, D., Michie, S. (2012). Validation of the Theoretical Domains Framework for Use in Behaviour Change and Implementation Research. *Implementation Science*, 7 (37). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-37>
- Damschroder, L. J., (2020). Clarity out of Chaos: Use of Theory in Implementation Research. *Psychiatry Research*, Volume 283, 112461. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.06.036>
- Damschroder, L. J, Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., Lowery, J. C. (2009). Fostering Implementation of Health Services Research Findings into Practice: A Consolidated Framework for Advancing Implementation Science. *Implementation Science*, 4 (50). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M., Maydeu-Olivares, A. (2004). Social problem solving: Theory and assessment. In E. Chang, T. J. D'Zurilla, L. J. Sanna (Hrsg.), *Social problem solving: theory, research and training*, 11-27. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Gitlin, L. N., Hodgson, N. (2015). Caregivers as therapeutic agents in dementia care: The evidence-base for interventions supporting their role. In J. E. Gaugler, R. Kane (Hrsg.), *Family caregiving in the new normal*, 305-353. London, San Diego, Waltham, Oxford: Academic Press.
- Gitlin, L. N., Marx, K., Stanley, I. H., Hodgson, N. (2015). Translating Evidence-Based Dementia Caregiving Interventions into Practice: State-of-the-Science and Next Steps. *The Gerontologist*, 55 (2), 210-26. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu123>
- Pfeiffer, K., Becker, C., Beische, D., Hoffrichter, R., Wengert, J., Lindemann, B. et al. (2011). Telefongestützte Intervention für pflegende Angehörige von Schlaganfall-Betroffenen. GKV-Spitzenverband (Hrsg.) Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Bd. 8. Köln: CW Haarfeld. Verfügbar unter [www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/GKV-Schriftenreihe\\_Pflege\\_Band\\_8\\_18968.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/GKV-Schriftenreihe_Pflege_Band_8_18968.pdf) (Abruf am 06.05.2020).
- Pfeiffer, K., Beische, D., Hautzinger, M., Berry, J. W., Wengert, J., Hoffrichter, R., Becker, C., van Schayck, R. et al. (2014). Telephone-Based Problem-Solving Intervention

- for Family Caregivers of Stroke Survivors: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82 (4), 628-643. <https://doi.org/10.1037/a0036987>
- Pfeiffer, K., Hautzinger, M., Patak, M., Grünwald, J., Becker, C., Albrecht, D. (2017). Problem-Solving in Caregiver-Counselling (PLiP Study): Study Protocol of a Cluster Randomized Pragmatic Trial. *BMC Geriatrics*, 17 (1), Artikelnummer 64. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0456-x>
- Pfeiffer, K., Hautzinger, M., Becker, C., Albrecht, D., Pendergrass, A., Leonhardt, R. et al. (2018). Problemlösen in der Pflegeberatung - ein Ansatz zur Stärkung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. GKV-Spitzenverband (Hrsg.) Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Bd. 14. Hürth: CW Haarfeld. Verfügbar unter [www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/Schriftenreihe\\_Pflege\\_Band\\_14.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/Schriftenreihe_Pflege_Band_14.pdf) (Abruf am 06.05.2020).
- Pfeiffer, K., Theurer, C., Büchele, G., Babac, A., Dick, H., Wilz, G. (2021); ReDiCare study group. Relieving distressed caregivers (ReDiCare study): study protocol of a randomized pragmatic trial. *BMC Geriatrics*, 21 (1), Artikelnummer 4. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01941-w>
- Rothgang, H., Müller, R. (2018). BARMER-Pflegereport 2018. In BARMER (Hrsg.), Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 12. Berlin.
- Wolff, J. K., Pflug, C., Rellecke, J., Rieckhoff, S., Dehl, T., Nolting, H.-D. (2020). Weiterentwicklung der Pflegeberatung. GKV-Spitzenverband (Hrsg.) Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Bd. 18. Hürth: CW Haarfeld. Verfügbar unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service\\_1/publikationen/schriftenreihe/GKV-Schriftenreihe\\_Pflege\\_18\\_mit\\_Lesezeichen.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/schriftenreihe/GKV-Schriftenreihe_Pflege_18_mit_Lesezeichen.pdf) (Abruf am 19.02.2021).

# Pflegende Angehörige

---

## Pflegende Angehörige

Pflegende  
Angehörige

Christiane Eifert

In Deutschland waren mit Stand Juli 2020 insgesamt 4.251.638 Menschen pflegebedürftig, darunter 3.999.755 Versicherte der Sozialen Pflegeversicherung. Rund 79 % von der gesetzlich Versicherten (gut 3,1 Mio.) wurden zu Hause versorgt. Hiervon wiederum wurden gut 2 Mio. Personen ausschließlich durch Angehörige gepflegt. Fast eine weitere Mio. in Privathaushalten lebende Pflegebedürftige wurden zusammen mit oder vollständig durch ambulante Pflegedienste versorgt (Bundesministerium für Gesundheit, 2020) Schätzungen zufolge kommen auf jede pflegebedürftige Person in der häuslichen Versorgung zwei Privatpersonen. Die Zahl pflegender Angehöriger liegt somit gegenwärtig bei etwa 4 Mio. Angehörigen (Rothgang und Müller, 2019, S. 14), und insbesondere Frauen übernehmen den größten Teil der Pflege in Deutschland. Ohne diese privaten Pflegepersonen wäre eine ausreichende pflegerische Versorgung schon heute kaum mehr möglich. Sie erbringen eine wichtige gesamtgesellschaftliche Leistung.

Pflegende Angehörige übernehmen umfangreiche Pflegeaufgaben, die mit einer hohen körperlichen und mentalen Belastung, teilweise über viele Jahre, einhergehen. Sie sind einem im Vergleich zu Nichtpflegenden erhöhten Krankheits- sowie Erwerbs- und Armutsrisiko ausgesetzt. Dabei sind die Belastungen, die für pflegende Angehörige konstatiert werden, wie die Gruppe selbst vielfältig: Soziale Isolation, mangelnde Regeneration, finanzielle Einschränkungen sowie familiäre Konflikte können die Pflege begleiten (Brüker et al., 2017). Insgesamt wirkt die Pflege mehr auf die psychischen als auf die körperlichen Leiden (Rothgang und Müller, 2018). Eine besondere Art der Belastung pflegender Angehöriger geht von demenziell Erkrankten aus, von denen etwa zwei Drittel in Privathaushalten leben, meist gemeinsam mit ihren Angehörigen (BMFSFJ, BMG, 2020, S. 53). Kognitive Einbußen der Pflegebedürftigen und ein damit verbundener Beziehungsverlust werden als besonders belastend erlebt (DAK, 2015).

Dem Wunsch Pflegebedürftiger nach häuslicher Versorgung nachzukommen und den kontinuierlichen Einsatz pflegender Angehöriger zu ermöglichen, ist eine bedeutende Aufgabe der Pflegeversicherung. Sie kommt dieser Aufgabe nach, indem sie neben der Pflegeberatung ein umfangreiches Angebot an Pflegekursen vorhält, etwa für die Pflege von demenzerkrankten Familienmitgliedern. Darüber hinaus steht pflegenden Angehörigen eine Vielzahl unterschiedlicher Entlastungs- und Unterstützungsangebote zur Verfügung: Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege, Entlastungsleistungen, der Entlastungsbetrag, Krankenfahrten und die Förderung der Selbsthilfe.

Um eventuell vorhandene Hürden bei der Inanspruchnahme bestehender Entlastungs- und Unterstützungsleistungen seitens pflegender Angehöriger abzubauen, wurden im Rahmen

des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI verschiedene Modellvorhaben gefördert. Zwischen 2013 und 2015 wurde mit „DEMAS – Internetbasierte Schulung und Beratung für pflegende Angehörige von demenzerkrankten Menschen“ ein videogestütztes Schulungs- und Austauschprogramm im Internet erprobt, um zu erkunden, in welcher Weise Beratung, Schulung, Information und Austausch die Belastung pflegender Angehöriger reduzieren, Ressourcen der Angehörigenpflege erschließen und die Versorgungslage Pflegebedürftiger verbessern können. Das Programm bot pflegenden Angehörigen Demenzerkrankter zudem emotionale Entlastung. Das Modellprojekt zielte insbesondere auf pflegende Angehörige Demenzerkrankter in den ländlichen Regionen Ostdeutschlands, die auf aufsuchende Angebote angewiesen waren. Die Wirksamkeit des Programms war jedoch nur bedingt nachzuweisen, da die technischen Voraussetzungen im ländlichen Raum zum Zeitpunkt der Erprobung kaum gegeben waren und die dort lebenden pflegenden Angehörigen zudem keine große Affinität zum Medium Internet zeigten. Das Modellprojekt war seiner Zeit voraus. Inzwischen finden sich im Internet digitale Schulungsangebote für pflegende Angehörige der Pflegekassen, die Pflegekassen offerieren in Filmen themenbezogen konkrete Unterstützung im Alltag, etwa zur „Aufstehhilfe nach Sturz“ oder zur „Mundpflege“, wobei die Themen und Sprachen dieser Pflegefilme fortlaufend ergänzt werden.

Um ein in der Fläche wirksames Angebot zur Entlastung pflegender Angehöriger bereitzustellen, wurden in dem anschließenden Modellvorhaben „REDEZEIT – Telefonische Unterstützungsgruppen für Angehörige von Menschen mit Demenz“ (2015 bis 2017) die technischen Voraussetzungen für die Teilnahme weniger anspruchsvoll gestaltet. Nun wurden strukturierte Unterstützungsgruppen für pflegende Angehörige niedrigschwellig per Telefonkonferenzschaltung angeboten und auf ihre Wirksamkeit hin evaluiert. Auch bei diesem Modellprojekt war es schwierig, eine ausreichende Anzahl von pflegenden Angehörigen zur Teilnahme zu gewinnen, sodass signifikante Effekte der Intervention am Ende nicht nachgewiesen werden konnten. Da breitflächig für das Modellprojekt geworben worden war, blieb offen, ob die Nachfrage pflegender Angehöriger nach medial vermittelter zugehender Unterstützung doch geringer ist als bislang eingeschätzt. Diese Vermutung wird von neueren wissenschaftlichen Studien gestützt, die belegen, dass die nachgefragte Unterstützung inzwischen stärker arbeitsteilig zwischen mehreren Hilfeleistenden und Pflegenden organisiert wird, wodurch sich einerseits die empfundene Belastung der Unterstützungspersonen reduziert und andererseits Gesprächspartner vorhanden sind und für den Austausch keine eigens hierfür etablierten Gruppen gefunden werden müssen (Klaus, Tesch-Römer, 2017). In einer 2017 durchgeführten Befragung äußerten rund 80 % der Angehörigen, dass sie sich durch die Pflege niedrig oder mittel belastet fühlten, 19 % fühlten sich stark belastet (Nguyen et al. 2019). Entlastungs- und Unterstützungsangebote sind somit stärker auf die spezifische Zielgruppe der pflegenden Angehörigen auszurichten, die sich als stark belastet empfinden.

Die infolge zunehmender Mobilität regional diversifizierteren Familienstrukturen reduzieren inzwischen das familiäre Pflegepotenzial und stellen damit auch veränderte Anforderungen an familiäre Unterstützungsarrangements von Pflegebedürftigen. Die Gruppe entfernt lebender Angehöriger von pflegebedürftigen Personen ist in Deutschland noch wenig erforscht. Studien aus anderen Ländern zeigen, dass es diesem Personenkreis aufgrund fehlender Informationen schwerfällt, gesundheits- und pflegebezogene Entscheidungen für ihre Angehörigen zu treffen. Gegenüber ortsansässigen Angehörigen sind entfernt lebende Angehörige zwar weniger körperlicher Belastung ausgesetzt, sie leiden aber aufgrund ihrer Distanz und Unsicherheit über den Zustand des Angehörigen emotional und psychisch. Hinzu kommt ihre Machtlosigkeit, in akuten Krisen spontan intervenieren und in die Versorgung und Pflege eingreifen zu können. Es ist zu vermuten, dass diese Ergebnisse bei aller gebotenen Vorsicht partiell auf Deutschland übertragbar sind. Den entfernt lebenden Angehörigen sind bisweilen allein lebende Pflegebedürftige zugehörig, die besonders auf Unterstützung und Betreuung angewiesen sind.

In dem abgeschlossenen Modellvorhaben „AniTa - Angehörige von älteren Menschen mit Pflege-/Unterstützungsbedarf im (Aus-)Tausch: eine überregionale Plattform zur Aktivierung ungenutzten Betreuungspotentials“ (2017 bis 2020) wurde eine internetgestützte überregionale Plattform entwickelt, mit deren Hilfe Angehörige von Menschen mit Pflegebedürftigkeit (insbesondere Demenzerkrankte), denen aufgrund räumlicher Distanz eine kontinuierliche Begleitung ihrer Angehörigen nicht möglich ist, in und zwischen Modellregionen in einen direkten Austausch mit anderen Angehörigen treten. So sollte einerseits ein „Betreuungs-Tausch“ für die jeweiligen Familienmitglieder erfolgen und andererseits ein kommunikativer Austausch betroffener Angehöriger ermöglicht werden. Ziel war es, auf diese Weise ungenutzte Betreuungspotenziale auszuschöpfen und den bisher nicht bzw. wenig beachteten, nicht vor Ort lebenden Angehörigen die Gelegenheit zu bieten, ihre subjektive Belastung zu verringern und ihre Lebensqualität zu erhöhen. In diesem Modellvorhaben erwies sich die Bildung von Tauschpaaren bestehend aus Pflegebedürftigen und „fremden Angehörigen“ als zentrale Herausforderung. Trotz einer großen Zahl von Anmeldungen stellte das Matching eine schwierig zu lösende Aufgabe dar. Auch der Anspruch, den Austausch zwischen den beiden Modellregionen (Hamburg/Pinneberg und München/Augsburg) zu organisieren, musste aufgegeben werden, da die Anmeldungen auf der Plattform aus allen deutschen Regionen kamen. Die Bildung von Tauschpaaren wurde auch hierdurch erschwert. Der nachfolgende Beitrag von Woock et al. hebt die wachsende Bedeutung entfernt lebender Angehöriger hervor. Er beschreibt die Herausforderungen und skizziert Lösungsansätze für deren Einbeziehung in die Versorgung von pflegebedürftigen Angehörigen.

Angesichts der zunehmenden geografischen Mobilität in den erwerbstätigen Generationen muss „long-distance caring“ als ein Thema der Zukunft begriffen werden.

Die Unterstützung und Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger aus der Ferne stellt eine Herausforderung auch für die Pflegeversicherung dar. Darüber hinaus ist zu bedenken, dass sich für die Babyboomer-Generation mit ihrem Übergang in Rente, Hochaltrigkeit und möglicherweise Pflegebedürftigkeit das zahlenmäßige Verhältnis von sorgenden zu sorgebedürftigen Angehörigen umkehrt. Die Möglichkeit einer Versorgung durch vor Ort präsente Angehörige schwindet folglich nicht allein aufgrund einer räumlichen Distanz, sondern auch, weil mit dem demografischen Wandel die Anzahl von Angehörigen in den nachwachsenden Generationen abnimmt. Die Frage, welche Auswirkungen diese Entwicklung auf die Versorgung Pflegebedürftiger hat, die heute weitaus überwiegend durch Angehörige geleistet wird, ist dringend zu bearbeiten.

Digitale Lösungen (siehe das Kapitel „Digitalisierung“) könnten Abhilfe schaffen. Es liegt nahe, beispielsweise für die Kommunikation zwischen dislozierten Angehörigen und die Versorgung über große Distanzen hinweg auf digitale Angebote zuzugreifen. Seit 2013 hat die Internetaffinität von pflegenden Angehörigen stark zugenommen (Endter et al., 2020), sodass Information, Schulung, Austausch und Beratung nun auch verstärkt im Netz gesucht und angeboten werden. Inwiefern sich die Inanspruchnahme von Entlastungs- und Unterstützungsleistungen der Pflegeversicherung durch pflegende Angehörige hierdurch verbessert hat, ist bisher nicht untersucht. Parallel zu den Schulungs- und Gesprächsangeboten für pflegende Angehörige im Internet haben sich Vermittlungsdienste gegründet, die pflegende Angehörige zu entlasten suchen, indem sie sie auf lokaler oder regionaler Ebene mit ehrenamtlichen Kräften bekannt machen, die Betreuungsleistungen übernehmen. Das ehrenamtliche Engagement hat in den letzten Jahren mit dem Eintritt der geburtenstarken Jahrgänge in das Rentenalter zugenommen, es wird mit dem Übergang dieser Kohorte in die Hochaltrigkeit bzw. die Pflegebedürftigkeit vorhersehbar auch wieder schrumpfen (Burkhardt, Schupp, 2019). Es kann daher nicht dauerhaft als verlässliche Unterstützung pflegender Angehöriger eingeplant werden. Was an seine Stelle treten könnte, ist noch ungewiss (siehe das Kapitel „Betreuung“).

Ein weiterer Aspekt für zukünftige Forschungen ist die Ausdifferenzierung der Gruppe der pflegenden Angehörigen. Viele der genannten Angebote zur Entlastung und Unterstützung pflegender Angehöriger adressieren diese Gruppe insgesamt, es werden höchstens kulturelle, sprachliche Unterscheidungen vorgenommen. Nicht zuletzt die Evaluation der Pflegeberatung von 2020 (siehe Kapitel „Pflegeberatung“) verdeutlicht jedoch, dass die Gruppe der pflegenden Angehörigen heterogen ist und nicht alle pflegenden Angehörigen Unterstützung bei der Organisation der Pflege anstreben. Diejenigen pflegenden Angehörigen, die nach Entlastung und Unterstützung suchen, wünschen und benötigen zudem, abhängig von ihrer individuellen Situation, unterschiedliche Angebote. Um dieser Heterogenität gerecht werden zu können, sind nun Studien erforderlich, die die verschiedenen Bedarfe pflegender Angehöriger

herausarbeiten und Instrumente entwickeln, um deren jeweilige Belastung erkennen und angemessene Angebote der individuellen Entlastung und Unterstützung unterbreiten zu können.

Letztlich müssen die Angebote der Entlastung und Unterstützung, die die Pflegeversicherung für pflegende Angehörige bereithält, mit den gesellschaftlichen Veränderungen einhergehen, die die Gruppe der pflegenden Angehörigen und ihre je spezifischen Bedarfe prägen. Weder ist die Gruppe der pflegenden Angehörigen homogen und im Umfang gleichbleibend noch sind es ihre Bedarfe an Entlastung und Unterstützung, und Gleiches sollte daher für die Angebote gelten, die von der Pflegeversicherung unterbreitet werden.

## Literatur

- AniTa - Angehörige von älteren Menschen mit Pflege-/Unterstützungsbedarf im (Aus-)Tausch: eine überregionale Plattform zur Aktivierung ungenutzten Betreuungspotentials (2020). Verfügbar unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte\\_unterseiten/Abschlussbericht\\_AniTa\\_final\\_2021.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/Abschlussbericht_AniTa_final_2021.pdf) (Abruf am 03.08.2021).
- Berwig, M., Dichter, M. N., Albers, B., Halek, M. (2017). Redezeit – Telefonische Unterstützungsgruppen für Angehörige von Menschen mit Demenz. Endbericht. Leipzig. Verfügbar unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte\\_unterseiten/redezeit/11-2017\\_REDEZEIT-Endbericht-final.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/redezeit/11-2017_REDEZEIT-Endbericht-final.pdf). (Abruf am 19.11.2020).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bundesministerium für Gesundheit (2020). Nationale Demenzstrategie. Verfügbar unter [https://www.nationale-demenzstrategie.de/fileadmin/nds/pdf/2020-07-01\\_Nationale\\_Demenzstrategie.pdf](https://www.nationale-demenzstrategie.de/fileadmin/nds/pdf/2020-07-01_Nationale_Demenzstrategie.pdf) (Abruf am 16.11.2020).
- Bundesministerium für Gesundheit (2020). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (Stand 28. Juli 2020). Verfügbar unter [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen\\_und\\_Fakten/Zahlen\\_und\\_Fakten\\_der\\_SPV\\_Juli\\_2020\\_bf.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_der_SPV_Juli_2020_bf.pdf) (Abruf am 16.11.2020).
- Brüker, D. et al. (2017). Vorbeugende Pflege- und Sorgpolitik. FGW-Studie Vorbeugende Sozialpolitik 05, Düsseldorf. Verfügbar unter [http://fgw-nrw.de/fileadmin/user\\_upload/FGW-Studie-VSP-05-Leiber-Leitner-A1-komplett-web.pdf](http://fgw-nrw.de/fileadmin/user_upload/FGW-Studie-VSP-05-Leiber-Leitner-A1-komplett-web.pdf) (Abruf am 16.11.2020).
- Burkhardt, L., Schupp, J. (2019). Wachsendes ehrenamtliches Engagement: Generation der 68er häufiger auch nach dem Renteneintritt aktiv. In DIW Wochenbericht 42/2019, 766-773.
- DAK-Gesundheit (Hrsg.) (2015). Pflege-Report 2015. So pflegt Deutschland, Hamburg.

- Tossmann, P., Jonas, B. (2016). Entwicklung und empirische Überprüfung eines internetbasierten Schulungsprogramms für Angehörige Demenzkranker. Abschlussbericht. Berlin. Verfügbar unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte\\_unterseiten/demas/2016\\_11\\_29\\_Demas\\_Endbericht\\_Jun2016.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/demas/2016_11_29_Demas_Endbericht_Jun2016.pdf) (Abruf am 19.11.2020).
- Endter, C., Hagen, C., Berner, F. (2020). Ältere Menschen und ihre Nutzung des Internets. Folgerungen für die Corona-Krise. Fact Sheet des DZA vom 08.04.2020. Verfügbar unter [https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/67217/ssoar-2020-endter\\_et\\_al-Altere\\_Menschen\\_und\\_ihre\\_Nutzung.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-2020-endter\\_et\\_al-Altere\\_Menschen\\_und\\_ihre\\_Nutzung.pdf](https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/67217/ssoar-2020-endter_et_al-Altere_Menschen_und_ihre_Nutzung.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-2020-endter_et_al-Altere_Menschen_und_ihre_Nutzung.pdf) (Abruf am 16.11.2020).
- Klaus, D., Tesch-Römer, C. (2017). Pflege und Unterstützung bei gesundheitlichen Einschränkungen: Welchen Beitrag leisten Personen in der zweiten Lebenshälfte für andere. In K. Mahne et al. (Hrsg.), *Altern im Wandel*, 185-200.
- Nguyen, N., et al. (2019). Familiäre Pflege stärken. In *Pflege Zeitschrift*, 4, 54-57.
- Rothgang, H., Müller, R. (2019). Barmer Pflegereport 2019. Ambulantisierung der Pflege. Barmer (Hrsg.), *Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Bd. 20*. Verfügbar unter <https://www.barmer.de/blob/215396/a68d16384f26a09f598f05c9be4ca76a/data/dl-barmer-pflegereport-2019.pdf> (Abruf am 16.11.2020).
- Rothgang, H., Müller, R. (2018). Barmer Pflegereport 2018. Barmer (Hrsg.), *Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Bd. 12*. Verfügbar unter <https://www.barmer.de/blob/170372/9186b971babc3f80267fc329d65f8e5e/data/dl-pflegereport-komplett.pdf> (Abruf am 16.11.2020).

---

## „Das Gefühl immer, ich tue zu wenig ...“ Entfernt lebende Angehörige - Herausforderungen und Lösungsansätze

Kristina Woock, Nele Mindermann, Linda Völtzer, Susanne Busch

### **Einleitung**

Wenn über pflegende Angehörige und ihre durch die Pflegesituation entstehenden Belastungen gesprochen wird, dann ist in aller Regel die Rede von vor Ort pflegenden Ehepartnerinnen und Kindern. Erwachsene Töchter und Söhne, die - aus unterschiedlichsten Gründen - dauerhaft aus dem Wohnort der Eltern bzw. dem unmittelbaren regionalen Umfeld weggezogen sind, scheinen sich der familiären (Not-)Situation entzogen zu haben und sind somit „gut dran“; sie werden in der Öffentlichkeit sowie in Politik und Forschung nur sehr bedingt mit ihren besonderen Herausforderungen als unterstützende oder pflegende Angehörige wahrgenommen. Im Gegensatz dazu wurde insbesondere in den USA, in denen multilokale Familien aufgrund der Größe des Landes und der großen Mobilität keine Seltenheit sind, bereits in den letzten Jahren und Jahrzehnten dazu geforscht.

Die Situation entfernt lebender erwachsener Töchter und Söhne wird vor dem Hintergrund des Modellprojekts „AniTa - Angehörige im Tausch“ beschrieben und ein Einblick in die besondere Situation dieser Gruppe von Menschen gegeben. Es werden erste Überlegungen vorgestellt, wie sich die Unterstützung multilokaler Familien in Unterstützungs- bzw. Pflegesituationen auch im Hinblick auf das SGB XI in der Zukunft gestalten könnte.

### **Das Modellprojekt „AniTa - Angehörige im Tausch“**

Hintergrund dieses Beitrags ist das Projekt „Angehörige von älteren Menschen mit Pflege-/Unterstützungsbedarf im (Aus-)Tausch: eine überregionale Plattform zur Aktivierung ungenutzten Betreuungspotentials“ (kurz: „AniTa“). Kernidee dabei ist die Vernetzung betroffener Familien mit dem Ziel, Unterstützung und (Für-)Sorge zu „tauschen“. Das vom GKV-Spitzenverband nach § 8 Abs. 3 SGB XI über eine Laufzeit von drei Jahren geförderte Modellprojekt wird an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) in Hamburg durchgeführt.

Die zugrunde liegende Idee ist einfach. Wer an „AniTa“ teilnimmt, unterstützt einen älteren Menschen, der noch zu Hause oder aber auch in einer stationären Pflegeeinrichtung lebt, am eigenen Wohnort, während eine andere Person dieselbe Art

von Begleitung für die eigenen, entfernt lebenden Eltern wahrnimmt (vgl. Abb. 1). Wie die jeweils geleistete Unterstützung aussehen kann, ist breit gefächert und wird von den Beteiligten untereinander ausgehandelt. Es kann sich um regelmäßige Besuche handeln, um Begleitung bei Spaziergängen oder kleineren Unternehmungen oder um kleinere Handreichungen. Auch Unterstützung bei organisatorischen Aufgaben wie z. B. das Einlösen eines Rezepts kann im Einzelfall sehr hilfreich sein. Ziel ist es, die Kernfamilie zu entlasten und gleichzeitig dem alten Menschen ein Mehr an Teilhabe zu ermöglichen.

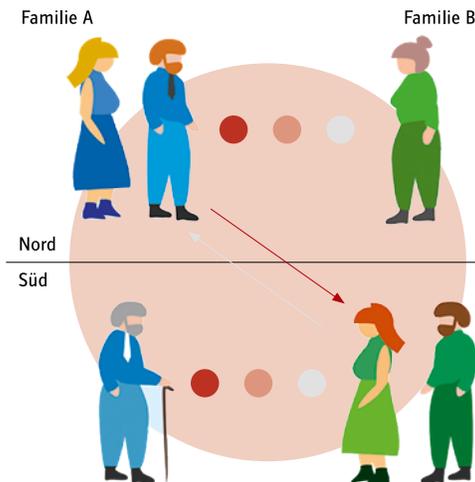


Abb. 1: Vereinfachte Darstellung einer Tauschbeziehung

Um Teil der sog. „AniTa-Familie“ zu werden, können entfernt lebende erwachsene Töchter und Söhne<sup>1</sup> sich über eine Online-Plattform ([www.anita-familie.de](http://www.anita-familie.de)) bei dem Projekt anmelden. Dem Prinzip der Datensparsamkeit folgend hinterlassen sie ihren Namen, ihre E-Mail-Adresse und ihre Postleitzahl. Zudem wird die Beziehung zu der zu unterstützenden Person (z. B. Vater, Mutter, Tante) mit Angabe der entsprechenden Postleitzahl abgefragt. Gleichzeitig ist es aber auch möglich und wird von vielen Menschen genutzt, sich im Rahmen von AniTa zu engagieren, ohne eigenen Unterstützungsbedarf für Angehörige anzumelden.

Die Konzeptionierung und Entwicklung von AniTa erfolgte vor dem Hintergrund des internationalen Forschungsstandes, der im Folgenden kurz zusammengefasst wird.

---

## Forschungsstand

Entfernt lebende Angehörige als eigenständige (Ziel-)Gruppe sind, nachdem sie und ihre Bedürfnisse in den vergangenen Jahrzehnten hauptsächlich im angelsächsischen Raum untersucht und diskutiert worden sind, nun – wenn auch nach wie vor sehr verhalten – in der deutschen Wahrnehmung angekommen. So hat der vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) eingesetzte unabhängige Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in seinem ersten Bericht 2019 entfernt lebende erwachsene Kinder ausdrücklich als Unterstützung und Pflege leistende Angehörige gewürdigt und auf deren oft erhebliche Belastung verwiesen.<sup>2</sup> Gleichzeitig konstatieren die Beiratsmitglieder die bereits erwähnte „Forschungslücke“ (2019). Ein erster Überblick über die besondere Situation entfernt lebender Angehöriger zeigt Folgendes:

Wenn von „entfernt lebenden Angehörigen“ bzw. „distant caregivers“ die Rede ist, gilt es zunächst zu definieren, wer zu dieser Gruppe zählt. Entfernung kann entweder in einer Kilometerzahl (oder im Englischen: Meilenzahl) ausgedrückt werden oder in der benötigten Anreisezeit (vgl. beispielsweise Koerin und Harrigan, 2003; MetLife Mature Market Institute, 2004). Im Rahmen des Modellprojekts „AniTa“ sind wir der Definition von Bevan und Sparks (2011) gefolgt, nach der eine in Kilometern oder Stunden bemessene Entfernung nur bedingt auf die individuell empfundene Belastung verweist, die aus der zu überbrückenden Entfernung erwächst.

Ob eine Entfernung als groß oder zu groß empfunden wird, hängt u. a. eng damit zusammen, wie unterstützungs- oder gar pflegebedürftig die Älteren – die „care recipients“ oder auch „caretaker“ – sind. Dabei wird vorausgesetzt, dass die ältere Person – in der Regel Mutter oder Vater – kognitive und/oder körperliche Einschränkungen hat, die eine kontinuierliche Betreuung und Unterstützung zumindest wünschenswert machen. Baldassar et al. (2007) bringen das auf die Formel „people who are not able to live totally independently“. Aber auch zunehmende Einsamkeit kann ältere und alte Menschen belasten und eine engere Verbindung zu den erwachsenen Kindern wünschenswert machen. Es besteht die begründete Annahme, dass „... loneliness in older people is a risk factor for reduced activity levels, physical and mental health problems and mortality“ (Dahlberg und McKee, 2014).

Eindeutige Zahlen zur Prävalenz von Unterstützungsarrangements auf Distanz gibt es für Deutschland nicht. Der siebte Altenbericht (BMFSFJ, 2016) weist die Entfernung zum

---

2 Das ist insofern bemerkenswert, als das deutsche Wort „Pflege“ eine „Hands-on“-Pflege impliziert, die sich mit dem „Entfernt-Leben“ schwer vereinbaren lässt. Das englische Wort „care“, das auch Aspekte wie Betreuung, Fürsorge etc. umfasst, beschreibt die Sorge-Tätigkeit entfernt lebender Angehöriger umfassender und besser.

am nächsten wohnenden Kind in sogenannten Referenzregionen bei 42 % der älteren und alten Menschen mit bis zu zwei Stunden (nicht im gleichen Ort) aus, bei 9 % beträgt die Entfernung mehr als zwei Stunden, dieser Anteil steigt in strukturschwachen Gebieten auf über 17 %. Die US-amerikanische Studie MetLifeStudy ermittelte eine durchschnittliche Entfernung von 450 Meilen (MetLife Mature Market Institute, 2004), diese Zahl ist allerdings kaum auf deutsche Maßstäbe übertragbar. Eine im Rahmen des Projekts „AniTa“ durchgeführte Befragung entfernt lebender Angehöriger ergab eine durchschnittliche Fahrtzeit von ca. 3 1/2 Stunden (Mindermann et al., Bedarfe entfernt lebender Angehöriger, i. E.).

Entfernt lebende Angehörige gehören häufig zu einer überdurchschnittlich gebildeten und finanziell gut ausgestatteten Gruppe (vgl. u. a. Michelin und Mulder, 2007; MetLife Mature Market Institute, 2004). Frauen sind häufiger bereit als Männer, auch über große Distanzen hinweg Verantwortung zu übernehmen, sie unterstützen auch häufiger instrumentell, allerdings sind entfernt lebende Söhne häufiger in Unterstützungsleistungen eingebunden als Söhne, die vor Ort leben (Benefield und Beck, 2007; Cagle und Munn, 2012; vgl. auch Franke et al., 2019).

Um ihre Angehörigen emotional zu unterstützen, halten entfernt lebende erwachsene Kinder regelmäßigen Kontakt. Die bevorzugten Kommunikationskanäle sind Telefon, Briefe oder Karten, E-Mail oder Textnachrichten (Bevan und Sparks, 2011). Auch Videotelefonie wird zunehmend wichtiger (Franke et al., 2019). Es ist davon auszugehen, dass nachrückende Generationen alter Menschen noch weitaus häufiger als bisher zu internetbasierten Kommunikationsmitteln greifen werden, was mit einer anderen Informationsqualität einhergehen wird.

Fokussiert man auf zu leistende Tätigkeiten, erbringen entfernt lebende erwachsene Söhne und Töchter in der Regel zwangsläufig keine kontinuierliche Pflege bzw. Unterstützung. Pflege auf Distanz umfasst vor allem unterstützende Tätigkeiten sowie die emotionale Unterstützung der Angehörigen und das Knüpfen eines Versorgungsnetzwerks aus der Ferne („orchestrator in the background“) (Edwards, 2014). Dieses muss fortlaufend koordiniert und an sich wandelnde Bedarfe angepasst werden, oft ohne verlässliche Informationen über den Zustand des älteren Menschen zu haben. Entfernt lebende Angehörige berichten häufig über Schwierigkeiten, den Zeitpunkt für eine notwendige Intervention korrekt zu ermitteln, und sind auf Informationen aus zweiter Hand angewiesen (Baldassar et al. 2007).

Weitere Unterstützungsleistungen, die durch entfernt lebende erwachsene Kinder erbracht werden, sind auch allgemeine administrative Aufgaben wie Bankgeschäfte, Steuererklärungen oder Hilfe bei Behördengängen (Mindermann et al., i. E.; vgl. auch Bevan und Sparks, 2011). Bedeutsam im Hinblick auf Unterstützungsleistungen ist die

Informationsbeschaffung etwa bei der gesundheitlichen Versorgung (z. B. Gespräche mit Leistungserbringern oder Kostenträgern) (Edwards, 2014).

Bei der Ausgestaltung der Besuche vor Ort stehen Organisation und Aufrechterhaltung des Unterstützungsnetzwerks sowie das Einholen verlässlicher Informationen im Vordergrund. Wie die „AniTa“-Befragung zeigen konnte, werden die Besuche bei den Eltern häufig genutzt, um diese im Haushalt zu unterstützen bzw. allgemein instrumentelle Hilfe zu leisten. Emotionale Unterstützung und Beziehungspflege rücken aufgrund der begrenzten Zeit in den Hintergrund (Bevan und Sparks, 2011).

Mit den wiederkehrenden und häufiger werdenden Besuchen bei den Eltern geht eine Reihe von Konflikten sowohl mit der eigenen Kernfamilie als auch mit dem Arbeitsplatz einher. Die Besuche bei den älteren Menschen müssen immer wieder spontan, bedingt durch aktuelle Krisen, realisiert werden; Urlaubs- und Krankheitstage werden dafür genommen (Bevan und Sparks, 2011; Alzheimer's Association, 2013).

### **Bedarfe und Bedürfnisse entfernt lebender Angehöriger: Ergebnisse einer qualitativen Erhebung**

Als Ausgangspunkt der konkreten Ausgestaltung der Tauschbörse „AniTa“ wurden im Rahmen der Projektbearbeitung u. a. teilstandardisierte qualitative Interviews mit acht entfernt lebenden erwachsenen Töchtern und Söhnen zum Erleben der Ist-Situation (Qualität der Beziehung, Häufigkeit, Länge und Intensität der Kontakte sowie Ausgestaltung der Besuche) durchgeführt<sup>3</sup>. Darüber hinaus wurde erfragt, welchen Herausforderungen die Befragten im Kontext ihrer Unterstützungssituation begegnen, welche Emotionen diese prägen und welche Entlastungsmöglichkeiten bzw. Ressourcen sie sehen. Die Auswertung erfolgte im Sinne der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2014).

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen einen ersten Ausschnitt der Schwierigkeiten, mit denen entfernt lebende erwachsene Kinder umzugehen haben, wenn sie die unterschiedlichen Aspekte des „Entfernt-Lebens“ einerseits und des „Sorgens und Kümmerns“ andererseits in ihrem Leben vereinbaren wollen.

Für die Befragten wird die Notwendigkeit, aus der Ferne Unterstützung zu leisten, häufig – aber nicht immer – spätestens dann akut, wenn ein Elternteil stirbt und die oder der andere allein zurückbleibt.

„Also als dann mein Vater verstorben war, war dann aber meine Mutter allein im Wäldchen. War jetzt auch nicht wirklich so toll.“

---

3 Als weitere Informationsquellen dienten Fokusgruppen mit Expertinnen und Experten.

Die Beziehung zu den Eltern wird oft als nicht unbelastet beschrieben, auch die Beziehung zu etwaigen Geschwistern kann - neben der damit einhergehenden Entlastung - zu einer weiteren Quelle von Frustrationen und Missverständnissen werden, da es immer wieder zu Aushandlungsprozessen kommt, die sich im Einzelfall schwierig gestalten können. Auch wenn die Beziehung zu den eigenen Eltern nicht als eng wahrgenommen wird, so wird doch „trotzdem“ geholfen, aus einem wiederholt geäußerten Gefühl der Verpflichtung den Eltern gegenüber heraus. Der von einer Interviewpartnerin geäußerte Satz „Das tut man einfach“ fasst diese Haltung zusammen. Sie ist geprägt von streng normativen Vorgaben („Ältere Menschen werden besucht“) und wird begründet mit christlicher Nächstenliebe oder dem Wunsch, den eigenen Kindern ein gutes Vorbild zu sein. Grundsätzlich ist es „begründungs- und rechtfertigungsbedürftig“, wenn Unterstützung im Alter nicht gewährt wird, erwachsene Kinder müssen ihre Entscheidungen und ihr Handeln vor sich selber rechtfertigen. Auch wenn Letzteres schlussendlich nicht davon determiniert wird, so werden Entscheidungen die Unterstützung der Eltern betreffend in aller Regel nicht leichtfertig getroffen, sondern sorgfältig abgewogen (vgl. auch Hollstein, 2005, S. 193).

Im Einklang mit den oben skizzierten Forschungsergebnissen wird im Wesentlichen über das Telefon kommuniziert. Soziale Medien oder die Möglichkeit der Videotelefonie werden nicht oder nur sehr eingeschränkt genutzt, da die Älteren diese Techniken nicht mehr erlernen können oder wollen. Das Telefon ist aber nicht nur unerlässliches Kommunikationsmittel, sondern immer wieder auch eine Quelle der Frustration und Unsicherheit, beispielsweise wenn Stimme und Tonfall der Eltern nahelegen, dass etwas nicht in Ordnung sein könnte, oder auch wenn diese gar nicht erreicht werden.

Umso wichtiger sind die Besuche, deren Frequenz und Dauer stark von der Situation der Älteren abhängen. Die Entfernung spielt bei den im Rahmen von AniTa Befragten eine untergeordnete Rolle. Die je eigene Familien- und Lebenssituation muss sich im Zweifel häufig einer sich verschlechternden Gesundheit der Eltern unterordnen. Die Ausgestaltung der Besuche variiert je nach Unterstützungsbedarf, instrumentelle Hilfe wie Haus- und Gartenarbeit sowie organisatorische Tätigkeiten wie das Regeln von Finanz- und Bankangelegenheiten oder die Pflege des Unterstützungsnetzwerks stehen im Vordergrund. Dabei kann der Versuch, anstehende Aufgaben zu erledigen und gleichzeitig emotionale Unterstützung zu geben, zum Balanceakt geraten.

„... mit dem Gericht zu sprechen, mit dem Arzt zu sprechen, und mache dann eben intensiv zwei Sachen gleichzeitig. Also das zu regeln und gleichzeitig so viel wie möglich bei meiner Mutter zu sein.“

Die Unterstützung auf Distanz bringt - gerade wenn diese sehr zeitaufwendig ist - Belastungen für die Betroffenen mit sich, die in der Regel eher den Vor-Ort-Pflegenden

---

zugeschrieben werden. Es wird nicht nur von emotionaler, sondern auch von körperlicher Erschöpfung berichtet, auch das akute Gefühl der Überforderung ist bei einigen Befragten sehr groß. Die Distanz und - ganz banal - die Fahrtzeit werden als große Belastung wahrgenommen, je nachdem, wie oft diese Distanz überwunden werden muss.

„Also es waren dann jedes Wochenende so um die 700 Kilometer, die ich nur gefahren bin. Und so im Nachhinein weiß ich, das war eine heftige Belastung.“

Neben dem Bedauern, wertvolle Zeit zu versäumen, der Angst, in Krisensituationen nicht rechtzeitig vor Ort sein zu können, und einem häufigen schlechten Gewissen ist die vorherrschende Emotion die der Sorge. Letztere ist eng verknüpft mit fehlenden Informationen und dem damit einhergehenden „Kopfkino“. Mögliche Lösungsansätze haben entsprechend viel damit zu tun, Gefahren für die Älteren - und damit die eigene Sorge - zu minimieren („Wir haben gesagt, dass der Pflegedienst nachsehen kann, ob sie noch lebt“).

Externe Hilfen werden nicht zuletzt deshalb gerne in Anspruch genommen, weil man sie vergüten kann und die entfernt lebenden erwachsenen Kinder somit nicht in der Schuld anderer - außenstehender - Menschen stehen. Der Zusammenhalt einer gewachsenen Nachbarschaft wird geschätzt und die Hilfe durch Nachbarinnen und Nachbarn angenommen, sollte aber auf Ausnahme- und Notfälle beschränkt bleiben.

Eine Vernetzung im Sinne von „AniTa“ können die Befragten sich überwiegend gut vorstellen, insbesondere unter dem Aspekt der verbesserten Teilhabemöglichkeiten für ihre älteren Familienangehörigen. Dieser Befund passt sehr gut zu den Kommentaren, die häufig den „AniTa“-Anmeldeformularen beigefügt sind und in denen sehr oft auf die Einsamkeit der Älteren verwiesen wird. Auch die Vorstellung, eine feste Ansprechpartnerin bzw. einen festen Ansprechpartner zu haben, ist ein wichtiger und wiederkehrender Aspekt.

„Es wäre eine Erleichterung zu wissen, dass jemand ein fester Ansprechpartner ist, der dann auch tatsächlich die Zeit hat, die es dann auch im Spontanfall braucht.“

Einschränkend wird aber von einigen der Befragten vermutet, dass die eigenen Angehörigen einem solchen Tauscharrangement nur ungern zustimmen würden („Und ich kann mir aber nicht vorstellen, dass er es lange ertragen würde“).

## Rolle der Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung würdigt die Rolle, die Angehörige bei der Unterstützung der alten pflegebedürftigen Menschen spielen, mit einer Reihe von Unterstützungsangeboten für Pflegepersonen (für die Legaldefinition vgl. § 19 SGB XI). Diese orientieren sich an den Bedarfen vor Ort pflegender Angehöriger, welche durch ihre täglich geleistete Sorgearbeit oft sowohl körperlich als auch psychisch schwer belastet sind (vgl. beispielsweise Rothgang und Müller, 2018). Die eher im Hintergrund erbrachten Koordinations- und Unterstützungstätigkeiten entfernt lebender Angehöriger sind mit o. g. gesetzlicher Regelung nicht erfasst und finden somit keine Entsprechung im Leistungskatalog, es besteht auch kein Anspruch auf Leistungen für Pflegepersonen entsprechend §§ 44 ff. SGB XI. Bei vielen Leistungsansprüchen auch zur Entlastung der Angehörigen (vgl. §§ 36 ff. SGB XI) wird eine aktive Mitwirkung dieser erwartet, dies beginnt schon damit, dass beispielsweise in der Kurzzeitpflege die Wäscheversorgung von Angehörigen vor Ort übernommen werden muss. Um den spezifischen Beitrag und die Rolle entfernt lebender Angehöriger im Versorgungsgefüge zu fördern und die Betroffenen zu entlasten, ist es unseres Erachtens nach wünschenswert, wenn auch diese Gruppe von Angehörigen eine – wie auch immer geartete – Berücksichtigung findet.

Es wäre also zu prüfen, ob

- die vorhandenen Angebote zur Pflegeberatung bzw. Pflegekurse nach § 45 SGB XI um ein spezielles, vorzugsweise onlinegestütztes Beratungsangebot für Pflege auf Distanz, das den Bedarfen inhaltlich und organisatorisch entspricht, ergänzt werden können. Entfernt lebenden Angehörigen muss es möglich sein, sich über die spezifischen Unterstützungsangebote am Wohnort der Eltern angemessen zu informieren. Das föderale System in Deutschland erschwert darüber hinaus den Überblick, welche Hilfen – durch wen angeboten und auf Basis welcher Anspruchsgrundlagen – bestehen. Die definierende Tätigkeit entfernt lebender erwachsener Kinder – das Knüpfen, Anpassen und Aufrechterhalten eines Unterstützungsnetzwerks für die pflegebedürftigen Angehörigen – wird dadurch erschwert, manchmal unmöglich gemacht;
- insbesondere die Videotelefonie als eine Möglichkeit, das Gegenüber nicht nur zu hören, sondern auch zu sehen, als Aufgabe der Pflegekassen anzubieten sei. Bislang kann das für eingestufte Pflegebedürftige im Rahmen der Tätigkeit einer Betreuungskraft nach § 45a SGB XI als Leistung der Pflegeversicherung erbracht werden – vorstellbar wäre es darüber hinaus, eine solche Form der Kontaktaufnahme beispielsweise durch entsprechend geschulte Mitarbeitende im Rahmen von Hausbesuchen explizit zu unterstützen und zu begleiten“;

4 Die besondere Situation im Kontext der COVID-19-Pandemie zeigt nachdrücklich, welche Bedeutsamkeit dieser Form der Kommunikation für die Zielgruppe zukommt.

- entfernt lebende Angehörige darin unterstützt werden können, ihr überwiegend ungenutztes Betreuungspotenzial zu heben, wie es beispielsweise über eine Vernetzungsplattform wie „AniTa“ geschieht. Dafür müssen diese im Gegenzug bei der Sorge um die eigenen Eltern Entlastung erfahren. Ob sie diese Entlastung durch „AniTa“ erfahren oder ob etwa Nachbarschaftshilfen bzw. Betreuungsangebote in Anspruch genommen werden (müssen), wird individuell unterschiedlich sein, sollte aber für die Betroffenen in jedem Fall finanzierbar sein. Die Unterstützungsangebote im Alltag müssen entsprechend weit gefasst werden, sodass auch die niedrigschwellige Begleitung, das Mentoring in krisenhaften Situationen wie einer ungeplanten Krankenhauseinweisung und/oder die Teilhabeförderung mitgedacht werden können.

## **Ausblick**

Multilokale Mehrgenerationenfamilien werden in Zukunft eine immer bedeutendere Rolle in Deutschland spielen. Was das für das jeweilige Familiengefüge bedeutet, wurde zwar noch nicht hinreichend erforscht, es ist aber davon auszugehen, dass entfernt lebende erwachsene Töchter und Söhne in der überwiegenden Mehrheit bereit sind, Verantwortung zu übernehmen, wenn die eigenen Eltern hilfe- und pflegebedürftig werden. Insbesondere betrifft dies den Aufbau und die Koordination eines Unterstützungsnetzwerks, das umso mehr wächst, umso hilfebedürftiger Mutter oder Vater werden. Darüber hinaus unterstützen sie vor Ort, investieren viel Zeit und Geld in das Überwinden der Distanz und müssen die Anforderungen der eigenen Kernfamilie und der Herkunftsfamilie in einen - zumeist mühsam verhandelten - Einklang bringen. Die individuellen Belastungen sind oft hoch.

Wie alte Menschen in multilokalen Familien ihre Situation erleben, ist Gegenstand einer im Rahmen von „AniTa“ aktuell durchgeführten Befragung. Grundsätzlich muss die Position der potenziell pflegebedürftigen Älteren ein Kernpunkt in zukünftigen Überlegungen zur Unterstützung multilokaler Familien sein. Ob sie bereit sind, Hilfe anzunehmen, wie ihre Autonomie geschützt werden kann bzw. welche Form von Hilfe und Unterstützung ihnen akzeptabel erscheint, muss Ausgangspunkt möglicher weiterer Maßnahmen und Interventionen sein.

Das Modellprojekt „AniTa“ konnte darstellen, wie fragil die Unterstützungsarrangements entfernt lebender Angehöriger häufig sind und wie groß die - empfundenen und tatsächlichen - Versorgungslücken sind. Die Erfahrungen zeigen, wie bedeutsam es für alle Beteiligten sein kann, wenn ein Unterstützungsnetzwerk frühzeitig (vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit) geplant und aufgebaut werden kann. Multilokale Mehrgenerationenfamilien brauchen auch in den nächsten Jahren Aufmerksamkeit und tragfähige Konzepte, damit die betroffenen Familien die gebotene Unterstützung und Hilfe erhalten.

## Literatur

- Baldassar, L., Wilding, R., Baldock, C. (2007). Long-distance caregiving, transnational families and the provision of aged care. In I. Paoletti (Hrsg.), *Family Caregiving for Older Disabled* (Chapter 10). New York: Nova Science.
- Bevan, J., Sparks, L. (2011). Communication in the context of long-distance family caregiving: An integrated review and practical applications. *Patient education and counseling*, 85, 26-30.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2016). *Siebter Altenbericht*.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2019). *Erster Bericht des unabhängigen Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf*.
- Cagle, J., Munn, J. (2012). Long-Distance Caregiving: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Gerontological Social Work*, 55 (8), 682-707. DOI: 10.1080/01634372.2012.703763
- Dahlberg, L., McKee, K. (2014). Correlates of social and emotional loneliness in older people: evidence from an English community study. *Aging & Mental Health*, 18 (4), 504-514. doi:10.1080/13607863.2013.856863
- Edwards, M. (2014). Distance Caregivers of people with Alzheimer's disease and related dementia: A phenomenological study. *British Journal of Occupational Therapy*, 7.
- Franke, A., Kramer, B., Jann, P., van Holten, K., Zentgraf, A., Otto, U., Bischofberger, I. (2019). Aktuelle Befunde zu „distance caregiving“. Was wissen wir und was (noch) nicht? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 52, 521-528.
- Hollstein, B. (2005). Reziprozität in familialen Generationenbeziehungen. In F. Adloff, S. Mau (Hrsg.), *Vom Geben und Nehmen. Zur Soziologie der Reziprozität* (S. 187-209). Frankfurt/Main: Campus Verlag.
- Koerin, B. B., Harrigan, M. P. (2003). PS I love you. Long-distance caregiving. *Journal of Gerontological Social Work*, 40 (1-2), 63-81.
- Kuckartz, U. (2014). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim: Juventa Verlag.
- Michielin, F., Mulder, C. (2007). Geographical distances between adult children and their parents in the Netherlands. *Demographic Research*, 17 (22), 655-678. Verfügbar unter [https://www.researchgate.net/publication/23525210\\_Geographic\\_distance\\_between\\_adult\\_children\\_and\\_their\\_parents\\_in\\_the\\_Netherlands](https://www.researchgate.net/publication/23525210_Geographic_distance_between_adult_children_and_their_parents_in_the_Netherlands) (Abruf am 03.08.2017).
- National Alliance for Caregiving (2004). *Miles away: The Metlifestudy of long-distance caregiving*. Verfügbar unter <http://www.caregiving.org/data/milesaway.pdf> (Zugriff am 25.09.2017).
- Rothgang, H., Müller, R. (2018). *BARMER-Pflegerport 2018*. In BARMER (Hrsg.), *Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse*, Bd. 12. Berlin.

## Nichtmedikamentöse Interventionen bei Menschen mit Demenz

Demenz

Christiane Eifert

Wir leben heute in einer Gesellschaft des langen Lebens, die Zahl der über 65-Jährigen hat sich in Deutschland in den letzten 100 Jahren vervielfacht und sie wird weiter zunehmen. Mit der gestiegenen und perspektivisch weiter anwachsenden Lebenserwartung wird es auch mehr an Demenz erkrankte Menschen geben, da die Prävalenzrate der Demenz in Abhängigkeit vom Alter zunimmt, wie die nachstehende Abbildung veranschaulicht.

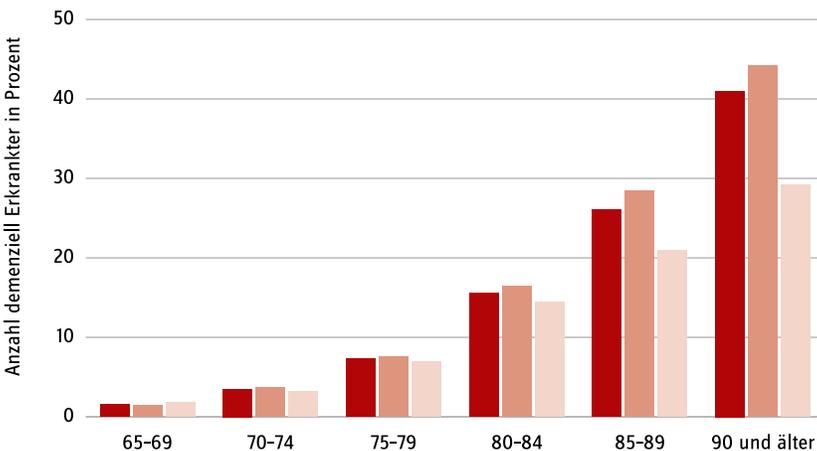


Abb. 1: Prävalenzrate der Demenz in Abhängigkeit vom Alter  
Quelle: MDS (2019). Grundsatzstellungnahme. Menschen mit Demenz - Begleitung, Pflege und Therapie, S. 15.

Mit Demenz werden im Folgenden die verschiedenen Formen kognitiver Einschränkungen bezeichnet, die allgemein als Alzheimerkrankheit oder Demenz firmieren (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2019).

Menschen mit kognitiven Einschränkungen leiden darunter, ihre Alltagstätigkeiten immer weniger selbstständig ausüben zu können. Sie haben zunehmende Schwierigkeiten, sich neue Informationen einzuprägen, die Konzentration auf einen Gedanken oder Gegenstand zu richten, sich sprachlich (in Wort und Schrift) auszudrücken, die Mitteilungen anderer zu verstehen, Situationen zu überblicken,

---

## Demenz

Zusammenhänge zu erkennen, zu planen und zu organisieren, sich örtlich oder zeitlich zurechtzufinden und mit Gegenständen umzugehen. Meist kommen zu den kognitiven Einschränkungen Veränderungen der sozialen Verhaltensweisen, der Impulskontrolle, des Antriebs, der Stimmung oder des Wirklichkeitsbezugs hinzu. Manchmal stehen diese sogar ganz im Vordergrund. Gefühlszustände wie Depression, Angst oder Unruhe können die kognitiven Fähigkeiten zusätzlich herabsetzen. Angesichts dieser Dimensionen stellt die Erhaltung der Lebensqualität und so weit als möglich der Selbstständigkeit von Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen eine zentrale Herausforderung dar.

Da ein hoher Anteil von Pflegebedürftigen demenzielle Erkrankungen aufweist, wird Demenz in nahezu allen Modellvorhaben, die im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gefördert wurden, berücksichtigt. Demenz kann daher als ein Querschnittsthema bezeichnet werden. Als beispielsweise für die Zielgruppe von Schlaganfallpatientinnen und Schlaganfallpatienten eine indikationsspezifische, regional koordinierte nachstationäre Langzeitversorgung (INDIKA) erprobt und evaluiert wurde, war Demenz als eine Folge von Schlaganfällen einbezogen. Die poststationären Versorgungsabläufe waren so strukturiert, dass die Angebote für Schlaganfallpatientinnen und Schlaganfallpatienten mit Demenz nutzbar und zielführend waren.

Während sich eine medikamentöse Therapie der Demenzen bislang nicht abzeichnet, gewinnen nichtmedikamentöse Interventionen in der stationären und teilstationären Versorgung zunehmend an Bedeutung. Sie tragen nach vorliegenden Studien dazu bei, den Status der Erkrankten über einen längeren Zeitraum zu stabilisieren und den Rückgang besonders gefährdeter Funktionen zu verzögern (Luttenberger et al., 2012; Behrndt et al., 2017; Straubmeier et al., 2017). Nichtmedikamentöse Therapien können nach ihrer jeweiligen Zielsetzung unterschieden werden; einige sollen vorrangig die kognitiven Fähigkeiten von Demenzkranken fördern, andere sind auf das Training von körperlichen Funktionen ausgerichtet. Faktisch jedoch kommen Interventionen, die der körperlichen Aktivierung dienen, immer auch den kognitiven Fähigkeiten zugute. Zudem geht jede nichtmedikamentöse Therapie Demenzkranker mit einer sozialen Zuwendung einher und ist daher Beziehungsgestaltung. Eine neue systematische Literaturübersicht über multimodale nichtmedikamentöse Interventionen bei alten Menschen mit Demenz, die in Pflegeheimen versorgt werden, kommt zu dem Ergebnis, dass die Kombination von körperlicher Bewegung, kognitivem Training und Aktivitäten des täglichen Lebens sowohl allgemeine wie auch spezifische kognitive Funktionen bei der Zielgruppe verbessern kann, sofern sie mindestens dreimal wöchentlich und über einen Zeitraum von mindestens acht Wochen hinweg praktiziert wird (Yorozuya et al., 2019). Allerdings wird hier nicht nach dem Schweregrad der vorhandenen Demenz differenziert.

---

Inwiefern multimodale nichtmedikamentöse Interventionen auch bei schwer demenzkranken Pflegebedürftigen Wirksamkeit entfalten, ist offen. Selbst wenn keine Verbesserung der Fähigkeiten erzielt werden kann, so lässt sich möglicherweise deren Lebensqualität durch ein Angebot kreativer Ausdrucksformen steigern (Weidekamp-Maicher, 2013). Ein nonverbales Mittel in der Kommunikation und Beziehungsgestaltung neben der bildenden Kunst und dem Theater stellt Musik dar, sie kann kognitiv eingeschränkten Menschen helfen, Emotionen auszudrücken, Stress abzubauen und Wohlbefinden zu gewinnen (Zhang et al. 2017). Mit gemindertem Problemverhalten wäre ihre Lebensqualität gesteigert und es wäre ihnen soziale Partizipation ermöglicht.

Nicht zuletzt mit Blick auf die Belastung des Pflegepersonals in der stationären Versorgung versprechen nichtmedikamentöse Interventionen für Demenzkranke, die deren noch vorhandene Fähigkeiten erhalten und ihr Problemverhalten mindern, eine Erleichterung. Aufgrund der von den Pflegestärkungsgesetzen ausgelösten Veränderungen liegen keine aktuellen Daten zum Anteil demenzkranker Pflegebedürftiger in der vollstationären Versorgung vor. Daher kann nur auf den Anteil der Pflegebedürftigen mit hohen Pflegestufen bzw. Pflegegraden unter den vollstationär Versorgten abgehoben werden. 2016, vor der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments, betrug der Anteil der Schwer- und Schwerstpflegebedürftigen (Pflegestufe 3) in der vollstationären Versorgung 18,9 %. Im ersten Halbjahr 2017, nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments, betrug der Anteil der Schwer- und Schwerstpflegebedürftigen (Pflegegrad 4 und 5) in der vollstationären Versorgung insgesamt 45,1 % (Jacobs et al. 2018, 180). „Erweist sich diese nach Pflegegraden differenzierte Inanspruchnahme im Zeitverlauf als stabil“, resümiert Rothgang die aufgeführten Zahlen, „wird sich der Charakter der Pflegeheime verändern, weil dort in noch höherem Maße Schwerstpflegebedürftige versorgt werden.“ (Rothgang et al. 2018, 39)

Angesichts dieser prognostizierten Zunahme von Demenzkranken mit hohem Pflegegrad in den Pflegeheimen versprechen nichtmedikamentöse Interventionen, einerseits die Lebensqualität und Fähigkeiten von demenzkranken Pflegebedürftigen in der stationären Versorgung zu erhalten und damit andererseits die Belastung des dort tätigen Pflegepersonals zu reduzieren. Der Einsatz nichtmedikamentöser Therapien durch entsprechend geschultes Pflegefachpersonal könnte deren Fachlichkeit stärken und er wäre wirtschaftlich. Völlig offen ist, unter welchen Bedingungen nichtmedikamentöse Therapien in die häusliche Versorgung von Demenzkranken integriert werden und somit auch zur Entlastung pflegender Angehöriger beitragen könnten. Es ist daher Zeit, die Wirksamkeit von nichtmedikamentösen Interventionen für unterschiedliche Schweregrade von Demenz und verschiedene Versorgungssettings wissenschaftlich zu überprüfen.

Erste Schritte auf diesem Weg gehen Jakob, Weise und Wilz in ihrem Beitrag zum Potenzial, das individualisierte Musik für die Aktivierung von Menschen mit Demenz beinhaltet. Sie berichten aus ihrer laufenden Studie „Individualisierte Musik für Menschen mit Demenz“ (2018 bis 2021), in der sie untersuchten, ob das regelmäßige Hören persönlich präferierter, mit positiven Erfahrungen und Emotionen verbundener Musik das Wohlbefinden, die Lebensqualität und die soziale Partizipation von Menschen mit Demenz verbessert und ihr Problemverhalten verringert. Sie setzten hierzu neben Demenzdiagnostik zu vier Messzeitpunkten eine strukturierte Fremdbeobachtung sowie eine Speichelanalyse (Alpha-Amylase-Analyse) der Probandinnen und Probanden ein.

Eine bereits für verschiedene Schweregrade von Demenz und Versorgungssettings entwickelte und als wirksam evaluierte nichtmedikamentöse Intervention für Demenzkranke stellen Gräbel und Luttenberger in ihrem Beitrag vor. Hierbei handelt es sich um die multimodale, psychosoziale Intervention MAKS. In ihrem Modellprojekt „Menschen mit schwerer Demenz in der stationären Pflege: randomisiert-kontrollierte Studie zum Nachweis der Wirksamkeit der multimodalen, psychosozialen Intervention MAKS-s“ (2019 bis 2021) prüften Gräbel und Luttenberger zum einen, ob die psychischen und die Verhaltenssymptome bei schwer Demenzkranken durch die Intervention signifikant reduziert werden und somit die Lebensqualität in der Zielgruppe erhöht werden kann. Zum anderen wurde untersucht, ob sich die alltagspraktischen Fähigkeiten der Teilnehmenden in der Interventionsgruppe signifikant verbessern und ob hierdurch das Belastungserleben von Pflege- und Betreuungskräften signifikant vermindert werden kann, was sich in einer relevanten Reduzierung von deren Krankheitstagen niederschlagen sollte.

Beide Ansätze, die individualisierte Musik wie die multimodale psychosoziale Intervention, beschreiten und weisen neue Wege in der Versorgung Demenzkranker. Beide nehmen den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und die Zielsetzung der Pflegeversicherung ernst, die Hilfen seien darauf auszurichten, „die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen, auch in Form der aktivierenden Pflege, wiederzugewinnen oder zu erhalten“ (§ 2 Abs. 1 SGB XI).

### **Literatur**

Behrndt, E.-M., Straubmeier, M., Seidl, H., Book, S., Graessel, E. et al. (2017). The German day-care study: multicomponent non-drug therapy for people with cognitive impairment in day-care centres supplemented with caregiver counselling (DeTaMAKS) - study protocol of a cluster-randomised controlled trial. *BMC Health Services Research* 17, 492. Verfügbar unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte\\_](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_)

- 
- unterseiten/detamaks/DeTaMAKS\_Behrndt\_Straubmeier\_etal\_2017.pdf. (Abruf am 19.11.2020).
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft - Selbsthilfe Demenz (2019). Demenz. Das Wichtigste. Ein kompakter Ratgeber. Verfügbar unter [https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/broschueren/das\\_wichtigste\\_ueber\\_alzheimer\\_und\\_demenzen.pdf](https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/broschueren/das_wichtigste_ueber_alzheimer_und_demenzen.pdf). (Abruf am 11.11.2020).
- Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J., Schwinger, A. (Hrsg.) (2018). Pflege-Report 2018. Qualität in der Pflege. Verfügbar unter <https://www.springer.com/de/book/9783662568217> (Abruf am 19.11.2020).
- Luttenberger, K., Donath, C., Uter, W., Graessel, E. (2012). Effects of multimodal nondrug therapy on dementia symptoms and need for care in nursing home residents with degenerative dementia: a randomized-controlled study with 6-month follow-up. *Journal of the American Geriatric Society*, 60 (5), 830-840.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) (2019). Grundsatzstellungnahme. Menschen mit Demenz - Begleitung, Pflege und Therapie. Verfügbar unter [https://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/\\_19-12-04\\_MDS\\_GS\\_Menschen\\_mit\\_Demenz\\_12-2019\\_BF.pdf](https://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/_19-12-04_MDS_GS_Menschen_mit_Demenz_12-2019_BF.pdf) (Abruf am 11.11.2020).
- Rothgang, H., Müller, R. (2018). Pflegereport 2018. Barmer (Hrsg.), Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Bd. 12. Verfügbar unter <https://www.barmer.de/blob/170372/9186b971babc3f80267fc329d65f8e5e/data/dl-pflegereport-komplett.pdf> (Abruf am 16.11.2020).
- Straubmeier, M., Behrndt, E.-M., Seidl, H., Özbe, D., Luttenberger, K., Gräbel, E. (2017). Nichtpharmakologische Therapie bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen. Ergebnisse der randomisierten kontrollierten German Day Care Studie. *Deutsches Ärzteblatt*, 114, (48). Verfügbar unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte\\_unterseiten/detamaks/DeTaMAKS\\_Straubmeier\\_etal\\_2017.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/detamaks/DeTaMAKS_Straubmeier_etal_2017.pdf) (Abruf am 16.11.2020).
- Weidekamp-Maicher, M. (2013). Nichtpharmakologische Therapieansätze: Ihr Einfluss auf die Lebensqualität Demenzkranker und die Rolle der Messinstrumente. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46, 134-143.
- Yorozuya, K., Kubo, Y., Tomiyama, N., Yamane, S., Hanaoka, H. (2019). A Systematic Review of Multimodal Non-Pharmacological Interventions for Cognitive Function in Older People with Dementia in Nursing Homes. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 48 (1-2), 1-16. Verfügbar unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte\\_unterseiten/MAKS-s\\_Yorozuya\\_Kubo\\_etal\\_2019.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/MAKS-s_Yorozuya_Kubo_etal_2019.pdf) (Abruf am 19.11.2020).
- Zhang, Y., Cai, J., An, L., Hui, F., Ren, T., Ma, H. et al. (2017). Does music therapy enhance behavioral and cognitive function in elderly dementia patients? A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 35, 1-11.

## Aktivierung von Menschen mit Demenz – das Potenzial von individualisierter Musik

Elisabeth Jakob, Lisette Weise, Gabriele Wilz

### **Einleitung**

Gegenwärtig leben in Deutschland rund 1,7 Mio. Menschen mit Demenz (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2018). Da mit einem weiteren Anstieg der Lebenserwartung zu rechnen ist und geburtenstarke Jahrgänge das höhere Lebensalter erreichen werden, wird sich die Anzahl der Demenzerkrankungen bis zum Jahr 2050 voraussichtlich auf rund 3 Mio. erhöhen (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2018), wodurch die Relevanz dieses Themas für Gesellschaft und Gesundheitssystem deutlich wird.

### **Belastungen von Menschen mit Demenz und ihren Pflegenden**

Im Verlauf einer Demenzerkrankung erleben die Betroffenen eine Vielzahl psychischer und Verhaltenssymptome (z. B. depressive Symptome oder Unruhe), die ihre Lebensqualität erheblich beeinträchtigen (Mortby et al., 2012).

Die Demenzerkrankung hat jedoch nicht nur unmittelbare Folgen für die Erkrankten selbst, sondern ist auch für die Pflegepersonen mit erheblichen Belastungen verbunden (Wilz und Pfeiffer, 2019). Besonders herausfordernde Aufgaben in Betreuung und Versorgung, wie etwa der Umgang mit unruhigem Verhalten, gehören zum Alltag der Pflegenden. Auch professionelle Pflegekräfte erleben bei ihrer Arbeit oftmals eine erhebliche Belastung. Insbesondere die psychischen und Verhaltenssymptome der Menschen mit Demenz werden auch in diesem Kontext als entscheidender Faktor zur Entstehung von Stress bei Pflegekräften angesehen (Gerdner und Schoenfelder, 2010).

Vor diesem Hintergrund stellt sich die dringliche Frage, wie die Lebens- und Pflegequalität von Menschen mit Demenz sichergestellt, verbessert und damit auch eine Entlastung für die Pflegepersonen erreicht werden kann.

### **Bedeutung nicht pharmakologischer Interventionen für Menschen mit Demenz**

Die aktuelle Forschung arbeitet an vielversprechenden Erkenntnissen zur Beschreibung der Ursachen sowie zur Behandlung dieser neurodegenerativen, also das Nervengewebe im Gehirn angreifenden Erkrankung (Patterson, 2018). Es gibt verschiedene pharmakologische Interventionen, die jedoch in ihrer Wirksamkeit begrenzt sind (Deardorff et al., 2015). Neben dem Versuch, den kognitiven Abbau zu verlangsamen, sollten Unterstützungsangebote besonders darauf abzielen, eine Aktivierung von Betroffenen zu erreichen, ihre Lebensqualität zu verbessern und problematische

---

Verhaltensweisen im Zusammenhang mit der Erkrankung zu reduzieren (van der Steen et al., 2017). Nicht pharmakologische Interventionen sind in dieser Hinsicht besonders wünschenswert, da sie unerwünschte medikamentöse Nebenwirkungen vermeiden (Mittal et al., 2011) und ein breiteres Spektrum von Ansätzen und Zielen abdecken (beispielsweise die Verbesserung von Lebensqualität und Wohlbefinden) als pharmakologische Therapien (DGPPN und DGN, 2016).

In der medizinischen Leitlinie zur Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz (S3-Leitlinie „Demenzen“) werden folgende psychosoziale Interventionen aufgeführt: kognitive Verfahren (z. B. kognitives Training), Ergotherapie, körperliche Aktivität, künstlerische Therapien (wie Musik-, Kunst- und Tanztherapie), sensorische Verfahren (z. B. Snoezelen/multisensorische Verfahren) und angehörigenbasierte Verfahren mit dem Ziel der Verbesserung der Situation der Erkrankten (DGPPN und DGN, 2016).

Übersichtsarbeiten legen Effekte nicht pharmakologischer Interventionen auf verschiedene durch die Nervenerkrankung ausgelöste psychische Symptome der Demenz nahe. So zeigten sich beispielsweise Effekte auf herausforderndes Verhalten (Abraham et al., 2017), allerdings muss die oft eingeschränkte methodische Qualität bisheriger Studien kritisch berücksichtigt werden (DGPPN und DGN, 2016).

Überblicksarbeiten zum Vergleich der Wirksamkeit verschiedener nicht pharmakologischer Interventionen legen nahe, dass Menschen mit Demenz insbesondere von Musikinterventionen profitieren (Legere et al., 2018). Darüber hinaus wird davon ausgegangen, dass vor allem individualisierte Musik, die auf den eigenen Präferenzen basiert und somit einen vertrauten Reiz darstellt, in diesem Kontext hilfreich zu sein scheint. Für den Einsatz individualisierter Musik sprechen besonders auch neurowissenschaftliche Erkenntnisse, die zeigen, dass bei einer Demenzerkrankung die spezifischen Hirnareale, die mit den Funktionen des Langzeitmusikgedächtnisses assoziiert sind, in geringerem Maße betroffen sind und die persönlich bedeutsame Musik daher besser erinnert werden kann (Jacobsen et al., 2015). In den letzten zwei Jahrzehnten ist das Interesse an individualisierten Musikinterventionen für Menschen mit Demenz gewachsen - gestützt durch die bisherige Forschung, die auf eine Verbesserung der psychischen und Verhaltenssymptome durch die Interventionen hinweist (z. B. Särkämö et al., 2012). Allerdings sind die Ergebnisse durch methodische Limitationen (z. B. geringe Stichprobengrößen, fehlende detaillierte Dokumentation der durchgeführten Intervention) gekennzeichnet und dadurch nur eingeschränkt interpretierbar (van der Steen et al., 2017). Darüber hinaus wurde die Implementierung in deutschen Pflegeheimen bislang nicht systematisch untersucht.

Um diese Forschungslücke zu schließen, führt die Abteilung Klinisch-psychologische Intervention der Universität Jena seit 2016 randomisiert-kontrollierte Studien zur Untersuchung der Wirksamkeit, Anwendbarkeit und Akzeptanz von individualisierter Musik bei Menschen mit Demenz im institutionellen Pflegesetting durch.

### **Das Forschungsprojekt „Individualisierte Musik für Menschen mit Demenz“**

#### **Ablauf des Projekts**

Auf Basis einer erfolgreich durchgeführten Pilotstudie mit 20 teilnehmenden Menschen mit Demenz (Weise et al., 2019) startete 2018 die groß angelegte 3-jährige randomisiert-kontrollierte Studie „Individualisierte Musik für Menschen mit Demenz - Verbesserung von Lebensqualität und sozialer Partizipation für Menschen mit Demenz in der institutionellen Pflege“, gefördert vom GKV-Spitzenverband der Pflege- und Krankenkassen (Weise et al., 2018). Als Kooperationspartner konnten 5 Pflegeheime in Thüringen gewonnen werden (Sophienhaus, Weimar; Friedrich-Zimmer-Haus, Weimar; Martin-Luther-Haus, Erfurt; Andreashof, Erfurt; Luisenhaus, Jena), in denen die Projektphasen sukzessive durchgeführt wurden.

Alle Teilnehmenden innerhalb eines Pflegeheims wurden nach dem Zufallsprinzip einer Interventions- und einer Kontrollgruppe zugeteilt. Wie in Abb. 1 ersichtlich, wurden für die Interventionsgruppe nach der Erstbefragung individualisierte Playlisten erstellt, die diese über den Interventionszeitraum von 6 Wochen jeden zweiten Tag für 20 Minuten über MP3-Player und Kopfhörer hörte. Begleitet wurden die Musikinterventionen von Projektmitarbeitenden, Mitarbeitenden der jeweiligen Pflegeheime, Ehrenamtlichen oder Angehörigen. Unter individualisierter Musik werden Musikstücke verstanden, die persönliche Präferenzen darstellen, fester Bestandteil der Biografie der jeweiligen Person waren und mit positiven Erfahrungen und Emotionen verbunden sind. Bei der Erhebung der Musikpräferenz der Teilnehmenden und der Erstellung individueller Playlisten begegneten uns häufig regionale Lieder (z. B. das Thüringer Rennsteiglied) oder beliebte Interpreten im Bereich Schlager- und Volksmusik (z. B. Udo Jürgens, Vicky Leandros). Darüber hinaus sind jedoch auch viele andere musikalische Genres (Klassik, Rock/Pop, Jazz) in den individuellen Playlisten vertreten.

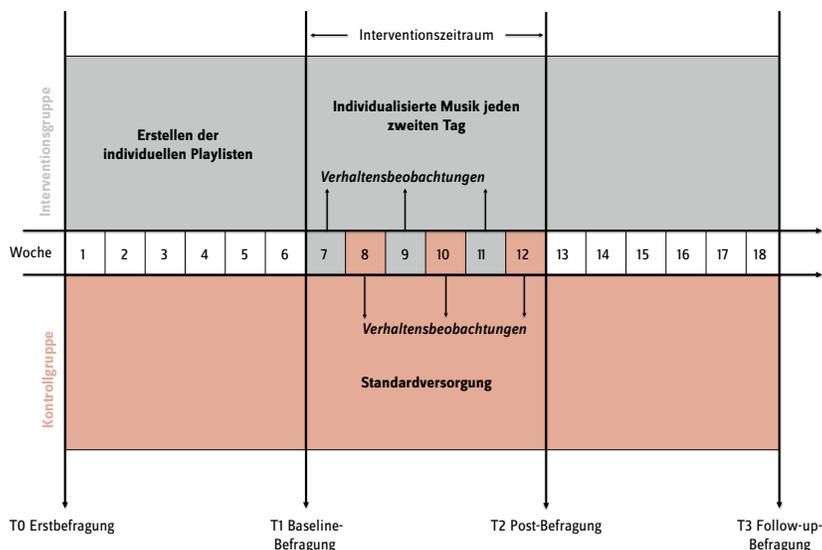


Abb. 1: Ablaufschema des Projekts innerhalb eines Pflegeheims

### Methoden zur Untersuchung der Wirksamkeit

Zur Untersuchung der Wirksamkeit wurden kurzfristige Effekte der Musikinterventionen mithilfe von drei 60-minütigen Verhaltensbeobachtungen erfasst (jeweils 20 Minuten vor, während und nach der Musikintervention). Zielgrößen dieser Beobachtungen sind u. a. verbale und nonverbale Reaktionen (Gestik, Mimik) auf die Musik. Auch bei den Teilnehmenden der Kontrollgruppe wurden drei Verhaltensbeobachtungen vom Projektteam durchgeführt.

Langfristige Auswirkungen wurden durch Pflegekräfte beurteilt, die mithilfe von Fragebögen zu vier Messzeiten u. a. das Wohlbefinden oder herausforderndes Verhalten der Teilnehmenden einschätzten.

Unseren Ansatz zur Untersuchung der Wirksamkeit komplettiert die Erhebung von Speichelproben zur Analyse der biologischen Stressmarker Cortisol und Alpha-Amylase bei einer Teilstichprobe von Teilnehmenden aus der Interventions- und der Kontrollgruppe. Zu zwei der drei Verhaltensbeobachtungen wurde jeweils dreimal (für die Interventionsgruppe vor bzw. nach der Musikintervention und am Ende der Verhaltensbeobachtung) noninvasiv Speichel mithilfe eines länglichen Wattestabs, des SalivaBio Children's Swab (SCS, Salimetrics), entnommen.

Eine mögliche Stressreduktion könnte sich in geringeren Konzentrationen von Cortisol und Alpha-Amylase im Speichel zeigen.

### **Stichprobe und Durchführbarkeit der individualisierten Musikinterventionen**

Insgesamt konnten 118 Menschen mit Demenz randomisiert zur Interventions- und Kontrollgruppe zugeteilt werden. Die Teilnehmenden waren durchschnittlich 84,05 Jahre (SD=7,00), zu 76 % weiblich und entsprechend den Ergebnissen des Mini-Mental-Status-Tests zu knapp 60 % schwer betroffen.

Innerhalb des Interventionszeitraums von 6 Wochen konnten maximal 21 Musikeinheiten durchgeführt werden. Bei 32,7 % der Teilnehmenden in der Interventionsgruppe konnten alle Musikeinheiten durchgeführt werden, durchschnittlich fanden M=18,56 (SD=3,53) Musikinterventionen statt. Die Zahlen zeigen die sehr erfolgreiche Umsetzung und Durchführbarkeit der individualisierten Musikintervention im Pflegeheim.

Bei der Begleitung der individualisierten Musikeinheiten erlebten wir vielfältige und zumeist sehr positive Reaktionen auf die Musik: von Aktivierung in Form von Bewegung zur Musik, Mitsingen, Mitkatschen, der Förderung von Erinnerung an biografische Ereignisse bis hin zu Beruhigung und Entspannung durch die Musik. Ebenfalls konnten wir beobachten, dass die Teilnehmenden angeregt wurden, verstärkt mit uns, aber auch mit anderen Bewohnerinnen und Bewohnern des Pflegeheims in Kontakt zu treten.

### **Erste Ergebnisse aus den Fallkonferenzen**

Auf jede Interventionsphase in den Pflegeheimen folgte ein Auswertungstreffen mit all denjenigen, welche die Teilnehmenden beim Musikhören begleiteten. Ziel war es, die Erfahrungen aus den unterschiedlichen Perspektiven sowohl qualitativ als auch quantitativ zu erfassen. Als quantitatives Maß wurde ein kurzer Fragebogen zur Bewertung der Musikintervention ausgefüllt. Die erlebte Unterstützung durch die Musikeinheiten auf einer Skala von 0 = überhaupt nicht hilfreich bis 100 = sehr hilfreich wurde über alle Teilnehmenden hinweg mit einem Mittelwert von 84,46 (SD=18,20) bewertet. Für jeweils knapp 75 % der Teilnehmenden waren alle Unterstützenden der Interventionen mit der generellen Idee des individualisierten Musikhörens sowie der Musikauswahl sehr zufrieden (Skala von 0 = sehr unzufrieden bis 3 = sehr zufrieden). Ebenso positiv fielen die Einschätzungen zur Frequenz (jeden zweiten Tag) und Dauer (20 min) der Musikinterventionen aus. Für den Großteil der Teilnehmenden wurde die Fortsetzung der Musikintervention eindeutig befürwortet. Zwei Zitate von Mitarbeitenden des Pflegeheims im Rahmen der Fallkonferenz zeigen beispielhaft positive und langfristige Auswirkungen der Musikinterventionen:

„(...) er war ausgeglichener, er war nicht so verbal ungehalten wie oft sonst, er konnte im Wohnbereich bleiben.“ (zu ID 55)

---

„Ja, im Wohnbereich 3 sind zwischen den beiden die sozialen Kontakte wesentlich enger und verwurzelter geworden.“ (zu ID 51 und ID 74)

Demenz

Die Daten aus den Fallkonferenzen geben erste vielversprechende Hinweise auf die positive Wirkung der Musikintervention. Die weiteren Ergebnisse der Studie, beispielsweise die Auswertung der Einschätzungen des Pflegepersonals, der Speichelanalyse sowie der quantitativen und qualitativen Daten der Verhaltensbeobachtungen, werden zeitnah vorliegen.

## **Perspektiven**

### **Schulungskonzept für die Implementierung individualisierter Musik im Pflegeheim**

Über die Durchführung der Musikintervention im Rahmen der Projektphasen hinaus wurde ein Schulungskonzept für Pflegeheime erarbeitet, um die Idee des individualisierten Musikhörens in den Pflegealltag zu integrieren.

Es beinhaltet u. a. die Anleitung zur Musikpräferenzfassung bei Menschen mit Demenz sowie die konkrete Umsetzung der Musikeinheiten. Mithilfe von Videobeispielen aus dem Forschungsprojekt können den Schulungsteilnehmenden typische Reaktionen auf die Musik und schwierige Situationen praxisnah aufgezeigt werden.

Eine erste Erprobung des Schulungskonzepts fand im kooperierenden Pflegeheim „Friedrich-Zimmer-Haus“ in Weimar Anfang März 2020 statt. Es nahmen Mitarbeitende des Pflegeheims sowie Angehörige, Ehrenamtliche und eine gesetzliche Betreuerin teil. Die Rückmeldungen ergaben ein durchweg positives Bild und wir erhielten zusätzlich hilfreiche Anregungen zur Verbesserung der Schulung. Zusätzlich wurde das weitere praktische Vorgehen des regelmäßigen Musikhörens im Pflegeheim besprochen. Die Durchführung der individualisierten Musikinterventionen im Alltag des Friedrich-Zimmer-Hauses wird durch unser Projektteam weiter begleitet. Die durchgeführten Musikinterventionen werden in der Pilotphase der praktischen Umsetzung dokumentiert und durch unser Projektteam ausgewertet.

Auf Basis der Schulungsevaluation und der weiteren Begleitung der Implementierung im Friedrich-Zimmer-Haus wurde das bestehende Konzept überarbeitet, um es perspektivisch bundesweit für interessierte Pflegeheime anbieten zu können und so eine Verstärkung der individualisierten Musikinterventionen in der institutionellen Pflege zu erreichen.

### **Individualisierte Musik für Menschen mit Demenz in der häuslichen Pflege**

Neben dem Bedarf an gut implementierbaren Interventionen für Menschen mit Demenz in Pflegeheimen besteht auch für Betroffene und deren Angehörige in der häuslichen Pflege ein dringender Bedarf an leicht umsetzbaren nicht pharmakologischen

Interventionen, vor allem, weil zwei Drittel der rund 1,7 Mio. Menschen mit Demenz zu Hause von Angehörigen gepflegt werden (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2018).

Da zudem die pflegenden Angehörigen für die Verbesserung der Lebensqualität der Menschen mit Demenz eine entscheidende Rolle spielen, ist eine Unterstützung für sie von großer Bedeutung. Bereits von unserer Arbeitsgruppe erfolgreich evaluierte Konzepte zur Unterstützung pflegender Angehöriger (Tele.TAnDem-Projekte - Telefonische und Online-Therapie für Angehörige von Menschen mit Demenz) zeigten u. a. Verbesserungen des psychischen Wohlbefindens, der Lebensqualität und der Bewältigung der Pflegebelastung (Wilz et al., 2018).

Neben der gezielten psychotherapeutischen Unterstützung der pflegenden Angehörigen ist es unser Anliegen, zusätzlich Interventionen zu evaluieren, die die Lebensqualität der Menschen mit Demenz verbessern und somit auch zu einer Entlastung der pflegenden Angehörigen beitragen können.

Nur wenige Studien untersuchten bisher den Einfluss individualisierter Musikinterventionen auf Menschen mit Demenz in der häuslichen Pflege. Bisher zeigen Forschungsergebnisse Hinweise auf eine Reduzierung der Depressionswerte und Verbesserung der Schlafqualität (Lai und Lai, 2017) oder eine verbesserte Beziehungsgestaltung und Stressreduktion (Melhuish et al., 2019). Aufgrund der geringen Stichprobengrößen und des meist nicht randomisierten Designs ohne Kontrollgruppe sind die Ergebnisse der bisherigen Studien nur beschränkt interpretierbar.

Es besteht daher ein großer Forschungsbedarf an randomisiert-kontrollierten Interventionsstudien, die die Wirkung des regelmäßigen Hörens individualisierter Musik auf Menschen mit Demenz in der häuslichen Pflege untersuchen.

Auf Basis des skizzierten Forschungsstandes und der positiven Erfahrungen bei der Durchführung der individualisierten Musikintervention im Setting der institutionellen Pflege planen wir eine randomisiert-kontrollierte Studie zu individualisierter Musik in der häuslichen Pflege mit dem Ziel der Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen. Hierfür soll ein multimethodaler Ansatz verfolgt werden, indem Fremd- und Selbsteinschätzungen der pflegenden Angehörigen erhoben, Verhaltensbeobachtungen durchgeführt und physiologische Maße erfasst werden. Zur Verstetigung im Sinne einer eigenständigen Durchführung individualisierter Musikinterventionen in der Häuslichkeit ist die Entwicklung einer App geplant, in die beispielsweise die Musikpräferenzbefragung oder Hinweise zur Kommunikations- und Beziehungsgestaltung integriert werden. Über die App sollen zudem u. a. die aktuelle Stimmung und die Beziehungsqualität der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen während der Projektdurchführung erhoben werden.

**Fazit**

Die beschriebenen Forschungsarbeiten und -vorhaben liefern einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung innovativer Versorgungskonzepte, die in der Praxis erfolgreich umgesetzt werden können. Hierbei konnte die zentrale Bedeutung nicht pharmakologischer Interventionen herausgestellt werden. Insbesondere das regelmäßige Hören individualisierter Musik stellt dabei einen zukunftsweisenden und vielversprechenden Ansatz für Menschen mit Demenz dar.

**Literatur**

- Abraha, I., Rimland, J. M., Trotta, F. M., Dell'Aquila, G., Cruz-Jentoft, A. J. (2017). Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. *BMJ Open*, 7 (3), e012759. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012759>
- Deardorff, W. J., Feen, E., Grossberg, G. T. (2015). The Use of Cholinesterase Inhibitors Across All Stages of Alzheimer's Disease. *Drugs & Aging*, 32 (7), 537-547. <https://doi.org/10.1007/s40266-015-0273-x>
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. - Selbsthilfe Demenz (2018). Informationsblatt 1: Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Verfügbar unter [https://www.deutschealzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1\\_haeufigkeit\\_demenzerkrankungen\\_dalzg.pdf](https://www.deutschealzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf) (Abruf am 10.03.2020).
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (2016). S3-Leitlinie „Demenzen“. Verfügbar unter [https://www.dgppn.de/\\_Resources/Persistent/ade50e44afc7eb8024e7f65ed3f44e995583c3a0/S3-LL-Demenzen-240116.pdf](https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/ade50e44afc7eb8024e7f65ed3f44e995583c3a0/S3-LL-Demenzen-240116.pdf) (Abruf am 10.03.2020).
- Gerdner, L. A., Schoenfelder, D. P. (2010). Evidence-based guideline. Individualized music for elders with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 36 (6), 7-15. <https://doi.org/10.3928/00989134-20100504-01>
- Jacobsen, J.-H., Stelzer, J., Fritz, T. H., Chételat, G., La Joie, R., Turner, R. (2015). Why musical memory can be preserved in advanced Alzheimer's disease. *Brain*, 138 (8), 2438-2450. <https://doi:10.1093/brain/awv135>
- Lai, D. L., Lai, C. K. (2017). A case study on a home-based caregiver-delivered music-with-movement intervention for people with early dementia. *SAGE Open Medical Case Reports*, 5, 2050313X17730264. <https://doi.org/10.1177/2050313X17730264>
- Legere, L. E., McNeill, S., Schindel Martin, L., Acorn, M., An, D. (2018). Nonpharmacological approaches for behavioural and psychological symptoms of dementia in older adults: A systematic review of reviews. *Journal of Clinical Nursing*, 27 (7-8), 1360-1376. <https://doi.org/10.1111/jocn.14007>

- Melhuish, R., Grady, M., Holland, A. (2019). Mindsong, music therapy and dementia care: collaborative working to support people with dementia and family carers at home. *British Journal of Music Therapy*, 33 (1), 16-26. <https://doi.org/10.1177/1359457519834302>
- Mittal, V., Kurup, L., Williamson, D., Muralee, S., Tampi, R. R. (2011). Risk of cerebrovascular adverse events and death in elderly patients with dementia when treated with antipsychotic medications: a literature review of evidence. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 26 (1), 10-28.
- Mortby, M. E., Maercker, A., Forstmeier, S. (2012). Apathy: a separate syndrome from depression in dementia? A critical review. *Aging-Clinical & Experimental Research*, 24 (4), 305-316. <https://doi.org/10.3275/8105>
- Patterson, C. (2018). *World Alzheimer Report 2018: The state of the art of dementia research: New frontiers*. London: Alzheimer's Disease International. Verfügbar unter <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2018.pdf> (Abruf am 10.03.2020).
- Särkämö, T., Laitinen, S., Tervaniemi, M., Numminen, A., Kurki, M., Rantanen, P. (2012). Music, emotion, and dementia: Insight from neuroscientific and clinical research. *Music and Medicine*, 4 (3), 153-162.
- van der Steen, J. T., van Soest-Poortvliet, M. C., van der Wouden, J. C., Bruinsma, M. S., Scholten, R. J. P. M., Vink, A. C. (2017). Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD003477. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003477.pub3>
- Weise, L., Jakob, E., Töpfer, N. F., Wilz, G. (2018). Study protocol: individualized music for people with dementia - improvement of quality of life and social participation for people with dementia in institutional care. *BMC Geriatrics*, 18 (1), 313. <https://doi:10.1186/s12877-018-1000-3>
- Weise, L., Töpfer, N. F., Deux, J., Wilz, G. (2019). Feasibility and effects of individualized recorded music for people with dementia: A pilot RCT study. *Nordic Journal of Music Therapy*, 59 (1), 39-56. <https://doi.org/10.1080/08098131.2019.1661507>
- Wilz, G., Pfeiffer, K. (2019). *Pflegende Angehörige*. Göttingen: Hogrefe.
- Wilz, G., Reder, M., Meichsner, F., Soellner, R. (2018). The Tele.TAnDem intervention: telephone-based CBT for family caregivers of people with dementia. *The Gerontologist*, 58 (2), 118-129. <https://doi:10.1093/geront/gnx183>



## Die psychosoziale MAKS®-Intervention: Möglichkeiten und Grenzen der multimodalen, nicht pharmakologischen Therapie bei Demenz

Elmar Gräßel, Katharina Luttenberger<sup>1</sup>

Warum beschäftigen wir uns überhaupt mit dem Thema „degenerative Demenzen“, insbesondere mit der Frage, inwieweit diese auf psychosoziale Art und Weise beeinflussbar sind? Dies hängt im Wesentlichen mit folgender Ausgangssituation zusammen: Degenerative Demenzen sind weder zuverlässig verhinderbar noch heilbar! Mit „heilbar“ ist gemeint, dass entweder der Zustand vor Erkrankungsbeginn wieder erreicht wird oder aber eine weitere Verschlechterung ab Therapiebeginn endgültig gestoppt wird. Degenerative Demenzen sind jedoch behandelbar – das heißt, es gibt Interventionen, die den Betroffenen einen signifikanten und bedeutsamen Vorteil gegenüber einer Nichtbehandlung bieten.

Der folgende Beitrag gliedert sich in acht Abschnitte: Nach der Erläuterung der Ausgangssituation werden konzeptionelle Grundlagen der MAKS®-Intervention dargestellt. Anschließend wird die MAKS®-Intervention kurz beschrieben und dann vor allem die wissenschaftlichen Belege zu den Wirkungen aufgezeigt. Es werden Erklärungsmodelle für die Wirksamkeit von MAKS® genannt und es wird ein internationaler Vergleich der MAKS®-Intervention auf der Grundlage einer Überblicksarbeit vorgestellt. Es wird die Umsetzung der MAKS®-Intervention in die Versorgungspraxis dargestellt und abschließend werden zukünftige Entwicklungen zur MAKS®-Intervention aufgezeigt.

### **Ausgangssituation**

Es sind fünf Merkmale zu nennen, die begründen, warum psychosoziale Interventionen für Personen mit Demenz entwickelt und erforscht werden sollten.

Ein wichtiger Aspekt ist dabei die gesellschaftliche Relevanz der Demenzen. Schätzungen gehen davon aus, dass in Deutschland gegenwärtig knapp 1,7 Mio.

---

#### **1 Danksagung**

Die Autorin und der Autor dieses Beitrags bedanken sich vielmals bei allen Teilnehmenden der wissenschaftlichen MAKS®-Studien sowie bei allen Einrichtungen, die durch ihr großes Engagement erst den Erfolg der Studien ermöglicht haben. Wir möchten uns auch bei allen Kolleginnen und Kollegen sowie unseren studentischen Hilfskräften bedanken, die im erheblichen Umfang zum Gelingen der Projekte beigetragen haben. Für die finanzielle Unterstützung der wissenschaftlichen Projekte danken wir dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege und insbesondere dem GKV-Spitzenverband, der die MAKS®-Projekte unterstützend begleitet.

---

Menschen leben, die an einer Demenz leiden (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2018). Dies ist ein Anteil von etwas mehr als 2 % der Gesamtbevölkerung.

Ein weiterer Gesichtspunkt betrifft die medizinische Relevanz, nämlich die Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten vor allem der degenerativen Demenzen. Die medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten sind sehr eingeschränkt. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) kam zu dem Schluss, dass für die Acetylcholinesterase-Hemmer nur ein Vorteil gegenüber Placebo für 6 Monate nachweisbar ist (IQWiG, 2007). Für Memantin resümierte das IQWiG eine „fragliche Relevanz der Effekte auf Kognition und Alltagspraxis“ (IQWiG, 2009). Die Situation hat sich in den letzten 10 Jahren nicht verändert. Es wurden keine neuen Arzneimittel zur Behandlung der Alzheimer-Demenz zugelassen. Präventionsmöglichkeiten sind in eingeschränktem Maß vorhanden. Luck und Riedel-Heller kommen zu dem Schluss, dass 31 % der gesamten Risiken für eine Alzheimer-Demenz vermeidbar und somit einer Prävention zugänglich sind (Luck und Riedel-Heller, 2016). Der größere Teil des gesamten Risikos von 69 % ist somit nicht vermeidbar, da dieser Risikoanteil größtenteils genetisch bedingt ist.

Des Weiteren ist das Thema für die Betroffenen selbst hoch relevant. Bleibt die Demenz völlig unbehandelt, ist davon auszugehen, dass die kognitiven Fähigkeiten kontinuierlich abnehmen. Dies bedeutet, dass im Durchschnitt Menschen ab dem Beginn der klinisch manifesten Demenzsymptomatik gerechnet nach etwa 4 bis 5 Jahren das Stadium einer schweren Demenz erreicht haben.

Auch die Pflegenden sind stark betroffen, und zwar sowohl die pflegenden Angehörigen als auch das professionelle Pflegepersonal in den verschiedenen Einrichtungen. Der Umgang mit Personen, die an einer Demenz leiden, ist mit erheblichen Belastungen für die Pflegenden verbunden. So tritt z. B. aggressives Verhalten mit Zunahme der Demenz häufiger auf, von durchschnittlich 14 % bei leichter Demenz bis hin zu 47 % bei schwerer Demenz. Ein ähnliches Bild ergibt sich für Schlafstörungen. Sie treten anfangs bei 33 % der Demenzbetroffenen auf. Bei schwerer Demenz sind es dann 45 % (Hessler, Schäufele et al., 2018). Diese Daten zeigen, wie wichtig es ist, die Demenzsymptomatik auch im Sinne der Pflegenden günstig zu beeinflussen.

Und schließlich hat das Thema auch eine hohe wissenschaftliche Relevanz. Das IQWiG kommt in seinem Abschlussbericht im Jahr 2009 zum Thema „Nichtmedikamentöse Behandlung der Alzheimer Demenz“ zu dem Schluss: „Um letztlich belastbare Aussagen zum Nutzen bzw. Zusatznutzen nichtmedikamentöser Verfahren zur Behandlung der Alzheimer Demenz treffen zu können, wären zusätzliche randomisierte Studien angemessener Qualität wünschenswert“ (IQWiG, 2009). Im letzten Jahrzehnt wurde auf diesem Gebiet geforscht (siehe auch unten „Internationaler Vergleich“), jedoch ist die Evidenz bei vielen nichtmedikamentösen Therapieverfahren weiterhin unbefriedigend.

Die genannten Gründe waren für das Zentrum für Medizinische Versorgungsforschung der Psychiatrischen Universitätsklinik Erlangen seit dem Jahr 2004 die motivationale Grundlage, die Forschung auf dem Gebiet der nichtmedikamentösen Behandlung der degenerativen Demenzen voranzubringen.

### **Konzeptionelle Grundlagen der MAKS®-Intervention**

Die aktuelle S3-Leitlinie „Demenzen“ aus dem Jahr 2016 der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN und DGN, 2016) führt im Abschnitt zu den psychosozialen Interventionen, also im Bereich der nichtmedikamentösen Therapieverfahren, nur Einzeltherapien wie kognitives Training, Musiktherapie etc. auf. Mehrkomponenten-Therapien wurden grundsätzlich nicht berücksichtigt. Dies ist insofern verwunderlich, als spätestens seit dem Jahr 2001 bekannt ist, dass Mehrkomponenten-Interventionen eine größere Effekstärke besitzen als ihre einzelnen Komponenten. Dies wurde von Oswald et al. am Beispiel der Kombination aus kognitivem und sensomotorischem Training gezeigt (Oswald, Hagen et al., 2001). Es stellt sich also die Frage, welche Komponenten zur nichtmedikamentösen Behandlung kognitiver Einschränkungen bei Demenzen am geeignetsten erscheinen. Aus dem biopsychosozialen Krankheitsmodell lässt sich ableiten, dass für kognitive Fähigkeiten die Beeinflussung durch kognitive Stimuli, körperliche Aktivitäten, soziale Interaktionen und die intensive Beteiligung am Alltagsgeschehen vielversprechende Ansatzpunkte sind. Diese vier Komponenten werden in der MAKS®-Intervention berücksichtigt. Damit ist das biopsychosoziale Krankheitsmodell natürlich nicht vollständig abgedeckt. Es sind weitere Ansatzpunkte vor allem im biologisch-körperlichen Bereich relevant. Dies betrifft u. a. Aspekte der Regeneration durch Schlaf oder der Ernährung.

### **Die MAKS®-Intervention**

Am Anfang der Entwicklung der sogenannten MAKS®-Intervention stand die Idee, den betroffenen Personen die Anregungen wiederzugeben, die ihnen durch eine Ereignisspirale innerhalb des Demenzprozesses verloren gehen: nachlassende Fähigkeiten - sozialer Rückzug - weniger Anregung - weiteres Nachlassen der Fähigkeiten etc. Zudem orientieren sich die Module der MAKS®-Therapie an den bekannten Hauptsymptomen der Demenz, also dem Nachlassen von kognitiven und alltagspraktischen Fähigkeiten. Erste Erfahrungen dazu entstanden in einer Pilotstudie in einem Pflegeheim (Pickel, Graessel et al., 2011). Auf diesen Erfahrungen aufbauend wurde eine standardisierte Therapie bestehend aus den genannten Modulen entwickelt und zuerst im Pflegeheim erprobt und wissenschaftlich untersucht (Graessel, Stemmer et al., 2011). MAKS® besteht daher aus vier Modulen (Komponenten). Das Kürzel „MAKS“ steht für motorisches (M), alltagspraktisches (A) und kognitives (K) Training in einem

---

sozial-kommunikativen (S) Umfeld. Eine nähere Beschreibung der Module ist unter [www.maks-therapie.de](http://www.maks-therapie.de) zu finden. Diese vier Module werden in einem festgelegten Zusammenhang zu einer Therapieeinheit zusammengefasst: Nach einem sozial-kommunikativen Einstieg in die Gruppenmaßnahme findet eine (senso-)motorische Aktivierung statt. Nach einer Pause folgt die kognitive Aktivierung. Den Abschluss bildet die alltagspraktische Förderung der Demenzbetroffenen. Eine derartige Therapieeinheit dauert knapp 2 Stunden und wird für die Anwendung am Vormittag empfohlen. Um die Qualität der Durchführung zu sichern, wird eine 3-tägige Schulung für Pflege- und Betreuungskräfte angeboten (s. Kapitel 3.3.7). Dazu existiert ein digitales Handbuch<sup>2</sup>, das sämtliche Übungen enthält, ergänzt durch beschreibende Kapitel zur Durchführung, zu Arbeitshilfen, zu benötigten Materialien sowie zu 252 Tagesplänen. Mit Tagesplan ist der Vorschlag für eine komplette Therapieeinheit gemeint, damit die Anwenderinnen und Anwender auf fertige Therapieeinheiten zurückgreifen können. Im Bereich des kognitiven Moduls wurde in Kooperation mit der Technischen Hochschule Georg Simon Ohm in Nürnberg (Arbeitsgruppe von Herrn Prof. Dr. Helmut Herold) eine größere Zahl von digitalen kognitiven Übungen realisiert (s. Abb. 1). Hier können die Anwenderinnen und Anwender mithilfe des Rechners in Verbindung mit einem Fernsehgerät oder einem Beamer kognitive Übungen so präsentieren, dass die Aufgaben in der Gruppe gelöst werden können. Dies hat den entscheidenden Vorteil, dass die Lösungen gemeinsam gefunden werden können und keiner einzelnen demenzbetroffenen Person ihre kognitiven Defizite direkt vor Augen geführt werden. Dies führt zu einer großen Akzeptanz der Aufgaben unter den Teilnehmenden. Das gesamte MAKS®-Programm ist für die Anwendung bei Menschen mit leichter oder moderater Demenz konzipiert. Die MAKS®-Intervention adressiert vier Prinzipien:

Multimodalität (4 Module), Anpassung an das Niveau der individuellen Fähigkeiten (vor allem die Übungen im kognitiven Modul sind in verschiedenen Schwierigkeitsgraden verfügbar), Abwechslung (252 Tagespläne bieten eine große Vielfalt) und schließlich der Aspekt der Qualitätssicherung (mindestens eine geschulte Anwenderin/ein geschulter Anwender und eine helfende Kraft betreuen eine Gruppe von 10 bis 12 Demenzbetroffenen).

---

2 Das MAKS®-Handbuch ist über folgende Website lieferbar: [www.world-of-genesis.org/produkte/genesis-maksm](http://www.world-of-genesis.org/produkte/genesis-maksm)

Übungsart	Welche kognitive Fähigkeit wird damit besonders angesprochen?
Benennen	Altgedächtnis (Semantisches Gedächtnis)
Benennen und verknüpfen	Altgedächtnis (Semantisches Gedächtnis)
Bilder raten	Altgedächtnis (Semantisches Gedächtnis)
Bilder vervollständigen	Räumlich-visuelles Denken, Altgedächtnis (Semantisches Gedächtnis)
Bildergeschichte ordnen	Exekutivfunktionen
Kennen Sie?	Altgedächtnis (Semantisches Gedächtnis)
Merken	Neugedächtnis
Paare finden	Selektive Aufmerksamkeit
Reihenübungen	Exekutivfunktionen
Ricordo	Neugedächtnis
Schatten finden	Selektive Aufmerksamkeit
Sudoku	Exekutivfunktionen
Symbole finden	Selektive Aufmerksamkeit
Textaufgaben	Rechnen
Tätigkeiten	Altgedächtnis (Semantisches Gedächtnis)
Was passt zusammen	Visuell-räumliches Denken
Wissensquiz	Altgedächtnis (Semantisches Gedächtnis)
Wörter raten	Altgedächtnis (Semantisches Gedächtnis)

Abb. 1: Digitale kognitive Übungsarten in MAKS®

### Wissenschaftliche Belege zu den Wirkungen der MAKS®-Intervention

Zur MAKS®-Intervention wurden inzwischen zwei randomisiert-kontrollierte Studien durchgeführt. Die erste Studie (2008 bis 2010) fand in fünf Pflegeheimen unter Beteiligung von 139 Personen mit Demenz in allen Schweregraden statt. Diese Studie wurde vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der Initiative „Leuchtturmprojekt Demenz“ gefördert. Die meisten der im Nachfolgenden vorgestellten Ergebnisse stammen aus der DeTaMAKS-Studie, die in 34 Tagespflegeeinrichtungen in den Jahren 2014 bis 2017 durchgeführt wurde. An ihr nahmen 453 Menschen mit leichter kognitiver Beeinträchtigung oder leichter bis mittelschwerer Demenz teil, die an 1 bis 5 Tagen in der Woche eine Tagespflegeeinrichtung besuchten. Diese Studie wurde größtenteils vom GKV-Spitzenverband gefördert, zu einem kleineren Teil

vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. In beiden Studien wurde auf eine bestmögliche Forschungsmethodik Wert gelegt, um Ergebnisse mit Evidenzgrad Ib zu erzielen. Evidenzgrade beschreiben das Niveau, wie verlässlich bzw. aussagefähig die Ergebnisse einer Studie sind. Dies hängt entscheidend von der Art der Studiendurchführung ab. Für den Evidenzgrad Ib ist mindestens eine randomisiert-kontrollierte Studie notwendig, für den Evidenzgrad Ia braucht es dann schon eine Zusammenfassung mehrerer solcher Studien. Im Folgenden werden die sieben wichtigsten Ergebnisse im Überblick berichtet. Sie beziehen sich - mit Ausnahme von Ergebnis 3 - auf die DeTaMAKS-Studie.

**Wirkung auf die kognitiven Fähigkeiten (Ergebnis 1):** Während der kontrollierten Phase von 6 Monaten blieben in der Interventionsgruppe die kognitiven Fähigkeiten im Durchschnitt stabil (siehe horizontale Linie in Abb. 2), während sie in der Kontrollgruppe signifikant nachließen (siehe mittlere Linie in Abb. 2). Dies ist insofern erstaunlich, als die Tagespflegeeinrichtungen der Kontrollgruppe ihr Programm wie bisher durchführten, also eine aktive Kontrollgruppe darstellten. Die unterste Linie in Abb. 2 markiert den aus der wissenschaftlichen Literatur bekannten Verlauf, wenn keinerlei Intervention durchgeführt wird. Dieses zentrale Ergebnis wurde im Jahr 2017 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht (Straubmeier, Behrndt et al., 2017).

**Wirkung auf die alltagspraktischen Fähigkeiten (Ergebnis 2):** Ein ganz ähnliches Bild für den Vergleich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe zeigte sich für die in einem Leistungstest erhobenen alltagspraktischen Fähigkeiten - Stabilisierung der Fähigkeiten in der Interventionsgruppe und signifikante Abnahme in der Kontrollgruppe (Straubmeier, Behrndt et al., 2017).

**Wirkung auf emotionale und Verhaltenssymptome (Ergebnis 3):** Die MAKS®-Intervention bewirkte im Messzeitraum von 6 Monaten einen signifikant günstigen Effekt auf emotionale Symptome (Verringerung der Depressivität) sowie auf Verhaltenssymptome, insbesondere Verbesserung des sozialen Verhaltens, jeweils im Vergleich zur Kontrollgruppe (Luttenberger, Donath et al., 2012). Dies zeigte sich für Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz.

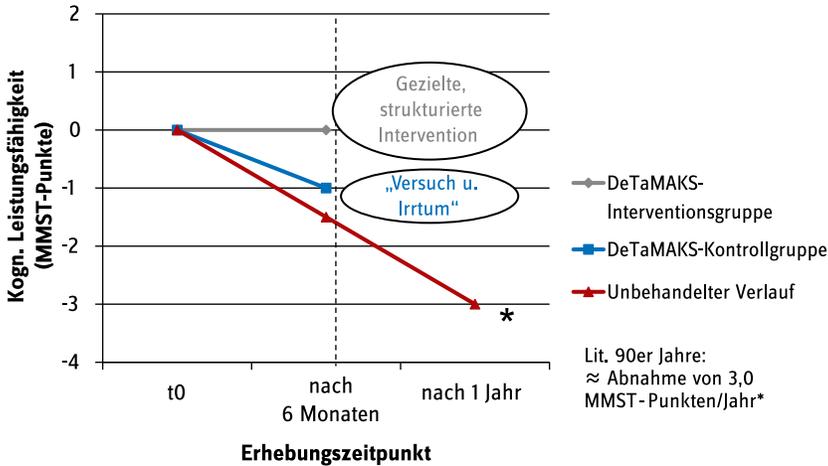
**Zusammenhang zwischen „Therapiedosis“ und Wirkung (Ergebnis 4):** Bei den Demenzbetroffenen, die die Tagespflegeeinrichtung an 1 bis 2 Tagen pro Woche besuchten, waren die Effekte der MAKS®-Intervention etwa genauso groß wie bei denjenigen, die 3 bis 5 Tage pro Woche die Tagespflege besuchten (Straubmeier, Behrndt et al., 2017). Dies bedeutet, dass keine relevante Dosis-Wirkungs-Beziehung bei der Anwendung von MAKS® in der Tagespflege zu beobachten ist. Die Empfehlung lautet daher, dass eine Teilnahme an der MAKS®-Intervention ab zwei Therapieeinheiten pro Woche den festgestellten Effekt hervorruft.

**Nachhaltigkeit der Wirkung (Ergebnis 5):** Die kontrollierte Phase in der DeTaMAKS-Studie endete nach 6 Monaten. Zu diesem Zeitpunkt erhielten auch alle bisherigen Kontroll-Tagespflegen die gleiche Schulung zur MAKS®-Intervention (Warte-Kontrollgruppen-Design der Studie). Wie sahen nun die Effekte in der offenen Phase in den folgenden 6 Monaten nach der Schulung der Kontroll-Tagespflegen aus? In dieser Phase, in der alle Tagespflegeeinrichtungen frei waren, ob sie die MAKS®-Intervention durchführen möchten oder nicht, war das Ergebnis, dass in 10 Tagespflegen die MAKS®-Intervention nicht durchgeführt wurde, während sie in 22 Tagespflegeeinrichtungen („freiwillig“) als Standardangebot durchgeführt wurde. Auch in dieser „offenen“ Phase war das Ergebnis ähnlich wie in der kontrollierten Phase: Die kognitiven Fähigkeiten unter der MAKS®-Intervention blieben weiterhin nahezu stabil, während sie bei Nichtdurchführung von MAKS® signifikant nachließen (Gräbel, Pendergrass et al., 2019). Die MAKS®-Intervention zeigt also auch bei „freiwilliger“ Anwendung ähnlich günstige Effekte wie unter kontrollierten Studienbedingungen.

**Akzeptanz der MAKS®-Intervention durch die Tagespflegeeinrichtungen (Ergebnis 6):** Die Nachbeobachtungsphase nach dem Ende der kontrollierten Studie betrug insgesamt 18 Monate. Es zeigte sich, dass die Anwendung der MAKS®-Intervention im zweiten Jahr nach Beendigung der Studie sogar von 69 % auf 81 % wieder anstieg (Abb. 3). Das heißt, 8 von 10 Tagespflegeeinrichtungen haben im zweiten Jahr nach der Studie weiterhin MAKS® als ihr „Standard-Betreuungsprogramm“ regelmäßig durchgeführt. Dieses Ergebnis wäre wohl nicht zu beobachten gewesen, wenn die Tagespflegeeinrichtungen nicht einen Vorteil durch die Anwendung der MAKS®-Intervention für ihre Gäste, aber auch für ihre gesamte Einrichtung einschließlich der Mitarbeitenden „gespürt“ hätten.

**Kosteneffektivität der MAKS®-Intervention (Ergebnis 7):** Eine umfangreiche gesundheitsökonomische Analyse der anfallenden Kosten im Zusammenhang mit der Versorgung von leicht oder mittelschwer von Demenz Betroffenen in Tagespflegeeinrichtungen kommt zu dem Schluss, dass die MAKS®-Intervention kosteneffektiv ist (Abb. 4 und 5) und deshalb zum Einsatz kommen sollte (Steinbeisser, Schwarzkopf et al., 2020).

Als Bilanz kann festgestellt werden, dass die regelmäßige Anwendung der MAKS®-Intervention eine signifikant positive Beeinflussung des Krankheitsverlaufs bewirkt, und zwar dahingehend, dass sich die leichteren Krankheitsstadien verlängern lassen. Berücksichtigt man, dass es bei allen bisher bekannten Therapieansätzen bei degenerativen Demenzen nicht zu einem lebensverlängernden Effekt gekommen ist, bedeutet dies, dass schwere Krankheitsstadien verkürzt durchlebt werden. Insgesamt betrachtet bedeutet dies einen deutlichen Gewinn an Lebensqualität für die Betroffenen.



\* Verlauf unbehandelter Demenz in MMST-Punkten pro Jahr

- 2,8 wahrscheinliche Demenz vom Alzheimer-Typ (Salmon et al. 1990)
- 3,2 bei allen (einschließlich vaskulärer) Demenzformen (Cohen-Mansfield et al. 1996)

Abb. 2: Verlauf der kognitiven Fähigkeiten mit MAKS®, ohne MAKS® und völlig unbehandelt

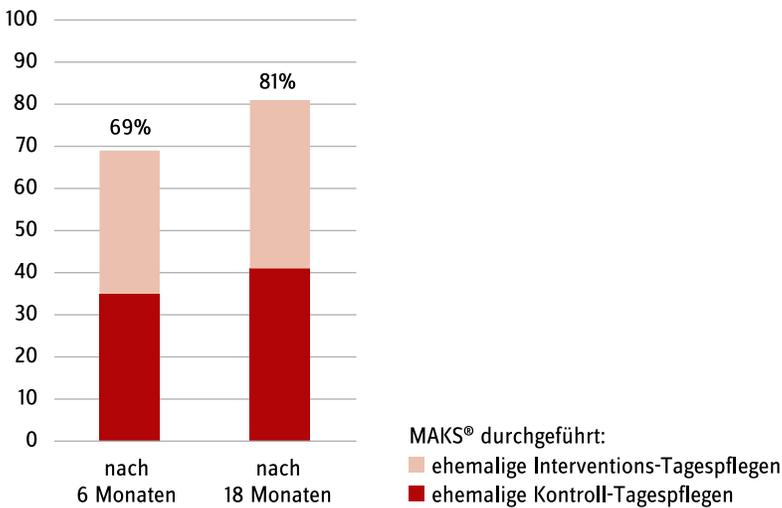


Abb. 3: Quote für die Durchführung von MAKS® in Tagespflegeeinrichtungen bei freier Wahl der Versorgungsart

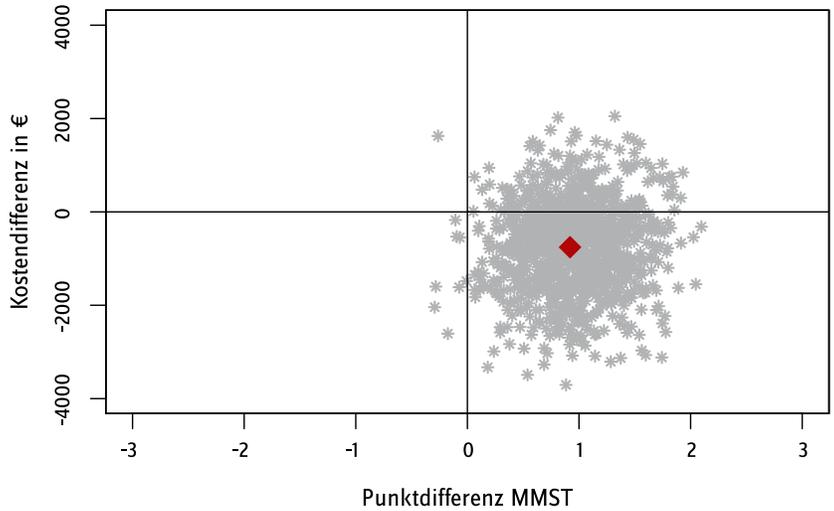


Abb. 4: Kosteneffektivität der MAKS<sup>®</sup>-Intervention bezüglich kognitiver Fähigkeiten als Zielgröße (MMST)

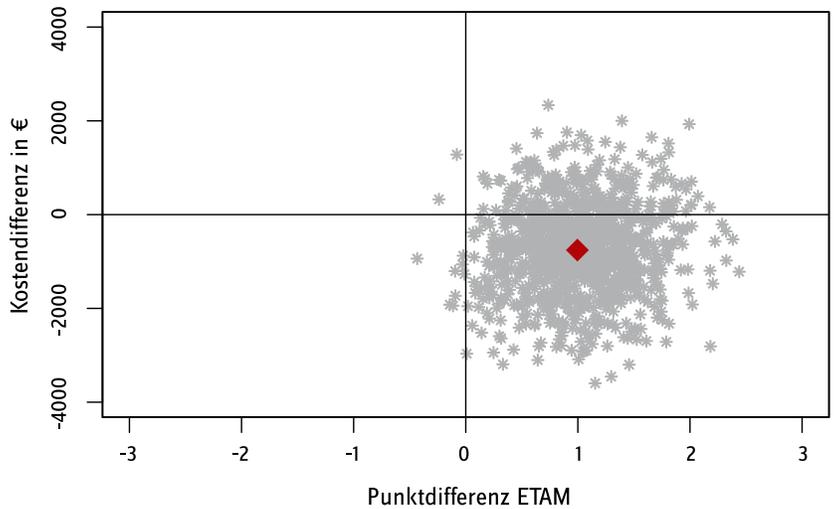


Abb. 5: Kosteneffektivität der MAKS<sup>®</sup>-Intervention bezüglich alltagspraktischer Fähigkeiten als Zielgröße (ETAM)

Die beobachteten Effekte der MAKS®-Intervention – insbesondere die Stabilisierung der kognitiven und alltagspraktischen Fähigkeiten – lassen sich theoretisch durch zwei Modelle erklären: ein psychosoziales und ein biologisches Erklärungsmodell. Das Nachlassen der Fähigkeiten eines Demenzbetroffenen wird zusätzlich zu den biologischen Ursachen durch eine „Abwärtsspirale“ forciert: In den Anfangsstadien der Demenz wird das Nachlassen der Fähigkeiten von den Betroffenen wahrgenommen. Sie schämen sich für ihre Einschränkungen und fehlerhaften Handlungen im Alltag. Um keine weiteren Fehler zu machen, ziehen sie sich zunehmend vom Alltagsgeschehen zurück, was zu einer zusätzlichen Verminderung kognitionsförderlicher Anregungen führt. Dies führt schließlich zu einem weiteren Nachlassen der Fähigkeiten. Mit einer wirksamen psychosozialen Intervention, wie z. B. MAKS®, lässt sich diese „Abwärtsspirale“ deutlich verlangsamen. Auf biologischer Ebene kann vermutet werden, dass eine gezielte Anregung mit ausreichender Intensität die neuronale Reserve aktiviert und/oder zu einer Verlangsamung der Diskonnektion, das heißt des Abbaus von Kontaktstellen zwischen den Neuronen (Nervenzellen der Hirnrinde), führt. Welches dieser Erklärungsmodelle letztlich in welchem Umfang zutrifft, müssen zukünftige Forschungen herausfinden.

### Internationaler Vergleich

Eine japanische Forschergruppe veröffentlichte im Jahr 2019 eine systematische Übersichtsarbeit zu multimodalen, nicht pharmakologischen Interventionen, die das Ziel haben, bei Personen mit Demenz in Pflegeheimen die kognitiven Fähigkeiten zu beeinflussen (Yorozuya, Kubo et al., 2019). Die Autoren fanden zusätzlich zur MAKS®-Studie weltweit nur noch vier weitere, randomisiert-kontrollierte Studien (RCTs). Neben der MAKS®-Studie wurde nur noch eine weitere RCT mit einer hohen Bewertung für die Studienqualität eingestuft. Das Autorenteam schlussfolgert, dass die kognitiven Funktionen von Menschen mit Demenz im Pflegeheim dann verbessert werden können, wenn die multimodale Intervention aus drei Komponenten besteht, nämlich aus einem körperlichen und kognitiven Training sowie einer Förderung der Aktivitäten des täglichen Lebens. Genau diese drei Komponenten sind in der MAKS®-Intervention enthalten.

### Umsetzung der MAKS®-Intervention in die Versorgungspraxis

Die MAKS®-Intervention kann überall dort eingesetzt werden, wo Menschen mit leichter oder moderater Demenz mindestens an 1 bis 2 Tagen pro Woche als Kleingruppe zusammenkommen. Dies trifft für Pflegeheime und Demenz-Wohngemeinschaften als Einrichtungen der stationären Versorgung zu, wie auch für Tagespflegeeinrichtungen

im teilstationären Setting sowie für Betreuungsgruppen im ambulanten Bereich. Um die Qualität der MAKS®-Intervention zu gewährleisten, ist es unerlässlich, eine weitgehend standardisierte und zertifizierte Schulung für Anwenderinnen und Anwender bereitzustellen. Diese Aufgabe übernimmt seit dem Jahr 2018 das Zertifizierungsinstitut ClarCert aus Neu-Ulm ([www.clarcert.com](http://www.clarcert.com)). Hier besteht die Expertise, dass MAKS®-Schulungen verlässlich organisiert werden und dass Dozentinnen und Dozenten ausgebildet werden, die anschließend in der Lage sind, eine zertifizierte 3-Tages-Schulung für MAKS®-Anwenderinnen und MAKS®-Anwender durchzuführen. Das Schulungscurriculum zur Ausbildung von MAKS®-Therapeutinnen und MAKS®-Therapeuten wurde von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. zertifiziert und steht mit deren Grundsätzen im Einklang. Inzwischen wurden insgesamt 701 MAKS®-Therapeutinnen und MAKS®-Therapeuten in Deutschland, Österreich und der Schweiz geschult und zertifiziert (Stand April 2020).

Mit der MAKS®-Intervention können drei gesetzliche bzw. normative Vorgaben des bundesdeutschen Gesundheitssystems erfüllt werden: (a) Die MAKS®-Intervention ist ein präventives Angebot im Sinne des Präventionsgesetzes. MAKS® erfüllt die Vorgaben zum Erhalt kognitiver Fähigkeiten sowie zur Verbesserung der psychosozialen Gesundheit. (b) Mit der MAKS®-Intervention kann eine leitliniengerechte Behandlung von Verhaltenssymptomen durchgeführt werden. In der Empfehlung 54 der S3-Leitlinie „Demenzen“ heißt es: „... Darüber hinaus besteht eine Indikation für eine pharmakologische Intervention [von Verhaltenssymptomen], wenn psychosoziale Interventionen nicht effektiv, nicht ausreichend oder nicht verfügbar sind.“ Das heißt im Umkehrschluss: Sind psychosoziale Interventionen effektiv (z. B. die MAKS®-Intervention) und verfügbar, ist vor dem Einsatz von Psychopharmaka eine derartige psychosoziale Intervention durchzuführen. (c) Der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege“ fordert, die Beziehung zu Personen mit Demenz durch adäquate psychosoziale Maßnahmen zu gestalten. Mit Durchführung der MAKS®-Intervention wird diese Forderung erfüllt.

### **Zukünftige Entwicklungen**

Psychosoziale Interventionen sind Versorgungsstrategien, um die Symptome der Demenz zu lindern, den Krankheitsverlauf damit günstig zu beeinflussen und die Pflegenden zu entlasten. Weiterentwicklungen und Begleitforschung werden auch in anderen Forschungszentren unternommen, um die Effektivität, also die Wirkstärke psychosozialer Interventionen, zu verbessern. Es geht darum, Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die unterschiedliche Schweregrade aufweisen, gezielt, das heißt mit einer für sie maßgeschneiderten psychosozialen Intervention zu versorgen. Dazu sind weitere Formen der Ausgestaltung und der Anpassung der MAKS®-Intervention notwendig. Mit der vorhandenen MAKS®-Variante ist die Versorgung von Menschen

mit leichter oder moderater Demenz in der Kleingruppe bereits gewährleistet. Für Menschen in einem sehr leichten Stadium (leichte kognitive Beeinträchtigung, oft ein Vorstadium des Demenzsyndroms) sowie für Menschen mit einer schweren Demenz sind Neuentwicklungen des MAKS®-Konzepts gegenwärtig in der Erprobung im Rahmen von randomisiert-kontrollierten Studien. Zusätzlich befindet sich eine Abwandlung des MAKS®-Konzepts für die Anwendung durch Angehörige, die zu Hause eine von Demenz betroffene Person pflegen, im Entwicklungsstadium. Alle diese Anstrengungen haben das Ziel, in Zukunft Menschen mit konkreten Beeinträchtigungen verschiedener Schweregrade, die in verschiedenen Umgebungen leben, passgenau mit einer wirksamen, psychosozialen Intervention zu versorgen.

## Literatur

- Deutsche Alzheimer Gesellschaft - Selbsthilfe Demenz (2018). Informationsblatt 1: Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Verfügbar unter [https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1\\_haeufigkeit\\_demenzerkrankungen\\_dalzg.pdf](https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf) (Abruf am 02.04.2020).
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (2016). S3-Leitlinie „Demenzen“ (Langversion - 1. Revision, August 2015). Verfügbar unter [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-013l\\_S3-Demenzen-2016-07.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013l_S3-Demenzen-2016-07.pdf) (Abruf am 08.02.2021).
- Gräbel, E., Pendergrass, A., Luttenberger, K., Behrndt, E. M., Straubmeier, M. (2019). Nichtpharmakologische MAKS®-Therapie bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen: Follow-up-Ergebnisse in der offenen Phase der cluster-randomisierten kontrollierten German-Day-Care-Studie. 18. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF). Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House.
- Graessel, E., Stemmer, R., Eichenseer, B., Pickel, S., Donath, C., Kornhuber, J., Luttenberger, K. (2011). Non-pharmacological, multicomponent group therapy in patients with degenerative dementia: a 12-month randomised, controlled trial. *BMC Medicine*, 9 (1), 129.
- Hessler, J. B., Schäufele, M., Hendlmeier, I., Junge, M. N., Leonhardt, S., Weber, J., Bickel, H. (2018). Behavioural and psychological symptoms in general hospital patients with dementia, distress for nursing staff and complications in care: results of the General Hospital Study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27 (3), 278-287.
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2007). Cholinesterasehemmer bei Alzheimer Demenz. Abschlussbericht A05-19A. Köln.
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2009). Memantin bei Alzheimer Demenz. Abschlussbericht A05-19C. Köln.

- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2009). Nichtmedikamentöse Behandlung der Alzheimer Demenz. Abschlussbericht A05-19D. Köln.
- Luck, T., Riedel-Heller, S. G. (2016). Prevention of Alzheimer's dementia in Germany: A projection of the possible potential of reducing selected risk factors. *Nervenarzt*, 87 (11), 1194-1200.
- Luttenberger, K., Donath, C., Uter, W., Graessel, E. (2012). Effects of multimodal nondrug therapy on dementia symptoms and need for care in nursing home residents with degenerative dementia: a randomized-controlled study with 6-month follow-up. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60 (5), 830-840.
- Oswald, W. D., Hagen, B., Rupprecht, R. (2001). Nichtmedikamentöse Therapie und Prävention der Alzheimer Krankheit. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34 (2), 116-121.
- Pickel, S., Graessel, E., Luttenberger, K. (2011). Wirksamkeit eines beschäftigungstherapeutischen Gruppenangebots bei degenerativen Demenzen: eine kontrollierte Verlaufsstudie im Pflegeheim. *Psychiatrische Praxis*, 38 (8), 389-396.
- Steinbeisser, K., Schwarzkopf, L., Graessel, E., Seidl, H. (2020). Cost-effectiveness of a non-pharmacological treatment vs. „care as usual“ in day care centers for community-dwelling older people with cognitive impairment: results from the German randomized controlled DeTaMAKS-trial. *European Journal of Health Economics*. 21 (6), 825-844.
- Straubmeier, M., Behrndt, E.-M., Seidl, H., Özbe, D., Luttenberger, K., Gräbel, E. (2017). Nichtpharmakologische Therapie bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen. Ergebnisse der randomisierten kontrollierten German-Day-Care-Studie. *Deutsches Ärzteblatt*, 114, 815-821.
- Yorozuya, K., Kubo, Y., Tomiyama, N., Yamane, S., Hanaoka, H. (2019). A systematic review of multimodal non-pharmacological interventions for cognitive function in older people with dementia in nursing homes. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 48 (1-2), 1-16.

Jeannette Winkelhage, Eckart Schnabel

Kaum ein Thema ist in der aktuellen pflege- und gesundheitspolitischen Diskussion so präsent wie das der Digitalisierung. Es werden zahlreiche Forschungs- und Entwicklungsprojekte gefördert, die digitale Assistenztechnologien für die Pflege entwickeln und untersuchen. Die Potenziale für die Pflege erscheinen vielfältig. Die Erwartungen sind hoch. Digitale Assistenztechnologien sollen Pflegebedürftige u. a. darin unterstützen, länger selbstständig in der eigenen Häuslichkeit zu leben. Gleichzeitig sollen Pflegende entlastet und die Pflegequalität verbessert werden. Beispiele hierfür sind Sensoren, die in der Wohnung installiert werden, Stürze oder auffällig lange Zeiten der Inaktivität erkennen und diese automatisch an Angehörige oder eine Notrufzentrale weiterleiten. App-basierte Systeme bieten Unterstützung hinsichtlich Kommunikation, Erinnerung oder organisatorischer Tätigkeiten. Daneben werden spielebasierte Technologien wie z. B. Lern- und Gedächtnisspiele erprobt, die – auf einem Tablet installiert – die kognitiven Fähigkeiten der Spielenden stärken sollen. Und nicht zuletzt werden Roboterassistenten entwickelt und erforscht, die Pflegebedürftige zu Hause in ihrer Selbstständigkeit unterstützen sollen indem sie z. B. Bring- und Holddienste erledigen, Notfälle erkennen oder Videokommunikation aufbauen. Welchen Nutzen digitale Assistenzsysteme tatsächlich für die Versorgung pflegebedürftiger Menschen haben und welche Chancen sich daraus für die Zukunft der Pflege ergeben gehören zu den zentralen Fragen der gegenwärtigen Diskussion.

Die Forschungsstelle Pflegeversicherung setzt sich seit mehreren Jahren mit dem Thema Digitalisierung in der Pflege auseinander und fördert Projekte, die digitale Assistenztechnologien für pflegebedürftige Menschen erproben und dabei auch die Wirkung des Technikeinsatzes auf Pflegebedürftige und zu Pflegende untersuchen. Neben erfolgreichen Technikerproben treten dabei auch immer wieder Herausforderungen des Technikeinsatzes zutage wie z. B. die mangelnde technische Infrastruktur vor allem in ländlichen Regionen, zu überbrückende Schnittstellen mit bereits vorhandenen technischen Systemen oder Hemmungen der Zielgruppe im Umgang mit digitalen Assistenzsystemen (siehe die nachfolgenden Projektbeschreibungen).

Im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI wurde von November 2012 bis April 2016 das Projekt „MADRIC“ gefördert. Darin wurde ein IT-gestütztes Monitoring System zur Vermeidung unerwünschter Arzneimittelwirkungen bei Pflegebedürftigen in der stationären Pflege erprobt und evaluiert. Ziele des Projektes waren die Wahrung und Steigerung der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner, die Prävention von zunehmenden

gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie die Reduktion der Kosten in der Versorgung. Im Ergebnis konnte zwar eine Sensibilisierung der teilnehmenden Ärztin im Verordnungsverhalten und der Pflegekräfte bezüglich unerwünschter Arzneimittelwirkungen erreicht werden. Es zeigten sich aber keine Effekte hinsichtlich der Lebensqualität der Pflegebedürftigen, was u. a. auf die Zusammensetzung der Stichprobe zurückgeführt wurde. Schwierigkeiten gab es bei der Integration der Software in die Pflegeeinrichtungen, hier offenbarten sich Schnittstellenprobleme mit dem bereits vorhandenen Pflegedokumentationssystem (für weitere Ausführungen zum Projekt siehe das Kapitel „Versorgungssicherheit“).

Von Februar 2013 bis Juli 2015 wurde mit dem Projekt „Demenz anders sehen (Demas)“ in ländlichen Regionen Ostdeutschlands ein internetbasiertes Schulungs- und Austauschprogramm für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz erprobt mit dem Ziel, die Belastung der Pflegenden zu reduzieren und die Versorgung der Pflegebedürftigen zu verbessern. Aufgrund schlechter Rahmenbedingungen wie fehlenden Breitbandanbindungen und einer geringen Technikaffinität der Zielgruppe und einer daraus resultierenden geringen Teilnehmerzahl konnte das Projekt zum damaligen Zeitpunkt keine Ergebnisse zur Wirkung des Programms erzielen (für weitere Ausführungen zum Projekt siehe das Kapitel „Pflegende Angehörige“).

Im Februar 2015 startete das Modellvorhaben „Technik für mehr Lebensqualität trotz Pflegebedürftigkeit bei Demenz (PflegeTab)“. Mithilfe des Einsatzes von Tablets und speziell entwickelter Software sollten die Interaktionsmöglichkeiten demenziell erkrankter Menschen in der stationären Pflege gefördert sowie die Vernetzung aller an der Pflege Beteiligten unterstützt werden. Im Rahmen des Modellprojektes wurde eine Infrastruktur geschaffen, bestehend aus einer digitalen Plattform, die Informationen über die Pflegebedürftigen sammelt und bereitstellt, Tablet-Computern, die mit speziellen Anwendungen ausgestattet Demenzerkrankte spielerisch fördern sowie weiteren Tablet-Computern zur Information und Vernetzung der Pflegenden. Im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitung wurde 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 auf der einen Seite und die Mitarbeiterzufriedenheit auf der anderen Seite auswirkt. Die Ergebnisse, die seit Januar 2018 vorliegen, zeigen zwar eine Verbesserung hinsichtlich der genannten Parameter, auf welche Faktoren diese Wirkungen zurückgeführt werden können - ob auf die Technik oder die erhöhte Zuwendung, die den Probanden zuteilwurde - konnte jedoch mit dem gewählten Studiendesign nicht geklärt werden.

Im Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach § 45f wurden verschiedene Projekte gefördert, die technisch unterstützte Versorgungskonzepte für die häusliche Pflege entwickelten und erprobten. Besonders erfolgreich umgesetzt

---

wurde das Projekt „Pflege@Quartier“ der Gesobau AG in Berlin, das für seinen innovativen und nutzerorientierten Ansatz u. a. mit dem Telematik-Award 2017 auf der Internationalen Funkausstellung in Berlin ausgezeichnet wurde. In dem Projekt, das von Februar 2015 bis Januar 2018 umgesetzt wurde, wurden technische Assistenzsysteme, wie z. B. Sturzsensoren oder Inaktivitätsmelder in den Wohnungen verbaut. Diese wurden verknüpft mit wohnraumverbessernden Maßnahmen und eingebunden in ein quartiersbezogenes Netzwerk. Im Ergebnis zeigte sich, dass die Einbindung verschiedener Akteure, u. a. professionelle Pflegedienste, Nachbarschaftshilfen, das Quartiersmanagement, und die konsequente Einbeziehung der Mieterinnen und Mieter wesentlich zum Erfolg des Projektes beitrugen. Die Assistenzsysteme wurden von den Mieterinnen und Mietern angenommen und überwiegend positiv im Hinblick auf Handhabung, Kommunikationsmöglichkeiten und Sicherheitsempfinden bewertet.

Trotz der hohen Aufmerksamkeit, die das Thema Digitalisierung in der Pflege inzwischen genießt, und zahlreicher Forschungs- und Entwicklungsprojekte in dem Bereich, erfolgt die Integration digitaler Assistenztechnologien in den pflegerischen Alltag bislang nur punktuell. Gründe dafür – betrachtet man die Projektlandschaft insgesamt – sind u. a. bislang noch unzureichende Erkenntnisse über den Nutzen von Assistenztechnologien für die Versorgung pflegebedürftiger Menschen und deren fehlende Einbindung in die Pflegepraxis. Die Ergebnisse der im August 2018 vom GKV-Spitzenverband in Auftrag gegebenen und im März 2019 abgeschlossenen Studie „Digitalisierung und Pflegebedürftigkeit – Nutzen und Potenziale von Assistenztechnologien“ zeigen, dass derzeit noch keine gesicherten Aussagen zum Nutzen für die Pflege möglich sind (siehe auch den Beitrag von Maxie Lutze und Gina Glock in diesem Kapitel). Die meisten Assistenztechnologien befinden sich noch im Forschungs- und Entwicklungsprozess. Untersuchungen dazu, wie Assistenztechnologien in bestehende Pflegeprozesse und -strukturen eingebunden werden können und unter welchen Rahmenbedingungen Assistenztechnologien ihre Wirkung auch tatsächlich entfalten können, stehen größtenteils noch aus. Weiterhin sind Fragen zu finanziellen und rechtlichen Rahmenbedingungen noch ungeklärt. Die Studie zeigt aber auch vielfältige Nutzenpotenziale auf, die sich vor allem im Bereich der Förderung der Mobilität, der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten und der sozialen Kontakte abzeichnen.

Vor dem Hintergrund der Relevanz und der Nutzenpotenziale auf der einen Seite und der Forschungsbedarfe auf der anderen Seite wird sich die Forschungsstelle zukünftig noch intensiver mit den Möglichkeiten digitaler Assistenztechnologien für die Versorgung pflegebedürftiger Menschen auseinandersetzen. Hierzu hat sie im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI einen Themen- und Förderschwerpunkt Digitalisierung in der Pflege eingerichtet. Es sollen Projekte aufgelegt werden, die insbesondere den konkreten

Nutzen digitaler Assistenztechnologien für pflegebedürftige Menschen adressieren. Dabei sollen die jeweiligen Rahmenbedingungen des Technikeinsatzes wie z. B. die spezifische Wohn- und Versorgungssituation Pflegebedürftiger genauso berücksichtigt werden wie Fragen der Einbindung der Technik in den Pflegeprozess.<sup>1</sup> Hierbei gilt es auch aus den Herausforderungen vergangener Förderprojekte zu lernen und z. B. frühzeitig die technischen Voraussetzungen in dem jeweiligen Pflegesetting zu eruieren, Schnittstellen mit anderen technischen Systemen zu berücksichtigen und die Akzeptanz der Zielgruppe durch deren konsequente Einbeziehung von Anfang an zu erhöhen. Nicht zuletzt bedarf es qualitativ hochwertiger Studiendesigns, um verlässliche und übertragbare Ergebnisse zu generieren sowie Finanzierungskonzepte, um die Voraussetzungen für den Transfer der erprobten Assistenzsysteme in die Praxis zu schaffen.

Neben der Umsetzung des neuen Themen- und Förderschwerpunkts führt die Forschungsstelle den gesetzlichen Auftrag nach § 125 SGB XI durch und organisiert ein Modellprogramm, im Rahmen dessen die Einbindung von Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur erprobt wird. Ziel ist es, die TI zukünftig als die zentrale Infrastruktur für eine sichere Kommunikation nicht nur im Gesundheitswesen, sondern auch im Bereich der Pflege zu etablieren. Dafür sollen Grundlagen für bundesweite Vereinbarungen und Standards erarbeitet werden. Zugleich eröffnet das Modellprogramm die Möglichkeit weitere Anwendungen zu entwickeln und zu erproben, die bislang nicht Bestandteil der TI sind, gleichwohl jedoch Innovationspotenzial für den Pflegesektor bergen.

Insgesamt können der neue Förderschwerpunkt und das Modellprogramm nach § 125 dazu beitragen, dass im Bereich der Pflege der Anschluss an die Digitalisierung gelingt und sowohl pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen als auch die professionell Pflegenden von notwendigen Investitionen in diesem Bereich profitieren.

---

<sup>1</sup> Siehe hierzu die „Hinweise für die Anfragstellung für Modellvorhaben mit dem Fokus auf digitale Assistenztechnologien zur Unterstützung Pflegebedürftiger“ unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/antragstellung/Pflege\\_Modelle\\_8\\_Hinweise\\_Anfragestellung\\_Digitalisierung\\_12-2019.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/antragstellung/Pflege_Modelle_8_Hinweise_Anfragestellung_Digitalisierung_12-2019.pdf) (Abruf am 27.07.2020)

---

# Nutzen von digitalen Assistenztechnologien für Pflegebedürftige: Stand, Bewertung und Umsetzung

Maxie Lutze, Gina Glock

## Hintergrund

Sensoriksysteme, Kommunikationsplattformen oder robotische Systeme sollen pflegebedürftige Menschen im Alltag unterstützen und positiv auf die Belastungssituation von Pflegenden wirken. Trotz der steigenden Anzahl von Forschungs- und Entwicklungsprojekten zur Weiterentwicklung von digitalen Assistenztechnologien (AT) gelingt deren Transfer in die Praxis bisher kaum. Häufig fehlt es an (wissenschaftlichen) Belegen für den tatsächlichen Nutzen von AT für pflegebedürftige Menschen sowie deren unmittelbares Umfeld.

Besteht der Anspruch, Pflegebedürftigen AT als Leistung zugänglich zu machen, die von der Solidargemeinschaft getragen wird, müssen sie einen Nutzen für die jeweilige Zielgruppe aufweisen. Mit der Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses (HMV) (GKV-Spitzenverband, 2019) und mit dem Inkrafttreten des Digitale-Versorgung-Gesetzes (DVG) (Bundesministerium für Gesundheit [BMG], 2019) stellt sich die Frage, wie dieser Nutzen beschrieben und erfasst werden kann.

Der folgende Beitrag baut auf den Erkenntnissen der wissenschaftlichen Expertise „Assistenztechnologien und Pflegebedürftigkeit: Nutzen, Potenziale und Handlungsbedarfe“ (Lutze et al., 2019) auf, beschreibt ausgewählte Ergebnisse der Studie und bettet diese in den aktuellen Diskurs zu Evaluationsstandards und -methoden für AT ein.

Ziel der genannten Studie war es, das komplexe Geflecht marktauglicher und in Forschung und Entwicklung befindlicher AT für pflegebedürftige Menschen zu strukturieren, um deren (potenziellen) Nutzen zu beschreiben. Dabei wurden u. a. bestehende Modellansätze (z. B. zur Technikbewertung und ethischen Reflexion) und ein umfangreicher Studienkorpus (n=145), der wissenschaftliche Studien zu spezifischen AT und deren Nutzenbewertung umfasst, identifiziert und ausgewertet. Das daraus resultierende Nutzenmodell zur Anwendung von Assistenztechnologien für pflegebedürftige Menschen (NAAM) wurde in fünf Fallstudien zu AT multidisziplinär validiert und steht nun Akteuren aus Wissenschaft, Pflegepraxis sowie Wirtschaft und Politik als Instrument zur Nutzenanalyse zur Verfügung.

## Charakterisierung von Nutzen

In der pflege- oder gesundheitswissenschaftlichen Forschung beschreibt die Ermittlung des Nutzens einer (technischen) Intervention die Untersuchung der Wirksamkeit und somit die Beobachtung von positiven und negativen Effekten in Bezug auf patientenrelevante Endpunkte, die durch die Anwendung einer klar definierten Behandlung erzielt werden (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen [IQWiG], 2017).

Grundsätzlich bezieht sich der Begriff des Nutzens auf eine Wirkung, die eine beabsichtigte Veränderung einer Situation (Zustand, Verhalten, Struktur, Prozesse) eines pflegebedürftigen Menschen durch den Einsatz einer AT in einem bestimmten Zeitraum erzeugt. Bezugnehmend auf den aktuell geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff steht dabei der Erhalt bzw. die Stärkung der Selbstständigkeit und der Teilhabe pflegebedürftiger Menschen im Fokus (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V [MDS], 2017).

Nutzenbetrachtungen sind stets kontext- und werteeabhängig und bedürfen folglich individueller und die Situation berücksichtigender Ansätze. Ob AT als nützlich eingestuft und genutzt werden, hängt mitunter von dem wahrgenommenen Bedürfnis nach Unterstützung, ihrer Verfügbarkeit und ihren Kosten, ihren Eigenschaften und der wahrgenommenen Nützlichkeit für die Lösung eines Problems ab (McCreadie und Tinker, 2005).

## Notwendigkeit eines Rahmens zur Nutzenbewertung

Die Beforschung von AT für Pflegebedürftige erfolgt derzeit vielfach noch technologiezentriert und kaum personen- oder nachfrageorientiert. Die Analyse bestehender Modellansätze (z. B. MAST nach Waschkau et al., 2018) zur Bewertung von AT verdeutlicht, dass deren konkreter Nutzen für pflegebedürftige Menschen bisher unzureichend erfassbar ist.

Im Rahmen der oben genannten wissenschaftlichen Expertise „Assistenztechnologien und Pflegebedürftigkeit: Nutzen, Potenziale und Handlungsbedarfe“ (Lutze et al., 2019) wurden zur Strukturierung des Feldes von AT für pflegebedürftige Menschen sowie zur Erschließung der Potenziale und des Nutzens der AT für pflegebedürftige Menschen insgesamt 145 Studien systematisch analysiert und zusammenfassend diskutiert. Ausgewählte Erkenntnisse dieser Analyse werden in folgender Textbox aufgeführt:

## Erkenntnisse zum Nutzen von AT für Pflegebedürftige in Lutze et al. (2019)

### AT und ihre Einsatzfelder

- AT befinden sich überwiegend im Forschungsstadium; es gibt nur wenige AT am Markt.
- Sensoriksysteme, Kommunikations- und Unterstützungsplattformen sowie Robotik werden häufig untersucht. Auch spielbasierte Systeme sind kein Randphänomen.
- Menschen mit Demenz sind vielfach Zielgruppe der AT-Entwicklung.
- Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, soziale Kontakte werden vergleichsweise häufig untersucht. Damit werden Aspekte aufgegriffen, die mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff an Bedeutung gewonnen haben.

### Nutzenlandschaft

- Der Studienkorpus ist umfangreich; der Erkenntnisgewinn noch unspezifisch.
- Die Nutzenlandschaft ist fragmentiert. Der Schwerpunkt liegt auf der Untersuchung der Gebrauchstauglichkeit von AT.
- Die Erprobungszeiten sind oft kurz (häufig wenige Tage) und die Zahl der Probandinnen und Probanden ist gering. Die Ziel- und tatsächliche Probandengruppe unterscheiden sich häufig.
- Nur selten wird die Erprobung von AT unter realen Bedingungen durchgeführt.
- Die Operationalisierung der Nutzeneffekte für Pflegebedürftige erfolgt heterogen und lückenhaft.
- Effekte auf der Struktur- und Prozessebene sowie ressourcenrelevante Aspekte, wie die Be- und Entlastung von Pflegenden, sind selten in Studien zu AT für Pflegebedürftige dokumentiert.
- Die Reporting-Qualität der Studien ist häufig limitiert. Darunter leidet die Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse, die Lernkurve ist eingeschränkt. Negative Effekte (z. B. zusätzliche Belastung) werden nur selten dokumentiert.
- Die Perspektive von Pflegebedürftigen im Sinne von selbstberichteten Effekten (Patient Reported Outcomes, PRO) wird selten erhoben.
- Nutzungsbedingungen von AT werden wenig konzeptuell behandelt (z. B. Technikkompetenz und Akzeptanz, sozioökonomische Bedingungen und Versorgungskonstellationen).

Insgesamt fehlen zunehmend eingeforderte Wirksamkeitsbelege vielfach (Zegelin und Meyer, 2018). Allerdings sind Wirksamkeitsbelege für sich stehend nicht hinreichend für die Beurteilung des tatsächlichen Nutzens für Pflegebedürftige. Ebenso sind Effekte auf das unmittelbare Umfeld (pflegende Angehörige und professionell Pflegende) sowie pflegerelevante Strukturen und Prozesse zu berücksichtigen.

Die Beschreibung des Nutzens wird dadurch erschwert, dass es kein einheitliches Verständnis darüber gibt, was unter dem Nutzen von AT für Pflegebedürftige zu verstehen ist.

### **Nutzenmodell zur Anwendung von Assistenztechnologien für pflegebedürftige Menschen (NAAM)**

Bislang lässt sich der Nutzen von digitalen AT für pflegebedürftige Menschen damit nicht strukturiert beurteilen. Pflegebedürftige, pflegende Angehörige und beruflich Pflegenden wünschen sich Orientierung bei der Auswahl und Anwendung von AT. Leistungserbringer, Unternehmen, Politik und weitere Akteure des Gesundheitswesens benötigen zudem eine solide Basis zur Entscheidungsfindung.

Entsprechend bedarf es eines Standards für die Nutzenbewertung, zu dessen Entwicklung das NAAM einen Beitrag leistet (Lutze et al., 2019).

Die Grundlage für dessen Entwicklung bilden Modelle und Instrumente verschiedener Disziplinen, Erkenntnisse aus Expertenworkshops und fünf Fallstudien sowie eine umfangreiche Studienanalyse (n=145). Die Anschlussfähigkeit wurde damit überprüft und ist durch die Anlehnung an die Evaluationsstruktur von Donabedian (1966) auch fachlich gegeben. Durch die multidisziplinäre Beteiligung bei der Modellentwicklung ist eine erste Plausibilitätsprüfung des NAAM erfolgt.

Das NAAM umfasst drei Ebenen, elf Kategorien und 35 Aspekte<sup>1</sup> (Abb. 1). Es bietet damit einen strukturierten Ansatz, um den Nutzen von AT für pflegebedürftige Menschen zu identifizieren, zu beschreiben und (neues) Wissen darüber zu generieren. Die Definition von Nutzen schließt neben dem pflegebezogenen Nutzen (individuelle Ebene) auch weitere Nutzenaspekte im Sinne von „positiven Versorgungseffekten“ (in Anlehnung an das DVG), wie strukturelle und organisatorische, prozess- und ressourcenbezogene (Struktur- und Prozessebene) sowie soziale und ethische Effekte (Nutzungsbedingungen), ein.

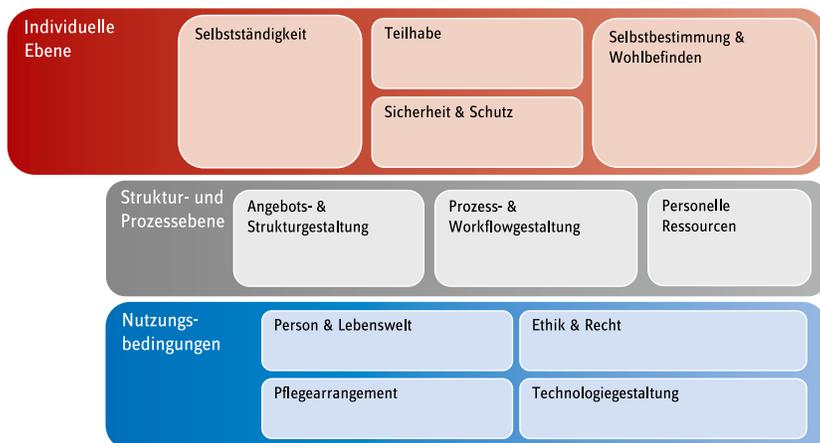


Abb. 1: Schematische Darstellung des NAAM

Das NAAM ist nicht zu verwechseln mit einer „Checkliste“ von Kriterien, die erfüllt sein müssen, um den betriebswirtschaftlichen Nutzen einer AT zu beziffern oder diese in das HMV aufzunehmen.

Mit dem NAAM steht die pflegebedürftige Person im Mittelpunkt.

Die Beschreibung des Nutzens erfolgt entlang von drei Betrachtungsebenen:

Die (1) **individuelle Ebene** (Abb. 2) bezieht sich auf die pflegebedürftige Person und umfasst deren (mögliche) Ziele und Bedürfnisse. Diese können durch den Einsatz von AT unterstützt werden, um dadurch die Selbstständigkeit zu erhalten oder wiederzugewinnen. Mit dieser zentralen Modellebene wird dem Anspruch an Individualität von Zielen und Bedürfnissen pflegebedürftiger Menschen explizit Rechnung getragen.

<p><b>Kategorie: Selbstständigkeit</b></p> <p>Im Fokus stehen der Erhalt und die Wiedergewinnung von Selbstständigkeit wie z. B. der Mobilität und damit die Fähigkeiten pflegebedürftiger Menschen. Die Definition weiterer Aspekte erfolgt in Anlehnung an das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit.</p>	<p><b>Kategorie: Sicherheit &amp; Schutz</b></p> <p>Umfasst pflegerelevante und technische Aspekte, die, wenn sie nicht gewährleistet sind, mit Risiken für die pflegebedürftige Person verbunden sein und unter Umständen schwere individuelle Schäden hervorrufen können (z. B. Pflegerisiken wie Dekubitus). Sie beschreibt auch das Vertrautsein mit der sozialen oder technischen Umgebung.</p>
<p><b>Kategorie: Teilhabe</b></p> <p>Schließt Anforderungen an die soziale Einbindung einer Person in eine Gemeinschaft ein, z. B. in außerhäusliche und kulturelle Aktivitäten. Für pflegebedürftige Personen bedeutet dies, dass ihnen Zugänge, Rechte und Güter gewährt werden, die es ermöglichen, in der Gemeinschaft mit anderen Menschen leben zu können.</p>	<p><b>Kategorie: Selbstbestimmung &amp; Wohlbefinden</b></p> <p>Betrifft die Einbeziehung der Perspektive pflegebedürftiger Personen durch Selbstberichte in die Nutzenbewertung und die Erfassung der subjektiven Pflegequalität (z. B. subjektiver Gesundheitszustand). Körperliche, psychische, soziokulturelle sowie spirituelle Aspekte werden betrachtet.</p>

Abb. 2: Beschreibung der individuellen Ebene

Die (2) **Struktur- und Prozessebene** (Abb. 3) umfasst Kategorien und Aspekte, die die Wirkung von AT auf Prozesse und Strukturen betrachtet. Damit werden Ziele zusammengefasst, die in Bezug auf die Gestaltung der pflegerischen Versorgung einen Mehrwert darstellen können.

<p><b>Kategorie:</b> <b>Angebots- &amp; Strukturgestaltung</b></p> <p>Adressiert Maßnahmen, die den Erhalt und die Ermöglichung pflegerischer Versorgung betreffen (z. B. Zugang zur Versorgung), und den Vergleich von AT, um auch deren Alleinstellungsmerkmal hinsichtlich einer individuellen, bedarfsgerechten Versorgung darzulegen.</p>	<p><b>Kategorie:</b> <b>Prozess- &amp; Workflowgestaltung</b></p> <p>Adressiert alle Maßnahmen, die im Laufe der pflegerischen Versorgung unter Berücksichtigung der individuellen Bedarfe ergriffen werden, sowie deren Organisation und Abstimmung aufeinander (z. B. Planung und Bewertung von Pflegeprozessen).</p>
<p><b>Kategorie:</b> <b>Personelle Ressourcen</b></p> <p>Komplementär zur Wirkung von AT auf pflegebedürftige Personen wird die Wirkung auf beruflich Pflegende bzw. pflegende Angehörige adressiert. Dazu zählen Be- und Entlastungseffekte im konkreten Pflegearrangement, ihr Wohlbefinden und ihre Lebensqualität sowie Effekte auf Anforderungen und Kompetenzen.</p>	

Abb. 3: Beschreibung der Struktur- und Prozessebene

Die (3) **Nutzungsbedingungen** (Abb. 4) umfassen Kategorien und Aspekte, die beeinflussen, ob sich der potenzielle Nutzen einer AT entfalten kann. Im Fokus stehen Bedingungen der individuellen Ebene und die Frage, welche dieser Bedingungen beeinflussen, ob eine AT einen individuellen Nutzen entfaltet.

<p><b>Kategorie:</b> <b>Person &amp; Lebenswelt</b></p> <p>Umfasst Aspekte, die sich sowohl auf die pflege- und gesundheitspezifische Situation einer Person (z. B. Pflege- und Gesundheitslage) beziehen als auch auf ihre Technikkompetenz und sozioökonomische Lage.</p>	<p><b>Kategorie:</b> <b>Pflegearrangement</b></p> <p>Umfasst pflegebezogene Aspekte, die sich auf die konkrete Wohnsituation (z. B. Wohnkonstellation und Einbindung im Sozialraum) und Versorgungskonstellation beziehen. Sie beschreibt auch, inwiefern die nötige technische Infrastruktur vorhanden ist, um AT in einem Pflegearrangement überhaupt zu nutzen.</p>
<p><b>Kategorie:</b> <b>Technologiegestaltung</b></p> <p>Beschreibt den Charakter und die Güte einer AT. Sie umfasst ex post prüfbare Kriterien (z. B. Gebrauchstauglichkeit) und den Aspekt der „partizipativen Entwicklung“, der sich auf die Genese einer Technologie bezieht.</p>	<p><b>Kategorie:</b> <b>Ethik &amp; Recht</b></p> <p>Nimmt den gesellschaftlichen Diskurs um AT in den Blick und umfasst Aspekte zur Beschreibung sozialer und ethischer Faktoren (z. B. Ethik und kulturelle Wertvorstellungen).</p>

Abb. 4: Beschreibung der Nutzungsbedingungen

Das NAAM ist anwendbar auf unterschiedliche AT und Personengruppen mit Pflegebedarf. Es ist als Evaluations- und Reflexionsansatz für Forschende und interdisziplinäre Gruppen von Anwenderinnen und Anwendern sowie Akteure aus Wirtschaft, Pflegepraxis und Politik zu verstehen. Das NAAM kann nicht nur zur Bewertung von AT, die bereits käuflich erwerbbar sind, zum Einsatz kommen, sondern auch bei der Entwicklung von Studiendesigns zur Nutzenerhebung oder Ideenfindung für die Gestaltung neuer AT.

Für eine strukturierte Nutzenbetrachtung auf Basis des NAAM empfiehlt sich die Untersuchung und Beschreibung aller Ebenen anhand der Kategorien. Die Auswahl der relevanten Kategorien auf der individuellen Ebene erfolgt bezogen auf die Zielsetzung, die mit der AT verfolgt wird.

Mögliche Zusammenhänge zwischen Nutzenaspekten der drei Ebenen sowie zwischen den Ebenen standen bislang nicht im Zentrum der Analysearbeit. Die Gesamtschau der Aspekte ermöglicht es, über diese Zusammenhänge systematisch zu reflektieren.

### **NAAM im Kontext von Evaluationsstandards und -methoden**

Der pflegebezogene bzw. medizinische Nutzen von AT für die adressierte Zielgruppe ist bedeutsam und entsprechend nachzuweisen, z. B. im Hinblick auf deren Vergütungsfähigkeit. Die Bewertung von Technologien und deren Effekten im Gesundheitswesen erfolgt seit über 50 Jahren z. B. im Rahmen der (Medizin-) Technikfolgenabschätzung (TA) und des Health Technology Assessment (HTA).

Treiber für die Weiterentwicklung von Bewertungsstandards und -methoden ist neben der dynamischen Entwicklung neuer Technologien und deren Anwendungspotenzialen im Gesundheits- und Pflegebereich auch die Weiterentwicklung von Pflegekonzepten, die durch eine ausgewiesene Fachlichkeit, personenzentriertes und ethisches Handeln geprägt sind. Plastizitäts- und Resilienz Aspekte Pflegebedürftiger ebenso wie Werte- und Sinnaspekte finden dabei zunehmend Anerkennung, mit Herausforderungen für die Umsetzung in der Pflegepraxis (Kruse et al., 2019).

In Deutschland fördern Vorhaben wie die Fortschreibung des HVM und die erforderliche Definition und Operationalisierung „positiver Versorgungseffekte“ im Rahmen des DVG eine intensive Auseinandersetzung mit Nutzenbewertung und Evaluation. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz - DVPMG) wird sich diese künftig auch bezogen auf den pflegerischen Nutzen vertiefen.

---

Auch international entwickelt sich das Thema weiter, wie das veröffentlichte „Evidence Standards Framework for Digital Health Technologies (NICE)“ in Großbritannien in der Zusammenarbeit verschiedener Partner zeigt. Der Ansatz legt Evidenzstandards für die klinischen und die wirtschaftlichen Auswirkungen neuer digitaler Gesundheitsanwendungen fest und weist darauf hin, welche Evidenz für deren Einsatz benötigt wird.

Die folgende Übersicht stellt dem beschriebenen NAAM-Ansatz das NICE-Framework zur Bewertung von technischen Systemen im Gesundheitswesen gegenüber (Abb. 5). Zusätzlich wird zu Vergleichszwecken der HTA-Prozess abgebildet. Laut der Bundesärztekammer wird unter dem HTA „üblicherweise die systematische, evidenzbasierte Bewertung medizinischer Verfahren und Technologien im Hinblick auf deren Effekte auf die Gesundheitsversorgung verstanden. Die Dimensionen der Bewertung können dabei über den bloßen medizinischen Nutzen hinausgehen und auch ökonomische, ethische, soziale sowie weitere Auswirkungen berücksichtigen.“<sup>2</sup> Während die Bewertung von AT im Rahmen des HTA zu den etablierten Bewertungsschemata zählt, jedoch nicht auf die Bewertung von (digitalen) AT in der Pflege fokussiert, sondern auch Arzneimittel und andere Interventionen einschließt, stellen NAAM und NICE neuere Ansätze mit explizitem Bezug zu digitalen AT dar.

---

2 Vgl. <https://www.bundesaeztekammer.de/aerzte/qualitaetssicherung/health-technology-assessment/>, Abruf am 21.03.2021.

	<b>Bewertung (Bestandteile)</b>	<b>Adressaten</b>	<b>Geltungsbereich und Methodik</b>	<b>Alleinstellungsmerkmale</b>
<b>NAAM (08/18-03/19)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewertung von digitalen AT für Pflegebedürftige</li> <li>• individueller pflegebezogener Nutzen</li> <li>• struktureller und organisatorischer, prozess- und ressourcenbezogener Nutzen</li> <li>• soziale und ethische Effekte</li> <li>• Parameter für die Kosten-Nutzen-Bewertung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forschungsfördernde</li> <li>• Forschende</li> <li>• Evaluierende</li> <li>• Politische Entscheidungstragende</li> <li>• Technologieentwickelnde</li> </ul>	<p><b>Geltungsbereich:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• deutsche Pflegeversicherung</li> <li>• Pflegetechnologien</li> <li>• Pflegebedürftige</li> </ul> <p><b>Methodik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 feldbasierte Fallstudien</li> <li>• Expertenbeteiligung</li> <li>• desktopbasierte Analyse von 145 Studien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pflegebezogener Nutzen, Perspektive Pflegebedürftiger</li> <li>• Kategorisierung und Aspekte als Grundlage für Operationalisierung</li> <li>• strukturierte Betrachtung von Nutzungsbedingungen</li> <li>• adressiert Anforderung komplexer Interventionen</li> <li>• technologieoffen</li> </ul>
<b>Evidence Standards Framework for Digital Health Tech (NICE, 06/18-02/19)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewertung von digitalen Gesundheitstechnologien</li> <li>• Kriterien und Evidenzlevel für Wirksamkeit</li> <li>• Kriterien und Evidenzlevel für wirtschaftliche Auswirkungen</li> <li>• unterstützende Ressourcen (Fallstudien und Methoden)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Technologieentwickelnde</li> <li>• Entscheidungstragende</li> </ul>	<p><b>Geltungsbereich:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• britisches Gesundheits- und Pflegesystem</li> <li>• bestimmte Gesundheitstechnologien</li> <li>• alle Personen</li> </ul> <p><b>Methodik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 15 + 5 herstellerbasierte Fallstudien</li> <li>• Beteiligung von Interessengruppen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• medizinischer Nutzen</li> <li>• explizite Adressierung künstlicher Intelligenz, statischer/adaptiver Algorithmen</li> <li>• funktionsorientierter Technikfokus</li> <li>• zielgruppenoffen</li> <li>• Evidenzlevel sind kumulativ</li> </ul>
<b>Zum Vergleich:</b>				
<b>Health Technology Assessment (HTA, erstmals 1972)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewertung von Arzneimitteln, Technologien, Interventionen</li> <li>• Sammeln verfügbarer externer Evidenz und kritischer Bewertung</li> <li>• klinische und relative Wirksamkeit</li> <li>• wirtschaftliche Bewertung und Wirksamkeit, Budgetauswirkungen, innovative Eigenschaften</li> <li>• ethische und soziale Wirkung</li> <li>• Bewertung: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen</li> <li>• Entscheidung: Gemeinsamer Bundesausschuss</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• politisch Entscheidungstragende</li> <li>• Praxis</li> </ul>	<p><b>Geltungsbereich:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• international, anerkannter Standard</li> <li>• Gesundheitstechnologien und Interventionen</li> </ul> <p><b>Methodik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• i. d. R. Bewertung von Technologien, die schon eingesetzt werden, nicht zukünftige Technologien, keine Innovationen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prozess der Evidenzfindung und -konsolidierung,</li> <li>• multidisziplinäres Vorgehen</li> <li>• Fokus Arzneimittel</li> </ul>

Abb. 5: NAAM und NICE im Vergleich

Die Anwendung digitaler AT ist vielfach mit hohen Erwartungshaltungen verbunden, die sich aktuell vergleichbar auf die Nutzenermittlung übertragen. Im Idealfall soll diese spezifisch und valide, einfach und akzeptiert sowie effektiv, schnell und kostengünstig realisierbar sein. Beide Frameworks NICE und NAAM verweisen über sich hinaus auf ein erforderliches Erwartungsmanagement, denn beide Ansätze berufen sich erkennbar auf die Bedeutung der Evidenzgenerierung im Rahmen von randomisierten kontrollierten Studien (RCTs).

---

Ein zentraler Unterschied von NAAM und NICE liegt in dem Anwendungsgebiet. Fokussiert NICE neue digitale Gesundheitstechnologien allgemein, adressiert NAAM die Anwendung von AT für Pflegebedürftige. Damit steht dem technik- bzw. funktionenorientierten Ansatz aus Großbritannien ein personenzentrierter Ansatz aus Deutschland gegenüber.

Digitale AT sowie Strukturen und Prozesse beeinflussen sich gegenseitig, sodass die Nutzenbetrachtung von kontext- und organisationsbezogenen Aspekten (z. B. Struktur, Prozess, Qualifikation, Ressourcen) relevant ist. Dieser Komplexität trägt das NAAM- im Vergleich zum NICE-Framework Rechnung. Auch die Bedingungen, unter denen AT zum Einsatz kommen, können mit dem NAAM strukturierter erfasst und bewertet werden (Ebene: Nutzungsbedingungen). Das NICE hingegen umfasst mit der Festlegung von Evidenzstandards, die sich aus dem Verhältnis von Funktionalität, Eingriffstiefe einer digitalen Anwendung (z. B. Information, Monitoring oder Verhaltensbeeinflussung) und ihrer Risikoeinordnung ergeben, wichtige Bestandteile, die im NAAM nicht explizit verankert sind.

Die Fokussierung des NAAM auf die Nutzenbeschreibung für pflegebedürftige Menschen ermöglicht es, eine kategorienbasierte Struktur für zu definierende Outcomes zu nutzen, einschließlich solcher, die im Sinne von PRO von Pflegebedürftigen selbstberichtet werden. Diese Kategorisierung sowie deren Erweiterung durch die ersten beiden Kategorien der Struktur- und Prozessebene des NAAM bieten eine Strukturierungsoption. Damit kann sie im Sinne eines Registers verfügbarer AT für Pflegebedürftige genutzt werden. Mit dem NICE erfolgt diese Strukturierung anhand der Funktionen der technischen Systeme.

Anhand der identifizierten Unterschiede wird deutlich, dass eine komplementäre Anwendung von NAAM und NICE nach weiterer Analyse denkbar und sinnvoll erscheint.

### **Denkanstöße und offene Punkte: methodische Ansätze zwischen erforderlichem Anspruch und sinnvollem Pragmatismus**

Die Beforschung und Entwicklung von AT erfolgt in der Spannungstria von dynamischer Technologieentwicklung, erforderlichem (evidenzbasiertem) Nutznachweis und fehlenden Vergütungsstrukturen. Bisher ist die Evidenzbasierung des Nutzens von AT für Pflegebedürftige eher die Ausnahme. Um zu einer Verbesserung dieser Situation beizutragen, sind ausgehend von den Erkenntnissen der Studie von Lutze et al. (2019), die diesem Beitrag zugrunde liegt, und der hier erfolgten vergleichenden Analyse des NAAM- und NICE-Frameworks folgende Themen von besonderer Relevanz:

### **Operationalisierung der Aspekte des pflege-, struktur- und prozessbezogenen Nutzens**

Entsprechend den Erkenntnissen zur Nutzenlandschaft in Lutze et al. (2019) (vgl. Erkenntnisse zum Nutzen von AT für Pflegebedürftige) erfolgt die Operationalisierung der pflegerischen Effekte heterogen und lückenhaft, sodass Aussagen über die Wirkung und den Nutzen der AT nicht (abschließend) getroffen werden können. Ein Spektrum von Aspekten für die strukturierte Identifikation von Endpunkten zur Messung des pflegebezogenen Nutzens zeigt die individuelle Ebene des NAAM auf. Organisations-, struktur- und prozess- sowie ressourcenbezogene Nutzenparameter können auf der Grundlage der anderen beiden Ebenen beschrieben werden. Die pflegerischen Leitlinien und Standards<sup>3</sup> (z. B. Mobilität) können mit den enthaltenen Aussagen zu Evidenzen hierfür geeignete Anknüpfungspunkte bieten.

### **Interdisziplinarität und Kapazitätsaufbau für kompetente Methodennutzung**

Zwar sind die analysierten Studien zum Nutzen von AT interdisziplinär geprägt. Diese Vielfalt spiegelt sich jedoch nur punktuell im Studiendesign wider.

Die komplexen Anforderungen Pflegebedürftiger und des Umfeldes, in dem AT zur Anwendung kommen sollen, kombiniert mit der möglichen Komplexität von AT (z. B. Bündelung verschiedener Funktionen, Anforderung an Technologiereife, kurzlebige bzw. iterative Entwicklungszyklen), ziehen nach sich, dass geeignete Methoden im Rahmen komplexer Interventionsforschung Anwendung finden und entwickelt werden müssen. Dem Zielkonflikt resultierend aus einem hohen Evidenzgrad und der Minimierung des Zeitaufwands der Nutzenbewertung muss dabei begegnet werden.

Entwicklungsfelder bestehen in der Stärkung der inter- bzw. transdisziplinären Methodenentwicklung. Im Gesundheitsbereich werden RCTs vielfach im Kontext von medizinischen Studien durchgeführt. Das verhältnismäßig junge Forschungsfeld der digitalen AT für Pflegebedürftige kann durch die Kooperation unterschiedlicher Disziplinen von Methoden und Modellen anderer Fachrichtungen profitieren. Beispielsweise bieten bestehende Arbeitssystemmodelle (Carayon, 2006) des Bereichs „Human Factors“ Ansätze, komplexe Situationen zu beschreiben und zu untersuchen.

Dazu zählt auch die Verknüpfung menschenzentrierter und partizipativer Technologieentwicklungsansätze mit Methoden der Pflegeforschung. Agile Untersuchungsdesigns, die Veränderung und Modifikation integrieren, stehen zunächst im Widerspruch zu RCTs, denen feststehende Studiendesigns und -protokolle zugrunde liegen. Adaptive Studiendesigns (Mühlbacher und Juhnke, 2016), die absehbare Veränderungen konkret einplanen (z. B. Stichproben, Anpassung der AT oder der

---

Endpunkte), bieten hier einen möglichen Ansatz. Sie ermöglichen den Umgang mit einer fragmentierten Nutzen- und Evidenzlage.

Darüber hinaus sind Weiterentwicklungen in folgenden Bereichen zu adressieren:

- Datenerhebung und -strukturen (z. B. innovative Erhebungsdesigns und Nutzung von digitalen Real-World-Data),
- experimentelle Designs zur Minimierung von Wechselwirkungen und Streuverlusten zur Umsetzung von Studien unter realen Bedingungen,
- Transparenz (z. B. Studien- und Evidenzregister, Replikationen und Datenpublikationen),
- Skalierbarkeit (Evidenzsynthese, Monitoring-Systeme und Kostenerhebung).

Dafür ist der Kapazitätsaufbau bei Nachwuchswissenschaftlerinnen und Nachwuchswissenschaftlern sowie Entscheidungsträgern aus Praxis und Politik ebenso wie bei Herstellern gleichermaßen wichtig. Dieser bezieht sich einerseits auf die Anwendung und Entwicklung von Evaluationsmethoden und Instrumenten sowie die Einordnung erhobener Studienergebnisse und Evidenzen, z. B. durch die Förderung einer entsprechenden Forschungsinfrastruktur. Andererseits bedarf es gut organisierter Unterstützungsstrukturen für Hersteller von AT, um den umfangreichen Anforderungen der Erbringung von Nutzenbelegen gerecht werden zu können<sup>4</sup>.

### **Partizipation von der Zieldefinition bis zur Einführung von AT**

Die konsequente Beteiligung von pflegebedürftigen Menschen, Pflegenden und weiteren relevanten Akteuren des Pflegesettings wird vielfach gefordert, ist aber noch nicht gängige Praxis, wie die Analyse der 145 Studien zeigt. Interviewbasierte Bedarfsanalysen und die Bewertung der Gebrauchstauglichkeit stehen für eine punktuelle Einbindung. Eine Beteiligung der Anspruchsgruppen über alle Phasen der Forschung bis hin zur Technikintegration im Wohnumfeld/Pflegesetting ist künftig erstrebenswert. Die Begleitung von fünf Fallstudien verdeutlicht, dass Partizipationsmethoden zunehmend Anwendung finden, aber auch weiterentwickelt werden müssen. Dafür sind entsprechende Ressourcen vorzusehen. Ein Vorbild für eine institutionelle Verankerung partizipativen Vorgehens bietet das britische National Institute for Health Research mit der INVOLVE Initiative<sup>5</sup>.

In diesem Zusammenhang sei erneut explizit auf die hohe Relevanz selbstberichteter Effekte durch pflegebedürftige Menschen im Rahmen der Nutzenermittlung von AT

---

4 NICE bietet als Teil eines Netzwerks Entwicklern ein Gesamtpaket (medizin-)technischer Beratung an, die über den Entwicklungszyklus – von Standortbestimmung bis hin zu Studiendesign und Auswertung – Unterstützung bietet. Vgl. <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/life-sciences/scientific-advice>, Abruf am 01.03.2020.

5 Vgl. <https://www.invo.org.uk/about-involve/>, Abruf am 21.03.2021.

verwiesen, die das NAAM integriert, u. a. mit der Kategorie „Selbstbestimmung & Wohlbefinden“ auf der individuellen Ebene. Auch Hinweise über die Zufriedenheit und Akzeptanz (Ebene: Nutzungsbedingungen) können so ermittelt werden. Diese Selbstberichte können im Sinne einer „gestuften Evidenzerbringung“ (z. B. in adaptiven Studiendesigns) einbezogen werden.

**Technologiereife und Kenntnisse über Wirksamkeiten ins Verhältnis setzen**

Die hohe Zahl unterschiedlicher AT für pflegebedürftige Menschen in Forschungsprojekten und deren vergleichsweise geringe Marktdurchdringung provozieren die Frage, in welchen Bereichen in absehbarer Zeit stärkere Evidenzen für Nutzenbelege zu erwarten sind. Hier bietet es sich an, die vorliegenden Informationen zur Wirksamkeitslage und zum Entwicklungsstand der AT pragmatisch ins Verhältnis zu setzen und diese als Handlungsimpulse aufzugreifen. Die folgende Übersicht fasst im Rahmen der Studie identifizierte AT zusammen, deren Entwicklung fortgeschritten ist und für die Indizien für einen Nutzen vorliegen (Abb. 6).

AT mit fortgeschrittenem Entwicklungsstand	Aspekt	Wirksamkeitslage (Nutzen/Handlungsfeld)
Spielbasierte AT für das Mobilitätstraining	Mobilität	Ein Beitrag zur Stärkung der Beweglichkeit, z. B. Gang und Standsicherheit, kann vielfach aufgezeigt werden. Die Evidenz erhärtet sich und die Erprobung kann ausgeweitet werden.
App-basierte Therapieangebote, z. B. Erinnerungs- und Biografiearbeit  Unterstützte Kommunikation durch Telepräsenz (-Robotik)	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	Erinnerungs- und Biografiearbeit wird unabhängig von verfügbaren Technologien eingesetzt. Die Umsetzung mithilfe von AT bietet Potenzial für eine Individualisierung der Inhalte und eine unterstützende Einbettung in Pflege- und Betreuungsprozesse.  Telepräsenz ist bei verfügbarer Internetanbindung bereits realisierbar. Indizien für Unterstützungspotenziale bei der Kommunikation und Alltagsgestaltung liegen narrativ vor und sollten vertieft werden.
Kommunikations- und Unterstützungsplattformen	Soziale Kontakte	Teilhabe ist zentral bei Pflegebedürftigkeit. Die Operationalisierung ist bislang intransparent und muss stärker berücksichtigt werden. Die Verknüpfung bzw. Einbettung digitaler Angebote in soziale Strukturen und Netzwerke ist verstärkt in den Blick zu nehmen. Die anschließende Erprobung ist sinnvoll.
Notfallsysteme sind vielfach marktreif und kommen trotz fehlender Nutzenbelege bereits zur Anwendung (subjektiver Nutzen).	Notfälle	Hinweise auf die Stärkung des Sicherheitsgefühls und der Förderung des Fähigkeitserhalts liegen vor. Eine Operationalisierung ist erforderlich. Über die Sensorik ist die Erfassung von Bewegungsdaten etc. möglich. Die Erprobung ist sinnvoll.
AT, die Dekubitus adressieren, sind verfügbar.	Pflegerisiken	Prävention ist für Pflegebedürftige zentral. Die Erprobung ist daher sinnvoll. Existierende Projekte sollten einbezogen werden (z. B. Pflegepraxiszentren, PPZ <sup>6</sup> ).

Abb. 6: AT mit fortgeschrittenem Entwicklungsstand

6 In vier Pflegepraxiszentren in Hannover, Freiburg, Nürnberg und Berlin wird der Einsatz moderner Technologien in der pflegerischen Versorgung erprobt. Die PPZ sind in klinischen, stationären und ambulanten Pflegebereichen bestehender Einrichtungen angesiedelt. Vgl. <https://www.cluster-zukunft-der-pflege.de>, Abruf am 21.03.2021.

### **Kostenerstattung für AT mit Nutznachweis**

Damit pflegebedürftige Menschen von nützlichen AT profitieren können, ist in Verbindung mit dem Nutznachweis eine Kostenübernahme durch Sozialversicherungsträger erforderlich. Die Validierung des NAAM innerhalb von fünf multiprofessionellen Fallstudien unterstreicht, dass trotz des (potenziellen) Nutzens keines der fünf Projekte ein Finanzierungsmodell oder einen Erstattungsansatz bieten kann. In den bisherigen Diskussionen dazu wird neben Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes (§ 40 Abs.4 SGB XI) die Erstattung im Rahmen des HMV erörtert. Aktuelle gesetzliche Regelungen erlauben keine eindeutige Beantwortung der Frage, ob digitale AT als Leistung der Kranken- bzw. Pflegeversicherung erstattungsfähig sind (Dierks et al., 2019). Schwierigkeiten bei der Abgrenzung von Hilfsmitteln mit pflegerischem Nutzen und allgemeinen Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens können durch die kriteriengeleitete, strukturierte Nutzenermittlung minimiert werden. In der Folge kann möglichen aufwendigen gerichtlichen Einzelfallentscheidungen begegnet werden (Thyrolf, 2013). Zur Beantwortung der Frage wäre neben rechtlichen Anpassungen (Dierks et al., 2019) eine ökonomische bzw. Kosten-Nutzen-Bewertung erforderlich. Im Hinblick auf eine werteorientierte Pflege („value-based care“) wird ferner die Frage nach künftigen Möglichkeiten der Vergütung von Qualität vor Quantität zu diskutieren sein, z. B. im Sinne einer „adaptiven“ Vergütung.

### Erkenntnisse auf einen Blick

- Das NAAM bietet einen strukturierten Rahmen für die Nutzenbeschreibung, dessen Anwendung in weiteren Fallstudien validiert werden sollte. Evidenzlevel und eine Kosten-Nutzen-Ermittlung sind weiter auszuarbeiten.
- Methoden z. B. der komplexen Interventionsforschung und Partizipation sollten verstärkt Anwendung finden und weiterentwickelt werden. Ein Blick über den Tellerrand in unterschiedliche Fachdisziplinen sowie die Qualifizierung des Nachwuchses in Wissenschaft, Politik und Industrie sind angezeigt.
- Die Definition geeigneter Outcomes ist für die Ermittlung des Nutzens für Pflegebedürftige sowie die Vergleichbarkeit von Studien und AT unerlässlich.
- Es bedarf einer transparenten Beschreibung der Studiendesigns und der Implementierung von AT anhand von Reporting-Standards.
- Der Nutzen ist mehr als die Wirksamkeit einer AT. Eine systemische Nutzenbetrachtung schließt wie das NAAM das unmittelbare Umfeld und somit das Pflegesetting sowie die Perspektive Pflegenden ein. Die Einbettung von AT in (neue) Pflegeprozesse und soziale Strukturen ist zentral.
- Urteile von Expertinnen und Experten sowie Pflegebedürftigen fallen häufig unterschiedlich aus. Bei der Nutzenermittlung ist die individuelle Perspektive von Pflegebedürftigen entsprechend zu erheben.
- Um AT zielorientiert in die Versorgungsstrukturen Pflegebedürftiger zu integrieren, bietet es sich an, vorliegende Informationen zur Wirksamkeitslage und zum Entwicklungsstand der AT pragmatisch ins Verhältnis zu setzen und diese als Handlungsimpulse für Studien zur Nutzenermittlung unter realen Bedingungen aufzugreifen.

### Literatur

- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2019). Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation: (Digitale-Versorgung-Gesetz - DVG). Vom 9. Dezember 2019 (Jahrgang 2019 Teil I Nr. 49). Bonn. Verfügbar unter [http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBI&jumpTo=bgbl119s2562.pdf](http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl119s2562.pdf) (Abruf am 30.03.2021).
- Carayon, P. (2006). Human factors of complex sociotechnical systems. *Applied ergonomics*, 37 (4), 525-535. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2006.04.011>
- Dierks, C., Retter, S., Pirk, J. (2019). Rechtsgutachten: Möglichkeiten der Kostenerstattung technischer Assistenzsysteme (AAL) für pflegebedürftige Verbraucherinnen und Verbraucher nach geltendem Recht sowie Entwicklung von konkreten Handlungsempfehlungen. Berlin. Verfügbar unter <https://www.dierks.company/>

- wp-content/uploads/20200211\_01340\_Rechtsgutachten-AAL.pdf#%5B%7B%22num%22%3A145%2C%22gen%22%3A0%7D%2C%7B%22name%22%3A%22XYZ%22%7D%2C68%2C499%2C0%5D (Abruf am 01.03.2021).
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund quarterly*, 44 (3, 2), 166-203.
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2019). 2. Bericht des GKV-Spitzenverbandes zur Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses: gemäß § 139 Absatz 9 Satz 3 SGB V. Berichtszeitraum: 01.03.2018 - 31.12.2018. Berlin. Verfügbar unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/hilfsmittel/fortschreibungen\\_aktuell/20190226\\_2\\_Hilfsmittelfortschreibungsbericht\\_GKV-SV.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hilfsmittel/fortschreibungen_aktuell/20190226_2_Hilfsmittelfortschreibungsbericht_GKV-SV.pdf) (Abruf am 01.03.2021).
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Hrsg.). (2017). *Allgemeine Methoden: Version 5.0 vom 10.07.2017*. Köln.
- Kruse, A., Thaiss, H. M., Rohde, T. (2019). Das Potenzial von Prävention und Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Pflegeeinrichtung [The potential of prevention and health promotion in the lifeworld care facility]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 62 (3), 235-237. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-02911-3>
- Lutze, M., Glock, G., Stubbe, J., Paulicke, D. (2019). Digitalisierung und Pflegebedürftigkeit - Nutzen und Potenziale von Assistenztechnologien. GKV-Spitzenverband (Hrsg.) *Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung*, Band 15. Hürth: CW Haarfeld GmbH.
- McCreadie, C., Tinker, A. The acceptability of assistive technology to older people (1), 91-110. <https://doi.org/10.1017/S0144686X0400248X>
- McCreadie, C., Tinker, A. (2005). The acceptability of assistive technology to older people. *Ageing and Society*, 25 (01), 91-110. <https://doi.org/10.1017/S0144686X0400248X>
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (Hrsg.). (2017). Die Selbstständigkeit als neues Maß der Pflegebedürftigkeit: Das Neue Begutachtungsinstrument der Sozialen Pflegeversicherung. Verfügbar unter [https://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/Fachinfo\\_PSG\\_II\\_01.pdf](https://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/Fachinfo_PSG_II_01.pdf) (Abruf am 01.03.2021).
- Mühlbacher, A., Juhnke, C. (2016). *Adaptive Nutzenbewertung für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Klassen: Die Abwägung von Patientennutzen, Evidenz und Zugang*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Thyrolf, A. (2013). *Ambient Assisted Living: Möglichkeiten, Grenzen und Voraussetzungen einer gerechten Verteilung altersgerechter Assistenzsysteme* (Schriftenreihe Medizin-Ethik-Recht Nr. 45). Halle. Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg, Interdisziplinäres Zentrum Medizin-Ethik-Recht (MER). Verfügbar unter <https://repository.publisso.de/resource/fri:5354396-1/data> (Abruf am 01.03.2021).

- Waschkau, A., Allner, R., Fischer, S., Steinhäuser, J. (2018). Telemedizin in der Hausarztpraxis - Aspekte der Kommunikation. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 94 (1), 17-21.
- Zegelin, A., Meyer, G. (2018). Roboter gegen Personalengpässe in der Pflege? *Pflege*, 31 (2), 61-62. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000607>



Jeannette Winkelhage, Maria Radzimanowski

Mit der steigenden Anzahl pflegebedürftiger Menschen in unserer Gesellschaft gewinnen auch die Themen Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgaben der Pflege zunehmend an Bedeutung. Selbstverständlich sind Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung nicht erst relevant, wenn Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, sondern müssen in den gesamten Lebensverlauf integriert werden. Je nach Lebensphase und -situation sind jedoch deren Ziele und Möglichkeiten anders zu definieren und damit auch die Ansatzpunkte für zu entwickelnde Konzepte. Im Fokus der Pflege stehen Maßnahmen, die dazu beitragen, a) den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder hinauszuzögern, b) eine Verschlechterung des Zustands der bzw. des Pflegebedürftigen zu verhindern sowie c) die verbliebenen Gesundheitspotenziale und -ressourcen trotz beeinträchtigter Gesundheit zu mobilisieren und zu stärken.

Prävention von Pflegebedürftigkeit ist auch im Kontext der Pflegeversicherung entsprechend § 5 SGB XI „Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation“ von zentraler Bedeutung. Gemäß dem dortigen Absatz 4 sollen die Pflegekassen darauf hinwirken, „dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen zur Prävention (...) eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden“. Auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit sollen „ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen in vollem Umfang“ eingesetzt werden, um „Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern“ (§ 5 Abs. 6 SGB XI). Für den stationären Bereich gibt es seit 2018 den „Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“, der die Pflegekassen dabei unterstützen soll, Konzepte zur Prävention und Gesundheitsförderung zu entwickeln und umzusetzen. Absatz 2 des § 5 SGB XI enthält außerdem finanzielle Vorgaben für die Wahrnehmung des Präventionsauftrages in stationären Pflegeeinrichtungen.

Im Pflegestärkungsgesetz II wurde ferner geregelt, dass im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit Präventionsbedarfe pflegebedürftiger Menschen dokumentiert und Empfehlungen für präventive Maßnahmen gegeben werden sollen. Auch Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sollen Pflegebedürftige im Rahmen ihrer Tätigkeit nach § 7a SGB XI über geeignete Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung informieren.

---

1 Der Leitfaden ist als Download verfügbar unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/praevention\\_selbsthilfe\\_beratung/praevention/praevention\\_leitfaden/Leitfaden\\_Praevention\\_komplett\\_P210177\\_2021\\_barrierefrei.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praevention_leitfaden/Leitfaden_Praevention_komplett_P210177_2021_barrierefrei.pdf)

Vor diesem Hintergrund sind Informationen über Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege und deren Wirkung von höchster Relevanz. Ebenso wichtig sind Kenntnisse über die Bedarfe sowie die vorhandenen präventiven und gesundheitsförderlichen Potenziale in speziellen Zielgruppen und in speziellen Pflegesettings. Denn nur so können u. a. im Rahmen der Pflegebegutachtung passgenaue Handlungsempfehlungen für entsprechende Angebote abgeleitet werden. Weiterhin bedarf es an Wissen über die Entstehung von Pflegebedarf, um frühzeitig und zielgerichtet Gesundheitspotenziale zu mobilisieren oder zu stärken. Dafür ist es notwendig, die Bedeutung und das Zusammenspiel unterschiedlicher gesundheitlicher Faktoren sowie sozialer und sozioökonomischer Komponenten für den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit bei verschiedenen Bevölkerungsgruppen zu verstehen.

Bislang gibt es jedoch für die Pflege – und hier insbesondere für den ambulanten Bereich – nur wenig Erkenntnisse über Präventionspotenziale in verschiedenen Zielgruppen oder die Wirkung präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen im Hinblick auf pflegerrelevante Parameter wie den Erhalt und die Förderung funktionaler Gesundheit und Selbstständigkeit. Im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI befassten sich drei Forschungsvorhaben damit, entsprechendes Wissen zu erarbeiten.

Mit der Studie „Bestandsaufnahme von zielgruppenspezifischen präventiven und gesundheitsförderlichen Bedarfen, Potenzialen und Interventionsmaßnahmen in der ambulanten Pflege“ sollten – zunächst für den ambulanten Bereich – aus der Gruppe der pflegebedürftigen Menschen jene identifiziert werden, die ein erhöhtes Risiko für eine Verschlechterung ihrer funktionalen Gesundheit haben. Für diese Zielgruppen sollte die Wirksamkeit präventiver und gesundheitsförderlicher Interventionsmaßnahmen bewertet werden. Die Ergebnisse der 2019 abgeschlossenen Studie<sup>2</sup> zeigen, dass keine eindeutigen Risikogruppen abzugrenzen sind. Potenziale für gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen sind vielmehr für alle Pflegebedürftigen unabhängig vom Krankheitsbild oder der Art der funktionalen Einschränkung vorhanden und sollten daher individuell und unter Berücksichtigung persönlicher Merkmale und Lebensumstände ermittelt werden. Im Beitrag von Frau Braeseke in diesem Band werden vor diesem Hintergrund Ansatzpunkte und konkrete Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in der ambulanten pflegerischen Versorgung vorgestellt sowie Lösungsvorschläge, wie Präventionspotenziale zukünftig besser auszuschöpfen sind.

---

2 Die Ergebnisse der Studie wurden im Band 16 der Schriftenreihe des GKV-Spitzenverbandes zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung veröffentlicht und sind auch als Download verfügbar unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service\\_1/publikationen/schriftenreihe/Schriftenreihe\\_Pflege\\_Band\\_16.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/schriftenreihe/Schriftenreihe_Pflege_Band_16.pdf)

---

Die von April 2018 bis April 2019 geförderte Studie „Präventive Versorgungsstrukturen für versorgende Angehörige von Menschen mit Demenz (PfADe)“<sup>3</sup> befasste sich mit der gesundheitlich sehr belasteten Gruppe der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz. Unter besonderer Berücksichtigung der sozialen Lage sollten für diese Zielgruppe präventive Bedarfe und Potenziale erfasst und lebensweltnahe Unterstützungsmaßnahmen innerhalb bestehender regionaler Versorgungs- und Beratungsstrukturen skizziert werden. In der Studie wurde dafür eine Typologie entwickelt, die typische Profile häuslicher Versorgungsarrangements aus versorgenden Angehörigen und ihren zu pflegenden Menschen mit Demenz auf Basis verschiedener persönlicher und sozialer Variablen abbildet. Daraus wurden dann die jeweils spezifische Belastungs- und Versorgungssituation sowie entsprechende Bedarfe für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention abgeleitet. Die Ergebnisse der Studie könnten genutzt werden, um passgenaue präventive und gesundheitsförderliche Angebote zu entwickeln und zu erproben. Denn bislang mangelt es an differenzierten Interventionsansätzen, die Versorgungsarrangements und spezifische Subgruppen von versorgenden Angehörigen adressieren, wie die Autorinnen und Autoren der Studie weiterhin feststellten.

Die von März 2018 bis September 2021 geförderte Studie „Gesundheitsverläufe im Alter: Wege in die Pflegebedürftigkeit“ befasste sich mit der Frage, wie Pflegebedarf entsteht. In diesem Zusammenhang wurden die Bedeutung und das Zusammenspiel unterschiedlicher gesundheitlicher, sozialer und sozioökonomischer Faktoren für den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit untersucht. Es sollten Personengruppen identifiziert werden, die ein erhöhtes Risiko für den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit aufweisen, sowie Maßnahmen, die den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit vermeiden bzw. verzögern können. Dafür wurden erstmals Längsschnittdaten des Deutschen Alterssurveys und Begutachtungsdaten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung gemeinsam analysiert. In dem Beitrag von Herrn Blüher und Kolleginnen und Kollegen werden Ergebnisse vorgestellt, welche Faktoren die funktionale Gesundheit fördern oder beeinträchtigen können und damit den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit möglicherweise beeinflussen.

Die Ergebnisse der drei Studien sollen dazu beitragen, die Entstehung und das Voranschreiten von Pflegebedürftigkeit besser zu verstehen. Sie sollen dabei unterstützen, gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen zu erarbeiten, die die funktionale Gesundheit verbessern und den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit bzw. eine Verschlechterung des Gesundheitszustands vermeiden oder zumindest verzögern können. Insgesamt gilt es, Präventionspotenziale besser zu erkennen und

---

3 Die Ergebnisse der Studie wurden auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes veröffentlicht und sind als Download verfügbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte\\_unterseiten/20201010\\_PfADe\\_Endbericht\\_homepage.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/20201010_PfADe_Endbericht_homepage.pdf)

---

## Prävention

auszuschöpfen und dabei die unterschiedlichen Bedarfe von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen in ihren jeweils spezifischen Lebenssituationen und -umgebungen zu berücksichtigen. Ziel sollte es sein, den Präventionsprozess in allen Pflegesettings weiter voranzubringen, dafür entsprechende Konzepte zu entwickeln und umzusetzen sowie verbindliche Regelungen zu treffen. Hier gibt es noch Handlungsbedarf - insbesondere im Bereich der ambulanten Pflege. Die Forschungsstelle Pflegeversicherung wird sich im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3 SGB XI insofern auch weiterhin mit diesem wichtigen Themenkomplex befassen und entsprechende Vorhaben fördern.

---

# Gesundheitsförderung und Prävention bei Pflegebedürftigkeit in der ambulanten Pflege

Grit Braeseke, Nina Lingott

## Hintergrund der Untersuchung und Relevanz für die Pflegeversicherung

Ende des Jahres 2018 waren in Deutschland laut amtlicher Statistik 3,9 Mio. Menschen pflegebedürftig (BMG, 2020, S. 1). Etwa 75 % der Pflegebedürftigen in Deutschland werden zu Hause betreut. Über die Hälfte aller Personen mit Pflegebedürftigkeit bezieht ausschließlich Pflegegeld und nimmt regelmäßig keine professionelle Hilfe in Anspruch. Rund ein Fünftel entscheidet sich für eine Kombination aus ambulanter Sachleistung und Pflegegeld, ein Viertel wird in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt (Tsiasioti et al., 2020, S. 263).

Der weitaus größte Anteil dieser Gruppe (85 %) ist 60 Jahre und älter (Statistisches Bundesamt, 2018; Schwinger et al., 2017). Aktuellen Berechnungen zufolge wird jeder zweite Mann und jede dritte Frau im Lebensverlauf pflegebedürftig. Das Alter ist hierfür die einflussreichste Determinante: Sind in der Altersgruppe der 60- bis 79-Jährigen nur ca. 3,5 % von Pflegebedürftigkeit betroffen, sind es bei den über 90-Jährigen mehr als 60 % (Blüher et al., 2017).

Auch im höheren Lebensalter bestehen Präventionspotenziale:

„Für viele physiologische Alterungsprozesse, die eine hohe so genannte Plastizität (Trainierbarkeit, Beeinflussbarkeit) aufweisen, besteht die Möglichkeit, den Alterungsprozess durch entsprechende Verhaltens-, Lebensweisen und Übungsprogramme hinauszuschieben“ (Walter, 2001).

Allerdings sind für diese Altersgruppe die Präventionsziele anders zu definieren als für die jüngeren Kohorten: Da ältere Menschen häufig bereits chronische Erkrankungen und/oder funktionale Einschränkungen haben, gilt es im Sinne der Tertiärprävention einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustands vorzubeugen bzw. eine solche hinauszuzögern. Weiterhin rücken infolge der Funktionsbeeinträchtigungen Ziele wie die Förderung der Teilhabe und die Verbesserung der Lebensqualität in den Vordergrund. Hier können Maßnahmen der Gesundheitsförderung ansetzen, indem z. B. die Betroffenen durch Information, Aufklärung und Edukation eine bessere Selbstmanagementfähigkeit erwerben und dadurch die Krankheitsbewältigung im Alltag besser gelingt (Szanton et al., 2015; Metzelthin et al., 2017).

Wie die Diskussion um den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff gezeigt hat, stehen bei pflegebedürftigen Personen nunmehr bereits dezidiert der Erhalt und die Förderung der Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Person als pflegerisches Versorgungsziel im Vordergrund: Selbstständigkeit im Alter ist Voraussetzung für einen möglichst langen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit - und dies ist für die meisten Älteren die bevorzugte Lebensform.

Auch aus Sicht einer effizienten Gesundheitsversorgung stellt eine weitestgehend ambulant erbrachte Leistung ein wirtschaftliches Potenzial dar. Dabei geht es um die Vermeidung von stationären Aufnahmen - sowohl ins Krankenhaus zur Akutversorgung als auch in ein Pflegeheim. „In diesem Zusammenhang spielen insbesondere die Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen, aber auch effektive Akutbehandlungen, Früherkennung und sonstige Primärprävention durch Verhaltensempfehlungen eine Rolle“ (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2018, S. 162).

Bereits im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit werden personenbezogene Potenziale und Ansatzpunkte für präventive und medizinisch-rehabilitative Maßnahmen von den MDK-Gutachterinnen und MDK-Gutachtern ermittelt. Rehabilitation ist eine der wesentlichen Maßnahmen der tertiären Prävention. Seit 2013 gibt es eine Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes zur Entwicklung der Umsetzung der Rehabilitationsempfehlungen. Den Berichten ist zu entnehmen, dass die Quote der Rehabilitationsempfehlungen bei Pflegebedürftigen bzw. Antragstellerinnen und Antragstellern jährlich angestiegen ist (von 0,4 % im Jahr 2013 auf 1,1 % im Jahr 2015). Allerdings münden nicht alle Rehabilitationsempfehlungen in einen Rehaantrag - 2015 gaben nur 49 % der Versicherten mit Rehabilitationsempfehlung dazu ihre Einwilligung (GKV-Spitzenverband, 2016, S. 4 ff.). Das zeigt, dass auf Experteneinschätzung fußende Rehabilitations- bzw. Präventionspotenziale noch nicht unmittelbar auf den Reha- bzw. Präventionsbedarf schließen lassen.

Entsprechend dem gesetzlich vorgegebenen Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation gemäß § 5 SGB XI haben Pflegekassen und weitere Leistungsträger „auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen in vollem Umfang einzusetzen und darauf hinzuwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern“. Auch sind sie dazu aufgefordert, sich an der nationalen Präventionsstrategie nach §§ 20d bis 20f zu beteiligen (§ 5 Abs. 5 SGB XI). Um diesem Auftrag gerecht zu werden, bedarf es evidenzbasierter Erkenntnisse zur Wirksamkeit präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen bei Pflegebedürftigen allgemein und spezifischen Risikogruppen im Besonderen. Eine entsprechende Bestandsaufnahme ambulanten Versorgung war Gegenstand einer Studie, auf deren Ergebnissen der

---

folgende Beitrag aufbaut.<sup>1</sup> Ziel war es, Potenziale der Gesundheitsförderung und Prävention bei ambulant versorgten Personen mit Pflegebedürftigkeit und entsprechend geeignete Interventionen zu identifizieren.

### **Wesentliche Ergebnisse zu Präventionspotenzialen von pflegebedürftigen Personen**

Ein Ausgangspunkt der Studie war die Annahme, dass sich bei den zu Hause versorgten pflegebedürftigen Personen Zielgruppen identifizieren lassen (z. B. nach Alter oder Erkrankung oder Art der Beeinträchtigung), die sich hinsichtlich ihres Präventionspotenzials/-bedarfs eindeutig unterscheiden. Solche Zielgruppen konnten weder anhand der Literaturanalyse noch auf Basis von MDK-Begutachtungsdaten oder von Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern des MDK und der ambulanten Pflege<sup>2</sup> gefunden werden. In einem Expertenworkshop im Rahmen des Projekts wurde dieses Ergebnis von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern bestätigt.

Diese Erkenntnis weist darauf hin, dass bis ins hohe Alter Potenziale zur Gesundheitsförderung und Prävention vorhanden sind, die auch nicht per se mit zunehmendem Alter sinken, und dass diese nur zu einem geringen Teil mit den zugrunde liegenden Erkrankungen assoziiert sind. Auch die Art der im Vordergrund stehenden funktionalen Beeinträchtigung hat, wie anhand von MDK-Daten gezeigt werden konnte, keinen maßgeblichen Einfluss. Ebenso stellen hohe Pflegegrade nicht a priori ein Hindernis für Präventionsmaßnahmen dar.

Das große Spektrum der im Verlaufe eines Lebens erworbenen Ressourcen und Risiken im Zusammenspiel mit den unterschiedlichen Lebensstilen und Umweltbedingungen der pflegebedürftigen Personen macht bei der Identifizierung der individuellen Bedarfe und der Auswahl von geeigneten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention, wie auch in der Pflege, einen personenzentrierten Ansatz (Kitwood, 1997) erforderlich. Im Kern bedeutet personenzentriertes Arbeiten, Lösungen **mit** den betroffenen Menschen zu suchen und nicht **für** sie.

Am Anfang steht daher zunächst das „Verstehen“ der pflegebedürftigen Person: Welche persönlichen Eigenarten, Wertvorstellungen und Wünsche hat der Mensch und welche Handlungsmöglichkeiten hat er angesichts seiner gesundheitlichen und sozialen Lage und seines Wohnumfeldes? Dieses belastbar zu eruieren und mit der betroffenen

---

1 Die Ergebnisse der Studie wurden im Band 16 der Schriftenreihe des GKV-Spitzenverbandes zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung veröffentlicht und sind auch als Download verfügbar unter: <https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte/modellprojekte.jsp>

2 Im Zuge der Bearbeitung der Thematik erfolgten eine systematische Literaturrecherche in Medline via PubMed, eine Auswertung von MDK-Begutachtungsdaten vom November 2017 und eine Analyse von zwölf qualitativen Einzelinterviews mit zwei Interviewgruppen (MDK-Gutachterinnen und MDK-Gutachter sowie Vertreterinnen und Vertreter der ambulanten Pflege).

Person und ihren Angehörigen gemeinsam einen für sie gangbaren Weg zur Stärkung der Selbstständigkeit zu finden, erfordert Zeit, Vertrauen und Fachkompetenz und ist nicht im Rahmen einer Pflegebegutachtung möglich. Es sollte daher anschließend an die Begutachtung als erster Schritt der Pflegeplanung erfolgen.

Mit Blick auf mögliche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention gilt es, ausgehend von dem mit der betroffenen Person gemeinsam definierten Ziel, zunächst zu ermitteln (ggf. mit geeigneten Assessment-Instrumenten), wo die entsprechenden Hemmnisse oder Defizite liegen (personen- oder umweltbezogen oder beides) und welche Fähigkeiten zu deren Überwindung gezielt trainiert werden müssen oder ob es andere Wege zum Ziel gibt. Je nach zu stärkender Körperfunktion oder zu überwindender Problemlage gibt es unterschiedliche Ansatzpunkte und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention, z. B. körperliche Aktivität, Ernährung, Stärkung kognitiver Ressourcen.

Risiken der Verschlechterung des Gesundheitszustands ergeben sich sowohl krankheitsbezogen als auch infolge bestimmter Lebensstile und Verhaltensweisen (Spuling et al., 2017, S. 147 f.; Lange und Finger, 2017, S. 12), die wiederum eng mit dem sozioökonomischen Status verbunden sind. Dabei treten meist mehrere Risiken gleichzeitig auf bzw. stellen die Ursache für andere Risiken dar. So kann z. B. Bewegungsmangel eine Folge von Erkrankungen sein (Arthrose, Lähmungen, Schwindel als Risiken für Bewegungsmangel) und gleichzeitig ein Risiko für den (weiteren) Verlust von Muskelmasse, was zu weiteren funktionellen Beeinträchtigungen und verringerten Aktivitäten führt (Rothgang et al., 2013; Fried et al., 2001).

Im hohen Alter und insbesondere bei Pflegebedarf liegen Risiken für eine gesundheitliche Verschlechterung weniger in einzelnen Krankheitsbildern oder funktionalen Beeinträchtigungen als im Auftreten komplexer geriatritypischer Konstellationen, wie sie mit dem Konzept von Frailty<sup>3</sup> beschrieben werden können (Fried et al., 2001). Da Pflegebedürftigkeit gemäß § 14 SGB XI, wie eine Untersuchung ergab, mit moderater bis schwerer Frailty (Frailty 2 und 3) gleichzusetzen ist, besteht für alle pflegebedürftigen Personen de facto ein erhöhtes Risiko der Verschlechterung des Gesundheitszustands, wenn nicht ein ausgeprägt gesundheitsförderlicher Lebensstil gepflegt wird (Nolting et al., 2017).

---

3 Frailty kann übersetzt werden mit Gebrechlichkeit. Darunter wird die chronische, altersbedingt herabgesetzte Belastbarkeit bei vermindertem Kraftzustand bezeichnet. Sie ist das Ergebnis kombinierter natürlicher Altersprozesse mit medizinisch feststellbaren Organ- und Funktionsstörungen. Fried et al. (2001) identifizierten fünf Faktoren, die je nach Ausprägung auf unterschiedliche Stufen von Frailty hinweisen (keine, milde, moderate und schwere Frailty): herabgesetzte körperliche Aktivität; Immobilität, Instabilität, Gang- und Standunsicherheit mit Sturzneigung; subjektive Erschöpfung (mental, emotional, physisch); objektivierete Muskelschwäche (gemessen als Greifkraft) sowie unfreiwilliger Gewichtsverlust von über 10 % in einem Jahr.

Jede zweite Person mit Pflegebedarf, die zu Hause versorgt wird, ist 80 Jahre oder älter (Statistisches Bundesamt, 2018) und damit in einer Lebensphase, in der sich typischerweise die funktionale Gesundheit deutlich schneller verschlechtert als die körperliche Gesundheit. Dem weiteren Voranschreiten des Verlustes funktionaler Fähigkeiten ist frühestmöglich mit wirksamen Strategien zu begegnen.

„Die wichtigsten Einflussfaktoren für die Gesunderhaltung sind Bewegung, Ernährung und die Pflege sozialer Kontakte. Diese drei Faktoren unterliegen der Eigenverantwortung. Ältere Menschen hierin zu stärken und zu befähigen, ist eine Antwort auf die Herausforderung durch den demografischen Wandel“ (Renteln-Kruse, 2018).

Betrachtet man einzelne Merkmale der Personen mit Pflegebedarf, so zeigen sich bei folgenden Ausprägungen zumindest tendenziell höhere Präventionspotenziale, auch im Sinne von noch umsetzbaren Interventionen:

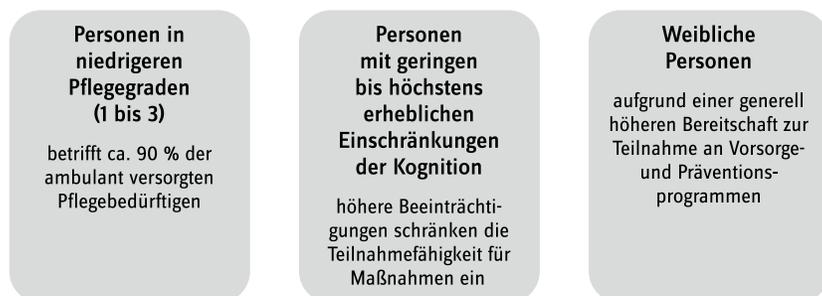


Abb. 1: Personengruppen mit höheren Präventionspotenzialen  
Quelle: IGES, auf Grundlage von Ergebnissen aus den MDK-Daten und Interviews.

Der konkrete Bedarf an Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention ist jeweils individuell unter Berücksichtigung der persönlichen Präferenzen und Wertvorstellungen sowie der konkreten Lebensumstände zu ermitteln. Zur Unterstützung der Gesundheitsfachkräfte bei der Bedarfsermittlung (und Evaluation durchgeführter Interventionen) gibt es für die verschiedenen Bereiche bzw. Fragestellungen und Problemlagen standardisierte Assessment-Instrumente, die in kurzer Zeit durch das Pflegepersonal angewendet werden können. Eine Auswahl dieser ist in folgender Übersicht zu finden:

Bereich	Instrument	Anwendung
Kognition	MMSE	Erfassung kognitiver Störungen bei älteren Personen
Körperliche Aktivität	SPPB	Aussagen über das Gleichgewicht, Gehgeschwindigkeit und die Beinkraft anhand von 3 Tests
Frailty	LUCAS-I Marker	Einschätzung der Risiken und Ressourcen von Frailty anhand von 6 FRAIL- und 6 FIT-Faktoren
Ernährung	MNA	Einziges validiertes Instrument zur Erfassung von Mangelernährung
Selbstversorgung	Barthel-Index	Systematisches Erfassen von Selbstständigkeit beziehungsweise Pflegebedürftigkeit
Depression	GDS	frühzeitige Erkennung einer möglichen Depression alternder Patienten, Verlaufsbeurteilung
Gewalt	PURFAM, SiliA, CMAI	Unterschiedliche Instrumente zur Erfassung von Potenzialen und Risiken für Gewalt (PURFAM), Anzeichen für Vernachlässigung oder Misshandlung (SiliA), Herausforderndes Verhalten (CMAI)
Lebensqualität	WHO-5	5 Fragen zum psychischen Wohlbefinden

Abb. 2: Ausgewählte Assessment-Instrumente für die Durchführung durch das Pflegepersonal

Legende: MMSE = Mini-Mental-Status-Test

SPPB = Short Physical Performance Battery

MNA = Mini Nutritional Assessment

GDS = Geriatric Depression Scale

PURFAM = Potenziale und Risiken in der familialen Pflege alter Menschen

SiliA = Sicher leben im Alter

CMAI = Cohen Mansfield Agitation Inventory

WHO-5 = Well-being Index mit 5 Fragen

In Ermangelung von eindeutig abgrenzbaren Zielgruppen können nur für die Zielgruppe der zu Hause versorgten Personen mit Pflegebedarf insgesamt Rückschlüsse gezogen werden.

Die Zugangsstrategie, die derzeit im Rahmen der Pflegeversicherung verfolgt wird, ist die Präventionsempfehlung im Rahmen der Pflegebegutachtung nach § 18 SGB XI (siehe auch MDS und GKV-Spitzenverband, 2016, S. 233). Positiv hervorzuheben ist, dass sie alle zu Begutachtenden einschließt und die Gutachterinnen und Gutachter den Bedarf individuell anhand der persönlichen Situation prüfen. Kritisch zu sehen ist die enge Fokussierung auf Präventionsmaßnahmen, die nur als Gruppenangebote in vier Handlungsfeldern (Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum) zur Auswahl stehen. Weiterhin kann noch eine Beratung zu Leistungen der verhaltensbezogenen Primärprävention nach § 20 Abs. 5 SGB V empfohlen werden.

---

Ein weiterer Zugangsweg ist die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, welche sowohl im Pflegestützpunkt als auch direkt durch die Pflegekasse oder durch einen beauftragten Dienstleister durchgeführt werden kann. Positiv ist, dass alle Personen mit Pflegebedarf diesen gesetzlichen Anspruch haben. Jedoch ist dieses Angebot zur individuellen Beratung und Unterstützung nicht allen Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen bekannt (Klie et al., 2011, S. 284).

Andere denkbare Zugangswege zur Ermittlung des individuellen Präventionsbedarfs einschließlich der Vereinbarung geeigneter Gesundheitsförderung und Präventionsmaßnahmen bei zu Hause versorgten Personen mit Pflegebedarf wären bei Empfängerinnen und Empfängern von Sachleistungen über den ambulanten Pflegedienst und von Pflegegeld über den Leistungserbringer, der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchführt, vorhanden – beides erfolgt aufsuchend in der Häuslichkeit. Voraussetzung ist jeweils der Einsatz von für diese Aufgabe entsprechend qualifiziertem und geschultem Personal.

Der Zugang zu Präventionsleistungen für die Zielgruppe sollte stärker auch über die niedergelassenen Haus- und Fachärztinnen bzw. Haus- und Fachärzte sowie auf Anregung von Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen ermöglicht werden, indem insbesondere Hausärztinnen und Hausärzte besser über Präventionsangebote der Krankenkassen informiert werden. Auch die Pflegeberatungsstellen gemäß § 7c SGB XI müssten Ratsuchende umfassender auf bestehende Leistungsansprüche zur Gesundheitsförderung und Prävention und insbesondere auf regionale Angebote hinweisen.

Insgesamt gibt es für die Zielgruppe der zu Hause versorgten pflegebedürftigen Personen wenig wissenschaftlich ermittelte Nachweise zur Wirksamkeit gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen.<sup>4</sup> Dies hat auch methodische Ursachen: Lebensqualität im Alter wird entschieden geprägt von der Fähigkeit zur Anpassung und zum Selbstmanagement angesichts sozialer, körperlicher und emotionaler Herausforderungen (Huber et al., 2011). Daher liefern Untersuchungen der älteren Bevölkerung auf Basis von Assessments der Funktionsfähigkeit deutlich bessere Ergebnisse als Morbiditätsanalysen. Interventionsstudien, die Ergebnisse nur anhand klinischer Parameter bewerten, greifen zu kurz und schließen daraus auf mangelnde Wirksamkeit.

Am besten untersucht sind die Auswirkungen gezielter körperlicher Aktivität hinsichtlich der Vorbeugung von Stürzen und der Entstehung von weiteren funktionellen

---

4 Die Auswertung der systematischen Literaturrecherche ergab, dass die Wirksamkeit gesundheitsförderlicher Interventionen bisher nur vereinzelt nachgewiesen werden konnte. Dies liegt u. a. an methodischen Herausforderungen, wie der Bildung geeigneter Vergleichsgruppen und einer typischerweise hohen Drop-out-Rate bei länger laufenden Studien mit hochaltrigen pflegebedürftigen Personen.

Einschränkungen. Ein Beispiel ist hier das OTAGO-Übungsprogramm (Robertson und Campbell, 2013) (siehe auch Abb. 3). Es ist ein evidenzbasiertes Trainingsprogramm zur aufsuchenden Sturzprävention durch muskelkräftigende und das Gleichgewicht verbessernde Übungen mit stufenweiser Erhöhung des Trainingsniveaus. Es wurde speziell für Menschen ab dem 65. Lebensjahr entwickelt. Gut belegt ist auch die kombinierte Förderung von Bewegung, Gedächtnis, alltagspraktischen und sozialen Fähigkeiten im Hinblick auf den Erhalt kognitiver Fähigkeiten, wie sie in der DeTaMAKS-Therapie eingesetzt wird (Straubmeier et al., 2017; siehe auch den Beitrag von Gräbel et al. in diesem Band sowie Abb. 4). Mit DeTaMAKS soll zur Weiterentwicklung des Angebots „Tagespflege“ in Richtung „Tagesförderung“ beigetragen werden, durch gezielte Förderung der alltagspraktischen Fähigkeiten der Tagesgäste mit kognitiven Beeinträchtigungen und mit dem Ziel der Erhöhung der Selbstständigkeit im häuslichen Alltag. Dies stärkt die Umsetzung „sekundär präventiver und rehabilitativer Ansätze“ (Gräbel, 2020, o. S.) und hilft, die pflegerische Belastung der Angehörigen zu reduzieren.

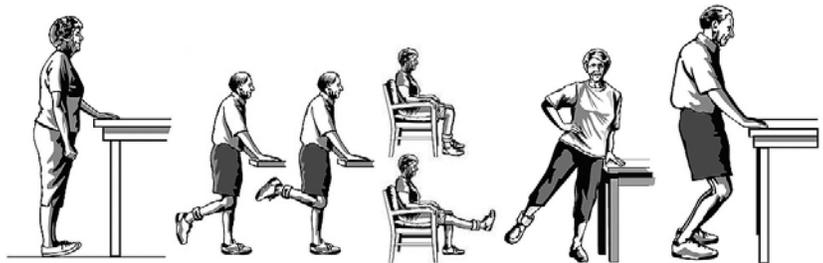


Abb. 3: OTAGO-Übungsprogramm  
Quelle: Scherfer et al., 2013, S. 60 ff.

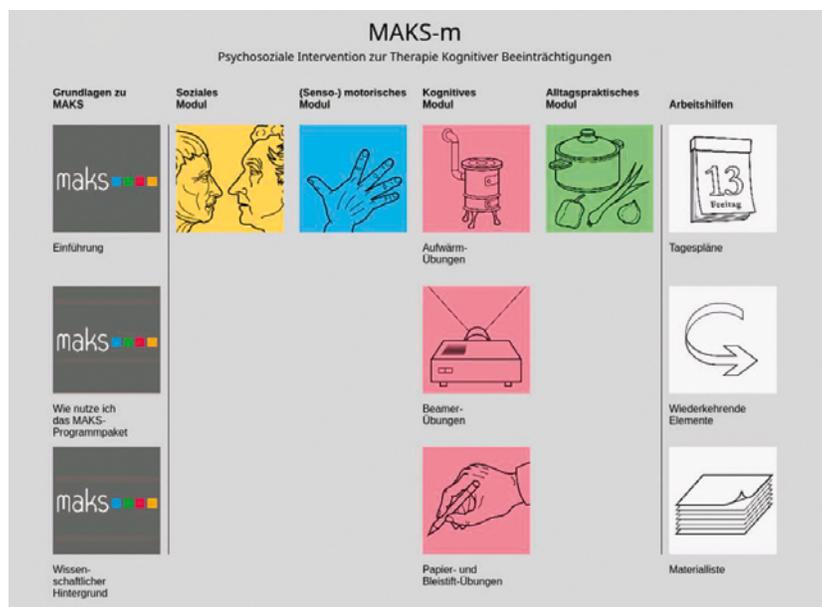


Abb. 4: DeTaMAKS-Programm  
Quelle: Gräbel, o. J.

Grundlegend ist die Erkenntnis, dass die positiven Wirkungen von sportlicher Aktivität in Kombination mit der Aktivierung weiterer Bereiche über die Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit hinaus auf alle Körpersysteme nachweisbar sind und gleichzeitig die Kognition gefördert wird (Oswald et al., 2012; Straubmeier et al., 2017). Das verdeutlicht den zentralen Stellenwert von regelmäßiger Bewegung für die Erhaltung der Gesundheit und verweist gleichzeitig auf große Präventionspotenziale angesichts des weit verbreiteten bewegungsarmen Lebensstils.

Eindeutige Erkenntnisse zur Ernährung, d. h. zur optimalen Menge und Zusammensetzung der Nahrung, für Menschen mit Frailty bzw. Pflegebedarf gibt es derzeit noch nicht. Eine grundlegende Orientierung bieten die Empfehlungen der DGE für die Zielgruppe der Älteren. Pflegebezogene Leitlinien, insbesondere zum Umgang mit Mangelernährung, sind im Expertenstandard Ernährungsmanagement des DNQP (2017) enthalten.

Im Bereich der psychosozialen Gesundheit gibt es gegen die zunehmende soziale Isolation in vielen Städten quartiersbezogene Projekte sowie bundesweit zahlreiche

Projekte zum präventiven Hausbesuch (Besier und Meyer, 2017; Markle-Reid et al., 2014; IGES, 2018; Johnson et al., 2013), für die allerdings bisher keine wissenschaftlichen Ergebnisse mit Blick auf Personen mit Pflegebedarf vorliegen.

Für die Bereiche Sucht und Gewaltprävention wurden jeweils Handlungshilfen und Online-Beratungsangebote entwickelt, die sich auch an pflegende Angehörige richten (Wolf, o. J.; Zank und Schacke, 2013).

Da das Leben mit Pflegebedarf im Alter in der Regel kein vorübergehender, sondern ein dauerhafter Zustand ist, müssen auch Gesundheitsförderung und Prävention dauerhaft in den Alltag integriert werden und nachhaltige Lebensstiländerungen bewirken. Eine weitere Erfolgsvoraussetzung ist die konsequente Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes (siehe oben).

Nur wenige Interventionsstudien (z. B. Szanton et al., 2015; Vincent et al., 2006) haben explizit auch die Wirtschaftlichkeit der Maßnahmen anhand von Vergleichsgruppen untersucht – dies ist im ambulanten Setting infolge der vielen unterschiedlichen Einflussfaktoren auch methodisch schwierig. Dort, wo dieser Aspekt berücksichtigt wurde, zeigten sich aufgrund von Einsparungen in der Akutversorgung (Krankenhausaufenthalte) und durch ein Hinauszögern oder Vermeiden eines Heimübergangs Kostenvorteile.

Was die physiologischen Wirkungen einzelner Interventionen bei älteren Menschen betrifft und die Wirksamkeit mit Blick auf Gesundheitsförderung und Prävention, lassen sich internationale Erkenntnisse meist auf Deutschland übertragen und wurden auch bereits teilweise für die Umsetzung in Deutschland aufbereitet (z. B. OTAGO-Übungsprogramm). Die in anderen Ländern nachgewiesene Kostenwirksamkeit von Präventionsprogrammen und deren konkrete organisatorische Ausgestaltung (z. B. Qualifikation des eingesetzten Personals) können nicht ohne weiteres auf das deutsche Versorgungssystem übertragen werden. Der hierzulande unterschiedliche Personaleinsatz (Stichwort Arztvorbehalt), ggf. auch die sektoralen Zuständigkeiten und abweichende Finanzierungsregelungen, machen es erforderlich, diese Punkte im Rahmen von Modellprojekten in Deutschland zu verifizieren bzw. zu operationalisieren.

Die Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes stößt in der Praxis in Deutschland derzeit an Grenzen bezüglich der Refinanzierung des Personaleinsatzes und teilweise auch hinsichtlich der Rolle von Gesundheitsfachkräften bei der selbstständigen Ausübung von Heilkunde oder der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln. Die Einführung der personenzentrierten Arbeitsweise würde Anpassungen der Pflegeausbildung und bundesweit Schulungen des im Berufsleben stehenden Pflegepersonals erfordern.

---

## Schlussfolgerungen

Mit Eintritt von Pflegebedürftigkeit entstehen Leistungsansprüche in der Pflegeversicherung. Die Höhe der Leistungsansprüche richtet sich nach dem Pflegegrad - also der Schwere der Pflegebedürftigkeit. Die Hilfen im Rahmen der Pflegeversicherung sind gemäß § 2 Abs. 1 SGB XI darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten. Dazu bedarf es u. a. gezielter Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention. Wie diese Studie zeigen konnte, sind entsprechende Potenziale prinzipiell bis ins hohe Alter vorhanden, tendenziell in höherem Maße bei Personen bis Pflegegrad 3, bei Personen mit geringen bis erheblichen kognitiven Einschränkungen und weiblichen Personen mit Pflegebedarf.

Im Alter verschieben sich jedoch die Präferenzen und Werte - Aspekte wie Funktionsfähigkeit, Selbstbestimmung und Teilhabe treten in den Vordergrund. Lebensqualität im Alter wird entscheidend geprägt von der Fähigkeit zur Anpassung und zum Selbstmanagement angesichts sozialer, körperlicher und emotionaler Herausforderungen. Die Respektierung autonomer Zielvorstellungen steht im Zentrum von Interventionen.

Ist Pflegebedürftigkeit eingetreten, muss es Ziel der Versorgung sein, ein Niveau der Funktionsfähigkeit zu gewährleisten, das die Wahrung grundlegender Persönlichkeitsrechte, Freiheiten und der Menschenwürde sowie die Erledigung der für das eigene Wohlbefinden notwendigen Alltagsaktivitäten ermöglicht. Dies kann nur durch eine systematische und konsequente Integration von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention in den Alltag gelingen. Angesichts der bereits erwähnten, recht dürftigen Evidenzlage bezüglich der nach strengen wissenschaftlichen Kriterien nachgewiesenen Wirksamkeit von einzelnen Interventionen zur Gesundheitsförderung und Prävention bei ambulant gepflegten Personen in Deutschland besteht einerseits weiterer Forschungsbedarf. Andererseits sind die positiven Wirkungen von Bewegung, gesunder Ernährung und guten sozialen Kontakten auf die Gesunderhaltung von hochaltrigen Menschen ausreichend belegt, sodass entsprechende Interventionen auch bei Personen mit Pflegebedarf erfolgversprechend sind.

Aus den Ergebnissen heraus sind Programme zu empfehlen, die eine bedarfsorientierte Umsetzung von multimodalen Interventionen zur Prävention und Gesundheitsförderung der in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf fokussieren. Der Einsatz von Programmen wie das OTAGO-Übungsprogramm und DeTaMAKS wird befürwortet. Doch auch die individuelle Unterstützung zum Erreichen der Gesundheitsziele der pflegebedürftigen Personen sollte stärker forciert werden, wenn die Teilnahme an Gruppenangeboten nicht möglich ist, um die Potenziale so weit wie möglich zu heben.

Der demografisch bedingt ansteigende pflegerische Versorgungsbedarf verstärkt nicht zuletzt die Notwendigkeit, Versorgungsansätze umzusetzen, die den Anstieg des Hilfebedarfs minimieren.

### Literatur

- Besier, W., Mayer, M. (2017). MAG. Mannheim gegen Einsamkeit. Mannheim: GGM Gesundheitsprojekt Mannheim e. G.
- Blüher, S., Schnitzer, S., Kuhlmeier, A. (2017). Der Zustand Pflegebedürftigkeit und seine Einflussfaktoren im hohen Lebensalter. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber, A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2017*, 3 - 11. Stuttgart: Schattauer GmbH.
- BMG (2020). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Stand: 17.02.2020.
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J. et al. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *Journal of Gerontology*, 56 (3), M146-M156.
- GKV-Spitzenverband (2016). Bericht des GKV Spitzenverbandes nach § 18a Abs. 3 SGB XI über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der beauftragten unabhängigen Gutachter zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Berichtsjahr 2015. Stand: 01.09.2016.
- Gräbel, E. (2020). DeTaMAKS - Nicht-medikamentöse Aktivierungsmaßnahme für Menschen mit Demenz in der Tagespflege mit telefonischer Angehörigen-Kurzintervention zur Stärkung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Endbericht. Erlangen. Verfügbar unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte/pflege\\_abgeschlossene\\_projekte\\_8/detamaks.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte/pflege_abgeschlossene_projekte_8/detamaks.jsp) (Abruf am 04.05.2020).
- Gräbel, E. (o. J.). DeTaMAKS-Projekt. Verfügbar unter <https://www.psychiatrie.uk-erlangen.de/med-psychologie-soziologie/detamaks-projekt/> (Abruf am 27.02.2020).
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H. v. d., Jadad, A. R., Kromhuth, D. et al. (2011). How should we define health? The WHO definition of health as complete wellbeing is no longer fit for purpose given the rise of chronic disease. *Machteld Huber and colleagues propose changing the emphasis towards the ability to adapt and self manage in the face of social, physical, and emotional challenges.* *BMJ*, 343, 1-3. DOI: 10.1136/bmj.d4163
- IGES (2018). Gut informiert und sicher unterwegs im ÖPNV. Praktische Hinweise zur Nutzung des ÖPNV in den Landkreisen Spree-Neiße und Landkreis Oberspreewald-Lausitz. August 2018. Modellvorhaben „Langfristige Sicherung

---

von Versorgung und Mobilität in ländlichen Räumen“. Landkreis Spree-Neiße und Landkreis Oberspreewald-Lausitz.

- Johnson, D. K., Niedens, M., Wilson, J. R., Swartzendruber, L., Yeager, A., Jones, K. (2013). Treatment outcomes of a crisis intervention program for dementia with severe psychiatric complications: the Kansas bridge project. *Gerontologist*, 53 (1), 102-112. DOI: 10.1093/geront/gns104
- Kitwood, T. (1997). The experience of dementia. *Aging & Mental Health*, 1 (1), 13-22. DOI: 10.1080/13607869757344
- Klie, T., Frommelt, M., Schneekloth, U., Behrendt, S., Göhner, A., Heislbetz, C. et al. (2011). Evaluation der Pflegeberatung gem. § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI. GKV-Spitzenverband (Hrsg.), Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Bd. 10: Pflegeberatung. Hürth: CW Haarfeld GmbH. Verfügbar unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung\\_und\\_betreuung/pflegeberatung/Evaluation\\_der\\_Pflegeberatung\\_Dezember\\_2011\\_7a\\_Abs\\_SGB\\_XI.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/pflegeberatung/Evaluation_der_Pflegeberatung_Dezember_2011_7a_Abs_SGB_XI.pdf) (Abruf am 15.04.2020).
- Lange, C., Finger, J. D. (2017). Gesundheitsverhalten in Europa - Vergleich ausgewählter Indikatoren für Deutschland und die Europäische Union. *Journal of Health Monitoring*, 2 (1), 3-20. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-024
- Markle-Reid, M., McAiney, C., Forbes, D., Thabane, L., Gibson, M., Browne, G. et al. (2014). An interprofessional nurse-led mental health promotion intervention for older home care clients with depressive symptoms. *BMC Geriatrics*, 14, 62. DOI: 10.1186/1471-2318-14-62
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), GKV-Spitzenverband (2016). Richtlinien zum Verfahren der Feststellung von Pflegebedürftigkeit sowie zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien - BRi) vom 15.04.2016. Essen/Berlin.
- Metzelthin, S. F., Zijlstra, G. A. R., van Rossum, E., de Man-van Ginkel, J. M., Resnick, B., Lewin, G. et al. (2017). 'Doing with ...' rather than 'doing for ...' older adults: rationale and content of the Stay Active at Home programme. *Clinical Rehabilitation*, 3 (11), 1419-1430. DOI: 10.1177/0269215517698733
- Nolting, H.-D., Deckenbach, B., Tisch, T. (2017). Versorgungsreport Multimorbidität im Alter. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Bd. 20. Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Oswald, W. D., Hagen, B., Rupperecht, R., Gunzelmann, T. (2002). Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit im höheren Lebensalter (SimA), Teil XVII: Zusammenfassende Darstellung der langfristigen Trainingseffekte. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 15 (1), 13-31.
- Renteln-Kruse, W. v. (2018). LUCAS Funktions-Index. Hamburg: Techniker Krankenkasse. Verfügbar unter <https://www.tk.de/presse/themen/gesundheitsystem/innovationen/lucas-fi-pvrk-2047778> (Abruf am 10.01.2018).

- Robertson, C., Campbell, J. (2013). Otago-Übungsprogramm/Otago Exercise Programme. Verfügbar unter [https://www.physio-akademie.de/fileadmin/user/franzi/pdf/Menue\\_3\\_Forschung\\_u\\_Entwicklung/Otago-Uebungsprogramm.pdf](https://www.physio-akademie.de/fileadmin/user/franzi/pdf/Menue_3_Forschung_u_Entwicklung/Otago-Uebungsprogramm.pdf) (Abruf am 27.02.2020).
- Rothgang, H., Müller, R., Unger, R. (2013). BARMER GEK Pflegereport 2013. Schwerpunktthema: Reha bei Pflege. BARMER GEK (Hrsg.) Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse - Bd. 23. Siegburg : Asgard-Verlagsservice GmbH.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. Berlin.
- Scherfer, E., Freiburger, E., Stranzinger, K., Becker, C. (2013). Otago-Übungsprogramm/Otago Exercise Programme. Juli 2013. Physio-Akademie des ZVK gGmbH.
- Schwinger, A., Jürchott, K., Tsiasioti, C. (2017). Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber, A. Schwinger (Hrsg.), Pflege-Report 2017, 255 - 303. Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Spuling, S. M., Ziegelmann, J. P., Wünsche, J. (2017). Was tun wir für unsere Gesundheit? Gesundheitsverhalten in der zweiten Lebenshälfte In K. Mahne, J. K. Wolff, J. Simonson, C. Tesch-Römer (Hrsg.), Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS), 139-156. Berlin: Springer VS.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018). Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Verfügbar unter [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001179004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001179004.pdf?__blob=publicationFile) (Abruf am 18.12.2018).
- Straubmeier, M., Behrndt, E.-M., Seidl, H., Özbe, D., Luttenberger, K., Gräßel, E. (2017). Nichtpharmakologische Therapie bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen. Ergebnisse der randomisierten kontrollierten German-Day-Care-Studie. Deutsches Ärzteblatt, 114, 815-821. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0815
- Szanton, S. L., Wolff, J. L., Leff, B., Roberts, L., Thorpe, R. J., Tanner, E. et al. (2015). Preliminary data from community aging in place, advancing better living for elders, a patient-directed, team-based intervention to improve physical function and decrease nursing home utilization: the first 100 individuals to complete a center for medicare and medicaid services innovation project. Journal of the American Geriatrics Society, 63, 371-374. DOI: 10.1111/jgs.13245
- Tsiasioti, C., Behrendt, S., Jürchott, K., Schwinger, A. (2020). Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber, A. Schwinger (Hrsg.), Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege - aber woher?, 257-311. Berlin/Heidelberg: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58935-9>
- Vincent, C., Reinharz, D., Deaudelin, I., Garceau, M., Talbot, L. R. (2006). Public telesurveillance service for frail elderly living at home, outcomes and cost evolution: a quasi experimental design with two follow-ups. Health Qual Life Outcomes, 4, 41. DOI: 10.1186/1477-7525-4-41

- 
- Walter, U. (2001). Präventionspotenziale für ein gesundes Altern. GGW, 1/2001, 1, 21-26. Verfügbar unter [https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf\\_ggw/GGW\\_1-01\\_21-26.pdf](https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/GGW_1-01_21-26.pdf) (Abruf am 05.04.2018).
- Wolf, I. (o. J.). Psychologische Online-Beratung pflegen-und-leben.de. Berlin: MSD Gesundheit.
- Zank, S., Schacke, C. (2013). Projekt Potentiale und Risiken in der familialen Pflege alter Menschen (PURFAM). Abschlussbericht. Köln/Berlin. Verfügbar unter [https://www.hf.uni-koeln.de/data/gerontologie/File/PURFAM%20Abschlussbericht%20Onlinefassung\\_2015.pdf](https://www.hf.uni-koeln.de/data/gerontologie/File/PURFAM%20Abschlussbericht%20Onlinefassung_2015.pdf) (Abruf am 25.05.2018).

## Funktionale Gesundheit im Alter und Risiken für Pflegebedarf

Stefan Blüher, Adelheid Kuhlmeier, Anja Cengia, Thomas Stein, Ralph Schilling, Clemens Tesch-Römer

### Hintergrund und Ziele des Projekts

Die zukünftige Versorgung einer absehbar wachsenden Zahl hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Deutschland steht im Zentrum der gesundheitspolitischen Debatten zu den Auswirkungen des demografischen Wandels. Die Tatsache, dass die besonders geburtenstarken Jahrgänge – die „Babyboomer“ – der 1950er und 1960er Jahre im Verlauf der kommenden Dekade sukzessive in die höheren Altersgruppen aufrücken, erzeugt dabei starken Handlungsdruck in zweifacher Hinsicht. Zum einen müssen dafür die ambulanten und (teil-)stationären Versorgungsstrukturen weiter ausgebaut und in diesem Zusammenhang insbesondere der Fachkräftemangel in der Pflege mit monetären und nichtmonetären Maßnahmen eingedämmt werden. Zum anderen sind alle Bemühungen zu stärken, möglichst viele Menschen vor dem Eintritt in die Pflegebedürftigkeit zu bewahren oder einen drohenden Pflegebedarf zumindest so lange wie möglich hinauszuzögern. Wenn nämlich bei derzeitiger Lebenszeitprävalenz etwa jeder zweite Mann und zwei Drittel aller Frauen damit rechnen müssen, im Laufe des Lebens pflegebedürftig zu werden (z. B. Rothgang et al., 2010), so ist eine quantitative wie qualitative Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen zwar notwendig, jedoch alleine nicht hinreichend, eine hochwertige Versorgung sehr starker Geburtenjahrgänge zu gewährleisten. Vielmehr stellt auch eine Verminderung der Zunahme von Pflegebedarf eine sinnvolle Zielsetzung dar.

Hier setzt das Projekt „Gesundheitsverläufe im Alter: Wege in die Pflegebedürftigkeit“ an, indem es Analysen (1) zur Entwicklung funktionaler Gesundheitsaspekte im Altersgang und (2) zu Einflussfaktoren der Entstehung von Pflegebedarf in den Mittelpunkt stellt. Mit dem Alter zunehmende chronische (Mehrfach-)Erkrankungen und funktionelle Defizite sind wichtige Faktoren für den Übergang in eine Pflegebedürftigkeit. Die Abnahme funktionaler Gesundheit ist dabei im Wesentlichen durch eine Reduktion jener Fähigkeiten gekennzeichnet, die Alltagskompetenzen wie Selbstpflege, Haushaltsführung oder körperliche Mobilität betreffen. Einschränkungen in der Kompetenz für eine selbstständige Lebensführung bringen auch psychosoziale Verluste mit sich, und in der Kumulation dieser funktionalen und psychosozialen Verluste droht schließlich Pflegebedarf. Über morbiditätsbezogene Kenntnisse zu pflegebegründenden Faktoren hinaus ist die Datenlage zu psychischen, sozialen, verhaltens- und umweltbezogenen Einflussfaktoren und Konstellationen bei Entstehung

von Pflegebedarf noch unzureichend. Der Ansatz des Projekts „Gesundheitsverläufe im Alter: Wege in die Pflegebedürftigkeit“ fußt in diesem Zusammenhang auf den Grundannahmen, dass (1) Faktoren identifizierbar sind, die den Verlauf funktionaler Gesundheit im Altersgang positiv oder negativ beeinflussen, und (2) Kumulationspunkte bzw. Konstellationen darstellbar sind, die in besonderem Maße Assoziationen mit dem Eintritt in eine Pflegebedürftigkeit aufweisen.

Die Analysen von gesundheitsbezogenen Verläufen und pflegebegründenden Konstellationen sollen Hinweise darauf geben, welche – insbesondere auch sozialen, verhaltens- und umweltbezogenen – Anknüpfungspunkte sich aus einer gesundheitsförderlichen und präventiven Perspektive bieten, der Entstehung von Pflegebedarf entgegenzuwirken.

### Forschung zu Determinanten von funktionaler Gesundheit und Pflegebedürftigkeit

Als theoretische Grundlage des Projekts wurde das „Disablement Process Model“ (Modell der Entstehung von Behinderung und Pflegebedürftigkeit) von Verbrugge und Jette (1994) gewählt (s. Abb. 1). Dieses Modell beschreibt die Verläufe von funktionaler Gesundheit bis hin zum Eintritt von Pflegebedürftigkeit und berücksichtigt dabei Schutz- und Risikofaktoren, die diese Verläufe beeinflussen.

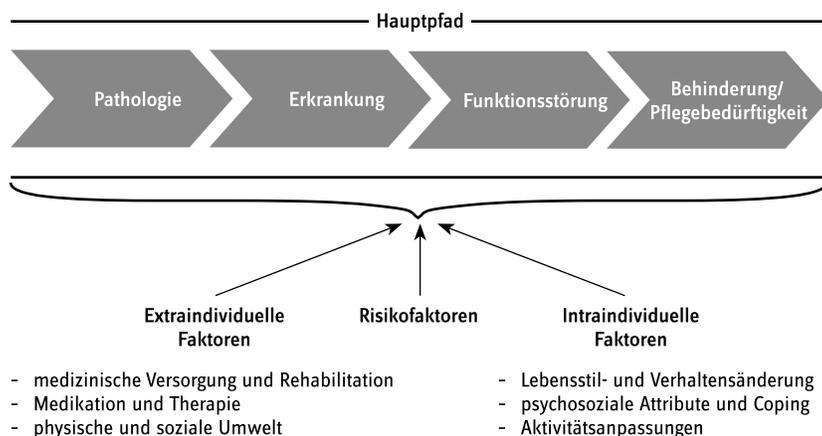


Abb. 1: Disablement Process Model, angelehnt an Verbrugge und Jette (1994)

Auf dem Hauptpfad des Modells ist der prototypische Verlauf von pathologischen Veränderungen bis zur Pflegebedürftigkeit dargestellt. Ausgehend von pathologischen Gegebenheiten, also körperlichen, genetischen bzw. biologischen Voraussetzungen, können

sich Erkrankungen entwickeln. Darin eingeschlossen sind auch chronische Erkrankungen (langfristig bestehende Erkrankungen) sowie Multimorbidität (gleichzeitiges Vorliegen mehrerer Erkrankungen), welche Veränderungen entlang des dargestellten Pfades bewirken können. Aus einer Erkrankung bzw. einer Konstellation von Erkrankungen können sich dann im Verlauf Funktionsstörungen ergeben. Diese Funktionsstörungen werden im Rahmen unseres Projekts als Verluste funktionaler Gesundheit abgebildet. Pflegebedürftigkeit entsteht, wenn die Verluste funktionaler Gesundheit so groß sind, dass eine Person ihren Alltag dauerhaft nicht mehr selbstständig bewältigen kann.

Übergänge von einem Zustand zum nächsten werden von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst. Zum Beispiel hat körperliche Aktivität als Schutzfaktor nicht nur positive Auswirkungen bei der Stärkung der allgemeinen Gesundheit bzw. dem Verhindern von Erkrankungen, sondern dient auch als Schutzfaktor entlang des gezeigten Entwicklungspfades: Sie kann die Entwicklung weiterer Funktionsstörungen verlangsamen und dadurch den Übergang in die Pflegebedürftigkeit verzögern.

Im „Disablement Process Model“ werden verschiedene Gruppen von Einflussfaktoren unterschieden. Risikofaktoren sind prädisponierende Eigenschaften, z. B. soziodemografische Faktoren wie Alter, Geschlecht, Bildungs- oder sozioökonomischer Status. Diese Faktoren bestimmen häufig den Ausgangspunkt der Entwicklung von funktionaler Gesundheit, beeinflussen aber auch deren Veränderung. Extraindividuelle Faktoren sind Umweltfaktoren, die „außerhalb“ einer Person liegen, wie medizinische Versorgung, externe Hilfen und Unterstützung sowie die Gestaltung des Wohnumfeldes. Intraindividuelle Faktoren beziehen sich auf individuelle Eigenschaften und Ressourcen einer Person. Dazu gehören psychosoziale Eigenschaften wie kognitive Fähigkeiten oder Depressivität und Bewältigungsstrategien. Besonders hervorzuheben ist vor allem, dass alle Schutz- und Risikofaktoren untereinander in Beziehung stehen. Eine besonders negative Entwicklung von funktionaler Gesundheit, oft durch eine Kumulation verschiedenster Einflussfaktoren, kann dementsprechend zum Eintritt von Pflegebedürftigkeit führen.

Die systematische Untersuchung sozialer und verhaltensbezogener Einflussfaktoren und Konstellationen ist in der Studienlage noch deutlich unterrepräsentiert. Hinweise finden sich explizit auf die Bedeutung des sozioökonomischen Status und auf quantitative und qualitative Aspekte sozialer Beziehungen und Netzwerke. Niedriger sozialer Status - assoziiert mit durchschnittlich ungünstigerem Gesundheitsverhalten - gilt als belegter Risikofaktor für die Entstehung von (chronischen) körperlichen Einschränkungen und psychosozialen Problemlagen, die in Kumulation in dauerhaften Hilfe- und Pflegebedarf münden können (Lampert und Hoebel, 2019).

Borchert und Rothgang (2008), später auch Unger, Giersiepen und Windzio (2015), haben im Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Risiko- und Schutzfaktoren die Bedeutung

von engen sozialen Beziehungen hervorgehoben. So wird ein Leben in Partnerschaft und mit regelmäßiger geistiger und körperlicher Aktivität (hierzu auch Ackermann und Oswald, 2008; Gabriel et al., 2017) als Schutzfaktor angesehen. In unserem Projektzusammenhang sind soziale Mechanismen mit Blick auf etwaigen Hilfe- und Pflegebedarf bedeutsam: So können enge soziale Beziehungen die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen vermindern (Unger et al., 2015; Nowossadeck und Mahne, 2017). Hierzu kann argumentiert werden, dass gewährte instrumentelle und psychosoziale Unterstützung – primär durch familiäre Netzwerke – einen sich abzeichnenden oder bereits beginnenden Pflegebedarf oftmals so weit abfedert, dass von den Betroffenen (zunächst) kein Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung gestellt wird. Bis zu einer Leistungsgewährung infolge einer Begutachtung liegt im sozialversicherungsrechtlichen Sinne damit noch keine Pflegebedürftigkeit vor. Die Analyse von Daten aus Erstbegutachtungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) muss diesen Überlegungen zu sozialen Mechanismen des Antragsverhaltens Rechnung tragen.

### Methodisches Vorgehen und erste Ergebnisse

Um Gesundheitsverläufe im Längsschnitt über einen Zeitraum von bis zu 21 Jahren (1996 bis 2017) abzubilden, werden Daten des Deutschen Alterssurveys (DEAS) genutzt. Bei dieser repräsentativen Befragung werden in sechsjährigem Abstand Basisstichproben erhoben (s. Abb. 2; 1996, 2002, 2008 und 2014), die seit 2008 alle drei Jahre erneut befragt werden (also auch 2011 und 2017). Insgesamt haben am DEAS bislang 20.715 Personen teilgenommen. Dieses sogenannte kohortensequenzielle Design und der lange Beobachtungszeitraum sind eine besondere Stärke dieser Datenbasis, denn dies ermöglicht Hinweise auf kausale Zusammenhänge über die Zeit. Weiterhin ist es dadurch möglich, im Kohortenvergleich die Veränderung von Gesundheit über verschiedene Geburtsjahrgänge nachzuzeichnen.

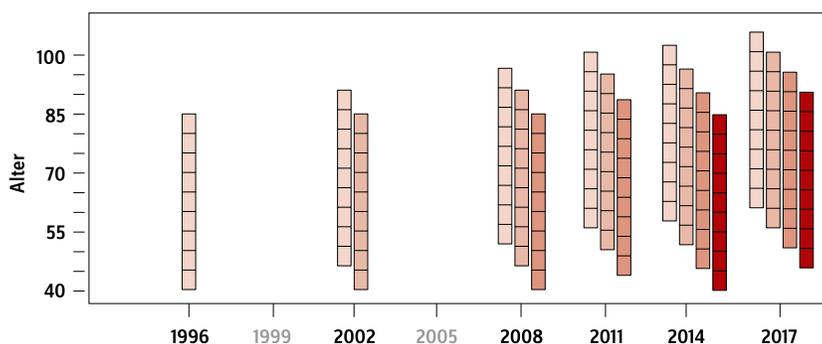


Abb. 2: Schematische Darstellung der im Deutschen Alterssurvey (DEAS) enthaltenen Stichproben

Das DEAS-Instrument besteht aus einem persönlichen Interview und einem zusätzlichen schriftlichen Fragebogen. Für die Fragestellung des Projekts liegt der Fokus auf den älteren DEAS-Studienteilnehmerinnen und DEAS-Studienteilnehmern (60 Jahre und älter), da die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit und Funktionseinschränkungen im mittleren Erwachsenenalter sehr niedrig ist. Die funktionale Gesundheit wird im DEAS mit der Subskala „körperliche Funktionsfähigkeit“ des SF-36 gemessen (Bullinger und Kirchberger, 1998). Dabei werden zehn Fragen zu Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten, etwa Treppensteigen oder Einkaufen, gestellt und die Befragten geben auf einer dreistufigen Skala an, wie stark sie dabei jeweils eingeschränkt sind. Die Antworten werden aufsummiert und transformiert, sodass höhere Werte weniger Einschränkungen und somit eine bessere funktionale Gesundheit repräsentieren.

In bereits veröffentlichten Arbeiten zum Projekt konnten Spuling et al. (2019) u. a. zeigen, inwieweit es Unterschiede zwischen Frauen und Männern in Bezug auf die Entwicklung funktionaler Gesundheit gibt. Ein zentrales Ergebnis war hier, dass Frauen bereits im Alter von 40 Jahren eine schlechtere funktionale Gesundheit aufweisen als Männer, also mehr funktionale Einschränkungen berichten. Betrachtet man die Entwicklung funktionaler Gesundheit bis ins hohe Alter, nimmt dieser Geschlechterunterschied mit steigendem Alter noch zu. Eine eindeutige Erklärung kann die Forschung hier nicht liefern, aber ein Großteil der Unterschiede ist auf weitere Geschlechtsunterschiede zurückzuführen: Frauen sind häufiger von Multimorbidität betroffen und Frauen aus älteren Geburtsjahrgängen haben ein im Durchschnitt geringeres Einkommens- und Bildungsniveau als Männer. Bereits hier zeigt sich die Komplexität der Faktoren, die die funktionale Gesundheit beeinflussen können.

Erste Analysen lieferten bereits relevante Ergebnisse, so z. B. zum Einfluss von körperlicher Aktivität auf das Zusammenspiel von Depressivität und funktionaler Gesundheit. Zunächst einmal gilt, dass Personen, die eine höhere Zahl depressiver Symptome angeben, ein niedrigeres Ausgangsniveau und einen stärkeren Rückgang ihrer funktionalen Gesundheit im Altersverlauf zeigen. Körperliche Aktivität ist dabei ein allgemeiner Schutzfaktor: Wer mindestens einmal pro Woche Sport treibt, hat ein deutlich höheres Ausgangsniveau und eine weniger steile Abnahme in funktionaler Gesundheit. Von zentraler Bedeutung ist hier der Einfluss körperlicher Gesundheit auf den Zusammenhang zwischen depressiven Symptomen und funktionaler Gesundheit. Der negative Einfluss depressiver Symptome auf die funktionale Gesundheit wird durch körperliche Aktivität abgefedert.

In den letzten Jahren hat die Forschung zum Thema „Frailty“ bzw. „Pre-Frailty“ bedeutsame Erkenntnisse vorgelegt (Clegg et al., 2013; Denkinger et al., 2018). Das Konstrukt „Frailty“ (in der deutschen Alltagssprache entspricht dies dem Begriff der „Gebrechlichkeit“) ist als Indikator fragiler funktionaler Gesundheit für das

---

Verständnis der Entstehung von Pflegebedürftigkeit hoch relevant. Mit den Daten des Deutschen Alterssurveys ist es möglich, Prävalenzen von „Frailty“ und „Pre-Frailty“ in der Bevölkerung ab 65 Jahren abzubilden. Von den 65- bis 79-jährigen sind etwa 7 % als „frail“ einzuschätzen und 37 % als „pre-frail“. Frauen dieser Altersgruppe sind häufiger betroffen als Männer, Hochgebildete seltener als weniger hoch Gebildete. Multimorbidität ist bei Frauen mit höheren Anteilen von „Frailty“ und „Pre-Frailty“ verbunden als bei Männern. Auch die Qualität der Wohnlage hängt mit Frailty zusammen: In einfachen Wohnlagen Wohnende sind zu einem größeren Anteil „frail“ und „pre-frail“ als Menschen in gehobenen Wohnlagen. Prävalenzschätzungen, die auf den Daten des Deutschen Alterssurveys basieren, zeigen Ergebnisse, die mit denen anderer deutscher Studien vergleichbar sind. Damit kann dieser Indikator für weitere Analysen innerhalb des Projekts verwendet werden.

Grundlage für die im zweiten Projektstrang vorgenommenen Analysen zur Identifikation von Faktoren, die im Zusammenhang mit der Feststellung von Pflegebedürftigkeit und Einstufungsempfehlung in einen Pflegegrad stehen, bilden Daten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) Berlin-Brandenburg aus dem Jahr 2017 zu insgesamt 72.680 Erstbegutachtungen. Neben der pflegebegründenden Diagnose beinhalten diese auch routinemäßig erhobene Informationen zu personenbezogenen Merkmalen sowie zu individuellen psychischen, physischen, kognitiven und sozialen Voraussetzungen für die Pflegegradeinstufung. Zur Anwendung kommen dabei z. B. nach Geschlecht, Alter und Wohnort differenzierte Analysen sowie Verfahren, die Aufschluss über den Zusammenhang verschiedener Charakteristika mit der Pflegegradeinstufung liefern können. Weitere Variablen werden mittels automatisierter Texterkennung („Text-Mining“) aus den Freitextangaben der Pflegebegutachtung gewonnen. Die auf diese Weise gebildeten Variablen werden in die statistischen Analysen einbezogen.

Die nachfolgende Abb. 3 gibt einen Überblick über das Vorgehen zur Analyse der Routinedaten und der Freitextangaben aus den Begutachtungen des MDK.

**Gesundheitsverläufe im Alter: Wege in die Pflegebedürftigkeit**  
Flowchart zur Methodik

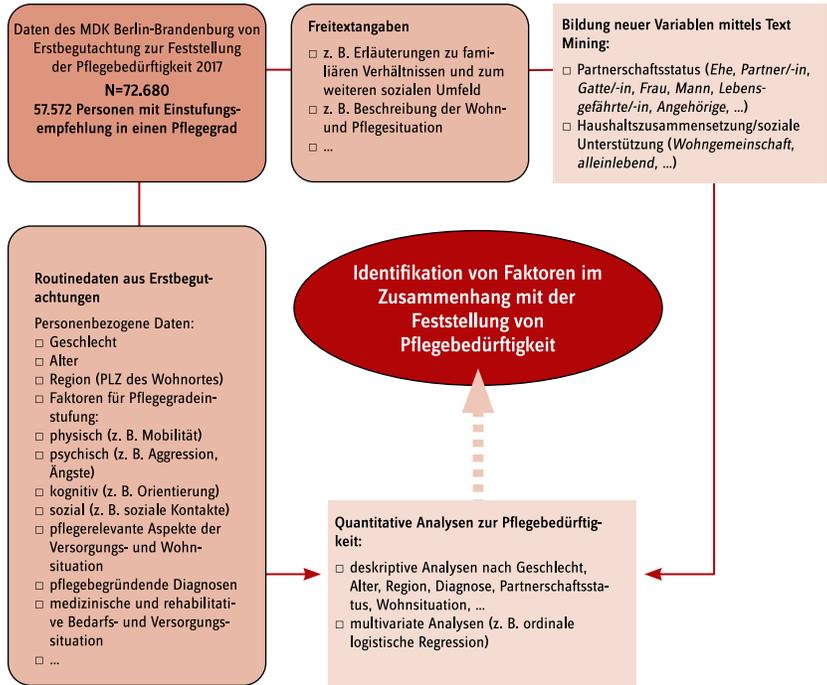


Abb. 3: Methodisches Vorgehen zur Analyse der Begutachtungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)

Da es sich um ein laufendes Forschungsprojekt handelt, sollen im Weiteren nur erste ausgewählte Ergebnisse in deskriptiver Form präsentiert werden. Laut Pflegeerstbegutachtungen 2017 der Bundesländer Berlin und Brandenburg (n=72.680; 59 % weiblich, 41 % männlich; 59 % sind zwischen 75 und 89 Jahre alt<sup>1</sup>) wird bei knapp 80 % aller Antragstellerinnen und Antragsteller Pflegebedürftigkeit festgestellt, und es erfolgt eine Einstufungsempfehlung in einen Pflegegrad (PG). Die Abb. 4 weist die Verteilung der Pflegegrade auf die Personen aus, bei denen Pflegebedarf besteht. Zumeist wird die Empfehlung für PG 2 ausgesprochen (43 %). Es folgen PG 1 (33 %) und PG 3 (18 %). Eine Einstufungsempfehlung in PG 4 und PG 5 erfolgt bei 6 % aller pflegebedürftigen Personen (PG 4: 5 %, PG 5: 1 %).

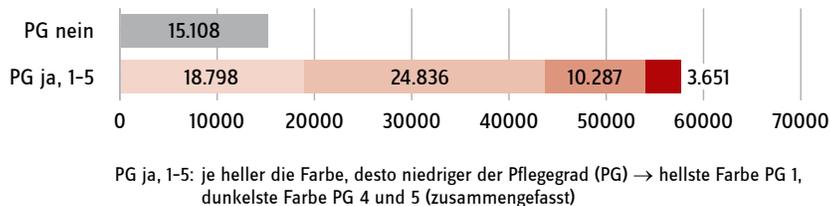


Abb. 4: Verteilung aller Antragstellerinnen und Antragsteller nach Pflegegrad (ja/nein) und Differenzierung nach Pflegegrad

Demenz<sup>2</sup> ist die häufigste pflegebegründende Erstdiagnose von Personen mit Einstufungsempfehlung in einen Pflegegrad. Insgesamt erhalten etwa 9 % aller Personen mit Einstufungsempfehlung die Erstdiagnose Demenz. Allerdings sind hierbei große regionale Unterschiede in Berlin und Brandenburg festzustellen. Die Häufigkeit, mit der Demenz als Erstdiagnose angegeben wird, variiert zwischen 3,5 und 12,6 %. In Abb. 5 wird die räumliche Verteilung dargestellt, mit der Demenz als pflegebegründende Erstdiagnose gestellt wird<sup>3</sup>. Im Zentrum Berlins und Nordosten Brandenburgs zeigen sich die geringsten Anteile, in den östlichen Randbezirken Berlins und den westlichen Regionen Brandenburgs die höchsten. Mögliche Gründe für diese teilweise starken regionalen Unterschiede werden aktuell untersucht. Infrage kommen hier in erster Linie unterschiedliche Altersverteilungen. Darüber hinaus ist jedoch zu prüfen, welche weiteren Zusammenhänge sich dazu in den Daten zeigen.

<sup>2</sup> Unter Demenz verstehen wir drei zusammengefasste ICD-10-Codes: F00 (Demenz bei Alzheimer-Krankheit), F03 (Nicht näher bezeichnete Demenz), G30 (Alzheimer-Krankheit).

<sup>3</sup> Ein Anteil von beispielsweise 5 bedeutet, dass 5 von 100 Personen (i. e. 5 %) mit Einstufungsempfehlung in einen Pflegegrad die Erstdiagnose Demenz (F00, F03, G30) aufweisen.

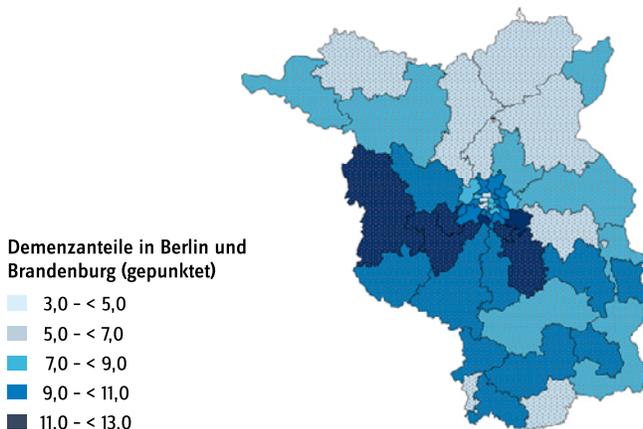


Abb. 5: Demenz als pflegebegründende Erstdiagnose in Berlin und Brandenburg nach PLZ-Bereich (erste drei Stellen) über beide Geschlechter

### **Implikationen des Projekts für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung**

Die Befunde des Projekts „Gesundheitsverläufe im Alter: Wege in die Pflegebedürftigkeit“ bieten Anknüpfungspunkte für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, da Daten analysiert werden, die es erlauben, individuelle Verläufe funktionaler Gesundheit zu verstehen sowie Konstellationen bei der Begutachtung von Pflegebedarf zu Beginn einer möglichen Inanspruchnahme von Leistungen aus der Pflegeversicherung abzubilden, die über eine rein morbiditätsbezogene Betrachtung hinausgehen.

### **Berücksichtigung psychosozialer, verhaltens- und umweltbezogener Faktoren im Gesundheitsverlauf**

Pflegebedürftigkeit ist definiert als ein Zustand, in dem eine Person ihren Alltag dauerhaft nicht mehr selbstständig bewältigen kann. Funktionale Gesundheit, die Fähigkeit zur Selbstsorge und Erledigung alltäglicher Verrichtungen, ist damit ein Grundbaustein im Diskurs zur Pflegebedürftigkeit. Die Altersverläufe funktionaler Gesundheit unterscheiden sich außerordentlich stark zwischen unterschiedlichen Personen und Personengruppen. Obwohl mit zunehmendem Alter in der Regel ein Nachlassen der funktionalen Gesundheit zu beobachten ist, unterscheiden sich diese Verläufe im Ausgangsniveau und in der Stärke des Abbaus. Das Projekt ermöglicht einen Einblick in die Faktoren, die die genannten Aspekte funktionaler Gesundheit (Ausgangsniveau und Veränderungsgeschwindigkeit) beeinflussen. Dabei lassen sich Risiko- und Schutzfaktoren unterscheiden: Risikofaktoren beeinflussen die Verläufe

---

funktionaler Gesundheit negativ, Schutzfaktoren positiv. Die ersten Analysen des Projekts haben gezeigt, dass zu den Risikofaktoren geringer sozioökonomischer Status, Multimorbidität sowie Depressivität gehören und zu den Schutzfaktoren körperliche Aktivität und Umweltfaktoren wie das Wohnumfeld. Da davon auszugehen ist, dass diese Faktoren teilweise durch Interventionen verändert werden können, liefert das Projekt Argumente für gezielte Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention, um Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder zumindest hinauszuzögern.

### **Die Bedeutung sozialer, verhaltens- und umweltbezogener Faktoren im Vorfeld und bei Pflegebedarf**

Kommt es aufgrund wachsenden Hilfe- und Unterstützungsbedarfs dazu, dass eine Person einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellt, so werden gegebenenfalls Pflegebedürftigkeit und ein Pflegegrad mit Blick auf physische, psychische und soziale Dimensionen von Gesundheit festgestellt. Zentral hierfür ist die eingeschätzte Selbstständigkeit der antragstellenden Person vor dem Hintergrund des jeweiligen Gesundheitszustands. Die Begutachtung des Pflegebedarfs findet dabei immer in der konkreten Lebenssituation einer antragstellenden Person statt. Lebensort, Barrieren innerhalb oder außerhalb der Wohnung, informelles Hilfenetz, enge soziale Beziehungen, materielle und immaterielle Ressourcen einer Person definieren – über ärztliche Diagnosen hinaus – die zu begutachtende Gesamtsituation. Die im Projekt vorgenommenen Analysen zielen vor diesem Hintergrund explizit auf soziale und verhaltensbezogene Konstellationen in Lebenswelten von Menschen, die einen Erstantrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung stellen, ohne dass dabei die Bedeutung von Erkrankungen im Sinne pflegeverursachender Diagnosen unterschätzt wird. Eine zentrale Argumentation ist in diesem Zusammenhang vielmehr, dass soziale Konstellationen (z. B. Wohnsituation, Netzwerke und enge soziale Beziehungen) den Einfluss von Erkrankungen bei Eintritt und im Verlauf von Pflegebedarf moderieren. So zeigt sich im Datensatz die Demenz (zusammengefasste ICD-10-Codes F00, F03, G30) als die bedeutsamste pflegebegründende Diagnose, die zur Ersteinstufung in relativ hohe Pflegegrade führt.

Es wird analysiert, ob soziale Konstellationen gezeigt werden können, die den pflegerelevanten Umgang mit der Erkrankung so gestalten, dass sie im Ergebnis zu einer Abmilderung des Hilfe- und Pflegebedarfs beitragen. Dies hätte Implikationen für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung hin zu einem noch stärker präventiven und ressourcenstärkenden Verständnis. So könnte etwa über die gezielte Stützung förderlicher sozialer Konstellationen fortschreitenden Funktionsverlusten begegnet werden. Befunde hierzu und Schlussfolgerungen werden im Rahmen des laufenden Projekts erarbeitet.

- Ackermann, A., Oswald, W. D. (2008). Selbstständigkeit erhalten, Pflegebedürftigkeit und Demenz verhindern. In W. D. Oswald, G. Gatterer, U. M. Fleischmann (Hrsg.), *Gerontopsychologie* (2. Aufl.), 129-140. Wien: Springer.
- Borchert, L., Rothgang, H. (2008). Soziale Einflüsse auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit älterer Männer. In U. Bauer, A. Büscher (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit und Pflege*, 215-237. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bullinger, M., Kirchberger, I. (1998). SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand. Göttingen: Hogrefe.
- Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*, 381 (9868), 752-762.
- Denkinger, M., Nikolaus, T., Zeyfang, A., Hagg-Grün, U. (2018). Frailty, Sarkopenie, Assessment. In A. Zeyfang, U. Hagg-Grün, T. Nikolaus (Hrsg.), *Basiswissen Medizin des Alterns und des alten Menschen*, 15-38. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Gabriel, K. P., Sternfeld, B., Colvin, A., Stewart, A., Strotmeyer, E. S., Cauley, J. A. et al. (2017). Physical activity trajectories during midlife and subsequent risk of physical functioning decline in late mid-life: The Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Preventive medicine*, 105, 287-294.
- Lampert, T., Hoebel, J. (2019). Sozioökonomische Unterschiede in der Gesundheit und Pflegebedürftigkeit älterer Menschen. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 62 (3), 238-246.
- Nowossadeck, S., Mahne, K. (2017). Soziale Kohäsion in der Nachbarschaft. In K. Mahne, J. K. Wolff, J. Simonson, C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)*, 315 - 328. Wiesbaden: Springer VS.
- Rothgang, H., Iwansky, S., Müller, R., Sauer, S., Unger, R. (2010). BARMER GEK Pflereport 2010. Schwerpunktthema: Demenz und Pflege. BARMER GEK (Hrsg.) Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse - Bd. 5. Siegburg: Asgard-Verlagsservice GmbH.
- Spuling, S. M., Cengia, A., Wettstein, M. (2019). Funktionale und subjektive Gesundheit bei Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte. In C. Vogel, M. Wettstein, C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte*, 35-52. Wiesbaden: Springer VS.
- Unger, R., Giersiepen, K., Windzio, M. (2015). Pflegebedürftigkeit im Lebensverlauf. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 67 (SI), 193-215.
- Verbrugge, L. M., Jette, A. M. (1994). The disablement process. *Social Science & Medicine*, 38 (1), 1-14.

Eckart Schnabel

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des damit einhergehenden neuen Begutachtungsverfahrens markierten 2017 einen zentralen Meilenstein in der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Dieser Entscheidung gingen eine langjährige fachöffentliche Diskussion und vielfältige wissenschaftliche Vor- und Entwicklungsarbeiten voraus. Ausgangspunkt war vor allem die Kritik, die Pflegeversicherung sei zu wenig auf die besonderen Hilfebedarfe von Menschen mit Demenz ausgerichtet. Dies war insofern in der Argumentation nicht ganz vollständig, als kognitive Einschränkungen seit Einführung der Pflegeversicherung zu den hauptpflegebegründenden Diagnosen gehören. Verständlicher wurde die Kritik jedoch mit Blick auf ihren zweiten Aspekt: Die Erfassung des Hilfebedarfs auf der Grundlage von Pflegeminuten sei nicht in der Lage, den umfassenden Hilfe- und Betreuungsbedarf von Demenzkranken adäquat abzubilden. Auch in diesem Themenfeld hat es mehr als zehn Jahre gedauert, bis das neue System seinen Weg in die Praxis gefunden hat: Das neue Begutachtungs-Assessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit (Wingenfeld et al., 2008) wurde nach mehrjährigen Entwicklungsarbeiten und der Förderung im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung bereits 2007 vorgelegt. Danach brauchte es zwei mehrjährige Expertenbeiräte (2007 bis 2009 und 2012 bis 2013) sowie einen Beirat zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (ab 2016), um die komplexe leistungsrechtliche Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie die Anpassung von Vertragsregelungen vorzubereiten. Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz wurde der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff schließlich gesetzlich verankert und am 01.01.2017 wirksam.

Die Forschungsstelle Pflegeversicherung hat insbesondere die letzte Phase intensiv mitbegleitet. Zuvor hatte sich der GKV-Spitzenverband dafür eingesetzt, in zwei Modellprojekten die notwendigen Erkenntnisse zu einer qualitätsgesicherten und verantwortungsvollen Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu gewinnen. Ab April 2014 wurde innerhalb des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI u. a. die „Praktikabilitätsstudie zur Einführung des neuen Begutachtungs-Assessments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI“ gefördert. In der Studie wurden die praktische Handhabung und die sachliche Angemessenheit des neuen Begutachtungs-Assessments sowie die Verständlichkeit und Akzeptanz des neuen Verfahrens bei Versicherten umfassend untersucht.

Auch mit dem neuen Begutachtungsverfahren wurde ein Perspektivenwechsel vollzogen. Sehr viel stärker als in der Vergangenheit steht nun die differenzierte Erfassung der

relevanten Fähigkeiten und Beeinträchtigungen im Fokus. Der Blick auf die individuellen Ressourcen und den jeweiligen Grad der Selbstständigkeit in den verschiedenen Modulen sowie eine bessere Berücksichtigung präventiver und rehabilitativer Potenziale bilden die individuelle Situation pflegebedürftiger Menschen besser ab als in der Vergangenheit.

In ihrem Beitrag in diesem Band zeichnen Pick et al. die Entwicklung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach und stellen dessen zentrale Elemente vor. Zudem wird die Entwicklung des Begutachtungsgeschehens präsentiert und ausgewählte strukturelle Effekte werden reflektiert. Mit Blick auf die notwendigen Veränderungen im Leistungsspektrum und die personelle Ausstattung von Pflegeeinrichtungen werden dabei auch Herausforderungen für die Zukunft deutlich.

Seit Einführung der Pflegeversicherung sind die Fragen sowohl hinsichtlich der angemessenen Qualität von Pflege als auch einer ausreichenden Personalausstattung zentral in der Diskussion um deren Weiterentwicklung. Über einen langen Zeitraum war die Qualitätsdebatte jedoch ungeachtet einer Vielzahl von Aktivitäten von einem uneinheitlichen Bild geprägt. Dies zeigte sich zum einen in einem Qualitätsbegriff, der die unterschiedlichen Akteursperspektiven nicht konsistent miteinander zu verbinden vermochte. Zum anderen bestand über einen langen Zeitraum hinweg keine Einigkeit und daraus resultierend keine Verbindlichkeit, welche Kriterien zugrunde zu legen sind und welcher Stellenwert einzelnen Qualitätsdimensionen zuzumessen sei. Besonders deutlich wird dies in der Diskussion um die Lebensqualität, die in vielen Qualitätskonzepten bis heute oft mehr ein Lippenbekenntnis denn ein fachlich fundiertes, in ihren Dimensionen operationalisiertes und in der alltäglichen Arbeit implementiertes Konstrukt darstellt.

Bis heute orientiert sich die Qualitätsdiskussion in der Pflege in Deutschland an der bekannten Unterscheidung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nach Avedis Donabedian. Der Fokus vieler Qualitätsinitiativen und -instrumente lag dabei über einen langen Zeitraum vor allem auf der Struktur- und Prozessqualität. Dies hat sich in den letzten Jahren gewandelt. Der wissenschaftliche Diskurs in Deutschland um die methodische Fundierung und den Nachweis einer definierten Ergebnisqualität begann mit der Studie „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ (Wingenfeld et al., 2011), deren Kernbefunde nun – knapp zehn Jahre später – auch den Weg in die Versorgung gefunden haben. Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (2015) wurde die Einführung eines verbindlichen Indikatorensets für die stationäre Pflege vorgeschrieben. Seit November 2019 ist das neue indikatorengestützte Qualitätssystem und mit ihm das neue Verfahren zur Prüfung und Darstellung der Pflegequalität gestartet. Zugleich hat sich in diesem Prozess ein notwendiger Perspektivenwechsel vollzogen, hin zu einer nutzerorientierten und den Nutzer stärker miteinbeziehenden Vorgehensweise.

---

Ungeachtet dessen ist der Zusammenhang von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der Pflege nach wie vor nicht hinreichend erforscht. Was ist der „richtige“ Personalmix in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen? Wie müssen die Prozesse in der Pflege organisiert werden, damit gute Ergebnisse auch im Sinne der Bewohnerinnen und Bewohner erzielt werden können? Wie wirken bestimmte Ausprägungen von Personalkonzepten und Qualifikationsorientierung auf die Zufriedenheit und Lebensqualität der Pflegebedürftigen? Diesbezügliche Erkenntnisse sind von hoher Relevanz sowohl für die Weiterentwicklung empirischer Grundlagen für die Qualitätsdiskussion in der Pflegeversicherung als auch für die weitere Organisationsentwicklung in Einrichtungen. Sie können dazu führen, eine im Hinblick auf die angestrebte Ergebnisqualität optimale Mischung von professionellen Pflegekräften und nichtprofessionellen Betreuungspersonen für die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen einzusetzen, somit Über- und Unterversorgung mit einem effektiven und effizienten Personaleinsatz zu verhindern und zugleich eine gute Ergebnisqualität in der Langzeitpflege zu erreichen.

Vor diesem Hintergrund wurde bereits 2013 von der Forschungsstelle Pflegeversicherung eine Pilotstudie initiiert, deren übergeordnetes Ziel es war, aussagekräftige Variablen zu Care-, Case-Mix und Ergebnisqualität zu generieren. Erste vielversprechende Hinweise auf Outcome-Variablen, die mit jeweils mindestens zwei Care-Mix-Variablen erklärt werden konnten, zeigten sich in den Bereichen „Krankenhausaufenthalt“, „Dekubitusfälle“ und „Stürze mit mindestens geringen Folgen“. Diese Ergebnisse wurden zum Anlass genommen, eine größere Studie zu fördern, deren Ergebnisse 2019 vorgelegt werden konnten. Ziel der Studie „StaVaCare 2.0“ war es, erstmals für Deutschland und auf der Grundlage repräsentativer Daten aus stationären Pflegeeinrichtungen wirksame Zusammenhänge zwischen Case-Mix, Care-Mix, Organisationscharakteristika und Outcome (Qualität) in der stationären Versorgung statistisch abzubilden. Erkenntnisleitend war hierbei die Annahme, dass die Kenntnis wirksamer Zusammenhänge die Voraussetzung dafür bietet, Steuerungsvariablen und Gestaltungsspielräume zu identifizieren, die bei optimaler Versorgungsqualität eine rationale Personaleinsatzplanung ermöglichen.

In ihrem Beitrag zu „StaVaCare 2.0“ zeigen Görres et al., dass die Herstellung oben genannter Zusammenhänge bereits in der Frage der methodischen Herangehensweise eine große Herausforderung darstellt. Mit dem Versuch, eine Gesamtbewertung möglicher Effekte zu erhalten, indem die Zusammenhänge von Care-Mix, Organisationscharakteristika und Outcome mithilfe statistischer Modelle in einer latenten Gesamtvariable modelliert wurden, wurde auch in methodischer Hinsicht pflegewissenschaftliches Neuland betreten. Auch wenn mit den vorliegenden Ergebnissen nun keine Formel bereitsteht, um den idealen Personalmix für ein gutes Pflegeoutcome zu berechnen, ist ein wertvoller Beitrag der Studie darin zu sehen, dass nun eine gute Grundlage für die weitere Forschung in diesem Bereich vorliegt, deren Bearbeitung für die Optimierung der Versorgungsqualität in der stationären Langzeitpflege unumgänglich ist.

Auch in der Frage nach einer angemessenen Personalausstattung in der Pflege hat in den letzten Jahren eine deutliche Weiterentwicklung stattgefunden. Ungeachtet der in der Vergangenheit regelmäßig publizierten Prognosen zum Fachkräftemangel in der Pflege fehlten über einen langen Zeitraum die empirischen Grundlagen, 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. Auch lagen angesichts einer zunehmenden Diversifizierung von Ausbildung und Qualifizierung in der Pflege wenig Informationen dazu vor, wie die vorhandenen vielfältigen Qualifikationen gegenwärtig in der Pflegepraxis eingesetzt werden, welches qualitative wie quantitative Entwicklungspotenzial hier verborgen liegt und welche Strategien zu einer stärkeren Qualifikationsorientierung in der Pflege als erfolgreich eingeschätzt werden können. Mit dem Pflegestärkungsgesetz II und dem § 113 SGB XI wurde in dieser Frage ein deutlicher Entwicklungsschritt vollzogen. Mit dem Gesetz wurden die Vertragsparteien beauftragt, ein wissenschaftlich fundiertes Personalbemessungsverfahren zu entwickeln und zu erproben. Nach dem Gesetz wird die Entwicklung eines gesicherten Verfahrens gefordert, das den pflegerischen Aufwand im Kontext des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs empirisch bemisst und daraus resultierende Qualifikationsanforderungen darlegt. Die Erwartungen an die Ergebnisse sind sehr hoch, hat es doch in der Vergangenheit in Deutschland bereits verschiedene Versuche gegeben, ein entsprechendes System einzuführen. Methodische Unzulänglichkeiten, Adaptionsschwierigkeiten an das deutsche System sowie intransparente Berechnungen des notwendigen Personalaufwands hatten jedoch in der Vergangenheit dazu geführt, dass die Projekte (z. B. PLAISIR) nicht erfolgreich abgeschlossen werden konnten.

In ihrem Beitrag präsentieren Rothgang et al. die Ergebnisse ihrer umfangreichen empirischen Studie zur Personalbemessung in der Pflege. Sie geben zugleich einen Ausblick auf daraus resultierende potenzielle Auswirkungen sowie die Anforderungen an die ebenfalls im Gesetz vorgesehene modellhafte Einführung.

### **Literatur**

- Wingefeld, K., Büscher, A., Gansweid, B. (2008). Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Abschlussbericht. Bielefeld/Köln. Verfügbar unter [https://www.uni-bi.de/gesundhw/ag6/downloads/Abschlussbericht\\_IPW\\_MDKWL\\_25.03.08.pdf](https://www.uni-bi.de/gesundhw/ag6/downloads/Abschlussbericht_IPW_MDKWL_25.03.08.pdf) (Abruf am 11.11.2020).
- Wingefeld, K., Kleina, T., Franz, S., Engels, D., Mehlan, S., Engel, H. (2011) Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Abschlussbericht. Bielefeld/Köln. Verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/blob/jump/93206/abschlussbericht-stationaere-altenhilfe-data.pdf> (Abruf am 11.11.2020).

---

# Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs – Ergebnisse und Erfahrungen

Peter Pick, Bernhard Fleer, Jan Seidel

## **Einführung**

Am 01.01.2017 sind die Pflegestärkungsgesetze II und III und damit der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff in Kraft getreten. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff zielte auf einen grundlegenden Systemwechsel für die Pflegeversicherung, die Pflegebegutachtung und die pflegerische Versorgung. Mit dem Reformwerk sollte der Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung erweitert und gerechter gestaltet werden, die Leistungen sollten verbessert und passgenauer zur Verfügung gestellt und die pflegerische Versorgung sollte konzeptionell neu aufgestellt werden. Mit all ihren Reformelementen werden die Pflegestärkungsgesetze als die weitreichendste Reform der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung im Jahre 1995 bezeichnet.

In dem folgenden Beitrag wird die Entwicklung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs dargestellt und das neue Begutachtungsinstrument und die darin verankerten Veränderungen werden vorgestellt. In den beiden sich anschließenden Kapiteln werden zum einen die Auswirkungen auf die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen und auf besondere Personengruppen herausgearbeitet und zum anderen die strukturellen Effekte des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf die Veränderungen des Leistungsspektrums, der Leistungserbringung und der Personalbesetzung untersucht. Zentraler Untersuchungsgegenstand ist dabei die Frage, ob die im Sinne der Pflegebedürftigen intendierten Zielsetzungen erreicht werden konnten und der geplante neue konzeptionelle Anspruch eingelöst werden konnte.

## **Die Entwicklung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs**

Der bis 2016 gültige Pflegebedürftigkeitsbegriff und das daran ausgerichtete Begutachtungsverfahren standen seit Einführung der Pflegeversicherung in der Kritik. Zum einen wurde die enge Begriffsdefinition der Pflegebedürftigkeit kritisiert, die sich in einem im Gesetz dargelegten Katalog der Verrichtungen des täglichen Lebens aus den Bereichen Körperpflege, Mobilität, Ernährung und hauswirtschaftliche Versorgung niederschlug, der sehr stark somatisch ausgerichtet war. Zum anderen wurde die Graduierung der Pflegebedürftigkeit anhand der Pflegestufen kritisiert, die neben Art und Häufigkeit des Hilfebedarfs vor allem an den zu ermittelnden Pflegezeiten orientiert war. Die Grenzen des engen Verrichtungsbezuges und der Orientierung an den Pflegeminuten zeigten sich insbesondere bei der Einstufung der zunehmenden

Zahl der Pflegebedürftigen mit Demenz und anderen (geronto-)psychiatrischen Beeinträchtigungen (Brucker et al., 2013, S. 146-152).

Die Politik reagierte auf diese Kritik, indem sie zusätzliche Leistungen für Menschen mit Demenz in der Pflegeversicherung und als zusätzliches Kriterium der Pflegebedürftigkeit die Kategorie der Einschränkung der Alltagskompetenz einführte. Diese Änderungen verbesserten zwar die Leistungen für Menschen mit Demenz, konnten jedoch die Ungleichbehandlung gegenüber den Pflegebedürftigen mit körperlichen Einschränkungen nicht beseitigen.

Die MDK-Gemeinschaft hat frühzeitig auf diese Einführung des damaligen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hingewiesen und einen erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriff als Grundlage der Feststellung von Pflegebedürftigkeit gefordert. Fachliche Grundlagen und politische Implikationen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sind in zwei Beiräten des Bundesministeriums für Gesundheit erarbeitet worden (BMG, 2009; BMG, 2013). Wesentliche Grundlage der Arbeit der Beiräte war das neue Begutachtungs-Assessment (NBA), das in enger Zusammenarbeit von Pflegewissenschaft und MDK-Praxis durch das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld und den MDK Westfalen-Lippe entwickelt worden ist (Wingenfeld et al., 2008).

Die Aktivitäten zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und zur Entwicklung des Begutachtungsinstruments fanden im Rahmen der Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung des GKV-Spitzenverbandes statt (GKV-Spitzenverband, 2011 bis 2015).

Die Beiräte haben sich nach intensiver Diskussion auf das neue Begutachtungs-Assessment (NBA) als Grundlage für die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verständigt und Vorschläge für die politische Ausgestaltung des Leistungsrechts und die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung konsentiert. Eine wichtige Erkenntnis dabei war, dass der enge Verrichtungsbezug im Leistungsrecht auf die Versorgungswirklichkeit ausgestrahlt und eine stark verrichtungsbezogene Pflege etabliert hat. Dies sollte beim Übergang in das System überwunden werden. Darüber hinaus ist in den Beiräten deutlich geworden, dass der Übergang in das System des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit deutlichen Ausgabensteigerungen für die Pflegeversicherung verbunden sein wird.

Es ist das Verdienst der Großen Koalition unter der Ägide von Gesundheitsminister Hermann Gröhe, die notwendigen finanziellen Mittel durch Steigerung des Beitragssatzes bereitgestellt und ein umfassendes Konzept der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in den Pflegestärkungsgesetzen II und III umgesetzt zu

---

haben. Die Akteure in den Beiräten haben darüber hinaus die Chance genutzt, eine intensive Vorbereitung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Begutachtung, in der Leistungsdarbietung und in der Umstellung der pflegerischen Versorgung zu organisieren.

### **Das Begutachtungsinstrument**

Seit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs am 01.01.2017 ist der Maßstab für Pflegebedürftigkeit der Grad der Selbstständigkeit bzw. der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen.

Im Begutachtungsinstrument sind somit nicht mehr nur die klassischen Bereiche, etwa der Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftlichen Versorgung, zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit angesprochen, sondern sechs unterschiedlich gewichtete Module. Mit diesen werden die kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, das soziale Verhalten und psychische Problemlagen sowie die Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte gleichgewichtig betrachtet. Auch der Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen findet Eingang in die Bewertung.

Das Begutachtungsinstrument erfasst damit in umfassender Weise die Pflegebedürftigkeit von Pflegebedürftigen, egal ob sie in körperlichen oder in psychisch-kognitiven Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten begründet sind. Der Grad der Selbstständigkeit löste als neuer Maßstab den Zeitaufwand des Hilfebedarfs ab. In der Begutachtung spielen damit der Zeitaufwand des Hilfebedarfs und die „Zeitorientierungswerte“ keine Rolle mehr. Darüber hinaus ermöglicht der neue Ansatz auch eine systematischere Erfassung des Präventions- und Rehabilitationsbedarfs und damit die Abgabe entsprechender Empfehlungen. Das Begutachtungsinstrument stellt somit stärker die Ressourcen und Fähigkeiten des Menschen in den Fokus der Begutachtung.

Mit den sechs Modulen im Begutachtungsinstrument kann die Pflegebedürftigkeit einer Person umfassend abgebildet werden. Ob ihre Beeinträchtigungen somatisch oder mental bedingt sind, ist dabei unerheblich. Vom Zeitaufwand des Hilfebedarfs als Maß für die Bemessung von Pflegebedürftigkeit wurde sich damit gelöst und zugleich die Selbstständigkeit einer Person hervorgehoben, deren Schweregrad der Beeinträchtigungen mit einem von fünf Pflegegraden erfasst werden kann (Wingenfeld et al., 2011).

Aus den Schweregradbezogenen Bewertungen der Gutachterin bzw. des Gutachters zu den Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten resultiert für jedes Modul ein Summenwert, der anhand einer fünfstufigen Skala in einen gewichteten Punktwert überführt wird und in die Gesamtwertung eingeht.

---

So wird beispielsweise das Modul 4: „Selbstversorgung“ mit 40 % gewichtet, wohingegen das Modul 1: „Mobilität“ mit 10 % in die Gesamtwertung eingeht. Aus der Addition aller gewichteten Punkte pro Modul ergibt sich der Gesamtpunktwert, von dem sich der Pflegegrad ableiten lässt: Besonderheiten in den Bewertungen bestehen zum einen mit Blick auf die Module 2 und 3. Hier wird nur der höchste Wert der gewichteten Punkte aus beiden Modulen in die Berechnung einbezogen. Zum anderen werden pflegebedürftige Personen mit einer besonderen Bedarfskonstellation (Kriterium F 4.1.6) dem Pflegegrad 5 zugeordnet, auch wenn ihre Gesamtwertung unter 90 Punkten liegt.

### **Die Module im Einzelnen**

#### **Modul 1: Mobilität (10 %)**

Dieses Modul umfasst zentrale Aspekte der Mobilität im Wohnbereich eines Menschen. Bewertet werden die motorischen Fähigkeiten eines Menschen und nicht die Auswirkungen von kognitiven Beeinträchtigungen. Die Bewertung der Selbstständigkeit erfolgt anhand einer vierstufigen Skala mit den Ausprägungen „selbstständig“, „überwiegend selbstständig“, „überwiegend unselbstständig“ und „unselbstständig“.

#### **Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (15 %)<sup>1</sup>**

Im Modul 2 werden grundlegende mentale Funktionen eines Menschen bewertet. Die Gutachterinnen und Gutachter schätzen nicht die Selbstständigkeit ein, sondern in welchem Ausmaß die jeweilige geistige Fähigkeit vorhanden ist („vorhanden/ unbeeinträchtigt“, „größtenteils vorhanden“, „in geringem Maße vorhanden“ und „nicht vorhanden“).

#### **Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (15 %)<sup>2</sup>**

Bei diesem Modul stehen Verhaltensweisen und psychische Problemlagen als Folge von Gesundheitsproblemen im Fokus der Bewertung, die immer wieder auftreten und personelle Unterstützung erforderlich machen. Zentral ist bei der Einschätzung die Frage, inwieweit die Person ihr Verhalten selbstständig steuern kann. Die Gutachterinnen und Gutachter erfassen, wie oft diese Verhaltensweisen personelle Unterstützung erforderlich machen.

#### **Modul 4: Selbstversorgung (40 %)**

Das Modul „Selbstversorgung“ umfasst mit Ausnahme der hauswirtschaftlichen Tätigkeiten alle Verrichtungsbereiche, die auch im bis zum 31.12.2016 gültigen Begutachtungsinstrument von Relevanz waren. Hierzu gehören das Waschen, das An- und Auskleiden, die Ernährung (z. B. Trinken) und das Ausscheiden (z. B. Toilette/

---

1 Es wird nur der höchste Wert der gewichteten Punkte aus den Modulen 2 und 3 in die Berechnung des Pflegegrades einbezogen.

2 Es wird nur der höchste Wert der gewichteten Punkte aus den Modulen 2 und 3 in die Berechnung des Pflegegrades einbezogen.

Toilettenstuhl benutzen). Die Gutachterin oder der Gutachter schätzen hier, wie auch im Modul „Mobilität“, die Selbstständigkeit ein. Bestimmte Kriterien werden wegen ihrer besonderen Bedeutung für die Bewältigung des Alltags besonders gewichtet werden. Bei der Bewertung ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen.

### **Modul 5: Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (20 %)**

In diesem Modul wird die Selbstständigkeit eines Menschen bei der Bewältigung seiner Gesundheitsprobleme beurteilt. Die Gutachterin oder der Gutachter bewerten, wie selbstständig jemand mit Therapien und anderen krankheitsbedingten Anforderungen umgehen kann. Für die Berechnung fließen die einzelnen Maßnahmen je nach Komplexität und Aufwand unterschiedlich gewichtet in das Gesamtergebnis ein.

### **Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (15 %)**

Dieses Modul bildet Bereiche des Alltagslebens ab, die beim bis zum 31.12.2016 gültigen Pflegebedürftigkeitsbegriff zum größten Teil nicht berücksichtigt wurden. Bei der Gestaltung des Alltagslebens spielen sowohl mentale als auch motorische Fähigkeiten eine Rolle. Die Gutachterin oder der Gutachter stellt fest, ob der pflegebedürftige Mensch individuell und bewusst seinen Tagesablauf gestalten kann und ob er in der Lage ist, mit Menschen in seinem unmittelbaren Umfeld Kontakt aufzunehmen. Wie in den Modulen 1 und 4 erfolgt eine Bewertung der Selbstständigkeit anhand einer vierstufigen Skala.

### **Empfehlungen zur Förderung oder zum Erhalt der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, Prävention und Rehabilitation**

Pflegebedürftigkeit ist kein unveränderbarer Zustand, sondern eine Teilhabebeeinträchtigung, die durch Maßnahmen der Pflege, Krankenbehandlung, therapeutische Einzelleistungen mit präventiver und rehabilitativer Zielsetzung oder durch Leistungen der medizinischen Rehabilitation beeinflusst werden kann. Mit dem 2017 eingeführten Begutachtungsinstrument (BI) werden die Beeinträchtigungen der oder des Pflegeantragstellenden, aber auch die Möglichkeiten, die Selbstständigkeit und Fähigkeiten zu erhalten oder wiederherzustellen, deutlich besser erfasst. Durch diesen ressourcenorientierten Ansatz wird insbesondere Rehabilitationsbedarf besser und häufiger erkannt.

Präventive Maßnahmen sind in jedem Alter und auch bei bereits bestehender Pflegebedürftigkeit sinnvoll und zweckmäßig. Im Rahmen der Pflegebegutachtung geht es darum, Risikofaktoren für körperliche und psychische Erkrankungen, z. B. Sturzrisiko, Fehl- oder Mangelernährung, drohender Dekubitus, zu erkennen und durch Einleitung präventiver Maßnahmen zu beeinflussen. Im Rahmen der Pflegebegutachtung

sind des Weiteren die Möglichkeiten der Verbesserung mit der Versorgung durch Hilfs- und Pflegehilfsmitteln zu prüfen.

### **Die neuen Pflegegrade**

Der Pflegegrad ergibt sich, indem die im Rahmen des Gutachtens erfolgten Bewertungen in den sechs Modulen anhand von festgelegten Berechnungsregeln zusammengeführt werden. Diese Berechnungsregeln sind nach pflegefachlichen Gesichtspunkten der Pflegewissenschaft erarbeitet worden, wobei die Zusammenführung in mehreren Schritten erfolgt.

Ab 12,5 Gesamtpunkten liegt Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vor und die Voraussetzungen für den Pflegegrad 1 sind erfüllt. Ab 27 Gesamtpunkten bestehen erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten. Das entspricht dem Pflegegrad 2. Ab 47,5 Gesamtpunkten wird von schweren Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten gesprochen, die Voraussetzungen für Pflegegrad 3 liegen vor. Ab 70 Gesamtpunkten erhält jemand den Pflegegrad 4 und ab 90 Gesamtpunkten den Pflegegrad 5. Die Voraussetzungen für Pflegegrad 5 sind auch gegeben, wenn jemand seine Greif-, Steh- und Gehfunktionen vollständig verloren hat – unabhängig vom erzielten Punktwert in den sechs Modulen.

### **Erfahrungen mit dem Begutachtungsinstrument**

Die inzwischen mehr als dreijährigen Erfahrungen mit dem Begutachtungsinstrument sind positiv (Pick und Fleer, 2018, S. 177-183). Die Pflegebegutachtung kommt bei allen Beteiligten gut an. Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen äußern sich positiv, wobei die Umstellung auf das neue System der Pflegebegutachtung die Sicht der Versicherten auf die Gutachterinnen und Gutachter des MDK sowie auf den Ablauf der Pflegebegutachtung positiv beeinflusst hat. Dies zeigen auch die Ergebnisse der Versichertenbefragung (MDS, 2020). Auf die zum Abschluss der Pflegebegutachtung von den MDK-Gutachterinnen und MDK-Gutachtern häufig gestellte Frage: „Ist alles angesprochen worden, was Ihre Pflegebedürftigkeit und Ihren Unterstützungsbedarf ausmacht?“ antworten die Versicherten fast immer mit einem klaren „Ja“.

Auch die Gutachterinnen und Gutachter kommen gut mit dem Begutachtungsinstrument zurecht. Das zeigen die interne Qualitätssicherung und die Rückmeldungen der Gutachterinnen und Gutachter. Die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der oder des Pflegebedürftigen werden demnach sowohl in ihrer somatischen wie in ihrer psychischen Dimension deutlich besser erfasst und differenzierter abgebildet.

---

## Die Entwicklung des Begutachtungsgeschehens und ausgewählte Ergebnisse

Um die Entwicklung der Begutachtungszahlen seit 2017 besser einordnen zu können, lohnt sich ein Blick auf die Begutachtungsentwicklung der letzten zehn Jahre. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung sind die Begutachtungszahlen wenig überraschend von einem kontinuierlichen Anstieg geprägt. Insgesamt steigerte sich die Anzahl der von den 15 Medizinischen Diensten durchgeführten Begutachtungen zwischen 2010 und 2019 um fast 60 %.

Die höchste Steigerung der Begutachtungszahlen zwischen zwei Berichtsjahren gab es allerdings mit der grundlegenden Reform der Pflegeversicherung durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz zum 01.01.2017. Im Vergleich zu 2016 wurden trotz der Umstellungen und damit verbundenen Einarbeitungsphasen der Gutachterinnen und Gutachter im Jahr 2017 fast 220.000 Begutachtungen mehr durchgeführt als noch 2016 (+13 %). Im Jahr 2018 wurde dieser Wert erneut um fast 120.000 Begutachtungen (+6,1 %) übertroffen und auch im Jahr 2019 kam es zu einer nochmaligen Steigerung um 120.000 Begutachtungen (+5,7 %). In den ersten drei Jahren nach Einführung des neuen Begutachtungsverfahrens kam es damit zu einer Steigerung des Begutachtungsaufkommens von 26,8 %.

Aus der Grafik ist auch abzulesen, dass die Reform im Jahr 2017 die bereits in den letzten zehn Jahren voranschreitende Verlagerung in den ambulanten Sektor noch einmal deutlich verstärkt hat. Der Anteil an stationären Begutachtungen blieb konstant und verlief teilweise sogar leicht rückläufig, während die enorme Steigerung der Begutachtungszahlen fast ausschließlich auf Begutachtungen für häusliche Pflege zurückzuführen war.

Ein weiterer Effekt der Pflegereform lässt sich in der enormen Steigerung von Änderungsgutachten seit 2018 ausmachen. Diese Gutachten von Personen, die bereits Leistungen beziehen und in der Regel eine Höherstufung beantragt haben, steigerten sich seit 2016 um über 52 % (300.000 Gutachten). Der kontinuierliche Anstieg ist die Folge des erweiterten Leistungszugangs und der feingliedrigeren Gestaltung der fünf Pflegegrade gegenüber den drei Pflegestufen.

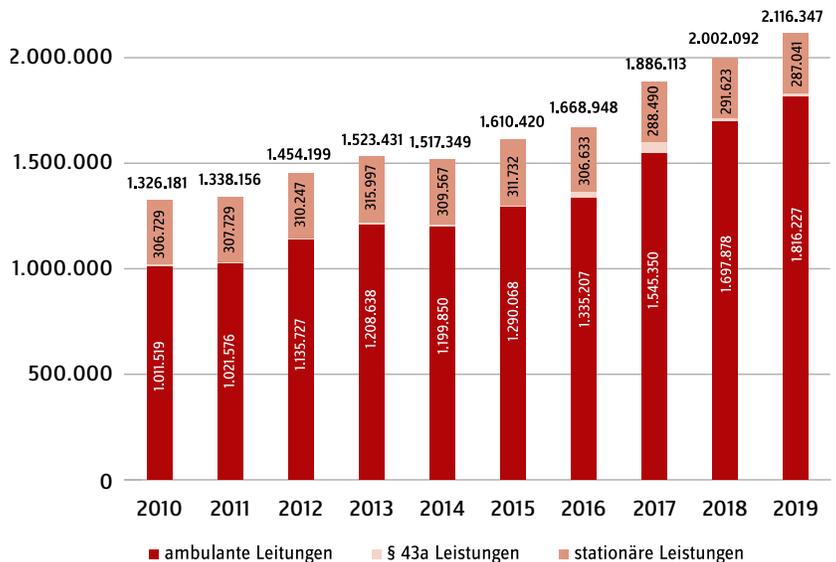


Abb. 1: Entwicklung Anzahl durchgeführte Pflegebegutachtungen nach beantragter Leistung 2010 bis 2019

Quelle: MDK-Begutachtungsdaten, eigene Berechnungen.

Fast 90 % der begutachteten Personen mit beantragten ambulanten Leistungen erreichen einen der fünf Pflegegrade (s. Abb. 2). Damit hat sich der Anteil der Nichtpflegebedürftigen gegenüber dem alten System mehr als halbiert. In den Jahren 2018 und 2019 haben sich die Ergebnisse nach dem Reformjahr 2017 auf einem relativ konstanten Niveau stabilisiert. Der Anteil von Antragstellerinnen und Antragstellern in den Pflegegraden 1 und 2 liegt bei knapp der Hälfte aller Begutachteten. Im Vergleich zur alten Pflegestufe 3 erreichen heute deutlich mehr Pflegebedürftige die Pflegegrade 4 und 5.

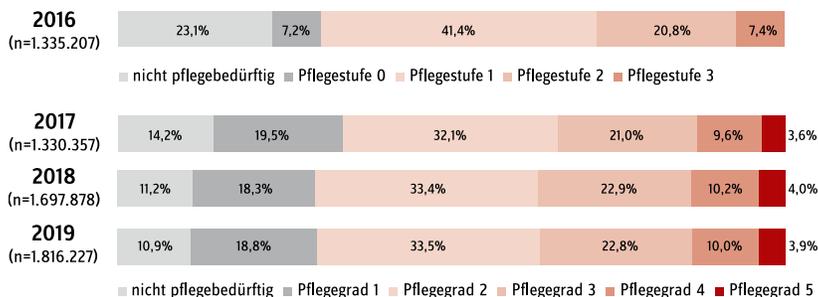


Abb. 2: Ergebnisse Pflegebegutachtungen ambulant 2016 bis 2020  
Quelle: MDK-Begutachtungsdaten, eigene Berechnungen.

Die Ergebnisse im stationären Bereich (Abb. 3) zeigen erwartungsgemäß eine Verteilung, die deutlich mehr Personen in hohen Pflegegraden verortet. Hier sinkt der Anteil der als nicht pflegebedürftig eingestuft Antragstellerinnen und Antragsteller von 4,8 % im alten System auf 1,5 % im neuen System. Ebenso liegt der Anteil der Pflegebedürftigen, die den Pflegegrad 4 oder 5 erreichen, bei über 57 % (2019) gegenüber 25,6 % der alten Pflegestufe 3 (2016).

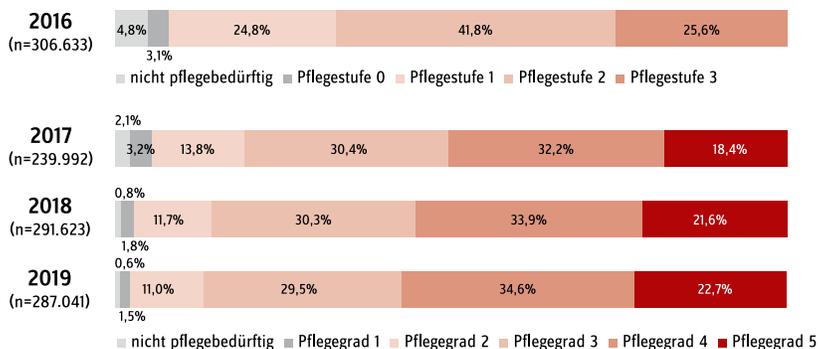


Abb. 3: Ergebnisse Pflegebegutachtungen stationär 2016 bis 2020  
Quelle: MDK-Begutachtungsdaten, eigene Berechnungen.

Im Vorfeld der Pflegereform ist häufig über die Wirkungen der neuen Pflegebegutachtung auf wichtige Personengruppen der Pflegebedürftigen diskutiert worden. Einigkeit bestand darin, dass für Menschen mit Demenz und andere Personen mit (geronto-)psychiatrischen Beeinträchtigungen eine deutliche Verbesserung der Einstufung zu erwarten war. Im Gegenzug wurde befürchtet, dass bei Pflegebedürftigen mit somatisch orientiertem Pflege- und Unterstützungsbedarf eine Verschlechterung der

Einstufung eintreten könnte. Deshalb werden für diese beiden Gruppen im Folgenden die Einstufungsergebnisse dargestellt (Tab. 1).

Der Gruppe der Pflegebedürftigen mit psychisch-kognitiven Beeinträchtigungen werden alle Personen zugeordnet, die im Rahmen der Begutachtung in den Modulen 2 (kognitive und kommunikative Fähigkeiten) oder 3 (Verhaltensweisen und psychische Problemlagen) mindestens 11,25 gewichtete Punkte erreicht haben und damit eine schwere Beeinträchtigung der Fähigkeiten aufweisen. Die Pflegegradverteilungen zeigen, dass die Personengruppe der Pflegebedürftigen mit psychisch-kognitiven Beeinträchtigungen gut im neuen System abgebildet wird und zu starken Anteilen in den Pflegegraden 3, 4 und 5 eingestuft wird.

Pflegebedürftige mit somatischen Beeinträchtigungen werden anhand mindestens erheblicher Beeinträchtigungen (5 Punkte) in Modul 1 (Mobilität) und mindestens geringer Einschränkungen (10 Punkte) in Modul 4 (Selbstversorgung) beispielhaft abgegrenzt. Die Befürchtung, dass viele Pflegebedürftige mit somatischen Beeinträchtigungen nur niedrige Pflegegrade erreichen, hat sich gemäß den dargestellten Ergebnissen nicht bestätigt.

	Pflegebedürftige mit psychisch-kognitiven Beeinträchtigungen	Pflegebedürftige mit somatischen Beeinträchtigungen
Kein Pflegegrad	0,0 %	0,0 %
Pflegegrad 1	1,9 %	1,0 %
Pflegegrad 2	10,0 %	18,5 %
Pflegegrad 3	29,4 %	36,0 %
Pflegegrad 4	37,0 %	29,0 %
Pflegegrad 5	21,7 %	15,5 %
Anteil an allen Antragstellerinnen/Antragstellern	27,9 %	39,9 %

Tab. 1: Begutachtungsergebnisse für ausgewählte Personenkreise 2019

Quelle: MDK-Begutachtungsdaten, eigene Berechnungen.

Insgesamt führt die neue Pflegebegutachtung dazu, dass deutlich mehr Pflegebedürftige Anspruch auf Pflegeleistungen haben. Diese Entwicklung ist vor allem auf die deutlichen Steigerungen im ambulanten Sektor zurückzuführen (vgl. Tab. 2). In den ersten beiden Jahren nach der Reform steigerte sich die Anzahl der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger um über 700.000 Personen. Viele neue Antragstellerinnen und Antragsteller haben nicht nur den Pflegegrad 1, sondern sogar die Pflegegrade 2 und

3 erreicht. Erkennbar ist auch, dass sich die Zahl der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger in den beiden Pflegegraden 4 und 5 gegenüber der alten Pflegestufe 3 deutlich erhöht hat.

Jahr	Leistungsempfänger/-innen gesamt	Nach Leistungsart			Nach Pflegestufe bzw. Pflegegrad				
		Ambulant	Stationär	§ 43a SGB XI	Pflegestufe 0	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3	
2016	2.956.420	1.974.197	775.004	-	207.219	1.613.020	836.091	300.090	
	<b>Gesamt</b>				<b>Pflegegrad 1</b>	<b>Pflegegrad 2</b>	<b>Pflegegrad 3</b>	<b>Pflegegrad 4</b>	<b>Pflegegrad 5</b>
2017	3.301.999	2.522.066	779.933	-	167.156	1.456.020	936.553	509.516	232.754
2018	3.685.389	2.905.325	780.064	-	348.121	1.562.425	1.029.386	518.067	227.390
2019	3.999.755	3.141.471	725.717	132.567	448.012	1.661.329	1.123.387	536.483	230.544

Für 2016 - Pflegestufe 0 keine Differenzierung nach Leistungsart möglich/§ 43a erst seit 2019 in Statistik PG2

Tab. 2: Entwicklung der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger nach Leistungsart und Pflegestufen bzw. Pflegegradverteilung - gesamt 2016 bis 2019  
Quelle: GKV-Spitzenverband, Amtliche Statistik PG2.

Abschließend werden in Tab. 3 die Empfehlungsquoten für von den Gutachterinnen und Gutachtern der Medizinischen Dienste im Rahmen der Pflegebegutachtungen empfohlene Leistungen von Rehabilitations- und präventiven Maßnahmen sowie Hilfs- und Pflegehilfsmitteln dargestellt. Es zeigt sich, dass mit Einführung des neuen Begutachtungsinstruments in allen Bereichen ein deutlicher Anstieg der Empfehlungen erreicht werden konnte

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Zuweisungsempfehlungen med. Rehabilitation	0,9 %	2,1 %	2,8 %	3,1 %	3,6 %	4,1 %
Empfehlungen von präventiven Maßnahmen	4,1 %	3,5 %	13,5 %	14,5 %	15,7 %	18,0 %
Empfehlungen von Hilfs- und Pflegehilfsmitteln	12,1 %	12,9 %	14,6 %	19,8 %	22,4 %	23,4 %

Tab. 3: Gutachterliche Empfehlungen im Rahmen der Pflegebegutachtung  
Quelle: MDK-Begutachtungsdaten, eigene Berechnungen.

## **Strukturelle Effekte des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs**

### **Veränderungen des Leistungsspektrums**

Zeitgleich zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sind die Leistungen der Pflegeversicherung erweitert und die Leistungsbeträge erhöht worden. So stehen im Pflegegrad 1 Leistungen bei beginnender Pflegebedürftigkeit wie Pflegeberatung, Pflegekurse für pflegende Angehörige, Zuschüsse für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen sowie erste Entlastungsleistungen im Mittelpunkt. Darüber hinaus wird das Leistungsspektrum der Pflege- und Betreuungsleistungen um Entlastungsleistungen erweitert. Außerdem wurden die Ansprüche auf Tages- und Verhinderungspflege in Ergänzung zu den Geld- und Sachleistungen erweitert und die Anspruchsvoraussetzungen flexibler ausgestaltet. Last, but not least wurde die Finanzierung der stationären Pflege durch den einheitlichen, pflegegradunabhängigen Eigenanteil verändert.

Alle diese Maßnahmen zielten auf eine Stärkung der ambulanten Pflege. In der Tat kann eine starke Änderung der Leistungsinanspruchnahme in Richtung ambulanter Leistungen konstatiert werden. Der Zuwachs an Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern ist überwiegend in die ambulante Pflege geflossen, während die stationäre Pflege auf fast gleichem Niveau geblieben ist (BGM, 2019). Dieser Effekt kann nicht allein auf die Erweiterung des leistungsberechtigten Personenkreises durch Einführung des Pflegegrades 1 zurückgeführt werden. Denn klar ist, dass mit steigendem Pflegegrad die Inanspruchnahme stationärer Pflege steigt. Aber auch in den Pflegegraden 2 und 3 sinkt der Anteil deutlich, der stationäre Pflege in Anspruch nimmt. Dies zeigt, dass eine Verschiebung in Richtung ambulanter Pflege eingetreten ist.

Durch die Einführung des neuen Pflegegrades 1 setzen die Leistungen der Pflegeversicherung schon im frühen Stadium der Pflegebedürftigkeit ein. Über 448.000 Pflegebedürftige konnten Ende 2019 das Leistungsangebot des Pflegegrades 1 in Anspruch nehmen. Bei der deutlich angestiegenen Zahl der ambulanten Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger ist weiterhin festzustellen, dass die Mehrzahl ausschließlich Pflegegeld bezieht. Aus pflegefachlicher Perspektive ist diese Entwicklung kritisch zu kommentieren, da mit einer starken Fokussierung auf die Laienpflege die Gefahr einer Überforderung der pflegenden Angehörigen einhergeht. Zwar steigt der Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von Kombinationsleistungen kontinuierlich an. Jedoch sollte noch stärker auf einen Mix von Laien- und Profipflege hingewirkt werden. Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger, die ausschließlich Pflegegeld in Anspruch nehmen, könnten im Rahmen der Pflegeberatung oder bei Beratungsbesuchen auf die Möglichkeit einer anteiligen Inanspruchnahme von Sachleistungen hingewiesen werden. Auch könnte im Rahmen öffentlicher Kampagnen dafür geworben werden, Geld- und Pflegeleistungen zu kombinieren, um pflegende Angehörige zu entlasten und deren Überforderung zu beugen.

Betrachtet man die Verschiebungen im Leistungsspektrum, so zeigt sich, dass Pflegeleistungen nach wie vor dominieren. Zwar gewinnen die Betreuungs- und Entlastungsleistungen an Bedeutung. Doch bleibt deren Ausweitung hinter den Erwartungen zurück. Hier gilt es, die weitere Entwicklung dieses sehr heterogenen Bereichs zu beobachten und zu prüfen, ob die institutionellen Bedingungen verändert werden müssen (Bevollmächtigter der Bundesregierung für Pflege, 2020).

Einen starken Zuwachs haben die Nutzung der Tagespflege und die der Verhinderungspflege erfahren, während die Kurzzeitpflege eher stagniert. Durch die Nichtanrechnung dieser Leistungen auf die ambulanten Leistungen, haben sie eine deutliche Aufwertung erfahren. Die Tagespflege deckt damit eine Lücke ab, indem sie ein Betreuungsangebot schafft, das weder die ambulante Pflege noch die familiäre Pflege bieten kann. Sie stärkt damit das ambulante Setting und befördert die Tendenz zu mehr ambulanter Versorgung.

### **Veränderung der pflegerischen Aufgaben**

Im neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ist ein neues Verständnis von Pflegebedürftigkeit angelegt. Kernelemente des neuen Verständnisses von Pflege sind eine umfassende Sicht auf die Pflegebedürftigkeit, die gleichberechtigte Einbeziehung von körperlichen, kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen sowie die Teilhabe am Leben. Aus dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff leitet sich ein Verständnis von Pflege ab, dass alle Bereiche der Pflege, von den Inhalten der Leistungen bis hin zum Qualitätsverständnis prägt (s. Wingenfeld und Büscher, 2017).

Das neue Verständnis von Pflege zielt noch stärker als bisher darauf ab, die Selbstständigkeit und Fähigkeiten der Pflegebedürftigen möglichst lange zu erhalten und zu stärken. Wichtige Ansatzpunkte sind dabei:

- den Unterstützungsbedarf von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen zu klären und anhand der Bedürfnisse der Pflegebedürftigen zu einem tragfähigen Pflegearrangement zu verbinden. Ein zentrales Element ist dabei der Aushandlungsprozess zwischen den Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen und den professionell Pflegenden bei der Gestaltung der Leistungen;
- die Verrichtungsorientierung zugunsten eines Maßnahmenbündels aus verschiedenen Hilfen zu überwinden;
- Pflegekonzeptionen und Pflegehandlungen in den Einrichtungen so auszurichten, dass sie den Erhalt und die Stärkung der Selbstständigkeit und von Fähigkeiten fördern.

Diese Ausrichtung stellt neue und erweiterte Anforderungen an die Pflegeeinrichtungen bei der Gestaltung der Versorgung, aber auch neue Anforderungen an die Leistungsdarbietung der Pflegekassen. Dieser Umstellungsprozess von einer verrichtungsorientierten Pflege hin zu einer umfassend orientierten Versorgung befindet

sich noch mitten in der Umsetzung. Und er wird auch noch eine gewisse Zeit in Anspruch nehmen. Aber es gilt, das Thema auf der Agenda zu halten.

### **Veränderung der personellen Ausstattung**

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff bietet eine gute Grundlage für die Etablierung eines Personalbemessungsverfahrens in der Langzeitpflege. Ein entsprechender gesetzlicher Auftrag ist in § 113c SGB XI verankert worden. Der Pflege-Qualitätsausschuss hat einen entsprechenden Entwicklungsauftrag an ein wissenschaftliches Konsortium unter Federführung des Socium Forschungszentrum an der Universität Bremen (Leitung Prof. Heinz Rothgang) vergeben. Seit Februar 2020 liegt der Zweite Zwischenbericht des Projekts vor (Socium Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, 2020).

Der Bericht stellt das auf empirisch-analytischer Basis erarbeitete Personalbemessungsverfahren vor. Grundlage bildete eine umfangreiche Ist-Erhebung in stationären und teilstationären Einrichtungen. Dabei wurden die Ist-Werte in Richtung von Soll-Werten korrigiert, die eine pflegfachlich angemessene Versorgung orientiert am Verständnis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs abbilden. Das Verfahren liefert einen Algorithmus, der den notwendigen Personalbedarf nach Pflegegraden oder einer anderen Klassierung berechnet.

Bezogen auf die in die Untersuchung einbezogenen Einrichtungen zeigt sich ein deutlicher Personalmehrbedarf, der über alle Pflegegrade einen erforderlichen Personalzuwachs von insgesamt 36 % ergibt. Nach Qualitätsniveaus differenziert bewegt er sich zwischen 3,5 % bei Pflegefachkräften und 69 % bei Assistenzkräften mit kürzerer Ausbildung. Klar ist, dass ein solcher Personalaufbau nur in Schritten erfolgen kann. Deshalb schlagen die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler eine modellhafte Einführung in mehreren Schritten vor, der durch eine Organisations- und Personalentwicklung begleitet werden soll. Deren Ergebnisse könnten dann genutzt werden, die Personalausstattung in allen Pflegeheimen zu überprüfen und neue Personalausstattungen auf dem Verhandlungswege zu vereinbaren.

Das neue Verständnis von Pflege und der im neuen Personalbemessungsverfahren angelegte neue Qualifikationsmix stellen neue Anforderungen an die fachliche Qualifikation der in der Pflege tätigen Fachkräfte. Die Wahrnehmung der dargestellten Aufgaben erfordert eine breite Ausbildung der Pflegefachkräfte, in der neben den klassischen pflegerischen Aufgaben zukünftig der Anleitung und Beratung der Pflegebedürftigen, aber auch der Assistenzkräfte und der an- und ungelerten Kräfte ein höherer Stellenwert zukommt.

Offensichtlich ist, dass vor dem Hintergrund der festgestellten Personalunterbesetzungen und mit Blick auf die zukünftige demografische Entwicklung in den nächsten Jahren

---

mehr Kräfte für die Pflege und Betreuung älterer Menschen gebraucht werden. Damit steht die Stärkung der Attraktivität des Pflegeberufs im Blickpunkt. Diese kann nur durch ein Maßnahmenpaket gesteigert werden, welches die Bezahlung der in der Pflege Tätigen, die Vereinbarkeit von Arbeit und Familie, den Arbeitsschutz und die Gesundheitsförderung, das Halten und die Rückgewinnung von Pflegekräften und die Erweiterung pflegerischer Kompetenzen zum Inhalt hat (Konzertierte Aktion Pflege, 2019). Damit stößt der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff notwendige Veränderungen in der Personalbesetzung und der Personalqualifizierung an.

### **Fazit**

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und die neue Pflegebegutachtung haben drei Jahre nach ihrer Einführung ihre Praxistauglichkeit bewiesen. Sie führen zu einer veränderten und gerechteren Einstufung der Pflegebedürftigen in die Pflegegrade. Erfüllt hat sich die Erwartung, dass Menschen mit Demenz und andere Personen mit (geronto-) psychiatrischen Beeinträchtigungen einen besseren Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung haben und deutlich besser eingestuft werden. Nicht bestätigt hat sich die Befürchtung, dass Personen mit vorrangig somatischen Beeinträchtigungen durch das neue Verfahren benachteiligt werden. Sie erhalten zumeist den Pflegegrad 2 oder 3 und sind auch in den höheren Pflegegraden vertreten. Insgesamt erhalten deutlich mehr Pflegebedürftige Leistungen der Pflegeversicherung und mehr Pflegebedürftige erreichen die höheren Pflegegrade.

Da die Leistungen der Pflegeversicherung erweitert und die Leistungsbeträge überwiegend angehoben worden sind, stehen den Pflegebedürftigen mehr Leistungen der Pflegeversicherung zur Verfügung. So greifen mit Einführung des Pflegegrades 1 Leistungen schon im frühen Stadium der Pflegebedürftigkeit. Die Leistungsanspruchnahme hat sich - wie intendiert - in Richtung der ambulanten Leistungen verschoben. Zwar differenzieren sich die Leistungen stärker, sind aber weiter auf die Pflegeleistungen fokussiert, während die Betreuungs- und Entlastungsleistungen sich nur langsam ausweiten. Einen starken Zuwachs erfahren die Tages- und Verhinderungspflege, die damit das ambulante Setting stärken.

Das im neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angelegte Verständnis von Pflege und pflegerischem Handeln macht sich nur langsam in der Versorgungswirklichkeit breit. Der Übergang von einer verrichtungsorientierten Pflege hin zu einer umfassenden Versorgung ist eingeleitet, stockt jedoch in der Umsetzung. Hier richtet sich der Blick auf die Personal- und Qualifikationsentwicklung. Notwendige Impulse können hier von dem kurz vor der modellhaften Erprobung stehenden Verfahren der Personalbedarfsermittlung ausgehen. Denn die Umsetzung der Anforderungen einer umfassend ausgerichteten Pflege erfordert eine verbesserte personelle Ausstattung,

### Literatur

- Bevollmächtigter der Bundesregierung für Pflege (2020). Leistungsdschungel in der häuslichen Pflege auflösen - Diskussionspapier zum Entlastungsbudget. Berlin.
- Brucker, U., Fleer, B., Pick, P. (2013). Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, Soziale Sicherheit, 146-152, Köln.
- Bundesgesundheitsministerium (2009). Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin.
- Bundesgesundheitsministerium (2013). Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin.
- Bundesgesundheitsministerium (2019). Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI), Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse. Berlin.
- Kimmel, A., Schiebelhut, O., Kowalski, I., Brucker, U., Breuninger, K. (2015). Praktikabilitätsstudie zur Einführung des NBA in der Pflegeversicherung. GKV-Spitzenverband (Hrsg.) Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Bd. 12. CW Haarfeld GmbH: Hürth.
- Konzertierte Aktion Pflege (2019). Vereinbarungen der Arbeitsgruppen. Berlin.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) (2020). Versichertenbefragung zur Pflegebegutachtung, Gesamtbericht. Essen.
- Pick, P., Fleer, B. (2018). Ein Jahr neue Pflegebegutachtung. Soziale Sicherheit, 177-183, Köln.
- Socium Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik et al. (2020). Zweiter Zwischenbericht im Projekt Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen. Bremen.
- Windeler, J., Görres, S., Thomas, S., Kimmel, A., Langner, I., Reif, K. et al. (2011). Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. GKV-Spitzenverband (Hrsg.) Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Bd. 3. CW Haarfeld GmbH: Köln. Verfügbar unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service\\_1/publikationen/schriftenreihe/GKV-Schriftenreihe\\_Pflege\\_Band\\_3\\_18963.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/schriftenreihe/GKV-Schriftenreihe_Pflege_Band_3_18963.pdf) (Abruf am 20.08.21).
- Wingenfeld, K., Büscher, A., Gansweid, B. (2008). Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Abschlussbericht. Bielefeld/Münster. Verfügbar unter <http://uni-bielefeld.de/fakultaeten/gesundheitswissenschaften/ag/ipw/downloads/ipw-abschlussbericht-20080325.pdf> (Abruf am 21.01.2021).

- 
- Wingenfeld, K., Büscher, A., Schaeffer, D. (2011). Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. GKV-Spitzenverband (Hrsg.) Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Bd. 1. CW Haarfeld GmbH: Köln.
- Wingenfeld, K., Büscher, A., Gansweid, B. (2011). Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. GKV-Spitzenverband (Hrsg.) Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Bd. 2. CW Haarfeld GmbH: Köln. Verfügbar unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service\\_1/publikationen/schriftenreihe/GKV-Schriftenreihe\\_Pflege\\_Band\\_2\\_18962.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/schriftenreihe/GKV-Schriftenreihe_Pflege_Band_2_18962.pdf) (Abruf am 20.08.2021).
- Wingenfeld, K., Büscher, A. (2017). Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Bielefeld/Osnabrück: Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit.

---

## StaVaCare 2.0 – Zusammenhänge zwischen Case-, Care-Mix, Organisation und Qualität in Pflegeheimen

Stefan Görres, Silke Böttcher, Pascal Rink, Werner Brannath<sup>1</sup>

### **Hintergrund, Fragestellung und Zielsetzung**

Der demografische Wandel, einhergehend mit einer Zunahme an chronischen Erkrankungen, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit, auf der einen und der anhaltende Fachkräftemangel auf der anderen Seite stellen die stationäre Langzeitpflege vor stetig wachsende Herausforderungen. Die Diskussion um den Pflegenotstand und die Kontroverse um die Fachkraftquote verstärken in den letzten Jahren die Frage nach einem angemessenen Verhältnis zwischen Heimbewohnerschaft (Case-Mix) und Personalzusammensetzung (Care-Mix), wenn es darum geht, die stetig wachsenden Anforderungen auch in Zukunft verlässlich bewältigen zu können. In diesem Szenario gewinnen eine ganze Reihe relevanter Variablen und ihr Ineinandergreifen für zukünftige Versorgungssituationen an Bedeutung. Gilt dies vor allem für das Verhältnis von Case- und Care-Mix, so müssen zudem Organisationscharakteristika (Struktur und Umgebung) und die Ergebnisqualität (Outcome) in die weitere Betrachtung miteinbezogen werden. Ein Case-Mix mit hohen pflegefachlichen Anforderungen benötigt einen anderen Care-Mix als ein Case-Mix mit weniger hohen Herausforderungen. Entscheidend ist, dass stets eine im Vorfeld definierte Ergebnisqualität gleichermaßen gehalten wird, um bei einem anspruchsvollen Case-Mix (u. a. hohe Pflegegrade) nicht durch einen unangemessenen Care-Mix (unzureichende Personalbesetzung) eine schlechte Ergebnisqualität in Kauf zu nehmen. Angesichts dieser durchaus komplexen Zusammenhänge lautet die zentrale Fragestellung der Studie: Wie viel Personal mit welcher Qualifikation ist bei einer gegebenen Zusammensetzung der Pflegebedürftigen und gegebenen Organisationscharakteristika angemessen bzw. erforderlich, um im Ergebnis eine vertretbare und gute Pflegequalität zu erzeugen bzw. zu gewährleisten? Der entscheidende Gestaltungsspielraum, der zu einem rationalen Personaleinsatz führen kann, ergibt sich aus dem Verhältnis des Vierecks: Care-Mix, Case-Mix, Organisationscharakteristika und Ergebnisqualität (vgl. Abb. 1).

---

<sup>1</sup> Wir bedanken uns bei allen teilnehmenden Pflegeeinrichtungen, deren Leitung und den Datenerheberinnen und Datenerhebern für das entgegengebrachte Vertrauen und ihre große Unterstützung bei der Durchführung der Studie. Wir danken zudem Sarah Leonhardt-Achilles, Carolin Schröer, Gesine Arndt, Katharina Schulte und Serhat Günay für ihre Mitarbeit.

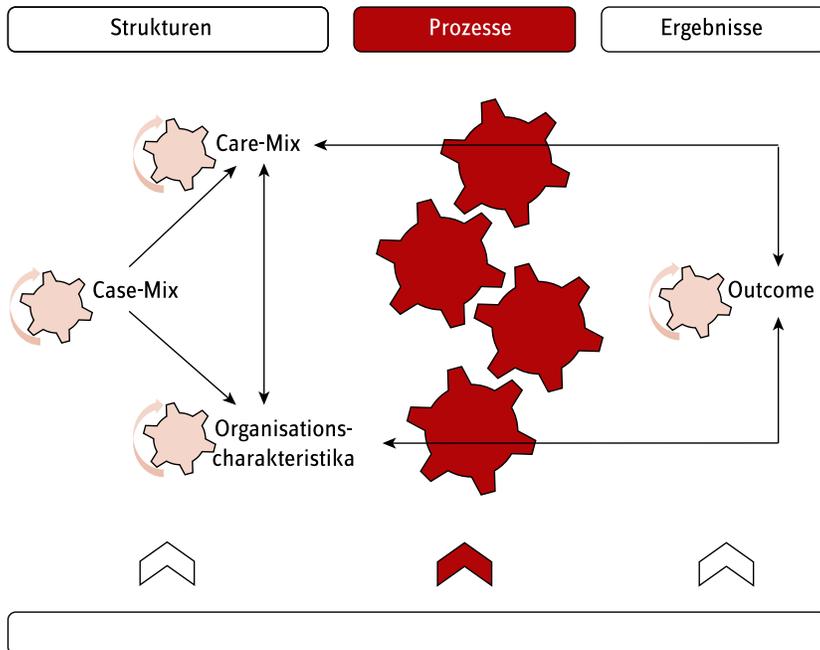


Abb. 1: Zusammenhang der zentralen Untersuchungsvariablen

### Gegenstand und Methodik der Studie

Die Studie „Stabilität und Variation des Care-Mix in Pflegeheimen unter Berücksichtigung von Case-Mix, Outcome und Organisationscharakteristika (StaVaCare 2.0)“ untersuchte erstmals für Deutschland auf Grundlage repräsentativer Daten wirksame Zusammenhänge zwischen der Zusammensetzung der Heimbewohnerschaft (Case-Mix), dem in Pflegeheimen an der pflegerischen Versorgung beteiligten Personal (Care-Mix), den Organisationscharakteristika der Einrichtungen (u. a. Größe, Trägerschaft, Pflegesystem) und dem Pflegeergebnis bzw. der Pflegequalität (Outcome), gemessen an ausgewählten gesundheitsbezogenen Variablen der Heimbewohnerschaft). Das von November 2017 bis Oktober 2019 durchgeführte Projekt wurde vom GKV-Spitzenverband gefördert und basierte auf der Pilotstudie StaVaCare-Pilot (Görres et al., 2014).

In der Beobachtungsstudie im Längsschnittdesign wurden die Routinedaten von knapp 5.000 Bewohnerinnen und Bewohnern aus 38 Pflegeheimen untersucht.

Eingeschlossen wurden ausschließlich Pflegeeinrichtungen (nach § 71 Abs. 2 SGB XI) mit vollstationärem Versorgungsauftrag. Um die Heterogenität der Heimlandschaft abbilden zu können, wurden zum einen die Organisationscharakteristika wie Einrichtungsgröße mit niedrigen, mittleren oder hohen Personalanhaltszahlen, Lage (Stadt/Land) und Trägerschaft der Pflegeeinrichtungen berücksichtigt. Zum anderen wurde auf eine prozentuale Verteilung geachtet, die sich an der Gesamtanzahl stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen in den teilnehmenden Bundesländern Bayern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein orientierte. Die Beobachtungsphase erstreckte sich über den Zeitraum von zwölf Monaten, vom 01.09.2017 bis zum 31.08.2018, eingeteilt in drei Erhebungsintervalle.

Die Erhebung der Daten erfolgte durch geschulte, interne Datenerheberinnen und Datenerheber in den teilnehmenden Einrichtungen mittels verschiedener Case Report Forms (CRFs) zum Case- und Care-Mix, zum Outcome und zu den Organisationscharakteristika (Tab. 1). Nach verschiedenen Plausibilitätsüberprüfungen erfolgte die Aufbereitung und Auswertung der Daten.

<b>Care-Mix</b>	Pflegepersonal: Bestand, Durchschnittsalter, Fortbildungsstunden und Fortbildungsinhalte, Qualifikationsstufen, Krankheitstage, Mitarbeitende anderer Professionen
<b>Case-Mix</b>	Alter, Geschlecht, Pflegegrad, Risikoassessments, Diagnosen (mit Relevanz für die Pflegebedürftigkeit), chronische Wunden, Orientierung, Aspirationsgefahr, Hinlauf-/Weglauff Tendenz, Flüssigkeitsmangel, Hilfsmittel, herausforderndes/agitiertes Verhalten
<b>Organisationscharakteristika</b>	Trägerschaft, Zugehörigkeit zu einem Trägerverbund, Einrichtungsgröße (Anzahl Wohnbereiche, Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner pro Wohnbereich), ergänzende Versorgungsverträge und/oder spezialisiertes Leistungsangebot, regionale Lage, eingesetztes Pflegesystem, Art des Pflegedokumentationssystem, eingesetzte Arbeitszeitmodelle, Fallbesprechungen, Personalgespräche, Supervision, Qualitätszirkel, Teambesprechungen, Nachtwachenbesprechungen, Qualifikation der Heimleitung, Anzahl Einzel-/Doppelzimmer, eigene Küche oder Caterer, Qualitätsbeauftragte
<b>Outcome</b>	Mobilität, Selbstständigkeit, Ernährungszustand, unbeabsichtigter Gewichtsverlust, Urininkontinenz, Katheteranwendung, Dekubitus, Krankenhausaufenthalte, Stürze, Schmerzmanagement, Anwendung freiheitseinschränkender Maßnahmen, herausforderndes/agitiertes Verhalten, Mortalität

Tab. 1: Erhobene Variablen

In StaVaCare 2.0 sollte ebenfalls erstmals der Indikator „Lebensqualität“ auf Basis bereits vorliegender Routinedaten ermittelt werden. Da ein valides Instrument, welches allein aufgrund vorliegender Routinedaten auf die Lebensqualität schließen

lässt, nicht vorliegt, wurden hierfür die Ergebnisse der jährlich durchgeführten MDK-Überprüfungen genutzt. Bei der Ergebnisauswertung zur Lebensqualität in StaVaCare 2.0 wurden die 77 Antworten der MDK-Überprüfung zunächst in „ja/nein-Antworten“ dichotomisiert und in Anlehnung an die Arbeit von Weidekamp-Maicher (2015) auf die sechs dort entwickelten Kennzeichen (Autonomie, Würde, soziale Teilhabe, Sicherheit, Wohlbefinden und Zufriedenheit) übertragen. Die Gesamtzahl der „ja-Antworten“ wurde sodann über alle Fragen eines Kennzeichens und alle „befragten“ Bewohnerinnen und Bewohner bestimmt und durch die maximal mögliche Anzahl der „ja-Antworten“ dividiert. Dies führte zu einer Gleichgewichtung der sechs Kennzeichen und zur Gleichgewichtung aller „ja-Antworten“ (unabhängig von der - ggf. unterschiedlichen - Anzahl der Antworten pro Frage). Durch dieses Vorgehen konnte pro Einrichtung ein Score-Wert für jedes der sechs Kennzeichen der Lebensqualität und durch Summation eines Gesamtscores für die Lebensqualität der gesamten Einrichtung erhalten werden.

## **Forschungslage**

Statistisch belastbare Modelle, die den Zusammenhang zwischen Case-Mix, Care-Mix, Organisationscharakteristika und Outcome berücksichtigen, liegen bislang nicht vor. In den bisher durchgeführten Studien wird deutlich, dass nicht von einer konsistent positiven Assoziation von unterschiedlichen Qualifizierungsniveaus des Pflegepersonals und Outcome der Heimbewohnerschaft in der stationären Langzeitversorgung ausgegangen werden kann. Auffällig ist zudem, dass sich die bisherigen Studien im Regelfall ausschließlich mit einzelnen oder der Verknüpfung zweier Faktoren beschäftigten. Studien, die den komplexen Zusammenhang aller vier Bereiche - Case-Mix, Care-Mix, Organisationscharakteristika und Outcome - miteinander verbinden, konnten nicht gefunden werden. Bei den Studiendesigns der recherchierten Studien sind vor allem mehrheitlich Entscheidungen zugunsten des Querschnittsdesigns getroffen worden, sodass Veränderungen über einen Zeitraum oder ein Zeitintervall ebenfalls keine Berücksichtigung finden (Aiken et al., 2014). Festgehalten werden kann, dass vorangegangene Forschungsergebnisse zwar auf einen Zusammenhang zwischen Personalbesetzung (im Sinne von Anzahl) und versorgungsqualitätsbezogenen Outcomes hinweisen, dass aber auch weitere Einflussgrößen der Versorgungsqualität in der stationären Langzeitpflege berücksichtigt werden müssen. Variablen wie Organisationscharakteristika, der Case-Mix einer Einrichtung und Marktcharakteristika sollten ebenfalls in die Betrachtung miteinbezogen werden (Lee et al., 2014). Ebenso ist der Aspekt der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Langzeitpflegeeinrichtungen in vorangegangenen Studien nicht ausreichend berücksichtigt worden, kann aber ebenfalls als eine relevante Größe betrachtet werden.

## **Ergebnisse und Diskussion der Studienergebnisse**

Im Unterschied zur gegebenen Forschungslage stand bei der Studie StaVaCare 2.0 als übergeordnetes Erkenntnisinteresse das Aufdecken von Zusammenhängen der zentralen Untersuchungsvariablen im Mittelpunkt. Die Ergebnisse sollten u. a. Hinweise auf eine Optimierung der Versorgungsqualität ermöglichen und auch bestehende Forschungslücken füllen. Die Untersuchung folgte dabei drei forschungsleitenden Strängen:

- Zusammenhänge zwischen Care-Mix-, Case-Mix- und bewohnerinnen- und bewohnerbezogenen Outcome-Variablen

Von der StaVaCare 2.0-Studie wurde angesichts der dort angewendeten Strategie erwartet, Effekte auf Basis eines aus den Daten der Studie gebildeten adjustierten Gesamtoutcomes beschreiben und abschließende sowie hinreichend aussagekräftige Ergebnisse gewinnen zu können. Unter der Annahme, dass die zur Adjustierung verwendeten Variablen und statistischen Modelle der Studie den Ausgangszustand einer Bewohnerin bzw. eines Bewohners vollständig beschreiben, können einrichtungs- und wohnbereichsspezifische Unterschiede im adjustierten Outcome nicht einfach auf Unterschiede im Case-Mix zurückgeführt werden und müssen daher ihre Ursache im pflegerischen Umfeld haben. Unter dieser Voraussetzung konnte in der StaVaCare 2.0-Studie vor allem das Gesamtpflegeergebnis ins Auge gefasst und darauf verzichtet werden, einzelne bewohnerbezogene Outcome-Variablen zu untersuchen, wie das in einschlägigen Studien der Fall ist.

Hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen Care-Mix- und Case-Mix-Variablen liefern die Analysen zunächst klare Hinweise darauf, dass der Care-Mix nicht nur auf der Basis der Pflegegrade in ein Verhältnis zum Case-Mix gesetzt ist, sondern dass auch andere Einzelindikatoren wie z. B. starke Schmerzen, chronische Wunden, herausforderndes Verhalten, Mobilitätseinschränkungen, Harnwegsinfektionen und Flüssigkeitsmangel Quantität und Zusammensetzung des Care-Mix je nach Situation bestimmen. Der Care-Mix ist insofern keine durchweg statische Größe in alleiniger Abhängigkeit vom gegebenen Case-Mix in Form der Pflegegrade. Der Case-Mix erfordert in unterschiedlich belegten Wohneinheiten angesichts komplexer Situationen einen hohen Grad an dynamischen Anpassungsszenarien. Bezogen auf die in der Entwicklung befindlichen Instrumente der Personalbemessung könnte dies eine relevante Feststellung sein.

Darüber hinaus wurden MDK-Daten zur Lebensqualität ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen zwar, dass beispielsweise städtische Einrichtungen sowie Einrichtungen, die Mitarbeiterinnen- und Mitarbeitergespräche führen, und schließlich Einrichtungen mittlerer Größe einen höheren Score bei der Lebensqualität erzielen, allerdings müssen diese Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden. Aktuell liegt kein valides Instrument

---

zur Erhebung von Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen vor, welches für alle betroffenen Personengruppen (z. B. auch kognitiv eingeschränkte Personen) geeignet ist. Die hier dargestellten Ergebnisse auf der Grundlage von Routinedaten können daher nur als erster Anhaltspunkt für eventuelle Zusammenhänge verstanden werden.

- Zusammenhang zwischen Organisationscharakteristika und bewohnerinnen- und bewohnerbezogener Ergebnisqualität

Vorangegangene Studien haben herausgefunden, dass verschiedene Organisationsmerkmale einen Einfluss auf die Ergebnisqualität haben können. Dies wurde mit den erhobenen Daten aus StaVaCare 2.0 überprüft. Der Effekt, dass Einrichtungen in Non-Profit-Trägerschaft eine bessere Ergebnisqualität erzielen, wie in einem Sample US-amerikanischer Pflegeheime beobachtet wurde (Zimmerman et al., 2002), konnte in StaVaCare 2.0 nicht bestätigt werden: Es konnte kein Einfluss der Trägerschaft auf das adjustierte Outcome erkannt werden. Dieser Unterschied in den Ergebnissen könnte u. a. damit erklärt werden, dass in dieser Studie bei der Auswertung zur Überprüfung dieses Zusammenhangs auch viele weitere Variablen berücksichtigt wurden. Auch die Zugehörigkeit zu einem Trägerverbund zeigt in StaVaCare 2.0 keinen Einfluss. Die Größe der Einrichtung ist ebenfalls in vorangegangenen Studien mit einer Beeinflussung der Ergebnisparameter assoziiert, wobei es für kleinere Einrichtungen wahrscheinlicher ist, bessere Outcomes zu erzielen. In StaVaCare 2.0 wurde kein Einfluss von der Größe der Einrichtung auf das adjustierte Outcome festgestellt. Gleiches gilt für die regionale Lage (städtisch/ländlich). Es konnte lediglich ein Unterschied zwischen den Bundesländern festgestellt werden, wobei Nordrhein-Westfalen im Vergleich die schlechtesten Werte und Schleswig-Holstein die besten Werte erzielt. Aus Schleswig-Holstein haben allerdings nur zwei Einrichtungen an der Studie teilgenommen, wodurch die Aussagekraft hier gering ist und eine Schlussfolgerung, dass die Pflegequalität in diesem Bundesland besser sei, nicht gezogen werden kann. Zu berücksichtigen hierbei ist ferner, dass die Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen einen durchschnittlich schlechteren gesundheitlichen Gesamtzustand aufwiesen, wodurch es wahrscheinlich ist, dass dieses Bundesland auch im Outcome den schlechtesten Wert erzielt hat. Auch bei Berücksichtigung des Gesamtzustands der Bewohnerinnen und Bewohner bleiben die Unterschiede statistisch signifikant. Für die Art des Pflegesystems ist lediglich bei dem Angebot an Bezug-/Milieupflege ein negativer Effekt, für die anderen Pflegesysteme dagegen kein statistisch signifikanter Effekt zu erkennen. Insgesamt sind die wenigen Effekte nur schwer zu interpretieren, sodass ein statistisches Artefakt nicht ausgeschlossen werden kann.

Die Ergebnisse zeigen dagegen deutlich, dass eine Verwendung der Strukturierten Informationssammlung (SIS) einen positiven Effekt auf das Outcome hat. Dieses

„Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“ wurde auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) entwickelt und soll dazu dienen, den Dokumentationsaufwand zu reduzieren. Dies soll zu einer deutlichen Zeitersparnis bei der Dokumentation für die Pflegekräfte führen und so zu deren Entlastung und Motivation beitragen. Ob die Verwendung von SIS bei den an StaVaCare 2.0 teilnehmenden Einrichtungen tatsächlich dazu geführt hat, dass Zeit im Dokumentationsprozess eingespart wurde, die dann letztendlich der Pflege der Bewohnerinnen und Bewohner zugutekam, kann anhand der erhobenen Daten nicht nachgewiesen werden. In welcher Art und Weise die Verwendung dieses Dokumentationssystems in StaVaCare 2.0 letztendlich einen positiven Einfluss auf die Ergebnisqualität hat, kann also nicht erklärt werden.

Ein weiteres interessantes Ergebnis dieser Studie ist, dass bei einigen weit verbreiteten Maßnahmen zur Qualitätssteigerung in der Pflege kein Effekt erkennbar ist – hierzu zählen die Supervision der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Durchführung von Fall- und Nachtwachenbesprechungen und die Durchführung von Mitarbeiterinnen- und Mitarbeitergesprächen. Auch andere Studien kommen zu dem Ergebnis, dass der Nutzen von Qualitätsmanagement oder Zertifizierungen für die Pflegebedürftigen nicht deutlich erkennbar ist oder sogar infrage gestellt werden kann. Es kann lediglich ein positiver Effekt auf die interne Prozesssteuerung und Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wahrgenommen werden. Für die Durchführung von Qualitätszirkeln ist in StaVaCare 2.0 ein positiver Effekt erkennbar. Dies scheint nicht verwunderlich, da sich Einrichtungen mit diesem Instrument gezielt mit der (Weiter-)Entwicklung der Ergebnisqualität auseinandersetzen. Gleichzeitig scheint die Teilnahme an Qualitätszirkeln die Motivation und Akzeptanz seitens der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu steigern. Ebenso erzielen Einrichtungen, bei denen für die Qualitätsbeauftragte bzw. den Qualitätsbeauftragten eine eigene Stabsstelle eingerichtet wurde, ein besseres Outcome als Einrichtungen, deren Qualitätsbeauftragte bzw. Qualitätsbeauftragter der Pflege zugeordnet ist. Dies erscheint logisch, da eine Stabsstelle sich hauptamtlich auf das Qualitätsmanagement konzentrieren kann und die dazugehörigen Aufgaben nicht im Pflegealltag vernachlässigt werden.

Ob die Heimleitung eine pflegerische Ausbildung oder ein Studium absolviert hat, scheint in dieser Studie keinen ausgeprägten Einfluss auf das Outcome zu haben. Auffällig ist jedoch, dass ein statistisch signifikanter negativer Effekt von einer Leitungsweiterbildung der Heimleitung auf das Outcome erkennbar ist. Nach Adjustierung mit dem gesundheitlichen Gesamtzustand der Bewohnerschaft geht die Signifikanz dieses Effekts jedoch verloren, weswegen ihm keine Bedeutung zukommen sollte. Auch der in dieser Studie beobachtete negative Effekt vom Angebot eines zusätzlichen Versorgungsvertrages „Demenz“ sollte unter Vorbehalt betrachtet werden. Einrichtungen mit diesem Zusatzvertrag haben eine heterogenere Bewohnerschaft mit einem oftmals schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand.

- 
- Fazit der Zusammenhänge eines am Case-Mix orientierten Care-Mix, der die bewohnerinnen- und bewohnerbezogene Ergebnisqualität der geleisteten Pflege unter Berücksichtigung von Organisationscharakteristika positiv beeinflusst

Die deskriptiven Ergebnisse von StaVaCare 2.0 verdeutlichen, dass ein großer Teil der Bewohnerinnen und Bewohner bei den Verrichtungen der Körperpflege sowie in der Mobilität eingeschränkt ist. Hinzu kommen kognitive sowie psychische Beeinträchtigungen, insbesondere durch Demenz. Für die Pflegeeinrichtungen zeigt sich demgemäß ein ebenfalls sehr heterogener Bedarf an Personal, das sowohl die Grund- und Behandlungspflege (direkte und indirekte Pflege) als auch die psychosozialen Betreuungsleistungen sowie eine planvolle, ressourcenfördernde und an gerontopsychiatrischen Problemlagen orientierte Pflege sozusagen „aus einer Hand“ durchführen kann.

Angesichts des Befundes der Heterogenität wird in StaVaCare 2.0 deutlich, dass nicht von einer konsistent positiven Assoziation zwischen unterschiedlichen Qualifizierungsniveaus des Pflegepersonals in Bezug auf Case-Mix und Bewohnerinnen- und Bewohner-Outcomes in der stationären Langzeitversorgung ausgegangen werden kann. Damit werden Ergebnisse aus älteren Studien zum gleichen Gegenstand in StaVaCare 2.0 durchaus bestätigt: Spilsbury et al. (2011) fassen in ihrer Übersichtsarbeit 50 Originalarbeiten zusammen, die insgesamt 42 Qualitätsindikatoren zur Messung herangezogen haben. Die Autoren schlussfolgern, dass es nicht möglich ist, verbindliche Aussagen zum Zusammenhang zwischen Pflegepersonalbesetzung und Versorgungsqualität auf Grundlage der seinerzeit verfügbaren Evidenz zu treffen. Allerdings lassen die Ergebnisse darauf schließen, dass Pflegehilfskräfte eher mit einer verbesserten als mit einer verschlechterten Versorgungsqualität assoziiert werden.

Es wird zudem darauf hingewiesen, dass vorangegangene Untersuchungen hauptsächlich Qualität in Verbindung mit der reinen Anzahl von Pflegenden gemessen haben. In der StaVaCare 2.0-Studie war kein durchschlagender Einfluss der Personalstunden auf das adjustierte Outcome erkennbar. Es zeigte sich lediglich ein geringer signifikanter positiver Effekt auf die Pflegequalität bei einer Erhöhung der monatlichen Pflegehilfskraftstunden im Wohnbereich. Des Weiteren lassen die Ergebnisse von StaVaCare 2.0 keinen positiven Einfluss der Stunden von Betreuungskräften nach § 43b SGB XI und anderen für die soziale Betreuung eingesetzten Personen erkennen. Im Gegenteil: Der Einfluss von Betreuungskräften und des Bundesfreiwilligendienstes scheint sogar einen negativen Einfluss auf die Ergebnisqualität zu haben. Hierbei ist allerdings anzumerken, dass aufgrund von Modellierungsunsicherheiten ein kausaler Zusammenhang als unwahrscheinlich gilt.

Allerdings kommt StaVaCare 2.0 zu dem Ergebnis, dass andere Faktoren (z. B. Organisationscharakteristika wie die dynamische Anpassung vom Care-Mix an den Case-Mix vor allem auf der Ebene Wohnbereich, die Durchführung von Qualitätszirkeln, die Einrichtung einer Stabsstelle für Qualitätssicherungsbeauftragte) ebenso die Ergebnisqualität beeinflussen. Auch in anderen Studien, die allerdings nur einzelne Variablen untersuchten, finden sich entsprechende Hinweise.

### **Forschungsdesiderate im Kontext der Qualitätssicherung**

Insgesamt ist festzuhalten, dass nur wenige Effekte erkennbar sind, die das Potenzial hätten, regelrecht Modelle aus der StaVaCare 2.0-Studie abzuleiten, die vor allem das Verhältnis Case-Mix und Care-Mix, also den idealen Personalmix, für ein bestmögliches Outcome aufzeigen könnten. Zusammenfassend - so die Erkenntnis aus StaVaCare 2.0 - handelt es sich in der Studie um kaum isolierbare und messbare Parameter, die selbst über ein adjustiertes Outcome nur schwer abzubilden sind. Daher ist eine Abbildung der Effektivität und Wirksamkeit im Zusammenhang von Case-Mix, Care-Mix, Outcome unter Berücksichtigung von Organisationscharakteristika in dieser Studie nur im Ansatz gelungen. Gerade deshalb besteht weiterhin ein deutlicher Forschungsbedarf, die Wirksamkeit der in der StaVaCare 2.0-Studie untersuchten relevanten Zusammenhänge im Setting der stationären Langzeitpflege betreffend. Vor allem für Fortschritte in der Qualitätsdiskussion dürfte dies von hoher Relevanz sein. Aus den Ergebnissen und Erkenntnissen von StaVaCare 2.0 lassen sich zusammenfassend vier zentrale Forschungsdesiderate ableiten:

#### **1. Forschungsdesiderat: Gesamtscore auf Basis von Routinedaten**

In StaVaCare 2.0 wurde bewusst auf eine isolierte Modellierung einzelner Outcome-Parameter verzichtet, da isolierte Wirkungen immer nur Teilaspekte der Pflege erfassen. Stattdessen wurde aus den Daten der Einzelparameter ein adjustierter Gesamtscore für das Outcome gebildet, der die Outcome-umfassenden Trends innerhalb der Heimbewohnerschaft und allgemeine Unterschiede zwischen der Heimbewohnerschaft und der Einrichtungen auffängt. Neu daran ist, dass methodisch betrachtet sämtliche bekannten Assessments, die zur Erfassung von Problemlagen bei Pflegebedürftigen entwickelt und genutzt werden, zwar den Pflegebedarf, nicht jedoch den gesamten Versorgungsaufwand erfassen (Rothgang und Hasseler, 2015). Denn der Versorgungsaufwand selbst ist eine komplexe Größe, die nicht ohne weiteres empirisch und damit der Bestimmung von normativen Soll-Parametern zugänglich ist. Genau hier setzte die StaVaCare 2.0-Studie an. Sie untersuchte nicht nur die Relation von Case-Mix und Care-Mix, sondern versuchte diese durch eine Erweiterung um Variablen wie Outcome und Organisationscharakteristika in komplexere Zusammenhänge zu stellen. Der hier verfolgte Ansatz, das Outcome anhand eines Gesamtscores zu

---

beurteilen, der meinungsneutral und ausschließlich auf Basis der erhobenen Daten der Heimbewohnerschaft mittels eines umfassenden statistischen Modells für die multiplen Outcomes gebildet wurde, kann nicht nur als innovativ, sondern auch als forschungsleitend für weitere Studien angesehen werden.

Ziel dieser Modellbildung in StaVaCare 2.0 war, durch einen Gesamtscore Effekte des pflegerischen Umfeldes und von pflegerischen oder organisatorischen Maßnahmen auf Basis von Routinedaten zumindest teilweise beschreiben zu können. Eine sich daraus im Kontext der Qualitätssicherung ergebende Frage ist, inwieweit die vorhandenen Routinedaten in der stationären Langzeitpflege dazu geeignet sind und zukünftig dazu genutzt werden können, auch komplexe Zusammenhänge belastbar darzustellen.

## 2. Forschungsdesiderat: Wirkung von Personal- und Prozesssteuerung

In der StaVaCare 2.0-Studie konnten Effekte einer Personal- bzw. Prozesssteuerung auf das adjustierte Outcome zumindest auf indirekte Weise untersucht und Hinweise auf positive Effekte einer Case-Mix-spezifischen Steuerung der Fachkräfte gefunden werden. Vor allem Letzteres führt zu der Schlussfolgerung, dass möglicherweise eine zielgerichtete und ergebnisorientierte Personal- und Prozesssteuerung ein entscheidender Faktor für ein verbessertes Outcome sein könnte.

Die Ergebnisse von StaVaCare 2.0 konnten zumindest zeigen, dass neben Case-Mix- und Care-Mix-Variablen auch andere Effekte erkennbar sind, die das Outcome gleichermaßen beeinflussen. Die Studie konnte z. B. herausfinden, dass städtische Einrichtungen, Einrichtungen, die Mitarbeiterinnen- und Mitarbeitergespräche führen, und Einrichtungen mittlerer Größe im Vergleich einen höheren Score bei der Lebensqualität erzielen. Auch eine entbürokratisierte Pflegedokumentation, die Durchführung von Qualitätszirkeln sowie die Steuerung des Personalmix vor allem in den einzelnen Wohnbereichen haben einen positiven Effekt auf das Outcome. Gerade Letzteres gibt einen Hinweis darauf, dass nicht alleine der richtige Personal- bzw. Care-Mix als solcher zu einem guten Outcome führt, sondern eine professionelle und situationsabhängige Steuerung durch die Anwendung flexibler Anpassungsmechanismen, sowohl die Zusammensetzung als auch – je nach Bedarf (z. B. in verschiedenen Wohnbereichen) – den Einsatzort betreffend, ebenfalls eine Rolle spielen könnte. Einrichtungen, die z. B. Anzahl und Mix ihrer Fach- und Hilfskraftstunden an den Case-Mix auf Wohnbereichsebene anpassten (Verteilung auf Wohnbereiche), also über eine erhöhte Möglichkeit und Fähigkeit zur Anpassung verfügten, erzielten ein besseres pflegerisches Ergebnis als Einrichtungen mit einer reduzierten Möglichkeit oder Fähigkeit, dies zu steuern. Eine konsequente Etablierung einer solchen Prozesssteuerung – so die Vermutung – könnte daher eine weitere wesentliche Voraussetzung für ein hinreichendes Outcome sein.

### 3. Forschungsdesiderat: Entwicklung und Erprobung von Steuerungsinstrumenten

Vor dem soeben skizzierten Hintergrund ist zu konstatieren, dass es an der ausreichenden Entwicklung und Erprobung entsprechender Steuerungsinstrumente fehlt. Allerdings sollten die Ergebnisse von StaVaCare 2.0 ermutigen, insbesondere jene Steuerungsansätze in ihrer Wirkung konsequenter zu untersuchen, die sich aus Sicht der Pflege als innovative Formen zur Optimierung von pflegerischen Versorgungsprozessen erweisen könnten. Zentral in diesem Kontext ist die Frage, welche pflegerelevanten Steuerungsinstrumente und -modelle geeignet erscheinen, den veränderten Anforderungen und Veränderungsnotwendigkeiten im Gesundheitssektor im Allgemeinen und einer Optimierung von Versorgungsprozessen in der stationären Langzeitpflege unter den gegebenen Umständen im Besonderen gerecht zu werden (Görres und Reif, 2008).

### 4. Forschungsdesiderat: Intensivierung der Outcome-Forschung

StaVaCare 2.0 verfolgte den Ansatz, das Outcome auf der Basis eines Gesamtscores abzubilden. Obwohl sich hier – wie die kritische Reflexion der Studie offenbart – einige Limitationen zeigten, wäre es im Sinne einer Weiterentwicklung von Themen der Qualitätssicherung durchaus relevant, das Outcome verstärkt in den Mittelpunkt weiterer Forschungsvorhaben zu stellen. Allerdings ist die Bildung eines dazu notwendigen Gesamtscores eine enorme Herausforderung angesichts zahlreicher Confounder. Dennoch könnte das Outcome nicht nur eine wesentliche Informationsgrundlage für die Steuerung von Versorgungsprozessen, sondern auch für deren Ausrichtung sein. Die jüngste Outcome-Forschung befasst sich verstärkt mit den Fragestellungen, welche Outcomes überhaupt relevant sind, wie diese gemessen werden können sowie wann und bei wem Outcomes am besten gemessen werden sollten. Nach wie vor ist eine weitere Intensivierung der Outcome-Forschung notwendig. Im Mittelpunkt der Überlegungen steht dabei auch die Pflegesensitivität der Outcomes. Und schließlich, auch das konnte StaVaCare 2.0 zeigen, bedarf es weiterer Studien, um vor allem die Lebensqualität in stationären Pflegeeinrichtungen als eines der zentralen Outcomes messen zu können.

#### **Kritische Reflexion der Studie - Limitationen**

Zunächst kann als eine wesentliche Stärke der Studie die große Zahl an Bewohnerinnen- und Bewohnerdaten genannt werden. Die angestrebten Datensätze von mindestens 2.000 Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen, die laut der Berechnung auf Grundlage von StaVaCare-Pilot (Görres et al., 2014) nötig waren, um Zusammenhänge mit einer Power von 80 % bei einem Signifikanzniveau von 5 % zu bestätigen, konnten um etwa 75 % übertroffen werden.

---

Eine weitere Stärke und auch innovatives Element der vorliegenden Studie ist der Ansatz, das Outcome auf der Basis eines Gesamtscores zu beurteilen, der ausschließlich auf Basis der erhobenen Daten mittels eines statistischen Modells für die multiplen Outcomes gebildet wurde.

Die Verwendung von Routinedaten und die damit einhergehende Frage zur Vollständigkeit der Daten stellen eine deutliche Limitation der Studie dar. Aus datenschutzrechtlichen Gründen konnte keine Einsicht in die Akten der Heimbewohnerschaft sowie in die des Personals gewährt werden. Somit kann nicht abschließend festgehalten werden, ob tatsächlich die Daten aller Bewohnerinnen und Bewohner sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der teilnehmenden Einrichtungen im Studienzeitraum erhoben wurden. Die Erhebung durch lokales Pflegepersonal führte trotz Schulung zudem zu einer uneinheitlichen Erhebung, sodass Teile der Daten aus der Analyse ausgeschlossen werden mussten.

Des Weiteren haben die Daten zur Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner in den teilnehmenden Einrichtungen zwar durchaus zu interpretierbaren Erkenntnissen geführt angesichts der Tatsache, dass sie lediglich aufgrund der behelfswesen Einordnung von MDK-Fragen in das Modell von Weidekamp-Maicher (2016) zustande gekommen sind. Allerdings hätte eine höhere Aussagekraft erzielt werden können, wenn die Lebensqualität durch eine Befragung der Bewohnerinnen und Bewohner erhoben worden wäre. Da jedoch alle Daten dieser Studie aus Routinedaten erfasst werden mussten, war dies nicht möglich. Auch eine Vollerhebung wäre mit einer Befragung nicht erreicht worden.

Eine weitere Limitation stellt schließlich der Covering-Effekt - statistisch betrachtet der Einfluss zahlreicher Confounder - dar. Er überdeckt angesichts einer hohen Komplexität von Situationen einzelne Zusammenhänge. Das ist vermutlich der wesentliche Grund dafür, dass im Rahmen der Studie nur schwer Zusammenhänge als statistische Effekte gefunden werden konnten. Ursache dafür sind also nicht die Qualität der Daten oder die statistische Analyse selbst, sondern es ist die situativ-komplex-dynamische Situation des pflegerischen Umfeldes, die dieses Ergebnis erzeugt. Darüber hinaus muss davon ausgegangen werden, dass nicht alle Confounder erhoben und durch die Strukturmodelle erfasst wurden, sodass die Ergebnisse nur vorsichtig kausal interpretiert werden können. Der Tatbestand, dass Daten zum Case-Mix über jeweils vier Monate umfassende Erhebungsintervalle zusammenfassend gesammelt wurden, verschärft die beschriebene Problematik, weil Dynamiken und Anpassungen vor allem auf der operativen Ebene innerhalb der Intervalle gänzlich unbeobachtet blieben. Eine höherfrequente Erhebung hätte von den teilnehmenden Einrichtungen allerdings auch nicht erbracht werden können.

## **Zusammenfassung und Fazit**

In Deutschland werden im Kontext der Diskussion um Qualitätssicherung in der stationären Langzeitpflege derzeit unterschiedliche Strategien auf verschiedenen Ebenen entwickelt und implementiert, um auf die Frage einer qualitativ ausreichenden Versorgung eine befriedigende und wissenschaftlich fundierte Antwort zu finden. Die steigende Notwendigkeit für Qualitätsassessments, interne sowie externe Qualitätsvergleiche als institutionelle und gesetzlich verankerte Verpflichtung sowie Modellvorhaben zur Einführung gesetzlich verpflichtender Standards und schließlich die Generierung belastbarer Qualitätsindikatoren mit einer hohen Sensibilität für die geeignete und belastbare Messung der Ergebnisqualität auf der Grundlage von Routinedaten treiben diese Entwicklungen voran. Zusätzlich führen gesetzliche Anforderungen an die Personalbesetzung inklusive der Entwicklung brauchbarer Personalbemessungsinstrumente zu neuen Überlegungen das angemessene Verhältnis von Case-Mix und Care-Mix betreffend. Ein jüngstes Beispiel ist das neue Qualitäts- und Prüfsystem, ein praxisrelevanter und empirisch abgeleiteter Aufschlag eines indikatorengestützten Qualitätsmessungsinstruments als Ersatz für die Pflegenoten. Bis zum 31.12.2021 sollen alle stationären Einrichtungen einmal durch externe Prüfinstitutionen, wie die Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) und den Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung (PKV-Prüfdienst), geprüft worden sein, sofern die Pandemie das zulässt. Die Ergebnisse nach dem neuen Qualitätsbewertungssystem unterstützen die Versicherten dabei, die Qualität einzelner Pflegeeinrichtungen einzuschätzen, um die Entscheidung für eine geeignete Pflegeeinrichtung fundiert treffen zu können. Grundlage dafür sind zukünftig Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen wie z. B. die Unterstützung Pflegebedürftiger bei der Ernährung, Körperpflege oder Wundversorgung, außerdem Qualitätsindikatoren wie z. B. zur Mobilitäterhaltung, zur Verhinderung von Druckgeschwüren oder zur Anwendung von Gurtfixierungen und Bettgittern. Als dritte Säule ergänzen Einrichtungsinformationen die Ergebnisse der externen Qualitätsprüfung und Qualitätsindikatoren, dazu gehören u. a. die Erreichbarkeit der Pflegeeinrichtung, die Möglichkeit des Probewohnens oder die Personalausstattung. Die Prüfinhalte erweitern sich um neue Themen und der Fokus verschiebt sich hin zu einer Versorgungsqualität bezogen auf die gesamte Heimbewohnerschaft. Diese wird an der Ergebnis- und der Prozessqualität gemessen. Damit rückt – wie weiter oben schon vorgeschlagen – die Ergebnisqualität stärker als bisher in den Vordergrund der Qualitätsberichterstattung. Durch die Indikatoren lassen sich z. B. die Anzahl neu aufgetretener Druckgeschwüre oder die Anzahl gravierender Sturzfolgen erfassen. Alle sechs Monate erheben zukünftig die Einrichtungen selbst die notwendigen Indikatorendaten bei grundsätzlich allen Bewohnerinnen und Bewohnern. Die Pflegeheime sind zudem verpflichtet, Informationen über die strukturellen Angebote bereitzustellen. Dazu zählen beispielsweise Angaben zur personellen Ausstattung der Einrichtung, wie der Fachkräfteanteil in der Pflege oder die Fluktuation der

---

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung in den letzten sechs Monaten. Auch Informationen darüber, ob ein Probewohnen möglich ist und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine Fremdsprache sprechen, müssen von den Einrichtungen wahrheitsgemäß beantwortet oder zur Verfügung gestellt werden.

Die Qualitätsdiskussion in Deutschland ist damit auf einem guten Weg, wie das Beispiel eindrucksvoll zeigt. Für die weitere Entwicklung - und das konnte StaVaCare 2.0 deutlich zeigen - ist es wichtig, das Zusammenspiel einzelner Faktoren noch stärker zu erfassen, als Einflussgrößen statistisch abzubilden und in einen erkenntnisbringenden Zusammenhang zu stellen. Zwar ergibt sich im Zusammenspiel zahlreicher Variablen eine Komplexität, die sich im Rahmen von StaVaCare 2.0 nicht ohne weiteres messen ließ und deshalb methodisch und statistisch nach wie vor eine Herausforderung darstellt. Allerdings - und das ist ebenso ein Ergebnis von StaVaCare 2.0 - lassen sich allein über die Erfassung von einzelnen Ergebnisindikatoren nur bedingt Rückschlüsse auf die vorangegangenen Prozesse und die Wirkung der Relation Case-Mix und Care-Mix ziehen. Vor allem der derzeit noch zu sehr dominierende Fokus auf klinische Themen kann sich als hinderliche Limitation erweisen (Zúñiga et al., 2019, S. 730 ff.). Wichtige Themen wie Lebensqualität werden oft nicht erfragt oder sind zumindest über Routinedaten nicht ohne weiteres greifbar. Auch dies ist ein Ergebnis von StaVaCare 2.0. Die weiter oben angesprochenen Forschungsdesiderate sind also durchaus geeignet, auch das neue Qualitäts- und Prüfsystem der Vertragspartner, die nach § 113 SGB XI zu dessen Entwicklung aufgefordert wurden, zu verifizieren und mittel- bis langfristig um weitere, vor allem nichtklinische Indikatoren zu ergänzen. Entscheidend wird aber sein, angesichts der Komplexität des Handlungsfeldes, Kontext- und vor allem Variablen der Prozesssteuerung nicht aus dem Auge zu verlieren. Entsprechend gesteuerte Prozesse sind - das lassen die Ergebnisse von StaVaCare 2.0 durchaus vermuten - eine wesentliche Voraussetzung für eine gute Ergebnisqualität.

## Literatur

- Aiken, L., Sloane, D., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R. et al. for the RN4CAST consortium (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 383 (9931), 1824-1830.
- Europarat (2001). Recommendation of the Committee of Ministers to member states on developing a methodology for drawing up guidelines on best medical practices. Verfügbar unter <http://cm.coe.int/ta/rec/2001/2001r13.htm> (Abruf am 18.03.2020).
- Görres, S., Reif, K. (2008). Optimierung des Pflegeprozesses durch neue Steuerungsinstrumente - Der Pflegeforschungsverbund Nord. In D. Schaeffer, J. Behrens, S. Görres (Hrsg.), *Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen*

- 
- Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung, 257-267. Weinheim: Juventa (Gesundheitsforschung).
- Görres, S., Timm, J., Brannath, W., Reif, K., Stiefler, S., Neubert, L. (2014). Pilotstudie: Stabilität und Variation des Care-Mix in Pflegeheimen unter Berücksichtigung von Care-Mix und Outcome. Unveröffentlichter Abschlussbericht. Universität Bremen.
- Lee, H. Y., Blegen, M. A., Harrington, C. (2014). The effects of RN staffing hours on nursing home quality: a two-stage model. *International journal of nursing studies*, 51 (3), 409-417.
- Rothgang, H., Hasseler, M. (2015). Evaluation des NBA. Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen (EViS). Endbericht. Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik.
- Spilsbury, K., Hewitt, C., Stirk, L., Bowman, C. (2011). The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: a systematic review. *International journal of nursing studies*, 48 (6), 732-750. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2011.02.014
- Weidekamp-Maicher, M. (2016). Lebensqualität in der stationären pflegerischen Versorgung: Rahmenmodelle und Merkmale. In M. Hasseler, R. Stemmer, M. Macsenaere, J. Arnold, M. Weidekamp-Maicher (Hrsg.), *Entwicklung eines wissenschaftlich basierten Qualitätsverständnisses für die Pflege- und Lebensqualität*. Abschlussbericht, Teil 4, 1-130.
- Zimmerman, S., Gruber-Baldini, A., Hebel, R., Sloane, P., Magaziner, J. (2002). Nursing home facility risk factors for infection and hospitalization: importance of registered nurse turnover, administration, and social factors. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50 (12), 1987-1995.
- Zúñiga, F., Blatter, C., Wicki, R., Simon, M. (2019). Nationale Qualitätsindikatoren in Schweizer Pflegeheimen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 52, 730-736.

Heinz Rothgang und das PeBeM-Projektteam<sup>1</sup>

## Personaleinsatz als Qualitätsfaktor

In seinem für die Qualitätsdebatte in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung wegweisenden Artikel hat Donabedian bereits 1966 die noch heute allgegenwärtige Unterscheidung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vorgenommen. Diese drei Qualitätsdimensionen können zwar auch separat betrachtet und bemessen werden, sind aber konzeptionell in sequenzieller Bedingtheit aufeinander bezogen. Dabei wird gute Strukturqualität als geeignet angesehen, die Möglichkeit und Wahrscheinlichkeit einer guten Prozessqualität und daraus folgend einer guten Ergebnisqualität zu erhöhen – sie kann diese aber nicht garantieren. Auch wenn Strukturqualität also keine hinreichende Bedingung zur Entwicklung und Sicherung hoher Ergebnisqualität darstellt, muss sie doch als wesentlicher Ausgangspunkt qualitativ hochwertiger Dienstleistungen betrachtet werden.

Für die formelle Langzeitpflege ist Art und Umfang der Personalausstattung als wichtigstes Strukturmerkmal der Leistungserbringung weitgehend anerkannt. Empirische Nachweise des Zusammenhangs von Struktur- und Ergebnisqualität sind bisher – primär aufgrund des Fehlens eines einheitlichen und anerkannten Messinstrumentariums für Ergebnisqualität – meist nur auf einzelne Aspekte der Ergebnisqualität bezogen, die jedoch deutliche Überschneidungen mit den zurzeit in Deutschland in Einführung befindlichen Qualitätsindikatoren aufweisen (Bostick et al., 2006, S. 375). So zeigt sich in internationalen Studien, dass eine Erhöhung der – mit größerem Personaleinsatz assoziierten – Pflegezeiten zu geringeren Dekubitus-Häufigkeiten, zu weniger Krankenhauseinweisungen, weniger Harnwegsinfektionen, zu geringeren ungewollten Gewichtsverlusten und allgemein zu einer geringeren Verschlechterung der Selbstständigkeit führte (Backhaus et al., 2014; Spilsbury et al., 2011). Komplementär dazu sind empirische Nachweise erbracht worden, dass geringere

---

<sup>1</sup> PeBeM-Projektteam  
Projektleiter: Prof. Heinz Rothgang  
Projektkoordinator: Thomas Kalwitzki  
Pflegerwissenschaftlerinnen und Pflegerwissenschaftler: Prof. Stefan Görres, Prof. Karin Wolf-Ostermann, Prof. Ingrid Darmann-Finck, Dr. Claudia Stolle  
Pflegefachkräfte mit zusätzlicher akademischer Ausbildung: Mathias Fünfstück, Agata Krempa, Sarah Sticht, Janet Cordes  
Arbeitswissenschaftlerin und Arbeitswissenschaftler: PD Dr. Guido Becke, Cora Zenz (geb. Schwerdt)  
Sozialwissenschaftler: Lukas Matzner  
Statistikerin und Statistiker: Prof. Werner Brannath, Dr. Stephan Kloep, Franziska Heinze

Personalzeiten zu einem Absinken der Gesamtqualität und zu häufigeren Defiziten führten (Hyer et al., 2011; Harrington et al., 2000). Allerdings sind diese Ergebnisse aufgrund anderer Rahmenbedingungen und womöglich anderer Personalniveaus nicht ohne weiteres auf deutsche Pflegeheime übertragbar. Aber auch wenn eine systematische und umfassende Prüfung der Auswirkung von Personaleinsatzmengen auf die Pflegequalität im Sinne von Ergebnisqualität in deutschen Pflegeheimen bisher nicht erfolgt ist, so weisen die vorliegenden Hinweise doch alle in eine Richtung: Eine bedarfsgerechte Personalausstattung ist erforderlich, um dauerhaft die Möglichkeit einer hohen Pflegequalität zu schaffen, während eine zu geringe Personalausstattung zu einer schlechteren Ergebnisqualität führt.

### **Heterogene Personalausstattung in Deutschland**

Obwohl eine bedarfsgerechte Personalausstattung also als einer der wichtigsten Strukturfaktoren zur dauerhaften Sicherstellung guter Pflegequalität anerkannt ist, weisen die stationären Einrichtungen in Deutschland aufgrund der landesspezifischen und teilweise sogar einrichtungsindividuellen Rahmenbedingungen deutlich unterschiedliche Personalmengen auf: Während für eine Einrichtung mit 100 Bewohnerinnen und Bewohnern und einem bundesdurchschnittlichen Pflegegradmix in Bayern mehr als 40 (Vollzeit-)Pflegekräfte vorgesehen wären, stünden dafür in Mecklenburg-Vorpommern, dem Saarland oder Sachsen-Anhalt weniger als 35 Vollzeitkräfte zur Verfügung (Rothgang und Wagner, 2019). Da aber die Einstufung der Pflegebedürftigkeit und auch die Ansprüche an die Qualität der Pflege nach bundeseinheitlichen Maßstäben geregelt sind, können diese Niveauunterschiede nicht durch unterschiedliche Operationalisierungen erklärt werden, sondern deuten auf Mängel in der Verteilungsgerechtigkeit hin.

Ob bei einer dieser landesspezifischen Personalausstattungen von Bedarfsgerechtigkeit gesprochen werden kann – und, wenn ja, auf welchem Niveau diese dann liegt –, ist bisher empirisch ebenfalls ungeklärt. Allerdings gibt es deutliche Hinweise darauf, dass die Personalausstattung in der Langzeitpflege in Deutschland derzeit als zu niedrig angesehen werden muss, da Pflegekräfte – um Qualitätseinbußen zu vermeiden – häufig dauerhaft am Rande ihrer Belastbarkeit arbeiten. Das Pflegepersonal erlebt eine Arbeitsverdichtung, deren Intensität dazu führt, dass in Befragungen die Hälfte der Pflegenden angibt, zur Bewältigung der Arbeitsmenge auf ihre Pausen zu verzichten (Schmucker, 2019, S. 53; DGB, 2018, S. 7 f.). Wenn das nicht mehr ausreicht, werden in zunehmendem Maße Überstunden geleistet (Isfort et al., 2018, S. 3) oder es wird in letzter Konsequenz durch kompensatorische Abstriche bei der Qualität eine Bewältigung des (verdichteten) Arbeitspensums möglich gemacht (ebd., S. 16 f.). Hieraus entstehen – vor allem bei dauerhaftem Wirken solcher Bewältigungszwänge – nicht nur vermehrt gesundheitsbezogene Belastungen mit erhöhter Krankheitsdauer (Drupp

und Meyer, 2019; Isfort, 2018, S. 68 f.; Greß und Stegmüller, 2016, S. 18 f.), vielmehr wird die Arbeitsbelastung in Umfragen auch regelmäßig als ein Hauptgrund für den vorzeitigen Berufsausstieg genannt (Isfort et al., 2018, S. 80; Greß und Stegmüller, 2016, S. 18 f.; Hasselhorn et al., 2005). Unzureichende Personalmengen schränken also die Möglichkeit, hohe Pflegequalität zu erreichen, systematisch ein und überfordern gleichzeitig das vorhandene Personal dauerhaft, sodass sich das Arbeitskräfteangebot durch vorzeitige Berufsausstiege weiter reduziert, was Personalengpässe verschärft und dann wiederum die Arbeitsbelastung erhöht. Zur dauerhaften Sicherung hoher Pflegequalität für alle Pflegebedürftigen muss diese Abwärtsspirale gestoppt werden.

### **Instrument zur Bemessung einer verteilungs- und bedarfsgerechten Personalausstattung**

Eine auskömmliche und regional ausgeglichene Personalbemessung kann durch eine bundeseinheitlich bedarfsgerechte Personalbemessung erreicht werden. Seit Einführung der Pflegeversicherung sind allerdings bereits mehrere Versuche zur Einführung eines Personalbemessungsinstruments in vollstationären Einrichtungen gescheitert. Im Zweiten Pflegestärkungsgesetz hat der Gesetzgeber einen neuen Anlauf unternommen und die Vertragspartner der gemeinsamen Selbstverwaltung in der Pflege nach § 113 SGB XI beauftragt, bis Juni 2020 ein „wissenschaftlich fundierte[s] Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach quantitativen und qualitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI“ zu entwickeln und zu erproben. Der Auftrag zur Entwicklung und Erprobung dieses Instruments ist nach europaweiter Ausschreibung an die Universität Bremen gegangen und dort bis Juni 2020 bearbeitet worden.

#### **Konzeption der Instrumentenentwicklung**

Das Personalbemessungsinstrument errechnet auf Basis der Anzahl versorgter Pflegebedürftiger und des Ausmaßes ihrer Pflegebedürftigkeit, wie sie im Rahmen der Begutachtung erhoben werden, nach Qualifikationsstufen differenzierte Personalmengen, die dann Grundlage für landesspezifische Setzungen und einrichtungsbezogene Vereinbarungen sein können. Zur Entwicklung des Instruments wurde ein kombiniert empirischer und analytischer Ansatz gewählt, der - differenziert nach Pflegegraden oder anders klassierten Pflegeaufwandsgruppen -

- die bedarfsgerechte Zahl der notwendigen Interventionen,
- die bedarfsgerechte Zeit pro Interventionserbringung und
- das bedarfsgerechte Qualifikationsniveau der Pflegeperson pro Interventionserbringung

analytisch zunächst definiert und dann empirisch ermittelt.

Ausgangspunkt ist das IST der Leistungserbringung, also die unter aktuellen personellen und organisatorischen Rahmenbedingungen erbrachten Interventionsmengen und -zeiten sowie die Qualifikation der jeweils durchführenden Pflegekraft. Wird während jeder Leistungserbringung geprüft, inwieweit für eine zuvor definierte bedarfsgerechte Versorgung in der konkreten Pflegesituation zeitliche Zu- oder Abschläge notwendig gewesen wären, kann aus dem IST zuzüglich der Zu- und Abschläge ein SOLL-Wert für jede Interventionserbringung errechnet werden. Diese Werte zu berechnen, ist der Kern des empirischen Teils der Entwicklung.

### **Durchführung**

Zur Ermittlung der IST- und SOLL-Werte wurde eine Beobachtungsstudie durchgeführt, bei der im Zeitraum von März bis Oktober 2018 in insgesamt 62 vollstationären Erhebungseinheiten unter der Beteiligung von insgesamt 1.380 Pflegebedürftigen von insgesamt 241 datenerhebenden Pflegefachkräften rund 2.000 Schichten beschattet und dabei Daten zu mehr als 144.000 Interventionen erhoben wurden.

Um die Erhebung dieser Werte strukturiert zu ermöglichen, wurde vorab zunächst ein Interventionskatalog entwickelt, der alle in einer stationären Pflegeeinrichtung zu erbringenden Leistungen systematisiert und dabei die Anforderungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs berücksichtigt. Für jede der 110 enthaltenen Interventionen wurden dann Teilschritte und Anforderungen festgelegt, die je nach Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit variieren. Hierdurch werden die Ansprüche an eine fachgerechte Leistungserbringung in Relation zu jedem Pflegebedürftigen individualisiert. Festgelegt wurden diese Setzungen schließlich in einer tagesstrukturierten Interventionsplanung für jeden Pflegebedürftigen, in der jede einzelne Intervention in Abhängigkeit von der durch Anwendung des Begutachtungsinstruments abgebildeten Art und dem Ausmaß der Pflegebedürftigkeit personalisiert wurde und in der ebenso individuell das erforderliche Qualifikationsniveau zur fachgerechten Erbringung gesetzt wurde. Alle fachlichen Setzungen wurden vor Beginn der Beobachtungsstudie von einem Expertengremium, dessen Mitglieder von der gemeinsamen Selbstverwaltung der Pflegeversicherung benannt wurden, konsentiert und die resultierenden Erhebungsinstrumente dann von den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung abgenommen.

Während der Beobachtungsstudie wurde dann für jeden teilnehmenden Pflegebedürftigen zunächst ein aktuelles Gutachten zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit durch den MDK oder die Medicproof GmbH mittels des Begutachtungsinstruments erstellt. Basierend auf diesen Informationen, der individuellen Pflegedokumentation, den Aussagen der Bezugspflegekraft vor Ort und - bei Bedarf - einer Inaugenscheinnahme der Bewohnerin bzw. des Bewohners, erstellte das Studienteam der Universität Bremen gemeinsam mit der Bezugspflegekraft eine

tagesstrukturierte Pflegeplanung der bedarfsnotwendigen Interventionen. Diese Planung wurde auf Tablet-PCs übertragen und konnte von den Datenerhebenden für jede teilnehmende Bewohnerin bzw. jeden teilnehmenden Bewohner der Erhebungseinheit abgerufen werden. Durch die Eins-zu-eins-Zuordnung je einer Pflegekraft zu je einer Datenerheberin bzw. einem Datenerheber wurde die Erbringung der Leistungen sekundengenau erfasst. Gleichzeitig wurde von den Datenerhebenden durch die Überprüfung der zuvor in einer dreitägigen Sitzung mit dem von den Auftraggebern benannten Gremium aus Expertinnen und Experten konsentierten und von den Auftraggebern abgenommenen normativ gesetzten Teilschritte und Anforderungen eine Bewertung der Notwendigkeit und der fachgerechten Durchführung jeder Intervention vorgenommen. Festgestellte Differenzen wurden in zeitliche Zu- oder Abschläge oder die Anpassung des erforderlichen Qualifikationsniveaus überführt. Zudem wurden auch die notwendigen Zeiten für die Interventionen berücksichtigt, die zwar von den datenerhebenden Schatten als bedarfsnotwendig angesehen, aber nicht erbracht wurden. Durch Addition der (Netto-)Zeitzuschläge und der (Netto-)Zuschläge für zusätzliche bedarfsnotwendige Interventionen mit den IST-Zeiten ergeben sich SOLL-Zeitmengen pro Bewohner. Unter Rückgriff auf eine Nettojahresarbeitszeit, die im Instrument variabel gesetzt werden kann und für die nachstehenden Berechnungen auf 1.560 Stunden im Jahr für eine Vollzeitkraft angesetzt wurde, lassen sich daraus Angaben in Vollzeitstellen errechnen.

### **Ergebnisse**

Als Ergebnis des Projekts wurde am 25.02.2020 in Berlin ein Personalbemessungsinstrument vorgestellt, mit dem die fachlich angemessene Personalmenge für die Gesamtpopulation der Pflegebedürftigen in einer Einrichtung nach Qualifikationsniveaus differenziert ausgewiesen wird. Die Berechnung erfolgt unter Einsatz eines mathematischen Modells, dessen Parametrisierung als Algorithmus 1.0 durch die empirischen SOLL-Werte erfolgt. Möglich ist dabei eine Berechnung sowohl nach Pflegegraden als auch nach anderen Klassierungen von Pflegebedürftigen, wobei die Pflegegrade eine überraschend hohe Voraussagekraft in Bezug auf die fachlich angemessene Personalmenge aufweisen. Die bisher für alle Einrichtungen geltende einheitliche Fachkraftquote wird im Algorithmus durch einrichtungsindividuelle Personalmengen und -mixe ersetzt.

### **Bedarfsgerechte Pflegezeiten**

Die durchschnittlichen Zeitmengen für bedarfs- und fachgerechte Pflegeleistungen – einschließlich der auf eine Pro-Kopf-Zeit umgerechneten IST-Zeitmengen für indirekte Pflege – reichen von 60 Minuten für Bewohnerinnen und Bewohner ohne Pflegegrad bis zu 224 Minuten für Pflegebedürftige in Pflegegrad 5. Wie Abb. 1 verdeutlicht, resultieren diese SOLL-Werte aus den beobachteten IST-Werten und zwei Arten von saldierten Zuschlägen: den Zeitzuschlägen ( $\Delta$  Zeit), die zur fachgerechten Umsetzung bereits

erbrachter Interventionen erforderlich sind, und den Mengenzuschlägen ( $\Delta$  Menge) für zusätzlich zu erbringende Interventionen, die dann jeweils bereits mit den SOLL-Zeiten (Interaktionseffekt) hinterlegt wurden. Die resultierenden Zeitmehrbedarfe als Summe dieser Zuschläge steigen dabei mit den Pflegegraden sowohl in absoluter Höhe als auch anteilig in Bezug auf die jeweiligen IST-Werte an.

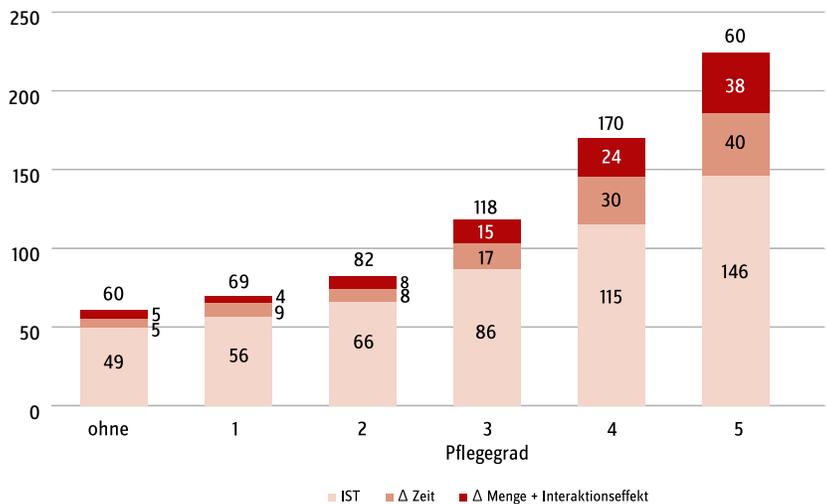


Abb. 1: Durchschnittlicher täglicher Pflegebedarf nach Pflegegrad

### Case-Mix bestimmt das Niveau der Pflegepersonalausstattung

Die resultierenden SOLL-Werte werden mittels einer - im Instrument variabel enthaltenen - Nettojahresarbeitszeit in Vollzeitäquivalente (VZÄ) umgerechnet. Für alle dargestellten Ergebnisse wurde eine Nettojahresarbeitszeit von 1.560 Stunden angesetzt. In jedem Pflegegrad können somit die (relativen) Mehrbedarfe im Vergleich zu den derzeitigen Pflegeschlüsseln ermittelt werden (Abb. 2). Als IST fungieren hierbei die zum Zeitpunkt der Berichtslegung zur Besetzung zur Verfügung stehenden Personalstellen. Diese ergeben sich gemäß Rothgang und Wagner (2019, S. 19) aus den bestehenden Personalrichtwerten zuzüglich der 13.000 Stellen nach dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, die proportional auf die Pflegegrade verteilt wurden, abzüglich der Sonderschlüssel für PDL, Betreuung und Qualitätsbeauftragte. Wie an den relativen Steigerungen erkennbar ist, verändert sich der Personalzuwachs dabei in direkter Abhängigkeit von der Größe und Zusammensetzung der Bewohnerschaft. Bezogen auf eine Einrichtung mit 100 Bewohnerinnen und Bewohnern und der bundesdurchschnittlichen Pflegegradstruktur im Dezember 2017 ergibt sich ein erforderlicher Personalzuwachs von insgesamt 36 % (Abb. 2). Dieser Zuwachs wird

geringer, wenn sich der Case-Mix in Richtung geringerer Pflegegrade verschiebt, und höher bei einer Verschiebung in höhere Pflegegrade.

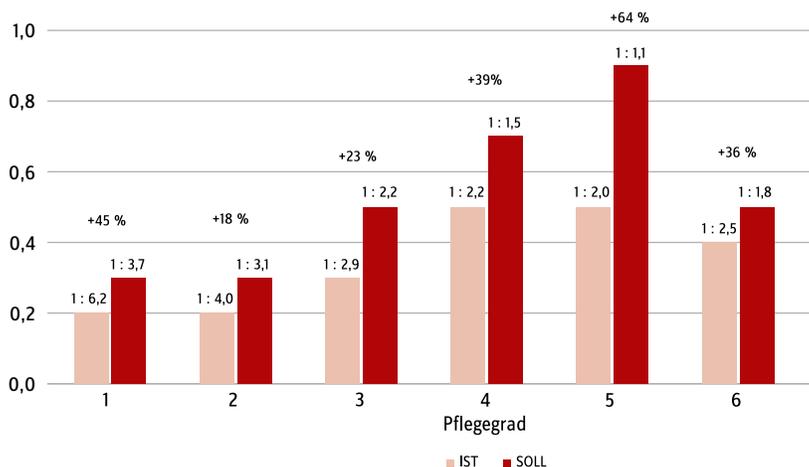


Abb. 2: IST- und SOLL-Personalschlüssel nach Pflegegraden

### Case-Mix bestimmt auch den Qualifikationsmix

Im Personalbemessungsinstrument bestimmt die Struktur der Bewohnerschaft den erforderlichen Qualifikationsmix. Ist derzeit – unabhängig von der Pflegegradstruktur der Bewohnerschaft – ordnungsrechtlich ein Fachkräfteanteil von 50 % gefordert, steigt dieser Anteilswert im einheitlichen Bemessungsverfahren pflegegradbezogen von knapp 20 % im Pflegegrad 2 auf 65 % im Pflegegrad 5 an. Komplementär dazu entstehen auch für die Anteile der nachfolgend als Assistenzkräfte bezeichneten Pflegepersonen in niedrigeren Qualifikationsgraden pflegegradabhängige Werte. Auffällig ist dabei, dass in den Pflegegraden 1 bis 4 sowie in einer gesamten Einrichtung mit bundesdurchschnittlichem Pflegegradmix der Anteil der qualifizierten Assistenzkräfte mit ein- oder zweijähriger Ausbildung nach Landesrecht (QN 3) im SOLL durchgängig rund ein Drittel des Gesamtpersonals beträgt. In dieser Personalgruppe, die heute in den Einrichtungen eher wenig vertreten ist, zeigt sich damit der größte absolute und relative Personalmehrbedarf. Der Fachkräfteanteil variiert für jede Einrichtung individuell gemäß ihrer Bewohnerschaft, sinkt für eine Einrichtung mit bundesdurchschnittlichem Pflegegradmix aber auf 38 % (Abb. 3). Dies darf nicht mit einer Absenkung der Fachkräftezahl verwechselt werden, die vielmehr ebenfalls im Vergleich zum Status quo ansteigt – wenn auch nur leicht, gemessen in Vollzeitäquivalenten, um 3,5 %, während die Zahl der Assistenzkräfte (ebenfalls in Vollzeitäquivalenten gemessen) um 69 % ansteigt.

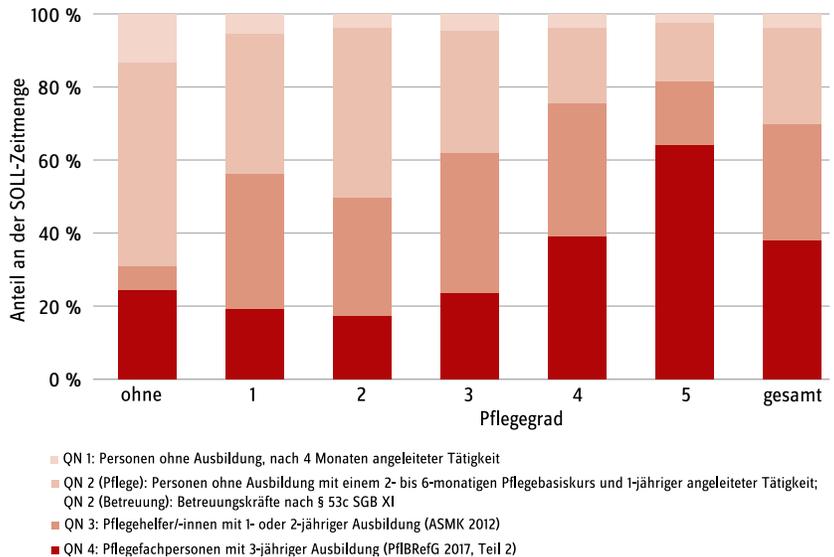


Abb. 3: Anteile der verschiedenen Qualifikationsniveaus an den SOLL-Zeitmengen

### Ausblick und Fazit

Insgesamt zeigt sich somit eine erhebliche Steigerung der Pflegepersonalkapazitäten, die weit überwiegend Assistenzkräfte betrifft und in geringem Maße auch die Anzahl der Pflegefachkräfte erhöht. Insbesondere die Gruppe der ausgebildeten Assistenzkräfte mit ein- oder zweijähriger Ausbildung nach Landesrecht (QN 3) wächst bei bedarfsgerechter Personalausstattung deutlich an. Gegenwärtig wird für diese ausgebildeten Assistenzkräfte kein Personal-mangel unterstellt. Auch unter Betrachtung der demografischen Entwicklung bis 2030 wird für den Status quo lediglich eine Personallücke von 12.000 Vollzeitäquivalenten erwartet. Bei vollständiger Umsetzung des Personalbemessungsinstrumentes steigt der Bedarf allerdings um weitere rund 100.000 VZÄ. Um eine Besetzung dieser Stellen gewährleisten zu können, werden in den kommenden Jahren zusätzlich zu den starken und erfolgreichen Bemühungen um die Anwerbung und Ausbildung von Pflegefachkräften auch die ausgebildeten Assistenzkräfte und die entsprechenden Ausbildungsstrukturen in den Blick zu nehmen sein.

Eine Verbesserung der Strukturqualität im dargestellten quantitativen Umfang wird für sich genommen aber nicht dazu führen, dass sich die damit ermöglichten Verbesserungen der Ergebnisqualität und die Verbesserung der Arbeitsbedingungen von

---

selbst ergeben. Vielmehr müssen dafür auch die Pflegeprozesse angepasst werden, um so die Prozessqualität zu erhöhen.

Hierzu sind Organisations- und Personalentwicklungsprozesse erforderlich, in deren Rahmen u. a. eine kompetenzorientierte Neudefinition der Rollen von Fach- und Assistenzkräften vorzunehmen ist. Dadurch, dass die Assistenzkräfte einfachere Tätigkeiten in der Pflege und Betreuung übernehmen, wird es den Pflegefachkräften möglich, sowohl ihre Vorbehaltsaufgaben, die Steuerung und Überwachung des Pflegeprozesses, Anleitung und Übernahme von komplexen pflegerischen Aufgaben, vollumfänglich zu übernehmen als auch die praktische Pflege in komplexen und instabilen Situationen durchzuführen. Bei einer Neudefinition der Arbeitsaufgaben sollte zugleich versucht werden, auch die individuellen Fähigkeiten und Neigungen der Pflegenden in der Arbeitsplanung zu berücksichtigen. Eine Ergänzung sowohl in der komplexen Planung dieser Versorgungsabläufe als auch in der Bewältigung von hochspeziellen Versorgungstätigkeiten ist in den kommenden Jahren durch die akademisch ausgebildeten Pflegekräfte zu erwarten, deren konkrete Aufgaben jedoch sowohl fachlich als auch organisatorisch noch bestimmt werden müssen. Weiterhin wird die durch die Corona-Pandemie womöglich beschleunigte Digitalisierung zu weiteren Anpassungsnotwendigkeiten führen, die – bei richtigem Einsatz – auch zu erheblichen Entlastungen führen können.

Strukturell werden die Einrichtungen bei einer Einführung des Personalbemessungsverfahrens vor eine doppelte Herausforderung gestellt, da sie zusätzliches Personal rekrutieren und gleichzeitig die innerbetrieblichen Strukturen weiterentwickeln müssen. Aus diesem Grund hat das Projektteam zunächst als ersten Handlungsschritt vorgeschlagen, mit einem flächendeckenden Personalaufbau im Bereich der Assistenzkräfte zu beginnen und gleichzeitig die Einführung des Instruments begleitet von Organisations- und Personalentwicklungsprozessen modellhaft in 20 bis 30 Einrichtungen durchzuführen. Aus dieser modellhaften Einführung lassen sich dann auch Erkenntnisse für eine flächendeckende Umsetzung des Personalbemessungsinstruments ableiten.

Damit zeigen sich auch zentrale zukünftige Forschungsnotwendigkeiten: die Entwicklung von Pflegekonzepten, die kompetenzorientierte Pflege und Bezugspflege miteinander verbinden, die Definition von Rollen für grundständig akademisch ausgebildete Pflegekräfte, Personal- und Organisationsentwicklungsmodelle, die den veränderten Personalkonstellationen Rechnung tragen und dabei auch den schrittweisen Stellenaufwuchs berücksichtigen, sowie Konzepte, diese in Modelleinrichtungen entwickelten neuen Strukturen in die Fläche zu bringen.

## Literatur

- Arbeits- und Sozialministerkonferenz (2012). Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege. In ASMK (2012), Ergebnisprotokoll der 89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder (78 ff.). Verfügbar unter [https://asmkintern.rlp.de/fileadmin/asmkintern/Beschluesse/Aeltere\\_Beschluesse/ergebnisprotokoll\\_89\\_asmk.pdf](https://asmkintern.rlp.de/fileadmin/asmkintern/Beschluesse/Aeltere_Beschluesse/ergebnisprotokoll_89_asmk.pdf) (Abruf am 17.03.2021).
- Backhaus, R., Verbeek, H., van Rossum, E., Capezuti, E., Hamers, J. P. H. (2014). Nurse staffing impact on quality of care in nursing homes: a systematic review of longitudinal studies. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15 (6), 383-393.
- Bostick, J. E., Rantz, M. J., Flesner, M. K., Riggs, C. J. (2006). Systematic review of studies of staffing and quality in nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 7 (6), 366-376.
- Deutscher Gewerkschaftsbund (2018). Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. So beurteilen die Beschäftigten die Lage. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfragen zum DGB-Index Gute Arbeit. Verfügbar unter <https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++df07ee92-b1ba-11e8-b392-52540088cada> (Abruf am 17.03.2021).
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44 (3), 166-203.
- Drupp, M., Meyer, M. (2019). Belastungen und Arbeitsbedingungen bei Pflegeberufen - Arbeitsunfähigkeitsdaten und ihre Nutzung im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber, A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege - aber woher?* (23-46). Berlin: Springer. Verfügbar unter [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-58935-9\\_2](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-58935-9_2) (Abruf am 04.01.2020).
- Greß, S., Stegmüller, K. (2016). Gesetzliche Personalbemessung in der stationären Alten-pflege. Gutachterliche Stellungnahme für die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di). *pg-papers* (Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda), Nr. 01/2016. Verfügbar unter [https://fuldok.hs-fulda.de/opus4/files/368/pgp\\_2016\\_01\\_gress\\_stegmueller.pdf](https://fuldok.hs-fulda.de/opus4/files/368/pgp_2016_01_gress_stegmueller.pdf) (Abruf am 05.01.2020).
- Harrington, C., Zimmerman, D., Karon, S. L., Robinson, J., Beutel, P. (2000). Nursing home staffing and its relationship to deficiencies. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 55 (5), 278-87.
- Hasselhorn, H.-M., Müller, B. H., Tackenberg, P. (2005). Die Untersuchung des vorzeitigen Ausstiegs aus dem Pflegeberuf in Europa - die europäische NEXT-Studie. In H.-M. Hasselhorn, B. H. Müller, P. Tackenberg, A. Kümmerling, M. Simon (Hrsg.), *Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und*

- beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa (11-20). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag.
- Hyer, K., Thomas, K. S., Branch, L. G., Harman, J. S., Johnson, C. E., Weech-Maldonado, R. (2011). The influence of nurse staffing levels on quality of care in nursing homes. *The Gerontologist*, 51 (5), 610-616.
- Isfort, M., Rottländer, R., Weidner, F., Gehlen, D., Hylla, J., Tucman, D. (2018). Pflege-Thermometer 2018. Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der stationären Langzeitpflege in Deutschland. Verfügbar unter [https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte\\_DIP-Institut/Pflege\\_Thermometer\\_2018.pdf](https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte_DIP-Institut/Pflege_Thermometer_2018.pdf) (Abruf am 05.01.2020).
- Pflegeberufereformgesetz (2017) vom 17.07.2017. Bundesgesetzblatt Jahrg. 2017, Teil I, Nr. 49, ausgegeben zu Bonn am 24.07.2017. Verfügbar unter [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/text.xav?SID=&tf=xaver.component.Text\\_0&toctf=&qmf=&hlf=xaver.component.Hitlist\\_0&bk=bgbl&start=%2F%2F%5B%40node\\_id%3D%27542211%27%5D&skin=pdf&tlevel=-2&nohist=1](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/text.xav?SID=&tf=xaver.component.Text_0&toctf=&qmf=&hlf=xaver.component.Hitlist_0&bk=bgbl&start=%2F%2F%5B%40node_id%3D%27542211%27%5D&skin=pdf&tlevel=-2&nohist=1) (Abruf am 04.01.2020).
- Rothgang, H., Wagner, C. (2019). Quantifizierung der Personalverbesserungen in der stationären Pflege im Zusammenhang mit der Umsetzung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes. Expertise für das Bundesministerium für Gesundheit. Bremen. Verfügbar unter [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht\\_Quantifizierung\\_der\\_Personalverbesserungen.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Quantifizierung_der_Personalverbesserungen.pdf) (Abruf am 05.01.2020).
- Schmucker, R. (2019). Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. In K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* (S. 49-59). Berlin: Springer. [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-58935-9\\_3](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-58935-9_3) (Abruf am 05.01.2020).
- Spilsbury, K., Hewitt, C., Stirk, L., Bowman, C. (2011). The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: a systematic review. *International journal of nursing studies*, 48 (6), 732-750.



Christoph Stöppler

Mit Einführung der Pflegeversicherung 1995 galten Menschen als pflegebedürftig, sofern sie dauerhaft Hilfen bei „gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens“ benötigten. Menschen, die zwar im Bereich der täglichen Verrichtungen noch über ein hohes Maß an Selbstständigkeit verfügten, aber kognitive Einschränkungen z. B. aufgrund einer demenziellen Erkrankung hatten, wurden vom (alten) Begriff der Pflegebedürftigkeit nicht hinreichend erfasst.

Menschen mit kognitiven Einschränkungen können jedoch auf Dauer in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt sein. Sie haben daher oftmals einen Betreuungs- und Unterstützungsbedarf (z. B. notwendige psychosoziale Betreuung, Begleitung), der über die körperbezogenen Pflegemaßnahmen hinausgeht. Zeiten der allgemeinen Betreuung wurden vor der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vor diesem Hintergrund nicht als Pflegebedarf erfasst und anerkannt und führten nicht zu entsprechenden Leistungsansprüchen der Versicherten. Diese mangelnde Berücksichtigung kognitiver und psychischer Beeinträchtigungen wurde vielfach kritisiert.

Noch vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Rahmen des Pflegestärkungsgesetzes II zum 01.01.2017, im Rahmen dessen somatisch und psychokognitiv bedingte Fähigkeitseinschränkungen bei der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit gleichgestellt wurden, sind bereits erste Schritte zur Berücksichtigung dieses Personenkreises unternommen worden. 2002 wurden im Rahmen des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes erstmals „zusätzliche Betreuungsleistungen“ für Pflegebedürftige mit erheblichem Bedarf an Betreuung im häuslichen Bereich in Form einer Pauschalleistung eingeführt. Damit wurde eine erste Anpassung der bis dahin vornehmlich auf physisch-funktionale Einschränkungen hin ausgelegten Leistungsgewährung im SGB XI vorgenommen. Im Jahr 2008 wurde der Personenkreis auf Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, die nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI waren, erweitert (§ 45a SGB XI a. F.). Der Anteil dieser Personen mit der sogenannten Pflegestufe 0 an allen Leistungsbeziehenden der Pflegeversicherung hat jedoch kontinuierlich zugenommen. Er stieg von 1,87 % im Jahr 2011 auf 7,01 % im Jahr 2016. Zudem konnten seit 2008 stationäre Pflegeeinrichtungen für Personen mit einem erheblichen allgemeinen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf zusätzliche Betreuungskräfte zur Betreuung und Aktivierung einstellen und dafür leistungsgerechte Zuschläge abrechnen. In diesem Rahmen wurden erstmals Richtlinien zur Qualifizierung und zu den Aufgaben der zusätzlichen Betreuungskräfte beschlossen und in 2011 im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3 SGB XI durch das IGES Institut evaluiert.

Die Ergebnisse wurden 2012 in Band 9 der Schriftenreihe „Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“ publiziert (Gerdes et al., 2012).

Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) wurde im Jahr 2013 vom Gesetzgeber eine neue Leistungsart in das SGB XI aufgenommen: die häusliche Betreuung nach § 124 SGB XI (a. F.). Bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung von häuslicher Betreuung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs regelt, hatten auf dieser Grundlage Pflegebedürftige sowie Versicherte, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a SGB XI erfüllten, einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen im Rahmen der Kostenerstattung in Höhe von 100 Euro bzw. 200 Euro monatlich. Durch das Pflegestärkungsgesetz I (PSG I) konnten Leistungen der häuslichen Betreuung auch als Sachleistung bis zur Höhe von 40 % des Sachleistungsbudgets finanziert werden.

Bis 2016 konnten somit Pflegebedürftige der Pflegestufen 1 bis 3 und später auch solche mit eingeschränkter Alltagskompetenz, aber ohne hinreichende somatisch bedingte Einschränkungen (sogenannte Pflegestufe 0) unter der Voraussetzung, dass die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt waren, häusliche Betreuung durch ambulante Pflegedienste oder sogenannte niedrigschwellige Betreuungsangebote (im Rahmen der Kostenerstattung) in Anspruch nehmen. Der weit überwiegende Teil der Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz verfügte jedoch bereits über eine Pflegeeinstufung und hatte somit neben kognitiven auch somatische Einschränkungen. Insgesamt wiesen 2015 ca. 42 % der Pflegebedürftigen eine eingeschränkte Alltagskompetenz auf (Destatis, 2017, S. 7). Mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs 2017 wurde das Verständnis von Pflegebedürftigkeit grundlegend verändert, vom Vorhandensein von körperlichen Beeinträchtigungen hin zur Beurteilung des Grades der Selbstständigkeit bei alltäglichen Aktivitäten. Damit wurden körperliche Beeinträchtigungen und kognitive/psychische Einbußen und Verhaltensauffälligkeiten, die einen spezifischen Unterstützungsbedarf nach sich ziehen, gleichgestellt. Die neue erweiterte Definition von Pflegebedürftigkeit legt folglich nicht mehr nur den von körperlichen Einschränkungen verursachten Unterstützungsbedarf für die Beurteilung zugrunde. Es bestand somit erstmals ein gleichrangiger Anspruch auf Pflegeleistungen, unabhängig von der Art der Beeinträchtigung. Zudem wurden Betreuungsleistungen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und Hilfen zur Haushaltsführung gleichgestellt und der Kreis der Anspruchsberechtigten wurde auf alle Pflegebedürftigen ausgeweitet. Seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs können daher auch nicht kognitiv beeinträchtigte Pflegebedürftige Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen.

Das Vorhandensein einer eingeschränkten Alltagskompetenz indiziert, ob Menschen aufgrund demenzbedingter Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderungen oder

psychischer Erkrankungen dauerhaft so eingeschränkt sind, dass sie einen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf aufweisen. Die größte Gruppe der Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, die einen Anspruch auf Betreuungsleistungen haben, sind Personen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen und sie werden mehrheitlich von ihnen in Anspruch genommen. Insbesondere in der frühen Phase der Erkrankung steht dabei die Stabilisierung und Normalisierung der eigenen Versorgungssituation im Vordergrund (Rothgang, 2011, S. 210 ff). Menschen mit leichten bis mittleren demenziellen Erkrankungen werden überwiegend zu Hause gepflegt. Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz wie z. B. herausforderndes Verhalten stellen jedoch veränderte Anforderungen an die professionelle, insbesondere ambulante Pflege, den strukturellen Rahmen der Leistungserbringung und die inhaltliche Ausgestaltung der Pflege als die Pflege von (ausschließlich) somatisch beeinträchtigten Pflegebedürftigen (Holzhausen, 2016). Zudem stellt die Pflege von Menschen mit Demenz eine große Herausforderung und Belastung für pflegende Angehörige dar und führt zu einem überdurchschnittlich hohen Gefühl der Überforderung der Pflegepersonen (DAK; 2015, S. 34).

Im Rahmen des PNG wurde mit der Einführung des § 125 SGB XI das „Modellvorhaben zur praktischen Erprobung und wissenschaftlichen Evaluation von Leistungen der häuslichen Betreuung durch ambulante Betreuungsdienste“ veranlasst. Die Betreuung Pflegebedürftiger sollte somit um einen neuen Leistungserbringer erweitert werden. Pflegebedürftige konnten im Rahmen des Modellvorhabens anders als zuvor nun auch durch professionelle Betreuungsdienste und nicht ausschließlich durch zugelassene ambulante Pflegedienste oder Anbieter sogenannter niedrigschwelliger Betreuungsangebote versorgt werden. Die Leistung „Betreuung“ bzw. „pflegerische Betreuungsmaßnahme“ und deren Inhalte, Ausformulierung und Qualität waren jedoch bis zur Einführung der Leistung im Rahmen des PNG nur wenig erforscht. Über die Zusammenhänge zwischen Bedarfen und Betreuungsinhalten war wenig Evidenz vorhanden (Rellecke, 2018, S. 434). Das Gesetz lieferte hierzu nur beispielhafte Informationen.

Die Wirkung des Einsatzes von Betreuungsdiensten sollte im Rahmen des Modellvorhabens daher hinsichtlich ihrer Qualität, des Inhalts der erbrachten Leistungen, der Akzeptanz bei den Pflegebedürftigen und der Wirtschaftlichkeit untersucht werden. Damit standen gleichzeitig sowohl die neue Leistungsart „häusliche Betreuung“ als auch ein neuer Typus von Leistungserbringern („Betreuungsdienste“) im Fokus der wissenschaftlichen Betrachtung. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen (GKV-SV) wurde vom Bundesministerium für Gesundheit mit der Planung und Durchführung des Modellvorhabens beauftragt.

Das Modellvorhaben begann im Jahr 2013 und endete am 31.12.2017. Die Evaluation des Modellvorhabens durch das IGES Institut in Berlin lieferte erstmals umfassende

und tiefergehende Erkenntnisse über die Wirkung, die Qualität und die inhaltliche Ausgestaltung von pflegerischen Betreuungsleistungen. Mit der Evaluation konnte die Qualität der betruerischen Versorgung durch Betreuungsdienste nachgewiesen und Betreuungsinhalte eingehend analysiert werden. Im nachfolgenden Beitrag von Nolting und Rellecke werden die Ergebnisse des Modellvorhabens dargelegt und bewertet.

Mit Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) im Mai 2019 wurden ambulante Betreuungsdienste für die Leistungserbringung zugelassen. Darüber, wie sich die ambulanten Betreuungsdienste mit ihrem Angebot seitdem entwickelt haben, liegen noch keine aussagekräftigen Informationen vor. Es bleibt daher nachzuhalten, ob und inwieweit sie in der Lage sein werden, sich am Markt als die vom Gesetzgeber erhoffte gute Ergänzung vorhandener Angebote für die Betreuung pflegebedürftiger Menschen zu etablieren.

### Literatur

- DAK (2015). DAK-Pflege-Report 2015. So pflegt Deutschland. Hamburg: DAK Gesundheit Destatis [Statistisches Bundesamt] (2017). Pflegestatistik 2015. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Verfügbar unter [https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft\\_derivate\\_00042871/5224001159004.pdf](https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00042871/5224001159004.pdf) (Abruf am 26.06.2020).
- GKV-Spitzenverband (2019). Kennzahlen der Sozialen Pflegeversicherung, 19.
- Gerdes, S., Schwinger, A. (2012). Betreuungskräfte in Pflegeeinrichtungen. In GKV-Spitzenverband (Hrsg.). Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Bd. 9. Hürth: CW Haarfeld GmbH. Verfügbar unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/GKV\\_Schriftenreihe\\_Band\\_9\\_Pflege\\_Betreuungskraefte\\_19641.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/GKV_Schriftenreihe_Band_9_Pflege_Betreuungskraefte_19641.pdf) (Abruf am 18.11.2020).
- Holzhausen, M., Schnabel, E. (2016). Erprobung von Betreuungsdiensten im Rahmen der Modellvorhaben nach § 125 SGB XI. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber, A. Schwinger (Hrsg.), Pflege-Report 2016, Schwerpunkt - Die Pflegenden im Fokus. Stuttgart: Schattauer. 139-149.
- Rellecke, J., Krieger, J. Nolting, H-D. (2018). Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung gem. § 125 SGB XI. Berlin. 434. Verfügbar unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/03-2018\\_Pflege\\_125-SGBXI\\_Abschlussbericht\\_final\\_format\\_angepasst.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/03-2018_Pflege_125-SGBXI_Abschlussbericht_final_format_angepasst.pdf) (Abruf am 15.08.2020).
- Rothgang, H., Iwansky, S., Müller, R., Sauer, S., Unger, R. (2011). BARMER GEK Pflegerreport 2011. In Barmer (Hrsg.) Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 11. St. Augustin: Asgard-Verlag.

---

# Häusliche Betreuung durch Betreuungsdienste - Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung der Modellvorhaben nach dem bis 31.12.2016 geltenden § 125 Abs. 2 SGB XI

Hans-Dieter Nolting, Julian Rellecke

## **Einleitung**

Seit Mai 2019 gehören Betreuungsdienste - also „ambulante Betreuungseinrichtungen, die für Pflegebedürftige dauerhaft pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung erbringen“ (§ 71 Abs. 1a SGB XI) - zu den anerkannten Pflegeeinrichtungen, die Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Pflegeversicherung erbringen dürfen. Das zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretene Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hat mit der Zulassung dieses neuen Einrichtungstyps die Konsequenz aus den Ergebnissen der vorangegangenen Modellvorhaben nach dem bis 31.12.2016 geltenden § 125 Abs. 2 SGB XI gezogen, über die der vorliegende Artikel berichtet.

An den Modellvorhaben waren zum Ende der Erprobungsphase 41 Betreuungsdienste beteiligt, die bei Start des Projekts teilweise neu, teilweise aus zuvor bereits bestehenden Einrichtungen heraus gegründet worden waren. Seit Mai 2019 ist es nun möglich, bundesweit weitere Betreuungsdienste zu gründen. Zuständig für den Abschluss von entsprechenden Versorgungsverträgen sind die Landesverbände der Pflegekassen, die bei der Vertragsgestaltung die ursprünglich für die Modellvorhaben geltenden Vereinbarungen beachten müssen (§ 72 Abs. 2 SGB XI). Nach Angaben der Pflegestatistik 2019 des Statistischen Bundesamtes waren am 15.12.2019 24 reine Betreuungsdienste zugelassen (Statistisches Bundesamt, 2020).

Der vorliegende Artikel fasst die wichtigsten Ergebnisse der Modellvorhaben zur Erprobung von Betreuungsdiensten in knapper Form zusammen. Damit soll zum einen nachvollziehbar werden, aufgrund welcher Erkenntnisse der Gesetzgeber des TSVG zu seiner Entscheidung gelangt ist. Zum anderen sollen potenzielle Gründer von Betreuungsdiensten mit zentralen Ergebnissen vertraut gemacht und ermutigt werden.

## **Hintergründe der Modellvorhaben**

Im Vorfeld der „großen Reform“ der sozialen Pflegeversicherung durch die Pflegestärkungsgesetze - insbesondere das zum 01.01.2017 in Kraft getretene PSG II

---

## Betreuung

mit der Einführung eines neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit (§ 14 SGB XI) - wurden die Unterstützungsmöglichkeiten im Rahmen des SGB XI speziell für hilfebedürftige Pflegeversicherte mit kognitiven und psychischen Fähigkeitseinschränkungen schrittweise ausgebaut. So wurde mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) zum 01.01.2013 eine „Übergangsregelung: Häusliche Betreuung“ (damals § 124 SGB XI) geschaffen, die den Versicherten erstmals die Möglichkeit einräumte, im Rahmen ihres Sachleistungsanspruchs gemäß § 36 SGB XI neben den Leistungsbereichen „Grundpflege“ und „hauswirtschaftliche Versorgung“ die „häusliche Betreuung“ als dritten Leistungsbereich in Anspruch zu nehmen und damit den Leistungsmix besser ihrer individuellen Situation anzupassen.

Um dem Betreuungsbedarf der anspruchsberechtigten Pflegeversicherten im ambulanten Bereich besser begegnen zu können, wurde mit dem PNG ferner die Erprobung eines neuen Anbietertyps - der sogenannten Betreuungsdienste (BD) - im Rahmen von Modellvorhaben veranlasst (ehemaliger § 125 SGB XI). BD konnten häusliche Betreuung als Sachleistung sowie hauswirtschaftliche Versorgung erbringen, Leistungen der „Grundpflege“ - in der seit dem 01.01.2017 geltenden Fassung des § 36 SGB XI also „körperbezogene Pflegemaßnahmen“ - blieben jedoch den ambulanten Pflegediensten vorbehalten. Durch die Modellvorhaben sollten „die Wirkungen des Einsatzes von Betreuungsdiensten auf die pflegerische Versorgung umfassend bezüglich Qualität, Wirtschaftlichkeit, Inhalt der erbrachten Leistungen und Akzeptanz bei den Pflegebedürftigen“ untersucht werden (§ 125 Abs. 2 SGB XI in der bis 31.12.2016 geltenden Fassung).

Der GKV-Spitzenverband wurde mit der Umsetzung der Modellvorhaben beauftragt. Interessierte Einrichtungen waren eingeladen, dem GKV-Spitzenverband bis Anfang 2014 eine Gesamtkonzeption sowie die vorgesehenen Nachweise zur Qualifikation des Personals vorzulegen, um sich um eine Teilnahme als Modellvorhaben zu bewerben. Anhand definierter Kriterien befand der GKV-Spitzenverband über die Eignung der Einrichtungen und leitete sie an die zuständigen Landesverbände der Pflegekassen weiter. Nach Abschluss von Versorgungsverträgen und Vergütungsvereinbarungen mit den Landesverbänden waren die Dienste zur Leistungserbringung im Rahmen der Pflegeversicherung (SGB XI) zugelassen.

Im Folgenden berichten wir über ausgewählte Ergebnisse der vom IGES Institut von Mai 2014 bis März 2018 durchgeführten wissenschaftlichen Begleitforschung zu den Modellvorhaben. Eine vollständige Darstellung aller Ergebnisse findet sich in dem Abschlussbericht (Rellecke et al., 2018).

Im Mittelpunkt der Begleitforschung stand – entsprechend den gesetzlichen Vorgaben – die Untersuchung der von den BD tatsächlich erbrachten Leistungsinhalte, von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Akzeptanz der Leistungen bzw. Dienste sowie des Beitrags der BD zur pflegerischen Versorgung der Versicherten. Darüber hinaus wurden wichtige Strukturmerkmale der BD – z. B. zum Personal und zur Zusammensetzung der Kundinnen und Kunden – erhoben. Der vorliegende Beitrag fokussiert auf Ergebnisse, die von besonderer Relevanz für die mit dem TSVG realisierte Aufnahme der BD in die Regelversorgung des SGB XI waren (vgl. § 71 Abs. 1a SGB XI i. d. F. des TSVG sowie die Gesetzesbegründung, Bundestagsdrucksache 19/6337 und 19/8351).

Neben den im Rahmen der Modellvorhaben neu gegründeten BD wurden zu Vergleichszwecken auch ambulante Pflegedienste sowie „niedrigschwellige Betreuungsangebote“ (gemäß § 45c SGB XI in der bis 31.12.2016 geltenden Fassung) in die Untersuchung einbezogen. In allen drei Einrichtungstypen wurden im Rahmen eines komplexen Forschungsdesigns Einrichtungsleitungen, Mitarbeitende sowie Nutzerinnen und Nutzer (Pflegebedürftige bzw. deren Angehörige) zu mehreren Zeitpunkten befragt (Abb. 1): Die Einrichtungsleitungen und Mitarbeitenden der BD wurden bei Eintritt in das Modellvorhaben (t-0) sowie zu zwei weiteren Zeitpunkten im Verlauf befragt. Der erste Messzeitpunkt (t-0) diente der Erhebung der Ausgangssituation unmittelbar nach Gründung des Dienstes. Die Klientinnen und Klienten der BD wurden erstmals zum zweiten Messzeitpunkt (t-1: 6 bis 9 Monate nach Start des Modellvorhabens) sowie zum Ende des Beobachtungszeitraums (t-2: 15 bis 18 Monate nach Start) schriftlich befragt. Ferner wurde eine kleinere Stichprobe von Nutzerinnen und Nutzern längsschnittlich im Rahmen persönlicher Interviews in der eigenen Häuslichkeit bzw. telefonisch befragt. Die Verteilung der Befragungsunterlagen an die Nutzerinnen und Nutzer bzw. die Ansprache von Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern erfolgte jeweils durch die Mitarbeitenden der BD.

Initial nahmen 49 BD an den Modellvorhaben und der Begleitforschung teil. Im Verlauf sind acht Dienste vorzeitig ausgeschieden. Die Zahl der an den Befragungen teilnehmenden Mitarbeitenden lag zwischen 192 und 161 Befragten, was Antwortquoten von 71 % (t-0), 43 % (t-1) bzw. 41 % (t-2) entsprach. Von den Klientinnen und Klienten der BD nahmen 358 zu t-1 (Antwortquote: 24 %) und 343 zu t-2 (19 %) an der schriftlichen Befragung teil. Persönliche Interviews wurden initial mit 76 Pflegebedürftigen geführt, darunter konnten 50 zu t-1 und 34 zu t-2 erneut interviewt werden.

**Betreuungsdienst  
und Mitarbeitende**

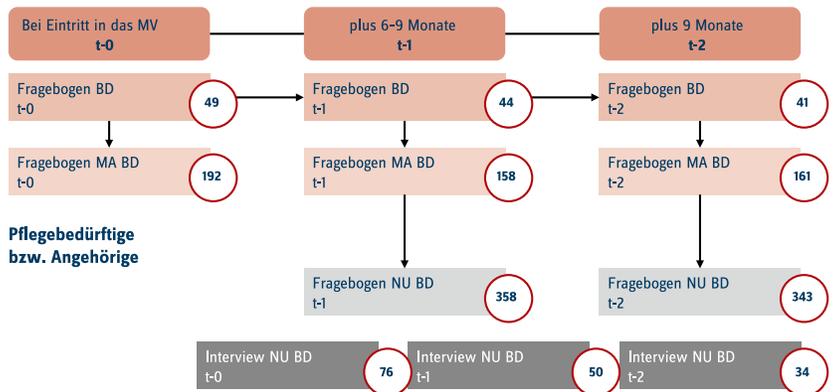


Abb. 1: Forschungsdesign Betreuungsdienste sowie Anzahl Befragte der jeweiligen Erhebung (rote Kreise)

Quelle: IGES Institut nach Rellecke et al., 2018

Anmerkungen: Abkürzungen: Modellvorhaben (MV), Betreuungsdienste (BD), Mitarbeitende (MA), Nutzer/-innen (NU)

Als Vergleichseinrichtungen konnten 16 ambulante Pflegedienste und 35 niedrigschwellige Betreuungsangebote gewonnen werden, die zu zwei – analog zu den Zeitpunkten t-1 und t-2 bei den BD gewählten – Messzeitpunkten untersucht wurden. Von den Mitarbeitenden beteiligten sich zu t-1 in den Pflegediensten 88 Personen (Antwortquote: 30 %) und in den niedrigschwelligeren Betreuungsangeboten 111 Personen (29 %), zu t-2 waren es 37 in Pflegediensten (15 %) und 78 in niedrigschwelligeren Betreuungsangeboten (23 %). Die schriftlichen Befragungen der Nutzerinnen und Nutzer erreichten in den Pflegediensten Antwortquoten von unter 10 % (48 bzw. 57 Personen), in den niedrigschwelligeren Betreuungsangeboten waren es zwischen 11 % und 16 % (69 bzw. 77 Personen).

Neben den Erhebungen im Rahmen dieses Forschungsdesigns wurden ergänzende Befragungen von Einrichtungen durchgeführt, die sich ursprünglich für eine Teilnahme an den Modellvorhaben qualifiziert hatten, vor Beginn allerdings ihre Teilnahme wieder zurückzogen, sowie von den BD, die im Verlauf ausgeschieden sind.

**Ergebnisse**

**Berufliche Qualifikationen der Leitungen und Mitarbeitenden in Betreuungsdiensten**

Ein wichtiges Ziel des Gesetzgebers in Bezug auf die Erprobung der BD war es, „die Versorgung Pflegebedürftiger auf eine breitere fachliche und damit auch

breitere personelle Basis zu stellen“ (Gesetzesbegründung zum PNG, § 125, Bundestagsdrucksache 17/9369). Aus diesem Grund wurde für die Leitung eines BD keine Qualifikation als Pflegefachkraft verlangt, sondern es musste sich um eine „entsprechend qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Kraft mit praktischer Berufserfahrung im erlernten Beruf“ handeln (§ 125 SGB XI in der bis 31.12.2016 geltenden Fassung). In Bezug auf die Mitarbeitenden wurde in den Teilnahmebedingungen für das Modellvorhaben keine Mindestanforderung an die berufliche Ausgangsqualifikation festgelegt, aber eine Weiterbildung entsprechend der Betreuungskräfte-Richtlinie gefordert.

Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass das Ziel einer Verbreiterung der fachlichen und personellen Basis bei den 49 teilnehmenden BD sowohl im Hinblick auf die Einrichtungsleitungen als auch die Beschäftigten erreicht wurde: Nur etwa die Hälfte der BD wurde von Pflegefachkräften geleitet. Die übrigen Leitungen wiesen zu etwa 40 % pflegenaher Berufsabschlüsse auf. Bei den Mitarbeitenden sind mit etwas über 50 % Personen mit Berufen außerhalb des Gesundheitswesens und teilweise auch ohne Berufsabschluss vertreten.

### **Merkmale der von Betreuungsdiensten versorgten Pflegebedürftigen**

Die Untersuchungen zum letzten Messzeitpunkt (t-2) fanden im Jahr 2017 statt, sodass für die Kundinnen und Kunden der BD bereits Pflegegrade – zum überwiegenden Teil allerdings die aus den vorherigen Pflegestufen übergeleiteten – erhoben werden konnten. Die Verteilung der von den BD versorgten Personen nach Pflegegraden entsprach dabei fast genau der bundesweiten Verteilung der zusammen mit bzw. durch ambulante Pflegedienste versorgten Pflegebedürftigen gemäß der amtlichen Pflegestatistik für das Jahr 2017: Die große Mehrheit hatte einen Pflegegrad 2 (47 %) oder 3 (31 %), etwa 14 % wiesen einen Pflegegrad 4 auf, die Pflegegrade 1 (ca. 4 %) und 5 (ca. 4 %) waren nur selten vertreten.

Die primäre – allerdings nicht ausschließliche – Zielgruppe von BD bzw. für Betreuungsleistungen generell sind Menschen mit kognitiven und psychischen Fähigkeitseinschränkungen, z. B. aufgrund einer demenziellen Erkrankung. Bis Ende 2016 konnten diese Versicherten zusätzliche Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, sofern im Rahmen einer Begutachtung eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz festgestellt wurde (§ 45a SGB XI in der bis 31.12.2016 geltenden Fassung). Abb. 2 zeigt die Anteile der Kundinnen und Kunden der BD sowie der 16 ambulanten Pflegedienste und 35 niedrigschwelligen Betreuungsangebote der Vergleichsgruppe, bei denen eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz vorlag. Zusätzlich ist der entsprechende Anteil gemäß Pflegestatistik 2015 dargestellt.

## Betreuung

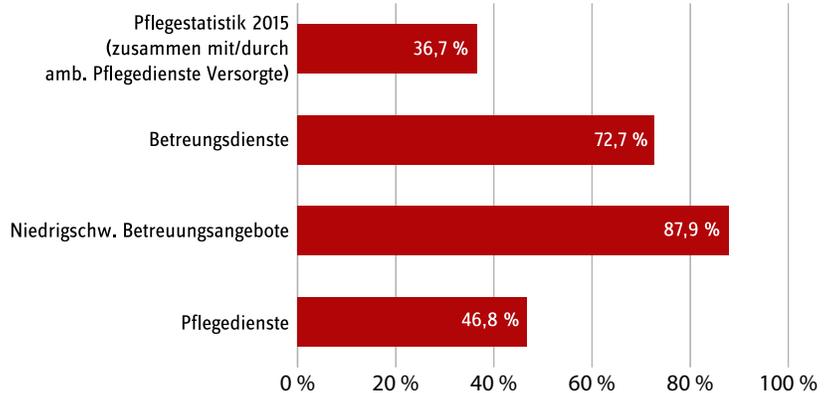


Abb. 2: Anteil der Kundinnen und Kunden bzw. Pflegebedürftigen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (Messzeitpunkt t-1)  
Quelle: IGES Institut nach Rellecke et al., 2018  
Anmerkungen: „erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz“ gemäß § 45a SGB XI in der bis 31.12.2016 geltenden Fassung

Von den Einrichtungsleitungen wurden differenziertere Angaben zu den Beeinträchtigungen ihrer Kundinnen und Kunden erhoben: Demnach hatten in BD (zu t-1) etwa 43 % eine demenzielle Erkrankung, 10 % eine psychische Beeinträchtigung und 8 % eine geistige Behinderung. Etwas mehr als die Hälfte (54 %) war ferner (auch) aufgrund von körperlichen Beeinträchtigungen pflegebedürftig.

Die Nutzerinnen und Nutzer wurden gefragt, wie stark elf Problemlagen bei ihnen ausgeprägt sind, die einen Betreuungsbedarf begründen können. Abb. 3 zeigt die Antworten von etwa 600 Befragten (kumuliert über mehrere Messzeitpunkte).

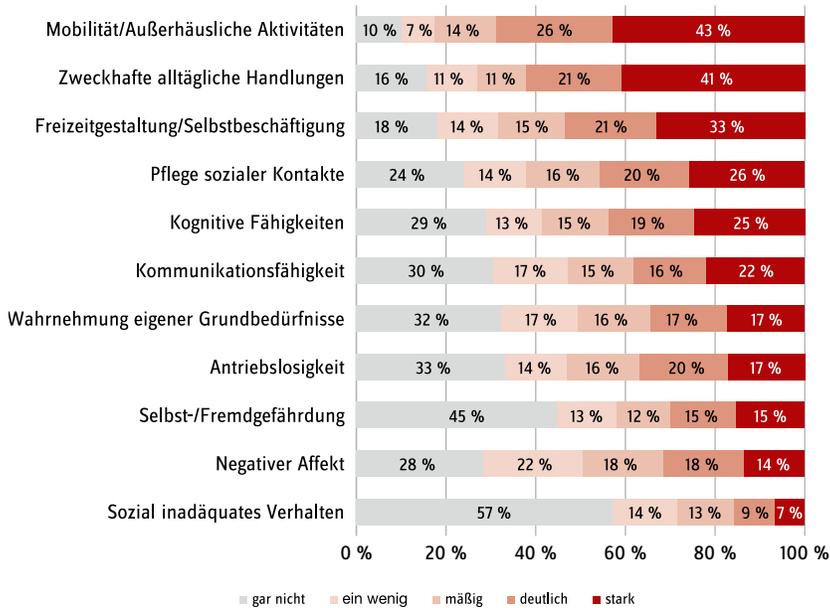


Abb. 3: Ausprägung von 11 Problemlagen (Beeinträchtigungen in dem jeweiligen Bereich), die einen Betreuungsbedarf begründen können bei den Nutzerinnen und Nutzern von Betreuungsdiensten  
 Quelle: IGES Institut nach Rellecke et al., 2018  
 Anmerkungen: n=571-611, je nach Frage

Die Ergebnisse der Begleitforschung zeigen somit, dass die BD den Erwartungen entsprechend ganz überwiegend Menschen mit kognitiven und psychischen Einschränkungen versorgen.

Die Pflegebedürftigen bzw. Angehörigen wurden ferner zu den Motiven bzw. Auslösern der Inanspruchnahme eines BD befragt (Mehrfachnennungen möglich): Am häufigsten wurde ein zunehmender Selbstständigkeitsverlust aufgrund von Alter und Krankheit genannt (47 % der Befragten), gefolgt von einer Verschlechterung der Situation nach einem Krankenhausaufenthalt (23 %), einer Veränderung der häuslichen Situation (18 %) sowie dem Auftreten einer akuten Erkrankung bzw. eines Unfalls (12 %). Weitere Nennungen betrafen die Vermeidung einer Gefährdung (7 %) oder die Überlastung von Angehörigen (2 %).

### **Leistungen der Betreuungsdienste und spezifische Inhalte der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen**

Die BD waren autorisiert, Leistungen der häuslichen Betreuung (seinerzeit § 124 SGB XI) und hauswirtschaftliche Leistungen (§ 36 SGB XI) als Sachleistungen zu erbringen. Darüber hinaus konnten sie auch die bis Ende 2016 als „zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen“ bezeichneten Kostenerstattungsleistungen erbringen (§ 45b SGB XI): Versicherten mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz wurden von der Pflegeversicherung die Kosten für die Inanspruchnahme von „zusätzlichen Betreuungsleistungen“ bis zur Höhe von 100 bzw. 200 Euro monatlich ersetzt; ab dem 01.01.2015 wurde im Zuge des PSG I der Betrag auf 104 bzw. 208 Euro monatlich für Aufwendungen im Zusammenhang der Inanspruchnahme „zusätzlicher Betreuungs- und Entlastungsleistungen“ erhöht. Mit Inkrafttreten des PSG II am 01.01.2017 wurde der Betrag schließlich für alle Versicherten mit einem Pflegegrad auf 125 Euro monatlich festgelegt. Neben BD können auch ambulante Pflegedienste, Einrichtungen der Tages-, Nacht- oder Kurzzeitpflege sowie die nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote diese Leistungen erbringen. Mit dem PSG II erfolgte auch die Aufhebung des § 124 SGB XI zugunsten der Integration von Betreuungsleistungen als sogenannte „pflegerische Betreuungsmaßnahmen“ in die reguläre Sachleistung gemäß § 36 SGB XI, die nach wie vor von Betreuungsleistungen im Rahmen der Kostenerstattung nach § 45b SGB XI zu unterscheiden sind.

Von den knapp 1.500 Kundinnen und Kunden der BD zum Messzeitpunkt t-1 bezog etwas mehr als die Hälfte (55 %) von den BD (auch) „zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen“, ca. 41 % bezogen hauswirtschaftliche Leistungen und 28 % machten von der – mit dem PNG neu geschaffenen – Möglichkeit der Nutzung ihres Sachleistungsbudgets für häusliche Betreuung Gebrauch. Dieser Anteil der „häuslichen Betreuung“ als Sachleistung ist zum einen vor dem Hintergrund der seinerzeit geltenden Nachrangigkeit dieser Leistung zu sehen: Ein Anspruch auf „häusliche Betreuung“ bestand vor dem PSG II nur, wenn Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt waren, wenn also gewissermaßen Teile des Sachleistungsbudgets „frei“ waren (§ 124 Abs. 3 SGB XI in der bis 31.12.2016 geltenden Fassung). Zum anderen zeigte sich im Rahmen der Modellvorhaben in einigen Fällen, dass eine Konkurrenz zwischen dem BD und dem gleichzeitig an der Versorgung beteiligten ambulanten Pflegedienst um die Ausschöpfung des Sachleistungsbudgets entstand, bei der die BD regelmäßig in der schwächeren Position waren.

Eine wichtige Fragestellung der wissenschaftlichen Begleitung betraf die Beschreibung der konkreten Inhalte von Betreuungsleistungen. Die Mitarbeitenden der BD sollten für eine Stichprobe von jeweils vier von ihnen betreuten Personen angeben, inwieweit einzelne Aktivitäten aus einer Liste von 28 Betreuungsinhalten (vgl. Tab. 1) durchgeführt wurden. Am häufigsten genannt wurden „Gespräche führen, zuhören“ (86 % der

betreuten Personen), „Spaziergänge“ (57 %), „Gedächtnisfördernde Beschäftigung“ (57 %) sowie „Anwesenheit zur emotionalen Sicherheit“ (56 %).

In einem weiteren Schritt wurde untersucht, inwieweit sich einzelne Betreuungsinhalte zu Kategorien zusammenfassen lassen. Grundlage dafür waren die Angaben der Nutzerinnen und Nutzer zur Eignung dieser 28 einzelnen Maßnahmen für ihre individuelle Situation. Mithilfe eines statistischen Verfahrens (Hauptkomponentenanalyse, vgl. Rellecke et al., 2018, S. 195 ff.) wurden sechs Kategorien gebildet, in denen jeweils Einzelmaßnahmen zusammengefasst sind, die sich in ihrer Eignung für bestimmte Bedarfssituationen ähneln. Die folgende Tabelle zeigt diese Kategorien und die jeweils zugeordneten 28 Einzelmaßnahmen.

Kategorie	Zugeordnete Betreuungsmaßnahmen und -aktivitäten
<b>Häusliche Beschäftigung</b>	Musizieren, singen
	Spielen/Gesellschaftsspiele
	Handarbeiten
	Vorlesen
	Gedächtnisfördernde Beschäftigung
	Unterstützung der Kommunikation
	Bewegungsübungen
<b>Zwischenmenschliche Nähe</b>	Anwesenheit zur emotionalen Sicherheit
	Anwesenheit zur Gefahrenvermeidung
	Gemeinsam entspannen, beruhigen, trösten
	Gemeinsamer Medienkonsum
	Hervorrufen angenehmer Sinneswahrnehmungen
<b>Tagesstruktur und Alltagsbewältigung</b>	Erinnerungen bzgl. Arztbesuch/Therapie
	Hilfe bei Telefonaten und Schriftverkehr
	Erinnerungshilfen Alltagshandlungen
	Begleitung bei Wahrnehmung wichtiger Termine
	Besuch von Verwandten/Freundinnen/Freunden/Bekanntem
<b>Gemeinschaft</b>	Ausflüge
	Begleitung bei alltäglichen Erledigungen
	Spaziergänge in der näheren Umgebung
	Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen
	Gespräche führen, zuhören

Kategorie	Zugeordnete Betreuungsmaßnahmen und -aktivitäten
<b>Hobby und Freizeit</b>	Handwerkliche Hobbys
	Gemeinsam Haustiere füttern und pflegen
	Leichte Gartenarbeiten
<b>Administration und Wohnumfeld</b>	Gemeinsame Haushaltstätigkeiten*
	Hilfe bei administrativen Angelegenheiten
	Integration in (neues) Wohnumfeld

Tab. 1: Zusammenfassung von einzelnen Betreuungsmaßnahmen zu Kategorien von ähnlich geeigneten Maßnahmen  
 Quelle: IGES Institut nach Rellecke et al., 2018  
 Anmerkung: \* Hier ist nicht die hauswirtschaftliche Versorgung, sondern die gemeinsame, durch die Betreuungsperson lediglich unterstützte Durchführung von Haushaltstätigkeiten gemeint.

Die Einschätzungen der Eignung bestimmter Betreuungsinhalte durch die Nutzerinnen und Nutzer (Pflegebedürftige bzw. Angehörige) und auch die abgeleiteten Kategorien zeigen deutliche Zusammenhänge zu den Angaben der Betroffenen zu den bei ihnen vorhandenen Problemlagen (vgl. Abb. 3): So werden beispielsweise Aktivitäten der Kategorie „Gemeinschaft“ bei hoher Ausprägung der Problemlagen „Selbst-/Fremdgefährdung“, „Sozial inadäquates Verhalten“, „Einschränkungen der Kommunikationsfähigkeit“ sowie „Wahrnehmung eigener Grundbedürfnisse“ als weniger geeignet eingestuft. Besonders gut geeignet bei diesen Problemlagen werden dagegen Betreuungsaktivitäten aus den Kategorien „Häusliche Beschäftigung“ und „Zwischenmenschliche Nähe“ sowie teilweise auch „Tagesstruktur und Alltagsbewältigung“ eingestuft. Auch in Bezug auf Betreuungsleistungen findet somit ein differenzierter Abstimmungsprozess statt, welche konkreten Leistungsinhalte den Bedürfnissen und Beeinträchtigungen der pflegebedürftigen Person und ihrer Angehörigen gerecht werden.

**Effekte von Betreuung auf pflegebedingte Belastungen und Lebensqualität**

Die Wirksamkeit der Betreuungsmaßnahmen wurde durch Befragung der Pflegebedürftigen bzw. ihrer Angehörigen mit Blick auf die von ihnen empfundenen Belastungen durch die häusliche Pflegesituation einerseits und die Auswirkungen auf die Lebensqualität andererseits erhoben. In den schriftlichen Befragungen wurde jeweils um eine Einstufung von Belastung/Lebensqualität vor und seit der Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen (d. h. zum Zeitpunkt der Befragung) gebeten (indirekte Veränderungsmessung). Die Lebensqualität sollte dabei auf einer Skala zwischen „0 = das schlechteste denkbare Leben“ und „10 = das beste denkbare Leben“ eingestuft werden. Abb. 4 zeigt die Ergebnisse zur Veränderung der Lebensqualität der pflegebedürftigen Person selbst (Kundinnen und Kunden der BD kumuliert über t-1 und t-2) bzw. ihrer Angehörigen (nur zu t-2 erhoben).

Die deutliche Steigerung der Lebensqualität (Abb. 4) geht mit einer Verminderung der empfundenen Belastungen durch Herausforderungen der häuslichen Pflege in ähnlicher Größenordnung einher: Auf einer Skala von „0 = gar nicht belastet“ bis „4 = stark belastet“ reduzierte sich der angegebene Wert für die pflegebedürftige Person von 2,5 auf 1,5 (T-Test:  $p < .001$ ) und für die Angehörigen von 2,5 auf 1,6 (T-Test:  $p < .001$ ).

In weiteren Analysen wurde geprüft, inwieweit die Wirksamkeit von Betreuung u. a. durch die zeitliche Erstreckung einerseits sowie die Umsetzung spezifischer Betreuungsinhalte im Einzelfall andererseits beeinflusst wird. Dabei zeigte sich nicht nur, dass ein höherer zeitlicher Umfang der Inanspruchnahme von Betreuung mit stärkeren Effekten einhergeht, sondern auch ein spezifischer Einfluss von Betreuungsinhalten aus bestimmten Kategorien gemäß der in Tab. 1 dargestellten Systematisierung: Insbesondere Leistungen aus den Kategorien „Tagesstruktur und Alltagsbewältigung“ sowie „Wohnumfeld“ hatten signifikante Effekte auf Belastungsempfinden und Lebensqualität.

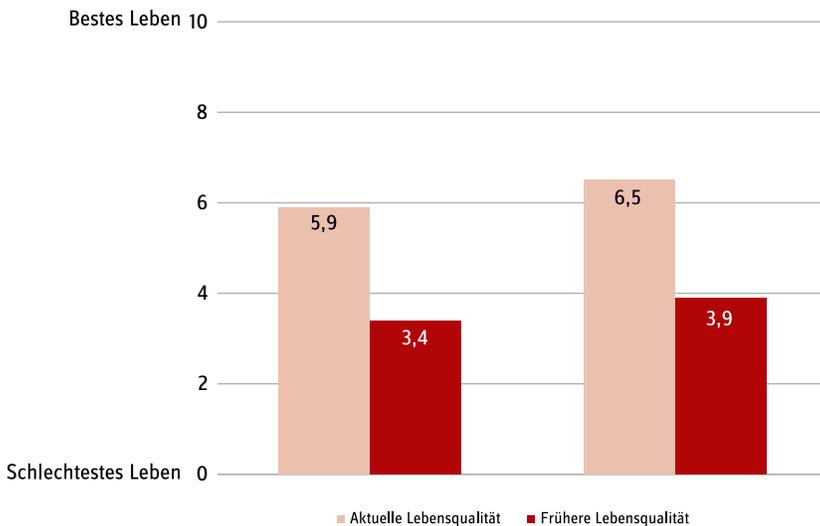


Abb. 4: Einschätzung der Lebensqualität der pflegebedürftigen Person sowie ihrer Angehörigen zum Zeitpunkt der Erhebung („aktuelle Lebensqualität“) bzw. vor Inanspruchnahme der Betreuungsleistungen („frühere Lebensqualität“)

Quelle: IGES Institut nach Rellecke et al., 2018

Anmerkungen:  $n=607$  Pflegebedürftige (t-1 und t-2 kumuliert), T-Test:  $p < .001$ ;  $n=244$  Angehörige (t-2), T-Test:  $p < .001$ . Dargestellt sind Mittelwerte  $\pm$  95 %-Konfidenzintervall.

## Betreuung

Die Wirksamkeit von Betreuung wurde auch in dem längsschnittlich angelegten Untersuchungsteil (vgl. Abb. 1) mit identischen Fragen zur Belastung und Lebensqualität untersucht. Die Befragten wurden zum ersten Messzeitpunkt (t-0) - analog zu den schriftlichen (querschnittlichen) Erhebungen - um eine Einschätzung der Belastung und Lebensqualität zum Erhebungszeitpunkt sowie vor Inanspruchnahme von häuslicher Betreuung gebeten. Zu den Folgezeitpunkten (t-1, t-2) wurde jeweils erneut eine aktuelle Einschätzung erhoben, sodass zum einen eine indirekte Veränderungsmessung in Bezug auf die Situation kurz nach Beginn der Betreuung sowie direkte Veränderungsmessungen für den Verlauf der folgenden etwa zwölf Monate möglich waren.

Für die Längsschnittanalysen standen wegen der Ausfälle von Untersuchungsteilnehmenden im Zeitverlauf (z. B. durch Wechsel in stationäre Versorgung, Tod) nur kleine Stichproben zur Verfügung. Die Ergebnisdarstellung in Abb. 5 fasst daher die Befragten aus BD, ambulanten Pflegediensten und niedrigschwelligen Betreuungsangeboten (alles Personen mit Bezug von Betreuungsleistungen) zu einer Gruppe zusammen. Die Analyse zur Entwicklung der empfundenen Belastung unter Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen zeigt ein sehr ähnliches Bild wie die hier dargestellten Effekte auf die Lebensqualität.

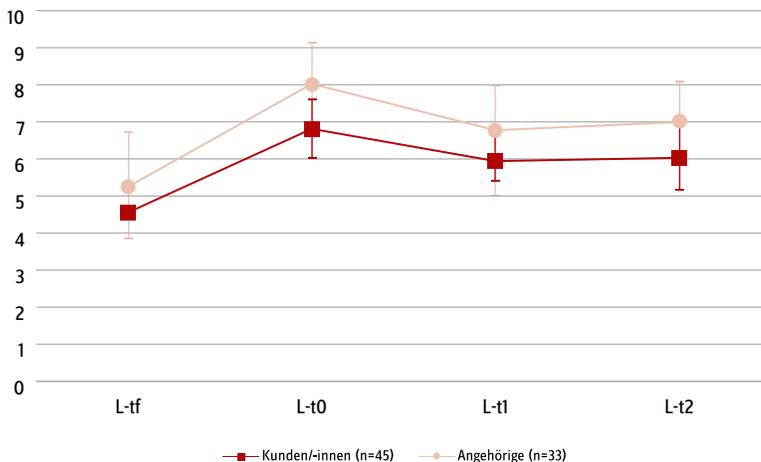


Abb. 5: Einstufung der Lebensqualität der pflegebedürftigen Person sowie ihrer Angehörigen vor Inanspruchnahme der Betreuungsleistungen (L-tf) sowie im Längsschnitt (L-t0 bis L-t2)

Quelle: Rellecke et al., 2018, S. 387

Anmerkungen: Befragte aus BD, ambulanten Pflegediensten und niedrigschwelligen Betreuungsdiensten zusammengefasst. Dargestellt sind Mittelwerte  $\pm$  95 %-Konfidenzintervall.

Die Ergebnisse der längsschnittlichen Analysen deuten darauf hin, dass vor allem unmittelbar nach Aufnahme der Betreuung ein deutlicher Effekt (Vergleich L-tf zu L-t0) erlebt wird. Im Zeitverlauf (ca. zwölf Monate) schwächt sich der Effekt ab. Dies dürfte damit zusammenhängen, dass sich auch die gesundheitliche Situation der Pflegebedürftigen – gemessen anhand der in Abb. 3 dargestellten „Problemlagen“ – in diesem Zeitraum weiter verschlechtert hat. Es ist daher zu vermuten – mangels einer Kontrollgruppe allerdings nicht zu belegen –, dass die Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen dazu beigetragen hat, dass die Lebensqualität bzw. die pflegebedingten Belastungen trotz wachsender Beeinträchtigungen zumindest konstant geblieben sind.

## Diskussion

Die Modellvorhaben haben gezeigt, dass Leistungserbringer, die ein spezialisiertes Angebot von Betreuungsleistungen, ergänzt um hauswirtschaftliche Versorgung, vorhalten, auf eine entsprechende Nachfrage treffen – obwohl Betreuungsleistungen als Sachleistung auch von ambulanten Pflegediensten angeboten und zusätzliche Formen der Betreuung auch bei überwiegend ehrenamtlich geführten Angeboten in Anspruch genommen werden können. Die spezifische Rolle der BD innerhalb der pflegerischen Versorgung lässt sich dabei durch folgende Aspekte charakterisieren:

- Zielgruppe sind vor allem Pflegebedürftige und ihre Familien, für die Betreuungsleistungen in der häuslichen Umgebung einen höheren Stellenwert haben bzw. die in größerem Umfang und auf professionellerem Niveau Betreuung benötigen.
- Die Betreuungsdienste bieten ihren Kundinnen und Kunden ein besonders breites Spektrum von Leistungsinhalten an, das sowohl die eher zweckhaften Bereiche „Tagesstruktur und Alltagsbewältigung“ sowie „Wohnumfeld“ umfasst als auch „Beschäftigung“, „Zwischenmenschliche Nähe“ und „Gemeinschaft“ (vgl. Tab. 1).

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung deuten ferner darauf hin, dass die konstitutiven Merkmale der BD – insbesondere höhere Anforderungen an die personellen Qualifikationen und ein systematisches Qualitätsmanagement – dazu beigetragen haben, dass dieser neue Anbietertyp sein spezifisches Leistungsprofil entwickelt und innerhalb der lokalen „Pflegemärkte“ seine Rolle gefunden hat.

Den zweiten Schwerpunkt der wissenschaftlichen Begleitung – neben der Evaluation der BD als neuer Typus von Leistungserbringern – bildete die Untersuchung des Handlungsfeldes „häusliche pflegerische Betreuung“, zu dem im Vorfeld nur wenige pflegewissenschaftliche Arbeiten identifiziert werden konnten. Die Begleitforschung hat daher zunächst ausgehend von den empirischen Daten mithilfe einer Faktorenanalyse eine Systematik von Betreuungsinhalten entwickelt. Anschließend wurde für die sechs

Dimensionen bzw. Kategorien eine umfassende Leistungssystematik ermittelt, welche Beziehungen zwischen bestimmten Betreuungsleistungen und den Bedarfen bzw. Problemlagen der Pflegebedürftigen bestehen. Dadurch wurden Aussagen möglich, welche Betreuungsinhalte/-leistungen mehr oder weniger geeignet sind, um bestimmten Problemlagen zu begegnen. Auf dieser Grundlage konnte ferner der Frage nachgegangen werden, inwieweit in der Praxis tatsächlich eine möglichst gute Passung zwischen den betreuungsrelevanten Problemlagen der Kundinnen und Kunden und den erbrachten Betreuungsinhalten erzielt wird. Die Tragfähigkeit dieser Systematisierung konnte in den Analysen zur Wirksamkeit von Betreuung bestätigt werden, indem gezeigt wurde, dass die Ergebnismaße (Lebensqualität und Reduktion des Belastungsempfindens) systematisch und signifikant auch von den Betreuungsinhalten bzw. der Passung zwischen Problemlage der Betroffenen und den von den Diensten realisierten Betreuungsinhalten beeinflusst werden.

Die Begleitforschung zu den Modellvorhaben nach dem bis 31.12.2016 geltenden § 125 SGB XI hat in ihrem Abschlussbericht aus folgenden Gründen eine dauerhafte Verankerung von BD als reguläre Leistungserbringer im SGB XI empfohlen:

- Betreuungsdienste können aufgrund ihrer Spezialisierung (keine körperbezogene Pflege) zu einer Ausdifferenzierung des Angebots an „pflegerischen Betreuungsmaßnahmen“ beitragen.
- Der Beitrag von Betreuungsdiensten zur pflegerischen Versorgung dürfte sich vor allem in Kooperationen mit ambulanten Pflegediensten entfalten.
- Die Kombination von definierten Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen einerseits und größerer Öffnung für weitere Berufsgruppen andererseits kann zu einer Vergrößerung der professionellen Kapazitäten beitragen.

Nachdem die Betreuungsdienste nun formal als dauerhafter Bestandteil der pflegerischen Versorgung anerkannt sind, kommt es darauf an, je nach regionaler Situation entsprechende Angebotskapazitäten aufzubauen. Die vertragsrechtlichen Voraussetzungen sollten durch die Landesverbände der Pflegekassen grundsätzlich geschaffen sein. Inwieweit die tatsächliche Angebotsentwicklung in diesem Bereich bzw. in Bezug auf pflegerische Betreuungsmaßnahmen dem Bedarf der Bevölkerung im Zuständigkeitsbereich der einzelnen Landesverbände entspricht, sollte ggf. zeitnah überprüft werden. Bereits im Rahmen der Modellvorhaben wurden regionale Unterschiede bezüglich des Interesses und der Beteiligung von Trägern und Gründern von Betreuungsdiensten beobachtet, die nach den Ergebnissen der dazu durchgeführten Untersuchungen im Zusammenhang mit der jeweiligen Vertragsgestaltung durch die Landesverbände der Pflegekassen standen.

---

**Literatur**

- Rellecke, J., Krieger, J., Nolting, H.-D. (2018). Wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben gem. § 125 Abs. 2 SGB XI zur Erprobung der Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste. Abschlussbericht. Berlin: IGES Institut 2018. Verfügbar unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/03-2018\\_Pflege\\_125-SGBXI\\_Abschlussbericht\\_final\\_format\\_angepasst.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/03-2018_Pflege_125-SGBXI_Abschlussbericht_final_format_angepasst.pdf) (Abruf am 26.01.2021).
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020). Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. 2019. Wiesbaden: Destatis. Verfügbar unter [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebni-sse-5224001199004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebni-sse-5224001199004.pdf?__blob=publicationFile) (Abruf am 26.01.2021).



Eckart Schnabel, Jeannette Winkelhage

Das Thema „Wohnen für pflegebedürftige Menschen“ nimmt gesellschafts- und pflegepolitisch an Bedeutung zu. Ungeachtet einer deutlichen Präferenz für das Leben in der angestammten häuslichen Umgebung wächst das Interesse an sogenannten „neuen“ oder auch „alternativen“ Wohnformen. Neue Wohnformen kommen – so die Annahme – dem Wunsch von pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen nach, auch in der Situation einer notwendigen pflegerischen Versorgung so lange wie möglich ein selbstbestimmtes Leben führen zu können. Seit Einführung der Pflegeversicherung hat es bereits vielfältige Initiativen gegeben, die sich mit diesem Thema auseinandergesetzt haben. Auch das Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI adressiert die damit verbundenen Herausforderungen, indem „insbesondere neue Wohnkonzepte“ gefördert werden sollen. In den letzten Jahren haben sich vielfältige neue Wohnformen zwischen dem traditionellen Zuhause und der vollstationären Versorgung herausgebildet. Mittlerweile gibt es unterschiedliche Wohn- und Versorgungsangebote, beispielsweise in der eigenen Häuslichkeit unter Rückgriff auf Dienstleistungen, Hilfsmittel oder technologische Assistenzsysteme, in ambulant betreuten Wohngemeinschaften, in Mehrgenerationenhäusern, in Quartierhäusern, in spezifischen Wohnformen für demenzkranke Menschen. Diese Vielfalt an Wohnformen für Pflegebedürftige ist Ausdruck von Veränderungen, die sich allgemein in den Lebensentwürfen von Menschen abzeichnen. Die Menschen möchten auch in der Situation, in der sie pflegebedürftig werden, selbst entscheiden, welches Versorgungsmodell, welche Wohnform ihren Präferenzen und Vorstellungen entspricht.

In (pflege-)wissenschaftlicher Hinsicht fand das Thema „neue Wohnformen“ jedoch über einen langen Zeitraum wenig Aufmerksamkeit. Es gab zu wenig Befunde über die Wirksamkeit der verschiedenen Versorgungsmodelle und darüber, ob bzw. inwieweit damit die Lebensqualität der Pflegebedürftigen verbessert werden kann. Insgesamt fehlte und fehlt es häufig an Evidenz und an der Beantwortung der Frage, wie sich verschiedene Settings auf das Wohlbefinden und die Versorgungsqualität auswirken.

Vor diesem Hintergrund hat der Gesetzgeber 2012 mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz ein Modellprogramm zum Thema „Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen“ auf den Weg gebracht. Zur wissenschaftlich gestützten Weiterentwicklung und Förderung neuer Wohnformen wurden zwischen 2013 und 2018 insgesamt 10 Mio. Euro zur Verfügung gestellt. Der Spitzenverband der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen wurde mit der Umsetzung dieses Modellprogramms beauftragt. Ziel des Modellprogramms war es, neue Wohnformen für pflegebedürftige Menschen wissenschaftlich gestützt zu fördern und zu evaluieren. Dabei sollte es

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

Zur Vorbereitung des Modellprogramms wurde im Jahr 2012 eine Fachtagung durchgeführt, die im Sinne einer kritischen Bestandsaufnahme den damaligen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu diesem Thema abbilden sollte. Verschiedene Expertinnen und Experten aus Forschung, Beratung und Praxis trugen nicht nur zu einem guten Überblick über die zentralen Entwicklungen in diesem Bereich bei, sondern reflektierten auch die Rahmenbedingungen für die Umsetzung neuer Wohnformen, aus ihrer Sicht notwendige Themensetzungen und intendierte Wirkungen des geplanten Modellprogramms.

Hilfreich für die Vorbereitung war zudem die im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung in Auftrag gegebene Expertise zum Thema „Ambulant betreute Wohngemeinschaften für ältere Menschen mit Pflegebedarf und/oder demenziellen Erkrankungen“ (Wolf-Ostermann et al., 2012). Hintergrund war der Entwurf des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) vom 16.03.2012 (§§ 45e, 38a SGB XI), der darauf abzielte, die Gründung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften anzuregen, deren Neugründung zu fördern und diese Wohn- und Betreuungsform auch durch einen Wohngruppenzuschlag finanziell zu unterstützen. Um eine mögliche Steuerung in der Förderung ambulant betreuter Wohngemeinschaften tatsächlich sachgerecht umsetzen zu können, fehlte jedoch zu diesem Zeitpunkt auch ein valider Überblick über bundesweit vorhandene Strukturen und Rahmenbedingungen sowohl im Angebots- wie im Nutzerbereich und über mögliche Versorgungsergebnisse.

Mit der Expertise lagen erstmals systematisch aufbereitete Ergebnisse zu den gesetzlichen Rahmenbedingungen von ambulant betreuten Wohngemeinschaften in den einzelnen Bundesländern sowie deren finanziellen Rahmenbedingungen vor. Es wurden damit ein guter Überblick über die Modellprojekte, die bislang durchgeführt wurden, und ein systematischer Forschungsüberblick bereitgestellt.

Die zentralen Ergebnisse unterstützten eindrücklich die Notwendigkeit des geplanten neuen Modellprogramms: Es fehlten hochwertige Vergleichsstudien für den Bereich des Wohnens, die These von der vermeintlichen Versorgungsüberlegenheit von ambulant betreuten Wohngemeinschaften konnte nicht von validen Untersuchungsergebnissen gestützt werden. Ebenso fehlten gesundheitsökonomische Studien zu den Kostenauswirkungen ambulanter Wohngemeinschaften. Auch mit Blick auf eine notwendige Vernetzung der Akteure wurde Verbesserungsbedarf reklamiert. Hier sollte das Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen ansetzen. Ziel war

---

es, die Erprobung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen wissenschaftlich gestützt zu fördern und zu evaluieren. Dabei sollten insbesondere Modelle in den Blick genommen werden, die eine Alternative zur regulären vollstationären oder häuslichen Versorgung darstellen und neue Wege aufzeigen, wie ein weitgehend selbstbestimmtes Leben vor dem Hintergrund unterschiedlicher Pflegebedarfe möglich ist.

2013 startete das Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen. In Zusammenarbeit mit externen Sachverständigen wurden aus über 220 Bewerbungen 53 Projekte in das Modellprogramm aufgenommen. Maßgeblich für die Auswahl war, dass sich die Projekte an den Bedürfnissen ihrer Nutzerinnen und Nutzer orientieren, eine angemessene Wohn-, Pflege- und Versorgungsqualität sicherstellen und die soziale Einbindung ihrer Bewohnerinnen und Bewohner gewährleisten. Außerdem sollten sie Möglichkeiten zur Verstetigung durch nachhaltige Organisations- und Finanzierungsmodelle aufzeigen. Bei der Projektauswahl kam es darauf an, neben der Qualität der eingereichten Konzepte auch die Vielfalt neuer Wohnformen zu berücksichtigen. Zusätzlich zu Wohngemeinschaftskonzepten umfasste das Modellprogramm u. a. Konzepte für die Weiterentwicklung betreuten Wohnens, vollstationärer Versorgungsformen sowie häuslicher Wohn-, Pflege- und Versorgungssettings. Bei der Auswahl der Projekte wurde schließlich beachtet, dass sie auf die Versorgung verschiedener Nutzergruppen ausgerichtet und zudem regional breit verteilt sind.

Im zusammenfassenden Beitrag zum Modellprogramm werden die methodischen Grundlagen für die Evaluation und zentrale Ergebnisse der Evaluation präsentiert. Dabei kommt der Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer ein besonderer Stellenwert zu. Aber auch die Perspektive der Projektträger sowie die Befunde zur Wirtschaftlichkeit und Qualität neuer Wohnformen werden dargestellt. Weiterhin enthält der Beitrag eine abschließende Reflexion von Rahmenbedingungen und Erfolgskriterien, die für die weitere Entfaltung entsprechender Angebote relevant sind.

Der Beitrag von Wolf-Ostermann et al. widmet sich den Qualitätsanforderungen an neue Wohnformen. Hintergrund bildet das Dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III), in dem der Gesetzgeber nach § 113b Abs. 4 SGB XI vorschreibt, ein wissenschaftliches Konzept und Instrumente zur internen und externen Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung in neuen Wohnformen zu entwickeln und zu erproben. Mit einem multiperspektivischen Ansatz, der u. a. umfangreiche Dokumentenrecherchen, die Analyse rechtlicher Rahmenbedingungen und die Befragung unterschiedlicher Akteure umfasste, wurde ein Konzept zur Qualitätssicherung neuer Wohnformen erarbeitet. Der nun damit vorliegende Kriterien- und Indikatorenkatalog konnte auch von den Erkenntnissen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen profitieren, indem insbesondere aus der Nutzersicht relevante Qualitätsaspekte Eingang in das vorliegende Instrument gefunden haben.

---

## Wohnen

Die Diskussion um die Zukunft des Wohnens für pflegebedürftige Menschen ist damit noch lange nicht abgeschlossen. Zukünftige Kohorten älterer Menschen werden möglicherweise noch mehr Wert darauf legen, dass der Lebensort auch bei vorliegenden Einschränkungen selbst gewählt werden kann. Neue Konzepte und Angebote werden sich daran messen lassen müssen, auf welchem Niveau und wie transparent den Ansprüchen an die Wohn- und Lebensqualität, an notwendige Alltagshilfen und auch an die gebotene Versorgungssicherheit begegnet wird.

### **Literatur**

Wolf-Ostermann, K., Gräske, J., Worch, A., (2012). Expertise zur Bewertung des Versorgungssettings ambulant betreute Wohngemeinschaften unter besonderer Berücksichtigung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Verfügbar unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte\\_unterseiten/expertise\\_ambulante\\_wgs/Expertise\\_Wolf-Ostermann\\_ambulant\\_betreute\\_WG.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/expertise_ambulante_wgs/Expertise_Wolf-Ostermann_ambulant_betreute_WG.pdf) (Abruf am 12.11.2020).

---

# Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen nach § 45f

Eckart Schnabel, Jeannette Winkelhage, Christiane Eifert

## Einleitung

Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) brachte der Gesetzgeber über den § 45f SGB XI ein Modellprogramm zum Thema „Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen“ im Jahr 2013 auf den Weg mit dem Ziel, neue Wohnformen für pflegebedürftige Menschen wissenschaftlich gestützt zu fördern und zu evaluieren. Der GKV-Spitzenverband wurde mit der Konzeption und Umsetzung dieses Modellprogramms beauftragt. Über einen Zeitraum von maximal drei Jahren wurden Projekte evaluiert sowie teilweise gefördert, die eine Alternative zur regulären vollstationären oder häuslichen Versorgung darstellen und neue Wege aufzeigen, wie ein weitgehend selbstbestimmtes Leben vor dem Hintergrund unterschiedlicher Pflegebedarfe möglich ist.

Die mit der projektübergreifenden wissenschaftlichen Evaluation beauftragten Institute, die Prognos AG und das Kuratorium Deutsche Altershilfe, führten eine umfangreiche Untersuchung des Modellprogramms im Hinblick auf die Kriterien Nutzerorientierung, Qualität der Versorgung, Wirtschaftlichkeit, Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit durch. Hierfür wurde eine Vielzahl an Merkmalen herausgearbeitet, mit denen neue Wohnformen entsprechend bewertet werden können. Weiterhin wurden, ausgehend von den Bedürfnissen Pflegebedürftiger, zentrale Qualitätsanforderungen an neue Wohnformen formuliert. Daraus wurde ein Konzept für eine neue Wohnformtypisierung erarbeitet, das Wohnprojekte danach bewertet, inwieweit sie die Bedürfnisse ihrer Nutzerinnen und Nutzer nach Versorgungssicherheit, Selbstbestimmung und sozialer Einbindung gewährleisten.

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Gesamtevaluation zeigen, dass die Projekte im Modellprogramm die formulierten Qualitätsanforderungen insgesamt erfüllen und den Nutzerinnen und Nutzern ein hohes Maß an Versorgungssicherheit, Selbstbestimmung und sozialer Einbindung bieten.<sup>1</sup> In der Mehrzahl der Projekte ist ein Verbleib der Bewohnerinnen und Bewohner auch bei schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen möglich, sodass die Kontinuität der Versorgung gesichert ist. Nach Ansicht einiger Nutzerinnen und Nutzer gibt es aber auch Entwicklungsbedarf, z. B. im Hinblick auf Wahl- und Mitbestimmungsmöglichkeiten oder die Sicherung der Rund-um-die-Uhr-

---

1 Eine umfangreiche Dokumentation des Modellprogramms findet sich auf der Homepage des GKV-Spitzenverbands.

Betreuung. Insgesamt erscheint eine Verbreitung neuer Wohnformen aus Sicht der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen jedoch wünschenswert.

Den Trägern der untersuchten Projekte im Modellprogramm gelingt es mehrheitlich, die Wohnangebote wirtschaftlich zu betreiben. Im Vergleich zu klassischen ambulanten und stationären Settings sind die Kosten für die verschiedenen Sozialleistungsträger jedoch überdurchschnittlich hoch, was sich auch durch den überdurchschnittlichen Personaleinsatz erklären lässt. Das zusätzliche Personal besteht in erster Linie aus Betreuungs- und Hilfskräften, der Anteil an Pflegefachkräften ist insgesamt geringer als bei den klassischen Settings. Welchen Einfluss die Personalzusammensetzung auf die Qualität der Versorgung hat, konnte im Rahmen des Modellprogramms nicht geklärt werden.

Die Nachhaltigkeit der untersuchten Projekte konnte in der Gesamtschau ebenfalls bestätigt werden. Die überwiegende Zahl der Träger rechnet mit einem Fortbestand des eigenen Projekts. Als Herausforderungen werden u. a. die uneinheitliche Bewilligungspraxis der Pflegekassen (insbesondere bei den Leistungen nach §§ 38a und 45b SGB XI) und die der Sozialhilfeträger genannt. Herausfordernd seien auch nicht geklärte Zuständigkeiten bei der Finanzierung von Koordinierungstätigkeiten (z. B. vom Quartiermanagement) oder bei Angeboten der technischen Unterstützung. Ein Best-Practice-Ansatz für eine nachhaltige Projektumsetzung zeichnet sich nicht ab. Vielmehr gehen die Projekte unterschiedliche Wege, um den eigenen Fortbestand zu sichern, und setzen dabei u. a. auf Vernetzung, Kooperation und geteilte Verantwortung.

Auch im Hinblick auf die Übertragbarkeit der Wohnmodelle stellt sich angesichts regional unterschiedlicher Nutzerbedarfe und föderaler Strukturen kein Königsweg heraus. Träger oder Initiatoren neuer Wohnformen sind entsprechend gefordert, ihre Leistungsgestaltung und Personalentwicklung flexibel an die Nutzerbedarfe anzupassen, die vorliegenden gesetzlichen Rahmenbedingungen für sich nutzbar zu machen und sich für neue Formen der Zusammenarbeit mit den Nutzerinnen und Nutzern, den Vermieterinnen und Vermietern, lokalen Interessengruppen, den Kommunen, den Pflegekassen und den Sozialhilfeträgern zu öffnen.

### **Methodisches Vorgehen**

Um ein möglichst umfassendes Bild der im Modellprogramm untersuchten Wohnprojekte zu erhalten und um zu überprüfen, inwieweit sie die oben genannten Evaluationskriterien Nutzerorientierung, Qualität der Versorgung, Wirtschaftlichkeit, Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit erfüllen, wurden unterschiedliche methodische Zugänge gewählt. Dabei wurde die Sichtweise verschiedener Zielgruppen berücksichtigt:

- 
- Literaturrecherche zu den Bedürfnissen der Nutzerinnen und Nutzer neuer Wohnformen
  - Inhaltsanalyse relevanter Projektunterlagen (u. a. Projektanträge, Verträge und Kalkulationen)
  - Schriftliche Trägerbefragungen (Erhebung von Struktur- und Basisdaten)
  - Einzel- und Gruppeninterviews vor Ort mit den Projektträgern (Leitung, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter)
  - Programmtagungen mit den Projektträgern
  - Erhebung von Daten zum Monitoring der Projekte
  - Mündliche Befragungen der Nutzerinnen und Nutzer
  - Schriftliche Befragungen der Nutzerinnen und Nutzer
  - Schriftliche Befragungen der Angehörigen
  - Telefoninterviews mit lokalen projektrelevanten Akteuren (u. a. Pflegekassen, Sozialamt, Wohnungsbaugesellschaft, Pflegestützpunkt)
  - Expertenworkshops (u. a. Pflegekassen, Sozialhilfeträger, Prüfbehörden)

Inhaltlich waren für die Untersuchung der Wohnprojekte im Hinblick auf die Erfüllung der Evaluationskriterien folgende Aspekte und Merkmale relevant:

### 1. Nutzerorientierung

Für eine Beurteilung der Nutzerorientierung wurde untersucht, ob und in welcher Form die Nutzerbedürfnisse im Vorfeld und während der Umsetzung des Projekts erfasst werden. Ebenso war von Interesse, wie die individuellen Bedürfnisse und Lebensgewohnheiten der Nutzerinnen und Nutzer umgesetzt werden und mit welchen Verfahren (z. B. Verfahren des Beschwerde- und Feedbackmanagements) die Wahrung der Nutzerbedürfnisse sichergestellt wird.

### 2. Qualität der Versorgung

Für die Bewertung der Wohn-, Pflege- und Versorgungsqualität wurde untersucht, inwiefern es den Wohnangeboten gelingt, Selbstständigkeit durch Versorgungssicherheit zu gewährleisten, Lebensweltorientierung durch Selbstbestimmung zu sichern und Teilhabe durch soziale Einbindung zu unterstützen. Bei der Bestimmung von Merkmalen zur Erfassung der Qualität wurde zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität differenziert. Konkret wurden Merkmale in den Handlungsfeldern Wohnen (z. B. Barrierefreiheit, individuelle Gestaltungsmöglichkeiten der Wohnung, zugängliche Gemeinschaftsräume), Alltagshilfen (z. B. Hilfen bei der Haushaltsführung, Mit- oder Selbstbestimmung über die Tagesabläufe, Unterstützung bei der Kontaktpflege), Pflege (z. B. Hilfen zur Sicherung der Mobilität, Wahlfreiheit bei gesundheitlichen Hilfen) und Organisation (z. B. Personalqualifizierung, Biografiearbeit, Vernetzung im Quartier) untersucht.

### 3. Wirtschaftlichkeit

Die Wirtschaftlichkeit wurde aus der Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer, der Projektträger und aus volkswirtschaftlicher Sicht beleuchtet. Es wurde untersucht, ob die Wohnprojekte im Modellprogramm von den Nutzerinnen und Nutzern finanzierbar und aus betriebswirtschaftlicher Sicht umsetzbar sind. Außerdem wurde erfasst, wie hoch die Kosten aller Projekte des Modellprogramms für die sozialen Sicherungssysteme sind.

### 4. Nachhaltigkeit

Für die Überprüfung der Nachhaltigkeit der Projekte waren die Ebenen der rechtlichen, der finanziellen und der organisationsstrukturellen Nachhaltigkeit relevant. Es wurde untersucht, ob die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Wohnprojekte verlässlich sind, ob eine nachhaltige Finanzierung gesichert ist und ob die von den Projekten entwickelten Organisations- und Personalstrukturen langfristig tragfähig sind.

### 5. Übertragbarkeit

Für eine Beurteilung der Übertragbarkeit der Wohnkonzepte auf vergleichbare Wohn-, Pflege- und Versorgungssettings und andere oder vergleichbare Nutzergruppen wurden die bundes- und landesrechtlichen Rahmenbedingungen (z. B. Anforderungen SGB XI, SGB V und SGB XII, Landesheim- und Landesbaurecht), Fördermöglichkeiten und Beratungsstrukturen (z. B. Investitionskostenförderungen, kommunale und überregionale Beratungsangebote für Nutzerinnen und Nutzer, Anbieter und andere Beteiligte) und die örtlichen und trägerspezifischen Rahmenbedingungen (z. B. Umfang und Qualität der örtlichen Versorgungsangebote, Engagement des Trägers im Hinblick auf Personalqualifizierung) untersucht.

Mit diesem inhaltlich und methodisch komplexen Evaluationsdesign sollte zum einen ein Überblick über die Vielfalt an Wohnmöglichkeiten „zwischen ambulant und stationär“ gegeben werden, zum anderen sollten vielfältige Einblicke in die praktische Umsetzung neuer Wohnformen und die vorliegenden Erfahrungen verschiedener Akteure gewährleistet werden. Das Untersuchungsdesign war vor dem Hintergrund der an Kriterien geknüpften Auswahl der Projekte nicht darauf ausgerichtet, repräsentative Ergebnisse zu erzielen.

## **Die Projekte**

Die in das Modellprogramm aufgenommenen 53 Projekte wurden mit maximal dreijährigen Laufzeiten gefördert oder ausschließlich evaluiert. Sie gliedern sich in die folgenden Projekttypen:

- Im Projekttyp A entwickelten die Projektträger in der ersten Förderphase ein Konzept, um dieses in der zweiten Phase in die Praxis umzusetzen (25 Projekte).
- Im Projekttyp B wurde die Umsetzung eines bereits vorhandenen Konzepts in die Praxis gefördert (8 Projekte).

- Mit dem Anspruch, Forschung zu neuen Wohnformen für Pflegebedürftige zu stimulieren, wurden im Projekttyp C wissenschaftliche Institutionen gefördert, die wissenschaftsgestützte Konzepte mit innovativer Fragestellung erstellten (5 Projekte).
- Um bereits bestehenden Konzepten Rechnung zu tragen, wurden im Projekttyp D schon in die Praxis umgesetzte Konzepte ohne zusätzliche Förderung in die Evaluation aufgenommen (15 Projekte). Hier sollten die bereits umgesetzten Wohn-, Pflege- und Versorgungsangebote für pflegebedürftige Menschen berücksichtigt werden, die noch nicht wissenschaftlich evaluiert wurden.

Die Vielfalt der im Modellprogramm erprobten und evaluierten Projekte<sup>2</sup> spiegelt sich in der Vielfalt ihrer Träger und Initiatoren. Die Träger der geförderten 44 Projekte sind zu mehr als zwei Dritteln freigemeinnützig (68,2 %). Fast alle bieten neben dem geförderten Projekt weitere Leistungen an, die einen ambulanten Pflegedienst (65,9 %), andere besondere Wohnformen (40,9 %), Betreuungsangebote (38,6 %) oder teilstationäre Pflegeangebote (38,6 %) einschließen. Die ambulanten Pflegewohngemeinschaften im Modellprogramm werden überwiegend (78,1 %) durch die Bewohnerinnen und Bewohner bzw. deren Angehörige gesteuert, sie können somit nicht als repräsentativ für dieses Wohnangebot für Pflegebedürftige gelten. Leistungsrechtlich sind die Angebote der Träger zu 85 % als ambulantes Angebot einzuordnen, lediglich 1,7 % sind stationäre Angebote. Zieht man allerdings die heimrechtlichen Regelungen der betreffenden Bundesländer hinzu, so fallen 30 % der Angebote unter das jeweilige Heimrecht.

Die Vielfalt der Projekte spiegelt sich zudem in ihrer regionalen Verteilung auf die Bundesländer, es fehlen nur die beiden Stadtstaaten Bremen und Hamburg. Gruppieren nach ihren Standorten, finden sich die meisten Projekte (71,7 %) in zentral-städtischer Lage und nur insgesamt 5 % im ländlichen Raum, der somit unterrepräsentiert ist.

Drei Viertel der Personen, die die neuen Wohnangebote nutzen, sind Frauen, über die Hälfte der Nutzerinnen und Nutzer zählt über 80 Jahre. Auskunft über ihr monatliches Einkommen geben 309 der Befragten; diese schätzen ihre finanzielle Lage mehrheitlich als (eher) gut ein. Ein gutes Viertel von ihnen hat maximal 1.000 Euro zur Verfügung, 34 % verfügen über 1.001 bis 1.500 Euro und die restlichen 40 % besitzen mehr Geld. Wer Ende 2017 die durchschnittliche Rente von knapp 1.000 Euro bezieht<sup>3</sup>, gehört somit zur kleinsten und ärmsten Gruppe derjenigen, die neue Wohnformen nutzen.

2 Einen Gesamtüberblick über alle im Modellprogramm begleiteten und geförderten Projekte bietet die Publikation „Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen. Das Modellprogramm nach § 45f SGB XI. Die Projekte“. Download unter: [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

3 Rentenversicherung in Zahlen, Stand: 23.10.2018, S. 34-37, 51-55. <https://www.deutsche-rentenversicherung.de>

Von den Menschen, die sich für das Leben in neuen Wohnformen entscheiden, sind gut 90 % pflegebedürftig. Die meisten von ihnen sind in die Pflegegrade 4 (29,8 %) und 5 (25,9 %) eingestuft. Viele dieser Pflegebedürftigen haben einen besonderen Hilfe- und Unterstützungsbedarf, so benötigen durchschnittlich 82,7 % von ihnen eine 24-Stunden-Präsenz des Personals. Unter Mobilitätseinschränkungen leiden durchschnittlich 72 % dieser Personen, bei 64,9 % von ihnen sind Demenzerkrankungen diagnostiziert. Eine gesetzliche Betreuung ist für 65,7 % der Pflegebedürftigen in neuen Wohnformen eingerichtet.

Als besondere Zielgruppe werden zudem Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund untersucht, die durchschnittlich 28,7 % der Pflegebedürftigen in neuen Wohnformen ausmachen.

### **Qualität – die Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer**

Ein wesentlicher Bestandteil der Evaluation war, die Qualität der Wohnprojekte im Modellprogramm aus der Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer und ihrer Angehörigen zu bewerten. Dies erfolgte im Rahmen von verschiedenen mündlichen und schriftlichen Befragungen. Zentrale Frage war, inwieweit die Wohn-, Pflege- und Versorgungsangebote die Erwartungen der Nutzerinnen und Nutzer im Hinblick auf Versorgungssicherheit, Selbstbestimmung und soziale Einbindung erfüllen. Hierzu wurden 101 Nutzerinnen und Nutzer zu ihren Erwartungen im Hinblick auf die genannten Aspekte zu Beginn des Modellprogramms mündlich befragt. Zum Ende hin wurden 58 von ihnen zur Erfüllung dieser Erwartungen befragt, ebenfalls mündlich. Weiterhin nahmen 459 Bewohnerinnen und Bewohner an einer schriftlichen Befragung zur Zufriedenheit mit den Wohnangeboten teil. Die Befragung von 79 Angehörigen zielte darauf ab, ihre Sicht auf das Wohnangebot und die Be- und Entlastungen, die sie durch die neuen Wohnformen erfahren, zu erfassen.

Die Ergebnisse der Nutzerbefragungen zeigen insgesamt hohe Zufriedenheitsraten bei allen untersuchten Aspekten, vor allem in Bezug auf die Versorgungssicherheit. Letzteres ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass die große Mehrheit der Befragten pflegebedürftig ist und dabei vorwiegend einen höheren Pflegegrad aufweist, somit also oft ein hohes Maß an Versorgungssicherheit benötigt. So sind z. B. über 90 % der befragten Nutzerinnen und Nutzer mit der barrierearmen Gestaltung des Zimmers bzw. der Wohnung zufrieden. Über 80 % zeigen sich mit den verschiedenen Angeboten der pflegerischen Versorgung zufrieden, hinsichtlich der Körper- und Krankenpflege sind es sogar fast 100 %. Alle befragten Angehörigen fühlen sich durch die angebotenen Pflege- und Betreuungsleistungen entlastet. Es bestehen aber auch Herausforderungen: Eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung ist nach Angaben von rund 18 % der Nutzerinnen und Nutzer nicht in jeder Wohnform verfügbar.

Hinsichtlich des Aspekts der Selbstbestimmung sind zwar 97 % der Nutzerinnen und Nutzer mit den individuellen Gestaltungsmöglichkeiten des Zimmers bzw. der Wohnung zufrieden. Auch beurteilen 93 % die Wahrung individueller Lebensgewohnheiten wie Aufsteh- und Zubettgehzeiten oder Ess- und Trinkgewohnheiten positiv. Einschränkungen werden jedoch bei den Wahl- und Mitbestimmungsmöglichkeiten gesehen, z. B. in Bezug auf die Auswahl neuer Mitbewohnerinnen und Mitbewohner oder des Personals. Hier geben nur 27 % bzw. 23 % der Befragten an, mitbestimmen zu können. Die Umsetzung der Selbstbestimmung bleibt insofern eine Herausforderung. Andererseits stellt die Übernahme von Verantwortung für manche Angehörige auch eine Herausforderung dar. So fühlt sich z. B. ein Viertel der befragten Angehörigen dadurch belastet, vieles im Sinne ihrer Angehörigen selbst bestimmen zu können.

Die soziale Einbindung wird von den Nutzerinnen und Nutzern etwas kritischer als die Versorgungssicherheit und die Selbstbestimmung beurteilt. Die zuvor in mündlichen Interviews erhobenen Erwartungen an diesen Aspekt waren auch besonders hoch und vielfach entscheidend für die Wahl des Wohnangebots. Zwar sind die Nutzerinnen und Nutzer mehrheitlich zufrieden mit den Begegnungsorten (76 %) und Freizeitangeboten (74 %). Auch die Hilfen bei der Kontaktpflege entsprechen den Vorstellungen von 61 % der befragten Nutzerinnen und Nutzer. Hier geben aber auch 27 % der Befragten an, dieses Angebot nicht zu nutzen, u. a. weil es nicht ihren Vorstellungen entspricht. Dabei wünscht sich fast die Hälfte der Nutzerinnen und Nutzer (46 %) mehr soziale Kontakte zu Angehörigen, Freunden und Freundinnen, Nachbarn und Nachbarinnen oder Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern. Bei der Bewertung des zuletzt genannten Aspekts ist sicher zu beachten, dass viele der befragten Bewohnerinnen und Bewohner mit dem Einzug in eine neue Wohnform ihre bisherige Wohngegend sowie das soziale Umfeld verlassen, um in die Nähe ihrer Angehörigen zu ziehen. Umso wichtiger ist es, die Passgenauigkeit der Unterstützungsangebote für die Sicherung der sozialen Teilhabe stärker in den Blick zu nehmen.

### **Qualität – Die Perspektive der Projektträger**

Im Rahmen der Evaluation wurde die Perspektive der Projektträger ebenfalls untersucht, da die erfolgreiche Realisierung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen nicht zuletzt von den Erfahrungen und der Größe des Trägers, von seiner finanziellen Ausstattung, seinem Engagement und seiner Ausrichtung abhängt. Um die förderlichen und hinderlichen Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Übertragung einzelner Wohnkonzepte sowie deren Ergebnisse zu identifizieren, wurden verschiedene Methoden gewählt: Die Projektträger wurden zu zwei Zeitpunkten schriftlich befragt; im Frühjahr 2015 antworteten 47 von 48 angeschriebenen Projektträgern, im Herbst 2017 antworteten 29 von 33 befragten Projektträgern. Zudem wurden die Leiterinnen oder Leiter sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Projekte zwischen Ende 2016 und

Anfang 2018 vor Ort interviewt. Gegenstand des Interviews waren die Wirtschaftlichkeit, die Nachhaltigkeit und die Qualitätssicherung im Projekt. Schließlich diskutierten die Projektträger auf drei Programmtagungen die Themen „Nutzerorientierung und Versorgungssicherheit“ (73 Teilnehmende), „Umsetzungsherausforderungen für neue Wohnformen“ (69 Teilnehmende) und „Nachhaltigkeit neuer Wohnformen“ (51 Teilnehmende). Von allen 33 Projekten des Modellprogramms, die ein eigenes Konzept entwickelten bzw. umsetzten, erstellten die Evaluatorinnen und Evaluatoren jährliche Monitoring-Berichte, deren Ergebnisse ebenfalls in die Untersuchung und Bewertung der Trägerperspektive einfließen.

Die Träger der neuen Wohnangebote für pflegebedürftige Menschen beschreiten bei der Realisierung ihrer Projekte verschiedene Wege der Finanzierung. Für die Vorlaufkosten (z. B. bauliche Anpassung, Personalqualifizierung) konnten sie neben Eigenmitteln auch Fördermittel der Länder und Mittel des GKV-Spitzenverbandes einsetzen, die dieser im Rahmen des Modellprogramms zur Verfügung stellte. Für die Umsetzung der neuen Wohnangebote kombinieren sie die Eigenanteile der Bewohnerinnen und Bewohner mit den vorhandenen Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI), der Krankenversicherung (SGB V) und der Sozialhilfeträger (SGB XII). Vereinzelt kommen weitere Kostenträger hinzu. Es ist somit erwiesen, dass die Finanzierung neuer Wohnangebote für pflegebedürftige Menschen mit den vorhandenen Leistungen der genannten Sozialgesetzbücher möglich ist.

Die Träger der neuen Wohnangebote für pflegebedürftige Menschen erzielen mit ihren Projekten mehrheitlich ein ausgeglichenes bzw. positives betriebswirtschaftliches Ergebnis. Negative betriebswirtschaftliche Ergebnisse führen einzelne Projektträger darauf zurück, dass ihr Angebot (durch Krankenhausaufenthalt, verzögerte Neubesetzung freier Plätze u. a.) teilweise nicht ausgelastet war.

Die Projektträger schätzen die Nachhaltigkeit ihrer Wohnangebote überwiegend als hoch oder eher hoch ein (86 %). Wer Probleme mit der Nachhaltigkeit sieht, macht hierfür ungeklärte Zuständigkeiten und damit auch ungeklärte Finanzierungsmöglichkeiten als Ursache aus, etwa für das Quartier- oder das Case- und Care-Management. In der uneinheitlichen Bewilligungspraxis der Pflegekassen (v. a. §§ 38a und 45b SGB XI) und der Sozialhilfeträger erkennen die Projektträger ein weiteres Problem für die Nachhaltigkeit neuer Wohnformen.

Die Projektträger weisen darauf hin, dass von ihnen teilweise erhebliche Anschubkosten zu stemmen seien. Die Umsetzung neuer Wohnformen brauche daher nicht nur aufgrund der komplexen baulichen Anforderungen einen langen Atem.

Die Ergebnisse zur Wirtschaftlichkeit neuer Wohnformen verdeutlichen, dass die Kosten im Durchschnitt über jenen der klassischen ambulanten und der stationären Pflege liegen. Die Gründe dafür können sehr unterschiedlich sein. Sie liegen beispielsweise in den aus den Pflegestärkungsgesetzen resultierenden bekannten flexibleren Kombinationsmöglichkeiten im Rahmen der häuslichen Pflege, etwa mit Blick auf die ambulanten Wohngemeinschaften und die Tagespflege. Im Rahmen des Modellprogramms wurde zudem deutlich, dass Mehrkosten gegenüber der stationären Pflege vor allem in der Behandlungspflege begründet sind, die im Gegensatz zur stationären Pflege eine aus dem SGB V zu finanzierende Leistung darstellt. Einen Hauptgrund für die vergleichsweise höheren Kosten stellt jedoch eine in quantitativer und qualitativer Hinsicht andere Personalausstattung in den neuen Wohnformen dar. Die in der Gesamtschau kleineren Einheiten ermöglichen es, bessere Betreuungsrelationen im Vergleich zur ambulanten und stationären Pflege zu realisieren. Zudem wird deutlich, dass eine andere Zusammensetzung des Personals vorgenommen wird, einhergehend mit einer geringeren Fachkraftquote, die im Unterschied zur stationären Pflege nicht obligatorisch ist. Dies wird damit begründet, dass angesichts eines hohen Anteils von Menschen mit kognitiven Einschränkungen in diesem Bereich häufig eher Betreuungskräfte mit zum Teil anderen Qualifikationshintergründen zum Einsatz kommen.

Die finanziellen Eigenanteile der Nutzerinnen und Nutzer im Rahmen des Modellprogramms liegen etwa auf dem Niveau vollstationärer Pflege. Ein direkter Vergleich erweist sich jedoch als schwierig, da die einzelnen Kostenkomponenten und deren Zusammensetzung unterschiedlich sind. Bei den neuen Wohnformen sind weder die Beteiligung an den Investitionskosten Bestandteil der allgemeinen Kostenaufstellung, noch lässt sich der finanzielle Aufwand für die Betreuung und Pflege direkt miteinander vergleichen. Deutlich in allen Settings wird jedoch ein Trend zu insgesamt höheren Eigenanteilen, der in der Zukunft vor dem Hintergrund der Diskussion um eine notwendige Personalausstattung und mögliche Tarifsteigerungen in der Pflege zunehmen wird.

Zu Qualität und Wirkungen einer veränderten Personalausstattung und ggf. Organisation neuer Wohnformen liegen leider noch keine validen Befunde vor. Zwar lassen die in der Gesamtschau hohen Zufriedenheitswerte der Nutzerinnen und Nutzer neuer Wohnformen mit der Personalausstattung auf eine gute Qualität der Angebote schließen. Allerdings wird dies etwas relativiert durch die im Vergleich zu den Nutzerinnen und Nutzern kritischeren Äußerungen der Angehörigen. Bislang mangelt es jedoch insgesamt an verbindlichen Qualitätskriterien für eine verlässliche Einschätzung und Bewertung der neuen Wohnformen. Im Rahmen des Auftrags zur Entwicklung

und Erprobung eines Konzepts sowie von Instrumenten zur internen und externen Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung in neuen Wohnformen nach § 113b Abs. 4 SGB XI wurden hierzu erste Empfehlungen vorgelegt.

### **Zusammenfassung und Ausblick**

Als der Gesetzgeber das Modellprogramm 2013 mit dem PNG ins Leben gerufen hat, wurde ausdrücklich die „wissenschaftlich gestützte Weiterentwicklung neuer Wohnformen“ gefordert. Dies war sinnvoll, weil zu diesem Zeitpunkt so gut wie keine empirischen Befunde zu den neuen Wohnformen für pflegebedürftige Menschen bereitstanden. Mit dem Abschluss des Modellprogramms liegt nun ein umfangreicher Ergebniskatalog vor, der eindrücklich die Vielfalt an Möglichkeiten „zwischen ambulant und stationär“ aufzeigt. Zugleich wird in der Gesamtschau deutlich, dass die Nutzerinnen und Nutzer, also pflegebedürftige Menschen, sowie ihre Angehörigen insgesamt sehr zufrieden mit den neuen Wohnformen sind und die Versorgung und Betreuung unter veränderten Bedingungen positiv einschätzen: Dies zeigt sich bei der Wohnqualität, den Alltagshilfen, den Angeboten, aber auch in der Versorgungssicherheit. Es zeigt sich auch mit Blick auf zentrale Aspekte der Lebensqualität, wie dem Umgang der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit den Pflegebedürftigen. Unabhängig von der insgesamt hohen Zufriedenheit werden auch Differenzierungen deutlich, die darauf hinweisen, dass es noch Entwicklungsbedarf gibt: So geben viele Nutzerinnen und Nutzer an, dass die soziale Einbindung und damit die Teilhabemöglichkeiten verbesserungsbedürftig seien. Dies ist für die neuen Wohnformen Aufgabe und Herausforderung zugleich: Schließlich treten diese mit dem Anspruch an, den teilweise immer noch anzutreffenden Mangel an Teilhabe in stationären Pflegeeinrichtungen und die häufig zu beobachtende Isolation im ambulanten Bereich aufzubrechen.

In jedem Modellprogramm stellt sich die Frage, wie es nach Abschluss der Förderung und Evaluation weitergehen kann. Der überwiegende Teil der Projekte besteht auch ohne Modellstatus weiter und ist in die Regelversorgung übergegangen. Dies zeigt, dass auch unter den gegenwärtigen gesetzlichen Bedingungen viele Spielräume für innovative Projekte und ihre nachhaltige Umsetzung bestehen. Darüber hinaus sind folgende Aspekte zentral für den Erfolg der neuen Angebote:

1. Die Akzeptanz durch die Nutzerinnen und Nutzer ist unabdingbar. Die Orientierung an ihren Vorstellungen und Bedürfnissen darf nicht nur Lippenbekenntnis sein, sondern muss sich in der gesamten Organisation von Pflege, Betreuung und auch in der Haltung des Personals widerspiegeln. Damit neue Wohnformen gegenüber den traditionellen Angeboten auch in Zukunft bestehen und von den Nutzerinnen und Nutzern angenommen werden, ist eine transparente Darstellung ihres Mehrwerts notwendig. Dabei ist davon auszugehen, dass sich nachfolgende Kohorten kritischer bei der Auswahl entsprechender Angebote verhalten werden.

2. Selbstbestimmung und Versorgungssicherheit müssen in den Angeboten ausbalanciert werden. Dies stellt eine Herausforderung für die Einrichtungen dar, die zugleich einen sicheren Versorgungsrahmen bereitstellen und flexible Reaktionen auf die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen ermöglichen müssen.
3. Die Qualität neuer Wohnformen, ihr Mehrwert gegenüber traditionellen Versorgungsformen, muss auch sichtbar gemacht werden, um die im Vergleich etwas höheren Kosten der neuen Angebote, aber auch die höheren Eigenanteile für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen zu erläutern.
4. Die Flexibilität in der Organisation von Angeboten „zwischen ambulant und stationär“ erfordert auch einen intelligenten Personalmix, eine stärkere Qualifikationsorientierung in der Pflege- und Betreuungspraxis und die Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen dort, wo es möglich und gewünscht ist. Dies darf allerdings nicht auf Kosten der Qualität oder notwendiger Professionalisierungsbestrebungen gehen.
5. Die Kosten der Pflege in den neuen Wohnformen wurden von einem Teil der Nutzerinnen und Nutzer kritisch gesehen. Dies muss – wie die finanzielle Dynamik im Pflegebereich insgesamt – im Auge behalten werden. Deutlich in allen Settings wird gegenwärtig ein Trend zu bundesweit zwar heterogenen, insgesamt aber höheren Eigenanteilen. Diese werden in der Zukunft vor dem Hintergrund der Diskussion um eine notwendige Personalausstattung und mögliche Tarifsteigerungen in der Pflege zunehmen. Ziel muss es sein, möglichst vielen Menschen eine gute Versorgung auch in den neuen Wohnformen zukommen zu lassen. Das Angebot neuer Wohnformen darf nicht nur auf eine gut informierte und finanziell gut ausgestattete Mittelschicht ausgerichtet sein. Es darf auch nicht zu finanziellen Benachteiligungen führen, z. B. wenn entsprechende Unterstützungsnetzwerke nicht zur Verfügung stehen. Gute Beispiele, wie dies gelingen kann, waren im Modellprogramm vorhanden.
6. Sozialraumorientierung ist auch ein Leitmotiv der Weiterentwicklung von Pflegestrukturen. Ohne engagierte Akteure in den Quartieren und deren Vernetzung lassen sich neue Wohnformen nur schwer entwickeln. Das Modellprogramm hat dabei gezeigt, dass es hierfür keine fertigen Rezepte gibt. Erfolgreiche Strategien setzen an den Lebenswelten der Bewohnerinnen und Bewohner an und betten das notwendige gemeinsame Engagement in die jeweiligen soziokulturellen und versorgungsstrukturellen Bedingungen vor Ort ein.
7. Eine weitere wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema „Neue Wohnformen für pflegebedürftige Menschen“ ist angezeigt. Im Rahmen dieses

Modellprogramms war eine tiefergehende Analyse aufgrund von Anzahl und Umfang der teilnehmenden Projekte nicht in allen Bereichen möglich: Dies gilt für die Untersuchung von Versorgungsauscomes für die pflegebedürftigen Menschen sowie der Auswirkungen auf die Beschäftigten (auch im Vergleich zu traditionellen ambulanten und stationären Settings). Weitere Forschung sollte sich vor diesem Hintergrund vor allem auf die Frage richten, wie sich der genaue Mehrwert der einzelnen Wohnformtypen darstellt, insbesondere mit Blick sowohl auf die individuelle Entwicklung von Pflegebedürftigkeit als auch auf das Verhältnis von Qualität und Wirtschaftlichkeit.

8. Insgesamt wird deutlich, dass es sich bei der Weiterentwicklung neuer Wohnformen um einen Prozess handelt, der mit dem Modellprogramm nicht abgeschlossen ist und bei dem es um eine geteilte Verantwortung vieler Akteure geht: Verantwortung der Nutzerinnen und Nutzer, der Trägerinnen und Träger, der Wohnungsanbietenden, lokaler Interessengruppen, der Kommunen und auch der Sozialversicherung.

In Zukunft wird es angesichts zunehmender Individualisierung und Mobilität vielleicht nicht immer die angestammte Häuslichkeit sein, in der die Menschen alt werden. Umso wichtiger wird es sein, dass das Leitprinzip, dass der Lebensort selbst gewählt wird, auch bei Einschränkungen und Pflegebedürftigkeit gilt. Das Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen hat mit einer Vielzahl von Projekten und den daraus resultierenden Ideen, Konzepten und Befunden dazu beigetragen, dass Möglichkeiten und Entwicklungen in diesem Bereich besser einzuschätzen sind.

---

# Neue Wohnformen: Weiterentwicklung durch Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung

Karin Wolf-Ostermann, Susanne Stiefler, Kathrin Seibert, Ursula Kremer-Preiß

## Einleitung

Neue Wohnformen als Wohnsettings zwischen Heim und Häuslichkeit gewinnen immer mehr an Bedeutung (Wolf-Ostermann, Kremer-Preiß und Hackmann, 2019). Die Wohn- und Versorgungslandschaft für Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf hat sich in den letzten Jahrzehnten stark ausdifferenziert. So existieren seit über 30 Jahren in Deutschland Konzepte selbstständiger gemeinschaftlicher Wohnformen, die häufig von Menschen, die noch weitgehend selbstständig leben können, favorisiert werden. Bei diesen Konzepten steht der Gemeinschaftsaspekt und nicht der Versorgungsaspekt im Vordergrund. Seit Anfang der 1990er Jahre bestehen Konzepte des „Betreuten Seniorenwohnens“, bei dem der Service- oder Betreuungsaspekt im Vordergrund steht. Dieser Wohnformtyp bietet den Bewohnerinnen und Bewohnern eine eigenständige – meist barrierefreie – Wohnung und Gemeinschaftsräume zumeist in einer Wohnanlage für den sozialen Austausch und es können bei Bedarf Beratung und weitere Leistungen gegen Entgelt vermittelt werden. Neben der Weiterentwicklung dieser Wohn- und Versorgungsangebote entwickelte sich im ambulanten Bereich eine Vielzahl von neuen (Sonder-)Wohnformen, in denen zum Teil ausschließlich oder zumindest teilweise Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf leben. Diese alternativen Wohnformen ermöglichen ein Wohnen mit umfassender Versorgungssicherheit für Menschen mit Unterstützungsbedarf und der Aspekt der umfassenden Unterstützung bei Pflegebedarf steht im Fokus. Diese Wohnformen – wie beispielsweise ambulant betreute Wohngruppen/Pflege-Wohngemeinschaften oder Pflegehausgemeinschaften – sehen sich als Alternative zur traditionellen Heimversorgung.

Neue Wohnformen unterscheiden sich damit in ihrer Ausgestaltung (beispielsweise „Betreutes Wohnen“, Pflege-Wohngemeinschaften), dennoch bleibt ihnen ihre gemeinsame Besonderheit, die in ihrer Zwischenstellung zwischen Heim und Häuslichkeit liegt, aus der heraus sie neue Wohn- und Versorgungsbausteine miteinander kombinieren und so Versorgungssicherheit und Selbstbestimmung in besonderer Weise ausbalancieren. Aussagen zu genauen Zahlen über die Nutzung von neuen Wohnformen sind nur bedingt möglich, da zum einen keine einheitliche Definition für neue Wohnformen vorliegt, zum anderen je nach Ausgestaltung des Wohnangebots und landesrechtlichen Regelungen die Wohnangebote keinen Meldepflichten unterliegen. Schätzungen ergeben, dass im Jahr 2017 zwischen 50.000 und 100.000 Pflegebedürftige, die einen Wohnortwechsel vorgenommen haben, in neuen Wohnformen lebten (Wolf-Ostermann et al. 2019). Die zunehmende

Verbreitung der Angebote und ihre Verankerung in der Versorgungslandschaft spiegeln sich auch in einer wachsenden Anzahl an wissenschaftlichen (Weiter-)Entwicklungs- und Begleitprojekten wider, wie sie beispielsweise auch im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach § 45f SGB XI vom GKV-Spitzenverband umgesetzt wurden (GKV-Spitzenverband, 2018).

Mit zunehmender Verbreitung neuer Wohnformen nimmt auch die Diskussion um die Qualität der Versorgung in diesen neuen Wohnformen zu. Dies ist umso bedeutsamer, als Qualitätsanforderungen hier den besonderen Anforderungen der verschiedenen Wohnformtypen gerecht werden müssen. Nach der oft intensiven Diskussion über Umsetzungsprobleme in neuen Wohnformen stehen nun Fragen im Vordergrund, ob neue Wohnmodelle tatsächlich bedarfsgerecht sind und als Wohn- und Versorgungsformen notwendige qualitative Anforderungen für Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf erfüllen. Problematisch hierbei ist das Fehlen definierter und rechtlich verankerter Qualitätsanforderungen für einzelne Leistungsbereiche, fehlende spezifische Qualitätsmanagementverfahren, unklare Zuständigkeiten bei den Qualitätsprüfungen sowie fehlende geregelte Qualitätsprüfverfahren, die über Qualitätsprüfungen der allgemeinen ambulanten Pflegeleistungen hinausgehen. Erschwerend kommt hinzu, dass auch eine systematische Aufarbeitung eines theorie- und wissenschaftlich geleiteten Qualitätsverständnisses für den Bereich der neuen Wohnformen – mit ihrer besonderen Stellung zwischen den traditionellen ambulanten und stationären Versorgungssettings – erst in Anfängen vorhanden ist. Das Leistungsgeschehen in neuen Wohnformen wird zudem von einer Vielzahl an sowohl professionellen als auch informellen und ehrenamtlichen Akteuren geprägt, sodass die Frage einer Qualitätssicherung sowohl von leistungs- und ordnungsrechtlichen Festlegungen bestimmt wird als auch gleichzeitig in einem rechtlich oftmals wenig formalisierten Rahmen stattfindet. Erste Versuche einer systematischen Aufarbeitung erfolgten dazu beispielsweise im „GKV-Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach § 45f SGB XI“ (GKV-Spitzenverband, 2018).

In Zusammenhang mit dem in Kraft getretenen Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) schreibt der Gesetzgeber vor, ein fachlich unabhängiges wissenschaftliches bundesweites Konzept und Instrumente zur internen und externen Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung in neuen Wohnformen nach § 113b Abs. 4 SGB XI zu entwickeln und zu erproben. Die Universität Bremen entwickelte in Kooperation mit dem Kuratorium Deutsche Altershilfe und der Prognos AG von August 2017 bis Juni 2018 ein entsprechendes Konzept und dazugehörige Instrumente. Die folgenden Darstellungen beziehen sich auf die Veröffentlichung des Abschlussberichts dieser Studie und stellen das entwickelte Qualitätsinstrument vor<sup>1</sup>.

---

1 Der Abschlussbericht ist über die Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses Pflege online verfügbar unter <https://www.gs-qsa-pflege.de/wp-content/uploads/2019/04/20190117-Abschlussbericht-neue-Wohnformen.pdf>

Die Entwicklung des Instruments zur Qualitätsberichterstattung und Qualitätssicherung erfolgte in einem mehrstufigen Verfahren. Zunächst wurde eine Aufarbeitung des Bezugsrahmens und eine Abbildung bestehender Rahmenbedingungen sowie eine Typisierung neuer Wohnformen auf Basis von nationaler Literatur zum Spektrum neuer Wohnformen vorgenommen. Zur Bestimmung relevanter Qualitätsmerkmale, -kriterien, -anforderungen und Versorgungsauscomes in neuen Wohnformen wurden eine Leitfadenganalyse und eine Literaturrecherche durchgeführt sowie mittels einer Aufarbeitung des ordnungs- und leistungsrechtlichen Rahmens bestehende Regelungen abgebildet. In einer bundesweiten Online-Befragung von Akteuren in Angeboten neuer Wohnformen (n=166) wurden Erfahrungen und Meinungen zu Qualitätsmerkmalen und damit verbundenen Herausforderungen erhoben. Experten- und Praxisworkshops mit Vertreterinnen und Vertretern des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, Krankenkassen, Heimaufsichten, Wohnaufsichtsbehörden sowie Praktikerinnen und Praktikern (n=24) wurden zur Einschätzung der Relevanz der Qualitätsmerkmale, zur Ermittlung möglicher Indikatoren und zur Bewertung und Gestaltung möglicher Qualitätssicherungsverfahren eingebunden. Eine weitere Literaturrecherche diente, zusammen mit den bis dahin erarbeiteten Ergebnissen, der Auswahl von Qualitätsmerkmalen, -kriterien und -indikatoren. Die Auswahl der Qualitätsindikatoren folgte der Methode des nominalen Gruppenkonsenses, deren Ergebnis die Erstellung einer exemplarisch zu testenden Version des Qualitätsinstruments war. In einer explorativen Erprobung des Instruments in Angeboten neuer Wohnformen (n=5) sowie mit drei Vertreterinnen und Vertretern von Beratungsinstitutionen und Prüfinstanzen beurteilten die Teilnehmenden die Verständlichkeit, Sinnhaftigkeit, Praktikabilität und Datenverfügbarkeit der Indikatoren. Auf der Grundlage dieser Untersuchungsschritte und unter Hinzuziehung juristischer Expertise wurde ein Vorschlag für ein Konzept zur Qualitätssicherung neuer Wohnformen erarbeitet. Abb. 1 stellt den Aufbau der einzelnen Arbeitsschritte aufeinander dar und zeigt, in welchen Prozessschritt ihre Ergebnisse einfließen.



Abb. 1: Verlauf der Konzepterstellung (in Anlehnung an Wolf-Ostermann , Kremer-Preiß und Hackmann, 2019)

Im Folgenden werden die Settings, für die das Qualitätssicherungsinstrument anwendbar ist, sowie das Instrument selbst vorgestellt.

### Ergebnisse

#### Unterscheidung verschiedener Wohnformtypen - für welche Wohnangebote ist das Instrument anwendbar?

Einsetzbar ist das Qualitätssicherungsinstrument für verschiedene Arten von Wohnformen. Derzeit liegt jedoch keine allgemeingültige abschließende Definition des Begriffs „neue Wohnformen“ vor. Im Rahmen des Projekts wurden vier Wohnformtypen identifiziert, für die das entwickelte Instrument anwendbar ist: ambulante (selbstständige) gemeinschaftliche Wohnformen, ambulante betreute Wohnformen, ambulante Pflegewohnformen, ambulante integrierte Wohnformen. Tab. 1 gibt einen Überblick über die Wohnformtypen und zeigt beispielhaft Angebotsformen, die diesen Wohnformtypen zugehörig sind.

Wohnformtyp	Angebotsformen innerhalb der Konzepttypen
1. Ambulante (selbstständige) gemeinschaftliche Wohnformen	Seniorenwohngemeinschaften Mehrgenerationenwohnprojekte Seniendörfer Virtuelle Seniorenwohngemeinschaften
2. Ambulante betreute Wohnformen	Betreutes Wohnen/Servicewohnen Betreute Wohngruppen für Behinderte Abbeyfield-Hausgemeinschaften Betreutes Wohnen zu Hause

Wohnformtyp	Angebotsformen innerhalb der Konzepttypen
3. Ambulante Pflegewohnformen	Ambulant betreute Wohngruppen/Wohngemeinschaften Freiburger Modell Pflegehausgemeinschaften Bielefelder Modell Gastfamilienmodelle Ambulantisierte stationäre Einrichtungen
4. Ambulante integrierte Wohnformen	Wohnen plus Sozialräumliche Konzepte/Quartierkonzepte/Betreute Wohnzonen (Pflege-)Mischformen

Tab. 1: Spektrum neuer Wohnformen  
Quelle: Wolf-Ostermann, Kremer-Preiß und Hackmann, 2019.

Die Wohnangebote unterscheiden sich auch nach dem Grad der Selbstverantwortung der Bewohnerschaft. Während in klassischen stationären Wohnsettings ein Träger die Gesamtverantwortung für die Umsetzung der Wohn- und Versorgungsangebote übernimmt, verbleiben in neuen Wohnformen mehr selbstverantwortlich zu regelnde Aufgaben bei der Bewohnerschaft.

Steuern die Bewohnerinnen und Bewohner überwiegend selbst die Umsetzung des Wohnangebots, sind sie auch hauptverantwortlich für die Qualitätssicherung des gesamten Prozesses und damit ist diese Wohnform als überwiegend selbstverantwortete Wohnform zu betrachten. Die Bewohnerschaft oder gemeinsame Bewohnergremien entscheiden dann selbst über das Wohn- und Leistungsangebot und auch über die Art der Qualitätssicherung. In überwiegend trägerverantworteten Wohnformen übernehmen Träger zumindest Teile der Gesamtverantwortung für die Umsetzung einer neuen Wohnform. Die Bewohnerschaft bleibt zwar weiter in der Verantwortung, jedoch gibt sie einen Teil der Verantwortung ab und nimmt dafür gegebenenfalls Einschränkungen in der Selbstverantwortung in Kauf. Verantwortlich für die Qualitätssicherung ist in diesen Wohnformen neben der Bewohnerschaft und deren Vertreterinnen und Vertretern dann auch der Träger, der steuernde Gesamtleistungen erbringt. Das Instrument ist grundsätzlich sowohl für selbstverantwortete als auch für trägerverantwortete Wohnformen geeignet, jedoch können sich unterschiedliche Schwerpunktsetzungen bei der Anwendung des Instruments daraus ergeben.

### **Qualitätsmerkmale neuer Wohnformen - was muss in der Qualitätssicherung berücksichtigt werden?**

Fünf zentrale Qualitätsmerkmale zeigten sich im Ergebnis der Literatursichtung, der Workshops und Online-Befragung. Diese sind als Anforderungen an neue Wohnformen

zu stellen, damit sie ihrer besonderen Stellung zwischen Heim und Häuslichkeit für Pflegebedürftige gerecht werden können:

- Versorgungskontinuität,
- Nutzerorientierung,
- Selbstbestimmung/Selbstverantwortung,
- Koordination und
- Transparenz.

Bei der Versorgungskontinuität ist die Sicherung einer qualifizierten Versorgung auch bei sich veränderndem Hilfe- und Pflegebedarf als besondere Herausforderung in neuen Wohnformen zu beachten. Nutzerorientierung soll durch die Wahrung individueller Gewohnheiten und Bedürfnisse der Bewohnerschaft erfolgen. Selbstbestimmung/Selbstverantwortung der Bewohnerschaft lässt sich als Grundlage für die Gewährleistung der Nutzerorientierung betrachten. Dies spiegelt sich in der Gestaltung der Wohnung und des Tagesablaufs sowie in der freien Wahl von (pflegerischen) Leistungen und Leistungsanbietern wider. Die Umsetzung von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung stellt in der Praxis neuer Wohnformen eine besondere Herausforderung dar, weil gegebenenfalls Leistungserbringer Selbstbestimmungsmöglichkeiten eingrenzen (wenn z. B. tatsächliche Wahlfreiheit nicht gewährleistet wird) oder weil Pflegebedürftige und ihre Vertreterinnen und Vertreter nicht in der Lage sind, der geforderten Selbstverantwortung gerecht zu werden. Da das Zusammenwirken unterschiedlicher Akteure in geteilter Verantwortung (Bewohnerschaft, ihre Vertreterinnen und Vertreter, professionelle Leistungserbringer, ehrenamtlich Tätige) kennzeichnend für neue Wohnformen ist, spielt die Koordination eine besondere Rolle. Sie lässt sich als Voraussetzung betrachten, um die Bewohnerschaft und ihre Vertreterinnen und Vertreter zu befähigen, Selbstverantwortung für die Umsetzung zu übernehmen, und um Versorgungskontinuität zu gewährleisten, die von unterschiedlichen Akteuren erbracht wird. Das komplexe Zusammenwirken der vielfältigen Akteure erfordert in besonderer Weise Transparenz über die Gesamtprozesse. Hierzu zählt, transparent zu machen, wer welche Leistungen erbringt, wie Verantwortlichkeiten verteilt sind und wie die Umsetzungsprozesse geregelt sind.

### **Qualitätskriterien und Indikatoren - wie kann die Qualität messbar gemacht werden?**

Die Qualitätsmerkmale wurden in Qualitätskriterien differenziert (siehe Tab. 2), welche anschließend als Indikatoren operationalisiert wurden. 93 Indikatoren wurden zur Erfassung des Umsetzungsgrades der Qualitätskriterien ermittelt. Die Qualitätsmerkmale, -kriterien und -indikatoren wurden in Checklisten zusammengeführt, in denen mittels Selbst- oder Fremdeinschätzung ihre Erfüllung überprüft werden kann. Diese Checklisten stellen das Qualitätsinstrument dar (Wolf-Ostermann, Kremer-Preiß und Hackmann,

2019). Ob z. B. die Nutzerorientierung gewahrt wird soll insbesondere mittels der Qualitätskriterien zur Erfassung und Berücksichtigung der Gewohnheiten/Bedürfnisse der Bewohnerschaft geprüft werden. Hier wird erfragt, ob systematisch unter Beteiligung der Bewohnerschaft umfassende Informationen über deren Bedürfnisse, Gewohnheiten, lebensweltliche und kulturelle Besonderheiten, Ressourcen und Bedarfe gesammelt und diese dann kontinuierlich für eine Planung und Umsetzung der Versorgung genutzt werden.

Qualitätsmerkmal	Qualitätskriterien
Selbstbestimmung/ Selbstverantwortung	Selbstbestimmung bei den Leistungen
	Selbstbestimmung über Dinge der alltäglichen Lebensführung
	Selbstbestimmung beim Wohnen
	Förderung der Selbstbestimmung
	Unterstützung der Nutzerinnen und Nutzer zur Bildung autonomer Entscheidungen/Übernahme von Verantwortung
	Sicherung der Selbstbestimmung bei Verlust entscheidungsbezogener Kompetenzen
Nutzerorientierung	Erfassung der Gewohnheiten/Bedürfnisse und Fähigkeiten/Ressourcen
	Berücksichtigung der Gewohnheiten/Bedürfnisse und Fähigkeiten/Ressourcen bei der Planung und Umsetzung der Unterstützungsleistungen
	Überprüfung berücksichtigter Gewohnheiten/Bedürfnisse und Fähigkeiten/Ressourcen
	Beschwerdemanagement
Versorgungskontinuität	Rund-um-die-Uhr-Versorgung/Versorgungssicherheit
	Patientensicherheit/Krisensicherung
	Personelle Kontinuität
	Abstimmung von Leistungen
Koordination	Verantwortlichkeiten im Gesamtprozess klären
	Zusammenarbeit vielfältiger Akteure sichern
	Verlässliche Regelungen zur Kooperation schaffen
	Konfliktmanagement
Transparenz	Transparenz über die einzelnen Leistungen der Wohnform
	Transparenz über den Gesamtprozess der Wohnform
	Dokumentation

Tab. 2: Qualitätsmerkmale und Qualitätskriterien neuer Wohnformen  
Quelle: Wolf-Ostermann, Kremer-Preiß und Hackmann, 2019

Zwar sind die Qualitätsmerkmale, -kriterien und -indikatoren gleichermaßen als Anforderungen an alle neuen Wohnformen zu stellen. Dennoch ergeben sich aus den Besonderheiten des Wohnformtyps Empfehlungen, auf welche Qualitätsmerkmale ein besonderer Fokus gelegt werden sollte, da sich in der Praxis hier besondere Umsetzungsherausforderungen stellen. Für weitgehend selbstverantwortete Wohnformen wird empfohlen, die Kriterien/Indikatoren des Qualitätsmerkmals Versorgungskontinuität, aber auch Koordination und Transparenz verstärkt zu beachten, da aufgrund der fehlenden Gesamtverantwortung sich in der Praxis hier besondere Herausforderungen stellen. Demgegenüber können bei eher trägerverantworteten Wohnformen die Kriterien/Indikatoren der Qualitätsmerkmale Nutzerorientierung und Selbstbestimmung als besonders relevant eingestuft werden.

#### **Anwendung der Checklisten - wie funktioniert das Instrument?**

Zur Anwendung der Checklisten wurde eine Ausfüllanleitung erstellt (Wolf-Ostermann et al., 2019). Die Erfüllung der Indikatoren kann mittels einer Selbst- oder Fremdeinschätzung bewertet werden. Für jedes Qualitätsmerkmal sind Indikatoren auf Ebene der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität benannt, wobei die Indikatoren auf Ebene der Ergebnisqualität die Perspektive der Bewohnerschaft oder deren Angehöriger in den Mittelpunkt rücken.

Das Qualitätsinstrument bietet mittels einer tabellarischen Darstellung die Möglichkeit, für jeden Indikator die Erfüllung des Sollniveaus in den Abstufungen „ja, erfüllt“, „teilweise erfüllt“, „nein, nicht erfüllt“ zu erfassen oder einzelne Indikatoren als „nicht zutreffend“ zu bewerten. Das Qualitätsinstrument schreibt dabei keine festgelegte Methode der Erfassung von Ergebnisindikatoren vor. Referenzwerte für die Indikatoren liegen für neue Wohnformen jedoch (bisher) nicht vor.

#### **Mögliche Anwendungsfelder des Instruments - für wen ist das Instrument relevant?**

Das entwickelte Instrument kann z. B. in der Beratung von Bewohnerinnen und Bewohnern oder von Anbietern der Wohnangebote, in der internen Qualitätssicherung und externen Prüfung sowie in der Qualitätsberichterstattung Anwendung finden. Das Instrument, welches in der Studie einer Pilotierung unterzogen wurde, setzt sich aus zwei Checklisten zusammen, deren Einsatz abhängig vom Anwendungsfeld ist.

Für die Beratung und interne Qualitätssicherung ist das umfassende Instrument mit 93 Qualitätsindikatoren vorgesehen (Checkliste zur Beratung und internen Qualitätsprüfung). Beratende Instanzen können sich daran orientieren und die Umsetzung der Qualitätsindikatoren für neue Wohnformen empfehlen, sofern diese für die entsprechende Wohnform passend sind. Dies gilt sowohl für bereits bestehende als auch für sich in der Planung oder Gründung befindende Wohnangebote. Zudem kann sich eine sich an das Instrument angelehnte Beratung auch an Bewohnerinnen und

---

Bewohner neuer Wohnformen sowie deren Angehörige richten. Diese können so über ihre Mitgestaltungsmöglichkeiten und gegebenenfalls Pflichten in neuen Wohnformen beraten werden sowie eine Hilfestellung bei der Auswahl einer geeigneten Wohnform erhalten.

Anbieter von neuen Wohnformen sowie deren Nutzerinnen und Nutzer können die Checkliste verwenden, um interne Qualitätssicherung zu betreiben. Da derzeit keine allgemeingültigen Sollwerte existieren, lassen sich zunächst Istwerte erheben und bei nachfolgenden Anwendungen Trends erfassen sowie Ansatzpunkte für Qualitätsverbesserungen identifizieren.

Ebenso lassen sich auch die Stärken einer neuen Wohnform nach innen und außen darstellen: Im Rahmen der internen und externen Qualitätsberichterstattung kann der anteilige Erfüllungsgrad der einzelnen Qualitätsmerkmale Aufschluss über die Qualität der evaluierten Wohnform geben. Das Instrument erlaubt eine einfache (Selbst-) Darstellung neuer Wohnformen. Im Zeitverlauf lassen sich auch Informationen zur Entwicklung der Qualität im Wohnangebot aufnehmen.

Für den Kontext der externen Qualitätssicherung und -prüfung wurde die Checkliste zur externen Qualitätsprüfung und Qualitätsberichterstattung erstellt. Aus dem umfassenden Qualitätsinstrument wurden 27 Indikatoren ausgewählt, die im Expertenkonsensverfahren und in der Erprobung als prüfungsrelevant erachtet wurden. Da keine Referenzwerte zu den jeweiligen Indikatoren vorliegen, lässt eine Erhebung des Istzustands allein allerdings keine Rückschlüsse auf einen Sollzustand, der abgeprüft wird, zu. Zudem kann eine externe Qualitätsprüfung nach § 113 SGB XI nur dann erfolgen, wenn ein leistungsrechtlicher Bezug vorliegt. Eine verpflichtende externe Prüfung der Wohnformen als solche existiert derzeit nicht.

### **Diskussion und Schlussfolgerungen**

Erstmalig liegen ein Konzept und ein Instrument zur internen und externen Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung in neuen Wohnformen vor, die aufgrund der Anforderung einer bundeseinheitlichen Eignung zwar umfassend sind, jedoch in der spezifischen Ausformulierung allgemeiner bleiben. Der Auftrag zur Entwicklung und Erprobung eines Konzepts und von Instrumenten zur internen und externen Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung in neuen Wohnformen nach § 113b Abs. 4 SGB XI entstammt einerseits leistungsrechtlichen Fragestellungen, sollte aber andererseits alle Akteure in allen Typen neuer Wohnformen berücksichtigen und gleichzeitig keine explizit pflegebezogenen Qualitätskriterien für ambulante Leistungserbringer entwickeln, um Doppelungen zu vermeiden.

Damit leisten Konzept und Instrument einen relevanten Beitrag zur Qualitätsdebatte in neuen Wohnformen. In der ambulanten Pflege und der stationären Langzeitpflege werden bereits seit einigen Jahren Diskussionen über die Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung intensiv geführt und es wurden zumindest für die Langzeitpflege Ansätze für ein theorie- und wissenschaftlich geleitetes Qualitätsverständnis erarbeitet (u. a. das heuristische Qualitätsmodell von Hasseler et al., 2016). Im Zeitraum der Studiendurchführung lieferte das „GKV-Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach § 45f SGB XI“ ebenfalls Ansätze einer systematischen Aufarbeitung von Qualitätsindikatoren für neue Wohnformen und es wurden anhand von Modellprojekten Herausforderungen bei der Qualitätssicherung herausgearbeitet. Das Modellprogramm hat einen Beitrag geleistet, die Qualitätsdiskussion auch in diesem Segment weiterzuführen (GKV-Spitzenverband, 2018). Bis dato wurde die Qualitätsdiskussion vor allem für ausgewählte neue Wohnformtypen geführt - insbesondere für ambulant betreute Pflege-Wohngemeinschaften (Klie et al., 2017; Wolf-Ostermann und Gräske, 2013). Das Modellprogramm hat die Besonderheiten neuer Wohnformen herausgearbeitet und generell für neue Wohnformen Qualitätsanforderungen formuliert. Ebenso wurden bis dato vor allem Qualitätsmerkmale oder Qualitätsindikatoren aus Expertensicht, also auf wissenschaftlicher, fachlicher sowie gesetzlicher Basis, formuliert (z. B. für „Betreutes Wohnen“, DIN 77800). Das Modellprogramm hat explizit die Betroffenen in die Qualitätsdefinition einbezogen. Das Forschungsprojekt zur Entwicklung eines Qualitätsinstruments für neue Wohnformen (Wolf-Ostermann, Kremer-Preiß und Hackmann, 2019) erweitert diese Diskussion und liefert einen Beitrag zur praktischen Umsetzung der Qualitätssicherung in den verschiedenen neuen Wohnformen.

Die wohnformübergreifende Ausrichtung des Instruments stellt zugleich eine Herausforderung dar. Trotz der Aufarbeitung des länderspezifisch ordnungsrechtlichen Rahmens für die Instrumentenentwicklung ist nicht auszuschließen, dass länderspezifische Gegebenheiten den Erfüllungsgrad einzelner Indikatoren beeinflussen. Gesonderte Qualitätsanforderungen für spezifische Personengruppen lassen sich nicht aus dem Instrument ableiten und müssen Gegenstand einer möglichen nachträglichen Spezifizierung bleiben. Weiterhin ist in Bezug auf mögliche künftige externe Prüfungen mittels des Instruments zu berücksichtigen, dass es ohne die Bestimmung eines Sollwerts nicht möglich ist, zu prüfen, wann eine Leistung eine Qualität erfüllt (Elsbernd et al., 2010).

Aufgrund der unzureichenden Evidenzlage zu Versorgungsoutcomes sowie Qualitätskriterien und -indikatoren in neuen Wohnformen in der (inter-)nationalen Literatur (Stiefler et al., 2020) und der in dieser Studie lediglich exemplarisch erfolgten Erprobung der Instrumente beruhend auf einem engen zeitlichen Entwicklungsrahmen ist eine Weiterentwicklung der hier vorliegenden Instrumente

---

zur Qualitätsberichterstattung und Qualitätssicherung zu befürworten. Für diese Weiterentwicklung des Instrumentariums ist daher zukünftig eine umfassende Evaluation als nächster Schritt anzudenken. Zudem sollte im Rahmen einer möglichen Weiterentwicklung der Fokus auf die Stärkung und Qualifizierung von Beratungsangeboten, eine mögliche Erweiterung von Melde- und Anzeigeformen, die Schaffung von Anreizsystemen sowie die personelle Ausstattung gelegt werden.

Aus der Praxis weisen die Ergebnisse der wissenschaftlichen Gesamtevaluation des „GKV-Modellprogramms zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach § 45f SGB XI“ (GKV-Spitzenverband, 2018) darauf hin, dass die dort geförderten Projekte Qualitätsanforderungen bereits vielfach umsetzen und den Mieterinnen und Mietern in neuen Wohnformen eine gute Versorgung, aber auch Selbstbestimmung und soziale Einbindung ermöglichen. Dies ist insbesondere von Bedeutung, da Mieterinnen und Mieter auch bei schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen in ihrem jeweiligen Wohn- und Versorgungsangebot verbleiben können und wollen und Versorgungssicherheit dann gewährleistet werden muss. Da Modellprojekte jedoch oftmals die Eigenschaft haben, insbesondere hoch engagierte Akteure zu versammeln, ist es von besonderer Wichtigkeit, Qualität in der Versorgung für die besonders vulnerable Gruppe von Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf auch unabhängig vom Engagement einzelner Akteure nachhaltig zu sichern. Hier besteht also auch zukünftig – wie oben bereits beschrieben – fortwährender Forschungs- und (Weiter-)Entwicklungsbedarf. Die Forschungsstelle Pflegeversicherung des GKV-Spitzenverbandes hat in den vergangenen Jahren ein erhebliches Maß an Aufbauarbeit zur wissenschaftlichen Erprobung und Evaluation neuer Wohnformen geleistet – hier ist zu wünschen, dass sich dies auch in Zukunft für dieses und weitere Themen ebenso erfolgreich fortsetzt.

## Literatur

- Elsbernd, A., Allgeier, C., Lauffer-Spindler, B. (2010). Praxisstandards und Qualitätsindikatoren in der Pflege. Qualitätsinstrumente am Beispiel der stationären Altenpflege. Lage: Jacobs Verlag.
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2018). Ergebnisse des Modellprogramms zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen nach § 45f. Zusammenfassende Bewertung der Forschungsstelle Pflegeversicherung. Verfügbar unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte\\_wohnen\\_45f/Pflege\\_Zus.Bewertung\\_Abschlussbericht-Modellprogramm\\_45\\_barrierefrei.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_wohnen_45f/Pflege_Zus.Bewertung_Abschlussbericht-Modellprogramm_45_barrierefrei.pdf) (Abruf am 08.04.2020).
- Hasseler, M., Stemmer, R., Macsenaere, M., Arnold, J., Weidekamp-Maicher, M. (2016). Entwicklung eines wissenschaftlich basierten Qualitätsverständnisses für die Pflege- und Lebensqualität. Verfügbar unter <https://www.gkv->

- spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/qualitaet\_in\_der\_pflege/wiss\_qualitaetsverstaendnis/2016-08-25\_Abschlussbericht\_wiss\_Qualitaetsverstaendnis.pdf (Abruf am 06.04.2020).
- Klie, T., Heislbetz, C., Schuhmacher, B., Keilhauer, A., Rischard, P., Bruker, C. (2017). Ambulant betreute Wohngruppen - Bestandsempfehlung, qualitative Einordnung und Handlungsempfehlungen - Abschlussbericht, hrsg. vom Bundesministerium für Gesundheit. Berlin. Verfügbar unter [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht\\_AGP\\_HWA\\_Wohngruppen-Studie.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_AGP_HWA_Wohngruppen-Studie.pdf) (Abruf am 06.04.2020).
- Stiefler, S., Seibert, K., Wolf-Ostermann, K. (2020). Gesundheitsbezogene Versorgungsoutcomes in ambulant betreuten Wohngemeinschaften - Ergebnisse eines Rapid Reviews. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, online first. DOI: 10.1007/s00391-020-01705-6
- Wolf-Ostermann, K., Gräske, J. (2013). Ambulant betreute Wohngemeinschaften - Praxisleitfaden zur Qualitätsentwicklung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wolf-Ostermann, K., Kremer-Preiß, U., Hackmann, T. (2019). Entwicklung und Erprobung eines Konzeptes und von Instrumenten zur internen und externen Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung in neuen Wohnformen nach § 113b Abs. 4 SGB XI. Abschlussbericht. Verfügbar unter <https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2019/04/20190117-Abschlussbericht-neue-Wohnformen.pdf> (Abruf am 02.04.2020).

Christoph Stöppler

Seit Jahren wird im Zuge einer kontinuierlich steigenden Zahl von Pflegebedürftigen auch über die Frage ausreichender Kapazitäten und Ressourcen und in der Folge auch über eine mögliche Gefährdung der Versorgungssicherheit für pflegebedürftige Menschen diskutiert. Zumeist wird die Diskussion um Versorgungssicherheit in der Pflege mit Blick auf das Pflegepersonal und davon ausgehend auf die notwendigen Kapazitäten an stationären und ambulanten Pflegeleistungen geführt. Zuletzt im Rahmen der Konzierten Aktion Pflege (KAP) des Bundesministeriums für Gesundheit. Neben der Diskussion um eine Sicherstellung und Bedarfsdeckung wird Versorgungssicherheit auch mit Blick auf die individuelle Patientensicherheit geführt. Versorgungssicherheit wird als eine notwendige Voraussetzung für Patientensicherheit angeführt. Wo Ressourcen für die optimale Versorgung nicht vorhanden sind, ist die Gefahr gegeben, die Patientensicherheit zu gefährden (Höfer, 2016). Dies trifft auch dort zu, wo Angebote nicht passgenau erscheinen. So zeigen Erhebungen zu Einrichtungen des „Betreuten Wohnens“, dass die Versorgungssicherheit bei sich verschlechterndem Gesundheitszustand und insbesondere bei demenziell erkrankten Menschen nicht im erwünschten Umfang gegeben ist (Rothgang et al, 2019, S. 164). Die Diskussionen um Versorgungssicherheit werden also sowohl auf gesamtgesellschaftlicher als auch auf individueller Ebene geführt. Die Definition ist daher vielschichtig und die Abgrenzung von Versorgungs- zu Patientensicherheit nicht immer trennscharf möglich.

Zur Schaffung von Versorgungssicherheit in der Pflege bedarf es sowohl einer Normsetzung in Fragen der Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung, aber auch inhaltlicher und konzeptioneller Ansätze zu deren Zielerreichung. Eine Grundlage jeglicher Versorgungssicherheit ist die Bedarfsermittlung. Erst darauf aufbauend können Maßnahmen und Konzepte entwickelt und umgesetzt werden. Hierbei geht es nicht nur um rein quantitative Erhebungen anhand der Zahl der (zu erwartenden) Pflegebedürftigen, um ausreichende Ressourcen bereitstellen zu können. Es müssen auch Bedarfe und Defizite in der Versorgung aufgezeigt und Lösungsansätze entwickelt und erprobt werden. Zudem ist für die Sicherstellung von Versorgungssicherheit die genaue Kenntnis und Analyse über bestehende Defizite erforderlich. Nur dort, wo Defizite bekannt und aufgezeigt werden, können Lösungsansätze entwickelt werden.

In mehreren Projekten hat der GKV-Spitzenverband diese Themen aufgegriffen, um Defizite und Bedarfe aufzuzeigen und Erkenntnisse zu generieren. Darauf aufbauend können Lösungsansätze in Form von Maßnahmen und Konzepten zur Intervention entwickelt und erprobt werden, um einen Beitrag zur Sicherheit in der Versorgung Pflegebedürftiger zu leisten. Ein Bereich, der oftmals im Fokus

dieser Thematik diskutiert wird, ist die Arzneimitteltherapie. Die von 2018 bis 2021 laufende Studie „Psychopharmaka in der stationären und ambulanten Pflege - Herausforderungen im Umgang und Voraussetzungen für die Implementierung von Handlungsalternativen (PhasaP)“ befasste sich mit dem Umgang mit Psychopharmaka in der stationären und ambulanten Pflege. Die Praxis der Verschreibung und Anwendung von Psychopharmaka bei Pflegebedürftigen gerät in den letzten Jahren zunehmend in die Kritik. Insgesamt hat Deutschland im europäischen Vergleich hohe Verordnungsraten insbesondere bei pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten und Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeeinrichtungen (Thürmann, 2017). Zudem ist beispielsweise bei demenziellen Pflegebedürftigen eine Diskrepanz zwischen den Anwendungsempfehlungen dieser Medikamente (z. B. S3-Leitlinie „Demenzen“) und der tatsächlichen Versorgungsprävalenz feststellbar (Hewer et al., 2017). Eine inadäquate Arzneimittelbehandlung ist jedoch mit Gesundheitsrisiken wie erhöhter Sturzgefährdung, Schlaganfällen, aber auch erhöhter Sterblichkeit verbunden (Thürmann, 2017). Den Pflegekräften kommt eine zentrale Rolle in der psychopharmakologischen Behandlung zu, indem sie Veränderungen des Gesundheitszustands der Pflegebedürftigen wahrnehmen und entsprechende Maßnahmen initiieren. Allerdings besteht derzeit keine profunde Erkenntnis darüber, wie Pflegekräfte mit dieser Thematik tatsächlich umgehen. Zwar sind zur Handhabung der Psychopharmaka-Verordnungen durch Pflegekräfte inzwischen Konzepte, Empfehlungen und Leitlinien entwickelt worden, aber über deren Kenntnis und insbesondere deren Anwendung durch die Pflegekräfte liegen keine Erkenntnisse vor. Erste Befragungen sowie die Häufigkeit und Dauer von Psychopharmakagaben bei ambulant und stationär versorgten Pflegebedürftigen lassen auf eine große Unkenntnis oder Unsicherheit im Umgang mit dieser medikamentösen Intervention schließen (Schwinger et al., 2017).

Ziel der Studie war es, zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation und Lebensqualität von Pflegebedürftigen beizutragen, indem die Wissensbasis insbesondere der Pflege für eine möglichst adäquate Gabe von Psychopharmaka verbessert und eine Verminderung unerwünschter Nebenwirkungen erreicht wird. Insgesamt nahmen hierzu 175 stationäre und 212 ambulante Pflegeeinrichtungen an einer Online-Erhebung teil. Im Rahmen von Fallstudien und Experteninterviews wurde untersucht, welche Herausforderungen für Pflegekräfte beim Umgang mit Psychopharmaka bestehen. Zudem wurde analysiert, welche Umstände und Bedingungen die Verbreitung und Implementierung vorhandener Empfehlungen, Leitlinien und Konzepte für einen adäquaten Einsatz von Psychopharmaka behindern oder erleichtern und wie diese an die Rahmenbedingungen und Handlungsorientierungen in der Pflege so anzupassen wären, dass ihre Implementierung erleichtert wird.

Die Stärkung der Fachlichkeit des Pflegepersonals spielt eine zentrale Rolle im Projekt, indem die Kompetenz der Pflegefachkräfte zum Umgang und zur Bewertung

---

der Psychopharmakagabe im Fokus der Untersuchung steht. Im Ergebnis soll somit ein Beitrag zur Aufwertung von pflegerischer Expertise und Kompetenz stehen. Der Abschlussbericht zum Modellprojekt PhasaP wird 2022 veröffentlicht werden.

Große Unsicherheit besteht auch bei Menschen mit chronischen Schmerzen in Hinblick auf die Versorgungssicherheit. Vorarbeiten sehen hier einen deutlichen Bedarf an Studien, um die Versorgungssituation in Deutschland sicher beurteilen zu können (Dietl et al., 2011, S. 124). Unsicherheit bestand insbesondere im Bereich der in der Häuslichkeit versorgten Pflegebedürftigen. Es war nicht bekannt, ob und ggf. welche Defizite im Schmerzmanagement in der formellen oder insbesondere informellen ambulanten Pflege bestehen, um darauf aufbauend Ansätze zur Weiterentwicklung der Pflegequalität zu entwickeln und einer möglichen Unterversorgung entgegenzuwirken.

Chronische Schmerzen nehmen im höheren Lebensalter zu, werden jedoch seltener als bei jüngeren Menschen adäquat behandelt. Zum einen wird das Schmerzgeschehen durch die Betroffenen vielfach nicht thematisiert, da es als „im Alter dazugehörend“ empfunden wird. Zum anderen bedingt die vielfach vorhandene Multimorbidität älterer pflegebedürftiger Menschen, dass Schmerz zum einen nur eines von vielen Symptomen ist und ggf. andere, nicht dem Schmerz zugrunde liegende Erkrankungen im Vordergrund der medizinischen Behandlung stehen (Basler, o. J.).

Die 2019 abgeschlossene Studie ACHE (Development of a Model for PAin Management in Older Adults Receiving Home Care) zeigt Bedarfe und Defizite in der Schmerzversorgung von ambulant in der Häuslichkeit versorgten Pflegebedürftigen auf. Bisher lagen weder Informationen zum nichtmedikamentösen noch zum medikamentösen Schmerzmanagement und deren Angemessenheit vor. Von den ca. 3,7 Mio. Pflegebedürftigen in Deutschland im Jahre 2018 wurden ca. 2,9 Mio. zu Hause durch Angehörige oder ambulante Pflegedienste versorgt (BMG, 2019). Umfangreiche Erkenntnisse über die Zahl der Pflegebedürftigen, die über Schmerzen verfügen, liegen jedoch nur wenige vor. So gaben im Rahmen einer Befragung von Leiske et al. 68,5 % von 878 befragten ambulant versorgten Pflegebedürftigen an, Schmerzen zu haben. Zwar existiert inzwischen der Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“, um das Schmerzerleben aktiv und positiv im Sinne der Pflegebedürftigen mitzugestalten, und setzt so einen Rahmen für pflegerisches Handeln bei Pflegebedürftigen mit chronischen Schmerzen. Aber über die Versorgungssituation von ambulant versorgten Pflegebedürftigen mit chronischen Schmerzen ist nur wenig bekannt. Gut untersucht sind hingegen die Auswirkungen von Schmerzen. So können Schmerzen bei unzulänglicher Schmerztherapie oder Nichtbehandlung zu erheblichen funktionellen Einschränkungen, reduzierter Lebensqualität oder auch Depressionen führen (Lukas et al., 2015).

Die ACHE-Studie hat diese Erkenntnislücke aufgegriffen, indem Fragen der pflegerischen, aber auch der ärztlichen Versorgung von unter chronischen Schmerzen leidenden ambulant versorgten Pflegebedürftigen im Rahmen der Studie beantwortet wurden. Das Ziel der Studie war die Erfassung des Schmerzgeschehens und Schmerzerlebens sowie die Erfassung und Beurteilung des medikamentösen und nichtmedikamentösen sowie pflegerischen Schmerzmanagements bei älteren Pflegebedürftigen in Berlin, die in der eigenen Häuslichkeit durch Angehörige und/oder professionelle Pflegedienste versorgt werden. Es wurden versorgungsrelevante Einflussfaktoren, die mit dem Schmerzgeschehen älterer Pflegebedürftiger (mit und ohne kognitive Einschränkung) assoziiert sind, untersucht und Symptomcluster bei älteren auskunftsfähigen Pflegebedürftigen mit Schmerzen analysiert. Im nachfolgenden Beitrag von Dräger et al. werden die Bedeutung des Themas und die Ergebnisse der Studie ausführlich dargelegt.

### Literatur

- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2019). Soziale Pflegeversicherung - Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegegraden am 31.12.2018. Verfügbar unter [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/Leistungsempfaenger-nach-Altersgruppen-und-Pflegegraden-insgesamt\\_2018.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/Leistungsempfaenger-nach-Altersgruppen-und-Pflegegraden-insgesamt_2018.pdf) (Abruf am 17.11.2020).
- Dietl, M., Korczak, D. (2011). Versorgungssituation in der Schmerztherapie in Deutschland im internationalen Vergleich hinsichtlich Über-, Unter- oder Fehlversorgung. Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd. 111. Köln: DIMDI. 124.
- Hewer, W., Thomas, C. (2017). Psychopharmakotherapie bei Demenz und Delir. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 2 (2017), 106-113.
- Höfer, R. (2016). Patientensicherheit erfordert Versorgungssicherheit. HDI MedLetter, 1/2016. Verfügbar unter <https://www.hdi.de/freiberufler/service/medletter/april2016/sicherheit> (Abruf am 24.11.2020).
- Leiske, M., Lahmann, N. A., Lindena, G., Centmayer, R., Suhr, R. (2015). Schmerz bei Patienten in der ambulanten Pflege. Der Schmerz, 4/2015, 431-439.
- Lukas, A., Mayer, B., Onder, G., Bernabei, R., Denkinger, M. (2015). Schmerztherapie in deutschen Pflegeeinrichtungen im europäischen Vergleich - Ergebnisse der SHELTER Studie. Der Schmerz, 4/2015, 411-421.
- Rothgang, H., Müller, R. (2019). -Pfleregereport 2019, Ambulantisierung der Pflege. BARMER (Hrsg.). Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse - Band 20. Berlin: Barmer

- Schwinger, A., Tsiosioti, C., Klauber, J. (2017). Herausforderndes Verhalten bei Demenz: Die Sicht der Pflege. In K. Jacobs, A. Kuhlmeiy, S. Greß, J. Klauber, A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2017 - Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen*. Stuttgart: Schattauer, 131 - 148.
- Thürmann, P. (2017). Einsatz von Psychopharmaka bei Pflegebedürftigen. In K. Jacobs, A. Kuhlmeiy, S. Greß, J. Klauber, A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2017 - Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen*. Stuttgart: Schattauer, 119-128.

## Versorgungssicherheit im ambulanten Schmerzmanagement älterer Pflegebedürftiger

Dagmar Dräger, Andrea Budnick, Arlett Wenzel, Juliana Schneider, Reinhold Kreutz

### Hintergrund und Ziele

Von aktuell 4,1 Mio. Pflegebedürftigen in Deutschland werden gemäß Pflegestatistik 80,28,5 % der Betroffenen in der eigenen Häuslichkeit durch Angehörige und/oder einen ambulanten Pflegedienst versorgt. Knapp ein Drittel (30 %) der zu Hause Versorgten ist 85 Jahre und älter (Statistisches Bundesamt, 2020). Für ambulant versorgte Pflegebedürftige in Deutschland wird eine Schmerzprävalenz von 68,5 % angegeben (Leiske et al., 2015), während bei auskunftsfähigen Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern eine Prävalenz von 55,8 % ermittelt wurde (Dräger et al., 2013).

Für Pflegebedürftige nach SGB XI sollen qualitativ hochwertige Pflegeleistungen ermöglicht werden, u. a. Maßnahmen, die „dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse“ entsprechen und „eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde“ gewährleisten (§ 11 Abs. 1 SGB XI). Teil einer humanen Pflege ist es, Schmerzfreiheit anzustreben oder die größte mögliche Reduzierung von Schmerzen zu erreichen (Wulff et al., 2012).

Der 5. Pflege-Qualitätsbericht des MDS deutet jedoch auf Qualitätsmängel im pflegerischen Schmerzmanagement hin. Kriterium für eine angemessene Versorgung war die systematische Schmerzeinschätzung bei Pflegebedürftigen, die ein ärztlich verordnetes Schmerzmedikament erhielten. Bei einem Viertel dieser Pflegebedürftigen erfolgte keine Schmerzeinschätzung (MDS, 2017). Die Aussagekraft dieses Befundes scheint jedoch eingeschränkt, da die Verschreibung einer Schmerzmedikation nicht das einzige Indiz für das Vorliegen von Schmerzen ist. Im Gegenteil, internationale Studien aus dem häuslichen Versorgungssetting weisen auf medikamentös unbehandelte Schmerzen bei mindestens 20 % der von starken Schmerzen betroffenen Pflegebedürftigen hin (Maxwell et al., 2008).

Beim ärztlichen Schmerzmanagement pflegebedürftiger Menschen können eine angemessene Schmerzlinderung und Schmerzmedikation sowie die Auswahl eines geeigneten Schmerzmittels relevante Qualitätsindikatoren sein. Insbesondere bei älteren, vulnerablen Patientengruppen sollte die Entscheidungsfindung zur richtigen Schmerztherapie unter Abwägung der Vor- und Nachteile der einzelnen Schmerzmittel (Wulff et al., 2012) und Prüfung auf zusätzliche individuelle Risikofaktoren (Schneider et al., 2019) erfolgen. Zusätzlich zur Schmerztherapie mit bestimmten Wirkstoffklassen (z. B. Opioide) sollte eine Komedikation durch die behandelnde Ärztin oder den

---

behandelnden Arzt verschrieben werden (z. B. Laxantien), um Nebenwirkungen gering zu halten (Wulff et al., 2012) und die Effektivität der Behandlung zu steigern.

Aufgrund von physiologischen Veränderungen, Komorbiditäten und Polypharmazie im Alter ist es für die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt nicht einfach, die richtige Schmerzbehandlung auszuwählen (Makris et al., 2014). Dies ist jedoch von Bedeutung, da es bei der Versorgung Schmerz betroffener neben der Qualität des Schmerzmanagements auch um die Patientensicherheit geht. So kann eine höhere Anzahl an Medikamenten Nebenwirkungen wie Schwindel oder Hypotension auslösen, welche zu einem erhöhten Sturzrisiko beitragen. So wurde bei institutionalisierten Personen, die > 10 Medikamente erhielten, ein erhöhtes Sturzrisiko diagnostiziert (Neutel et al., 2002). Eine Interventionsstudie im Pflegeheim zeigt, dass schmerzbefreite Bewohnerinnen und Bewohner im Trend eine bessere Mobilität aufweisen (Kalinowski et al., 2019), die bedeutsam bei der Sturzvermeidung ist.

Bisher lagen für die Gruppe der in der Häuslichkeit versorgten, älteren von Schmerzen betroffenen Pflegebedürftigen weder Informationen zur Schmerzsituation noch zum (nicht-)medikamentösen Schmerzmanagement und deren Angemessenheit vor. Diesem Mangel sollte mit einer explorativen Studie (ACHE - Development of a Model for PAin Management in Older Adults Receiving Home Care) begegnet werden, um Ansätze zur Weiterentwicklung der Versorgungsqualität zu eruieren.

### **Studie ACHE**

Die Studie basiert auf einer im Land Berlin durchgeführten Querschnittsuntersuchung und umfasst 355 ältere Pflegebedürftige mit chronischen Schmerzen, die Anspruch auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) haben. Primär erfolgte der Zugang über 82 ambulante, private (52,6 %) oder freigemeinnützige (44,9 %) Pflegedienste (15,02 % von 546 kontaktierten), die den Rekrutierungsprozess unterstützten.

Die Studienpopulation ist zwischen 65 und 104 Jahre alt, im Durchschnitt 82,2 Jahre (SD ± 7,6). 71,5 % der Pflegebedürftigen der vorliegenden Studie sind weiblich und im Vergleich zur amtlichen Pflegestatistik (64,0 % Frauen) leicht überrepräsentiert. Zwei Drittel der Studienpopulation beziehen Sach- oder Kombinationsleistungen gemäß SGB XI (n=244). Die verbleibenden Pflegebedürftigen erhalten entweder den Entlastungsbetrag (n=40) oder Pflegegeld (n=61). Hinsichtlich des Schweregrades der Pflegebedürftigkeit überwiegt in der gesamten Untersuchungsgruppe der Pflegegrad 2 (Frauen 45,7 %, Männer 42,6 %). Der ermittelte Pflegegrad variiert je nach untersuchter Teilpopulation (mit oder ohne kognitive Einschränkungen). Die Studienpopulation beinhaltet 77,5 % auskunftsfähige Pflegebedürftige (n=275) und 22,5 % nicht auskunftsfähige Personen (n=80) (Dräger et al., 2020).

## Ergebnisse

Die Beschreibung der **Schmerzsituation** auskunftsfähiger Pflegebedürftiger basiert auf Antworten von 225 Schmerz betroffenen auf die Fragen des Brief Pain Inventory (BPI-NH) (Cleeland, 2009; Budnick et al., 2016). Die Angaben zur Schmerzdauer zeigen, dass in dieser Gruppe ausschließlich chronische Schmerzen vorliegen, die teilweise die Betroffenen seit Jahrzehnten begleiten. Bei der Mehrheit muss von dauerhaften Beeinträchtigungen ausgegangen werden, da lediglich 19,6 % von 204 Pflegebedürftigen, die die Art der Schmerzverläufe beschreiben konnten, schmerzfreie Intervalle angeben. Zudem ist die Schmerzsituation durch eine hohe Anzahl an Schmerzsorten insbesondere in den unteren Extremitäten (87,1 %), gekennzeichnet. Der Intensitäts-Index, gebildet aus den Angaben zum stärksten, geringsten, durchschnittlichen und aktuellen Schmerz, erreicht einen Mittelwert von  $4,81 \pm 1,88$ . Beim Vergleich einzelner Untergruppen lassen sich keine signifikanten Unterschiede im Hinblick auf Geschlecht, Altersgruppen, kognitive Fähigkeiten, Schmerzdauer und Depressionswerte identifizieren. Bei der Frage nach den stärksten Schmerzen geben 48 % der auskunftsfähigen Pflegebedürftigen einen Intensitätswert von 8 bis 10 auf der NRS (0-10 Punkte) an. 50,6 % beziffern ihren durchschnittlichen Schmerz zwischen 4 und 6 Punkten (Abb. 1) (Dräger et al., 2020).

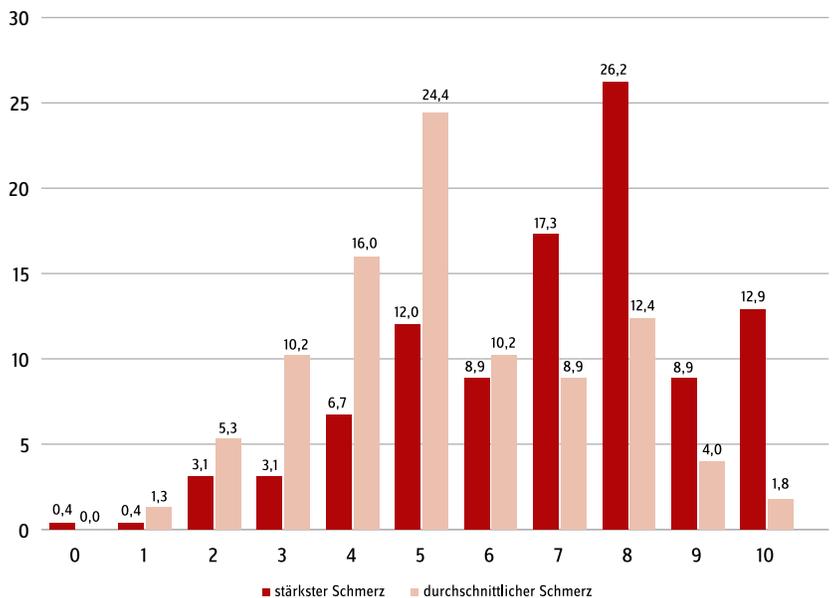


Abb. 1: Schmerzintensität nach Numerischer Rating-Skala (NRS) des BPI

---

Die Ausprägung des Schmerzfolgen-Index, basierend auf den Parametern Aktivität, Stimmung, Gehvermögen, Belastbarkeit, Beziehungen zu anderen, Schlaf und Lebensfreude, beträgt im Mittel  $5,47 \pm 2,15$ . Starke Beeinträchtigungen finden sich beim Gehvermögen und im Bereich der Aktivitäten. Signifikante Gruppenunterschiede zeigen sich zwischen Personen mit unauffälliger Stimmung und solchen mit Depressionsverdacht (Dräger et al., 2020).

Die systematische Schmerzbeobachtung von 81 nicht auskunftsfähigen Pflegebedürftigen mit der Skala zur Beurteilung von Schmerz bei Demenz (BESD) (Basler et al., 2006) zeigt bei 61,7 % schmerzbezogene Verhaltensweisen. Der BESD-Score liegt im Mittel bei  $2,8 \pm 2,5$ , in Ruhe wird ein geringerer Wert ( $M=1,7 \pm 2,5$ ,  $p=0,001$ ) ermittelt als beim Einsatz unter Mobilisation ( $M=3,4 \pm 2,3$ ). Die höchste Ausprägung schmerzbezogener Verhaltensweisen ( $M=4,4 \pm 2,4$ ) wurde bei routinemäßiger Mobilisation im Rahmen pflegerischer Handlungen beobachtet, während sich bei einer ergotherapeutisch angeleiteten Mobilisation ein Wert von  $2,9 \pm 2,1$  ergibt ( $p=0,033$ ) (Budnick et al., 2019).

### **Ärztliche Schmerzversorgung und Schmerzmedikation**

In die Beurteilung der Schmerzmedikation konnten 322 pflegebedürftige Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten unabhängig vom kognitiven Status eingeschlossen werden. Das mit Abstand am häufigsten verordnete Schmerzmittel ist Metamizol (187 Probanden), gefolgt von Ibuprofen mit 38 Probanden (Abb. 2) Insgesamt werden von 321 schmerz betroffenen Pflegebedürftigen 262 Patientinnen und Patienten (81,4 %) mit Schmerzmitteln versorgt, davon 29,9 % nur mit Bedarfsmedikation, 25,2 % erhalten ausschließlich eine Dauermedikation und lediglich 26,2 % wie empfohlen eine Kombination aus Dauer- und Bedarfsmedikation. In der Gruppe der mit Schmerzmitteln Versorgten bekommen 133 (50,8 %) systemische Opiode verschrieben, 118 als Dauermedikation, aber nur 45,8 % erhalten empfohlene Laxantien zur Obstipationsprophylaxe (Schneider et al., 2020).

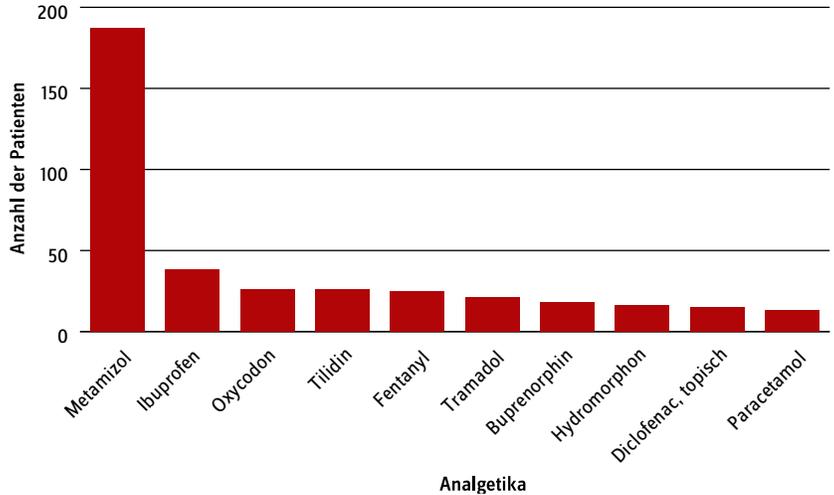


Abb. 2: Die zehn am häufigsten verschriebenen Analgetika (Schneider et al., 2020)

Zur Analyse der Angemessenheit der Schmerzmedikation wurde die übersetzte und angepasste Pain Medication Appropriateness Scale (PMASD) eingesetzt. Bei einem Score-Wert > 67 % wird von einer adäquaten Schmerztherapie ausgegangen (Hutt et al., 2006; Kölzsch et al., 2013). In der Untersuchungsgruppe der Pflegebedürftigen liegt der Median bei 47,6 %. Gemäß Grenzwert erhalten nur 58 Schmerzbetreffende (18,0 %) eine adäquate Schmerztherapie. Pflegebedürftige mit leitliniengerechter Dauer- und Bedarfsmedikation (Median 71,4 %) sind signifikant besser versorgt als Pflegebedürftige, die nur eine Dauer- oder Bedarfsmedikation erhalten (Abb. 3). Alter, Geschlecht, kognitiver Status, Bildung, funktioneller Status sowie die Schmerzintensität haben keinen Einfluss auf die Angemessenheit der Schmerzmedikation (Schneider et al., 2020).

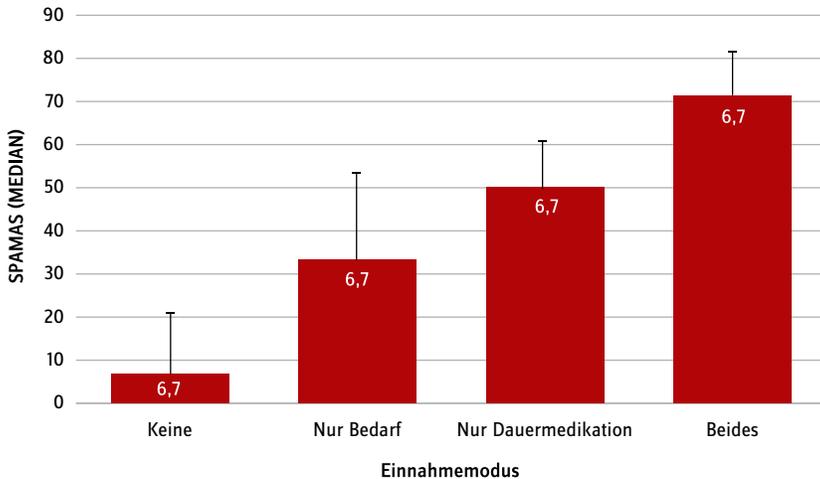


Abb. 3: Angemessenheit der Schmerzmedikation nach Einnahmemodus ( $P < .001$ )

Als möglicher Einflussfaktor auf die Angemessenheit der Schmerzmedikation wurde die Häufigkeit persönlicher Kontakte zur Hausärztin bzw. zum Hausarzt (Allgemeinmedizinerin/Allgemeinmediziner bzw. Internistin/Internist) angenommen. Gemäß den Daten von 327 Patientinnen und Patienten hatten 22,6 % der Pflegebedürftigen in den letzten zwölf Monaten keinen persönlichen Kontakt zur Hausärztin bzw. zum Hausarzt. Bei 37,9 % der Patientinnen und Patienten sind 1 bis 5 Kontakte in diesem Zeitraum dokumentiert. Die Häufigkeit direkter Kontakte dieses Zeitraums ist unabhängig vom Alter, Geschlecht und vom Pflegegrad der Schmerz betroffenen. Es besteht ein positiver (schwacher) Zusammenhang ( $r=157$ ,  $p=0,006$ ) zwischen der Häufigkeit der Arztkontakte und der Angemessenheit der Schmerzmedikation (Dräger et al., 2020).

Hinweise zur Qualität des Schmerzmanagements im Rahmen ärztlicher Kontakte wurden über Auskunft 219 Pflegebedürftiger einer Teilstichprobe mit Sach- oder Kombinationsleistungen nach SGB XI ermittelt. 52 % ( $n=99$ ) der zum Schmerzmanagement Auskunft gebenden Pflegebedürftigen ( $n=190$ ) berichteten, von ihrer Hausärztin bzw. ihrem Hausarzt zum Vorliegen von Schmerzen befragt worden zu sein. Dabei wurde bei 71,4 % der nach Schmerzen Befragten auch die Schmerzstärke ermittelt und wie lange diese Schmerzen bestehen (57,4 %). In die ärztliche Maßnahmenplanung des Schmerzmanagements wurden 52,4 % der 187 dazu Auskunft gebenden Pflegebedürftigen einbezogen. 15 Schmerz betroffene (8,1 %) erhielten Informationen oder eine Schulung bzw. Beratung zum Schmerzmanagement (Dräger et al. 2020b) (Tab. 1).

	n (%)
<b>Hausärztin/-arzt hat nach Schmerzen gefragt (n=190)</b>	99 (52,1)
<b>Wenn ja: Schmerzstärke erfragt (n=91)</b>	65 (71,4)
<b>Wenn ja: Seit wann Schmerzen bestehen (n=94)</b>	54 (57,4)
<b>In Maßnahmenplanung einbezogen (n=187)</b>	89 (52,4)
<b>Information/Schulung/Beratung (n=186)</b>	15 (8,1)

Tab. 1: Befragung Pflegebedürftiger (n=219) mit Sach- oder Kombinationsleistung nach SGB XI

### **Pflegerische Schmerzversorgung**

Zur Beurteilung des pflegerischen Schmerzmanagements wurden die Angaben der kooperierenden Pflegedienste und der Pflegebedürftigen (ggf. der Angehörigen/ Pflegekräfte) sowie die Überprüfung der Pflegedokumentation hinzugezogen.

### **Perspektive Pflegedienste**

Hinsichtlich der Umsetzung der Qualitätsstandards gemäß Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ (DNQP, 2015) gaben 96,2 % der 78 Auskunft gebenden Pflegedienste an, dass dieser Grundlage des pflegerischen Schmerzmanagements ist. In 88,5 % der Einrichtungen liegen zielgruppenspezifische Instrumente zur Schmerzerfassung vor, Verfahrensregelungen zu Aufgaben- und Tätigkeitsbereichen in 87,2 % der Einrichtungen. Eine pflegerische Schmerzexpertin bzw. einen pflegerischen Schmerzexperten kann die Hälfte (52,6 %) der Pflegedienste hinzuziehen und 67,9 % der Einrichtungen verfügen über Schulungs- und Beratungsmaterialien. Die Zusammenarbeit zwischen Pflegedienst und Hausärztin bzw. Hausarzt bezüglich des Schmerzmanagements wird aus der Perspektive der Pflegedienstleitungen (n=77) im Durchschnitt als befriedigend eingestuft ( $M=3,01 \pm 1,06$ ). Häufiger Kritikpunkt ist die mangelnde Bereitschaft zu Hausbesuchen bei Pflegebedürftigen (Dräger et al., 2020).

### **Betroffenenperspektive**

Ein Drittel (31,1 %) der Betroffenen mit Sach- oder Kombinationsleistung nach SGB XI (n=219) bzw. deren Angehörige/Pflegekräfte beurteilten die Schmerzsituation als nicht akzeptabel. Lediglich in der Hälfte der Fälle (51,5 %) mit nicht akzeptablem Schmerz wurde eine Ärztin bzw. ein Arzt hinzugezogen und bei knapp 17 % eine Schmerzexpertin bzw. ein Schmerzexperte. Innerhalb der letzten vier Wochen wurden 52,0 % der dazu antwortenden 175 Pflegebedürftigen von ihrer Pflegekraft nach Schmerzen gefragt. Dabei wurde bei 54,2 % der Befragten die Schmerzstärke ermittelt und seit wann (53,2 %) diese Schmerzen vorhanden sind (Tab. 2). Nichtmedikamentöse Maßnahmen (Wärme-, Kältebehandlung, Stimulation, Ablenkung, Entspannung etc.) wurden bei 53

Schmerzbetroffenen durch Pflegekräfte durchgeführt, wobei dies bei Pflegebedürftigen mit schweren kognitiven Einschränkungen häufiger ( $p < 0,000$ ) der Fall war als bei auskunftsfähigen Pflegebedürftigen (Wenzel et al., 2020).

	n (%)
<b>Pflegekraft hat nach Schmerzen gefragt</b> (n=175)	91 (52,0)
<b>Wenn ja: Schmerzstärke erfragt</b> (n=83)	45 (54,2)
<b>Wenn ja: Seit wann Schmerzen bestehen</b> (n=77)	41 (53,2)
<b>Nicht akzeptable Schmerzsituation</b> (n=219)	68 (31,1)
<b>Wenn nicht akzeptabel: Ärztin/Arzt wurde hinzugezogen</b> (n=66)	34 (51,5)
<b>Wenn nicht akzeptabel: Schmerzexpertin/-te wurde hinzugezogen</b> (n=65)	11 (16,9)
<b>In Maßnahmenplanung einbezogen</b> (n=169)	43 (25,4)
<b>Information/Schulung/Beratung</b> (n=170)	12 (7,1)

Tab. 2: Befragung Pflegebedürftiger (n=219) mit Sach- oder Kombinationsleistung nach SGB XI (Wenzel et al., 2020)

### Pflegedokumentation

Die Überprüfung der Pflegedokumentation (n=219) zeigt, dass bei einem Drittel (33,8 %) der Pflegebedürftigen zur Schmerzerfassung ein Instrument eingesetzt wurde, bei Pflegebedürftigen ohne kognitive Einschränkungen häufiger ( $p=0,012$ ) als bei nicht auskunftsfähigen Pflegebedürftigen. Bei ca. 5 % der Schmerzbetroffenen waren Therapieziele dokumentiert und weniger als 3 % erhielten eine Schulung/Beratung. Nichtmedikamentöse Maßnahmen wurden bei weniger als 7 % der Pflegebedürftigen dokumentiert. In keinem dieser Fälle wurde deren Wirkung überprüft (Wenzel et al., 2020). Bei nicht auskunftsfähigen Pflegebedürftigen erfolgte im Zeitraum von vier Wochen vor Datenerhebung bei drei Vierteln der Fälle keine systematische Einschätzung der Schmerzsituation (Budnick et al., 2019).

### Kritische Reflexion

Dieser Beitrag präsentiert Befunde zum Schmerzgeschehen auskunftsfähiger älterer Pflegebedürftiger sowie Betroffener mit kognitiven Einschränkungen. Die Daten geben einen differenzierten Einblick in die ambulante Versorgung hinsichtlich der Qualität des medizinischen und pflegerischen Schmerzmanagements sowie der Versorgungssicherheit für ältere schmerzbetroffene Pflegebedürftige.

Ältere Pflegebedürftige in der Häuslichkeit sind durch Schmerzen von hoher Intensität belastet, und dies häufig ohne schmerzfreie Intervalle. Erstmals wurde

das Schmerzgeschehen älterer ambulant versorgter Pflegebedürftiger mit kognitiven Einschränkungen analysiert. Schmerzbezogene Verhaltensweisen konnten in der untersuchten Population häufig beobachtet werden. Für diese Gruppe wird eine systematische Beobachtung im Rahmen der routinemäßigen pflegerischen Mobilisation oder alternativ - wenn dies nicht möglich ist - durch eine ergotherapeutische Mobilisation empfohlen (Budnick et al., 2019). Insgesamt wurde deutlich, dass eine regelmäßige Schmerzerfassung für alle Schmerz betroffenen in der ambulanten Versorgung unerlässlich ist.

Schmerzfreiheit oder eine maximal mögliche Reduzierung des Schmerzes ist unabdingbar vor dem Hintergrund negativer Schmerzfolgen. Die untersuchten Pflegebedürftigen in der Häuslichkeit weisen um ein Vielfaches stärkere Beeinträchtigungen im Bereich der Aktivität, der Stimmung, des Gehvermögens, der Belastbarkeit, Beziehungen zu anderen, des Schlafs und der Lebensfreude im Vergleich zur Pflegeheimpopulation auf (Dräger et al., 2017). Beeinträchtigungen des Gehvermögens und der Aktivität gehen einher mit zahlreichen Schmerzarten im Bereich der unteren Extremitäten. Zusätzlich werden Aktivität und Bewegungen durch Angst vor Schmerz und Sturzangst (Kovic et al., 2017) vermieden und führen zum Nachlassen körperlicher Übungen. Das Fear-Avoidance-Modell beschreibt die Gefahr einer Negativspirale, bei dem es zur Verstärkung von Vermeidungsverhalten bei Alltags Herausforderungen kommt (Vlaeyen und Linton, 2000). Ausgeprägte Schmerzen und deren Folgen können damit maßgeblich die Patientensicherheit z. B. durch ein erhöhtes Sturzrisiko gefährden. Maßnahmen zur Unterbrechung des negativen Kreislaufes sind von großer Bedeutung für Pflegebedürftige.

Hinsichtlich der Schmerztherapie für Pflegebedürftige zeigen sich in der ambulanten ärztlichen Versorgung erhebliche Defizite, obwohl der Zugang zur Schmerztherapie gemäß der Deklaration von Montreal ein menschliches Grundrecht darstellt (IASP, 2011). Weniger als ein Fünftel der untersuchten Pflegebedürftigen sind adäquat mit Schmerzmitteln versorgt. Einnahmemodus und die Wahl des entsprechenden Schmerzmittels beeinflussen die Angemessenheit der Schmerztherapie signifikant, während soziodemografische Charakteristika keinen Einfluss haben. Interventionen sollten darauf gerichtet sein, die Angemessenheit der Schmerzmedikation zu verbessern, um anschließend mögliche Unterschiede zwischen gut und schlecht Versorgten identifizieren zu können. Maßnahmen zur Verbesserung könnten z. B. die Überprüfung der Eignung verschriebener Arzneistoffe zur Behandlung spezieller Schmerzsyndrome sein oder Kontrollen, ob die Verordnung notwendiger Komedikation sowie regelmäßiger Überwachungsmaßnahmen unter Analgetikatherapie Anwendung findet (Schneider et al., 2020). Insgesamt besteht dringender Handlungsbedarf, das pharmakologische Schmerzmanagement im ambulanten Setting zu verbessern.

Knapp ein Viertel der Patientinnen und Patienten hatte in den letzten zwölf Monaten gar keinen Kontakt zur Hausärztin bzw. zum Hausarzt. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass beim direkten Kontakt zur Ärztin bzw. zum Arzt eine Überprüfung des Medikationsplans der Patientin bzw. des Patienten stattfinden kann. Notwendige Arzneimittel zur Schmerzreduktion könnten unter Berücksichtigung individueller Risikofaktoren verschrieben und für die Patientin bzw. den Patienten inadäquate Arzneimittel umgehend abgesetzt werden, um die Patientensicherheit zu fördern und zur Verbesserung der individuellen Schmerzsituation beizutragen. Vor dem Hintergrund des hohen Anteils unangemessener Schmerzmedikation sowie des positiven Zusammenhangs zwischen der Häufigkeit der Hausarztkontakte und der Angemessenheit der Schmerzmedikation sollte zukünftig stärker die Quantität und Qualität der Arzt-Patienten-Kontakte im Fokus stehen. Defizite hinsichtlich der ärztlichen Kommunikation und Beratung konnten durch die Befragung Schmerz betroffener identifiziert werden. Eine fehlende Bereitschaft, Hausbesuche durchzuführen, wurde zudem von den Pflegedienstleitungen bemängelt und zugleich die Zusammenarbeit mit der Hausärztin bzw. dem Hausarzt beim Schmerzmanagement als nur befriedigend eingestuft. Damit weist die Schnittstellenkommunikation zwischen Pflegediensten und Hausärztinnen und Hausärzten Optimierungspotenzial auf (Dräger et al., 2020). Insgesamt deuten die Ergebnisse auf eine erhebliche ärztliche Unterversorgung der in der Häuslichkeit lebenden Pflegebedürftigen hin.

Die pflegerische Versorgung schmerz betroffener älterer Pflegebedürftiger weist gleichermaßen bedenkliche Defizite auf. Zielgruppenspezifische Instrumente zur Schmerzerfassung sowie Verfahrensregelungen für Mitarbeitende werden zwar von den Einrichtungen vorgehalten, jedoch kann lediglich die Hälfte der ambulanten Pflegedienste eine pflegerische Schmerzexpertin bzw. einen pflegerischen Schmerzexperten hinzuziehen und nur 65 % der Einrichtungen verfügen über Informationsmaterial für Schmerz betroffene. Hier muss dringend nachgebessert werden (Dräger et al., 2020).

Zudem steht das dokumentierte Handeln der professionellen Pflegekräfte auf Prozessebene im Widerspruch zu den Aussagen der Pflegedienstleitungen, die angeben, dass der Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ die Grundlage des Schmerzmanagements in fast allen Einrichtungen ist. Die Ergebnisse offenbaren eindeutige Defizite und Mängel: Das pflegerische Schmerzmanagement – bestehend aus Schmerzerfassung, Beratung und schmerzlindernden Maßnahmen – scheint nur fragmentarisch und unsystematisch zu erfolgen (Wenzel et al., 2020). In besonderem Maße ist dies für nicht auskunftsfähige Pflegebedürftige zu bemängeln (Budnick et al., 2019), die nur eingeschränkte Möglichkeiten haben, ihre Bedürfnisse zu äußern. Es wird deutlich, dass zwischen institutionell verankerten Empfehlungen und der praktischen Umsetzung unter realen Bedingungen in der ambulanten Pflege eine große Lücke klaffen kann. Mögliche Ursachen für die identifizierten Defizite eröffnen sich über derzeitige

Rahmenbedingungen, welche das pflegerische Handeln in SGB-XI- und SGB-V-Leistungen trennen (Wenzel et al., 2020). Unabhängig davon müssen Strategien zur Umsetzung des Expertenstandards (DNQP, 2015) entwickelt werden.

### **Relevanz der Ergebnisse für die Pflegeversicherung**

Maßnahmen auf der Grundlage des SGB XI sollen dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechen und eine humane menschenwürdige Pflege gewährleisten. Die kritische Auseinandersetzung mit den Ergebnissen der vorgestellten Untersuchung zeigt, dass dieses Anliegen in vielerlei Hinsicht nicht erreicht wird.

Dem erheblichen Schmerzleiden älterer Pflegebedürftiger steht ein als unzureichend zu bewertendes medizinisches und pflegerisches Schmerzmanagement gegenüber. Es wird pflegerischer Interventionsbedarf hinsichtlich der systematischen Schmerzerfassung für (nicht) auskunftsfähige Pflegebedürftige und deren nichtmedikamentöser Versorgung konstatiert. Im Rahmen des SGB XI verfügt die ambulante Pflege über ein relativ schmales, stark von Rahmenbedingungen determiniertes Leistungsspektrum. Die fehlende explizite Finanzierung des pflegerischen Schmerzmanagements im Rahmen des SGB XI könnte eine Erweiterung der Leistungskomplexe analog zum SGB V nahelegen. Professionelle Pflege sollte, flankiert durch das SGB XI, über entsprechende Zusatzqualifikationen gestärkt werden. Derzeitige Rahmenbedingungen erschweren die Umsetzung der nationalen Expertenstandards. Dies ist problematisch, da mit der Rahmung durch den § 113a SGB XI eine straf- und zivilrechtliche Wertigkeit des Expertenstandards entsteht (Wenzel et al., 2020).

Der generell geforderte Ansatz eines multidisziplinären Schmerzmanagements muss auf der Basis unserer Ergebnisse bestärkt und die Ressourcen interdisziplinärer Kompetenzen müssen zusammengeführt werden. Medizinerinnen und Mediziner müssen gleichermaßen Verantwortung für eine adäquate Versorgung übernehmen. Es bedarf Medikationsplänen, die aktuellen pharmazeutischen Erkenntnissen entsprechen, und einer angemessenen Schmerzmedikation. Regelmäßige Arztbesuche unter Berücksichtigung der Qualität des Arzt-Patienten-Kontaktes und Hausbesuche bei Zugangsbarrieren müssen gewährleistet sein. Bisher wird die Pflegeversicherung insbesondere über die Berufsgruppe der professionell Pflegenden und über unterstützende Angehörige wirksam. Wichtig ist jedoch auch die Kooperation und Kommunikation zwischen Pflege und Medizinerinnen bzw. Medizinern. Die Einbeziehung der ärztlichen Tätigkeit unter Lockerung der Grenzen zwischen Pflegeversicherung und Krankenversicherung könnte für die Versorgung älterer schmerz betroffener Pflegebedürftiger bedeutsam sein.

---

**Literatur**

- Basler, H.-D., Hüger, D., Kunz, R., Luckmann, J., Lukas, A., Nikolaus, T. et al. (2006). Beurteilung von Schmerz bei Demenz (BESD): Untersuchung zur Validität eines Verfahrens zur Beobachtung des Schmerzverhaltens. *Der Schmerz*, 20 (6), 519-526.
- Budnick, A., Kuhnert, R., Könner, F., Kalinowski, S., Kreutz, R., Dräger, D. (2016). Validation of a modified German version of the brief pain inventory for use in nursing home residents with chronic pain. *Journal of Pain*, 17 (2), 248-256.
- Budnick, A., Wenzel, A., Schneider, J., Paschke-Duke, M., Kreutz, R., Dräger, D. (2019). Schmerzgeschehen bei nicht-auskunfts-fähigen ambulant versorgten Pflegebedürftigen – Herausforderungen und Empfehlungen. *Der Schmerz*, 33 (6), 523-532.
- Cleeland, C. (2009). *The Brief Pain Inventory User Guide*. Houston: University of Texas MD Anderson Cancer Center.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege – DNQP (Hrsg.). (2015). *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen, Entwicklung – Konsentierung – Implementierung*. Osnabrück: Hochschule Osnabrück.
- Dräger, D., Budnick, A., Kreutz R (2020b) Schmerzmanagement bei älteren Pflegebedürftigen in der ambulanten Versorgung. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 145, 1-6.
- Dräger, D., Budnick, A., Kuhnert, R., Kalinowski, S., Könner, F., Kreutz, R. (2017). Intervention on Pain Management in Nursing Home Residents – Pain Intensity, Consequences, and Clinical Relevance. *Geriatrics and Gerontology International*, 17 (10), 1534-1543.
- Dräger, D., Budnick, A., Wenzel, A., Schneider, J., Abd Elhady Algharably, E., Kreutz, R. (2020). Schmerzmanagement bei älteren Pflegebedürftigen in der häuslichen Versorgung. GKV-Spitzenverband (Hrsg.) *Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung*, Bd. 17. Hürth: CW Haarfeld GmbH.
- Dräger, D., Kölzsch, M., Wulff, I., Kalinowski, S., Ellert, S., Kopke, K. et al. (2013). Autonomie trotz Schmerz? Ressourcen und Barrieren in der Lebenswelt von Pflegeheimbewohnern und -bewohnerinnen. In A. Kuhlmeier, C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Autonomie trotz Multimorbidität. Ressourcen für Selbständigkeit und Selbstbestimmung im Alter*, 165-202.
- Hutt, E., Pepper, G. A., Vojir, C., Fink, R., Jones, K. R. (2006). Assessing the appropriateness of pain medication prescribing practices in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54 (2), 231-239.
- International Association for Study of Pain – IASP (2011). Declaration of Montreal: declaration that access to pain management is a fundamental human right. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 25 (1), 29-31.
- Kalinowski, S., Dräger, D., Kuhnert, R., Kreutz, R., Budnick, A. (2019). Pain, Fear of Falling, and Functional Performance among Nursing Home Residents: A Longitudinal Study. *Western Journal of Nursing Research*, 41 (2), 191-216.

- Kocic, M., Stojanovic, Z., Lazovic, M., Nikolic, D., Zivkovic, V., Milenkovic, M. et al. (2017). Relationship between fear of falling and functional status in nursing home residents aged older than 65 years. *Geriatrics and Gerontology International*, 17 (10), 1470-1476.
- Kölzsch, M., Könnner, F., Kalinowski, S., Wulff, I., Dräger, D., Kreutz, R. (2013). Qualität und Angemessenheit der Schmerzmedikation - Instrument zur Einschätzung bei Pflegeheimbewohnern. *Der Schmerz*, 27 (5), 497-505.
- Leiske, M., Lahmann, N. A., Lindena, G., Centmayer, R., Suhr, R. (2015). Schmerz bei Patienten in der ambulanten Pflege. *Der Schmerz*, 29 (4), 431-439.
- Markis, U. E., Abrams, R. C., Gurland, B., Reid, C. M. (2014). Management of Persistent Pain in the Older Patient: A Clinical Review. *Journal of the American Medical Association*, 312 (8,) 825-836.
- Maxwell, C. J., Dalby, D. M., Slater, M., Patten, S. B., Hogan, D. B., Eliasziw, M. et al. (2008). The prevalence and management of current daily pain among older home care clients. *PAIN*, 138 (1), 208-216.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (2017). 5. Bericht des MDS über die Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Verfügbar unter <https://www.mds-ev.de/themen/pflegequalitaet/mds-pflege-qualitaetsberichte.html> (Abruf am 07.08.2018).
- Neutel, C. I., Perry, S., Maxwell, C. J. (2002). Medication use and risk of falls. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 11, (2), 97-104.
- Schneider, J., Abd Elhady Algharably, E., Budnick, A., Wenzel, A., Dräger, D., Kreutz, R. (2020). Deficits in pain medication in older adults with chronic pain receiving home care: A cross-sectional study in Germany. *PLoS One*, 15 (2), e0229229.
- Schneider, J., Kreutz, R., Bolbrinker, J. (2019). Pharmacology of non-opioid analgesics. *Der Schmerz*, 33 (2), 165-179.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020). Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. Verfügbar unter [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001199004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001199004.pdf?__blob=publicationFile) (Abruf am 03.02.2021).
- Vlaeyen, J., Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *PAIN*, 85 (3), 317-332.
- Wenzel, A., Budnick, A., Schneider, J., Kreutz, R., Dräger, D. (2020). Pflegerisches Schmerzmanagement bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen. *Pflege (e-pub ahead of print)*: <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000717>.
- Wulff, I., Könnner, F., Kölzsch, M., Budnick, A., Dräger, D., Kreutz, R. (2012). Interdisziplinäre Handlungsempfehlung zum Management von Schmerzen bei älteren Menschen in Pflegeheimen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 45 (6), 505-544.

# Anhang

---

## Inhaltsverzeichnis

Anhang

1.1	Abkürzungsverzeichnis .....	256
1.2	Verzeichnis der Autorinnen und Autoren .....	258
1.3	Überblick über alle zwischen 2010 und 2019/2020 geförderten Modellprojekte und Studien gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI .....	262
1.4	Überblick über alle im Rahmen von § 45f SGB XI geförderten Modell- und Forschungsprojekte .....	267
1.5	Publikationen (Liste der Schriftenreihe) .....	271

# 1.1 Abkürzungsverzeichnis

Anhang

Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
ACHE	PAin Management in Older Adults Receiving Home Care
a. F.	alte Fassung
AT	Assistenztechnologie
BD	Betreuungsdienst
BESD	Beurteilung von Schmerz bei Demenz
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPI-NH	Brief Pain Inventory - Nursing Home
CMAI	Cohen-Mansfield Agitation Inventory
COPD	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung
DEAS	Deutscher Alterssurvey
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DVG	Digitale-Versorgungs-Gesetz
et al.	et alii (und andere)
GDS	Geriatric Depression Scale
HMV	Hilfsmittelverzeichnis
HTA	Health Technology Assessment
IASP	International Association for Study of Pain
ICD-10	Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KAP	Konzertierte Aktion Pflege
M	Mittelwert
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.
MMSE	Mini Mental Status Examination
MNA	Mini Nutritional Assessment
N	Anzahl der Elemente in der Grundgesamtheit
n	Anzahl der Elemente in der Stichprobe
NAAM	Nutzenmodell zur Anwendung von Assistenztechnologien für pflegebedürftige Menschen
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NRS	Numerische Ratingskala
PG	Pflegegrad
PMASD	Pain Medication Appropriateness Scale (deutsche Version)
PNG	Pflege-Neuausrichtungsgesetz

---

PPZ	Pflegepraxiszentrum
PRO	Patient Reported Outcomes
PSG	Pflegestärkungsgesetz
PURFAM	Potenziale und Risiken in der familialen Pflege alter Menschen
RCT	Randomisierte kontrollierte Studie
SD	Standardabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch
SPPB	Short Physical Performance Battery
TA	Technikfolgenabschätzung
TI	Telematikinfrastruktur
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
WHO-5	Well-being index

## 1.2 Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

---

Anhang

**Blüher**, Stefan, Dr. rer. pol., Sozialwissenschaftler. Charité Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, wissenschaftlicher Mitarbeiter und leitender Wissenschaftler.

**Böttcher**, Silke, Dr., Carl-von-Ossietzky-Universität Oldenburg, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Department für Versorgungsforschung, Abteilung Allgemeinmedizin.

**Braeseke**, Grit, Dr. rer. pol., Wirtschaftswissenschaftlerin. IGES Institut Berlin, Bereichsleiterin Pflege.

**Brannath**, Werner, Prof. Dr. rer. nat. Universität Bremen, Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSb), FB 03, Leiter der Abteilung Biometrie und Mitglied der kollegialen Leitung des KKSb.

**Budnick**, Andrea, Dr. rer. medic. Charité Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, wissenschaftliche Mitarbeiterin.

**Busch**, Susanne, Prof. Dr., Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) Hamburg, Professorin für Gesundheitsökonomie und -politik.

**Cengia**, Anja, Dipl. Psychologin. Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) Berlin, wissenschaftliche Mitarbeiterin.

**Dräger**, Dagmar, PD Dr. rer. medic. Charité Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Leitung der Abteilung Altersforschung.

**Eifert**, Christiane, Dr., GKV-Spitzenverband, Abteilung Gesundheit, Forschungsstelle Pflegeversicherung, Fachreferentin.

**Fleer**, Bernhard, Dipl. Pflegewirt. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen MDS, Seniorberater im Team Pflege.

**Görres**, Stefan, Prof. Dr. phil. Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abteilung Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung.

**Glock**, Gina, M.Sc. Public Economics. TU Dresden, Schaufler Kolleg, Doktorandin.

**Gräbel**, Elmar, Prof. Dr., Arzt, Leitung des Zentrums für Medizinische Versorgungsforschung, Psychiatrische und Psychotherapeutische Klinik, Universitätsklinikum Erlangen.

---

**Jakob**, Elisabeth, MSc Psychologie. Friedrich-Schiller-Universität Jena, Institut für Psychologie, Abteilung Klinisch-psychologische Intervention, wissenschaftliche Mitarbeiterin.

**Kremer-Preiß**, Ursula, Sozialwissenschaftlerin. Kuratorium Deutsche Altershilfe KDA, Leitung des Fachbereichs „Wohnen und Quartiersgestaltung“.

**Kreutz**, Reinhold, Prof. Dr. med. Charité Universitätsmedizin Berlin, Direktor des Instituts für Klinische Pharmakologie und Toxikologie.

**Kuhlmey**, Adelheid, Prof. Dr. phil., Medizinsoziologin und Gerontologin. Charité Universitätsmedizin Berlin, Direktorin des Instituts für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft.

**Lingott**, Nina, M. Sc. Management und Qualität im Gesundheitswesen. IGES Institut Berlin, wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bereich Pflege. Lehrbeauftragte an der Alice-Salomon-Hochschule im Studiengang Gesundheits- und Pflegemanagement.

**Luttenberger**, Katharina, PD Dr., psychologische Psychotherapeutin. Leitung des Bereichs Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie (Forschung), Psychiatrische und Psychotherapeutische Klinik, Universitätsklinikum Erlangen.

**Lutze**, Maxie, M.Sc. Human Factors. VDI/VDE Innovation + Technik GmbH, Gruppenleiterin Bereich Demografie, Cluster und Zukunftsforschung.

**Mindermann**, Nele, M. Sc. Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) Hamburg, Department Pflege und Management, wissenschaftliche Mitarbeiterin.

**Nolting**, Hans-Dieter, Dipl. Psychologe. IGES Institut Berlin, Geschäftsführer für die Bereiche Qualität - Evaluation - Reporting sowie Arbeitswelt & Prävention und Marktforschung.

**PeBeM-Projektteam**, Leitung Prof. Dr. Heinz Rothgang. Universität Bremen.  
Projektkoordination: Thomas Kalwitzki; Pflegewissenschaft: Prof. Dr. Stefan Görres, Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann, Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Dr. Claudia Stolle; Pflegefachkräfte mit zusätzlicher akademischer Ausbildung: Mathias Fünfstück, Agata Krempa, Sarah Sticht, Janet Cordes; Arbeitswissenschaft: PD Dr. Guido Becke, Cora Zenz (geb. Schwerdt); Sozialwissenschaft: Lukas Matzner; Statistikerin und Statistiker: Prof. Dr. Werner Brannath, Dr. Stephan Kloep, Franziska Heinze.

**Pfeiffer**, Klaus, Dr. rer. nat. Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart, Forschung Geriatrie und Geriatrische Rehabilitation.

**Pick**, Peter, Dr. rer. oec. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, Geschäftsführer.

**Radzimanowski**, Maria, Dr., DigitalAgentur Brandenburg, Bereichsleiterin Gesundheit und Soziales.

**Rellecke**, Julian, Dr. rer. nat. IGES Institut Berlin, wissenschaftlicher Mitarbeiter.

**Rink**, Pascal, M.vSc. Wiss. Mitarbeiter und Doktorand am FB 03 Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSb).

**Rothgang**, Heinz, Prof. Dr. rer. pol., Gesundheitsökonom. Universität Bremen, SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Leiter der Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung.

**Schilling**, Ralph, Dipl. Soziologe. Charité Universitätsmedizin Berlin, Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie, wissenschaftlicher Mitarbeiter.

**Schnabel**, Eckart, Dr., GKV-Spitzenverband, Abteilung Gesundheit, Leiter der Forschungsstelle Pflegeversicherung.

**Schneider**, Juliana, Charité Universitätsmedizin Berlin, Institut für Klinische Pharmakologie und Toxikologie, Doktorandin.

**Seibert**, Kathrin, M. Sc. Community & Family Health Nursing. Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung, wissenschaftliche Mitarbeiterin Abteilung „Pflegerwissenschaftliche Versorgungsforschung“.

**Seidel**, Jan, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen MDS, Arbeitsgruppe Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung.

**Stein**, Thomas, Dr., Charité Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, wissenschaftlicher Mitarbeiter.

**Stiefeler**, Susanne, M. A. Public Health/Pflegerwissenschaft, Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) Wissenschaftliche Mitarbeiterin Abteilung „Pflegerwissenschaftliche Versorgungsforschung“.

---

**Stöppler**, Christoph, GKV-Spitzenverband, Abteilung Gesundheit, Forschungsstelle Pflegeversicherung, Referent.

**Tesch-Römer**, Clemens, Prof. Dr. phil., Psychologe. Leiter des Deutschen Zentrums für Altersfragen Berlin (DZA), apl. Professor an der Freien Universität Berlin.

**Völtzer**, Linda, M. Sc. Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) Hamburg, Department Pflege und Management, wissenschaftliche Mitarbeiterin.

**Weise**, Lisette, Dr. phil., Psychologin. Friedrich-Schiller-Universität Jena, Abteilung Klinisch-Psychologische Intervention, wissenschaftliche Mitarbeiterin.

**Wenzel**, Arlett, Dipl. Med. Päd. Charité Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, wissenschaftliche Mitarbeiterin.

**Wilz**, Gabriele, Prof. Dr. Friedrich-Schiller-Universität Jena, Abteilung Klinisch-psychologische Intervention, Leiterin des Weiterbildungsstudiengangs Psychologische Psychotherapie und Leiterin der Ambulanz für Forschung und Lehre.

**Winkelhage**, Jeannette, Dr., GKV-Spitzenverband, Abteilung Gesundheit, Forschungsstelle Pflegeversicherung, Fachreferentin.

**Wolf-Ostermann**, Karin, Prof. Dr., Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Leitung der Abteilung „Pfle gewissenschaftliche Versorgungsforschung“.

**Woock**, Kristina, MPH. Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) Hamburg, Department Pflege und Management, wissenschaftliche Mitarbeiterin.

# 1.3 Liste der im Rahmen des Modellprogramms gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI geförderten Vorhaben

---

Anhang

## Geförderte Modellvorhaben und Studien:

SowieDaheim. Entwicklung qualitätsgesicherter Tages- und Kurzzeitpflege im Main-Kinzig-Kreis. Laufzeit: 01.07.2006 - 30.06.2011

EDe II - Entlastungsprogramm bei Demenz (II). Optimierung der Unterstützung für nicht erheblich pflegebedürftige Demenzkranke und ihre Angehörigen im Kreis Minden-Lübbecke mit besonderer Berücksichtigung pflegepräventiver Ansätze.  
Laufzeit: 01.12.2006 - 30.09.2011

Verbesserung der Vernetzung von Hilfen für pflegebedürftige Kinder.  
Laufzeit: 01.12.2006 - 30.11.2011

Daheim aktiv. Modell zur ständigen, aktiven und pflegerischen Betreuung ambulanter Pflegepatienten.  
Laufzeit: 01.04.2010 - 31.03.2013

KIT. Aufbau von Pflegebereitschaft und Pflegefähigkeit berufstätiger Angehöriger im häuslichen Umfeld durch Kriseninterventionsteams.  
Laufzeit: 01.07.2010 - 30.06.2013

Kurzexpertise zur Weiterentwicklung von Pflegekriterien.  
Abgabe: 06.05.2011

Expertise „Ambulant betreute Wohngemeinschaften für ältere Menschen mit Pflegebedarf und/oder demenziellen Erkrankungen“  
Abgabe: 31.07.2012

INDIKA. Indikationsspezifische regional koordinierte nachstationäre Langzeitversorgung von Menschen mit Demenz und/oder Schlaganfall in Berlin Pankow.  
Laufzeit: 01.11.2012 - 31.05.2016

MADRIC. IT-gestütztes Monitoring von unerwünschten Arzneimittelwirkungen in der stationären Altenpflege.  
Laufzeit: 01.11.2012 - 31.12.2015

Expertise über Indikatoren zur Messung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie Lebensqualität in der ambulanten Pflege.  
Abgabe: 31.05.2013

---

DEMAS. Entwicklung und empirische Überprüfung eines Internet-basierten Schulungsprogramms für Angehörige Demenzkranker.  
Laufzeit: 01.02.2013 - 31.07.2015

StaVaCare-Pilot. Stabilität und Variation des Care-Mix in Pflegeheimen unter Berücksichtigung von Case-Mix und Outcome.  
Laufzeit: 01.04.2013 - 31.02.2014

LeFa. Leben mit Familienanschluss. Implementierung eines Unterstützungsarrangements für ältere Menschen mit Pflegebedarf in ländlichen Sozialräumen in Ostdeutschland.  
Laufzeit: 01.04.2013 - 31.12.2015

PLiP. Pflegeberatung ist Problemlösen - ein Ansatz zur Stärkung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI.  
Laufzeit: 01.05.2013 - 30.04.2016

Expertise über die Machbarkeit der Erprobung und wissenschaftlichen Evaluation der Beteiligung der Sozialen Pflegeversicherung am trägerübergreifenden Budget.  
Abgabe: 01.08.2013

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

Praktikabilitätsstudie zur Einführung des Neuen Begutachtungsassessments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI.  
Laufzeit: 01.04.2014 - 31.12.2014

Evaluation des NBA - Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen.  
Laufzeit: 01.04.2014 - 31.03.2015

Erfassung von Ergebnisqualität der Pflege gerontopsychiatrisch Erkrankter im Rahmen der MDK-Qualitätsprüfung.  
Laufzeit: 01.01.2015 - 31.12.2015

PflegeTab. Technik für mehr Lebensqualität trotz Pflegebedürftigkeit bei Demenz.  
Laufzeit: 01.02.2015 - 31.02.2018

IBIP - Interkulturelle Brückenbauerinnen in der Pflege.  
Laufzeit: 01.09.2015 - 31.08.2018

Fachgespräch zur Weiterentwicklung der Qualitätsdarstellung in der ambulanten Pflege.  
02.09.2015

Redezeit: Telefonische Unterstützerguppen für Angehörige von Menschen mit Demenz.  
Laufzeit: 01.11.2015 - 30.04.2017

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

ACHE. Schmerzprävalenz und Schmerzmanagement älterer Pflegebedürftiger im ambulanten Setting.  
Laufzeit: 01.05.2017 - 30.04.2019

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

Erfassung von Ergebnisqualität der Pflege gerontopsychiatrisch Erkrankter im Rahmen der Qualitätssicherung.  
Laufzeit: 01.10.2017 - 31.03.2019

StaVaCare 2.0. Stabilität und Variation des Care-Mix in Pflegeheimen unter Berücksichtigung von Case-Mix und Outcome.  
Laufzeit: 01.11.2017 - 31.10.2019

Bestandsaufnahme Prävention.  
Laufzeit: 01.01.2018 - 31.12.2018

Individualisierte Musik für Menschen mit Demenz.  
Laufzeit: 01.01.2018 - 31.12.2020 bzw. 30.04.2021

Gesundheitsverläufe im Alter: Wege in die Pflegebedürftigkeit.  
Laufzeit: 15.03.2018 - 31.08.2021 bzw. 30.09.2021

PfaDe. Präventive Versorgungsstrukturen für versorgende Angehörige von Menschen mit Demenz.  
Laufzeit: 01.04.2018 - 31.03.2019

PhasaP. Psychopharmaka in der stationären und ambulanten Pflege.  
Laufzeit: 01.07.2018 - 30.06.2021 bzw. 31.08.2021

---

Pflege 4.0 – Chancen der Digitalisierung für die Pflege.  
Laufzeit: 01.08.2018 – 31.03.2019

MAKS-s. Menschen mit schwerer Demenz in der stationären Pflege: randomisiert-kontrollierte Studie zum Nachweis der Wirksamkeit der multimodalen Intervention  
MAKS-s.  
Laufzeit: 01.07.2019 – 31.12.2020 bzw. 31.05.2021

ImPact. Evaluation des Projektes Implementierung von Hospizkultur und Palliativkompetenz in stationären Altenpflegeeinrichtungen der Diakonie Niedersachsen.  
Laufzeit: 01.08.2019 – 31.10.2021 bzw. 30.04.2022

Pflegebad. Optimierung der Ausführung und Finanzierung von pflegerechten Bädern im Rahmen der Wohnraumanpassung.  
Laufzeit: 01.11.2019 – 31.08.2020 bzw. 31.12.2020 bzw. 31.03.2021 bzw. 30.06.2021

Neues Arbeitsorganisationsmodell in der ambulanten Pflege.  
Laufzeit: 01.12.2019 – 30.11.2022

Evaluation eines Modellprojekts zur Umsetzung des niederländischen Buurtzorg Modells in Deutschland  
Laufzeit: 01.12.2019 – 30.11.2022

Covid-Heim. Lehren aus der Corona-Pandemie für Strukturentwicklungen im Versorgungsetting Pflegeheim.  
Laufzeit: 01.07.2020 – 31.12.2021 bzw. 30.06.2022

NoMi. Studie zu Umfang und Notwendigkeit von Notfalleinweisungen alter und hochaltriger Menschen aus stationären Pflegeeinrichtungen – Notfalleinweisungen Minimieren.  
Laufzeit: 01.09.2020 – 30.11.2021 bzw. 31.03.2022

Evaluation des Modells Hausgemeinschaftskonzept „Haus Rheinaue“ der BeneVit Holding GmbH in Whyl.  
Laufzeit: 01.12.2020 – 30.11.2022

REHA-POST. Studie zu gutachterlichen Problemen und Unsicherheiten im Zusammenhang mit der Reha-Bedarfsfeststellung im Rahmen der MDK-Pflegebegutachtung.  
Laufzeit: 01.03.2021 – 31.08.2022

IMuD-App. Individualisierte Musik für Menschen mit Demenz in häuslicher Pflege - Akzeptanz und Wirksamkeit einer App-basierten Musikintervention.

Laufzeit: 01.06.2021 - 31.05.2024

ACHE-Intervention. Intervention zur Verbesserung des Schmerzmanagements in der häuslichen Versorgung älterer Pflegebedürftiger.

Laufzeit: 01.07.2021 - 30.06.2024

Kurz-Expertise zur Umsetzung der Zeitvergütung in der ambulanten Pflege.

Laufzeit: 01.11.2021 - 28.02.2022

## Gesetzliche Aufträge:

Budgets in der Sozialen Pflegeversicherung.

Laufzeit: 01.04.2010 - 30.04.2011

Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI.

Laufzeit: 01.01.2011 - 31.05.2011

Evaluation der Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in Pflegeheimen.

Abgabe: 15.07.2011

Modellhafte Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“.

Abgabe: 31.07.2016

Modellhafte Implementierung von Indikatoren in der stationären Pflege.

Abgabe: 30.11.2016

Evaluation der Effizienzsteigerung der neuen Pflegedokumentation.

Laufzeit: 01.08.2016 - 31.07.2017

Evaluation der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen ... nach § 7a Abs. 9 SGB XI

Laufzeit: 01.04.2018 - 15.01.2020

Evaluation der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen nach § 7a Abs. 1-4, 7-8, § 7b Abs. 1-2 und § 7c SGB XI sowie der Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Abs. 3-8 SGB XI.

Laufzeit: 01.06.2021 - 13.01.2023

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

Projektträger	Projektname
Wohnbau Mainz GmbH	dehääm- hilfe. allen. allzeit. mobil.
Wohnungsgenossenschaft „Fortschritt“ Döbeln eG	Alles unter einem Dach – Das Döbelner Modell
Franziskanerbrüder vom Heiligen Kreuz e. V.	Haus Teresa – Gemeindeintegriertes Wohnprojekt für das Quartier Asbach
Ev. Johanneswerk e. V.	Paradigma Hausgemeinschaft?!- Weiterentwicklung der stationären Versorgung im Rahmen des Pflegeversicherungsgesetzes (PaHaNeu)
Ev. Diakoniestiftung Herford	Neue Wege und Konzepte für die Zukunft pflegebedürftiger Menschen – Entwicklung unter Beteiligung bisheriger und zukünftiger Nutzerinnen und Nutzer
BeneVit Holding GmbH	Weiterentwicklung der stationären Pflege: Ambulantisierung der Hausgemeinschaften
Hohenlimburger Bauverein e. G.	Chancen für ein gutes Leben – Lebenslanges Wohnen in meinem Quartier
Caritasverband für das Dekanat Meißen e. V.	Entwicklung neuer Wohnformen im Dekanat Meißen
Nachbarschaftsheim Schöneberg Pflegerische Dienste gGmbH	Inklusive Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz mit und ohne geistige Behinderung – Inklusives Wohnen im Alter
Stuttgarter Wohnungs- und Städtebaugesellschaft mbH	Selbstorganisierte ambulant betreute Wohngemeinschaft für türkischsprachige Menschen mit Pflegebedarf
Wohnkonzepte Schneider gemeinnützige GmbH	Kölner Modell – Perspektiven und Unterstützungsstrukturen für Wohngemeinschaften mit Auftraggebergemeinschaft
APD Ambulante Pflegedienste Gelsenkirchen GmbH	Dement im Quartier – Wohnen, leben, teilhaben
Amaryllis eG	AmaryllisPLuS. Pflegen, Leben und Selbstgestalten im Quartier
Ortsgemeinde Gensingen	Gemeinsam planen, bauen, wohnen, leben im Neubaugebiet „Am Wiesbach“

Anhang

Projektträger	Projektname
Soziales Netzwerk Ortenberg e. V. (SoNO)	Ein Dorf hilft sich selbst - wohnen und leben im Quartier
doMS e. V.	Selbstbestimmt Wohnen mit MS - In den eigenen Wänden mit Versorgungssicherheit
Hospitalstiftung zum Heiligen Geist Kaufbeuren	Neubau eines barrierefreien Gebäudekomplexes mit seniorenrechten und pflegenahen Wohnungen, umrüstbar zu Pflegeplätzen „Pflegenahes Wohnen“
Seniorenzentrum Martha-Maria Wüstenrot	Betreutes Wohnen Plus - Entwicklung eines intensivierten niederschweligen Betreuten Wohnens als Alternative zum Pflegeheim mit individueller Betreuungsintensität
Hauspflegeverein Solingen e. V.	DUALIS Daheim und nicht allein mit Versorgungssicherheit
Diakonisches Werk an der SaargmbH	Wir bleiben daheim - Wohnen im Verbund zuhause und mitten im Stadtteil
Genossenschaft am Pulvermaar - eine sorgende Gemeinschaft eG	Gillenfeld - auf dem Weg in die sorgende Gemeinschaft
Albatros gGmbH Berlin	Wohnkonzept für pflegebedürftige Menschen und ihre Partnerinnen bzw. Partner (Paarwohnen)
Johanniter-Unfall-Hilfe e. V.	Vernetztes Wohnen im Quartier trotz Demenz (QuoVadis)
Gesobau AG	Pflege@Quartier
Heilhaus Kassel gGmbH	Ambulant betreuter Wohnverbund in Kassel-Rothendit mold
Caritasverband für Ostthüringen e. V.	„Skipper“ (Sicherheit, Koordination, Innovation, Prävention, Phantasie, Empowerment und Ressourcen)
Familiengesundheit 21 e. V.	Aufbau eines Qualitäts-Management-Systems für die Organisation der ambulant betreuten Senioren-Wohngemeinschaft Schloss Künersberg
Caritas-Altenhilfe St. Martin Rheinhessen gGmbH	Altern gestalten in Gemeinschaft - Leben und Wohnen in St. Alban Bodenheim
Ortsgemeinde Merkelbach in Kooperation mit Umwelt-Plan Redlin (Projektentwicklung)	SeWoGe Merkelbach (Seniorenwohngemeinschaft in Merkelbach)

Projektträger	Projektname
Caritas Alten - und Krankenhilfe Brilon gGmbH	Begleitendes Servicewohnen „Zusammenhalt“
IN DER HEIMAT WOHNEN Verwaltungsgesellschaft mbH	„24 h Versorgung/Pflege im Quartier“
Club Aktiv e. V. Trier	LebensZeitLeiwien - Aufbau von Strukturen zum Quartiersmanagement im ländlichen Bereich
Piano e.V. Zentrum für Forschung Weiterbildung und Beratung an der Evangelischen Hochschule Dresden gGmbH Universität zu Köln	Leben im Quartier - Wohnen für Generationen Öffnung ambulant betreuter Wohngemeinschaften für Menschen aus benachteiligten Bevölkerungsgruppen - Bedarfsermittlung und Konzeptermittlung Innovative Wohnformen für pflege- und betreuungsbedürftige gehörlose und taubblinde Menschen
Institut Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen Bocholt Recklinghausen	Gemeinsam zuhause? Birlikte evde? Wohnalternativen für pflegebedürftige türkische Migrantinnen und Migranten
Institut für Gerontologische Forschung e.V. empirica AG	Selbstbestimmt Wohnen und Teilhaben im Quartier (SWuTiQ) Entwicklung von nachbarschaftsbezogenen Wohnkonzepten mit Quartierspflegekern
Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e. V.	Demenz-WG Edelweiß
Arbeiter-Samariter-Bund Regionalverband Nord-Ost e. V.	ASB-Seniorenhaus Stralsund - Ganzheitliches Leben und Wohnen im Alter
Volkssolidarität Landesverband Brandenburg e. V.	Evaluation von ambulant betreuten Wohngemeinschaften
Alpha gGmbH - Demenzkompetenzzentrum	Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz in Duisburg-Homberg
Stiftung Hospital St. Elisabeth	Ambulant betreute Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz im ländlichen Raum
Katharina und Dirk Bretschneider Caritasverband Geldern-Kevelaer e. V.	Wohnen und Leben „Im Krümmel“ Ambulante Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz

## Anhang

Projektträger	Projektname
AHK Pflorgeteam GmbH	Hausgemeinschaft für Menschen mit Handicap
Betriebsgesellschaft Senioren- Wohnsitz Ratzeburg GmbH Co. KG	Wohngruppe Hofgarten
Caritasverband für die Stadt und den Landkreis Göttingen e. V.	Ambulant betreute Wohngemeinschaft im Lorenz-Werthmann-Haus, Duderstadt
Vita Amare GmbH	Wohngemeinschaft Tangermünde
Diakonissen-Mutterhaus CECILIENTIFT Halberstadt	Das Sternenhaus - ein kirchliches Wohnhaus für alte Menschen im Diakonissen-Mutterhaus CECILIENTIFT Halberstadt
St. Katharinen- und Weißfrauen Stift	Tagesbegleitung für Menschen mit einer Demenzerkrankung im Wohnstift Niederursel
SeniVita Sozial gGmbH	SeniVita Altenpflege 5.0
Gerdas Pflegedienst GmbH	Villa Ostenallee

# 1.5 Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

Anhang



**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



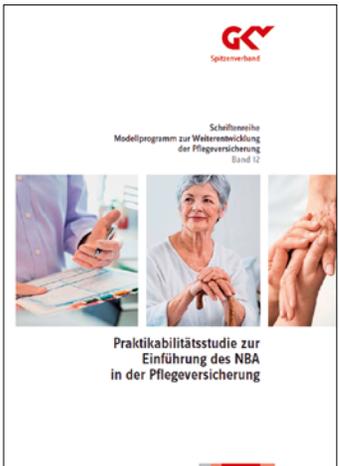
**Band 8**  
Telefongestützte Intervention für Pflegenden Angehörige von Schlaganfall-Betroffenen



**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



**Band 15**  
Digitalisierung und Pflegebedürftigkeit -  
Nutzen und Potenziale von Assistenz-  
technologien



**Band 16**  
Prävention in der ambulanten Pflege



**Band 17**  
Schmerzmanagement bei älteren  
Pflegebedürftigen in der häuslichen  
Versorgung



**Band 18**  
Weiterentwicklung der Pflegeberatung



**Band 19**  
Forschung für die Pflege - Impulse zur  
Weiterentwicklung der Pflegeversicherung



Seit 2010 werden in der Forschungsstelle Pflegeversicherung beim GKV-Spitzenverband die verschiedenen Modellprogramme zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung betreut. In über 100 Modell- und Forschungsprojekten, Studien und Veranstaltungen wurden seitdem innovative Ideen gefördert, neue Gesetzesvorhaben begleitet und vielfältige Impulse für eine Verbesserung der Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Menschen gegeben. Die vorliegende Publikation gibt einen Einblick in die vielfältigen Aktivitäten und zentralen Themenfelder der Forschungsstelle Pflegeversicherung.