

# Verbesserte Koordinierung in der ambulanten Pflege

STUDIEN  
BERICHT



# Studie zu den Effizienzpotentialen einer verbesserten Koordinierung in der ambulanten Pflege

Elisabeth Hahnel

Ulrike Pörschmann-Schreiber

Grit Braeseke

Nina Lingott

Isabelle Oehse

## **Zwischenbericht**

für das Bundesministerium für Gesundheit

Berlin, 28. Juli 2021

---

## **Autoren**

**Dr. Grit Braeseke**  
**Dr. Elisabeth Hahnel**  
**Nina Lingott**  
**Isabelle Oehse**  
**Ulrike Pörschmann-Schreiber**

IGES Institut GmbH  
Friedrichstraße 180  
10117 Berlin

## Inhalt

<b>Zusammenfassung</b>	<b>10</b>
<b>1. Hintergrund und Zielstellung</b>	<b>20</b>
<b>2. Begriffsbestimmungen</b>	<b>24</b>
<b>3. Vorgehensweise und Methodik</b>	<b>27</b>
<b>3.1 Recherche der Rahmenvorgaben auf Bundes- und Landesebene</b>	<b>29</b>
<b>3.2 Recherche von Praxisbeispielen und Lösungsansätzen für eine verbesserte Koordinierung in der ambulanten pflegerischen Versorgung</b>	<b>30</b>
3.2.1 Recherche in bibliographischen Datenbanken	31
3.2.2 Vorwärtssuche und ergänzende Handrecherche	34
3.2.3 Verwaltung der Trefferlisten und Selektionskriterien	34
3.2.4 Umsetzung der Recherche und Datenextraktion	35
<b>3.3 Recherche von technischen Anwendungen für die ambulante Pflege</b>	<b>38</b>
<b>4. Rechtliche Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege in Deutschland</b>	<b>40</b>
<b>4.1 Bundesgesetzliche und untergesetzliche Regelungen</b>	<b>46</b>
4.1.1 Leistungsanspruch der Versicherten und Formen pflegerischer Leistungen durch ambulante Pflegedienste	46
4.1.2 Richtlinien und Regelungen zur Qualität in der ambulanten Pflege	53
4.1.3 Personal- und Qualifikationsvorgaben	55
4.1.4 Vorgaben zu den Einzugsgebieten	59
4.1.5 Vorgaben zu Kooperationen	60
<b>4.2 Empfehlungen der regionalen und Landespflegeausschüsse nach § 8a SGB XI</b>	<b>60</b>
<b>4.3 Vertragliche Regelungen durch Landesrahmenverträge und Versorgungsverträge</b>	<b>61</b>
4.3.1 Personalvorgaben	64
4.3.2 Vorgaben zu den Einzugsgebieten	66
4.3.3 Vorgaben zu Kooperationen	67
4.3.4 Länderspezifische Regelungen aus den Landesrahmenverträgen	68
<b>5. Effizienzpotentiale internationaler und nationaler Konzepte zur verbesserten Koordinierung in der ambulanten Pflege</b>	<b>91</b>
<b>5.1 Koordinierung durch Nutzung technischer Lösungen</b>	<b>91</b>
5.1.1 Digitale Touren- und Dienstplanung sowie Tourenbegleiter	92
5.1.2 Telepflege, digitale Unterstützung in der integrierten Versorgung und Case Management	101
5.1.3 Weitere digitale Unterstützungsmöglichkeiten	113

---

---

<b>5.2</b>	<b>Koordinierung durch Veränderung der Arbeitsorganisation, Kooperation und Netzwerke, Integrierte Versorgung und Case Management</b>	<b>118</b>
5.2.1	Selbstorganisierende (Pflege-)Teams	120
5.2.2	Kooperationen in multiprofessionellen Teams	127
5.2.3	Integrierte Versorgung, Case Management und regionale Netzwerkbildung	133
5.2.4	Koordinierungszentren und Austauschplattformen für Dienstleistungen	145
<b>5.3</b>	<b>Alternative ambulante Versorgungsformen</b>	<b>156</b>
<b>6.</b>	<b>Recherche zu technischen Anwendungen in der ambulanten Pflege</b>	<b>165</b>
6.1	Anwendungen zur pflegedienstinternen Koordinierung, Planung und Abrechnung von Pflegeleistungen	166
6.2	Anwendungen zum Informationsaustausch und der digitalen Leistungserbringung	170
6.3	Anwendungen zur versorgungsbereichübergreifenden Steuerung der pflegerischen Versorgung	172
<b>7.</b>	<b>Schlussfolgerungen</b>	<b>174</b>
7.1	Zusammenfassung der Effizienzpotentiale in den unterschiedlichen Betrachtungsebenen der Studie	174
7.2	Übertragbarkeit und Umsetzungshindernisse	178
7.3	Fazit	180
<b>8.</b>	<b>Anhang</b>	<b>190</b>
A1	Übersicht der eingeschlossenen Publikationen	191
A2	Steckbriefe zu Kapitel 5.1	196
A3	Steckbriefe zu Kapitel 5.2	227
A4	Steckbriefe zu Kapitel 5.3	276
A5	Übersicht der recherchierten technischen Anwendungen	284
	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>294</b>
	<b>Abbildungen</b>	<b>4</b>
	<b>Tabellen</b>	<b>4</b>
	<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>8</b>

---

**Abbildungen**

Abbildung 1:	Dimensionen der Effizienz	26
Abbildung 2:	Schematischer Ablauf der Studie	27
Abbildung 3:	Betrachtungsebenen im Rahmen der Untersuchung	28
Abbildung 4:	wesentliche Vernetzungspartner ambulanter Pflegedienste	31
Abbildung 5:	Flow-Chart der systematischen Literaturrecherche	36
Abbildung 6:	Nutzung digitaler Anwendungen nach Bereichen in der ambulanten Pflege (standardisiert, 2020)	170
Abbildung 7:	Zusammenfassende Übersicht der Effizienzpotentiale auf der betrieblichen und regionalen Ebene	176

**Tabellen**

Tabelle 1:	Finale Medline Suchabfrage via PubMed am 13. Januar 2021	33
Tabelle 2:	Ein- und Ausschlusskriterien	35
Tabelle 3:	Steckbriefvorlage zu den Praxisbeispielen/Konzepten/Ansätzen	37
Tabelle 4:	Überblick der rechtlichen Rahmenbedingungen für die Leistungserbringung in der ambulanten Pflege	41
Tabelle 5:	Überblick über im Rahmen der Studie betrachteten gesetzlichen, untergesetzlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege im weiteren Sinne (ohne innovative Wohnformen)	44
Tabelle 6:	Kategorisierung innovativer Wohnformen nach Wolf-Ostermann et al. (2019)	48
Tabelle 7:	Überblick über Qualifikationsanforderungen an die verantwortliche Pflegefachkraft nach § 71 Abs. 3 SGB XI	56
Tabelle 8:	Inhalte der Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern und den Trägern der Sozialhilfe nach § 76 SGB XII	63
Tabelle 9:	Übersichtstabelle zu ausgewählten vertraglichen Regelungen der ambulanten pflegerischen Versorgung nach SGB XI in den einzelnen Bundesländern hinsichtlich des Einzugsgebietes, konkreten Personalvorgaben und überbetrieblichen Kooperationen	83
Tabelle 10:	Übersicht der aus der Literaturanalyse identifizierten Effizienzpotentiale digitaler Dienst- und Tourenplanung	97
Tabelle 11:	Übersicht der aus der Literaturanalyse identifizierten Effizienzpotentiale von Konzepten zur Telepflege, digitalen	

---

---

	Unterstützung in der integrierten Versorgung und zum Case Management	108
Tabelle 12:	Übersicht der aus der Literaturanalyse identifizierten Effizienzpotentiale weiterer digitaler Unterstützungsmöglichkeiten	116
Tabelle 13:	Übersicht der aus der Literaturanalyse identifizierten Effizienzpotentiale selbstorganisierender oder verbindlich vernetzter (Pflege-)Teams	126
Tabelle 14:	Übersicht der aus der Literaturanalyse identifizierten Effizienzpotentiale von internationalen Konzepten zu Kooperationen multiprofessioneller Teams	131
Tabelle 15:	Übersicht SIPA und British Columbia Model (Integrierte Versorgung in der Pflege)	134
Tabelle 16:	Übersicht der aus der Literaturanalyse identifizierten Effizienzpotentiale der integrierten Versorgung, Case Management und regionalen Netzwerkbildung	140
Tabelle 17:	Auswirkungen auf die Effizienz der CCACs	147
Tabelle 18:	Leistungen und Ziele der MLTSS	148
Tabelle 19:	Matching-Strategien von Service-Sharing-Plattformen	150
Tabelle 20:	Übersicht der aus der Literaturanalyse identifizierten Effizienzpotentiale von Koordinierungszentren und Austauschplattformen für Dienstleistungen	153
Tabelle 21:	Übersicht der aus der Literaturanalyse identifizierten Effizienzpotentiale alternativer ambulanter Versorgungsformen	162
Tabelle 22:	Übersicht der Umsetzungshindernisse	179
Tabelle 23:	Übersicht eingeschlossener Quellen (Sortiert nach Herkunft der Quelle)	191
Tabelle 24:	Algorithmen und Datenplattformen zur (digitalen) Touren- und Dienstplanung	196
Tabelle 25:	Steckbrief Digitale Touren- und Dienstplanung sowie Tourenbegleiter	200
Tabelle 26:	Steckbrief Pflegedienst Talea GmbH	203
Tabelle 27:	Steckbrief KOLEGE-APP	206
Tabelle 28:	Steckbrief Remote Care - Telehealth und Telecare	209
Tabelle 29:	Steckbrief Projekt NEXES - digitales Unterstützungstool Linkcare®	212

---



---

Tabelle 30:	Steckbrief Digitale Unterstützung in der integrierten Versorgung	215
Tabelle 31:	Steckbrief Centura Health at Home: Case- und Überleitungsmanagement + Telepflege-Technologien	219
Tabelle 32:	Steckbrief ITAGAP – „Integrierte Technik- und Arbeitsprozessgestaltung für Gesundheit in der ambulanten Pflege“	222
Tabelle 33:	Steckbrief Projekt Einfach:ambulant.	225
Tabelle 34:	Steckbrief Collaborative Care Teams	227
Tabelle 35:	Steckbrief Buurtzorg	230
Tabelle 36:	Steckbrief Praxisbeispiel zum Konzept Buurtzorg: Pflegedienst CareTeam GmbH	234
Tabelle 37:	Steckbrief Praxisbeispiel zum Konzept Buurtzorg: Pflegedienst VIER-bei-mir Kiezpflege	236
Tabelle 38:	Steckbrief Praxisbeispiel zum Konzept Buurtzorg: Born Gesundheitsnetzwerk	238
Tabelle 39:	Steckbrief Konzept CAPABLE – „Community Aging in Place: Advancing Better Living for Elders“	240
Tabelle 40:	Steckbrief AIP – „Aging in Place“	244
Tabelle 41:	Steckbrief Praxisbeispiel SIPA – „System of Integrated Care for Older Persons“	247
Tabelle 42:	Steckbrief British Columbia Model	250
Tabelle 43:	Steckbrief Bewertung von Case Management und integrierte Versorgung	252
Tabelle 44:	Steckbrief Maximizing Independence at Home (MIND at Home™) und Maximizing Independence at Home-Streamlined (MIND-S)	254
Tabelle 45:	Steckbrief Pflege-Brücke Bereich Ulm e. V.	257
Tabelle 46:	Steckbrief ZUKUNFT:PFLEGE	260
Tabelle 47:	Steckbrief Community Care Access Centres	263
Tabelle 48:	Steckbrief MLTSS - Managed Long-Term Services and Supports	267
Tabelle 49:	Steckbrief Service-Sharing-Plattformen	271
Tabelle 50:	Steckbrief Neue Wohnformen für pflegebedürftige Menschen	276
Tabelle 51:	Steckbrief Komponistenviertel (Pflegedienst Thomas Rehbein)	282

---

Tabelle 52:	Übersicht zu den Rechercheergebnissen von technischen Anwendungen für die Pflege	284
-------------	----------------------------------------------------------------------------------	-----

---

**Abkürzungsverzeichnis**

<b>Abkürzung</b>	<b>Erläuterung</b>
ADL	Aktivitäten des täglichen Lebens
AIP	Aging in Place
CCAC	Community Care Access Centres
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrts- pflege
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CAPABLE	Community Aging in Place, Advancing Better Living for Elders
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV-Spitzenver- band	Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenversicherung
HKP-RL	Häusliche Krankenpflege-Richtlinie
IADL	Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologie
IQTIQ	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesund- heitswesen
ITAGAP	Integrierte Technik- und Arbeitsprozessgestaltung für Gesund- heit in der ambulanten Pflege
KAP	Konzertierte Aktion Pflege
KI	Künstliche Intelligenz
LHIN	Local Health Integration Network
MD	Medizinischer Dienst
MLTSS	Managed Long-Term Services and Supports
PKV	Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.
PSG II	Zweites Pflegestärkungsgesetz
SAPV	spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SIPA	System of Integrated Care for Older Persons

---

<b>Abkürzung</b>	<b>Erläuterung</b>
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
TI	Telematikinfrastruktur
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
QPR-HKP	Qualitätsprüfungs-Richtlinie häusliche Krankenpflege
vdek	Verband der Ersatzkassen e. V.

---

## Zusammenfassung

Der demografisch bedingt wachsende Anteil von pflegebedürftigen Menschen in der Bevölkerung und der gleichzeitige Engpass auf dem Arbeitsmarkt für Pflegekräfte machen es erforderlich, die vorhandenen (Personal-)Ressourcen optimal in der Versorgung einzusetzen und noch vorhandene Effizienzreserven zu erschließen, z. B. durch verbesserte Pflegekonzepte, Arbeitsabläufe, Technikeinsatz oder veränderten Qualifikations-Mix. Die Pflegestatistik wies für 2019 insgesamt 14.688 ambulante Pflege- und Betreuungsdienste mit einer durchschnittlichen Anzahl von 67 Klientinnen und Klienten pro Dienst aus, wobei rund 1.000 Dienste (6,6 % aller Pflegedienste 2019) lediglich bis zu zehn Klienten versorgten (Statistisches Bundesamt 2020: 23f.). Die durchschnittliche Zahl der Beschäftigten lag bei knapp 29 Personen pro Pflegedienst (insgesamt 421.550 Beschäftigte). 69 % der Mitarbeitenden waren in Teilzeit beschäftigt (ebd.: 12).

Weiterhin ist festzuhalten, dass das Leistungsspektrum ambulanter Dienste immer noch vorwiegend auf Alltagsverrichtungen ausgerichtet ist, obwohl die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nun bereits mehr als drei Jahre zurückliegt und ab Januar 2017 auch in den Landesrahmenverträgen nach § 75 Abs. 1 SGB XI ihren Niederschlag finden sollte (Büscher 2020). Allerdings haben erst vier Bundesländer (Baden-Württemberg, Hamburg, Saarland und Schleswig-Holstein) entsprechende Anpassungen vorgenommen.

Die Konzertierte Aktion Pflege (KAP), deren im Juni 2019 veröffentlichte Vereinbarungen den Fokus auf die Verbesserung der Rahmenbedingungen für professionell Pflegende richtet, hat in der Arbeitsgruppe 3 (AG 3: Innovative Versorgungsansätze und Digitalisierung) im Handlungsfeld III die Verbesserung der Effizienz der pflegerischen Versorgung aufgegriffen. Die Intention dabei ist es, Anerkennung und Wertschätzung der Pflegeberufe zu steigern, indem die Rahmenbedingungen künftig so gestaltet werden, dass sie beruflich Pflegenden eine ihren fachlichen Kompetenzen entsprechende Berufsausübung ermöglichen sowie einen passgenauen Einsatz der weiteren an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen erlauben. Weiterhin soll die Organisation der Arbeit durch Einsatz moderner Arbeitsmittel unnötige Belastungen minimieren (Die Bundesregierung 2019: 118 f.).

Zwischenzeitlich hat sich mit der zunehmenden Nutzung einer digitalen Leistungs- und Tourenplanung und weiterer Techniknutzung in ambulanten Pflegediensten zwar einiges getan (Braeseke *et al.* 2017, Braeseke *et al.* 2020b), aber nennenswerte Fortschritte bei der versorgungsbereichsübergreifenden Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren Akteuren der Gesundheitsversorgung oder eine Konsolidierung der Angebotsstrukturen haben kaum stattgefunden. Im Gesundheitssystem zeigt sich auch im Gutachten des Sachverständigenrat (SVR) zur Digitalisierung für Gesundheit vom März 2021 u. a. „ein dringlicher Bedarf an strukturellen, informationstechnologischen, organisatorischen und rechtlichen Verbesserungen im Hinblick auf Fehlerfreiheit und Effizienz in der Versorgung, auf flächendeckende Implementierung des medizinischen Fortschritts einschließlich

der Verarbeitung von Informationen sowie auf sektorenübergreifende Kommunikation.“ (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2021: XXIII, 1.). Der Technikeinsatz im Rahmen der pflegerischen Versorgung gewinnt in Deutschland immer mehr an Aufmerksamkeit. Aktuell trägt die COVID-19-Pandemie dazu bei, dass manche Blockaden und Vorbehalte gegenüber einem verstärkten Technikeinsatz schneller überwunden werden. Von diesem notgedrungenen Digitalisierungsschub dürfte die Branche langfristig profitieren, da dadurch insgesamt die Akzeptanz zum Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) bei Beschäftigten sowie pflegebedürftigen Personen und ihren Angehörigen zugenommen hat.

Zur Umsetzung der Ziele der KAP vereinbarten die Akteure der AG 3 mehrere Maßnahmen, u. a. eine Untersuchung dahingehend, welche Effizienzpotentiale sich durch eine bessere Koordinierung des Einsatzes ambulanter Dienste im jeweiligen Versorgungsgebiet realisieren lassen (Handlungsfeld III, Ziffer 3). Dabei lässt sich eine „verbesserte Koordination des Einsatzes ambulanter Dienste“ aus verschiedenen Blickwinkeln heraus betrachten. Aus Sicht der betrieblichen Arbeitsorganisation geht es primär um den optimalen Einsatz der Pflegekräfte im Sinne der Dienst- und Tourenplanung.

Des Weiteren ist hier der Einsatz digitaler Anwendungen sowie eine gezielte Vernetzung verschiedener Leistungserbringer ambulanter Pflegeleistungen im gleichen Einzugsgebiet auf betrieblicher Ebene zu betrachten.

Andererseits geht es aus Sicht des Versorgungssystems um die Optimierung des Einsatzes professioneller ambulanter Pflegeleistungen im Kontext der Gesamtversorgung (Prävention, Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege). Dabei bedarf es der Klärung der Rolle und Aufgaben ambulanter Pflegedienste (insb. auch mit Blick auf die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs) sowie der Minimierung von Schnittstellenproblemen durch Vernetzung mit den anderen Leistungserbringern und verbindlicher Vereinbarung der Kommunikationsprozesse bzw. Versorgungspfade.

Unter Berücksichtigung der beschriebenen Problemlagen sind die Ziele der vorliegenden Forschungsarbeit:

- ◆ bekannte und praktizierte Methoden und Maßnahmen einer verbesserten betrieblichen und regionalen (diensteübergreifenden) Koordinierung der Leistungserbringung in der ambulanten Pflege zu identifizieren und zu analysieren,
  - ◆ zu ermitteln, ob eine verbesserte Koordinierung und Vernetzung von verschiedenen Leistungserbringern im ambulanten Bereich Potentiale für einen effizienteren Prozess in der Leistungserbringung bietet und damit Versorgungskapazitäten eröffnet,
  - ◆ zu recherchieren, welche digitalen Unterstützungsmöglichkeiten es gibt sowie
-

- ♦ zu analysieren, welche hemmenden und förderlichen Faktoren es für die Hebung der identifizierten Effizienzpotentiale gibt.

Im Ergebnis wird aufgezeigt, welche Maßnahmen es bedarf, um eine verbesserte (trägerübergreifende) Koordinierung der verschiedenen Leistungserbringer in der ambulanten Pflege zu ermöglichen und damit die identifizierten Effizienzpotentiale perspektivisch zu realisieren.

### **Vorgehensweise und Methodik**

Die Projektlaufzeit dieser Studie beträgt 18 Monate (November 2020 bis April 2022). Methodisch erfolgen in der Studie mehrere Schritte. Als Ausgangspunkt für die Analyse wurden die im Rahmen der Studie relevanten gesetzlichen, untergesetzlichen und vertragsrechtlichen Rahmenbedingungen für die ambulante Versorgung betrachtet und zusammenfassend aufbereitet. Anschließend erfolgte eine systematische Literaturrecherche zu Praxisbeispielen, Lösungsansätzen für die Vernetzung mit anderen Akteuren sowie für diensteübergreifende Kooperationen sowie eine Recherche zu verfügbaren technischen Branchenlösungen mit dem Ziel der Unterstützung und Verbesserung der Koordinierung und Zusammenarbeit in der ambulanten pflegerischen Leistungserbringung.

### **Gesetzliche, untergesetzliche und vertragsrechtliche Rahmenbedingungen in der ambulanten Pflege**

Art, Inhalt und Umfang der Leistungserbringung ambulanter Pflege- und Betreuungsdienste für Menschen mit Pflegebedarf werden durch umfangreiche bundes- und landesgesetzliche Rahmenbedingungen bestimmt. Maßgebende bundesgesetzliche Regelungen sind im SGB XI und SGB V sowie ergänzend im SGB IX bzw., SGB XII („Hilfe zur Pflege“) enthalten. Sogenannte Pflegesachleistungen werden in der Regel durch ambulante Pflege- und Betreuungsdienste entweder in Form der häuslichen Pflegehilfe (§ 36 SGB XI) oder der häuslichen Krankenpflege (insb. § 37 SGB V) erbracht. Ferner gibt es im Pflegeversicherungsrecht weitere Leistungen, die unter anderem auch von ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten erbracht werden können. So können Pflegebedürftige ab dem Pflegegrad 1 beispielsweise ihren Entlastungsbetrag von bis zu 125 Euro monatlich ebenfalls für Leistungen ambulanter Pflege- und Betreuungsdienste im Sinne des § 36 SGB XI einsetzen (vgl. § 45b Abs. 1 Satz 3 Nummer 3 SGB XI, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht für Leistungen im Bereich der Selbstversorgung). Darüber hinaus können Bewohnerinnen und Bewohner die in ambulant betreuten Wohngruppen (u. a. Pflege-WG) leben, nach § 38a Abs. 1 SGB XI einen pauschalen Zuschlag von 214 Euro pro Monat in Anspruch nehmen.

Darüber hinaus bestimmen insbesondere:

- ♦ die „Gemeinsame Empfehlung gemäß § 75 Abs. 5 SGB XI zum Inhalt der Rahmenverträge nach § 75 Abs. 2 SGB XI zur ambulanten pflegerischen Versorgung vom 13. Februar 1995“,

- ◆ die Qualitätssicherungs- und Prüfungsrichtlinien nach §§ 112a Abs. 2 bis 4, 114ff. SGB XI,
- ◆ die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) des G-BA,
- ◆ die Rahmenempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege,
- ◆ die Qualitätsprüfungs-Richtlinie häusliche Krankenpflege (QPR-HKP) sowie
- ◆ die Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege

den Rahmen für die Leistungserbringung in der ambulanten Pflege.

Auf Landesebene sind für die vorliegende Studie vor allem die „Gemeinsame Empfehlung gemäß § 75 Abs. 5 SGB XI zum Inhalt der Rahmenverträge nach § 75 Abs. 2 SGB XI zur ambulanten pflegerischen Versorgung vom 13. Februar 1995“, die Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI sowie die jeweiligen Muster-Versorgungsverträge nach § 72 in Verbindung mit § 71 Abs. 1 und 1a SGB XI relevant. Des Weiteren sind die Regelungen des SGB V §§ 39a (Hospize), 132 (Haushaltshilfe), 132a (häusliche Krankenpflege), 132b (Soziotherapie), 132i (außerklinische Intensivpflege), 140a (Besondere Versorgung) zwischen geeigneten professionellen Leistungserbringern und den jeweils zuständigen Kassen oder deren Verbänden (Pflege- oder Krankenkassen) zu berücksichtigen. Ergänzend kommen für Pflege- und Betreuungsdienste, die Leistungen nach dem SGB XII – also im Rahmen von Sozialhilfe – in der Häuslichkeit der Pflegebedürftigen anbieten, Rahmenverträge nach § 80 SGB XII sowie einrichtungsindividuelle, in der Regel öffentlich nicht einsehbare Vereinbarungen mit den jeweiligen Trägern der Sozialhilfe hinzu.

Darüber hinaus sollen nach § 8a SGB XI für jedes Bundesland oder für Teile des Landes regionale Ausschüsse bzw. Landespflegeausschüsse gebildet werden. Diese können einvernehmlich Empfehlungen zur Umsetzung der Pflegeversicherung abgeben und Empfehlungen zur Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur (Pflegestrukturplanungsempfehlung) erstellen bzw. fortschreiben. In versorgungsbereichsübergreifenden (SGB V- und XI-übergreifenden) Landespflegeausschüssen wirken die Landesverbände der Pflegekassen, der Krankenkassen und der Ersatzkassen sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankengesellschaften an gemeinsamen Empfehlungen zur Zusammenarbeit in der Versorgung pflegebedürftiger Personen mit. In regionalen Ausschüssen der Landkreise oder kreisfreien Städte sind die Landesverbände der Pflegekassen ebenfalls an der Abgabe einvernehmlicher Empfehlungen beteiligt. Die Empfehlungen der regionalen sowie Landespflegeausschüsse sollen bei Abschluss von Rahmen- und Versorgungsverträgen sowie Vergütungsvereinbarungen einbezogen werden (§ 8a SGB XI).



### **Effizienzpotentiale internationaler und nationaler Konzepte zur verbesserten Koordination in der ambulanten Pflege**

Die systematische Literaturstudie identifizierte insgesamt 86 Quellen die die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllten und in die Analyse eingeschlossen wurden. Die analysierten Literaturquellen bieten vielfältige Hinweise auf Effizienzpotentiale in der ambulanten Pflege auf unterschiedlichen Betrachtungsebenen:

- ♦ **System- bzw. Bundes-/Landesebene** (Versorgungssysteme, gesetzliche Krankenversicherung/Krankenkasse und soziale Pflegeversicherung/Pflegekasse),
- ♦ **regionale Ebene** (an der pflegerischen Versorgung beteiligte professionelle Leistungserbringer),
- ♦ **betriebliche Ebene** (ambulante Pflege- und Betreuungsdienste nach SGB XI und SGB V),
- ♦ **individuelle Ebene** (Sicht der Leistungsbezieher).

In der Analyse kristallisierten sich nachfolgende Themengebiete zur Verbesserung der Koordination der ambulanten Pflege heraus:

- ♦ **Nutzung digitaler Ressourcen** (Digitale Touren- und Dienstplanung sowie Tourenbegleiter, Telepflege, digitale Unterstützung in der integrierten Versorgung und Case Management und weitere digitale Unterstützungsmöglichkeiten),
- ♦ **Koordination durch Veränderung der Arbeitsorganisation, Kooperation und Netzwerke, Integrierte Versorgung und Case Management** (Selbstverantwortete/-organisierende (Pflege-)Teams (u. a. Buurtzorg), Kooperationen in multiprofessionellen Teams, Integrierte Versorgung, Case Management und regionale Netzwerkbildung sowie Koordinierungszentren und Austauschplattformen) und
- ♦ **Alternative ambulante Versorgungsformen.**

Zusammenfassend ist festzustellen, dass alle im Rahmen der systematischen Literaturrecherche analysierten Themengebiete sowohl auf betrieblicher als auch regionaler Betrachtungsebene Effizienzpotentiale infolge einer verbesserten Koordination in der ambulanten Pflege aufzeigen.

Besonders häufige Effizienzpotentiale auf betrieblicher Ebene sind die Steigerung der Versorgungsqualität und der Kundenzufriedenheit als auch der verbesserte Personal- und Ressourceneinsatz. Die Steigerung der Qualität und Kontinuität der Versorgung beruht im Wesentlichen auf einem gezielten Fallmanagement, sowohl bei den bereichsübergreifenden Versorgungsansätzen als auch bei den sich selbstorganisierenden und multiprofessionellen Pflegeteams.

Weitere realisierbare Potentiale aus betrieblicher Sicht sind:

- ♦ die Reduktion der Wege- und Fahrtzeiten,
-

- ♦ die Reduktion des Versorgungsaufwandes durch die Vermeidung von Doppelleistungen oder die bessere Verteilung der Leistungserbringung auf viele Akteure,
- ♦ die Reduktion vermeidbarer pflegerischer Intervention und dadurch
- ♦ die Steigerung der Anzahl versorgter Personen durch die einzelnen ambulanten Pflegedienste.

Die Reduktion des Zeit- und Personalaufwandes für die ambulanten Pflegedienste durch die Konzepte zur verbesserten Koordinierung der Versorgung auf Fallebene ergeben sich hauptsächlich aufgrund eines geringeren zeitlichen Planungs- bzw. Dokumentationsaufwandes und der Steigerung der Effektivität der Versorgungsprozesse, bspw. durch die Verwendung von Technologien in der integrierten Versorgung oder den Einsatz einer Case Managerin bzw. eines Case Managers. Das heißt, dass zeitaufwendige Koordinierungsaufgaben bei den Diensten entfallen bzw. teilweise ausgelagert werden (bei externen Case Managerinnen bzw. Case Managern).

Auf regionaler Ebene ergibt sich durch die Konzepte und Ansätze zur verbesserten Koordinierung der Versorgung und Leistungen in der ambulanten Pflege das Potential der Erhöhung der Versorgungssicherheit. Verbindlich abgestimmtes und proaktives Handeln aller regionalen Akteure führt zur besseren Bewältigung der Schnittstellenproblematiken, u. a. durch optimierte Prozesse im Entlass- und Überleitungsmanagement. Dies wird durch eine regelhafte bereichsübergreifende Kommunikation unterstützt. Zudem gibt es Effizienzpotentiale hinsichtlich:

- ♦ der Reduktion von Angebotslücken,
- ♦ der Steigerung des koordinierten und regionalen Einsatzes selbstständig tätiger Pflegefachkräfte sowie
- ♦ der Steigerung der Vernetzung der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer und der Etablierung fester und verbindlicher Kooperationsstrukturen.

Über die Recherche verfügbarer technischer Branchenlösungen in der ambulanten Pflege konnten insgesamt 25 Anwendungen identifiziert werden, davon sind 15 in Deutschland verfügbar. Die weiteren zehn Anwendungen wurden im internationalen Kontext gefunden. Die Analyse zeigt, dass die Anwendungen mögliche Effizienzpotentiale sowohl auf betrieblicher als auch regionaler Ebene durch:

- ♦ eine pflegedienstinterne Koordinierung, Planung und Abrechnung von Pflegeleistungen,
- ♦ einen Informationsaustausch und eine digitale Leistungserbringung sowie
- ♦ eine versorgungsbereichübergreifende Steuerung der pflegerischen Versorgung

bieten.

---

Acht der betrachteten Anwendungen adressieren die Pflegeprozessplanung und Assessments, die Pflegedokumentation und -planung (inkl. Leistungsplanung und -erfassung), die Personalplanung und -verwaltung (inkl. Dienstplanung und Arbeitszeiterfassung), die Abrechnung (inkl. Stundenabrechnung der Beschäftigten und den verschiedenen Kassen), die Tourenplanung, den internen Informationsaustausch (bspw. Übergaben der Pflegekräfte), das Controlling sowie den Datenaustausch mit Kostenträgern im Rahmen der Leistungsgenehmigung und -abrechnung. Zwölf Anwendungen fokussieren den Informationsaustausch mit Pflegebedürftigen und/oder anderen Leistungserbringern bspw. im Rahmen der Wundversorgung sowie eine digitale Leistungserbringung (bspw. Unterstützung Medikamenten-Management). Fünf Anwendungen unterstützen die versorgungsbereichübergreifende Steuerung der ambulanten pflegerischen Versorgung. Des Weiteren ermöglicht eine der technischen Lösungen eine regionale Vernetzung ambulanter Pflegedienste miteinander.

Der Einsatz technischer Anwendungen birgt das Potential für ambulante Pflege- und Betreuungsdienste, eine effiziente Touren- und Dienstplanung sowie eine Versorgung über Distanzen hinweg zu ermöglichen. Dadurch können u. a. Wege- und Fahrtzeiten eingespart und das verfügbare Personal zielgerichteter eingesetzt werden.

### **Übertragbarkeit und Umsetzbarkeit**

In Anbetracht der unterschiedlichen Rahmenbedingungen auf allen Ebenen (Organisation und Finanzierung der Langzeitpflege, Rollen und Aufgaben ambulanter Pflege, Qualifikation und Tätigkeitsfelder von beruflich Pflegenden, multiprofessionelle Teams etc.) lassen sich Versorgungskonzepte aus dem Ausland nicht ohne weiteres in unser Versorgungssystem übernehmen.

Beispielsweise hemmend für die Etablierung von „Remote Care“ oder Telepflege im Sinne dieser Studie zur koordinierten und effizienten Leistungserbringung über räumliche Distanzen hinweg ist, dass die Telemedizin bisher nur im SGB V für ärztliche Leistungserbringer verankert ist. Daraus folgt auch nur ihre Definition im sozialrechtlichen Sinne. Künftig wird es auch für die Telepflege erforderlich sein, die Leistung ambulanter, jeweils nach SGB V und SGB XI zugelassener, Pflegedienste im SGB V und im SGB XI jeweils eigenständig zu definieren, was ihre Verbreitung fördern könnte. Weiterhin sollten konkrete Anwendungsfelder bzw. -szenarios telepflegerischer Leistungen skizziert werden, die besonders hohe Potentiale für die Verbesserung der pflegerischen Versorgung aufweisen (u. a. durch die Erprobung im Rahmen der Modellvorhaben für Telepflege nach § 125a SGB XI).

Ebenfalls aufgrund der Rahmenbedingungen in Deutschland (z. B. Vergütungsregelungen nach SGB XI und SGB V oder Verhandlungen hinsichtlich der wirtschaftlich auskömmlichen Zeitvergütung nach SGB XI, Anforderungen an fachliche Leitung eines Pflegedienstes etc.) können bisher nur einzelne Elemente des Buurtzorg-Modells umgesetzt werden, insb. die flachen Hierarchien und die gemeinschaftliche Arbeitsorganisation.

---

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff impliziert eine neue Herangehensweise an die pflegerische Versorgung und zielt darauf ab, pflegebedürftige Menschen bei der Bewältigung der Auswirkungen gesundheitlicher Probleme direkt sowie indirekt zu unterstützen (Wingenfeld und Büscher 2017). Die Fokussierung auf den Menschen statt auf seine Krankheiten und Beeinträchtigungen bestimmt das Handeln.

Angesichts der Zielsetzung häuslicher Pflege – „Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern“ (§ 36 Abs. 2 SGB XI) – muss pflegerisches Handeln sowohl die gesundheitlichen Beeinträchtigungen im engeren Sinn (Krankheiten) als auch die funktionalen Fähigkeiten der pflegebedürftigen Personen in ihrer Gesamtheit betrachten, aber spezifisch mit Blick auf die Bewältigung des Alltags in der Häuslichkeit. Dazu kann, insofern sie effizient eingesetzt werden:

- ♦ die Umsetzung eines personenzentrierten Ansatzes,
- ♦ ein Case Management zur Steuerung und Koordinierung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung sowie
- ♦ eine enge Abstimmung und gemeinsame Entscheidungsfindung mit den Ärztinnen und Ärzten (und weiteren Gesundheitsfachkräften)

wesentlich beitragen.

Um diese Punkte hierzulande umsetzen zu können, bedarf es einer Anpassung der Rahmenbedingungen hin zu mehr versorgungsbereichübergreifenden Regelungen.

### Fazit

Die vorliegende Studie verdeutlicht die große Bandbreite an Effizienzpotentialen infolge einer verbesserten Koordinierung in der ambulanten Pflege. Die systematische Literaturrecherche ergab viele Anhaltspunkte für die Bestätigung eingangs gestellter Annahmen/Fragestellungen. So hat der **Einsatz technischer Anwendungen** das Potential, in den ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten **eine effiziente Touren- und Dienstplanung** sowie eine Versorgung über Distanzen hinweg zu ermöglichen und dadurch u. a. **Wege- und Fahrtzeiten einzusparen** und das verfügbare **Personal zielgerichteter einzusetzen**.

Weitere Effizienzpotentiale ergeben sich aus der **Veränderung der Arbeitsorganisation** bzw. dem Einsatz und der **verbindlichen Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen**. In Deutschland gibt es z. B. bereits seit einigen Jahren Pflegedienste, die Elemente des Buurtzorg-Modells übernommen haben.

Des Weiteren gibt es vielversprechende Ansätze im Rahmen des **Case Managements**<sup>1</sup> oder der Zusammenarbeit **multiprofessioneller Teams** zur verbesserten Koordinierung in der ambulanten Versorgung. Die Notwendigkeit eines umfassenden Case Managements in der Versorgung älterer, chronisch kranker sowie pflegebedürftiger Personen ist international Standard und wird seit einigen Jahren von vielen Akteuren, unterstützt durch die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, auch in Deutschland gefordert (Braeseke *et al.* 2018).

Auf der Systemebene betrachtet bestehen die Potentiale einer verbesserten Koordinierung in der ambulanten Versorgung in der **Veränderung regionaler als auch überregionaler Versorgungsstrukturen**.

Auch international wird dieser Ansatz umgesetzt und teilweise werden gesamte Gesundheitsregionen reformiert. In Australien beispielsweise wird aufgrund ähnlicher Problematiken seit 2013 ein zehnjähriger Systemwechsel in einer gesamten Region mit 340.000 Einwohnern durchgeführt. Das „Central Coast Integrated Care Program“ ist ein komplexes öffentliches Maßnahmenpaket mit drei Zielgruppen und mehr als 40 verschiedenen Teilprojekten.

**Integrierte Versorgungsformen** in der ambulanten Pflege spielen eine immer größer werdende Rolle, u. a. auch aufgrund des wachsenden wettbewerblichen Druckes der ambulanten Pflegeeinrichtungen oder der indikationsspezifischen Neuausrichtung von spezialisierten Langzeitpflegeangeboten, bspw. für Menschen mit Demenz oder chronischen Erkrankungen (Fünfstück 2017). Eben bei diesen speziellen Zielgruppen besteht in der besseren Koordinierung der ambulanten Leistungen ein hohes Verbesserungspotential mit Blick auf Lebensqualität und Teilhabe.

In **alternativen ambulanten Wohnformen** für pflegebedürftige Personen können individuelle, bedarfsgerechte Leistungen durch ambulante Pflege- und Betreuungsdienste erbracht werden. Für die Pflegedienste und das Gesundheitssystem ergeben sich durch die **Bündelung der Leistungserbringung** (i. S. des Poolens von Leistungen) verschiedene Potentiale der Effizienzsteigerung, weshalb neue Wohnformen im Rahmen von Effizienzpotentialen in der ambulanten pflegerischen Versorgung zu berücksichtigen sind.

Wie die Ergebnisse dieser Projektphase der Studie zeigen, gibt es viele unterschiedliche Lösungen zur Weiterentwicklung der Versorgung, die jeweils konkret auf regionale Gegebenheiten zugeschnitten sein sollten. Grund dafür ist, dass z. B. Ressourcen, Akteure und Anbieter von Region zu Region unterschiedlich sind. Für

---

<sup>1</sup> Die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e. V. definiert den Begriff des Case Managements wie folgt: „[...] ist eine Verfahrensweise in Humandiensten und ihrer Organisation zu dem Zweck, bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen. Der Handlungsansatz ist zugleich ein Programm, nach dem Leistungsprozesse in einem System der Versorgung und in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens effektiv und effizient gesteuert werden können“ (DGCC Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e. V. 2012)

---

diese unterschiedlichen Konstellationen müssen auch **regional verschiedene Lösungen** gefunden werden. Bundes- oder landesweite Vorgaben oder Regelungen sind daher wenig zielführend. Nur entsprechend **flexible Rahmenbedingungen** werden es den Akteuren vor Ort ermöglichen, jeweils passende Lösungen zu finden.

Abschließend ist die derzeitige **Pandemiesituation eine weitere Herausforderung** vorliegende Ergebnisse praxisnah und zukunftsfähig in den weiteren Projektschritten zu eruieren.

#### **Ausblick auf den weiteren Studienverlauf**

Auf Grundlage der hier präsentierten Ergebnisse werden in einem nächsten Schritt eine bundesweite Online-Befragung ambulanter Pflegedienste sowie eine Befragung der Kostenträger (Kranken-/Pflegekassen und Sozialhilfeträger) konzipiert und umgesetzt.

Unter anderem soll im Rahmen der Befragungen ermittelt werden, wie die identifizierten gesetzlichen Rahmenbedingungen in der Praxis umgesetzt bzw. gehandhabt werden und welches Optimierungspotential durch die Befragten gesehen wird. Darüber hinaus wird in den Befragungen eruiert, wie groß die Verbreitung von u. a. (digitalen) Arbeitshilfen und Kooperationsformen ist und wie diese aus Sicht der Praxis bewertet werden.

Die Ergebnisse des vorliegenden Berichtes sowie der empirischen, qualitativen und quantitativen Daten werden zur Ableitung von Handlungsempfehlungen zugrunde gelegt. Diese werden voraussichtlich im Februar 2022 im Rahmen eines Expertenworkshops diskutiert und finalisiert. Die resultierenden Ergebnisse werden mittels eines multimedialen Handlungsleitfadens veröffentlicht und auf einer Abschlusspräsentation im Frühjahr 2022 präsentiert.

---

## 1. Hintergrund und Zielstellung

Der demografisch bedingt wachsende Anteil von pflegebedürftigen Menschen in der Bevölkerung und der gleichzeitige Engpass auf dem Arbeitsmarkt für Pflegekräfte machen es erforderlich, die vorhandenen (Personal)Ressourcen optimal in der Versorgung einzusetzen und noch vorhandene Effizienzreserven zu erschließen, z. B. durch verbesserte Pflegekonzepte, Arbeitsabläufe, Technikeinsatz oder veränderten Qualifikations-Mix.

Die Konzertierte Aktion Pflege (KAP), deren im Juni 2019 veröffentlichte Vereinbarungen den Fokus auf die Verbesserung der Rahmenbedingungen für professionell Pflegende richten, hat in der Arbeitsgruppe 3 (AG 3: Innovative Versorgungsansätze und Digitalisierung) im Handlungsfeld III die Verbesserung der Effizienz der pflegerischen Versorgung aufgegriffen. Die Intention dabei ist es, Anerkennung und Wertschätzung der Pflegeberufe zu steigern, indem die Rahmenbedingungen künftig so gestaltet werden, dass sie beruflich Pflegenden eine ihren fachlichen Kompetenzen entsprechende Berufsausübung ermöglichen sowie einen passgenauen Einsatz der weiteren an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen erlauben. Weiterhin soll die Organisation der Arbeit durch Einsatz moderner Arbeitsmittel unnötige Belastungen minimieren (Die Bundesregierung 2019: 118 f.).

Die KAP-Partner greifen damit ein schon seit Jahren identifiziertes Defizit in der ambulanten Versorgung auf: Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) hat bereits in seinem Gutachten 2009 (Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens) u. a. eine weitergehende Kooperation von Ärztinnen und Ärzten und Pflegekräften als eine unverzichtbare Voraussetzung für die Bewältigung der kommenden Anforderungen angemahnt (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009: 164, Ziffer 194).

Im Gutachten des SVR aus dem Jahr 2014 (Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche) stellte der Rat weiterhin fest, dass „Anreize benötigt [werden], um zu neuen Formen der Organisation der ambulanten Pflege zu gelangen – sei es auf der Ebene der Arbeitsorganisation und Steuerung (Einführung von Case Management/Primary Nursing zur Verbesserung der personellen Kontinuität und Versorgungsqualität) oder der Betriebsorganisation/-größe. Damit die Flexibilität in Regionen mit geringer Versorgungsdichte erhöht werden kann, ist es sinnvoll, zu größeren Organisationseinheiten zu gelangen – sei es durch Verbund- oder Netzwerkbildung oder aber durch Schaffung lokaler Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung, in denen alle für eine umfassende Versorgung und Pflege erforderlichen Dienste und Hilfen unter einem Dach angesiedelt sind und möglichst aus einer Hand angeboten werden.“(Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014: 151, Ziffer 230).

Zwischenzeitlich hat sich mit der zunehmenden Nutzung einer digitalen Leistungs- und Tourenplanung und weiterer Techniknutzung in ambulanten Pflegediensten

zwar einiges getan (Braeseke *et al.* 2017, Braeseke *et al.* 2020b), aber nennenswerte Fortschritte bei der versorgungsbereichsübergreifenden Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren Akteuren der Gesundheitsversorgung oder eine Konsolidierung der Angebotsstrukturen haben kaum stattgefunden. Im Gesundheitssystem zeigt sich auch im Gutachten des SVR zur Digitalisierung für Gesundheit vom März 2021 u. a. „ein dringlicher Bedarf an strukturellen, informationstechnologischen, organisatorischen und rechtlichen Verbesserungen im Hinblick auf Fehlerfreiheit und Effizienz in der Versorgung, auf flächendeckende Implementierung des medizinischen Fortschritts einschließlich der Verarbeitung von Informationen sowie auf sektorenübergreifende Kommunikation.“ (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2021: XXIII, 1.). Digitalisierung im Gesundheitswesen müsse so gestaltet werden, dass die Gesundheitsversorgung der Menschen verbessert und dabei das Wohl der Patientinnen und Patienten fokussiert wird (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2021: XXIII, 2.). Herausfordernd ist die Sicherstellung einer effizienten, zielorientierten Finanzierung, wobei auch Investitionen in die Digitalisierung bei der Honorierung ambulanter Leistungen strukturell angemessen zu berücksichtigen sind (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2021: XXIII, 9.). Zwingend geboten ist laut Gutachten der weitere Ausbau leistungsstarker und flächendeckender Internetverbindungen und darüber hinaus die angemessene und nachhaltige Etablierung der Telematikinfrastruktur (TI) als Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2021: XXIII, 10.).

Aktuell wird der Digitalisierung im Gesundheitswesen auch durch die Erfahrungen in der Corona-Pandemie eine immer stärker werdende Bedeutung zugewiesen. Die Relevanz digitaler Unterstützung hat auch in der pflegerischen Versorgung durch ambulante Pflegedienste zugenommen.

Die Pflegestatistik wies für 2019 insgesamt 14 688 ambulante Pflege- und Betreuungsdienste mit einer durchschnittlichen Anzahl von 67 Klientinnen und Klienten pro Dienst aus, wobei rund 1.000 Dienste (6,6 % aller Pflegedienste 2019) lediglich bis zu zehn Klienten versorgten (Statistisches Bundesamt 2020: 23f.). Die durchschnittliche Zahl der Beschäftigten lag bei knapp 29 Personen pro Pflegedienst (insgesamt 421 550 Beschäftigte). In Teilzeit waren 69 % der Mitarbeitenden beschäftigt (Statistisches Bundesamt 2020: 12).

Weiterhin ist festzuhalten, dass das Leistungsspektrum ambulanter Dienste immer noch vorwiegend auf Alltagsverrichtungen ausgerichtet ist, obwohl die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nun bereits mehr als drei Jahre zurückliegt und ab Januar 2017 auch in den Landesrahmenverträgen nach § 75 Abs. 1 SGB XI ihren Niederschlag finden sollte (Büscher 2020). Allerdings haben erst vier Bundesländer (Baden-Württemberg, Hamburg, Saarland und Schleswig-Holstein) entsprechende Anpassungen vorgenommen. In den anderen Bundesländern erfolgten lediglich Anpassungen der Vergütungsvereinbarungen aufgrund der Umstellung auf Pflegegrade, die jedoch meist weiterhin eine verrichtungsbezogene Ausrichtung



der Leistungskomplexe beibehalten haben. Auch die aktuell gültige Fassung der „Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege“ stammt aus 2011 und entspricht noch nicht der neuen Rechtslage.

Zur Umsetzung der Ziele der KAP vereinbarten die Akteure der AG 3 mehrere Maßnahmen, u. a. eine Untersuchung dahingehend, welche Effizienzpotentiale sich durch eine bessere Koordination des Einsatzes ambulanter Dienste im jeweiligen Versorgungsgebiet realisieren lassen (Handlungsfeld III, Ziffer 3). Dabei lässt sich eine „verbesserte Koordination des Einsatzes ambulanter Dienste“ aus verschiedenen Blickwinkeln heraus betrachten. Aus Sicht der betrieblichen Arbeitsorganisation geht es primär um den optimalen Einsatz der Pflegekräfte im Sinne der Dienst- und Tourenplanung. Darunter beispielsweise:

- ♦ Maximierung der Zeiten bei den Klientinnen und Klienten bei gleichzeitiger Minimierung der Wege- und Organisationszeiten,
- ♦ Ausschöpfung des zur Verfügung stehenden Arbeitszeitvolumens der Beschäftigten eines Pflegedienstes bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Wünsche der Klientinnen und Klienten bzgl. der Versorgungszeiten.

Des Weiteren ist hier der Einsatz digitaler Anwendungen sowie eine gezielte Vernetzung verschiedener Leistungserbringer ambulanter Pflegeleistungen im gleichen Einzugsgebiet auf betrieblicher Ebene zu betrachten.

Andererseits geht es aus Sicht des Versorgungssystems um die Optimierung des Einsatzes professioneller ambulanter Pflegeleistungen im Kontext der Gesamtversorgung (Prävention, Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege). Dabei bedarf es der Klärung der Rolle und Aufgaben ambulanter Pflegedienste (insb. auch mit Blick auf die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs) sowie der Minimierung von Schnittstellenproblemen durch Vernetzung mit den anderen Leistungserbringern und verbindlicher Vereinbarung der Kommunikationsprozesse bzw. Versorgungspfade.

Unter Berücksichtigung beider Sichtweisen und der beschriebenen Problemlagen sind die Ziele der vorliegenden Forschungsarbeit:

- ♦ bekannte und praktizierte Methoden und Maßnahmen einer verbesserten betrieblichen und regionalen (diensteübergreifenden) Koordinierung der Leistungserbringung in der ambulanten Pflege zu identifizieren und zu analysieren,
  - ♦ zu ermitteln, ob eine verbesserte Koordination und Vernetzung von verschiedenen Leistungserbringern im ambulanten Bereich Potentiale für einen effizienteren Prozess in der Leistungserbringung bietet und damit Versorgungskapazitäten eröffnet,
  - ♦ zu recherchieren, welche digitalen Unterstützungsmöglichkeiten es gibt,
-

- ◆ zu analysieren, welche hemmenden und förderlichen Faktoren es für die Hebung der identifizierten Effizienzpotentiale gibt.

Im Ergebnis wird aufgezeigt, welche Maßnahmen es bedarf, um eine verbesserte (trägerübergreifende) Koordination der verschiedenen Leistungserbringer in der ambulanten Pflege zu ermöglichen und damit die identifizierten Effizienzpotentiale perspektivisch zu realisieren.

---

## 2. Begriffsbestimmungen

Um im späteren Verlauf Effizienzpotentiale einer verbesserten Koordinierung in der ambulanten Pflege aufzeigen zu können, ist es zunächst notwendig, maßgebliche Begrifflichkeiten definitorisch darzustellen. Die Differenzierung der Begrifflichkeiten in deutscher als auch englischer Sprache ist ebenfalls für die Entwicklung der Suchstrategie und die Durchführung der systematischen Recherche relevant.

In dem folgenden Kapitel 2 werden die für diese Studie zentralen Begrifflichkeiten näher erläutert.

### Kooperation vs. Koordinierung/Koordination

Die Begriffe Koordinierung bzw. Koordination (synonym) sind lateinischen Ursprungs (lat. *Ordināre*: ordnen, zusammenstellen) und sind klar vom Begriff Kooperation (lat. *Operārī* beschäftigt sein, arbeiten, wirken, verrichten) zu unterscheiden (DWDS o. J.).

**Koordinierung** bezieht sich auf die Organisation aller Aktivitäten in einer geordneten Weise und beinhaltet in seiner allgemeinen Bedeutung das aufeinander Abstimmen und die gegenseitige Zuordnung verschiedener Aspekte. Bezogen auf die Arbeitswissenschaft beschreibt der Begriff das Zusammenführen von Ressourcen, Arbeitsmitteln als auch menschlicher Arbeitskraft unter den Aspekten der Erfolgsoptimierung und Aufwandsökonomie (Wirtschaftslexikon).

Zentrale Aufgaben der Koordination können dabei folgende sein:

- ♦ Koordination löst Verteilungskonflikte,
- ♦ Koordination trägt dazu bei, dass die Arbeitsabläufe so gestaltet werden, dass Doppelarbeit vermieden wird und sich eine optimale Reihenfolge realisieren lässt,
- ♦ Koordination führt dazu, dass die Unternehmensziele stets bewusstgemacht, in der täglichen Arbeit einheitlich angewandt und ggf. auf Verbesserungs- und Änderungsmöglichkeiten hin überprüft werden,
- ♦ Koordination gleicht Wissens- und Wahrnehmungsunterschiede unter den Organisationsmitgliedern aus (Wirtschaftslexikon).

Im Rahmen dieser Studie wird der Begriff Koordinierung verwendet, wobei in den Recherchen die Variante „Koordination“ ebenfalls berücksichtigt wurde.

Auf der anderen Seite ist **Kooperation** ein Ermessensspielraum von Einzelpersonen, um zum gegenseitigen Nutzen zusammenzuarbeiten oder sich gegenseitig zu helfen. Es ist eine gemeinsame Anstrengung der Mitglieder, die in der Organisation arbeiten, um ein definiertes Ziel zu erreichen.

Im Kontext des Gesundheitswesens sei an dieser Stelle das Konzept des Case Managements beispielhaft dargestellt. Case Management leistet zur Umsetzung komplexer Versorgungsprozesse mittels eines logisch strukturierten Verfahrensablaufs Koordinierung und baut gleichzeitig verbindliche Kooperationsbeziehungen auf.

---

Die Involvierung mehrerer Akteure in der Versorgung von Personen mit komplexen Problemlagen bedingt, dass die Leistungen sowie deren Anbieter koordiniert und aufeinander abgestimmt werden müssen (Woodtly 2006). Neben dem personbezogenen Case Management sei ergänzend an dieser Stelle das übergeordnete Care Management genannt. Im Kontext der verbesserten Koordinierung bedeutet dies die Zusammenführung aller Versorgungsangebote auf regionaler Ebene und die Umsetzung einer übergeordneten Versorgungssteuerung durch Einbindung aller am Versorgungsgeschehen beteiligten Akteure.

### **Effektivität vs. Effizienz**

Es ist zu unterscheiden zwischen Effektivität (engl. effectiveness) und Effizienz (engl. efficiency). Die Effektivität wird als Maß für die Zielerreichung (Ist eine Maßnahme geeignet, das Ziel zu erreichen?) und die Effizienz als Maß für die Wirtschaftlichkeit der Zielerreichung definiert. Relevant ist die Begrifflichkeit der Effizienz im Rahmen dieser Studie, worauf im Folgenden näher eingegangen wird.

Aus dem Rationalisierungsprinzip der Betriebswirtschaftslehre lässt sich die Bedeutung der effizienten Ausgestaltung der Leistungserbringung im Gesundheitswesen ableiten (Busse *et al.* 2017: 13 f.). Dabei wird in Unternehmen, welche nach betriebswirtschaftlichen Maßstäben geführt werden, versucht,

- ♦ mit den gegebenen Ressourcen einen möglichst maximalen Output (Maximalprinzip)
- ♦ bzw. einen gegebenen Output mit einem minimalen Ressourcenverbrauch (Minimalprinzip) zu erstellen (ebd.).

Der Quotient von Inputs und Outputs bezeichnet die Effizienz (ebd.).

*„Effizient ist ein Zustand ohne Verschwendung, in dem mit den bestehenden Mitteln die größtmögliche Menge derjenigen Güter hergestellt wird, die den Konsumenten den größtmöglichen Nutzen geben. Effizienz spielt auch im Gesundheitswesen eine bedeutende Rolle, da auch hier nicht unbegrenzte Mittel zur Verfügung stehen und diese möglichst nicht verschwendet werden sollten.“* (Brügger *et al.* 2011: 16)

Grundlegend werden dabei in der Literatur zwei Dimensionen von Effizienz unterschieden:

- ♦ **Produktive Effizienz:** Ein Produkt<sup>2</sup> wird zu minimalen Kosten bzw. möglichst viel von dem Produkt mit dem gegebenen Aufwand produziert (Brügger *et al.* 2011: 16).
- ♦ **Allokative Effizienz** (im engen Sinne): beschreibt die Effizienz der Preissetzung und ist gegeben, wenn der Überschuss bei gegebenen Kosten, gegebener Nachfrage und Qualität maximal ist (Hirschhausen 2005).

---

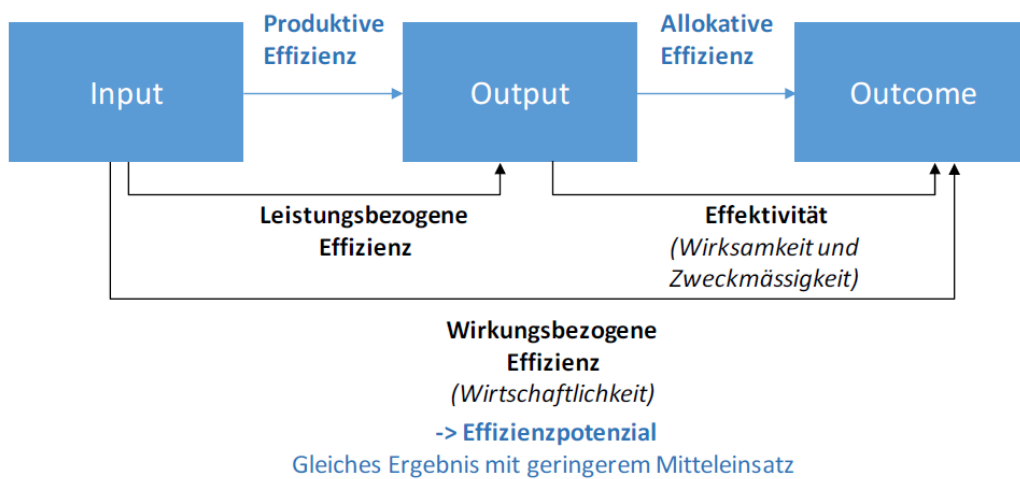
<sup>2</sup> In diesem Kontext ist das Produkt Gesundheit, bzw. die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung von Gesundheit.

---

Infolge von Informationsasymmetrien zwischen Leistungserbringern und Leistungsbeziehern kann es auch zur allokativen Ineffizienz kommen, wenn Leistungserbringer in Systemen der Einzelleistungsvergütung ein hohes Interesse haben viele Leistungen zu erbringen, auch über den tatsächlichen Bedarf hinaus. Da Leistungsbezieher nicht über die gleichen Informationen verfügen wie die Leistungserbringer, können diese eine größere Menge an Leistungen erbringen, als die die unter transparenter Information nachgefragten Menge – dies würde man dann als allokativen Ineffizienz bezeichnen (Trageser *et al.* 2018).

Die folgende Abbildung 1 veranschaulicht das Konzept der zwei Dimensionen.

Abbildung 1: Dimensionen der Effizienz



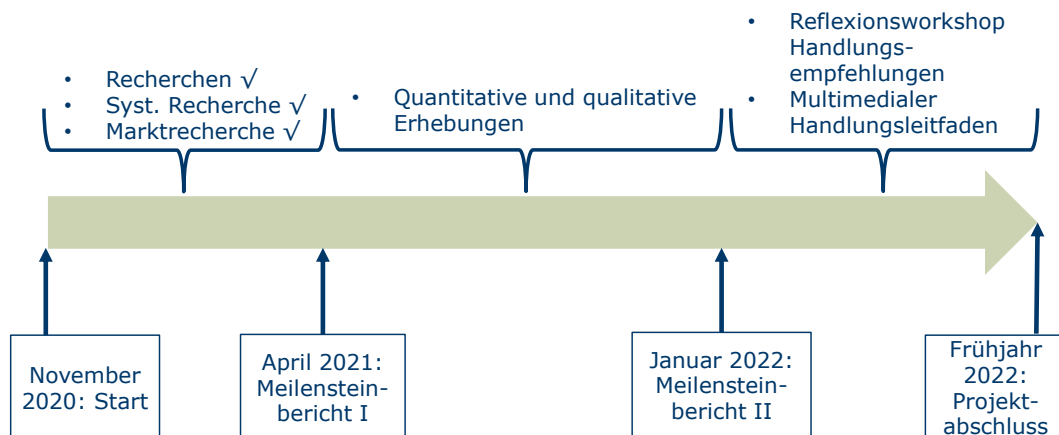
Quelle: (Trageser *et al.* 2018: 9 f.)

Schlussfolgernd kann die Erhöhung der Effizienz den Gewinn steigern oder auch finanzielle Spielräume schaffen, um andere unternehmerische Zielsetzungen in den Pflegediensten zu verfolgen (Busse *et al.* 2017: S. 13).

### 3. Vorgehensweise und Methodik

Die Projektlaufzeit dieser Studie beträgt 18 Monate (November 2020 bis April 2022). Methodisch erfolgen in der Studie mehrere Schritte. Folgende Abbildung 2 gibt einen schematischen und zeitlichen Überblick über den Projektverlauf.

Abbildung 2: Schematischer Ablauf der Studie



Quelle: IGES

Anmerkung: Stand der Durchführung bezieht sich auf den 30.04.2021

Als Ausgangspunkt für die Analyse wurden die vertragsrechtlichen Rahmenbedingungen für die ambulante Versorgung betrachtet und zusammenfassend aufbereitet. Anschließend erfolgte eine systematische Literaturrecherche zu Praxisbeispielen, Lösungsansätzen für die Vernetzung mit anderen Akteuren sowie für diensteübergreifende Kooperationen sowie eine Recherche zu technischen Lösungen.

Bis zum Zeitpunkt dieser Berichtslegung sind auf Grundlage der Analyse der wissenschaftlichen Recherchen

- ♦ die Rahmenvorgaben auf Bundes- und Landesebene,
- ♦ konkrete Beispiele und Lösungsansätze für eine verbesserte Koordination in der ambulanten Pflege auf regionaler und betrieblicher Ebene und
- ♦ digitale Produkte zur Unterstützung der Koordinierung

dargestellt. Die Beschreibung der einzelnen methodischen Vorgehensweisen sind in den folgenden Abschnitten erläutert.

Grundlegend sind drei Betrachtungsebenen im Rahmen der vorliegenden Studie maßgeblich (Abbildung 3):

1. Die Bundes- bzw. Landesebene als Ausgangspunkt für die Analyse der Rahmenbedingungen für die Leistungserbringung.

2. Auf der regionalen Ebene bilden ggf. besondere Strukturen (Raumordnungstyp, Infrastrukturmerkmale, Einzugsgebietsgrößen, regionaler Pflege- und Arbeitsmarkt, etc.) den spezifischen Rahmen. Weiterhin sind auf dieser Ebene Beispiele und Lösungsansätze für die Vernetzung mit anderen Akteuren sowie für diensteübergreifende Kooperationen zu identifizieren.
3. Auf betrieblicher und Trägerebene sind schwerpunktmäßig gute Praxisbeispiele und (digitale) Lösungen zur Optimierung der betrieblichen Prozesse sowie des Personaleinsatzes mit Blick auf Arbeitszufriedenheit und Entlastung von Pflegekräften zu recherchieren und zu analysieren.

Abbildung 3: Betrachtungsebenen im Rahmen der Untersuchung



Quelle: IGES

### Ausblick auf den weiteren Studienverlauf

Auf Grundlage der hier präsentierten Ergebnisse werden in einem nächsten Schritt eine bundesweite Online-Befragung ambulanter Pflegedienste sowie eine Befragung der Kostenträger (Kranken-/Pflegekassen und Sozialhilfeträger) konzipiert und umgesetzt.

Unter anderem soll im Rahmen der Befragungen ermittelt werden, wie die identifizierten gesetzlichen Rahmenbedingungen in der Praxis umgesetzt bzw. gehandhabt werden und welches Optimierungspotential durch die Befragten gesehen wird. Ebenfalls wird der Forschungsfrage, ob den Leistungserbringern von ambulanten Pflegeleistungen auf Landes- oder kommunaler Ebene bestimmte Förderhilfen gewährt werden (z. B. Begünstigungen im ÖPNV bzw. bei der Kfz-Beschaffung, Sonderparkrechte, Wohnraumüberlassung, Kinderbetreuungsmöglichkeiten):

- ♦ um im Einzugsgebiet/im Quartier in effizienter Weise die Pflegeleistungserbringung sicherzustellen und/oder
- ♦ zur Unterstützung vernetzter, regional eingegrenzter Pflegeangebote

nachgegangen.

Darüber hinaus wird in den Befragungen eruiert, wie groß die Verbreitung von u. a. (digitalen) Arbeitshilfen und Kooperationsformen ist, wie diese aus Sicht der Praxis bewertet werden. Etwaige systematische Unterschiede werden auf Bundeslandebene dargestellt.

Ziel der Befragung ist die Schaffung einer quantitativen Grundlage zur Abschätzung des Status quo der Nutzung innerbetrieblicher und regionaler Maßnahmen zur Optimierung der Koordinierung in der ambulanten Versorgung (u. a. hinsichtlich des Personaleinsatzes) sowie zu bestehenden Hemmnissen und wahrgenommenen Defiziten aus Sicht von Kostenträgern und Leistungserbringern. Diese bildet die Basis zur quantitativen Abschätzung von Effizienzpotentialen in der ambulanten Pflege.

Neben der Erhebung quantitativer Daten sind im Projektverlauf ebenfalls qualitative Erhebungen mittels Telefoninterviews, Fokusgruppen und Expertenworkshops geplant.

Die Ergebnisse des vorliegenden Berichtes sowie der empirischen, qualitativen und quantitativen Daten werden zur Ableitung von Handlungsempfehlungen zugrunde gelegt. Diese werden voraussichtlich im Februar 2022 im Rahmen eines Expertenworkshops diskutiert und finalisiert. Die resultierenden Ergebnisse werden mittels eines multimedialen Handlungsleitfadens veröffentlicht und auf einer Abschlusspräsentation im Frühjahr 2022 präsentiert.

### **3.1 Recherche der Rahmenvorgaben auf Bundes- und Landesebene**

Die Recherche der rechtlichen Rahmenvorgaben auf Bundes- und Länderebene für die Leistungserbringung in der ambulanten pflegerischen Versorgung erfolgte als Desktop-Recherche. Als Ausgangspunkt dienten folgende Forschungsfragen:

- ♦ Welche Vorgaben sind den einschlägigen Rahmenverträgen auf Bundes- oder Landesebene zur ambulanten Pflege, welche ggf. aus sonstigen Rahmenwerken, im Hinblick auf Einzugsgebiete von nach SGB XI zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen zu entnehmen?
  - ♦ Welche rechtlichen Vorgaben werden für die Vernetzung verschiedener Leistungserbringer gestellt, damit diese ihre Leistungen entsprechend koordinieren können?
  - ♦ Welche Empfehlungen nach § 8a SGB XI hat die kommunale Ebene über Landespflegeausschüsse oder regionale Ausschüsse in den Kreisen und kreisfreien Städten zur ambulanten Pflegeinfrastruktur getroffen?
-



- ♦ Welchen Rahmenbedingungen unterliegt eine gemeinsame Inanspruchnahme häuslicher Pflegehilfeleistungen durch mehrere Pflegebedürftige (§ 36 Abs. 4 Satz 4 SGB XI)?

Dazu wurden zunächst die für die Leistungserbringung in der ambulanten pflegerischen Versorgung relevanten Regelungen in den Sozialgesetzbüchern V, XI und XII identifiziert und ausgewertet. Der Auswertungsschwerpunkt lag hierbei vor allem auf rechtlichen Vorgaben in Bezug auf Regelungen zu Einzugsgebieten, Personalvorgaben und überbetrieblichen Kooperationen. Anschließend wurde die Recherche auf die Landesebene ausgeweitet. Hierzu wurden die Rahmen- und Muster-Versorgungsverträge für die einzelnen Bundesländer recherchiert und auf die genannten Schwerpunkte fokussiert ausgewertet. Die Recherche der Muster-Versorgungsverträge erfolgte über die jeweiligen Landesvertretungen des Verbandes der Ersatzkassen (vdek). Insbesondere durch die Sichtung der Sozialgesetzbücher und Landesrahmenverträge ergaben sich weitere in Zusammenhang stehende Richtlinien, Beschlüsse und Empfehlungen, die hauptsächlich vom Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Spitzenverband) und dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) stammen. Diese wurden auf den Internetseiten der jeweiligen Institutionen recherchiert und anschließend in die Auswertung einbezogen.

Im Zusammenhang mit den gesetzlichen Regelungen stehende Empfehlungen der Landespflegeausschüsse wurden auf den jeweiligen Internetseiten der Länder recherchiert. Da sie jedoch größtenteils nicht öffentlich zugänglich sind, erfolgte ihre Betrachtung nur untergeordnet.

### **3.2 Recherche von Praxisbeispielen und Lösungsansätzen für eine verbesserte Koordinierung in der ambulanten pflegerischen Versorgung**

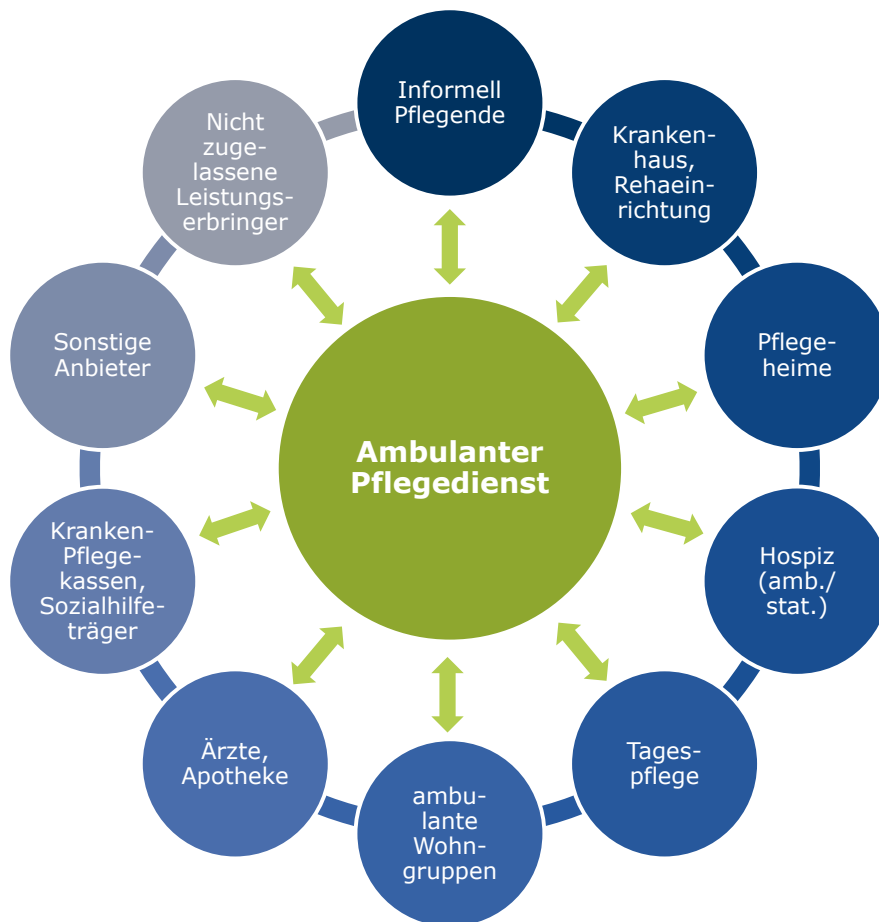
Als Ausgangspunkt für die wissenschaftlichen Recherchen wurden folgende Leitfragen festgelegt:

- ♦ Gibt es bekannte und/oder praktizierte Praxisbeispiele, Konzepte oder Ansätze zur verbesserten Koordinierung in der ambulanten Pflege?
  - ♦ Welche Akteure sind an der Umsetzung und (langfristigen) Realisierung beteiligt?
  - ♦ Welche Effizienzpotentiale ergeben sich auch Sicht der betrieblichen Arbeitsorganisation?
  - ♦ Welche Effizienzpotentiale ergeben sich auch Sicht des Versorgungssystems?
  - ♦ Welche Effizienzpotentiale werden bei diesen Beispielen durch die verbesserte Koordination/Vernetzung aufgezeigt?
  - ♦ Welche Rolle spielt bei den identifizierten Beispielen die Zuhilfenahme von digitalen Anwendungen?
-

- ♦ Welche hemmenden und förderlichen Faktoren lassen sich aus den Beispielen ableiten und welchen Einfluss hat dies auf die Umsetzbarkeit unter den geltenden Rahmenbedingungen?

Zur Entwicklung eines geeigneten Suchschemas wurden weiterhin mögliche wesentliche Vernetzungspartner der ambulanten Pflege zusammengefasst (Abbildung 4).

Abbildung 4: wesentliche Vernetzungspartner ambulanter Pflegedienste



Quelle: IGES

### 3.2.1 Recherche in bibliographischen Datenbanken

Für die systematische Recherche in den wissenschaftlichen Literaturdatenbanken PubMed, Embase und Emcare über Ovid SP wurde zunächst eine geeignete Suchstrategie erarbeitet und ein Suchstring entwickelt. Dieser wurde in einem ersten Schritt datenbankunabhängig formuliert und wird im Folgenden als „Mastersuchstring“ bezeichnet. Der Mastersuchstring operationalisiert die Forschungsfragen, indem diese in einzelne inhaltliche Komponenten zerlegt werden, denen dann systematisch geeignete Keywords (d. h. Schlag- und Stichworte) zugeordnet werden.

Im Rahmen der Recherche wurden die Komponenten dann, angelehnt an das PICO-Schema, kombiniert abgefragt. Der entwickelte Mastersuchstring, bestehend aus den drei Blöcken „Setting“, „Intervention/Interest“ und „Outcome“, enthielt für die separate Suche spezifische englischsprachige Suchbegriffe. Diese wurden in der Suchabfrage innerhalb einer Spalte mittels des Bool'schen Operators „OR“ verknüpft. Im Anschluss wurden dann die einzelnen Spalten mittels des Bool'schen Operators „AND“ kombiniert abgefragt. Zur Eingrenzung der Treffer in den Datenbanken wurde nach dem Veröffentlichungszeitraum von 10 Jahren gefiltert.

In mehreren Testrecherchen wurden die einzelnen Suchbegriffe jeweils überprüft und davon ausgehend ein passender Suchstring entwickelt. Anschließend wurden über die Nutzung unterschiedlicher Felder (field tags) verschiedene Möglichkeiten der Suche getestet. Tabelle 1 zeigt die finale Suchstrategie für die Literaturdatenbank PubMed und ist hier beispielhaft für alle Abfragen präsentiert.

---

Tabelle 1: Finale Medline Suchabfrage via PubMed am 13. Januar 2021

Nr.	Kombination der Suchbegriffe	Erzielte Treffer
#1	care service[tiab] OR care services[tiab] OR home care agency[tiab] OR home care agencies[tiab] OR care provider[tiab] OR care providers[tiab] OR community nursing[tiab] OR district nurs*[tiab] OR professional care[tiab] OR nurs*[tiab] OR nursing assistant[tiab] OR nursing assistants[tiab] OR nursing staff[tiab] OR community health nursing[tiab] OR nurses[MeSH] OR Nursing Assistants[MeSH] OR Nursing Staff[MeSH] OR Nursing Services[MeSH] OR Home Care Agencies/organization and administration[MeSH] OR Home Care Services/organization and administration[MeSH] OR Community Health Nursing/organization and administration[MeSH]	641.023
#2	Efficiency, Organizational[tiab] OR inefficiency[tiab] OR economic[tiab] OR economics[tiab] OR quality improvement[tiab] OR coordination[tiab] OR Models, Organizational[tiab] OR work organization[tiab] OR work organisation[tiab] OR cooperation[tiab] OR innovative model[tiab] OR innovative models[tiab] OR Organizational Innovation[tiab] OR Organizational Innovations[tiab] OR Organizational Change[tiab] OR Nursing, Team[tiab] OR nurs* skill mix[tiab] OR Personnel Staffing and Scheduling[tiab] OR nurse leadership[tiab] OR nurs* leadership OR working time[tiab] OR roster[tiab] OR Digitalization[tiab] OR Digitalisation[tiab] OR Models, Nursing[tiab] OR integrated care[tiab] OR person-centered care[tiab] OR Care Management[tiab] OR Case Management[tiab] OR network[tiab] OR networks[tiab] or networking[tiab] OR Case Management[MeSH] Efficiency, Organizational[MeSH] OR Organizational Innovation[MeSH] OR Nursing, Team/organization and administration[MeSH] OR Personnel Staffing and Scheduling/organization and administration[MeSH]	38.818
#3	ambulatory care[tiab] OR community based[tiab] OR home care[tiab] OR long-term care[tiab] OR outpatient[tiab] OR Ambulatory care[MeSH] OR Long-Term Care[MeSH]	298.970
#4	#1 AND #2 AND #3	703
#5	#4 AND (english[la] OR german[la])	683
#6	#5 AND 2010:2021[pdat]	217

Quelle: IGES

Über das Portal Ovid wurde die systematische Recherche sowohl in der Datenbank Embase als auch in Emcare durchgeführt. Analog zur PubMed Recherche wurden in mehreren Testdurchgängen die Suchbegriffe einzeln überprüft und eine finale Suchstrategie entwickelt. Über die Funktion „Search Fields“ wurden verschiedene Möglichkeiten für die einzelnen Suchbegriffe geprüft. Final wurde die Verwendung von „multi-purpose“ (.mp.) als geeignetes Suchfeld gewählt. Dieses beinhaltet u. a. die Suche in Titel, Abstrakt, Keyword, Floating Subheading Word und Heading Word.

### 3.2.2 Vorwärtssuche und ergänzende Handrecherche

Anschließend an die Recherche in den bibliografischen Datenbanken erfolgte auf Grundlage der eingeschlossenen Volltexte eine strukturierte Vorwärtssuche von Zitationen („forward tracking“).

Darüber hinaus wurde eine ergänzende Handrecherche mit Schlagwortsuche über Google Scholar sowie in thematisch einschlägigen Projektdatenbanken wie ZQP, INQA sowie der auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) etablierten Website Pflegenetzwerk Deutschland durchgeführt. Für die Handrecherche wurden die Suchbegriffe aus dem Mastersuchstring in deutscher und englischer Sprache genutzt.

Darüber hinaus wurde, nach Einschluss einschlägiger Literatur zu Modellen der verbesserten Koordinierung, gezielt nach weiteren Informationen und Publikationen des spezifischen Ansatzes recherchiert, um ein möglichst umfassendes Bild zu erhalten.

### 3.2.3 Verwaltung der Trefferlisten und Selektionskriterien

Die Trefferlisten der verschiedenen Datenbanken sowie die Treffer aus der ergänzenden Recherche wurden in dem Literaturverwaltungsprogramm Endnote Version X7 abgelegt. Im Zuge des Imports der Trefferlisten wurden über Endnote vorhandene Duplikate entfernt.

Um im weiteren Prozess strukturiert die identifizierten internationalen und nationalen Praxisbeispiele, Modelle und/oder Ansätze zu selektieren wurden die Treffer in einem ersten Schritt auf Ebene der Titel und Abstrakte bzw. bei nicht wissenschaftlichen Veröffentlichungen (z. B. Projektbeschreibungen oder Webseiten) auf Grundlage der vorab definierten Ein- und Ausschlusskriterien untersucht. Die zur Selektion herangezogenen Ein- und Ausschlusskriterien sind Tabelle 2 zu entnehmen.

In einem abschließenden Schritt wurden die als einschlägig identifizierten Veröffentlichungen im Volltext hinsichtlich der definierten Kriterien in Tabelle 2 überprüft und ggf. im Projektteam diskutiert. Außerdem wurden Publikationen ausgeschlossen, welche im Hinblick auf die Forschungsfrage keine relevanten Informationen oder Befunde beinhalten. Dazu zählen Arbeiten, die keine vertiefenden Informationen zu Methoden und Maßnahmen einer verbesserten betrieblichen und regionalen (diensteübergreifenden) Koordinierung der Leistungserbringung in der ambulanten Pflege, digitalen Unterstützungsmöglichkeiten sowie Umsetzungskriterien oder Prozessoptimierungen durch bspw. Vernetzung verschiedener Leistungserbringer in einer Region zur Eröffnung weiterer Versorgungskapazitäten liefern.

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien

Kriterium	Einschluss	Ausschluss
<b>Beteiligte Leistungserbringer/ Akteure</b>	Ambulante Dienste/Langzeitversorgung (nicht stationär)	Stationäre Einrichtungen/Akutpflege
	Kooperationen mit anderen Leistungserbringern/Versorgungsbereichen/Kommunen	Pflegebedürftige Personen und pflegende Angehörige
	Ggf. auch Beteiligung der informellen Pflege im Modell (Angehörige, Ehrenamt, Selbsthilfegruppen etc.)	
<b>Modellkriterien</b>	innerbetriebliche und außerbetriebliche Ebene/ regional und überregional	Modelle ohne Bezug zur betrieblichen Ebene (z. B. Pflegemodelle)
	Fokus auf die Arbeitsorganisation und Organisationseinheit	Fokus auf die Bewertung/Effektivität etc. einzelner pflegerischer Tätigkeiten
	Vereinbarungen und Regelung/ Ablauf der Verantwortlichkeiten (z. B. im Rahmen von Kommunikationsprozessen, Versorgungspfaden)	
	Digitale Unterstützungsmöglichkeiten	
<b>Verortung</b>	OECD-Länder <sup>3</sup>	Nicht OECD-Länder
<b>Sprache</b>	Deutsch, Englisch	Andere Sprachen
<b>Studientyp/Dokumententyp/Quellentyp/Quelle</b>	Primär- sowie Sekundärstudien, Systematische Reviews, Webseiten von Projekten, Projektflyer	Kommentare, Leserbriefe
<b>Veröffentlichungszeitraum</b>	Veröffentlichungen vom 01.01.2010 bis heute	Veröffentlichungen vor dem 31.12.2009

Quelle: IGES

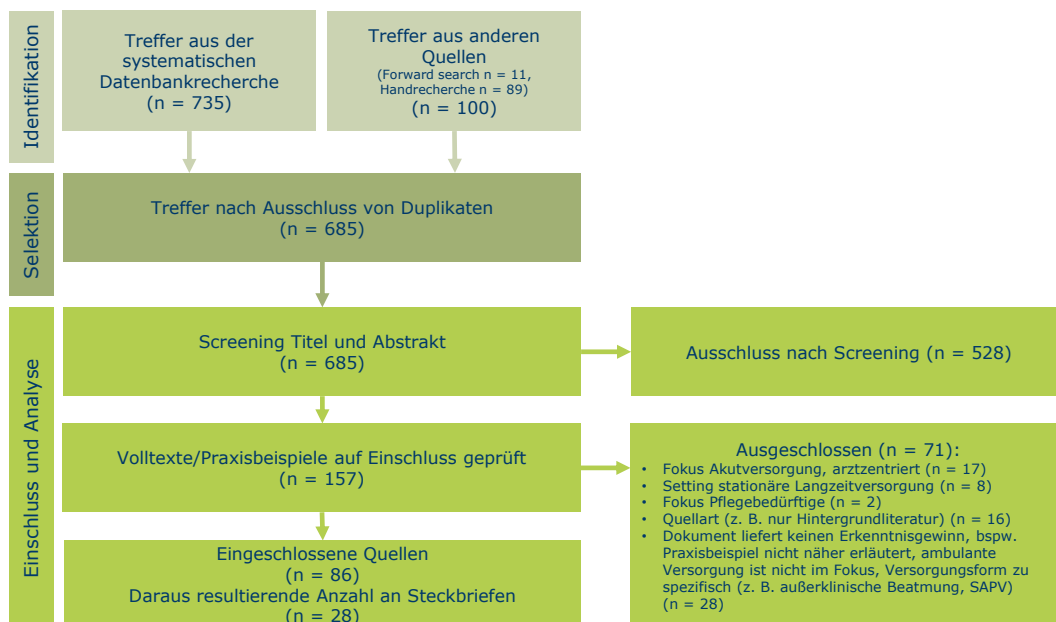
### 3.2.4 Umsetzung der Recherche und Datenextraktion

Über die systematische Datenbankrecherche wurden insgesamt 735 Treffer in den Datenbanken PubMed (n = 217), Emcare und Embase (n = 518) erzielt. Ergänzend kamen über die Vorwärtssuche 11 weitere Treffer hinzu und über die umfassende Handrecherche weitere 89 Quellen. Nach Ausschluss von Duplikaten erfolgte die

<sup>3</sup> Australien, Österreich, Belgien, Chile, Kanada, Tschechische Republik, Dänemark, Finnland, Frankreich, Deutschland, Estland, Griechenland, Ungarn, Island, Irland, Italien, Japan, Korea, Kolumbien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Mexiko, Niederlande, Neuseeland, Norwegen, Polen, Portugal, Slowakische Republik, Slowenien, Spanien, Schweden, Schweiz, Türkei, Großbritannien und die Vereinigten Staaten.

Sichtung der Titel und Abstrakt von 685 Treffern. Nach Ausschluss von 528 Quellen, welche die Ein- und Ausschlusskriterien nicht erfüllten, wurden 157 Volltexte bzw. Praxisbeispiele auf ihre Eignung geprüft. Abschließend erfüllten 86 Quellen die Ein- und Ausschlusskriterien und wurden in die Analyse eingeschlossen. Der häufigste Grund für den Ausschluss nach vertiefter Sichtung war mit 39,4 %, dass keine Erkenntnisgewinne aus der Quelle für die vorliegende Studie extrahiert werden konnten, z. B. weil das Praxisbeispiel nicht näher erläutert wurde. Der Fokus auf der Akut- oder stationären Langzeitversorgung sowie arztzentrierte Ansätze der Praxisbeispiele waren weitere Ausschlussgründe. Der Selektionsprozess ist in Abbildung 5 dargestellt.

Abbildung 5: Flow-Chart der systematischen Literaturrecherche



Quelle: IGES

Aus den als relevant identifizierten Literaturquellen wurden die für die vorliegende Studie relevanten Daten extrahiert. Dabei handelt es sich neben allgemeinen Informationen (z. B. Studientyp/Dokumententyp/Quellart) auch um Details zur regionalen Verortung in dem das Praxisbeispiel oder Konzept umgesetzt wird. Dies ist vor allem bei den internationalen Ansätzen von Relevanz, um auf Grundlage des vorherrschenden Gesundheits- bzw. Pflegesystems die Übertragbarkeit auf Deutschland einzuschätzen. Des Weiteren wurden, wenn vorhanden, inhaltliche Daten zum Praxisbeispiel, zu den am Konzept beteiligten Akteuren und/oder Leistungserbringern sowie zu den bisherigen Ergebnissen bzw. wissenschaftlichen Evaluationen extrahiert. Nachdem abschließend Inhalte zur Umsetzbarkeit und Wirtschaftlichkeit aus den Literaturquellen recherchiert wurden, wurden aus der vorliegenden Datengrundlage zum Praxisbeispiel die Übertragbarkeit und das Effizienzpotential abgeleitet. Nachfolgend erfolgte eine tabellarische und textuelle

Aufbereitung der Informationen in Form kurzer Steckbriefe (mögliche und beispielhafte Inhalte sind in Tabelle 3 dargestellt).

Tabelle 3: Steckbriefvorlage zu den Praxisbeispielen/Konzepten/Ansätzen

Name Praxisbeispiel/Konzept/Ansatz	
<b>Land (Gesundheitssystem)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ zur Einordnung bezgl. des Gesundheits- bzw. Pflegesystems und zur Einschätzung der Übertragbarkeit auf Deutschland</li> </ul>
<b>Studientyp/Dokumententyp/Quellart</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ z. B. Querschnittstudie, RCT, Systematic Review, Website, Projektflyer, Projektbericht</li> </ul>
<b>Praxisbeispiel/Konzept/Ansatz zur verbesserten Koordination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ innerbetriebliche und außerbetriebliche Ebene</li> <li>◆ regional und überregional</li> <li>◆ Arbeitsorganisation und Organisationseinheit</li> <li>◆ Art des Praxisbeispiels/Konzepts/Ansatzes</li> <li>◆ Ziel des Praxisbeispiels/Konzepts/Ansatzes</li> <li>◆ Inhalt des Praxisbeispiels/Konzepts/Ansatzes</li> <li>◆ Einbezug weiterer Berufsgruppen und Art und Weise des Einbezugs</li> <li>◆ Vereinbarungen und Regelung/Ablauf der Verantwortlichkeiten (z. B. im Rahmen von Kommunikationsprozessen, Versorgungspfaden)</li> <li>◆ digitale Unterstützungsmöglichkeiten</li> <li>◆ Vernetzung, Quartiersansätze, Optionen/Formen für eine gemeinsame Inanspruchnahme von Leistungen in einer Häuslichkeit („Poolen“, z. B. Pflege WGs)</li> </ul>
<b>Beteiligte Leistungserbringer/Akteure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ ambulante Dienste (alle Rechtsformen), Pflege WGs (anbieterverantwortet, selbstverantwortet etc.)</li> <li>◆ Kooperationen/Vernetzung mit anderen Leistungserbringern und/oder sonstigen Unterstützungsangeboten/Versorgungsbereichen/Kommunen</li> <li>◆ ggf. auch Beteiligung der informellen Pflege im Praxisbeispiel/Konzept/Ansatz (Angehörige, Ehrenamt, Selbsthilfegruppen etc.)</li> </ul>
<b>Ergebnisse des Praxisbeispiels/Konzeptes/Ansatzes</b>	<p>Aus Sicht der betrieblichen (und dienstübergreifenden) Arbeitsorganisation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Koordinierung der Leistungserbringung, optimierter Personaleinsatz i. S. der Dienst- und Tourenplanung (Maximierung der Versorgungszeiten durch Minimierung der Wege- und Organisationszeiten, Ausschöpfung des Arbeitszeitvolumens unter Berücksichtigung der Qualität der Versorgung, Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit)</li> </ul> <p>Aus Sicht des Versorgungssystems:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Rolle und Aufgabe der ambulanten Dienste, Minimierung von Schnittstellenproblematiken durch Vernetzung und Kooperation</li> <li>◆ Potentiale zur Steigerung der Prozesseffizienz und Erhöhung der Versorgungskapazitäten durch Vernetzung und Kooperation verschiedener Leistungserbringer der Region</li> <li>◆ Rahmenvorgaben (inkl. strukturspezifische Förderhilfen, etwa im ländlichen Raum, und landesspezifische Finanzierungs- und Vergütungssystematiken)</li> </ul> <p>Weiteres:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ digitale Unterstützungsmöglichkeiten</li> <li>◆ Zusammenarbeit zwischen professionellem Pflegepersonal und weiteren Berufsgruppen sowie ggf. informell Pflegenden</li> </ul>



<b>Umsetzbarkeit und Wirtschaftlichkeit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ hemmende und förderliche Faktoren einbeziehen, wenn in der Studie abgebildet (z. B. auch Qualifikation des Personals)</li> <li>◆ Abbildung der Kosten bzw. Kosten-Nutzen-Informationen (Wirksamkeit und ökonomische Effizienz)</li> <li>◆ Unterscheidung Modellvorhaben oder Regelversorgung</li> </ul>
---------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### Bewertung der Übertragbarkeit und des Effizienzpotentials

u. a. Vergütung bzw. finanzielle Anreize, Rolle und Qualifikation des Personals, Datenzugänge etc.

Übertragbarkeit:

Effizienzpotential aus Sicht des Versorgungssystems:

Effizienzpotential aus Sicht der betrieblichen (und dienstübergreifenden) Arbeitsorganisation:

<b>Quellen</b>	Auflistung aller herangezogenen Quellen zur Darstellung des Praxisbeispiel/Konzept/Ansatz
----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

Quelle: IGES

### 3.3 Recherche von technischen Anwendungen für die ambulante Pflege

Anfang Februar 2021 erfolgte eine Desktop-Recherche zu international verfügbaren Branchenlösungen mit dem Ziel der Unterstützung und Verbesserung der Koordinierung und Zusammenarbeit in der ambulanten pflegerischen Leistungserbringung.

Zunächst wurden die in diesem Kontext relevanten Ergebnisse der von IGES durchgeführten „Studie zu den Potentialen der Telepflege in der pflegerischen Versorgung“ (Hahnel *et al.* 2020) für das BMG sowie des durch IGES erfolgten Produkttests „Pflegedokumentationssoftware in der Altenpflege“ für die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) zusammengestellt (Beckmann 2018, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2018).<sup>4</sup>

In der Studie zu den Potentialen der Telepflege wurden telepflegerische Einzeltechnologien der folgenden Anwendungsbereiche erfasst:

- ◆ Datenaustausch mittels elektronischer Datenerfassung und Dokumentation in der Pflege,
- ◆ Technische Assistenzsysteme,
- ◆ Anwendungen im digitalen Wundmanagement,
- ◆ Robotik in der Pflege sowie
- ◆ Anwendungen zur Beratung und Stärkung von Kompetenzen.

Sofern die dort identifizierten Einzeltechnologien bzw. technische Anwendungen im Rahmen dieser Studie zur Verbesserung der Koordinierung in der ambulanten

4 Siehe dazu [https://www.bgw-online.de/DE/Medien-Service/BGW-test/Test%20Software/BGW-test-Software\\_node.html](https://www.bgw-online.de/DE/Medien-Service/BGW-test/Test%20Software/BGW-test-Software_node.html)

pflegerischen Versorgung relevant waren, wurden sie in der Recherche einbezogen.

Softwarelösungen zur Pflegedokumentation in der ambulanten Pflege, die aus dem BGW test (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2018) bekannt waren, wurden auf ihre Aktualität und Verfügbarkeit auf dem Markt geprüft. Nach Sichtung verschiedener verfügbarer Einzellösungen wurde ersichtlich, dass die Anwendungen jeweils einem ähnlichen Aufbau und Prinzip folgten (in Umsetzung des weit verbreiteten Strukturmodells zur entbürokratisierten Pflegedokumentation, vgl. [www.ein-step.de](http://www.ein-step.de)) und sich größtenteils in der Ausgestaltung (Menüführung, grafische Aufbereitung, etc.) unterschieden. Die Recherche nach Softwarelösungen wurde beendet, als auch nach Einbezug weiterer Anwendungen keine neuen Erkenntnisse mehr generiert werden konnten.

Bei der Desktop-Recherche stand die Frage, welche Anwendungen Pflegedienste suchen und wie sie dabei vorgehen würden, im Fokus. Daher wurden digitale Anwendungen und entsprechende Anbieter über eine Desktop-Recherche via Google ermittelt. Zusätzlich wurde eine weitere Anwendung über die Plattform ResearchGate (<https://www.researchgate.net/>) gefunden. Es konnten insgesamt 25 Branchenlösungen identifiziert werden.

Anschließend erfolgte eine Analyse und Kategorisierung der über diese verschiedenen Vorgehensweisen identifizierten technischen Anwendungen bezüglich ihres Anwendungsfeldes, ihres Inhalts/Umfangs sowie möglichen Effizienzpotentiale für die Pflegedienste. Die Analyseergebnisse fließen in den späteren Projektschritten, z. B. in die Erstellung der Fragebögen der qualitativen und quantitativen Befragungen, mit ein.

---

## **4. Rechtliche Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege in Deutschland**

Im folgenden Kapitel 4 sind die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Leistungserbringung in der ambulanten pflegerischen Versorgung dargestellt. In den zugehörigen Unterkapiteln werden die geltenden gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen auf Bundesebene sowie auf Länderebene vertragliche Regelungen durch die jeweiligen Landesrahmen- und Muster-Versorgungsverträge dargelegt. Untergeordnet betrachtet werden auch die Empfehlungen durch die regionalen bzw. Landespflegeausschüsse nach § 8a SGB XI.

Art, Inhalt und Umfang der Leistungserbringung ambulanter Pflege- und Betreuungsdienste für Menschen mit Pflegebedarf werden durch umfangreiche bundes- und landesgesetzliche Rahmenbedingungen bestimmt. Maßgebende bundesgesetzliche Regelungen sind im SGB XI und SGB V sowie ergänzend im SGB IX bzw., SGB XII („Hilfe zur Pflege“) enthalten. Hinzukommen bundesweit geltende Richtlinien der Pflegeselbstverwaltung und des Gemeinsamen Bundesausschusses. Sogenannte Pflegesachleistungen werden in der Regel durch ambulante Pflege- und Betreuungsdienste entweder in Form der häuslichen Pflegehilfe (§ 36 SGB XI) oder der häuslichen Krankenpflege (insbesondere § 37 SGB V) erbracht.

Die nachfolgende Tabelle 4 gibt einen Überblick über für die vorliegende Studie relevante Paragraphen und Richtlinien – untergliedert nach SGB XI, V und ergänzend XII.

Tabelle 4: Überblick der rechtlichen Rahmenbedingungen für die Leistungserbringung in der ambulanten Pflege

	<b>SGB XI</b>	<b>SGB V</b>	<b>SGB XII</b>
<b>Geregelte pflegerische Leistungen</b>	Körperbezogene Pflegemaßnahmen, Pflegerische Betreuungsmaßnahmen, Hilfen bei der Haushaltsführung	Grund- und Behandlungspflege, Haushaltshilfe	Körperbezogene Pflegemaßnahmen, Pflegerische Betreuungsmaßnahmen, Hilfen bei der Haushaltsführung
<b>Paragrafen im SGB / Richtlinien</b>	§ 36 Pflegesachleistung	§ 37 Häusliche Krankenpflege	§ 64b Häusliche Pflegehilfe
	§ 71 Pflegeeinrichtungen	§ 38 Haushaltshilfe	§ 76 Inhalt der Vereinbarungen (gemeint sind Leistungsvereinbarungen)
	§ 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag	§ 132 Versorgung mit Haushaltshilfe	
	§ 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung	§ 132a Versorgung mit häuslicher Krankenpflege	§ 80 Rahmenverträge
	§ 80 SGB XI (in erweiterter Fassung des 11. Kap. SGB XI verschoben); u.a. § 113 SGB XI	§ 140a besondere Versorgung	

Quelle: IGES, eigene Darstellung

Ferner gibt es im Pflegeversicherungsrecht weitere Leistungen, die unter anderem auch von ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten erbracht werden können. So können Pflegebedürftige ab dem Pflegegrad 1 beispielsweise ihren Entlastungsbetrag von bis zu 125 Euro monatlich ebenfalls für Leistungen ambulanter Pflege- und Betreuungsdienste im Sinne des § 36 SGB XI einsetzen (vgl. § 45b Abs. 1 Satz 3 Nummer 3 SGB XI, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht für Leistungen im Bereich der Selbstversorgung). Darüber hinaus können Bewohnerinnen und Bewohner die in ambulant betreuten Wohngruppen (u. a. Pflege-WG) leben, nach § 38a Abs. 1 SGB XI einen pauschalen Zuschlag von 214 Euro pro Monat in Anspruch nehmen.

Auf Landesebene sind für die vorliegende Studie vor allem die „Gemeinsame Empfehlung gemäß § 75 Abs. 5 SGB XI zum Inhalt der Rahmenverträge nach § 75 Abs. 2 SGB XI zur ambulanten pflegerischen Versorgung vom 13. Februar 1995“, die Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI sowie die jeweiligen Muster-Versorgungsverträge nach § 72 in Verbindung mit § 71 Abs. 1 und 1a SGB XI relevant. Des Weiteren sind die Regelungen des SGB V §§ 39a (Hospize), 132 (Haushaltshilfe), 132a (häusliche Krankenpflege), 132b (Soziotherapie), 132i (außerklinische Intensivpflege), 140a (Besondere Versorgung) zwischen geeigneten professionellen Leistungserbringern und den jeweils zuständigen Kassen oder deren Verbänden (Pflege- oder Krankenkassen) zu berücksichtigen. Ergänzend kommen für Pflege- und Betreuungsdienste, die Leistungen nach dem SGB XII – also im Rahmen von Sozialhilfe – in der Häuslichkeit der Pflegebedürftigen anbieten, Rahmenverträge nach § 80 SGB XII sowie einrichtungsindividuelle, in der Regel öffentlich nicht einsehbare Vereinbarungen mit den jeweiligen Trägern der Sozialhilfe hinzu.

#### **Exkurs: „Gemeinsame Empfehlung gemäß § 75 Abs. 5 SGB XI zum Inhalt der Rahmenverträge nach § 75 Abs. 2 SGB XI“**

Die „Gemeinsame Empfehlung gemäß § 75 Abs. 5 SGB XI zum Inhalt der Rahmenverträge nach § 75 Abs. 2 SGB XI zur ambulanten pflegerischen Versorgung vom 13. Februar 1995“ wurde 1995 von den Spitzenverbänden der Pflegekassen und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene erarbeitet. Seit 2001 handelt es sich dabei rechtsformal um Empfehlungen gemäß § 75 Abs. 6 SGB XI. Eine Aktualisierung und Anpassung unterblieb bislang. Ziel der gemeinsamen, nicht verbindlichen Empfehlungen der Pflegeselbstverwaltung auf Bundesebene ist die Sicherstellung der ambulanten pflegerischen Versorgung im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI). Inhalte der Empfehlungen beziehen sich u. a. auch auf örtliche Einzugsbereiche und Kooperationen. Personalvorgaben sind zum Teil enthalten (bspw. bzgl. des Anteils geringfügig beschäftigter Mitarbeitender). Die Empfehlungen sollen als Grundlage bei der Erstellung der Rahmenverträge gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI in den einzelnen Bundesländern dienen. Insbesondere ältere Landesrahmenverträge aus den 1990er Jahren haben diese Empfehlungen berücksichtigt und teils im Wortlaut übernommen (bspw. zu Anpassungen der Einzugsgebiete).

Im Rahmen dieser Studie liegt der Fokus auf rechtlichen und vertraglichen Regelungen zu Personalvorgaben und Qualifikationen in der ambulanten pflegerischen Versorgung sowie Einzugsgebieten und einrichtungsübergreifenden Kooperationsmöglichkeiten mit anderen Leistungserbringern. In der nachfolgenden Tabelle 5 sind die untersuchten gesetzlichen, untergesetzlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege im weiteren Sinne (ohne innovative Wohnformen) überblicksartig dargestellt.

---

Tabelle 5: Überblick über im Rahmen der Studie betrachteten gesetzlichen, untergesetzlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege im weiteren Sinne (ohne innovative Wohnformen)

Thematik und Ebene		Rechtsbereich		
		SGB XI	SGB V	SGB XII
Personal- und Qualifikationsvorgaben	<b>Bundesebene (inkl. Richtlinien und Empfehlungen)</b>	§ 71 Abs. 2 und 3 SGB XI ambulante Pflegeeinrichtungen (einschließlich Betreuungsdienste)	Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege	§ 80 SGB XII Rahmenverträge
		§ 80 SGB XI (2008 aufgehoben), weitgehend überführt in: „Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung so-wie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitäts-managements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege“	Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL)	§ 76 SGB XII Inhalte der Vereinbarungen
	<b>Landesebene</b>	Landesrahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 Nr. 3 und Abs. 3 SGB XI	Landesrahmenverträge gemäß § 132 und § 132a SGB V	Landesrahmenverträge nach § 80 SGB XII (sowie Beschlüsse der Vertragskommissionen der Länder zu Rahmenverträgen)
	<b>Versorgungsverträge</b>	Versorgungsvertrag gemäß § 72 Abs. 2 SGB XI	Versorgungsverträge gemäß § 132 und § 132a SGB V	Einrichtungsindividuelle Leistungsvereinbarungen gemäß § 76 SGB XII

Thematik und Ebene		Rechtsbereich		
		SGB XI	SGB V	SGB XII
Vorgaben zu Einzugsgebieten	<b>Bundesebene (inkl. Richtlinien und Empfehlungen)</b>	Gemeinsame Empfehlungen im Sinne von § 75 Abs. 6 SGB XI zum Inhalt der Rahmenverträge nach § 75 Abs. 2 SGB XI zur ambulanten pflegerischen Versorgung	-	-
	<b>Landesebene</b>	Landesrahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 Nr. 8 SGB XI	Landesrahmenverträge gemäß § 132 und § 132a SGB V	-
	<b>Versorgungsverträge</b>	Versorgungsvertrag gemäß § 72 Abs. 2 SGB XI	Versorgungsverträge gemäß § 132 und § 132a SGB V	-
Vorgaben zu Kooperationen	<b>Bundesebene (inkl. Richtlinien und Empfehlungen)</b>	Gemeinsame Empfehlungen im Sinne von § 75 Abs. 6 SGB XI zum Inhalt der Rahmenverträge nach § 75 Abs. 2 SGB XI zur ambulanten pflegerischen Versorgung	Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL)	-
		„Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung so-wie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitäts-managements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege“		
	<b>Landesebene</b>	Landesrahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI	Landesrahmenverträge gemäß § 132 und § 132a SGB V	-
	<b>Versorgungsverträge</b>	Versorgungsvertrag gemäß § 72 Abs. 2 SGB XI	Versorgungsverträge gemäß § 132 und § 132a SGB V	-
		Versorgungsvertrag gemäß § 92b SGB XI	Versorgungsvertrag gemäß § 140a SGB XI	-

Quelle: IGES, eigene Darstellung



Darüber hinaus sollen nach § 8a SGB XI für jedes Bundesland oder für Teile des Landes regionale Ausschüsse bzw. Landespflegeausschüsse gebildet werden. Diese können einvernehmlich Empfehlungen zur Umsetzung der Pflegeversicherung abgeben und Empfehlungen zur Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur (Pflegestrukturplanungsempfehlung) erstellen bzw. fortschreiben. In versorgungsbereichsübergreifenden (SGB V- und XI-übergreifenden) Landespflegeausschüssen wirken die Landesverbände der Pflegekassen, der Krankenkassen und der Ersatzkassen sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankengesellschaften an gemeinsamen Empfehlungen zur Zusammenarbeit in der Versorgung pflegebedürftiger Personen mit. In regionalen Ausschüssen der Landkreise oder kreisfreien Städte sind die Landesverbände der Pflegekassen ebenfalls an der Abgabe einvernehmlicher Empfehlungen beteiligt. Die Empfehlungen der regionalen sowie Landespflegeausschüsse sollen bei Abschluss von Rahmen- und Versorgungsverträgen sowie Vergütungsvereinbarungen einbezogen werden (§ 8a SGB XI).

In den nachfolgenden Unterkapiteln werden die aktuellen Vorgaben auf Bundes- und Länderebene in Bezug auf Regelungen zu Einzugsgebieten, konkreten Personenvorgaben und überbetrieblichen Kooperationen abgebildet.

## **4.1 Bundesgesetzliche und untergesetzliche Regelungen**

Ambulante Pflege- und Betreuungsdienste sind aus Sicht des Pflegeversicherungsrechts nach § 71 Abs. 1 und Abs. 1a SGB XI selbständig wirtschaftende Einrichtungen. Sie stehen unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten (Pflege-)Fachkraft und versorgen pflegebedürftige Menschen in ihrer eigenen Häuslichkeit mit Leistungen der häuslichen Pflegehilfe. Insbesondere die vertraglichen Regelungen des SGB XI gelten für ambulante Pflegedienste wie auch für ambulante Betreuungsdienste gleichermaßen, da letztere dank ihrer Zulassung regelhaft pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung im Sinne von § 36 SGB XI erbringen.

### **4.1.1 Leistungsanspruch der Versicherten und Formen pflegerischer Leistungen durch ambulante Pflegedienste**

#### **Leistungen der häuslichen Pflegehilfe gem. SGB XI**

Gemäß § 36 Abs. 1 SGB XI haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 bei häuslicher Pflege Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung (häusliche Pflegehilfe). Der Anspruch umfasst, neben den Hilfen bei der Haushaltsführung (vgl. § 14 Abs. 3 SGB XI), pflegerische Maßnahmen in den Bereichen:

- ◆ der Mobilität,
  - ◆ der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten,
  - ◆ Verhaltensweisen und psychische Problemlagen,
-

- ♦ der Selbstversorgung,
- ♦ der Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie
- ♦ der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Die pflegerische Versorgung in der häuslichen Pflege verfolgt die Ziele, Beeinträchtigungen in der Selbstständigkeit oder den Fähigkeiten zu mindern oder, wenn möglich, zu beseitigen. Auch die weitere Zunahme der Pflegebedürftigkeit soll verhindert werden. Die häusliche Pflege umfasst daher zum einen pflegerische Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens und zum anderen die pflegfachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen (§ 36 Abs. 2 SGB XI).

Pflegebedürftige Personen ab Pflegegrad 2 können häusliche Pflegehilfen beispielsweise auch über das Zwölfte Sozialgesetzbuch erhalten, wenn die Pflege nicht, durch der pflegebedürftigen Person nahestehenden Menschen oder durch eine Nachbarschaftshilfe, erbracht werden kann und sie nicht bereits gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erhalten. Die häusliche Pflegehilfe kann dabei durch zugelassene Leistungserbringer (z.B. Pflegedienste i. S. des § 72 SGB XI) angeboten werden, aber auch Betreuungs- und Entlastungsleistungen durch sog. Unterstützungsangebote im Sinne des § 45a des Elften Sozialgesetzbuches umfassen (§§ 63 Abs. 1 und 64b Abs. 1 SGB XII).

Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen nach SGB XI gleichermaßen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld, insbesondere:

- ♦ zur Bewältigung psychosozialer Problemlagen oder Gefährdungen,
- ♦ bei der Orientierung, Tagesstrukturierung, Kommunikation, Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und bei bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Alltag sowie
- ♦ durch Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung (§ 36 Abs. 2 SGB XI; vgl. auch § 64b Abs. 2 SGB XII).

### **Exkurs: Leistungen der häuslichen Pflegehilfe gem. SGB XII**

Der Träger der Sozialhilfe (SGB XII) darf Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nur bewilligen, wenn die Träger der Leistungserbringer bzw. deren Verbände mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe eine schriftliche Vereinbarung geschlossen haben. Diese muss den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit entsprechen und darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Die Vereinbarungen sind auch für die übrigen Träger der Sozialhilfe bindend (§ 75 Abs. 1 SGB XII). Die ambulanten Pflegedienste und der jeweilige Sozialhilfeträger stellen den individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarf fest (sog. Hilfebedarfsermittlung) und erstellen darauf aufbauend die Hilfeplanung. Der Träger der

Sozialhilfe legt gemeinsam mit der leistungsberechtigten Person und unter Beteiligung des Leistungserbringers die kurz-, mittel- und langfristigen Ziele der zu erbringenden Leistungen fest.

### Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach SGB XI

Leistungen der häuslichen Pflegehilfe sind nach dem Pflegeversicherungsrecht als sog. Sachleistung durch geeignete Pflege- und Betreuungskräfte zu erbringen, die entweder von der Pflegekasse selber oder bei einem ambulanten Pflegedienst, der über einen Versorgungsvertrag verfügt, angestellt sind. Ferner können körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung auch durch Einzelpersonen erbracht werden, wenn diese einen Vertrag nach § 77 Abs. 1 SGB XI (Häusliche Pflege durch Einzelpersonen) mit der Pflegekasse abgeschlossen haben. Die pflegebedürftige Person muss nicht zwingend in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden (die Versorgung kann auch in der Wohnung von bspw. Familienangehörigen stattfinden).

Die Leistungsvergütung der ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste erfolgt entweder nach sog. Leistungskomplexen, die verschiedene pflegerische Maßnahmen zusammenfassend auflisten, oder nach dem Umfang der für die Erbringung der Pflegeleistungen aufgewandten Zeit. Beide Vergütungsvarianten stehen den Vereinbarungspartnern sowohl kumulativ als auch alternativ zur Verfügung.

Es ist zudem möglich, dass mehrere Pflegebedürftige das Angebot der häuslichen Pflegehilfe eines Pflege- oder Betreuungsdienstes gemeinsam in Anspruch nehmen (§ 36 Abs. 4 SGB XI; ähnlich auch § 64b Abs. 1 SGB XII). In den letzten Jahrzehnten haben sich im ambulanten Bereich unter anderem auch verschiedene neuen Wohn- und Versorgungsformen für pflegebedürftige Menschen mit unterschiedlichen Konzepten entwickelt (Rothgang *et al.* 2017: 10). Eine Übersicht unterschiedlicher Kategorien innovativer Wohnformen ist Tabelle 6 zu entnehmen.

Tabelle 6: Kategorisierung innovativer Wohnformen nach Wolf-Ostermann *et al.* (2019)

Wohnformen	Angebote innerhalb der Konzepttypen
<b>ambulante (selbständige) gemeinschaftliche Wohnformen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Seniorenwohngemeinschaften</li> <li>◆ Mehrgenerationenwohnprojekte</li> <li>◆ Seniorendörfer</li> <li>◆ virtuelle Seniorenwohngemeinschaften</li> </ul>
<b>ambulante betreute Wohnformen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Betreutes Wohnen/Servicewohnen</li> <li>◆ Betreute Wohngruppen für Behinderte</li> <li>◆ Abbeyfield-Hausgemeinschaften</li> <li>◆ Betreutes Wohnen zu Hause</li> </ul>

Wohnformen	Angebote innerhalb der Konzepttypen
<b>ambulante Pflegewohnformen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Ambulant betreute Wohngruppen/Wohngemeinschaften</li> <li>◆ Freiburger Modell</li> <li>◆ Pflegehausgemeinschaften</li> <li>◆ Bielefelder Modell</li> <li>◆ Gastfamilienmodelle</li> <li>◆ Ambulantisierte stationäre Einrichtungen<sup>5</sup></li> </ul>
<b>ambulante integrierte Wohnformen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Wohnen plus</li> <li>◆ Sozialräumliche Konzepte/Quartierskonzepte/Betreute Wohnzonen</li> <li>◆ Misch(Pflege-)formen</li> </ul>

Quelle: (Wolf-Ostermann *et al.* 2019: 21)

Für die Erbringung von Pflege- und Betreuungsleistungen in neuen Wohnformen sind aktuell insb. die anbieterverantworteten ambulant betreuten Wohngemeinschaften und das selbstverantwortete gemeinschaftliche Wohnen relevant. In beiden Wohnformen leben, je nach Landesrecht, acht bis max. zwölf Pflegebedürftige mit einem Pflege- und Unterstützungsbedarf in einer Hausgemeinschaft zusammen. Pflege- und Betreuungsleistungen werden von externen Dienstleistern wie bspw. ambulanten Pflegediensten erbracht (Rothgang *et al.* 2017: 11). Im selbstverantworteten gemeinschaftlichen Wohnen schließen sich die Pflegebedürftigen (in der Funktion der Mieterinnen und Mieter) zu einer Auftraggeber-Gemeinschaft zusammen. Entscheidungen bspw. für die Inanspruchnahme pflegerischer Leistungen durch einen ambulanten Pflegedienst werden gemeinschaftlich gefällt. In der Regel erfolgt die Versorgung für alle Pflegebedürftigen über einen ambulanten Pflegedienst. Es ist jedoch auch möglich, individuell Verträge mit verschiedenen Dienstleistern abzuschließen.

Pflegebedürftige Personen, die in ambulant betreuten Wohngruppen leben, haben nach § 38a Abs. 1 SGB XI Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag von 214 Euro pro Monat. Folgende Bedingungen müssen dafür erfüllt sein:

- ◆ in der Wohngruppe leben mind. zwei und max. elf weitere Personen, und davon mind. zwei weitere Pflegebedürftige, zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung,
- ◆ es werden Leistungen nach §§ 36, 37, 38, 45a oder § 45b bezogen,

<sup>5</sup> Stationäre Pflegeeinrichtungen werden in ambulante Pflegewohnformen umgewandelt, in denen die Pflegebedürftigen als Mieterinnen und Mieter in eigenen Wohnungen leben. Frei wählbare Pflege- und Betreuungsleistungen werden nach Bedarf über den Einrichtungsträger erbracht. Tages- und Nachtbetreuungsangebote ermöglichen eine 24-stündige Versorgung (Wolf-Ostermann *et al.* 2019: 24).

- ♦ eine Person muss durch die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt worden sein, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung, allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder die Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung zu unterstützen,
- ♦ es darf keine Versorgungsform einschließlich teilstationärer Pflege vorliegen, in der ein Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem vereinbarten Leistungsumfang der im Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SGB XI für die vollstationäre Pflege weitestgehend entsprechen.

Neben nach § 72 SGB XI zugelassenen ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten gibt es auch andere Anbieter und Dienstleister, die eine Unterstützung pflegebedürftiger Menschen im Alltag leisten. Diese tragen ebenfalls dazu bei, einen möglichst langen Verbleib der Personen mit Pflegebedarf in der eigenen Häuslichkeit und die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte zu ermöglichen, den Alltag - soweit möglich - selbstständig zu bewältigen sowie Pflegepersonen zu entlasten. Zu den Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a SGB XI zählen:

- ♦ Angebote, in denen insbesondere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter pflegfachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen (Betreuungsangebote),
- ♦ Angebote, die der gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegenden dienen (Angebote zur Entlastung von Pflegenden),
- ♦ Angebote, die dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen zu unterstützen (Angebote zur Entlastung im Alltag) (§ 45a Abs. 1 SGB XI).

Die Angebote können mehrere Bereiche (Betreuung, Entlastung, Unterstützung) abdecken und müssen durch die jeweils zuständige Behörde des jeweiligen Landes anerkannt sein. Betreuungsangebote umfassen insbesondere Betreuungsgruppen für demenziell erkrankte Personen, Helferinnen- und Helferkreise zur stundenweisen Entlastung informell Pflegenden sowie Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen und Helfer. Darüber hinaus kommen auch Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige und informell Pflegendende, Familienentlastende Dienste, Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter und Serviceangebote haushaltsnaher Dienstleistungen in Betracht (§ 45a Abs. 1 SGB XI).

Der Inhalt von Angeboten zur Unterstützung im Alltag umfasst die Übernahme der Betreuung sowie der allgemeinen Beaufsichtigung, eine (noch) vorhandene Ressourcen und Fähigkeiten stabilisierende und stärkende Alltagsbegleitung, Unterstützungsleistungen für informell Pflegenden mit dem Zweck der verbesserten Bewältigung des pflegerischen Alltags, die Erbringung von Dienstleistungen, Hilfestellungen hinsichtlich der organisatorischen Anforderungen sowie andere geeignete Maßnahmen. Alle Angebote müssen über ein Konzept verfügen, welches bei Veränderungen stetig fortgeschrieben wird, und das Aussagen zur Qualitätssicherung, zu verfügbaren Leistungen, Kosten sowie weiterhin Angaben zur Qualifikation der Helferinnen und Helfer und dem Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen bei diesen enthält. Ferner sind Angaben dazu zu machen, wie eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung insbesondere von Ehrenamtlichen gesichert wird (§ 45a Abs. 2 SGB XI).

Es obliegt den Ländern, Näheres über die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag, einschließlich Vorgaben zur regelmäßig stattfindenden Qualitätssicherung und einer regelmäßigen Übermittlung von Übersichten über die jeweils angebotenen Leistungen und Kosten zu regeln (§ 45a Abs. 3 SGB XI).

Eine Kostenerstattung für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag kann zum einen – ab dem Pflegegrad 1 – im Rahmen des Entlastungsbetrags erfolgen (§ 45b Abs. 1 Satz 3 Nummer 4 SGB XI) sowie – bei Vorliegen von mind. Pflegegrad 2 – im Rahmen des Umwandlungsanspruchs (§ 45a Abs. 4 SGB XI). Beim Umwandlungsanspruch erfolgt die Kostenerstattung unter Anrechnung auf den Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI, soweit dieser nicht bereits für im jeweiligen Kalendermonat bezogene ambulante Pflegesachleistungen ausgeschöpft worden ist. Der zugunsten der Leistungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag umgewandelte Betrag darf dabei 40 % des Leistungsbetrages, der nach § 36 SGB XI für den Pflegegrad vorgesehen ist, nicht überschreiten (§ 45a Abs. 4 SGB XI).

### **Leistungen der Häuslichen Krankenpflege gem. SGB V**

Sowohl pflegebedürftige Personen mit den Pflegegraden 1 bis 5 als auch Personen ohne Pflegebedürftigkeit i. S. des Pflegebedürftigkeitsbegriffs des SGB XI haben gegenüber der Krankenversicherung gemäß § 37 SGB V einen gesetzlichen Anspruch auf Häusliche Krankenpflege (HKP) in Form der Behandlungspflege. Bei Versicherten ohne Pflegegrad bzw. mit Pflegegrad 1 besteht ein Anspruch als sog. Unterstützungspflege ebenfalls auf die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (§ 37 Abs. 1a SGB V). Die Anspruchsvoraussetzungen im Einzelnen ergeben sich aus § 37 SGB V.

§ 37 Abs. 1 SGB V regelt den Anspruch auf häusliche Krankenpflege, wenn dadurch eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden kann (sog. Krankenhausvermeidungspflege) oder wenn die Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, und bestimmt, dass die häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte erfolgt.

---

Zur Sicherung des Ziels einer ärztlichen Behandlung können Versicherte im Rahmen der häuslichen Krankenpflege Behandlungspflege gemäß § 37 Abs. 2 SGB V erhalten (sog. Sicherungspflege). Der Anspruch besteht über den eigenen Haushalt, der Familie oder sonstigen geeigneten Orten hinaus ausnahmsweise auch für pflegebedürftige Menschen in zugelassenen Pflegeeinrichtungen i. S. des § 43 SGB XI, die auf Dauer (voraussichtlich mind. sechs Monate), einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 SGB V).

Der Anspruch auf Häusliche Krankenpflege besteht für bis zu vier Wochen pro Krankheitsfall, sofern keine weitere im Haushalt lebende Person die pflegerische/hauswirtschaftliche Versorgung übernehmen kann (§ 37 Abs. 3 SGB V). Eine Verlängerung ist möglich, nach Feststellung eines über diesen Zeitraum hinausgehenden Bedarfes durch den Medizinischen Dienst (MD) (§ 37 Abs. 1 SGB V).

Die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach SGB V, deren Verordnungsdauer sowie Genehmigungen durch die Krankenkassen und darüber hinaus die Zusammenarbeit zwischen Vertragsärztinnen und -ärzten und ambulanten Pflegediensten regelt die im September 2010 in Kraft getretene und zuletzt 2020 angepasste HKP-RL des G-BA.

In welchen Örtlichkeiten und Fällen Leistungen der häuslichen Krankenpflege außerhalb des eigenen Haushalts und der Familie der Versicherten erbracht werden können, legt der G-BA in Richtlinien nach § 92 SGB V fest (§ 37 Abs. 6 SGB V). Die Richtlinien beinhalten zudem Regelungen zur Versorgung von chronischen und erschwert heilenden Wunden, welche über die eigene Häuslichkeit hinaus auch in spezialisierten Einrichtungen erfolgen kann (§ 37 Abs. 7 SGB V). Darüber hinaus haben pflegebedürftige Personen mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung und die eine besonders aufwendige Versorgung benötigen nach § 37b Abs. 1 SGB V Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Kann eine bedarfsgerechte ambulante Palliativversorgung nicht erbracht werden, besteht nach § 39a SGB V Anspruch auf einen Zuschuss zur voll- bzw. teilstationären Versorgung in einem Hospiz. Versicherte mit hohem Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben Anspruch auf außerklinische Intensivpflege (§ 37c Abs. 2 SGB V).

Der GKV-Spitzenverband und die Spitzenorganisationen der Interessenvertretung von Pflegediensten auf Bundesebene haben 2013 gemeinsame Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege abgegeben. Seitdem werden die Rahmenempfehlungen sukzessive ergänzt. Sie regeln insbesondere:

- ♦ die Eignung der Leistungserbringer,
- ♦ zu ergreifende Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung,
- ♦ Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit zwischen ambulanten Pflegediensten und der behandelnden Vertragsärztin bzw. dem Vertragsarzt sowie Krankenhäusern,

- ♦ Grundsätze der Wirtschaftlichkeit in der Leistungserbringung und deren Überprüfung,
- ♦ Vergütungsgrundsätze und ihre Strukturen einschließlich der Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte sowie bis zum 30. Juni 2019 Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten, insbesondere in ländlichen Räumen, durch Zuschläge unter Einbezug der ambulanten Pflege nach SGB XI sowie
- ♦ Grundsätze zum Verfahren der Prüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen sowie zum Abrechnungsverfahren einschließlich der für diese Zwecke jeweils zu übermittelnden Daten (§ 132a Abs. 1 SGB V).

Darüber hinaus enthalten sie Anforderungen an besondere Versorgungsformen, wie die außerklinische ambulante Intensivpflege und die psychiatrische häusliche Krankenpflege (Soziotherapie nach § 37a SGB V).

#### **4.1.2 Richtlinien und Regelungen zur Qualität in der ambulanten Pflege**

In der ambulanten Pflege werden verschiedene Maßnahmen getroffen, um die Qualität der angebotenen Pflegeleistungen zu sichern und zu verbessern. So reglementiert der § 72 Abs. 3 Nr. 2 bis 5 SGB XI u. a., dass Versorgungsverträge nur mit Pflegediensten geschlossen werden dürfen, die:

- ♦ eine leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung gewährleisten und eine ortsübliche Arbeitsvergütung für ihre Beschäftigten bezahlen (Ausnahmen sind im Rahmen des Arbeitnehmer-Entsendegesetz möglich),
- ♦ verpflichtend nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln,
- ♦ verpflichtend Expertenstandards nach § 113a anwenden und
- ♦ sich verpflichten, die ordnungsgemäße Durchführung von Qualitätsprüfungen zu ermöglichen.

Ferner gelten für Qualitätsprüfungen die §§ 114ff. SGB XI. Qualitätsprüfungen in den Pflegediensten durch den MD bzw. den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung (PKV) können ggf. bestehende Mängel und somit auch Verbesserungspotentiale offenlegen. Neben der Qualität der durchgeführten Pflegeleistungen an pflegebedürftigen Klientinnen und Klienten der Einrichtungen wird in jährlichen Regelprüfungen auch die Leistungsabrechnung und Aktdokumentation geprüft. Die Prüfergebnisse können von den Einrichtungen für das interne Qualitätsmanagement genutzt werden (Bundesministerium für Gesundheit 2017).



### **Qualitätsrichtlinien für ambulante Betreuungsdienste (SGB XI)**

Für ambulante Betreuungsdienste gelten zudem die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 112a SGB XI zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste vom 17.07.2019, derzeit in der Fassung vom 08.02.2021. Mit Verabschiedung des Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), das am 11.05.2019 in Kraft trat, werden ambulante Betreuungsdienste dauerhaft als Leistungserbringer im Bereich der Pflegeversicherung zugelassen. Damit erhielten sie die Möglichkeit Leistungen der pflegerischen Betreuung und Hilfen bei der Haushaltsführung gemäß § 36 SGB XI für pflegebedürftige Personen zu erbringen. Künftig werden die Betreuungsdienste in das derzeit erarbeitete neue Qualitätssystem nach § 113b Abs. 4 Nr. 3 SGB XI einbezogen werden. Bis dahin gelten die in den Richtlinien festgehaltenen Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung.

Diese beschreiben neben der Ausgestaltung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements u. a. auch Kooperationen mit anderen Leistungserbringern und personellen Anforderungen an die verantwortliche Pflegefachkraft. Vorgaben entsprechen weitestgehend denen für zugelassene ambulante Pflegedienste (siehe Unterkapitel 4.1.3 und 4.1.5).

### **Qualitätsrichtlinien für ambulante Pflegedienste (SGB XI und V)**

Verbindlich sind für alle Pflegekassen, deren Verbände sowie die zugelassenen ambulanten Pflegedienste die „Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege“ aus dem Jahr 2011<sup>6</sup>. Die Maßstäbe und Grundsätze dienen der Sicherstellung einer qualifizierten ambulanten Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung und wurden u. a. durch den GKV-Spitzenverband, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände sowie den Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegedienste auf Bundesebene ausgehandelt. Sie sind zwingend bei der Vereinbarung von z. B. Rahmenverträgen und Versorgungsverträgen durch die jeweiligen Vertragsparteien zu beachten (Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenversicherung 2011: 1). Sie enthalten neben den Zielen der ambulanten Pflege eine Definition der Leistungserbringer ambulanter Pflegeleistungen und weitere Vorgaben zum Pflegeprozess, zur Qualität, zum Qualitätsmanagement und zur Qualitätssicherung in den Pflegediensten sowie Vorgaben zur schriftlichen Darstellung angebotener Leistungen für Interessierte (z. B. informell Pflegende und pflegebedürftige Personen).

---

<sup>6</sup> Regelungen der Qualitätsvereinbarungen gemäß § 80 SGB XI entfielen zum 01.07.2008 durch das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz). Die Inhalte wurden als Maßstäbe und Grundsätze in das neu eingeführte elfte Kapitel „Qualitätssicherung, Sonstige Regelungen zum Schutz der Pflegebedürftigen“ des SGB XI konkretisiert und überführt.

---

2017 erließ der GKV-Spitzenverband die QPR-HKP (neueste, angepasste Version aus 2019). Die QPR-HKP ist für den MD, die Krankenkassen und ihre Verbände verbindlich. Die Richtlinie stellt dabei die Grundlage für einheitliche Regelprüfungen von ambulanten Pflegediensten mit Verträgen nach § 132a Abs. 4 SGB V (häusliche Krankenpflege) dar. Die Prüfinhalte umfassen u. a.:

- ◆ Mitarbeiterlisten und Stellenanteile,
- ◆ Weiterbildungs- und Fortbildungsnachweise,
- ◆ Dienst-/Einsatz-/Tourenpläne sowie
- ◆ die Pflegedokumentation einschließlich Durchführungs- und Leistungsnachweisen.

Neben der reinen Überprüfung der Dienste liegt ein beratungsorientierter Prüfansatz zugrunde, sodass die Qualitätsprüfungen auch Empfehlungen und Lösungsmöglichkeiten aufzeigen (Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenversicherung 2019: 5 f.).

#### **4.1.3 Personal- und Qualifikationsvorgaben**

Rahmenvorgaben für ambulante Pflege- und Betreuungsdienste bestehen im SGB XI und SGB V insofern, als dass für das Zulassungsverfahren die Qualifikationen der verantwortlichen Pflegefachkraft („Pflegedienstleitung“) gesetzlich definiert wird.

##### **Vorgaben für ambulante Dienste, die Leistungen nach SGB XI erbringen**

In Tabelle 7 sind die Qualifikationsanforderungen für die verantwortliche Pflegefachkraft nach § 71 Abs. 3 SGB XI, die im Rahmen des Zulassungsverfahrens zu erfüllen sind, dargestellt. Personalvorgaben nach SGB V sind ebenfalls im folgenden Abschnitt dargestellt.

---

Tabelle 7: Überblick über Qualifikationsanforderungen an die verantwortliche Pflegefachkraft nach § 71 Abs. 3 SGB XI

(Pflege-)Einrichtung	Berufsabschluss	weitere Anforderung / Sonderregelung
Ambulanter Pflegedienst	Pflegefachfrau bzw. -fachmann	◆ innerhalb der letzten acht Jahre mind. zwei Jahre praktische Berufserfahrung im jeweiligen Beruf
	Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. -pfleger	
	Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. -pfleger	◆ mind. 460 Stunden Weiterbildung für eine leitende Funktion
	Altenpflegerin bzw. -pfleger	
Ambulanter Pflegedienst mit Schwerpunkt Pflege von Menschen mit Behinderungen	Pflegefachfrau bzw. -fachmann	◆ innerhalb der letzten acht Jahre mind. zwei Jahre praktische Berufserfahrung
	Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. -pfleger	
	Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. -pfleger	◆ Sonderregelung: nach Landesrecht auch ausgebildete Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger sowie Heilerzieherinnen und Heilerzieher mit einer praktischen Berufserfahrung von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre
	Altenpflegerin bzw. -pfleger	
Ambulanter Betreuungsdienst	Altenpflegerin bzw. -pfleger	◆ mind. 460 Stunden Weiterbildung für eine leitende Funktion
	Pflegefachfrau bzw. -fachmann	
	Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. -pfleger	◆ Sonderregelung: anstelle der verantwortlichen Pflegefachkraft kann eine entsprechend qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Fachkraft mit praktischer Berufserfahrung im erlernten Beruf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre (verantwortliche Fachkraft) eingesetzt werden.
	Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. -pfleger	

Quelle: IGES

Die Richtlinie „Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege“ enthält neben den in Kapitel 4.1.2 genannten Inhalten ebenfalls Vorgaben zu/zur:

- ◆ sachlichen Ausstattung der Einrichtungen sowie ihrer Organisation,
- ◆ personellen Ausstattung,
- ◆ Fort- und Weiterbildungen von Mitarbeitenden,
- ◆ Voraussetzungen für die Übernahme der Tätigkeit als verantwortliche Pflegefachkraft (Berufsabschluss, Berufserfahrung, Weiterbildung, Beschäftigungsverhältnis),
- ◆ Qualifikationen der Mitarbeitenden.

Ambulante Pflegedienste müssen bei Personalausfall bspw. wegen Urlaub oder Krankheit „geeignete Kräfte“ vorhalten. Zu den geeigneten Kräften gehören:

- ◆ Pflegefach- und Hilfskräfte der (Kinder-)Kranken- und Altenpflege,
- ◆ staatlich anerkannte Haus- und Familienpflegerinnen und -pfleger,
- ◆ Haus- und Familienpflegehilfskräfte,
- ◆ Fach- und Hilfskräfte der Heilerziehungspflege,
- ◆ (Fach-)Hauswirtschaftskräfte,
- ◆ Dorfhelferinnen und -helfer sowie
- ◆ Familienbetreuerinnen und -betreuer.

Hilfskräfte und angelernte Kräfte müssen fachlich durch Fachkräfte angeleitet werden (Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenversicherung 2011: 8 f.).

Die verantwortliche Pflegefachkraft trägt die Verantwortung für die Anwendung der beschriebenen Qualitätsmaßstäbe in der Pflege, die Umsetzung des Pflegekonzeptes und für die Planung, Durchführung und Evaluation der Pflege. Weiterhin fällt die fachgerechte Führung der Pflegedokumentation, die an dem Pflegebedarf orientierte Einsatzplanung der Pflegekräfte sowie die regelmäßige Durchführung der Dienstbesprechungen innerhalb des ambulanten Pflegedienstes in ihren Verantwortungsbereich (Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenversicherung 2011: 5 f.; 8).

Sofern der Pflegedienst Teil einer Verbundeinrichtung ist, für die ein Gesamtversorgungsvertrag nach § 72 Abs. 2 SGB XI abgeschlossen worden ist, kann die verantwortliche Pflegefachkraft für mehrere oder alle diesem Verbund angehörenden Pflegedienste verantwortlich sein. Das muss allerdings vertraglich vereinbart sein und die gesetzlichen Anforderungen an die qualitätsgesicherte Leistungserbringung dürfen dadurch nicht beeinträchtigt werden (Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenversicherung 2011: 5 f.).

---

Die Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft richtet sich nach den Vorgaben des § 71 Abs. 3 SGB XI (Tabelle 7). Die Berufserfahrung muss dabei zwei Jahre innerhalb der letzten fünf Jahre vor Übernahme der Tätigkeit als verantwortliche Pflegefachkraft betragen. Bei Ausfall (bspw. Krankheit oder Urlaub) ist eine Vertretung durch eine in der Regel sozialversicherungspflichtig Beschäftigte zu gewährleisten (Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenversicherung 2011: 5 ff.).

In der Richtlinie „Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 27. Mai 2011“ werden die Inhalte der benötigten Weiterbildung für die verantwortliche Pflegefachkraft konkretisiert. Die Weiterbildung muss insbesondere folgende Inhalte umfassen:

- ♦ Managementkompetenz (Personalführung, Betriebsorganisation, betriebswirtschaftliche Grundlagen, Rechtsgrundlagen, gesundheits- und sozialpolitische Grundlagen),
- ♦ psychosozialen und kommunikativen Kompetenz,
- ♦ Aktualisierung der pflegefachlichen Kompetenz (Pflgewissen, Pflegeorganisation).

Mind. 20 % der Gesamtstundenzahl oder 150 Stunden müssen in Präsenzphasen vermittelt worden sein. Die Voraussetzung ist auch durch den Abschluss eines betriebswirtschaftlichen, pflegewissenschaftlichen oder sozialwissenschaftlichen Fachhochschul- oder Universitätsstudiums erfüllt (Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenversicherung 2011: 7 f.).

### **Vorgaben für ambulante Dienste, die Leistungen nach SGB V erbringen**

Die Rahmenempfehlungen regeln in § 1 Abs. 8 des Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenversicherung für die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege nach § 132a SGB V, dass die verantwortliche Pflegefachkraft sozialversicherungspflichtig in Vollzeit beschäftigt sein muss, wobei eine Teilzeitbeschäftigung mit 0,5 Stundenäquivalenten möglich ist. Voraussetzung ist jedoch, dass in diesem Fall zusammen mit der stellvertretenden verantwortlichen Fachkraft insgesamt 1,5 Vollzeitstellen erreicht werden. Eine zeitgleiche Tätigkeit in einem weiteren ambulanten Pflegedienst desselben Trägers ist außerdem möglich (Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenversicherung 2020: 4).

Pflegefachkräfte, die an der pflegerischen Versorgung von beatmeten Personen beteiligt sind, müssen hinsichtlich der Berufszugehörigkeit, Qualifikation und Berufserfahrung die gleichen Voraussetzungen erfüllen, wie die verantwortliche Pflegefachkraft. Allerdings ist alternativ zur Berufserfahrung auch eine Zusatzqualifikation (Stundenumfang von 120 Stunden mit einem höheren praktischen Anteil) ausreichend. Je Kalenderjahr sind durch den ambulanten Pflegedienst spezifische Fortbildungen (intern und/oder extern) zu gewährleisten, wobei hier z. T. Ausnahmeregelungen bestehen (Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenversicherung 2020: 15 ff.).

---

Pflegefachkräfte, die die pflegerische Versorgung psychiatrisch erkrankter Menschen in der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege übernehmen, müssen über eine ausreichende Berufserfahrung (mind. ein Jahr innerhalb der letzten fünf Jahre und mind. 19,35 Stunden/Woche) verfügen oder eine Zusatzqualifikation in Psychiatrie/Gerontopsychiatrie (mind. 320 Zeitstunden) nachweisen können. Eine Verlängerung der Frist auf max. acht Jahre ist aufgrund von Ausfallzeiten wegen Kinderbetreuung und -erziehung oder der Pflege einer pflegebedürftigen Person zulässig. Sonderregelungen bestehen für neu eingestellte Pflegefachkräfte, die noch nicht über die Zusatzqualifikation verfügen (Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenversicherung 2020: 24 ff.).

In den besonderen Versorgungsformen außerklinische ambulante Intensivpflege und psychiatrische häusliche Krankenpflege gelten für die verantwortlichen Pflegefachkräfte und an der Versorgung beteiligten Pflegefachkräfte nach den Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege zusätzliche Qualifikationsanforderungen, die neben den allgemeinen Anforderungen erfüllt werden müssen (Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenversicherung 2020).

Einrichtungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege sollen mit psychiatrischen Verbänden oder auch anderen vernetzten Behandlungsstrukturen zusammenarbeiten (Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenversicherung 2020: 27).

#### **4.1.4 Vorgaben zu den Einzugsgebieten**

Grundsätzlich sind Pflegedienste im Rahmen ihrer personellen Möglichkeiten und innerhalb ihres Einzugsbereiches verpflichtet, eine ambulante pflegerische Versorgung nach § 75 Abs. 1 SGB XI anzubieten, wenn Pflegebedürftige vom Dienst angebotene Unterstützungsleistungen der häuslichen Pflege in Anspruch nehmen wollen. Die örtlichen Einzugsbereiche sind in den Versorgungsverträgen nach § 72 Abs. 2 SGB XI so festzulegen, dass sie einerseits eine orts- und bürgernahe und andererseits eine wirtschaftliche Versorgung gewährleisten und lange Fahrwege vermeiden. Bundeslandübergreifend sind die jeweiligen Einzugsbereiche für die ambulante pflegerische Versorgung in der Festlegung der regionalen Einzugsbereiche zu berücksichtigen. Die „Gemeinsame Empfehlung gemäß § 75 Abs. 5 SGB XI zum Inhalt der Rahmenverträge nach § 75 Abs. 2 SGB XI vom 13. Februar 1995“ empfiehlt in § 35, dass bei Änderungen der Raumordnung, der Landesplanung oder Gebieten in den Landkreisen oder kreisfreien Städten die Einzugsbereiche der ambulanten Pflegedienste entsprechend anzupassen sind. Diese Empfehlung wird in den Landesrahmenverträgen (bspw. in § 33 des niedersächsischen Landesrahmenvertrags gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI, in Kraft getreten am 01.09.2015, sowie in § 35 des mecklenburg-vorpommerschen Landesrahmenvertrags gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI, in Kraft getreten am 01.10.1995 und in § 36 des sächsischen Landesrahmenvertrages gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI, in Kraft getreten am 01.09.1995) aufgegriffen.

---

#### 4.1.5 Vorgaben zu Kooperationen

Zur Ergänzung oder Erweiterung ihres Leistungsangebotes haben, nach der Richtlinie „Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 27. Mai 2011“, zugelassene ambulante Pflegedienste die Möglichkeit mit anderen Pflege- oder Hauswirtschaftsdiensten zu kooperieren. Wenn ein ambulanter Pflegedienst Leistungen anderer Pflegedienste in Anspruch nimmt, bleibt die Verantwortung für die erbrachten Leistungen sowie deren Qualität bei dem auftraggebenden Pflegedienst bestehen (Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenversicherung 2011: 9). Konkretere Regelungen zu Kooperationen und Kooperationsvereinbarungen werden in der Richtlinie nicht getroffen.

Erbringen Pflegedienste Leistungen nach SGB V, liegt die Verantwortung für die Koordinierung der Zusammenarbeit zwischen Pflegedienst, Vertragsärztin oder -arzt und der Krankenkasse der versicherten Person bei der behandelnden Vertragsärztin bzw. dem Vertragsarzt. Der ambulante Pflegedienst berichtet insbesondere durch die häusliche Krankenpflege verursachte Veränderungen der häuslichen Pflegesituation an die Vertragsärztin bzw. den -arzt. Möglich ist auch eine Übermittlung von Auszügen aus der Pflegedokumentation (§ 7 Abs. 2 HKP-RL). Die Pflegedokumentation soll für die Vertragsärztin bzw. den -arzt im Hausbesuch einsehbar sein und im Bedarfsfall sollen ärztliche Anordnungen darin dokumentiert werden können (Gemeinsamer Bundesausschuss 2020: 10 f.).

#### 4.2 Empfehlungen der regionalen und Landespflegeausschüsse nach § 8a SGB XI

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) vom 21. Dezember 2015 wurden alle Bundesländer verpflichtet Landespflegeausschüsse zu bilden, die zu Fragen der gesetzlichen Pflegeversicherung beraten. Ebenso ist die Bildung regionaler Ausschüsse in Landkreisen und kreisfreien Städten für Landesteile oder die Bildung eines Ausschusses zur Beratung über SGB V- und XI-übergreifende Zusammenarbeit in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen möglich (sog. sektorenübergreifende Landespflegeausschüsse) (§ 8a Abs. 1 und 2 SGB XI). Die Ausschüsse können zur Umsetzung der Pflegeversicherung einvernehmlich Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Versorgung abgeben, die jedoch nicht zwingend durch die Vertragsparteien bei Abschluss der Versorgungs- und Rahmenverträge und beim Abschluss von Vergütungsverträgen zu berücksichtigen sind (§ 8a Abs. 5 SGB XI).

Durch Rechtsverordnungen bestimmen die Landesregierungen das Nähere zu den Landespflegeausschüssen; insbesondere können sie die den Landespflegeausschüssen angehörenden Organisationen unter Berücksichtigung der Interessen aller an der Pflege im Land Beteiligten berufen (§ 8a Abs. 1 und 2 SGB XI). Mitglieder der Ausschüsse sind bspw. neben den Landesverbänden der Pflegekassen in den sektorenübergreifenden Landespflegeausschüssen auch die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen

und die Landeskrankenhausgesellschaften (§ 8a Abs. 2 SGB XI). Die in den Ausschüssen vertretenen Pflegekassen, Landesverbände der Pflegekassen sowie sonstige Mitglieder wirken in dem jeweiligen Ausschuss an einer Erstellung und Fortschreibung von Empfehlungen zur Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur (Pflegestrukturplanungsempfehlung) mit. Sie stellen die hierfür erforderlichen Angaben bereit, soweit diese ihnen im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben verfügbar sind und es sich nicht um personenbezogene Daten handelt. Die Mitglieder berichten den jeweiligen Ausschüssen insbesondere darüber, inwieweit diese Empfehlungen von den Landesverbänden der Pflegekassen und der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landeskrankenhausgesellschaften bei der Erfüllung der ihnen nach SGB XI und V übertragenen Aufgaben berücksichtigt wurden (§ 8a Abs. 4 SGB XI).

Die Landespflege- und regionalen Ausschüsse nach § 8a SGB XI tagen mehrmals jährlich und nicht zwingend öffentlich. In bspw. Bayern, Berlin, Brandenburg und Schleswig-Holstein finden Tagungen unter Ausschluss der Öffentlichkeit statt (Penter 2018). Entsprechend sind dazu kaum öffentlich zugängliche Dokumente mit Empfehlungen der Ausschüsse einsehbar. Recherchiert werden konnten mittels einer Desktop-Recherche lediglich Empfehlungen zur Gestaltung der ambulanten Pflege des Landespflegeausschusses Hamburg aus 2018. Für die restlichen Bundesländer konnten keine öffentlich zugänglichen Dokumente zur Thematik gefunden werden.

Allgemein empfiehlt der Landespflegeausschuss Hamburg den an der pflegerischen Versorgung beteiligten Organisationen und Trägern die in der Rahmenplanung vorgeschlagenen Maßnahmen umzusetzen sowie sich an der Weiterentwicklung der Angebote und Strukturen zu beteiligen. Darüber hinaus wird ambulanten Pflegediensten empfohlen, Kooperationen und Vernetzungen mit Akteuren wie Hospizdiensten, Hospiz- und Palliativnetzen und Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in der Region einzugehen. Verbände der Einrichtungsträger sollen diesen Prozess unterstützen (Freie und Hansestadt Hamburg 2018: 1).

### **4.3 Vertragliche Regelungen durch Landesrahmenverträge und Versorgungsverträge**

Die Grundlage zur Ausgestaltung der Landesrahmenverträge findet sich auf bundesgesetzlicher Ebene im § 75 Abs. 6 SGB XI. Die Träger der ambulanten Pflegedienste schließen, unter Beteiligung des MD und der PKV gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI, Rahmenverträge mit den Landesverbänden der Pflegekassen ab. Zu beteiligen sind als Vertragspartei zudem die Arbeitsgemeinschaften der zuständigen Träger der Sozialhilfe. Ziel ist es, eine wirksame und dabei wirtschaftliche ambulante Versorgung pflegebedürftiger Menschen sicherzustellen.

Die Inhalte der Rahmenverträge werden durch § 75 Abs. 2 SGB XI gesetzlich vorbestimmt. Zu regeln sind insbesondere:



- ♦ die Grundsätze zur Festlegung der örtlichen oder regionalen Einzugsbereiche der Pflegedienste, um Pflegeleistungen ohne lange Wege möglichst orts- und bürgernah anzubieten,
- ♦ die allgemeinen Bedingungen der Pflege (einschließlich der Vertragsvoraussetzungen und -erfüllung für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung, der Kostenübernahme, der Abrechnung der Entgelte und der hierzu erforderlichen Bescheinigungen und Berichte),
- ♦ Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle und sächliche Ausstattung der Pflegedienste,
- ♦ die Inhalte der Pflegeleistungen einschließlich der Sterbebegleitung,
- ♦ die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Pflege,
- ♦ der Zugang des Medizinischen Dienstes und sonstiger von den Pflegekassen beauftragter Prüfer zu den Pflegediensten,
- ♦ die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen,
- ♦ die Möglichkeiten, unter denen sich Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche Pflegepersonen und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen in der häuslichen Pflege sowie in ambulanten Pflegediensten an der Betreuung Pflegebedürftiger beteiligen können und
- ♦ die Anforderungen an die nach § 85 Abs. 3 geeigneten Nachweise bei den Vergütungsverhandlungen.

Sie berücksichtigen zudem die „Gemeinsame Empfehlung gemäß § 75 Abs. 5 SGB XI zum Inhalt der Rahmenverträge nach § 75 Abs. 2 SGB XI zur ambulanten pflegerischen Versorgung vom 13. Februar 1995“.

Als Teil der Verträge sind nach geltendem Recht entweder landesweite Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs oder zur Bemessung der Pflegezeiten oder Personalrichtwerte zu vereinbaren. Gesondert zu beachten sind hierbei jeweils Personen mit besonderen Pflege- und Betreuungsbedarfen (geistige Behinderungen, psychische Erkrankungen, demenzbedingten Fähigkeitsstörungen und anderen Leiden des Nervensystems) (§ 75 Abs. 3 SGB XI).

Bis auf Hessen verfügen alle Länder über einen rechtskräftigen und öffentlich zugänglichen Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SGB XI für die ambulante Pflege. Die ältesten Rahmenverträge traten am 01.04.1995 (in Bremen und Sachsen-Anhalt) in Kraft. Der aktuellste Vertrag stammt vom 01.10.2020 (Saarland).

Vergleichbar zu den Landesrahmenverträgen nach § 75 Abs. 1 SGB XI sind zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und den Krankenkassen Rahmenverträge bspw. für die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V und Haushaltshilfe gemäß § 132 SGB V abzuschließen.

---

Die pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung von gesetzlich kranken- und pflegeversicherten Personen zulasten der Kranken- und Pflegekassen darf nur durch im jeweiligen Sozialversicherungszweig zugelassenen Pflegeeinrichtungen erfolgen. Dazu müssen die Pflege- und Betreuungsdienste mit den jeweiligen regionalen Landesverbänden der Pflegekassen Versorgungsverträge für die häusliche Pflegehilfe (körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Haushaltshilfe) nach § 72 SGB XI und/oder mit den Krankenkassen für die häusliche Krankenpflege nach § 132a SGB V bzw. § 132 SGB V abschließen. Die einrichtungsindividuellen Versorgungsverträge mit den Pflegekassen beinhalten die Regelungen der Landesrahmenverträge; oftmals wird direkt auf die entsprechenden Paragraphen der Landesrahmenverträge verwiesen.

**Exkurs:** Hinzu kommen weitere Rahmenverträge zwischen den Trägern der Sozialhilfe und den Vereinigungen der Leistungserbringer nach § 80 SGB XII.

Durch Rahmenverträge nach § 80 SGB XII soll zum einen eine wirksame, bedarfsgerechte und wirtschaftliche Erbringung von Leistungen sichergestellt werden. Zum anderen sollen die leistungsberechtigten und pflegebedürftigen Personen durch die Sozialhilfeleistung bestmöglich zur Selbsthilfe befähigt und in der Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten, der gesellschaftlichen Teilhabe und der Führung eines menschenwürdigen Lebens unterstützt sowie drohende Notlagen abgewendet und die Wirksamkeit zuvor gewährter Hilfen erhalten werden. Die Rahmenverträge nach § 80 SGB XII bilden die Grundlage für die einrichtungsindividuellen Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Trägern der Sozialhilfe. In diesen sind Leistungen (inkl. Personalausstattung und Qualifikation) und Vergütungen nach § 76 SGB XII zu regeln. Die Inhalte der Vereinbarungen sind in Tabelle 8 enthalten.

Tabelle 8: Inhalte der Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern und den Trägern der Sozialhilfe nach § 76 SGB XII

	Leistungsvereinbarung	Vergütungsvereinbarung
<b>Inhalte</b>	betriebsnotwendige Anlagen des Leistungserbringers	Grundpauschale für Unterkunft und Verpflegung
	zu betreuender Personenkreis	
	Art, Ziel und Qualität der Leistung	Maßnahmepauschale
	Festlegung der personellen Ausstattung	
	Qualifikation des Personals	Betrag für betriebsnotwendige Anlagen einschließlich ihrer Ausstattung (Investitionsbetrag)
	erforderliche sächliche Ausstattung	

Quelle: eigene Darstellung IGES

In den Kapiteln 4.3.1, 4.3.2 und 4.3.3 werden zunächst die Regelungen zu Personalvorgaben, Einzugsbereichen und Kooperationen aus den Landesrahmen- und Muster-Versorgungsverträgen allgemein zusammengefasst. Davon abweichende länderspezifische Regelungen werden in Kapitel 4.3.4 erläutert und abschließend tabellarisch dargestellt (siehe Tabelle 9).

#### **4.3.1 Personalvorgaben**

Konkrete Personalvorgaben in der ambulanten pflegerischen Versorgung in Form personellen Mindestmengen bzw. -vorhaltungen werden in den Rahmenverträgen nach § 75 Abs. 1 SGB XI in weniger als der Hälfte der Bundesländer getroffen (Baden-Württemberg, Berlin, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein, Thüringen). Diese Länder haben, mit Ausnahme von Thüringen und Rheinland-Pfalz, neuere Rahmenverträge ab dem Jahr 2015. Mindestpersonal-mengen werden z. T. auch in den Rahmenverträgen nach den §§ 132 und 132a SGB V festgelegt, wobei diese Vorgaben je nach Bundesland variieren. So müssen in Bayern bspw. mindestens drei Pflegefachkräfte (Vollzeit, inkl. verantwortlicher Fachkraft und ihrer Stellvertretung), in Niedersachsen Pflegefach- und -hilfskräfte mit einem Stundenumfang von 115,5 h/Woche und in Thüringen insgesamt vier Pflegefachkräfte (Vollzeit, inkl. verantwortlicher Fachkraft und ihrer Stellvertretung) tätig sein.

Ältere Rahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI, die noch in den 1990er Jahren in Kraft traten und seitdem nicht aktualisiert wurden, treffen zur personellen Ausstattung der Pflegedienste i. d. R. keine konkreten Personalmindestvorgaben. Es heißt lediglich, die personelle Ausstattung müsse eine bedarfsgerechte und gleichmäßige sowie fachlich qualifizierte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung der Pflegebedürftigen auf der Grundlage der Qualitätsvereinbarung nach § 80 SGB XI gewährleisten. Die fachliche Qualifikation des Personals richtet sich in älteren Verträgen meist nach den Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung gemäß § 80 SGB XI. Dieser entfiel zum 01.07.2008 und wurde durch das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) aufgehoben. Die Inhalte wurden jedoch konkretisiert und insbesondere als Maßstäbe und Grundsätze in das neu eingeführte elfte Kapitel „Qualitätssicherung, Sonstige Regelungen zum Schutz der Pflegebedürftigen“ des SGB XI überführt. Neuere Rahmenverträge berufen sich daher zumeist auf die GKV-Richtlinie „Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege“. Die Richtlinie beinhaltet u. a. Vorgaben zur Qualifikation sowie Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeitenden in den ambulanten Pflegediensten und wird in Kapitel 4.1 umfassend dargelegt.

Der Anteil der Pflegeleistungen, der durch geringfügig Beschäftigte erbracht wird, soll nach Vorgaben der Landesrahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI nicht höher

als 20 % sein. Sofern Pflegehilfskräfte eingesetzt werden muss sichergestellt werden, dass Pflegefachkräfte die fachliche Überprüfung des Pflegebedarfs sowie Anleitung der Hilfskräfte und Kontrolle der geleisteten Arbeit übernehmen.

Als Besonderheit schreibt Nordrhein-Westfalen als einziges Bundesland im Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SGB XI fest, dass freie Pflegeplatzkapazitäten der ambulanten Pflegedienste zeitnah an die Pflegekassen gemeldet werden sollen (§ 34 Abs. 4 Landesrahmenvertrag Nordrhein-Westfalen).

Auch die Landesrahmenverträge nach den §§ 132 und 132a SGB V regeln die Qualifikation sowie Fort- und Weiterbildungen von Mitarbeitenden in Pflegediensten, wobei zwischen den Bundesländern Varianzen in der konkreten Ausgestaltung bestehen (z. B. zeitlicher Umfang von Maßnahmen, Bezugszeiträume, Art der Maßnahmen i. S. interner oder externer). So müssen bspw. in Bayern pro Jahr 50 % der Fortbildungsmaßnahmen extern stattfinden und mind. fünf Stunden umfassen. In Niedersachsen ist eine Gesamtstundenzahl von 20 Stunden (pro Vollzeitstelle) innerhalb von zwei Kalenderjahren und in Thüringen acht h/Jahr nachzuweisen.

**Exkurs:** In den Landesrahmenverträgen nach § 80 SGB XII werden keine konkreten Personalvorgaben i. S. von Personalvorhaltungen vorgenommen. Die personelle Ausstattung und die Qualifikationen der Mitarbeitenden richten sich nach dem Bedarf der leistungsberechtigten Personen. Die zwischen dem Leistungserbringer und Sozialhilfeträger einrichtungsindividuellen Leistungsvereinbarungen bilden die Grundlage für die personelle Ausstattung. In den Vereinbarungen werden die zu versorgenden Personen nach sog. Hilfebedarfsgruppen unterteilt, von denen jede einen spezifischen Betreuungsschlüssel hat. Die Zahl der Personalstellen richtet sich damit nach der jeweiligen Anzahl der Leistungsberechtigten in den Hilfebedarfsgruppen. Als qualifiziertes Personal können laut der individuellen Verträge gelten:

- ◆ Sozialpädagoginnen und -pädagogen,
- ◆ Erzieherinnen und Erzieher,
- ◆ Heilerziehungspflegerinnen und -pfleger,
- ◆ Pflegefachkräfte,
- ◆ Ergotherapeutinnen und -therapeuten sowie
- ◆ Personen mit vergleichbarer Qualifikationen und
- ◆ Nichtfachkräfte mit Zielgruppenerfahrung (höchstens 20 %).

Leistungen sind laut Rahmenvertrag nach § 80 SGB XII durch beim Pflegedienst bzw. Leistungserbringer beschäftigten Personal zu erbringen. Der Leistungserbringer gewährleistet neben der Zuverlässigkeit und Leistungsfähigkeit der erbrachten Leistungen zudem, dass fremdeingesetztes Personal entsprechend der Leistungsvereinbarungen qualifiziert ist und mindestens den Mindestlohn nach dem jeweiligen Mindestlohngesetz erhält. Fortbildungen der Mitarbeitenden müssen regelmäßig stattfinden, konkretere Vorgaben gibt es hierzu nicht.

---

Gesondert zu betrachten sind Vorgaben zu innovativen und ambulant betreuten Wohnformen, deren rechtlicher Rahmen sich aus den jeweiligen Landesgesetzen und deren Rechtsvorschriften ergibt. Die Länder haben seit der Föderalismusreform 2006 die Aufgaben den ordnungsrechtlichen Teil der Heimgesetzgebung selbst zu regeln, z. B. in

- ♦ Baden-Württemberg das Gesetz für unterstützende Wohnformen, Teilhabe und Pflege (Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz – WTPG) vom 20. Mai 2014,
- ♦ Hamburg das Gesetz zur Förderung der Wohn- und Betreuungsqualität älterer, behinderter und auf Betreuung angewiesener Menschen (Hamburgisches Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz – HmbWBG) vom 15. Dezember 2009 oder
- ♦ Sachsen das Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetz vom 12. Juli 2012.

Ambulant betreute Wohngemeinschaften werden in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich definiert. Regelungen zu u. a. Meldepflichten bei der Heimaufsicht, Personal, Mitwirkungsrechten und –pflichten der Bewohnenden und Vorgaben zu räumlichen Anforderungen ergeben sich aus den Landesgesetzen und ihren Rechtsvorschriften (Rothgang *et al.* 2017: 13 f.).

Die Regulierungsgrade zu Personalvorgaben in betreuten Wohnformen variieren zwischen den Ländern. Eine 24-stündige Anwesenheit von Präsenzkräften werden etwa in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz vorgeschrieben. Dabei muss es sich nicht um Pflegefachkräfte handeln. Eine Ausnahme bilden in Rheinland-Pfalz betreute Wohngemeinschaften intensivpflegebedürftiger oder stark kognitiv eingeschränkter Menschen, in denen die ständige Präsenz einer Fachkraft vorgeschrieben ist. Leben in Baden-Württemberg mehr als acht Bewohnerinnen und Bewohner zusammen, muss eine weitere zusätzliche Präsenzkraft für 12 Stunden anwesend sein. In Berlin reicht auch bei hohen und sehr hohen pflegerischen Bedarfen mit demenziell bedingten Fähigkeitsstörungen die durchgängige Anwesenheit einer Hilfskraft. In Nordrhein-Westfalen kann eine Anordnung zu einer dauerhaften Anwesenheit in anbieterverantworteten Wohngemeinschaften ausgesprochen werden. Mit Blick auf das Betreuungspersonal fordert Hamburg als einziges Bundesland, dass dieses regelmäßig vor Ort sein muss. Mehrheitlich sehen die Länderbestimmungen keine konkreten Personalvorgaben in betreuten Wohngemeinschaften vor, die über Bestimmungen zuständiger Pflegefach- und Leitungskräfte hinausgehen (Rothgang *et al.* 2017: 73).

#### **4.3.2 Vorgaben zu den Einzugsgebieten**

Als Grundlage für die Festlegung örtlicher Einzugsgebiete dienen in der Regel die kreisfreien Städte und Landkreise. Schleswig-Holstein und Baden-Württemberg treffen als einzige Bundesländer in den Rahmenverträgen nach § 75 Abs. 1 SGB XI konkretere Regelungen, die in den nachfolgenden jeweiligen Unterkapiteln zu länderspezifischen Regelungen explizit dargestellt werden. Bremen ist von den drei

Stadtstaaten das einzige Land, das im Rahmenvertrag für die örtlichen Einzugsgebiete eine räumliche Unterteilung des Stadtgebietes (Bremen und Bremerhaven) vornimmt. Berlin und Hamburg geben das gesamte Stadtgebiet als Einzugsbereich an.

In den jeweiligen Versorgungsverträgen werden die regionalen Einzugsgebiete der ambulanten Pflegedienste konkretisiert. Während in den Landesrahmenverträgen meist die kreisfreie Stadt oder der Landkreis Einzugsgebiete sind, werden diese in den Versorgungsverträgen explizit festgelegt und bspw. Stadtteile oder Teile der Landkreise benannt. Vereinzelt wird als Einzugsbereich auch ein Radius rund um den Betriebssitz des ambulanten Pflegedienstes festgelegt. So beträgt dieser in den Muster-Versorgungsverträgen nach § 72 SGB XI bspw. in Thüringen 15 km.

Pflegedienste dürfen ihre Leistungen auch über das vertraglich festgelegte Gebiet hinaus (bundesweit) anbieten. Das Nähere zur Abrechnung möglicher Mehraufwände durch z. B. längere Wegezeiten ist in den zugrundeliegenden Verträgen zu finden, insbesondere den Landesrahmenverträgen nach § 75 Abs. 1 SGB XI oder der Pflegevergütung mit den Pflegekassen. Eine Rechnungstellung gegenüber Klientinnen und Klienten kann jedoch unter der Maßgabe erfolgen, dass die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen durch den betreffenden Pflegedienst ausdrücklich gewünscht ist.

Rahmenverträge nach § 80 SGB XII thematisieren örtliche Einzugsbereiche nicht.

#### **4.3.3 Vorgaben zu Kooperationen**

Kooperationen mit anderen Anbietern von Pflege- oder Betreuungsleistungen zum Erbringen individueller Versorgungsleistungen für pflegebedürftige Klientinnen und Klienten im Sinne des Pflegeversicherungsrechts sind in allen Ländern möglich. Überwiegend in den älteren Landesrahmenverträgen nach § 75 Abs. 1 SGB XI sind die Regelungen dazu sehr allgemein gehalten. Eine Spezifizierung, um welche Einrichtungen es sich dabei handeln und aus welchen Versorgungsbereichen (ambulant, teilstationär, stationär) sie stammen könnten, wird zumeist nicht vorgenommen. Abgeschlossene Kooperationsverträge mit weiteren Leistungserbringern sind den Landesverbänden der Pflegekassen unverzüglich vorzulegen. Der zugelassene Pflegedienst trägt die Verantwortung für im Rahmen der Kooperation erbrachte Leistungen und rechnet mit der jeweiligen Pflegekasse ab. Konkrete Vorgaben zur Ausgestaltung der Kooperationen finden sich i. d. R. nicht. Berlin greift als einziges Bundesland den Aspekt der einrichtungsübergreifenden Kooperation im Landesrahmenvertrag nicht auf; diese werden lediglich in den Muster-Versorgungsverträgen geregelt. Im Vergleich zu den anderen Bundesländern gestattet das Saarland grundsätzlich nur Kooperationen mit anderen ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten sowie zusätzlich Kooperationen im Rahmen regionaler Bereitschaftsdienste für Notsituationen außerhalb der Betreuungszeiten der Pflegedienste. Der Rahmenvertrag in Thüringen sieht vor, dass Kooperationsverträge geschlossen werden müssen, wenn eine personelle Mindestausstattung in (kleinen) Pflegediensten nicht erfüllt werden kann.

Einrichtungsübergreifende Kooperationen werden in den Muster-Versorgungsverträgen nach § 72 SGB XI überwiegend aufgegriffen und, im Vergleich zu den Landesrahmenverträgen, näher ausgeführt. Einige Bundesländer treffen in den Muster-Versorgungsverträgen jedoch keine genaueren Bestimmungen, so bspw. Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, das Saarland, Schleswig-Holstein und Thüringen.

Kooperationen können gemäß den Muster-Versorgungsverträgen nach § 72 SGB XI wie bspw. in Berlin, Brandenburg, Niedersachsen und Hessen mit anderen Einrichtungen oder durch eine Beteiligung an regionalen Kooperationen stattfinden. Regionale Kooperationen fokussieren den Anschluss oder die Bildung von einrichtungsübergreifenden Notrufsystemen. Grundsätzlich ist die Annahme und (regelmäßige) Weitergabe von Pflegeaufträgen gegen ein Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile unzulässig (sog. Vermittlungsverbot). Unberührt bleiben Kooperationen und die Auftragsannahme über ein gemeinsames Notrufsystem.

Einschränkungen in der Möglichkeit zu Kooperationen mit anderen Leistungserbringern bestehen z. T. für Pflegedienste, die Leistungen nach § 132a SGB V erbringen. So sieht bspw. der Rahmenvertrag nach § 132a SGB V in Thüringen vor, dass Kooperationsvereinbarungen nur mit Pflegeeinrichtungen geschlossen werden können, die ebenfalls Leistungen nach §§ 132 und 132a SGB V anbieten.

Ferner bestehen in den Rahmenverträgen nach den §§ 132 und 132a SGB V Vorgaben zur Zusammenarbeit des Pflegedienstes mit Vertragsärztinnen bzw. -ärzten, für die die Vorgaben der HKP-RL gelten (siehe Kapitel 4.1).

Die Landesrahmenverträge nach § 80 SGB XII sowie die Leistungsvereinbarungen nach § 76 SGB XII beinhalten keine konkreten Regelungen zu Kooperationen.

#### **4.3.4 Länderspezifische Regelungen aus den Landesrahmenverträgen**

In den nachfolgenden Unterkapiteln werden ergänzend länderspezifische Regelungen aus den Landesrahmenverträgen zur ambulanten pflegerischen Versorgung, die die nicht-verbindlichen „Gemeinsame Empfehlung gemäß § 75 Abs. 5 SGB XI zum Inhalt der Rahmenverträge nach § 75 Abs. 2 SGB XI zur ambulanten pflegerischen Versorgung vom 13. Februar 1995“ berücksichtigen sowie aus den Muster-Versorgungsverträgen kurz beschrieben, sofern sie von den bereits aufgeführten allgemeinen Regelungen abweichen.

##### **Baden-Württemberg**

Grundsätzlich beträgt der zu vereinbarende Einzugsbereich in Landkreisen mindestens eine Gemeinde und in Stadtkreisen mindestens einen Stadtbezirk. In großen Kreisstädten ist es darüber hinaus möglich, Einzugsbereiche für ein Minimum von 20.000 Einwohnern zu vereinbaren (§ 34 Abs. 2 des baden-württembergischen Landesrahmenvertrags nach § 75 Abs. 1 SGB XI, der am 01.02.2017 in Kraft trat). Identische Vorgaben gibt es für Pflegedienste mit Zulassung nach SGB V (§ 16 des baden-württembergischen Landesrahmenvertrag nach § 132a SGB V, der am 01.08.1998 in Kraft trat).

---

Klientinnen und Klienten sind in geeigneter Weise zu informieren, sofern vertraglich vereinbarte Leistungen im Rahmen einer Kooperation erbracht werden. Fachaufsicht und Rechnungsstellungen obliegen dem zugelassenen Pflegedienst, der einen Pflegevertrag nach § 120 SGB XI mit der pflegebedürftigen Klientin bzw. dem Klienten abgeschlossen hat. Dabei gilt, dass auch durch Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner zur häuslichen Pflege eingesetztes Personal beim Kooperationspartner angestellt sein muss (es gilt § 36 Abs. 4 S. 2 SGB XI). Ferner sind die Regelungen zur Abgrenzung der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI sind zu beachten (§ 9 Abs. 1 und 2 des baden-württembergischen Landesrahmenvertrags gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI, der am 01.02.2017 in Kraft trat).

Der Landesrahmenvertrag nach § 132a SGB V bestimmt, dass Kooperationen zur Gewährleistung der Erreichbarkeit rund um die Uhr in Kooperation mit anderen Pflegediensten erfolgen kann, sofern diese dem Rahmenvertrag nach § 132a SGB V beigetreten sind (§ 9 des baden-württembergischen Landesrahmenvertrages nach § 132a SGB V). Eine Spezifizierung, um welche Pflegedienste (SGB XI oder V) es sich handeln könnte und ob diese eine Zulassung durch die Pflegekasse benötigen wird nicht vorgenommen.

In § 17 Abs. 1 des Baden-Württembergischen Landesrahmenvertrages gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI wird festgehalten, dass die personelle Mindestausstattung ambulanter Pflegedienste eine „[...] bedarfsgerechte, gleichmäßige sowie fachlich qualifizierte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Unterstützung der Pflegebedürftigen [...]“ mit körperbezogenen pflegerischen Maßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfe bei der Haushaltsführung gewährleisten muss. Vom Pflegedienst zu erfüllende konkrete personelle Mindestvoraussetzungen sind nach § 17 Abs. 2 des Landesrahmenvertrags gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI:

- ♦ insgesamt müssen mindestens 3 vollzeitbeschäftigte, sozialversicherungspflichtige Pflegefachkräfte und geeignete Pflegekräfte (mind. 38,5 h/Woche, inkl. Inhaberin oder Inhaber) tätig sein.

Ferner gilt nach § 17 Abs. 2 des Landesrahmenvertrages weiterhin u. a., dass:

- ♦ die verantwortliche Pflegefachkraft in einem Stundenumfang von i. d. R. 38,5 h/Woche tätig ist, wobei diese Funktion auf max. zwei Personen verteilt werden kann,
  - ♦ die stellvertretende Leitung des Pflegedienstes mind. 28,5 h/Woche tätig sein muss. Zulässig ist die Verteilung dieser Funktion auf maximal zwei Personen,
  - ♦ weitere geeignete Pflegekräfte in Voll- oder Teilzeit beschäftigt sein müssen,
  - ♦ insgesamt mind. drei rechnerische Vollstellen (inkl. Inhaberin bzw. Inhaber bzw. Leitung und stellvertretender Leitung) erfüllt sein müssen sowie
-



- ♦ die Personalmindestausstattung nach § 132 und § 132a SGB V angerechnet werden kann.

Der Landesrahmenvertrag nach § 132a SGB V sieht keine personelle Mindestausstattung vor. Leistungen der Häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V sind durch geeignete Pflegekräfte zu erbringen (§ 3 Abs. 1 des baden-württembergischen Landesrahmenvertrages nach § 132a SGB V). Ferner wird aufgeschlüsselt, welche berufliche Qualifikation Pflegefachkräfte für die Übernahme von behandlungspflegerischen Tätigkeiten vorweisen müssen sowie welche behandlungspflegerischen Leistungen ggf. von Pflegehilfskräften erbracht werden könnten. Darüber hinaus werden benötigte Qualifikationen für die Durchführung grundpflegerischer und hauswirtschaftlicher Leistungen benannt (§ 3 Abs. 2a bis d des baden-württembergischen Landesrahmenvertrages nach § 132a SGB V).

### **Bayern**

Die Einzugsbereiche der Pflegedienste werden nach § 11 Abs. 1 des bayerischen Landesrahmenvertrages gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI, der am 01.04.1995 in Kraft trat, durch die Landesverbände der Pflegekassen mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen im Benehmen mit dem bayerischen Landkreistag und dem Bayerischen Städtetag festgelegt. Zugrunde zu legen ist bei der Festlegung der regionalen Einzugsbereiche das Gebiet eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt. Kreisfreie Städte und angrenzende Landkreise oder aneinander angrenzende Landkreise können im Sinne einer wirtschaftlichen und bedarfsgerechten Versorgung zusammengefasst werden (§ 11 Abs. 2 des bayerischen Landesrahmenvertrages).

Regelungen zu Kooperationen mit anderen Pflege- und Betreuungsdiensten werden im Landesrahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SGB XI nicht getroffen. Hinsichtlich personeller Voraussetzungen wird auf die veralteten und nicht mehr in Kraft stehenden „Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschl. des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege“ verwiesen.

Regelungen zu Personalvorgaben und Kooperationen im bayerischen Landesrahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI gehen nicht über die bereits allgemein aufgeführten Regelungen hinaus.

Pflegedienste, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege (SGB V) erbringen, müssen mind. drei Vollzeitkräfte beschäftigen: die verantwortliche Pflegefachkraft, ihre Stellvertretung sowie eine weitere Pflegefachkraft. Die Beschäftigung weiterer Pflegekräfte ist möglich (§§ 16 und 17 der bayerischen Landesrahmenempfehlung nach § 132a SGB V). Der Umfang von Fortbildungen umfasst mind. 10 Stunden/Kalenderjahr, wovon mind. 50 % extern erfolgen sollen. Abrechnungsleistungen können seitens der Krankenkasse bei Nicht-Einhalten gekürzt werden (§ 18 Abs. 3 und 5 des bayerischen Landesrahmenvertrags nach § 132a SGB V, der am 01.05.2005 in Kraft trat).

## Berlin

Der Landesrahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 und 2 SGB XI vom 01.03.2015 trifft keine Aussagen zu überbetrieblichen Kooperationen. Im Strukturhebungsbogen für ambulante Pflegedienste im Land, welcher dem Vertrag als Anhang 1 beiliegt, müssen Kooperationen mit anderen Pflegediensten und/oder Dienstleistungsunternehmen angegeben und Kooperationsverträge nachgewiesen werden.

In den Muster-Versorgungsverträgen nach § 72 SGB XI wird der Rahmen für Kooperationen allerdings genauer beschrieben. Sie können demnach auf zwei Arten erfolgen können:

- ♦ als Kooperation mit einer anderen Einrichtung oder
- ♦ durch Beteiligung an regionalen Kooperationen, insbesondere durch einen Anschluss an bereits bestehende oder zu organisierende Notrufsysteme (vdek o. J.-b).

Ambulante Pflegedienste haben nach § 10 Abs. 3a bis f des Landesrahmenvertrages für die Leistungserbringung in jeder Einsatzstelle (Pflegestation) eine Personalvorhaltung von mind. 501 Stunden monatlich zu gewährleisten (sozialversicherungspflichtige Beschäftigung). Auf die ständig verantwortliche Pflegefachkraft entfallen davon mind. 19,5 bis 42 Wochenstunden. Analog gelten diese Vorgaben auch für die stellvertretende verantwortliche Pflegekraft. Zur Erfüllung der Mindestvorhaltungen sind darüber hinaus weitere Pflegekräfte nach den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI zu beschäftigen. Angestellte, die ohne Unterbrechung, bspw. aufgrund von Elternzeit, nicht zu Verfügung stehen, können nicht mehr auf die Mindestmenge angerechnet werden. Ebenfalls nicht anrechenbar sind geringfügig Beschäftigte. Fallen die verantwortliche Pflegefachkraft und ihre Stellvertretung krankheitsbedingt aus, sind Aufgaben durch eine Pflegefachkraft sofort zu übernehmen.

Folgende Personalmindestvorhaltungen müssen ambulante Pflegedienste erfüllen, die häusliche Krankenpflege nach § 132a SGB V anbieten:

- ♦ ausgebildetes Pflegefachpersonal (Pflegefachfrauen und -männer, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger und/oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger,
  - ♦ acht Vollzeitbeschäftigte (38,5 h/Woche) mit einem arbeitsvertraglich geregelten Gesamtstundenumfang von 1.335 h/Monat,
  - ♦ eine arbeitsvertraglich geregelte Mindestarbeitszeit von insgesamt 1.335 h/Monat oder
  - ♦ Mindestarbeitszeit von 1.335 h/Monat verteilt auf sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Teilzeit.
-

Für die Erfüllung der Personalmindestvorhaltung kann auch der Nachweis über die Beschäftigung von staatlich anerkannten Altenpflegerinnen/Altenpflegern im Umfang von maximal zwei Vollzeitstellen erbracht werden.

Hat ein Leistungserbringer mehrere vertraglich einbezogene Standorte gilt die Personalmindestvorhaltung als erfüllt, wenn pro Standort 50 % der Vorhaltungen erfüllt werden oder im Durchschnitt aller Standorte erfüllt sind. Dabei sind die Positionen der verantwortlichen sowie stellvertretenden Pflegefachkraft und weiterhin einer dreijährig examinierten Pflegefachkraft im Umfang einer Vollzeitstelle vorzuhalten (AOK o. J. : S. 8 f.).

### **Brandenburg**

Kooperationen zur pflegerischen/hauswirtschaftlichen Versorgung pflegebedürftiger Klientinnen und Klienten können gemäß Muster-Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI auf zwei Arten erfolgen:

- ♦ als Kooperation mit einer anderen Einrichtung oder
- ♦ durch Beteiligung an regionalen Kooperationen (insbesondere durch einen Anschluss an bereits bestehende oder zu organisierende Notrufsysteme).

Um Kooperationen und Auftragsannahmen über ein gemeinsames Notrufsystem bzw. eine Notrufleitstelle zu ermöglichen, enthalten die Muster-Versorgungsverträge Ausnahmeregelungen hinsichtlich des Vermittlungsverbotes von Pflegeaufträgen (vdek o. J.-b).

### **Bremen**

Grundlage für die Festlegung der Einzugsbereiche sind die Städte Bremen und Bremerhaven (§ 35 Abs. 1 Landesrahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SGB X, der am 01.04.1995 in Kraft trat). Stadtteile können, um eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung zu ermöglichen, zusammengefasst werden. Berücksichtigt werden müssen die Besiedlungsdichte, die Altersstruktur, die Topographie, die soziale Infrastruktur, die Landespflegeplanung und bereits bestehende Versorgungsstrukturen.

### **Hamburg**

Im Rahmen der personellen Möglichkeiten besteht für ambulante Pflegedienste laut § 12 des hamburgischen Rahmenvertrages die Pflicht pflegebedürftige Personen zu versorgen, die Leistungen des Pflegedienstes in Anspruch nehmen wollen und innerhalb des Einzugsgebietes wohnen. Der Einzugsbereich erstreckt sich über das gesamte Stadtgebiet (§ 37 des hamburgischen Landesrahmenvertrages nach § 75 Abs. 1 SGB XI, der am 01.01.2017 in Kraft trat).

Im Rahmen der palliativen medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Versorgung werden Vernetzung und Kooperation mit u. a. SAPV-Teams, Hospizdiensten und Hospiz- und Palliativnetzen angestrebt (§ 4 Abs. 6 des hamburgischen Landesrahmenvertrages nach § 75 Abs. 1 SGB XI).

---

## Hessen

Für das Land Hessen gibt es Stand November 2020 keinen rechtskräftigen und öffentlich zugänglichen Landesrahmenvertrag für die ambulante pflegerische Versorgung nach § 75 Abs. 1 SGB XI. Der 1995 ausgearbeitete Landesrahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SGB XI wurde nicht von allen beteiligten Parteien unterschrieben, womit die formale Gültigkeit fehlt.

Es bestand zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und den Verbänden der Kostenträger kein Konsens über:

- ◆ die Kostenzuordnung der Sondennahrung mittels Nährsonde,
- ◆ alle im Vertrag genannten Zeitpunkte oder Zeiträume,
- ◆ die Folgen des Verzugs bei der Abrechnung von Leistungen,
- ◆ den Nachweis der fachlichen Eignung der Pflegekräfte auf Verlangen eines Landesverbandes der Pflegekassen,
- ◆ die Beachtung der für den Pflegedienst geltenden gesetzlichen und tariflichen Bestimmungen,
- ◆ den Umfang der Praxis- und Betriebseinrichtung,
- ◆ den Zugang des MD und/oder sonstiger von den Pflegekassen beauftragter Prüfer,
- ◆ den Umfang einer anlassbezogenen Qualitätsprüfung,
- ◆ die Offenlegung der Pflegedokumentation (Hessischer Landtag 2002).

Derzeit wird ein aktueller Landesrahmenvertrag erarbeitet; der Ausarbeitungsprozess wird jedoch noch voraussichtlich drei bis fünf Jahre in Anspruch nehmen. In den Muster-Versorgungsverträgen nach § 72 SGB XI wird auf die Regelungen des formal nicht gültigen hessischen Landesrahmenvertrages nach § 75 SGB XI für die ambulante Pflege verwiesen.

Die Pflege in den ambulanten Pflegediensten steht unter der ständigen Verantwortung der Pflegefachkraft i. S. des § 71 Abs. 1 und 3 SGB XI. Den Landesverbänden der Pflegekassen ist die Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft und die fachliche Eignung der anderen Pflegekräfte nachzuweisen. Eine Beschäftigung von freien Mitarbeitenden zur Erfüllung des Versorgungsvertrages ist nicht zulässig.

Spezielle Regelungen zur Größe der Einzugsgebiete bestehen nicht. Gründet ein ambulanter Pflegedienst innerhalb des festgelegten Versorgungsgebietes eine weitere Niederlassung, so muss auch für diese ein separater Versorgungsvertrag abgeschlossen werden.

Kooperationen mit anderen (Pflege-)Einrichtungen sowie der Aufbau bzw. Anschluss an ein Rufbereitschaftssystem bzw. Notrufsystem sind zur Sicherstellung der Versorgung möglich (vdek 2017). Zugelassene Pflegedienste, die mit Assistenz-

und Hauswirtschaftsdiensten kooperierten beklagten in der jüngeren Vergangenheit eine ablehnende Haltung der hessischen Pflegekassen gegenüber dieser Art der Zusammenarbeit. Bestehende Versorgungsverträge wurden seit 2015 gekündigt, Kooperationsmodelle durch die Pflegekassen abgewickelt und der Aufbau neuer Kooperationsformen blockiert. Seitens der Pflegekassen bestünden Bedenken vor unseriösen Versorgungsangeboten durch osteuropäische Dienste bzw. Vermittlungsagenturen, die lediglich auf Gewinnmaximierung aufgrund der Entgelte abzielten (Klie & Arend 2018: 1). Die ambulanten Leistungserbringer fordern in der „Frankfurter Erklärung zur Kooperation in der häuslichen Pflege“ vom 20.03.2018:

- ♦ einen Stopp des Abbaus aus ihrer Sicht bewährter Sorge-Infrastrukturen und Kooperationen,
- ♦ eine Förderung des Innovationsklimas für mehr Vernetzung und Kooperation,
- ♦ Kooperationen von Pflege- und Assistenzdiensten sollen in geordneter Weise zugelassen werden (inkl. Spielraum für Kooperationen zw. Pflege mit Assistenz- und Hauswirtschaftsdiensten),
- ♦ einer Vornahme von Differenzierungen nach kollektiven Versorgungsarrangements (z. B. Pflege-WGs oder andere innovative Wohnformen für pflegebedürftige Personen) und häuslichen Versorgungssettings für die Bedingungen der verschiedenen Orte an denen Pflegeleistungen erbracht werden sowie
- ♦ einem gezielten Entgegenreten unseriöser Kooperationsgestaltungen ambulanter Dienste (Klie & Arend 2018: 1f.).

### **Mecklenburg-Vorpommern**

Örtliche Einzugsbereiche werden auf Grundlage der bestehenden Einzugsbereiche, der kreisfreien Stadt oder des Landkreises festgelegt. Mehrere Bereiche können zusammengefasst werden, um eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung anbieten zu können. Berücksichtigt werden sollen bspw. die Besiedlungsdichte, die Altersstruktur, die Topographie, die soziale Infrastruktur, die Landespflegeplanung und bereits bestehende Versorgungsstrukturen (§ 34 Abs. 1 und 2 des Landesrahmenvertrages nach § 75 Abs. 1 SGB XI, der am 01.10.1995 in Kraft trat).

### **Niedersachsen**

Ambulante Pflegedienste, die Leistungen nach dem SGB XI anbieten, müssen über Mindestpersonal um Umfang von rechnerisch drei Vollzeitkräften verfügen (§ 7 des niedersächsischen Landesrahmenvertrages gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI, der am 01.09.2015 in Kraft trat). Außerdem muss dieses gemäß der „Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege“ qualifiziert sein (siehe Kapitel 4.1).

---

Umfassende Vorgaben gibt es für Pflegedienste, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege erbringen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer Arbeitszeit von mind. 115,5 h/Woche beschäftigen (§ 5 Abs. 1 des niedersächsischen Landesrahmenvertrages nach § 132a SGB V). Diese entfällt auf:

- ♦ die verantwortliche Pflegefachkraft (mind. 30 h/Woche),
- ♦ die stellvertretende verantwortliche Fachkraft (mind. 20 h/Woche),
- ♦ mind. zwei weitere sozialversicherungspflichtig beschäftigte Pflegefachkräfte (mind. 45 h/Woche) oder
- ♦ mind. zwei Pflegekräfte (Pflegeassistentin bzw. -assistent, Krankenpflegehelferin bzw. -helfer (mind. 45 h/Woche) (§§ 6 Abs. 1c und 7 Abs. 1 des niedersächsischen Landesrahmenvertrages nach § 132a SGB V).

Vorgaben zur beruflichen Qualifikationen sowie benötigter Weiterbildungen für die (stellvertretend) verantwortliche Pflegefachkraft entsprechen der Regelungen in der HKP-RL. Fort- und Weiterbildungen müssen einen zeitlichen Umfang von 20 Stunden pro Vollzeitstelle innerhalb von zwei Kalenderjahren umfassen. Vermittelt werden soll insbesondere der aktuelle pflegewissenschaftliche und medizinische Stand der häuslichen Krankenpflege und nicht ausschließlich als interne Schulungen aller Beschäftigten durchgeführt werden (§ 9 Abs. 1 und 2 niedersächsischer Landesrahmenvertrag nach § 132a SGB V, der am 01.01.2014 in Kraft trat). Abrechnungskürzungen sind möglich, wenn der Verpflichtung zur Fort- und Weiterbildung nicht nachgekommen wird.

Regionale Kooperationen mit anderen Einrichtungen sind gemäß den Muster-Versorgungsverträgen nach § 72 SGB XI möglich, insbesondere durch einen Anschluss an ein bereits bestehendes oder noch zu organisierendes Notrufsystem. Hinsichtlich des Vermittlungsverbotes, d. h. der Annahme von Pflegeaufträgen und deren Weitergabe durch Dritte gegen ein Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile, gibt es mit Blick auf regionale Kooperationen keine gesonderten Regelungen. Personelle Vorgaben sowie Regelungen zur örtlichen Einzugsgebieten, die über den Landesrahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI hinausgehen, bestehen nicht (vdek o. J.-c).

### **Nordrhein-Westfalen**

Ausgangsregionen in der Festlegung der örtlichen Einzugsbereiche sind die kreisfreien Städte und weiterhin kreisangehörige Städte und Gemeinden. Angrenzende Regionaleinheiten können zusammengefasst werden, wobei hier ggf. die Einwohnerzahl Berücksichtigung finden muss. Freie Pflegeplatzkapazitäten sollen den Pflegekassen durch die Pflegedienste zeitnah gemeldet werden (§ 34 Abs. 2 und 4 des Landesrahmenvertrages gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI, der am 01.07.1995 in Kraft trat).

Pflegeleistungen können laut § 10 des Landesrahmenvertrages gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI von ambulanten Pflegediensten in Kooperation mit anderen zugelassenen Pflegediensten zur pflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung

---

erbracht werden. Anderen Kooperationsformen muss zuvor durch alle Landesverbände der Pflegekassen zugestimmt werden. Kooperationsverträge sind den Landesverbänden der Pflegekassen umgehend vorzulegen. Abrechnung und fachliche Verantwortung gegenüber den Klientinnen und Klienten sowie der Pflegekasse liegen beim ursprünglich beauftragten Pflegedienst.

In den Muster-Versorgungsverträgen nach § 72 SGB XI wird in den betreffenden Abschnitten zu Kooperationen mit anderen (Pflege-)Einrichtungen sowie personeller Anforderungen auf den Landesrahmenvertrag nach § 75 SGB XI verwiesen (vdek 2017b).

### **Rheinland-Pfalz**

Mindestens zu beschäftigen sind in ambulanten Pflegediensten, die Leistungen nach SGB XI anbieten:

- ◆ eine verantwortliche Pflegefachkraft in Vollzeit,
- ◆ sozialversicherungspflichtig beschäftigte Pflegekräfte, deren Arbeitszeit in Summe zwei Kräften in Vollzeit entspricht sowie
- ◆ Vertretungspersonal bei längeren Ausfallzeiten, mit gleicher Qualifikation wie das Stammpersonal.

Die fachliche Kompetenz der verantwortlichen Pflegefachkraft, Pflegefachkräfte sowie Pflegekräften ist durch entsprechende Fort- und Weiterbildungen sicherzustellen. Im Fall von Verhinderungen der Mitarbeitenden ist eine fachlich gleichqualifizierte Vertretung zu gewährleisten. Neben einer verantwortlichen Pflegefachkraft müssen in ambulanten Pflegediensten mind. zwei weitere sozialversicherungspflichtig beschäftigte Pflegefachkräfte tätig sein. Darüber hinaus können weitere geeignete Pflegekräfte eingesetzt werden. Der Anteil geringfügig Beschäftigter soll, gemessen an der Gesamtzahl der Pflegekräfte, nicht mehr als 20 % betragen (vdek 2018b: 25 ff.).

Wenn ambulante Pflegedienste erstmalig den Abschluss eines Versorgungsvertrages beantragen und zu diesem Zeitpunkt die Beschäftigung von Pflegekräften in insgesamt zwei Vollstellen nicht erfüllen, kann eine Frist zur weiteren Einstellung einer Pflegekraft von max. 12 Monaten gewährt werden (§ 22 Absätze 1-3 des Landesrahmenvertrages nach § 75 Abs. 1 SGB XI, der am 01.11.1995 in Kraft trat).

Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 132a SGB V und § 132 SGB V dürfen nur von geeignetem, fachlich qualifiziertem Personal erbracht werden (§ 4 Abs. 1 des Landesrahmenvertrages gemäß § 132a Abs. 4 SGB V, der am 01.07.2019 in Kraft trat; § 3 Abs. 1 und 2 des Landesrahmenvertrages gemäß § 132 SGB V, der am 01.04.1991 in Kraft trat). Die personelle Mindestbesetzung umfasst für Pflegedienste, die Leistungen nach § 132 SGB V anbieten eine Pflegedienstleitung und zusätzlich zwei weitere Pflegefachkräfte sowie Vertretungspersonal bei längerer Ausfallzeit (§ 4 Abs. 1 des Landesrahmenvertrages gemäß § 132 SGB V). Für Pflegedienste, die Leistungen für Palliativpatientinnen und -patienten anbieten gilt Folgendes:

- ♦ Die fachlich verantwortliche Pflegefachkraft muss über eine Palliativ-Care-Weiterbildung im Umfang von 160 Stunden verfügen.
- ♦ Alle weiteren Pflegefachkräfte, die diese Leistung erbringen, müssen mindestens einen Palliativ-Care-Basis-Kurs im Umfang von 40 Stunden erfolgreich abgeschlossen haben.
- ♦ Die Kurse müssen durch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) oder eine vergleichbare Institution zertifiziert sein (§ 4 des Landesrahmenvertrages gemäß § 132a Abs. 4 SGB V).

Pflegefachkräfte können bestimmte Aufgaben (nicht genauer beschrieben) an Hilfskräfte mit staatlicher Anerkennung delegieren. Die hauswirtschaftliche Versorgung kann unter fachlicher Anleitung und Aufsicht durch eine Pflegefachkraft auch von anderen geeigneten Personen erbracht werden (§ 3 Abs. 2 des rheinland-pfälzischen Landesrahmenvertrags gemäß § 132 SGB V). Häusliche Pflegehilfe gemäß § 55 SGB V wird durch Pflegefachkräfte erbracht. Einzelne Leistungen (nicht näher beschrieben) können im Einzelfall unter fachlicher Aufsicht und Anleitung durch eine Pflegefachkraft auch von anderen geeigneten Personen erbracht werden (§ 3 Abs. 3 des rheinland-pfälzischen Landesrahmenvertrags gemäß § 132 SGB V). Die verantwortliche Pflegefachkraft muss eine mindestens 3-jährige praktische hauptberufliche Tätigkeit nach erteilter Erlaubnis nach Berufszulassung innerhalb der letzten fünf Jahre in einem Krankenhaus oder einer Pflegestation nachweisen (§ 3 Abs. 4 des rheinland-pfälzischen Landesrahmenvertrags gemäß § 132 SGB V).

Kooperationen werden in den Muster-Versorgungsverträgen nach § 132a SGB V in mehreren Paragraphen geregelt (vdek 2018b: 37 f.). Die Regelungen gehen dabei nicht über die HKP-RL hinaus.

### **Saarland**

Das Schließen von Kooperationsvereinbarungen mit anderen zugelassenen ambulanten Pflege und -Betreuungseinrichtungen des SGB XI ist möglich (§ 2 Abs. 1 des saarländischen Rahmenvertrages gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI, der am 01.10.2020 in Kraft trat). Es wird explizit auf die Absätze 1 (ambulante Pflegedienste) und 1a (ambulante Betreuungsdienste) des § 71 SGB XI verwiesen und Kooperationen mit teilstationären oder stationären Pflegeeinrichtungen damit ausgeschlossen. Abgeschlossene Kooperationsverträge sind den Landespflegeverbänden der Pflegekassen unmittelbar vorzulegen. Im Rahmen der Kooperation erbrachte Leistungen werden von jedem Kooperationspartner selbst abgerechnet. Zur Vermeidung von Komplikationen ist die jeweilige Pflegekasse zu informieren (§ 14 Abs. 5 des saarländischen Landesrahmenvertrages nach § 75 Abs. 1 SGB XI). Die Bildung regionaler Bereitschaftsdienste ist zulässig, um pflegebedürftigen Menschen in Notsituationen auch außerhalb der üblichen Geschäftszeiten die Inanspruchnahme des Hilfeangebotes zu erleichtern. Dabei ist zu beachten, dass Kooperation und Koordination gefördert, Konkurrenzsituationen dagegen vermieden werden (§ 2 Abs. 3 des saarländischen Landesrahmenvertrages nach § 75 Abs. 1 SGB XI).



Die verantwortliche Pflegefachkraft muss einen Beschäftigungsumfang von 1,0 Vollzeitäquivalenten in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis aufweisen (§ 17 Abs. 4 des Landesrahmenvertrages nach § 75 Abs. 1 SGB XI). Eine Besetzung der Stelle ist auch in Teilzeit möglich – für mind. 50 % der tarifvertraglichen bzw. üblichen Arbeitszeit. Darüber hinaus sind weitere Pflegefachkräfte mit einer Qualifikation im Sinne von § 71 Abs. 3 SGB XI zu beschäftigen (Pflegefachfrau bzw. -fachmann, Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. -pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. -pfleger, Altenpflegerin bzw. -pfleger), deren Arbeitszeiten insgesamt der einer Vollzeitkraft entsprechen muss. Um eine personelle Kontinuität in der pflegerischen Versorgung und Betreuung zu ermöglichen, ist der Einsatz von beim Pflegedienst beschäftigten Personal zu präferieren.

Betreibt der Träger des ambulanten Pflegedienstes in einem räumlichen Verbund auch eine Tagespflegeeinrichtung gilt folgendes:

- ♦ Die verantwortliche Pflegefachkraft kann, wenn sie durch den Träger des ambulanten Pflegedienstes für die Leitungsfunktion freigestellt wird, auch die Leitung der Tagespflegeeinrichtung übernehmen.
- ♦ Wird sie nicht freigestellt, kann die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft des ambulanten Pflegedienstes die Leitung der Tagespflegeeinrichtung übernehmen. Das gilt jedoch nur, wenn die Stellvertretung über die Qualifikation zur verantwortlichen Fachkraft verfügt.
- ♦ Wird die verantwortliche Pflegefachkraft des ambulanten Dienstes nicht freigestellt und verfügt die Stellvertretung nicht über die benötigte Qualifikation, muss die Tagespflegeeinrichtung mind. 0,5 Vollzeitstellen als verantwortliche Pflegefachkraft besetzen.
- ♦ Die Aufteilung der verantwortlichen Pflegefachkraft auf zwei Teilzeitäquivalente ist möglich. Allerdings muss eine der Teilzeitstellen mind. 0,75 Vollzeitäquivalente umfassen und zusammen mit den restlichen 0,25 Vollzeitäquivalenten zu 100 % für Leitungsaufgaben freigestellt sein.
- ♦ Die Funktion der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft auf Teilzeitstellen ist möglich (§ 17 Abs. 5 des Landesrahmenvertrages nach § 75 Abs. 1 SGB XI).

Ferner wird im Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI explizit auf die Qualifikation von häuslichen Betreuungskräften eingegangen. Diese müssen „persönlich geeignet sein und benötigen Grundkenntnisse im Bereich der Gesprächsführung, der sozialen Betreuung und z. B. der Mobilisierung von körperlich eingeschränkten Personen.“ (§ 17 Abs. 6 und 8 des Landesrahmenvertrages nach § 75 Abs. 1 SGB XI). Weiterhin müssen Basisqualifikationen im Umgang mit pflegebedürftigen Menschen, die kognitiv und/oder physisch beeinträchtigt sind, vorhanden sein. Die Qualifikationen müssen sich an den Richtlinien nach § 53b SGB XI (ehemals § 53c SGB XI, auf den im Landesrahmenvertrag explizit verwiesen wird)

---

zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen (Betreuungskräfte-Richtlinien) orientieren. Diese Voraussetzungen gelten bei einjährig examinierten Alten- oder Krankenpflegehelferinnen und -helfern als erfüllt. Es können mit den häuslichen Betreuungskräften mind. einmal jährlich Supervisionen unter Leitung einer Pflegefachkraft mit gerontopsychiatrischer Weiterbildung durchgeführt werden. Grundsätzlich sind zudem eine dauerhafte Anleitung und Begleitung durch entsprechend ausgebildete Pflegefachkräfte sowie jährliche Fortbildungen sicherzustellen (§ 17 Abs. 8 des Landesrahmenvertrages nach § 75 Abs. 1 SGB XI).

Einrichtungsübergreifende Kooperationen mit anderen Pflegediensten werden im saarländischen Landesrahmenvertrag gemäß §§ 132a SGB V und 132 SGB V, in Kraft getreten am 01.07.2003, nicht vorgenommen. Vorgaben zum Beruf und benötigter Weiterbildung für eine leitende Funktion der verantwortlichen Pflegefachkraft entsprechenden Regelungen des Landesrahmenvertrages gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI. Sofern der erlernte Beruf Altenpflegerin bzw. Altenpfleger ist, ist jedoch eine 60-stündige Zusatzqualifikation in der Krankenpflege erforderlich (§ 18 Abs. b des saarländischen Landesrahmenvertrages gemäß § 132a SGB V und 132 SGB V). Weiterhin muss, unabhängig vom Beruf der verantwortlichen Pflegefachkraft, innerhalb der letzten sechs Jahre mindestens drei Jahre eine praktische, und hauptberufliche Vollzeittätigkeit im jeweiligen Pflegeberuf ausgeübt worden sein (§ 18 Abs. c des saarländischen Landesrahmenvertrages gemäß § 132a SGB V und 132 SGB V). Eine sozialversicherungspflichtige Vollzeitbeschäftigung ist zwingend notwendig (§ 18 Abs. d des saarländischen Landesrahmenvertrages gemäß § 132a SGB V und 132 SGB V). Die Funktion der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft auf Teilzeitstellen ist möglich (§ 19 Abs. 3 des saarländischen Landesrahmenvertrages gemäß § 132a SGB V und 132 SGB V).

Neben der verantwortlichen und der stellvertretenden Pflegefachkraft ist mindestens eine weitere Pflegefachkraft sozialversicherungspflichtig zu beschäftigen (§ 20 Abs. 1 des saarländischen Landesrahmenvertrages gemäß § 132a SGB V und 132 SGB V).

## **Sachsen**

Leistungen der Grundpflege dürfen im Rahmen von Kooperationen nur von Pflegediensten erbracht werden, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI vorweisen können. Konkretere Regelungen bestehen nicht, es wird auf den entsprechenden Paragraphen des Landesrahmenvertrages gemäß § 75 SGB XI, der am 01.09.1995 in Kraft trat, für die ambulante Pflege verwiesen. Auch hinsichtlich der Personalvorgaben (Menge und Qualifikation) gibt es keine über den Landesrahmenvertrag hinausgehenden vertraglichen Regelungen. Für den örtlichen Einzugsbereich der ambulanten Pflegeeinrichtungen werden in den Muster-Versorgungsverträgen nach § 72 SGB XI vertraglich Landkreise bzw. Teile der jeweiligen Landkreise und Städte bzw. Stadtbezirke festgelegt, eine Beschränkung des Radius in Form einer Kilometer-Vorgabe besteht nicht (AOK 2011).

---

### **Sachsen-Anhalt**

Grundlage zur Festlegung der Einzugsbereiche sind die kreisfreie Stadt oder der Landkreis. I. S. einer bedarfsgerechten, wirtschaftlichen Versorgung können kreisfreie Städte und angrenzende Landkreise bzw. mehrere Landkreise — unter Beachtung verschiedener Faktoren (bspw. Altersstruktur und Topographie) — zusammengefasst werden (§ 33 Abs. 1. des sachsen-anhaltinischen Landesrahmenvertrages nach § 75 Abs. 1 SGB XI, der am 01.04.1995 in Kraft trat).

### **Schleswig-Holstein**

Der Rahmenvertrag für das Land Schleswig-Holstein sieht für Pflegedienste mit Versorgungsverträgen nach §§ 72 SGB XI und 132a SGB V i. d. R. einen Einzugsbereich von 30 km rund um den Betriebssitz vor. Städte, kreisfreie Städte und angrenzende Landkreise sowie mehrere Landkreise können darüber hinaus zusammengefasst werden (§ 8 Absätze 5 und 6 des Landesrahmenvertrages nach § 75 Abs. 1 SGB XI, der am 01.09.2019 in Kraft trat).

Die fachliche Qualifikation des Personals des ambulanten Pflegedienstes muss sich nach den Regelungen der Maßstäbe und Grundsätze der Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege richten (§ 21 Abs. 3 des Landesrahmenvertrages nach § 75 Abs. 1 SGB XI).

§ 22 Abs. 1 bis 4 des Rahmenvertrages schreibt für die verantwortliche Pflegefachkraft über den § 71 Abs. 3 SGB XI und die Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege hinausgehend folgendes vor:

- ♦ Beschäftigung in Vollzeit,
- ♦ im Einvernehmen mit der Pflegekasse oder dem Pflegekassenverband können statt einer verantwortlichen Pflegefachkraft in Vollzeit auch zwei sozialversicherungspflichtig beschäftigte Teilzeitkräfte die Funktion übernehmen, sofern für beide eine abgeschlossene Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktion mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden vorliegt.

Pflegedienste, die über einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI oder § 132a SGB V verfügen, müssen in Schleswig-Holstein gemäß § 24 Abs. 1 des Landesrahmenvertrages neben der verantwortlichen Pflegefachkraft in Vollzeit sowie ihrer Vertretung ständig eine weitere sozialversicherungspflichtig beschäftigte geeignete Kraft in Vollzeit beschäftigen. Ein Stellensplitting auf max. zwei geeignete Kräfte ist möglich.

Hinsichtlich Kooperationen mit anderen Pflegeeinrichtungen gibt es in den Muster-Versorgungsverträgen für die häusliche Krankenpflege (§ 132a SGB V) keine weitergehenden Bestimmungen.

---

Nach den Muster-Versorgungsverträgen dürfen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nur von fachlich qualifiziertem Personal (Pflegefachfrau bzw. -mann, Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. -pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. -pfleger sowie Altenpflegerin bzw. -pfleger) ausgeführt werden. Pflegekräfte mit anderen beruflichen Qualifikationen können Behandlungspflege erbringen, für die sie mit ihrer Ausbildung qualifiziert sind. Ferner sind in den Muster-Versorgungsverträgen nach § 132a SGB V pflegerischen Tätigkeiten der Behandlungspflege aufgeführt, die durch Pflegekräfte ohne formale Qualifikation sowie Auszubildende in der Pflege erbracht werden dürfen (vdek 2018a: 14 f.). Personal aus anderen Einrichtungen, das im Rahmen von Kooperationen eingesetzt wird, darf nicht auf die Personalmindestausstattung angerechnet werden (vdek 2018a: 22)

Interne und externe Fortbildungen müssen laut Muster-Versorgungsvertrag für jede Mitarbeiterin bzw. jeden Mitarbeiter (Vollzeit) in ambulanten Pflegediensten, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 132a SGB V erbringen, mind. acht h/Jahr umfassen. Für Beschäftigte in Teilzeit reduziert sich die Stundenzahl proportional zu ihrer Arbeitszeit, beträgt jedoch mind. drei h/Jahr (vdek 2018a S :16).

### **Thüringen**

Nach § 10 des Landesrahmenvertrages gemäß § 75 SGB XI sind Kooperationen mit anderen Einrichtungen möglich. Nicht näher ausgeführt wird, um welche Einrichtungen es sich dabei handeln könnte. Kooperationsverträge sind auch dann abzuschließen, wenn kleinere Pflegedienste die personelle Mindestausstattung von drei sozialversicherungspflichtigen Vollzeitstellen nicht erfüllen können (§ 20 Abs. 1 des thüringischen Landesrahmenvertrages nach § 75 Abs. 1 SGB XI, der am 01.10.1995 in Kraft trat).

Die verantwortliche Fachkraft muss vollzeitbeschäftigt sein. Insgesamt müssen in dem ambulanten Pflegedienst mind. drei sozialversicherungspflichtige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Vollzeit angestellt sein (§ 20 Absätze 1 des thüringischen Landesrahmenvertrages nach § 75 Abs. 1 SGB XI).

In ambulanten Pflegediensten, die Leistungen nach den §§ 132 und 132a SGB V erbringen, sind neben einer verantwortlichen und einer stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft mind. zwei weitere sozialversicherungspflichtige Pflegefachkräfte in Vollzeit zu beschäftigen (§ 8 Abs. 1 des thüringischen Landesrahmenvertrags gemäß §§ 132 und 132a SGB V, der am 01.01.2006 in Kraft trat). Die benötigten Qualifikationen der verantwortlichen Fachkraft und ihrer Stellvertretung entsprechen weitestgehend den Vorgaben aus dem SGB XI (siehe Tabelle 7). Allerdings mit der Ausnahme, dass die zwei Jahre praktische Berufserfahrung innerhalb der letzten fünf Jahre nachzuweisen sind (§ 6 Abs. b und § 7 Abs. 1 des thüringischen Landesrahmenvertrags nach §§ 132 und 132a SGB V).

Erbringen Pflegedienste Leistungen der häuslichen Krankenpflege (SGB V), dürfen sie zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung der Klientinnen und Klienten

nur Kooperationsvereinbarungen mit anderen Pflegediensten schließen, die ebenfalls Leistungen nach §§ 132 und 132a SGB V erbringen. Die fachliche Verantwortung und Leistungsabrechnung obliegt den ursprünglich beauftragten ambulanten Pflegediensten (§ 4 Abs. 1 des thüringischen Landesrahmenvertrags nach §§ 132 und 132a SGB V).

Bezüglich Kooperationen enthalten die Muster-Versorgungsverträge nach § 72 SGB XI in Thüringen keine konkreteren Vorgaben. Hier wird lediglich auf den entsprechenden Paragraphen des Landesrahmenvertrages verwiesen. Der örtliche Einzugsbereich der Pflegedienste wird auf einen 15 km Radius um den Sitz des Pflegedienstes begrenzt. Personalvorgaben entsprechen denen der Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI für die ambulante Pflege sowie den Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI und dem Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI (vdek o. J.-a).

Im Muster-Versorgungsvertrag nach § 132a SGB V wird auf die Festlegung örtlicher Einzugsbereiche, gemäß der Regelungen des Landesrahmenvertrages gemäß § 132a Abs. 2 SGB V, verzichtet (vdek 2015: 2). Regelungen zu Kooperationsvereinbarungen mit anderen (Pflege-)Einrichtungen oder zu personellen (Mindest-)Anforderungen sind kein Gegenstand des Muster-Versorgungsvertrages.

Die folgende Tabelle 9 gibt einen Gesamtüberblick über die in den Rahmenverträgen nach § 75 Abs. 1 SGB XI der jeweiligen Länder getroffenen Regelungen zu Einzugsbereichen, Personalvorgaben und überbetrieblichen Kooperationen.

Tabelle 9: Übersichtstabelle zu ausgewählten vertraglichen Regelungen der ambulanten pflegerischen Versorgung nach SGB XI in den einzelnen Bundesländern hinsichtlich des Einzugsgebietes, konkreten Personalvorgaben und überbetrieblichen Kooperationen

Bundesland	Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI		
	Einzugsbereich	Konkrete Personalvorgaben	Überbetriebliche Kooperationen
<b>Baden-Württemberg</b>	Landkreise: mind. eine Gemeinde	Mind. drei Vollstellen (38,5 Stunden/Woche) Pflegefachkräfte oder geeignete Pflegekräfte (inkl. Inhaberin bzw. Inhaber)	Kooperationen mit anderen Einrichtungen und Diensten möglich
	Stadtkreise: mind. ein Stadtbezirk		Klientinnen und Klienten sind in geeigneter Weise zu informieren
	Kreisstädte: ein Stadtbezirk oder 20.000 Einwohner		Die Landesverbände der Pflegekasse sind in Kenntnis zu setzen, wenn Kooperationspartnerin bzw. -partner keinen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI hat
			eingesetztes Personal muss bei Kooperationspartnerin bzw. -partner angestellt sein
<b>Bayern</b>	Gebiet eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt, kreisfreie Städte und angrenzende Landkreise können mit anderen Landkreisen zusammengefasst werden	-	Kooperationen mit Pflege- oder Hauswirtschaftsdiensten möglich
			Verantwortung bleibt beim zugelassenem Pflegedienst
<b>Berlin</b>	gesamtes Stadtgebiet	Personalvorhaltung von mind. 501 Stunden monatlich	Kooperationen mit anderen Einrichtungen möglich, aber keine Vorgaben im Rahmenvertrag

Bundesland	Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI		
	Einzugsbereich	Konkrete Personalvorgaben	Überbetriebliche Kooperationen
<b>Brandenburg</b>	i.d.R. die kreisfreie Stadt oder der Landkreis in der bzw. dem der ambulante Pflegedienst seinen Sitz hat	-	<p>Kooperationen mit anderen Einrichtungen möglich</p> <hr/> <p>Kooperationsverträge sind den Landesverbänden der Pflegekasse unverzüglich vorzulegen</p> <hr/> <p>fachliche Verantwortung bleibt beim zugelassene Pflegedienst</p>
<b>Bremen</b>	Stadtgebiet Bremen und Bremerhaven, Stadtteile können zusammengefasst werden	-	<p>Kooperationen mit anderen Einrichtungen möglich</p> <hr/> <p>Kooperationsverträge müssen Landesverbänden der Pflegekassen unverzüglich vorgelegt werden</p> <hr/> <p>fachliche Verantwortung bleibt beim zugelassenen Pflegedienst</p>
<b>Hamburg</b>	gesamtes Stadtgebiet	-	<p>Kooperationen mit anderen Einrichtungen möglich</p> <hr/> <p>Kooperationsverträge müssen Landesverbänden der Pflegekassen unverzüglich vorgelegt werden</p> <hr/> <p>fachliche Verantwortung bleibt beim zugelassenen Pflegedienst</p>
<b>Hessen</b>	<i>kein rechtsgültiger Rahmenvertrag vorhanden</i>	<i>kein rechtsgültiger Rahmenvertrag vorhanden</i>	<i>kein rechtsgültiger Rahmenvertrag vorhanden</i>

Bundesland	Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI		
	Einzugsbereich	Konkrete Personalvorgaben	Überbetriebliche Kooperationen
<b>Mecklenburg-Vorpommern</b>	bestehende Einzugsbereiche, die kreisfreie Stadt oder der Landkreis, Zusammenfassen mehrerer Bereiche möglich	-	<p>Kooperation mit anderen Einrichtungen möglich</p> <hr/> <p>Kooperationsverträge müssen Landesverbänden der Pflegekassen unverzüglich vorgelegt werden</p> <hr/> <p>fachliche Verantwortung bleibt beim zugelassenen Pflegedienst</p>
<b>Niedersachsen</b>	kreisfreie Stadt oder Landkreis, Zusammenfassen von kreisfreien Städten und angrenzenden Landkreisen oder aneinander angrenzender Landkreise möglich	mind. drei rechnerische Vollzeitkräfte (Pflegefach- und Hilfskräfte der (Kinder-)Kranken- und Altenpflege, Haus- und Familienpflegerinnen und -pfleger, Fach- und Hilfskräfte der Heilerziehungspflege, Haus- und Familienpflegehilfskräfte, (Fach-)Hauswirtschaftskräfte, Dorfhelferinnen und -helfer, Familienbetreuerinnen und -betreuer)	<p>Kooperationen mit anderen Einrichtungen möglich</p> <hr/> <p>Kooperationsverträge müssen Landesverbänden der Pflegekassen unverzüglich vorgelegt werden</p> <hr/> <p>fachliche Verantwortung bleibt beim zugelassenen Pflegedienst</p>



Bundesland	Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI		
	Einzugsbereich	Konkrete Personalvorgaben	Überbetriebliche Kooperationen
<b>Nordrhein-Westfalen</b>	kreisfreie Städte und kreisangehörige Städte und Gemeinden, angrenzende Regional-einheiten können zusammengefasst werden (ggf. Berücksichtigung der Einwohnerzahl)	-	Kooperationen mit anderen zugelassenen Pflegediensten möglich
	zeitnahe Meldung freier Pflegeplatzkapazitäten durch Pflegedienste an Pflegekassen		in hauswirtschaftlicher Versorgung auch mit anderen Einrichtungen möglich  Andere Kooperationsformen benötigen Zustimmung aller Landesverbände der Pflegekassen  fachliche Verantwortung bleibt beim ursprünglich beauftragten Pflegedienst
<b>Rheinland-Pfalz</b>	kreisfreie Städte oder Landkreise, Zusammenfassen angrenzender Städte und Landkreise sowie aneinander angrenzender Landkreise ist möglich	mind.: eine verantwortliche Pflegefachkraft (Vollzeit), sozialversicherungspflichtig beschäftigte Pflegekräfte (in Summe zwei Vollzeitkräfte), Vertretungspersonal bei längeren Ausfallzeiten mit selber Qualifikation wie Stammpersonal	Kooperationen mit anderen Einrichtungen möglich  Kooperationsverträge müssen Landesverbänden der Pflegekassen unverzüglich vorgelegt werden  fachliche Verantwortung bleibt beim zugelassenen Pflegedienst

Bundesland	Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI		
	Einzugsbereich	Konkrete Personalvorgaben	Überbetriebliche Kooperationen
Saarland	Landkreis, angrenzende Landkreise können zusammengefasst werden	verantwortliche Pflegefachkraft mit 1,0 Vollzeitäquivalenten (sozialversicherungspflichtig, hier jedoch Ausnahmen möglich)	Kooperationen mit zugelassenen Pflege- und Betreuungsdiensten möglich, wobei jeder Kooperationspartner selbst abrechnet
		verantwortliche Pflegefachkraft in Teilzeit möglich, für mind. 50 % der tarifvertraglichen bzw. üblichen Arbeitszeit	Kooperationsverträge müssen Landesverbänden der Pflegekassen unverzüglich vorgelegt werden
		Pflegefachkräfte mit insgesamt 1,0 Vollzeitäquivalenten	Schaffung regionaler Bereitschaftsdienste für Notsituationen möglich
		Einsatz von beim Pflegedienst beschäftigten Personal ist zu präferieren	
		gesonderte Regelungen für verantwortliche Pflegefachkräfte, wenn Verbund mit Tagespflege besteht	fachliche Verantwortung bleibt beim zugelassenen Pflegedienst
		Basisqualifikation nach Betreuungskräfte-Richtlinie für häusliche Betreuungskräfte nötig	

Bundesland	Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI		
	Einzugsbereich	Konkrete Personalvorgaben	Überbetriebliche Kooperationen
<b>Sachsen</b>	kreisfreie Stadt oder Landkreis, Zusammenfassen von kreisfreier Stadt und angrenzendem Landkreis oder mehrerer Landkreise möglich	-	<p>Kooperationen mit anderen Einrichtungen möglich</p> <hr/> <p>Kooperationsverträge müssen Landesverbänden der Pflegekassen unverzüglich vorgelegt werden</p> <hr/> <p>fachliche Verantwortung bleibt beim zugelassenen Pflegedienst</p>
<b>Sachsen-Anhalt</b>	Kreisfreie Stadt oder Landkreis, Zusammenfassen von kreisfreier Stadt und angrenzendem Landkreis oder mehrerer Landkreise möglich	-	<p>Kooperationen mit anderen Einrichtungen möglich</p> <hr/> <p>Kooperationsverträge müssen Landesverbänden der Pflegekassen unverzüglich vorgelegt werden</p> <hr/> <p>fachliche Verantwortung bleibt beim zugelassenen Pflegedienst</p>

Bundesland	Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI		
	Einzugsbereich	Konkrete Personalvorgaben	Überbetriebliche Kooperationen
Schleswig-Holstein	Städte, kreisfreie Städte und angrenzende Landkreise	eine verantwortliche Pflegefachkraft (Vollzeit), eine Stellvertretung, mind. eine geeignete Kraft (Vollzeit) (Pflegefach- und Hilfskräfte der (Kinder-)Kranken- und Altenpflege, Haus- und Familienpflegerinnen und -pfleger, Fach- und Hilfskräfte der Heilerziehungspflege, Haus- und Familienpflegehilfskräfte, (Fach-) Hauswirtschaftskräfte, Dorfhelferinnen und -helfer, Familienbetreuerinnen und -betreuer)	Kooperationen mit anderen Einrichtungen möglich
	i. d. R. 30 km-Radius um Betriebssitz	Statt verantwortlicher Pflegefachkraft in Vollzeit (Studium Fachbereich Pflege/Pflegemanagement oder 460 Stunden Weiterbildung für leitende Funktion) auch zwei Teilzeitkräfte mit jeweils 460 Stunden Weiterbildung möglich	Kooperationsverträge müssen Landesverbänden der Pflegekassen unverzüglich vorgelegt werden
		Stellen dürfen max. drei Monate unbesetzt bleiben	fachliche Verantwortung bleibt beim zugelassenen Pflegedienst

Bundesland	Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI		
	Einzugsbereich	Konkrete Personalvorgaben	Überbetriebliche Kooperationen
Thüringen	kreisfreie Stadt oder Landkreis, Zusammenfassen kreisfreier Städte und angrenzender Landkreise sowie mehrerer Landkreise möglich	mind. drei sozialversicherungspflichtige Mitarbeitende in Vollzeit	Kooperationen mit anderen Einrichtungen möglich
		verantwortliche Fachkraft in Vollzeit (ohne Ausnahme)	Kooperationsverträge müssen Landesverbänden der Pflegekassen unverzüglich vorgelegt werden
			fachliche Verantwortung bleibt beim zugelassenen Pflegedienst

Quelle: IGES, eigene Darstellung

## 5. Effizienzpotentiale internationaler und nationaler Konzepte zur verbesserten Koordinierung in der ambulanten Pflege

In dem folgenden Kapitel 5 sind die Ergebnisse der analysierten Literaturquellen der systematischen Literaturrecherche dargestellt. Eine Übersicht aller eingeschlossenen Quellen ist dem Anhang A1 zu entnehmen. In der Analyse kristallisierten sich nachfolgende Themengebiete zur Verbesserung der Koordinierung der ambulanten Pflege heraus:

- ◆ Nutzung digitaler Ressourcen (Kapitel 5.1):
  - Digitale Touren- und Dienstplanung sowie Tourenbegleiter,
  - Telepflege, digitale Unterstützung in der integrierten Versorgung und Case Management,
  - Weitere digitale Unterstützungsmöglichkeiten.
- ◆ Koordinierung durch Veränderung der Arbeitsorganisation, Kooperation und Netzwerke, Integrierte Versorgung und Case Management (Kapitel 5.2):
  - Selbstverantwortete/-organisierende (Pflege-)Teams,
  - Kooperationen in multiprofessionellen Teams,
  - Integrierte Versorgung, Case Management und regionale Netzwerkbildung sowie
  - Koordinierungszentren und Austauschplattformen.
- ◆ Alternative ambulante Versorgungsformen (Kapitel 5.3).

Am Ende eines jeden der folgenden Kapitel sind die abgeleiteten Effizienzpotentiale und Aspekte zur Übertragbarkeit der unterschiedlichen Konzepte bzw. Praxisbeispiele, unter Betrachtung der aktuellen Rahmenbedingungen, dargestellt.

### 5.1 Koordinierung durch Nutzung technischer Lösungen

Der Technikeinsatz im Rahmen der pflegerischen Versorgung gewinnt in Deutschland immer mehr an Aufmerksamkeit. Aktuell trägt die COVID-19-Pandemie dazu bei, dass manche Blockaden und Vorbehalte gegenüber einem verstärkten Technikeinsatz schneller überwunden werden. Von diesem notgedrungenen Digitalisierungsschub dürfte die Branche langfristig profitieren, da dadurch insgesamt die Akzeptanz zum Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) bei Beschäftigten sowie pflegebedürftigen Personen und ihren Angehörigen zugenommen hat.

Eine Möglichkeit zur Überwindung des Pflegepersonalmangels liegt in der Erhöhung der Arbeitsproduktivität mittels Technikeinsatz: Die technische Unterstüt-

zung von beruflich Pflegenden (u. a. während des Pflegeeinsatzes) kann dazu beitragen, rechnerisch insgesamt mehr Pflegebedürftige pro Arbeitskraft zu versorgen, z. B. durch Einsparung von Wegezeiten oder durch die Reduzierung körperlicher Belastungen auf Seiten der beruflich Pflegenden (Daum 2017: 48). Daran anknüpfend formulierte die Arbeitsgruppe 3 der Konzertierte Aktion Pflege (KAP) einleitend zum Handlungsfeld II - Digitalisierung und Zukunftstechnologien in der Pflege: „Durch technologische und digitale Unterstützung können beruflich Pflegende entlastet, die Autonomie von Pflegebedürftigen gestärkt und die Attraktivität des Berufsbildes gesteigert werden.“ (Bundesministerium für Gesundheit 2019: 102).

Technologien zur digitalen Touren- und Dienstplanung sind relevante Ansatzpunkte zur Steigerung der betrieblichen Effizienz. Des Weiteren konnte im Rahmen der vorliegenden Studie herausgestellt werden, dass u. a. beratende Telepflege sowie digitale Unterstützungstechnologien in der integrierten Versorgung und des Case Managements die Koordinierung der ambulanten Pflege verbessern können.

In den folgenden Unterkapiteln 5.1.1 bis 5.1.3 sind die analysierten Quellen zu digitalen Ressourcen und Unterstützungsmöglichkeiten zur Verbesserung der Koordinierung dargestellt. Entsprechende Steckbriefe für detaillierte Informationen zu den einzelnen Praxisbeispielen und Konzepten sind dem Anhang A2 zu entnehmen. Abgeleitete Effizienzpotentiale sowie Aspekte der Übertragbarkeit sind jeweils den einzelnen Unterkapiteln angefügt.

### **5.1.1 Digitale Touren- und Dienstplanung sowie Tourenbegleiter**

Ein bestmöglicher Ressourceneinsatz dient der Effizienzsteigerung der Leistungserbringung in der ambulanten Pflege. In diesem Kontext stellt das Personal die zentrale Ressource dar, sodass ein optimaler Personaleinsatz unter Berücksichtigung beeinflussender Faktoren (u. a. Wege- und Fahrtzeiten, Arbeitszeit, Qualifikation) als Schlüssel zur effizienten Versorgung Pflegebedürftiger darstellt.

In experimentellen, computersimulierten Planungsansätzen wurden zur Optimierung der innerbetrieblichen Touren- und Dienstplanung folgende Einflussfaktoren berücksichtigt:

- ◆ individuelle Leistungsanforderungen der Pflegebedürftigen (ggf. auch Besuche mehrmals am Tag),
  - ◆ Qualifikationen des Personals sowie potentielle Interdependenzen zwischen verschiedenen Leistungen und Doppelleistungen (z. B. das Heben einer beeinträchtigten Person erfordert zwei Pflegekräfte),
  - ◆ Zeitpräferenzen der Pflegebedürftigen durch vorgegebene Zeitfenster,
  - ◆ Wege- und Wartezeiten sowie
  - ◆ die Leistungen in Einzel- bzw. Doppelleistung unterschieden (Fikar und Hirsch 2017, Mankowska et al. 2014, Parragh und Doerner 2018).
-

Zur Identifikation des bestmöglichen Planungsansatzes wurden alle Möglichkeiten in unterschiedlichen Szenarien experimentell untersucht. Ebenfalls sollte die digitale Suchmaske und Modellierung auf lokale und regionale Gebiete zugeschnitten sein, sodass die Theorie des „Neighborhood Structures and local search“ bzw. des „Adaptive Large Neighborhood Search“<sup>7</sup> hinzugezogen wurde. Die Idee dieser Nachbarschaften ist es, bspw. alle zu erbringende Leistungen durch unterschiedliche ambulante Dienste bei einer Klientin bzw. einem Klienten zeitlich so zu planen, dass Wartezeiten des Personals, welche entstehen könnten wenn jeder voneinander abhängige Dienstbetrieb allein plant, vermieden werden. Die computersimulierten Algorithmen sind zudem durch diesen Ansatz in der Lage, im Falle schlechter Nachbarschaftsstrukturen, diese innerhalb einer lokalen Suche systematisch zu verändern. Das bedeutet, dass Nachbarschaften nach einer vorgegebenen Reihenfolge untersucht werden. Jedes Mal, wenn eine Lösung mit besserer Qualität gefunden wird, wird die Suche mit der ersten Nachbarschaft neu gestartet, um die Suche um die neue Lösung zu intensivieren. So können im Modell redundante Lösungen erzeugt werden, bspw., wenn Verschiebungen (z. B. bei Veränderungen in den Zeitaufwänden in der Versorgung) in der Matrix zu den gleichen Routen führen. In der modellhaften Untersuchung wurden unterschiedlichste Betriebsgrößen bei der Evaluation berücksichtigt.

Ziele dieser Untersuchungen waren die Optimierung der Leistungserbringung durch:

- ♦ Reduzierung der täglichen Gesamtstrecken, die das Personal zurücklegt,
- ♦ Vermeidung von Wartezeiten der Klientinnen und Klienten durch eine Reduzierung von Verspätungen,
- ♦ faire Verteilung der unvermeidbaren Wartezeiten auf alle Klientinnen bzw. Klienten.

Das vom BMWi geförderte Projekt EXCELL sucht u. a. ebenfalls eine Lösung für Pflegedienste zur Steigerung der Effizienz im Straßenverkehr und entwickelt dazu eine Service- und Datenplattform, die verschiedene Mobilitätsdienstleistungen verknüpft und zur Verfügung stellt (Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) 2017, Hübner 2017). Die Entwicklung von Services für eine automatische Sammlung, Verarbeitung und Verknüpfung von geographischen und verkehrstechnischen Daten macht es potentiell möglich, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegedienste Stauzeiten vermeiden und Klientinnen bzw. Klienten besser und

---

<sup>7</sup> Ansatz der lokalen Suchheuristik in der Informatik, ursprünglich aus der Logistikbranche als eine allgemeine Heuristik für das Abhol- und Lieferproblem mit Zeitfenstern, Adaptive Large Neighborhood Search (ALNS) ist eine Erweiterung der großen Nachbarschaftssuche, die sich nicht auf eine Zerstörungs- und Reparaturheuristik verpflichtet. Stattdessen wählt es in jeder Iteration aus einem Pool von Heuristiken basierend auf dem vergangenen Erfolg aus. Obwohl es sich um eine allgemeine Heuristik handelt, kann ALNS mit den meisten spezialisierten Heuristiken konkurrieren (Lutz 2015).

---



frühzeitig über Verspätungen informieren, bspw. per Nachricht auf ihrem Smartphone. Die Plattform kann zudem Verzögerungen berechnen, vor Staus warnen und alternative Wegstrecken empfehlen.

Im Ergebnis waren die simulierten Algorithmen dazu in der Lage aufzuzeigen, dass v. a. die Planung von Leistungen, welche von mehreren Personen bzw. Dienstleistern zeitgleich erbracht werden müssen, optimiert werden kann. Des Weiteren konnten konsistent die täglichen Gesamtstrecken des Personals und die damit in Zusammenhang stehenden Kosten sowie Wartezeiten der Klientinnen und Klienten reduziert werden. Die technischen Lösungen konnten ebenfalls bei sehr hohen Probleminstanzen mit mehreren hundert Klientinnen und Klienten zuverlässig Planungsansätze generieren (Mankowska *et al.* 2014, Parragh und Doerner 2018). Die Architektur der Plattform EXCELL mit ihren Benutzeroberflächen ist eine Erleichterung für die darin integrierten Dienstleistungsanbieter, allerdings liegen die Umsetzungsdetails des Praxis-Feldtest bei ambulanten Pflegediensten noch nicht vor.

Eine andere Modellanalyse hat drei unterschiedliche Touren eines ambulanten Pflegedienstes jeweils über einen Zeitraum von 16 Wochen auf deren Effizienz untersucht (Lezock und Klewer 2014). Dabei wurde ein Soll-Ist-Abgleich vorgenommen und die IST-Werte über das Smartphone der jeweiligen Pflegefachkraft während der Tour aufgezeichnet. Die Untersuchung fand im ländlichen Gebiet in einem mittelgroßen Betrieb (83 Beschäftigte, 53 Klientinnen bzw. Klienten) statt.

In einer weiteren Studie wurde ein Smartphone bzw. Tablet als digitaler Tourenbegleiter in ambulanten Pflegediensten zur verbesserten Tourenorganisation und zur Bereitstellung von Informationen während der Touren eingesetzt (Pöser und Bleses 2018). Zusätzlich boten diese Geräte auch die Möglichkeit der digitalen Pflegedokumentation. Die Technologie wurde in Pflegediensten mit unterschiedlichen Betriebsgrößen eingesetzt und evaluiert (bis zu 25 Mitarbeitende (klein), bis zu 100 Mitarbeitende (mittel), über 100 Mitarbeitende (groß)).

Ziel beider Technologien waren die Optimierung der Tourenplanung sowie die Effizienzsteigerung durch eine verbesserte Koordinierung der Leistungserbringung. Im Ergebnis zeigte die Modellanalyse in dem mittelgroßen Betrieb zwar keine repräsentativen Ergebnisse, allerdings schlussfolgern die Studienautorinnen und -autoren, dass der Soll-Ist-Abgleich als ein geeignetes Controlling-Instrument genutzt werden kann, um bspw. Abweichungen in den Fahrtzeiten zu erkennen und eine effizientere Tourenplanung abzuleiten. In der Untersuchung betrug die Fahrtzeitenabweichung im Mittel + 48 Min. im Vergleich zur geplanten Zeit (Lezock und Klewer 2014). Der digitale Tourenbegleiter zeigte, dass die Geräte neue Möglichkeiten der stetigen Datenübertragung bieten und die Kommunikations- und Koordinierungsprozesse verändern. Vor allem in der mittleren Managementebene zeigten sich Zeiteinsparungen bei der sonst zeitintensiveren Dienst- und Tourenplanung sowie Abrechnung und Dokumentation von Leistungen. Bei den Pflegekräften überwiegen die Vorteile aus der Einführung der Geräte in der besseren Anbindung und Aktualität an Informationen von unterwegs, vor und während der Touren (Pöser und Bleses 2018).

Ein in Berlin ansässiges Unternehmen bietet seit 2016 eine flexible und instituti-  
onsübergreifende Dienst- und Tourenplanung zur Optimierung des Personaleinsatzes an (Braeseke *et al.* 2020a, Pflegedienst Talea GmbH o.J.). Der Pflegedienst Talea GmbH verfügt über einen diensteübergreifenden Fachkräftepool und setzt diensteübergreifende digitale Lösungen zur automatisierten Touren- bzw. Einsatzplanung ein. Dadurch werden Leistungsverschiebungen bzw. -ausfälle vermieden. Die Pflegekräfte haben zu vereinbarten Zeiten Bereitschaft, sodass keine Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter ungeplant aus dem Urlaub oder an einem dienstfreien Tag abgerufen werden muss. Ziele des Pflegedienstes Talea GmbH sind:

- ◆ innovativ Herausforderungen in der Organisation der pflegerischen Versorgung von Klientinnen und Klienten begegnen,
- ◆ Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Effektivität der Zusammenarbeit durch Kooperationen in einem Netzwerk (Teilen von Pflegefach- und -hilfskräften),
- ◆ optimierte Nutzung der begrenzten Ressourcen auf dem Arbeitsmarkt bei gleichzeitiger Sicherstellung der pflegerischen Versorgung der (anfragenden) Klientinnen und Klienten in der eigenen Häuslichkeit (durch Fachkräftepool),
- ◆ Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeitenden,
- ◆ Unterkapazitäten effizient kompensieren und Umsatzpotentiale ausschöpfen,
- ◆ Ablehnung von Anfragen von Neukundinnen und Neukunden vermeiden.

Das Konzept wurde bislang nicht wissenschaftlich evaluiert, jedoch konnten nach Angaben des Pflegedienstes folgende Ergebnisse erreicht werden:

- ◆ Steigerung der Produktivität durch Reduzierung von Fahrtzeiten und höhere Stabilität in der Planung,
- ◆ Personal kann effizient und mit höherer Planungssicherheit eingesetzt werden, was auch zur Steigerung der Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit führt,
- ◆ Sicherstellung der pflegerischen Versorgung durch diensteübergreifende Netzwerke auch in Krisenzeiten wie der Corona-Pandemie möglich, das vorhandene Netzwerk hat sich dabei bewährt,
- ◆ Reduzierung bzw. Vermeidung von Versorgungsproblematiken (Braeseke *et al.* 2020a).

Eine digitale Touren- und Einsatzbegleitung wurde ebenfalls im Verbundprojekt KOLEGE eingesetzt und evaluiert, um die Interaktions-, Koordinierungs- und Lernmöglichkeiten in der ambulanten Versorgung zu verbessern (Bleses und Busse 2020, Bleses *et al.* 2018, Busse *et al.* 2019). Dabei sollen Chancen und Potentiale der Digitalisierung der ambulanten Pflege genutzt werden, indem digitale Touren-

---

begleitet effiziente Leistungserbringung und gute Arbeitsqualität miteinander verbinden. Es wurde u. a. eine App entwickelt, die Kommunikations-, Informations- und Lernbedarfe der Pflegekräfte, Leitungs- und Verwaltungskräften optimieren soll.

Im Ergebnis konnte gezeigt werden, dass eine digitale Kommunikation zwischen den beteiligten Adressatinnen und Adressaten durch den Einsatz gesicherter Kanäle unmittelbar und verlässlich erfolgte. Zudem konnte durch die schnell verfügbaren Informationen die Handlungssicherheit bei den Pflegefachkräften gesteigert werden. Im Verbundprojekt KOLEGE wurden die folgenden zu beachtenden Aspekte für eine erfolgreiche Entwicklung und praktische Umsetzung herausgearbeitet:

- ◆ Es existieren große Unterschiede in Technikerfahrung, -akzeptanz und -nutzung bei den Pflegefachkräften.
- ◆ Pflegefachkräfte benötigen fachliche Kompetenzen im Technikumgang und -einsatz und sollten darin gezielt gefördert werden.
- ◆ Regenerationszeiten bei der ortsungebundenen Nutzung digitaler Arbeitsmittel bzw. die Anrechnung von entsprechenden Arbeitszeiten müssen sichergestellt werden, d. h. es wurde ein fließender Übergang zwischen Arbeits- und Freizeit festgestellt, wenn Geräte auch privat genutzt werden.
- ◆ Die technischen Mittel sollten in vorhandene Strukturen bestmöglich eingebettet werden.
- ◆ Formelle und einfache Nutzungsregeln müssen etabliert werden.
- ◆ Die Technik sollte partizipativ entwickelt und implementiert werden.

### **Effizienzpotentiale und Übertragbarkeit**

Eine Übersicht der identifizierten und aus den Studien abgeleiteten Effizienzpotentiale, der Bewertung der Übertragbarkeit auf den nationalen Raum unter Berücksichtigung der geltenden Rahmenbedingungen und eingeschätzten Limitationen in Bezug auf die Übertragbarkeit und hemmenden Rahmenbedingungen der digitalen Dienst- und Tourenplanung sowie Tourenbegleiter ist in Tabelle 10 dargestellt.

---

Tabelle 10: Übersicht der aus der Literaturanalyse identifizierten Effizienzpotentiale digitaler Dienst- und Tourenplanung

Name	Konzept/Ansatz	Identifizierte Effizienzpotentiale	Übertragbarkeit auf den nationalen Raum	Limitationen und hemmende Faktoren hinsichtlich der Übertragbarkeit
<b>Algorithmen und Datenplattformen</b>	Mathematische/computerbasierte Formulierungsmodelle zur koordinierten und effizienten Dienst- und Tourenplanung	<ul style="list-style-type: none"> <li>↓ Wege- und Fahrtzeiten</li> <li>↑ Effizienz Personal-/Ressourceneinsatz</li> <li>↓ zeitintensive Planung</li> <li>↑ Effizienz des Versorgungsprozesses durch KI bei unterschiedlichen Betriebsgrößen</li> <li>↑ Anzahl an zu versorgenden Personen</li> </ul>	k. A.	Übertragbarkeit aufgrund des experimentellen Ansatzes nicht einschätzbar
<b>Digitale Touren- und Dienstplanung sowie Tourenbegleiter</b>	Verfahren zur Optimierung der Touren- und Dienstplanung; Tourenbegleiter inkl. der Option der digitalen Pflegedokumentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>↑ Koordinierung der Versorgung und Leistungen</li> <li>↑ Effizienz der Versorgungsprozesse</li> <li>↓ Wege- und Fahrtzeiten</li> <li>↑ Effizienz Personal-/Ressourceneinsatz</li> <li>↓ zeitintensive Planung/Dokumentation</li> <li>↓ vermeidbare pflegerische Interventionen</li> <li>↑ versorgungsbereichübergreifender Informationsaustausch</li> <li>↑ Attraktivität des Pflegefachberufes/Arbeitszufriedenheit</li> <li>↑ Kompetenzzuwachs</li> <li>↑ Informationsverfügbarkeit</li> </ul>	→	Erwerb digitaler Kompetenzen bei den Nutzerinnen und Nutzern, technische Voraussetzungen, Netzausbau, DSGVO, Notwendigkeit anschlussfähiger Systeme, partizipative Einführung, Doppelbelastung durch vorgeschriebene parallele Papierdokumentation (entfällt perspektivisch)
<b>Pflegedienst Talea GmbH</b>	Optimierung des Personaleinsatzes durch eine flexible und institutionsübergreifende Dienst- und Tourenplanung	<ul style="list-style-type: none"> <li>↑ Effizienz der Versorgungsprozesse</li> <li>↓ Wege- und Fahrtzeiten</li> <li>↑ Effizienz Personal-/Ressourceneinsatz</li> <li>↓ zeitintensive Planung/Dokumentation</li> <li>↑ Attraktivität des Pflegeberufes/Arbeitszufriedenheit</li> </ul>	↑	Erwerb digitaler Kompetenzen bei den Nutzerinnen und Nutzern, technische Voraussetzungen, Netzausbau, DSGVO, Rahmenbedingung führen zur finanziellen Mehrbelastung (Umsatzsteuerpflicht)

Name	Konzept/Ansatz	Identifizierte Effizienzpotentiale	Übertragbarkeit auf den nationalen Raum	Limitationen und hemmende Faktoren hinsichtlich der Übertragbarkeit
<b>KOLEGE</b>	Entwicklung eines Organisationskonzeptes einer digitalen Touren- und Einsatzbegleitung	<ul style="list-style-type: none"> <li>↑ Attraktivität des Pflegeberufes/Arbeitszufriedenheit</li> <li>↑ Kompetenzzuwachs</li> <li>↑ Informationsverfügbarkeit</li> <li>↓ Wege- und Fahrtzeiten</li> <li>↑ effizienter Personal-/und Ressourceneinsatz</li> <li>↑ Koordinierung der Versorgung und Leistungen</li> <li>↑ Kontinuität der Versorgung</li> </ul>	→	Erwerb digitaler Kompetenzen bei den Nutzerinnen und Nutzern, technische Voraussetzungen, Netzausbau, DSGVO, Nachhaltigkeit und Stand der Umsetzung

Quelle:

IGES

Anmerkung:

Legende Effizienzpotentiale: ↑ = verbessert/optimiert; ↓ = weniger/gesunken

Legende Übertragbarkeit: ↑ = hohe Übertragbarkeit; ↓ = geringe Übertragbarkeit; → = übertragbar unter Berücksichtigung weniger Limitationen

In den experimentellen Studien (Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) 2017, Hübner 2017, Fikar und Hirsch 2017, Mankowska *et al.* 2014, Parragh und Doerner 2018) wurden Systeme aus **optimalen mathematischen/computerbasierten Formulierungsmodellen** zur koordinierten und effizienten Dienst- und Tourenplanung mit Gewichtung der unterschiedlichen Einflussfaktoren (u. a. Einzel- und Doppelleistungen) entwickelt und experimentell überprüft. Aus Sicht des Versorgungssystems haben die Formulierungsmodelle durch die effizientere Planung des Personals ein hohes Potential, funktionieren aber nur mit entsprechender IT-Infrastruktur.

Das Potential hinter diesen komplexen und intelligenten Systemen ist, dass mit deren Unterstützung unter Hinzuziehen unterschiedlicher Szenarien der Leistungserbringung und unterschiedlicher Betriebsgrößen der ambulanten Dienste die optimalen Dienst- und Tourenplanungen identifiziert werden können. Daraus ergeben sich Einsparungen auf unterschiedlichen Ebenen:

- ♦ Reduktion der Fahrt- und Wegezeiten durch effiziente Tourenplanung
- ♦ optimierter Personaleinsatz durch die intelligente Dienstplanung
- ♦ Zeitersparnisse für die Planung, da das System unterschiedliche Szenarien berechnet.

Das bedeutet, dass mit den gegebenen Ressourcen (Personal) mehr bzw. auch Pflegebedürftige mit komplexen Versorgungsbedarfen versorgt werden können. Und zudem, dass mittels zeitnaher Kommunikationswege über etwaige Verspätungen, auch die Zufriedenheit der Klientinnen und Klienten steigen könnte.

Die Übertragbarkeit einer solchen IT-basierten Touren- und Dienstplanung ist nur begrenzt einschätzbar, da sich die Ergebnisse auf Modellrechnungen beziehen. Allerdings ist, mit entsprechender Technik und Entwicklungsarbeit sowie einer (wissenschaftlichen) Erprobung mit echten Daten, die Übertragbarkeit als grundsätzlich möglich zu bewerten, da dieses Verfahren in der Logistikbranche schon langfristig zu Grunde gelegt wird, um dort effizienter Transport- bzw. Handelsleistungen zu erbringen.

**Digitale Tourenbegleiter und digitale Tourenplaner** bieten eine Vielzahl an Potentialen für die ambulante Versorgung:

- ♦ Verbesserung der Koordinierung der Leistungserbringung,
  - ♦ effizientere Arbeitszeitgestaltung der Pflege- und Betreuungskräfte durch zeitgleiche Pflegedokumentation,
  - ♦ effizienter Personaleinsatz, effiziente Touren- und Einsatzplanung,
  - ♦ systematisches Tourencontrolling führt zur Verbesserung der Einsatzplanung,
  - ♦ Einsparungen von Wege- und Fahrtzeiten,
-

- ♦ Verbesserung der inner- und überbetrieblichen Kommunikationsprozesse und dadurch über Distanzen hinweg schnellere Handlungsfähigkeit zugunsten der Klientinnen und Klienten,
- ♦ Kompetenzzuwachs bei den Mitarbeitenden und damit Steigerung der Attraktivität des Berufes.

Die Grenzziehung zwischen der Arbeitszeit- und Freizeit ist jedoch ein bislang in der Praxis oft ungeklärter Punkt, insbesondere bei Nutzung Digitaler Tourenbegleiter/Tourenplaner. Hier bedarf es einer angemessenen Berücksichtigung von Vor- und Nachbereitungszeiten und somit einer Anerkennung dieser Zeiten als Arbeitszeit, auch wenn sie mobil von zu Hause aus erledigt werden. Hinsichtlich der Funktion der digitalen Pflegedokumentation besteht derzeit noch, aufgrund der vor Ort vorzuhaltenden identischen Papierdokumentation, eine zusätzliche Arbeitsbelastung.

In der Bedienungsfähigkeit von Smartphones zur Datenerhebung wurden bei den Mitarbeitenden deutliche Defizite erkannt, sodass die Übertragbarkeit auf andere ambulante Dienste nur mit gleichzeitigen Personalschulungen gewährleistet werden kann. Des Weiteren zeigen die Ergebnisse, dass die Auswahl und Einführung solcher Technik unter Beteiligung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflege- und/oder Betreuungsdienstes stattfinden sollte, da dies die Akzeptanz und infolgedessen auch den realisierbaren Nutzen deutlich steigert. Falls mehrere Einrichtungen für ein funktionierendes Schnittstellenmanagement diese Technik nutzen möchten, bedarf es zudem anschlussfähiger Systeme (Interoperabilität).

Durch **automatisierte Planungslösungen** können Touren effizienter geplant werden, was zu Kosteneinsparungen (z. B. Reduzierung von Fahrt- und Wegezeiten), einem optimierten Personaleinsatz und einer erhöhten Planungssicherheit führt. Der Ansatz des Pflegedienstes Talea GmbH hat des Weiteren das Potential, das Personal in den ambulanten Pflegediensten zu entlasten, da die aufwendigen Umplanungen bei Ausfällen entfallen. Die eingesparte Zeit schafft Raum für andere Aufgaben (z. B. Führung, Qualitätssicherung, etc.).

Bisher finden bei Talea GmbH Kooperationen der Netzwerkpartner (ambulante Pflegedienste) und der damit einhergehende gemeinsame Personalpool im Rahmen von Arbeitnehmerüberlassungen statt und erbrachte (pflegerische) Leistungen werden dadurch umsatzsteuerpflichtig, was für die Pflegedienste eine finanzielle Mehrbelastung darstellt. Die Bildung eines diensteübergreifenden regionalen Netzwerkes für ambulante Pflegedienste ist in städtischen und ländlichen Regionen grundsätzlich denkbar. Größere Effekte können insb. im städtischen Raum erzielt werden. Relevant ist im Zusammenhang der Übertragbarkeit auch die Bereitschaft und Offenheit von Pflegediensten und Mitarbeitenden zum Umgang mit Technologien der digitalen Dienst- und Tourenplanung.

Große Bedeutung hinsichtlich der Verbesserung der Versorgungssituation, einer effizienten Versorgung und schließlich auch der Arbeitsqualität der Pflege- und Betreuungskräfte hat die Vernetzung der ambulanten Pflegedienste mit vor- und

nachgelagerten bzw. parallel für die Klienten und Klientinnen tätigen Leistungserbringern (Krankenhäuser, Kurzzeitpflege, Apotheken, Arztpraxen usw.). Beispielsweise ist das Besorgen von ärztlichen Verordnungen und Medikamenten eigentlich Aufgabe der Klientin bzw. des Klienten. Aufgrund oftmals fehlender Möglichkeiten fällt diese Aufgabe trotzdem häufig den ambulanten Pflegediensten zu, deren Aufgabenspektrum sich damit erweitert – nicht immer mit adäquater Refinanzierung. Zukünftig wird mit Etablierung des eRezeptes diesem Aspekt Rechnung getragen.

In dem Projekt KOLEGE und der dort entwickelten App handelt es sich um ein Pilotprojekt. Der derzeitige Umsetzungsstand in der Praxis ist unklar. Grundsätzlich gibt es in der Softwarebranche bereits eine Vielzahl an unterschiedlichen **Softwareanwendungen zur digitalen Touren- und Einsatzplanung**. Die Einbindung einer digitalen Pflegedokumentation und Möglichkeiten zum digitalen Informationsaustausch sind je nach Softwareumfang bereits heute möglich.

Zentrale Voraussetzung zur erfolgreichen Implementierung digitaler Arbeitsmittel ist die Akzeptanz auf Seiten der Nutzerinnen und Nutzer. Diese können einerseits Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegedienste aber auch andererseits die Pflegebedürftigen sein. Zur Steigerung der Akzeptanz könnten bspw. auch Modellprojekte wie GamOR – Game of Roster in den ambulanten Sektor übertragen und diesem Modellansatz hinzugefügt werden (Kubek *et al.* 2020). Damit könnte sich ggf. auch die Mitarbeiterbindung und -zufriedenheit erhöhen. Das Verbundprojekt hat im Rahmen des Programms „Zukunft der Arbeit“ vom BMBF eine Dienste-Plattform für Pflegeberufe entwickelt, welche das Autonomieerleben der Mitarbeitenden mit Hilfe einer gemeinschaftlichen und zugleich digitalisierten Dienstplanung erhöht.

Des Weiteren ist der regelhafte Erwerb digitaler Kompetenzen bei den Mitarbeitenden der ambulanten Pflegedienste und die partizipative Entwicklung digitaler Anwendungen zentrale Voraussetzungen für die erfolgreiche Implementierung innovativer Technologien in den Arbeitsalltag. Auch die technischen Voraussetzungen (IT-Infrastruktur, Hardware und Software) und ggf. anschlussfähige Systeme, ausreichender Netzausbau und datenschutzrechtliche Bestimmungen spielen eine große Rolle bei der nachhaltigen Implementierung.

### **5.1.2 Telepflege, digitale Unterstützung in der integrierten Versorgung und Case Management**

Ganz allgemein ist in dieser Studie unter Telepflege der Einsatz von IKT im Rahmen der pflegerischen Versorgung zur Überwindung einer räumlichen Distanz zu verstehen. Die Kommunikation kann dabei zwischen beruflich Pflegenden und der pflegebedürftigen Person bzw. informell Pflegenden stattfinden oder zwischen verschiedenen an der pflegerischen Versorgung beteiligten professionellen Dienstleistern. National als auch international gibt es ein breit gefächertes Verständnis von Telehealth im Allgemeinen und auch von Telepflege im Besonderen. In Deutsch-



land ist nur der Begriff Telemedizin gesetzlich verankert (im SGB V) und entsprechend als eine arztzentrierte Leistung definiert, was sich vom Verständnis von Telemedizin im internationalen Kontext unterscheidet.

Bislang gibt es für den nationalen Raum nur wenig evidenzbasierte Informationen, jedoch zeigte sich in einer aktuellen Studie, dass Telepflege im oben genannten Sinne das Potential hat, den Zugang zur sowie die Sicherheit, die Kontinuität und die Qualität der pflegerischen Versorgung zu verbessern, die Arbeitszufriedenheit von Pflegefachkräften zu erhöhen sowie die Gesundheitskompetenz und Zufriedenheit der Pflegebedürftigen und Angehörigen zu fördern (Hahnel *et al.* 2020).

In der systematischen Literaturrecherche der vorliegenden Studie konnten weitere Konzepte und Praxisbeispiele identifiziert werden, die u. a. durch verbesserte Koordinierung der Leistungserbringung in der ambulanten Pflege eine teilweise Versorgung über Distanzen hinweg ermöglicht.

Aufgrund des in Großbritannien bestehenden politischen Interesses an dem Potential durch Telebetreuung die Lebensqualität zu verbessern und gleichzeitig die Nutzung und Kosten der nationalen Gesundheits- und Sozialfürsorge zu senken, wurde unter Verwendung von Telemedizin und Telepflege in drei Regionen in England die Versorgung und Leistungserbringung bei Menschen mit Langzeiterkrankungen auf „**Remote Care**“ umgestellt (Bower *et al.* 2011, Henderson *et al.* 2014, Henderson *et al.* 2013, Hendy *et al.* 2012). Aus telemedizinischer Sicht wurden Hausüberwachungssysteme, periphere Überwachungssysteme (z. B. Pulsoximeter, Blutzuckermessgerät) und eine Überwachungszentrale, welche von Montag bis Freitag erreichbar war, eingerichtet. Telepflegerisch bzw. sicherheitstechnisch wurden folgende Systeme genutzt:

- ◆ Sensoren für die persönliche Gesundheit und das Wohlbefinden (z. B. Bett-/Stuhlbelegungssensoren, Inkontinenz-Sensor, Epilepsie-Sensor, Sturzdetektor, Medikamentenspender),
- ◆ Hilfsmittel für sensorische Beeinträchtigungen (z. B. Großtastentelefon, tragbarer Vibrationsalarm) oder für die Sicherheit,
- ◆ Sensoren für die Umweltüberwachung (z. B. Kohlenmonoxidmelder, Wärmesensor, Überschwemmungsmelder) und
- ◆ ein 24/7 verfügbares Monitoring.

Ziel der Implementierung war die Bewertung der Effektivität und Kosteneffektivität im Vergleich zur konventionellen Versorgung ohne Remote Care. Im Ergebnis wurde festgestellt, dass eine Telebetreuung (Kombination aus Telemedizin und Telepflege) keine kosteneffektivere Alternative darstellte. Positive Auswirkungen der Telepflege zeigten sich allerdings in der mentalen Gesundheit und Angstgefühlen sowie physischen Funktionen der Pflegebedürftigen. Die Studienautorinnen und -autoren weisen darauf hin, dass aufgrund dieser Ergebnisse die oben genannten Technologien allein nicht als „Wunderwaffe“ bezeichnet und genutzt werden sollten.

---

Der Einsatz von **Telepflege-Technologien in der Kombination mit Case- und Überleitungsmanagement** ist auch der Ansatz des Praxisbeispiels „Centura Health at Home“ aus den USA (Broderick und Steinmetz 2013, Labson 2015). Innerhalb von 48 Stunden nach der Entlassung aus einem Krankenhaus führen Pflegefachkräfte Risikoassessments in der Häuslichkeit der/des Pflegebedürftigen durch und in den nachfolgenden 24 Stunden besucht eine Telemedizintechnikerin oder ein Telemedizintechniker die pflegebedürftige Person zu Hause, um sie mit den installierten Überwachungssystemen vertraut zu machen.

Die Koordinierung der Pflege, Beratung und Unterstützung erfolgt über das Telefon und/oder über die installierten Überwachungstechnologien (Vitalwerte, Gewicht und Gesundheitsverhalten) durch eine Pflegefachkraft und sogenannte „clinical call center nurse“. Gleichzeitig stellt die Hausärztin bzw. der Hausarzt Verordnungen oder Rezepte "nach Bedarf" aus. Diese können vom Pflegepersonal individuell bei gesundheitlichen Veränderungen der Pflegebedürftigen angepasst werden und ermöglichen dem Pflegepersonal autark und zeitnah zu reagieren, z. B. bei der Anpassung von Analgetika. Die Hausärztinnen bzw. Hautärzte überwachen den Fortschritt der Pflegebedürftigen, indem sie wöchentliche Berichte mit der aktuellen Medikamentenliste, den Vitalwerten und Symptomen sowie den Notizen der Pflegefachkräfte einsehen. Die Pflegebedürftigen werden in dem Programm in ihrem Selbstmanagement gefördert und können bei Bedarf über 24 Stunden an sieben Tage die Woche die „clinical call center nurse“ telefonisch kontaktieren. Die Pflegefachkräfte des Callcenters überprüfen dann die Angaben, leisten telefonisch Hilfe oder leiten bei Bedarf die ausgelösten Alarmsignale der Überwachungstechnologien an eine Ärztin bzw. einen Arzt weiter. Sobald die Pflegebedürftigen „stabil“ in der Häuslichkeit versorgt sind, endet das Programm.

Die Ziele dieses Versorgungsmodelles sind:

- ◆ Reduzierung der Krankenhauswiedereinweisungen,
- ◆ Verringerung der Anzahl der Inanspruchnahme der Notaufnahme,
- ◆ Verringerung der Häufigkeit von Hausbesuchen durch Pflegefachkräfte,
- ◆ Ausweitung der Übergangspflege und Reichweite der telemedizinischen Versorgung auf Patientengruppen, die sonst keinen Anspruch auf häusliche Pflegedienste haben (Medicare Leistungen in den USA) und
- ◆ die Erhöhung der Anzahl versorgter Personen je Pflegefachkraft.

Nach einem 12-monatigen Untersuchungszeitraum konnte die Anzahl der Krankenhauswiedereinweisungen um 10,3 %, die Anzahl der Inanspruchnahme der Notaufnahme von 283 auf 21 Besuche und die Hausbesuche durch Pflegefachkräfte von 2-3 pro Woche auf 3 pro 60 Tage reduziert werden. Zudem konnte gezeigt werden, dass sich das Programm positiv auf die Lebensqualität der Pflegebedürftigen auswirkte. Kosteneinsparungen zwischen 1.000 - 1.500 \$ pro Patientin bzw. Patienten ergaben sich durch die Erhöhung der Anzahl versorgter Personen pro Pflegefachkraft in der Häuslichkeit von 5 auf 7 Personen und bei der „clinical call center

---

nurse“ von 60 auf 70 Personen pro Tag. Das Programm konnte gut umgesetzt werden und hat sich mittlerweile im Bundesstaat Colorado verstetigt.

Ein weiterer Ansatz ist die Nutzung **digitaler Technologien im Rahmen der integrierten Versorgung**. Die integrierte Versorgung zielt u. a. mittels verbesserter Koordinierung von Versorgungsleistungen auf die Erhöhung von Effizienz und Effektivität im Gesundheitswesen und bietet damit ein hohes Potential auch für die ambulante Pflege. Merkmale integrierter Versorgungsformen sind laut des Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen:

- ♦ übergreifende Versorgungsverträge im Verbund mehrerer Leistungserbringer (vgl. § 140a Abs. 1 SGB V),
- ♦ spezielle vertragliche Beziehungen zwischen den Leistungserbringern und den Kostenträgern bzw. Krankenkassen,
- ♦ Übernahme einer gewissen Budgetverantwortung durch die Leistungserbringer,
- ♦ freiwillige Teilnahme der Leistungserbringer,
- ♦ Einschreibung der Versicherten auf freiwilliger Basis sowie
- ♦ eine indikations- oder regional- bzw. flächenbezogene Ausrichtung (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003).

Integrierte Versorgungsformen in der Pflege spielen eine immer größer werdende Rolle, u. a. auch aufgrund des wachsenden wettbewerblichen Druckes der ambulanten Pflegeeinrichtungen oder der indikationsspezifischen Neuausrichtung von spezialisierten Pflegeangeboten, bspw. für Menschen mit Demenz oder chronischen Erkrankungen (Fünfstück 2017). Eben bei diesen speziellen Zielgruppen besteht in der Koordinierung der Leistungen in der ambulanten Versorgung zur Steigerung der Effizienz ein hohes Potential.

Im Rahmen des EU-Projektes NEXES wurde das **digitale Unterstützungstool Linkcare®** entwickelt, um den Einsatz von integrierter Versorgung auf kommunaler Ebene zu unterstützen. Erprobt wurde Linkcare® in Spanien, Griechenland und Norwegen. Die IKT ist ein adaptives Case Management-System, welches, abhängig von Aktionen und flexiblen Ausführungen von Aktivitäten, in der Lage ist zu kontextualisieren, also sich entsprechend der Umstände und Ad-hoc-Entscheidungen auszurichten. Es besteht aus einer webbasierten Anwendung, die sich an das Management von älteren, chronisch Erkrankten richtet und die organisatorische Zusammenarbeit nach einem wissenschaftlich entwickelten Modell erleichtert. Die IKT erzeugt integrierte Versorgungsprotokolle, auf die alle an der Versorgung beteiligten Akteure und auch die Patientin oder der Patient zugreifen können, um eine effiziente und personenzentrierte Leistungserbringung zu gewährleisten. Die Ziele des Projektes waren:

---

- ♦ durch Nutzung von Technik als modulare und skalierbare Werkzeuge die Zusammenarbeit zwischen den an der integrierten Versorgung beteiligten Akteuren zu unterstützen sowie
- ♦ Case Managerinnen/Manager mittels der IKT zu befähigen, neue Fälle unter Wiederverwendung von strukturierten Erfahrungen mit früheren Fällen zu bewältigen und das System ohne die Hilfe einer Spezialistin/eines Spezialisten an die eigene Arbeitsweise anpassen zu können.

Die Evaluation fand im Rahmen des EU-geförderten Projektes NEXES statt (Cano *et al.* 2015, European Commission 2012, Hernández *et al.* 2015). Im Ergebnis konnte die Effektivität von Linkcare® im Rahmen von integrierten Versorgungsmodellen nachgewiesen werden und über das gesamte Versorgungsspektrum und -bereiche hinweg die Bedarfe der zu Versorgenden abdecken (Personen im Anfangsstadium bis hin zum Endstadium der Erkrankung). Somit konnte NEXES die relevante Rolle der technologischen Plattform aufzeigen, um die Dienste auf regionaler und ländlicher Ebene anzupassen, mit starken Empfehlungen für einen Open-Source-Ansatz zum regulären Austausch von Gesundheitsinformationen mit allen beteiligten Akteuren.

Ein weiteres **digitales Unterstützungstool** in einem integrierten Versorgungsmodell in Australien ist Carelink+ von civica (civica o.J.). Auch hier wird mittels IKT ein effizienter Informationsaustausch zwischen den beteiligten Akteuren ermöglicht, um so die Versorgung flächendeckend auch in ländlichen Gebieten standardisiert, effektiv und effizient durchführen zu können.

Derzeit wird diese Technologie als zentrale digitale Verwaltung von dienstübergreifenden Daten in Australien umgesetzt und verfolgt das Ziel einer verbesserten Koordinierung von Leistungen in der integrierten und verbraucherorientierten Versorgung.<sup>8</sup> In diesem Kontext wurde ein zentralisiertes Management-System bei einem großen kommunalen Dienstleister in der ambulanten Versorgung (dienstübergreifend) mit folgenden Komponenten implementiert:

- ♦ Zentrales Servicecenter als Anlaufstelle (Eingabe von Informationen über neue Klientinnen/Klienten, Erstellung von Dienstplänen, Beantwortung von Fragen des Pflegepersonals zu Dienstleistungen und Klientinnen bzw. Klienten),
- ♦ Fallmanagement- und Terminplanungssystem (auch zur Unterstützung bei der Erstellung und Evaluation von Pflegeplänen und Assessments),
- ♦ Einführung standardisierter Arbeitsprozesse des Pflegepersonals in den verschiedenen Regionen (dienstübergreifend),

---

<sup>8</sup> Australien hat 2015 das "Consumer directed care Model" eingeführt. Bei diesem Modell haben die Klientinnen/Klienten eine größere Auswahl und Kontrolle über die Art der Pflege, die sie erhalten, und darüber, wie und von wem sie erbracht wird. Im Kontext der Leistungserbringer sind Lösungen für eine effiziente Dienstleistungserbringung notwendig, die die Bedürfnisse ihrer Klientinnen/Klienten erfüllen.

---

- ♦ Verwaltung und Dienstplanung (Barnett K et al. 2020a, b, c, Douglas et al. 2017).

Eine wichtige Funktion der IKT ist, dass der Zugriff für alle Mitarbeitenden zeitgleich möglich ist und alle Daten zentral verfügbar sind. Das ermöglicht u. a. ein optimiertes Risikomanagement bei den Pflegebedürftigen. Des Weiteren erleichtert die technische Unterstützung die zeitliche Planung von Dienstleistungen, da sie Informationen über die Klientinnen bzw. Klienten und über die Pflegefachkräfte enthält, die für die Erbringung der Dienstleistungen vorgesehen sind. Bevor diese Technologie implementiert wurde, erfolgte die Dokumentation papierbasiert. Problematisch war, dass die Dokumente sich in der Zentrale, bei den Klientinnen bzw. Klienten oder im Auto der Pflegefachkräfte oder Case Managerinnen bzw. -Manager befanden.

Die Ziele der Implementierung von Carelink+ waren:

- ♦ Erhöhung der Transparenz, um eine effektivere und personenzentrierte Pflege zu erreichen,
- ♦ Klientinnen und Klienten zur Steigerung der Selbstpflegefähigkeit zu befähigen,
- ♦ Schaffung eines nachhaltigen Modells für die Erbringung von Dienstleistungen, welches den Mitarbeitenden ermöglicht, sich an variierende Bedingungen anzupassen und Dienstleistungen effizient, effektiv und sicher zu erbringen.

Die Covid-19 Pandemie hat in Australien einen starken Anreiz geschaffen, die Einführung von pflegeunterstützenden Technologien zu beschleunigen. Die Kombination aus staatlicher Sonderfinanzierung und der Zusammenarbeit zwischen Organisationen über den ambulanten und stationären Bereichen hinweg war in der Implementierung von Carelink+ entscheidend, sowohl als direkte Reaktion auf die Pandemie als auch als Wegbereiter für technologiegestützte Pflegeangebote. So haben während der Implementierungsphase 65 % der Dienstleister die Einführung aufgrund der Covid-19 Pandemie beschleunigt bzw. Technologien als Reaktion auf die Pandemie eingeführt.

Im Ergebnis fördert die Technologie den Informationsaustausch und die Zusammenarbeit zwischen den Fachkräften. Ambulante Pflegedienste, die die IKT kontinuierlich evaluieren und auf die gewonnenen Erkenntnisse reagieren, können einen besseren Informationsaustausch erreichen. Allerdings ist eine ständige Bewertung der IKT zur Unterstützung der Leistungserbringung bei ihrer Integration in den normalen Geschäftsbetrieb wichtig, um Effizienzbarrieren zu ermitteln.

### **Effizienzpotentiale und Übertragbarkeit**

Der Einsatz der beschriebenen telepflegerischen Technologien kann prinzipiell als auf Deutschland übertragbar bewertet werden - unter Berücksichtigung von Limitationen, wie bspw.:

- ♦ der noch ausstehenden gesetzlichen Verankerung von Telepflege im SGB V oder XI,
- ♦ einem regelhaften Erwerb digitaler Kompetenzen von beruflich Pflegenden während oder in der Ausbildung oder
- ♦ des Standes des Netzausbaus in Deutschland.

Eine Förderung von Schulungen für Mitarbeitende kann nach § 8 Abs. 8 SGB XI erhalten werden. Im Rahmen der neuen Pflegeausbildung ab 2020 wurden Inhalte zu Digitalisierung und Technik ins Curriculum implementiert. Nun sind in allen drei Ausbildungsjahren Inhalte zu technikgestützten Systemen zur Risikoerkennung, zur Verwendung digitaler Begleiter bzw. Smart-Home-Technik, zur Beratung über technische Hilfsmittel und zu digitalen Assistenzsystemen sowie zu Informationen zu digitalen Netzwerken im Sozialraum in den Rahmenlehrplänen enthalten (Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz 2020).

Darüber hinaus wurde im Rahmen der Initiative „Pflege 4.0 - Made in Berlin“ der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung wurde ein Kompetenzmodell entwickelt, in dem Themenfelder und Anforderungen strukturiert und systematisiert wurden. Seit Oktober 2020 wird in einer Pilotierung die sog. „Zusatzqualifizierung Pflege 4.0“ getestet. Bis Mitte 2021 soll dann eine breite Umsetzung erfolgen. Das Angebot richtet sich an professionell Pflegenden (Pflegefach- und -hilfskräfte, Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter sowie Führungskräfte) in der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege sowie an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Beratungseinrichtungen. Ziel ist es, die Teilnehmenden darin zu unterstützen, Kompetenzen für die Mitgestaltung des digitalen Wandels in der Pflege zu entwickeln (k.o.s. GmbH 2020). Mit Hilfe eines Transferkonzeptes soll diese Zusatzqualifizierung ab dem Jahr 2022 dauerhaft implementiert werden.

Mit dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) vom 09.06.2021 und darin verankerten Modellprogramm nach § 125a SGB XI wird es künftig im Zeitraum von 2022 bis 2024 möglich sein, Telepflege wissenschaftlich gestützt zu erproben.

Unter Betrachtung der Limitationen und derzeit verfügbarer Evidenz zu Telepflege (u. a. Hahnel *et al.* 2020)) zeigt sich z. B. das Potential einer verbesserten Koordination der Leistungen und einer resultierenden Reduzierung von Krankenhauseinweisungen durch schnellere Maßnahmenergreifung in Akutsituationen. Daraus ergibt sich für das Versorgungssystem eine mögliche sektorenübergreifende Entlastung sowie eine verbesserte Versorgungskontinuität. Aufgrund der Möglichkeit der Versorgung aus der Ferne besteht das Potential zur Einsparung langer Fahrwege und vermeidbarer zusätzlicher pflegerischer Interventionen bei gleichzeitig hoher Versorgungsqualität.

Eine Übersicht der Effizienzpotentiale der dargestellten Konzepte und Ansätze ist Tabelle 11 zu entnehmen.

Tabelle 11: Übersicht der aus der Literaturanalyse identifizierten Effizienzpotentiale von Konzepten zur Telepflege, digitalen Unterstützung in der integrierten Versorgung und zum Case Management

Name	Konzept/Ansatz	Identifizierte Effizienzpotentiale	Übertragbarkeit auf den nationalen Raum	Limitationen und hemmende Faktoren hinsichtlich der Übertragbarkeit
<b>Remote Care</b>	Fernbetreuung mittels Telehealth (Telemedizin) und Telecare (Telepflege)	<ul style="list-style-type: none"> <li>↑ Koordinierung der Versorgung und der Leistungen</li> <li>↑ Kontinuität der Versorgung</li> <li>↓ Akutsituationen</li> <li>↓ stationäre Gesundheitsleistungen</li> <li>↓ Wege- und Fahrtzeiten</li> <li>↓ vermeidbare pflegerische Interventionen</li> <li>↑ Rolle des Pflegefachpersonals (Einsatz als Koordinatorin/Koordinator)</li> <li>↑ Attraktivität des Pflegeberufes/Arbeitszufriedenheit</li> </ul>	↑	Ausstehende gesetzliche Verankerung von Telepflege, technische Voraussetzungen, Netzausbau, DSGVO
<b>NEXES - digitales Unterstützungstool Link-care®</b>	Integrierte Versorgung durch digitales Unterstützungstool	<ul style="list-style-type: none"> <li>↑ Effizienz des Versorgungsprozesses durch KI</li> <li>↑ Koordinierung der Versorgung und Leistungen</li> <li>↓ zeitintensive Planung</li> <li>↑ effizienter Ressourceneinsatz</li> <li>↑ Selbstpflegefähigkeit/Selbstmanagement auf Ebene der Pflegebedürftigen</li> <li>↑ Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen</li> <li>↑ versorgungsbereichübergreifender Informationsaustausch</li> <li>↑ personenzentrierte Versorgung</li> </ul>	→	Nicht initial für die ambulante Pflege entwickelt, System müsste angepasst werden, technische Voraussetzungen, Netzausbau, DSGVO

Name	Konzept/Ansatz	Identifizierte Effizienzpotentiale	Übertragbarkeit auf den nationalen Raum	Limitationen und hemmende Faktoren hinsichtlich der Übertragbarkeit
<b>digitales Unterstützungstool Carelink+</b>	Integrierte Versorgung durch digitale Unterstützungstools	<ul style="list-style-type: none"> <li>↑ Effizienz des Versorgungsprozesses</li> <li>↑ Koordinierung der Versorgung und Leistungen</li> <li>↓ zeitintensive Planung</li> <li>↓ Wege- und Fahrtzeiten</li> <li>↑ Effizienz der Ressourcen</li> <li>↑ Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen</li> <li>↓ Akutsituationen</li> <li>↑ Selbstpflegefähigkeit/Selbstmanagement auf Ebene der Pflegebedürftigen</li> <li>↓ vermeidbare pflegerische Interventionen</li> <li>↑ versorgungsbereichübergreifender Informationsaustausch</li> <li>↑ Rolle des Pflegefachpersonals (Einsatz als Koordinator/-in)</li> <li>↑ Attraktivität des Pflegeberufes/Arbeitszufriedenheit</li> </ul>	→	Evidenzlage noch sehr gering, DSGVO, zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Überlegenheit einzelner Technologien bedarf es umfassende Forschungsbemühungen, technische Voraussetzungen, Netzausbau, Erwerb digitaler Kompetenzen bei den Nutzerinnen und Nutzern
<b>Centura Health at Home</b>	Kombination von Case- und Überleitungsmanagement unter Nutzung von Telepflege-Technologien	<ul style="list-style-type: none"> <li>↑ feste Kooperationsstrukturen</li> <li>↓ stationäre Gesundheitsleistungen</li> <li>↓ Akutsituationen</li> <li>↓ Vermeidung/Verzögerung von Pflegebedürftigkeit</li> <li>↓ Kosten</li> <li>↑ Koordinierung der Versorgung und Leistungen</li> <li>↑ Koordinierung des Überleitungs- und Entlassmanagements</li> <li>↓ Wege- und Fahrtzeiten</li> <li>↑ Effizienz der Ressourcen</li> <li>↑ Selbstpflegefähigkeit/Selbstmanagement auf Ebene der Pflegebedürftigen</li> <li>↑ Rolle des Pflegefachpersonals (Einsatz als clinical call center nurse)</li> <li>↑ Attraktivität des Pflegeberufes/Arbeitszufriedenheit</li> </ul>	→	Verantwortungsbereich der Pflegekräfte (Medikamentenanordnung) nicht übertragbar, Trennung von SGB V und SGB XI-Leistungen, wenn Koordinierung in Verantwortung des amb. Pflegedienstes Zusatzbelastung möglich, DSGVO

Quelle:

IGES

Anmerkung:

Legende Effizienzpotentiale: ↑ = verbessert/optimiert; ↓ = weniger/gesunken

Legende Übertragbarkeit: ↑ = hohe Übertragbarkeit; ↓ = geringe Übertragbarkeit; → = übertragbar unter Berücksichtigung weniger Limitationen



Das Programm Centura Health at Home erweitert die Kontinuität der Pflege von chronisch erkrankten Personen nach Krankenhausaufenthalt auf einer 24/7-Basis, nutzt die vorhandenen Ressourcen des Gesundheitswesens effektiver und vergrößert die Reichweite des Pflegepersonals, um eine höhere Anzahl von Pflegebedürftigen auf einer täglichen Basis versorgen zu können. Des Weiteren ist die koordinierte Vernetzung des stationären und ambulanten Bereichs hinsichtlich einer personenzentrierten holistischen Pflege im Sinne des Pflegebedürftigkeitsbegriffes möglich. Andererseits ist die Möglichkeit der Verordnungen und Rezepte nach Bedarf durch Hausärztinnen und Hausärzte und damit verbundene Anpassung der Medikamente auf Verantwortung der Pflegefachkräfte nicht übertragbar. Davon abgesehen ist das Programm jedoch als übertragbar zu bewerten, wenn entsprechende regionale sowie SGB V- und XI-übergreifende Kooperationsstrukturen initiiert werden. Das Effizienzpotential liegt hier vor allem in:

- ♦ der koordinierten Überleitung von Risikopersonen aus dem bzw. in den Krankenhausbereich,
- ♦ der Vermeidung von Akutsituationen,
- ♦ der Vermeidung bzw. Verzögerung von Pflegebedürftigkeit und damit verbundenen Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen,
- ♦ der Einsparung von Wege- und Fahrtzeiten durch die telefonische Betreuung,
- ♦ der Reduktion von nicht notwendigen Hausbesuchen, auch durch frühzeitige Risikoassessments in der Häuslichkeit,
- ♦ dem effizienten Einsatz der vorhandenen Ressourcen (u. a. Personal: Reduktion der Hausbesuche von 25 auf 3 Besuche in einem 60-tägigen Zeitraum)
- ♦ der Vermittlung und Stärkung von Selbstpflegefähigkeiten und Selbstmanagement bei den Pflegebedürftigen im Umgang mit ihrer Erkrankung.

Findet die Koordinierung des Programms allerdings über den ambulanten Dienst statt, ist mit anfänglichem und wiederkehrendem Mehraufwand zu rechnen. Inwieweit dies dann die Einsparungen der (zeitlichen) Aufwände der Pflegefachkräfte überkompensiert, müsste in der Praxis überprüft werden.

Die digitale Unterstützung von Versorgungsprozessen (mit Technologien wie Linkcare® und Carelink+) hat u. a. aufgrund der stärkeren Standardisierung der Prozesse und der automatisierten Lösung komplexer Probleme das Potential, einen neuen organisatorischen Rahmen in der ambulanten Versorgung zu etablieren. Eine zentrale Datenverwaltung sowie eine digital gestützte Dienstplanung, Fallmanagement oder Wissensaustausch über Distanzen hinweg tragen im ambulanten Bereich entscheidend dazu bei, die Versorgung zielgerichteter und mit weniger Kommunikations- und Abstimmungsaufwand zu gestalten. Daraus ergeben sich für das Versorgungssystem folgende Herausforderungen:

- ♦ eine proaktivere Zuweisung knapper Ressourcen zu steuern (d. h. die Ressourcen zu antizipieren, die benötigt werden, um die Mehrheit der Patientinnen und Patienten (80 %) zu betreuen, und folglich auch die benötigte freie Zeit für diejenigen, die traditionelle Ansätze benötigen, vorherzusehen),
- ♦ Optimierung der erforderlichen Interaktionen (Koordinierung und Informationsaustausch) zwischen den an der Versorgung beteiligten Akteuren,
- ♦ schnell verfügbarer interdisziplinärer Austausch, wodurch Leistungen zielgerichteter koordiniert und Über- bzw. Fehlversorgung reduziert werden,
- ♦ verbesserte Identifikation von Personen mit hohem Pflegebedarf, was wiederum eine verbesserte Planung der Ressourcen und eine personenzentrierte Versorgung ermöglicht.

Die Rolle der Pflegefachkräfte wird zudem neu definiert, da angesichts der präzisen Definition der Patientenfahrgänge Kontrollpunkte eingebaut und dementsprechend regelmäßige Folgeinterventionen beim Klienten bzw. Klientin an andere Pflege- und Betreuungskräfte oder Fachkräfte delegiert werden können. Der Einsatz der Pflegefachkräfte als Koordinatorinnen bzw. Koordinatoren oder Case Managerinnen bzw. Manager ermöglicht auch neue berufliche Perspektiven und steigert die Attraktivität des Berufes. Das könnte auch den Wunsch zum Verbleib im Beruf verlängern.

Durch den Einsatz einer zentralen und digitalen Verwaltung ergeben sich vielfältige Potentiale, u. a. hinsichtlich folgender Punkte:

- ♦ Reduktion der Fahrt- und Wegezeiten durch optimierte Dienst- und Tourenplanung,
- ♦ Qualifikations- und bedarfsgerechter Personaleinsatz,
- ♦ Wissensaustausch und schnellere Handlungsfähigkeit der Pflegekräfte vor Ort,
- ♦ Transparenz der verfügbaren Informationen zu jeder Klientin/jedem Klienten, was zur Vermeidung von Über-, Fehl- bzw. Unterversorgung führen kann,
- ♦ effiziente Leistungserbringung durch digitale Pflegeplanung und regelmäßige Überprüfung der Notwendigkeit der Leistungen,
- ♦ als Langzeitfolge im Ergebnis die stärkere Befähigung der pflegebedürftigen Personen zur Steigerung ihrer Selbstpflegefähigkeiten.

Bislang gibt es noch sehr wenig internationale Evidenz zur Wirksamkeit des Einsatzes von IKT in der ambulanten pflegerischen Versorgung. Ein Großteil der bisherigen Forschungsanstrengungen wurde für die Untersuchung dieser Technologien in stationären Pflegeeinrichtungen investiert (u. a. auch mit Fokus auf Telemedizin

---

und Heimüberwachungstechniken für ältere Menschen). Auch das hier vorgestellte Praxisbeispiel Carelink+ ist wissenschaftlich noch nicht umfassend untersucht.

Grundlegend und unter Einhaltung der Rahmenbedingungen (insb. der DSGVO) ist eine Umsetzung hierzulande möglich. Die Herausforderung besteht im Wesentlichen in der Interoperabilität verschiedener digitaler Anwendungen sowie bei der Übertragung vorhandener Daten (wie z. B. Vitalparameter), Hard- oder Software in neue Systeme (Migration). Aufgrund unzureichender Evidenz hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit und Überlegenheit bestimmter Technologien bedarf es vor einer großflächigen Umsetzung weitere Forschungsbemühungen, insbesondere auch um zu erheben, welche Systeme sich in Deutschland schon etabliert haben. Mit Inkrafttreten des DVPMG zum 09.06.2021, könnte dies im Rahmen des Modellvorhabens zur Erprobung von Telepflege nach § 125a SGB XI umgesetzt werden.

In allen hier beschriebenen Praxisbeispielen entstehen neue Rollen für Pflegefachkräfte, bspw. als „clinical call center nurse“, und somit auch neue Einsatzmöglichkeiten (bspw. durch die Einführung von Telearbeitsplätzen). Dies kann zu einer gesteigerten Arbeitszufriedenheit und längerem Berufsverbleib, insb. auch für ältere Fachkräfte, die körperlich nicht mehr so belastbar sind, führen. Für die Ausschöpfung des Potentials der Digitalisierung ist eine nutzerfreundliche Bedienbarkeit und gute Gestaltung der technischen Anwendungen notwendig. Mangelnde Benutzerfreundlichkeit könnte den möglichen Nutzen der Anwendungen für die Nutzerinnen und Nutzer verringern bzw. sogar neue Belastungen bei den Mitarbeitenden der ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste erzeugen. Neben dem regelhaften Erwerb digitaler Kompetenzen von beruflich Pflegenden sind der Netzausbau in Deutschland sowie das Vorhandensein passender technischer Ausstattungen als Voraussetzungen zur Übertragbarkeit zu beachten.

Zusammenfassend kann geschlussfolgert werden, dass durch die (ergänzende) Fernbetreuung und den Einsatz der Technik in der Organisation und Logistik ambulanter Pflegedienste mögliche (unnötige) Fahrtwege und Wegezeiten eingespart werden könnten. Dies ist vor allem in dünn besiedelten Regionen relevant. Des Weiteren besteht das Potential, mittels IKT-gestützter Anwendungen die Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen in der Häuslichkeit zu erhöhen und somit unerwünschten Ereignissen (wie Stürzen und darauffolgenden Krankenhausaufenthalten) rechtzeitig vorzubeugen bzw. nach deren Auftreten zukünftig schneller Maßnahmen ergreifen zu können (bspw. mittels Sturzsensoren, welche eine zeitnahe Reaktion nach dem Sturz ermöglichen und damit Folgeschäden vermeiden). Darüber hinaus benötigt es mehr Evidenz, um die „richtige“ bzw. effiziente Technologie vor Ort einzusetzen. Das digitale Unterstützungstool Linkcare® entspricht nicht vollständig den Anforderungen, die für eine integrierte Versorgung in der ambulanten Pflege benötigt werden, da es für einen anderen Zweck entwickelt wurde. Es könnte aber in Zukunft an die Bedürfnisse in der ambulanten Versorgung angepasst werden. Vor allem die Eigenschaft, dass das System in der Lage ist, anhand vorheriger Prozesse zu lernen (KI) und damit die zeitintensive Planung von

Klientinnen und Klienten mit komplexen Versorgungsbedarfen in dem Versorgungsprozess effizient zu gestalten, bietet ein hohes Potential.

### 5.1.3 Weitere digitale Unterstützungsmöglichkeiten

Im Verbundprojekt Integrierte Technik- und Arbeitsprozessgestaltung für Gesundheit in der ambulanten Pflege (ITAGAP) sollen mit integrierter technikgestützter und umsetzungsorientierter Konzepte Potentiale genutzt werden, um **Arbeitsprozesse in der ambulanten Pflege gesundheitsförderlicher und effizient zu gestalten** (Daxberger *et al.* 2020, Fuchs-Frohnhofen *et al.* 2017, Wirth *et al.* 2019). Das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Verbundprojekt hat zum Ziel, berufliche Belastungen in der Pflege zu reduzieren, mehr Effizienz sowie mehr Qualität in den Pflegealltag zu bringen sowie der steigenden Nachfrage nach Pflegeleistungen unter Einhaltung der betriebswirtschaftlichen und gesetzlichen Erfordernisse zu begegnen.

Im Projekt werden Sensor- und Informationstechnologien (bspw. digitale Pflegedokumentation und -planung, auch unter Nutzung von Smartphones, Nutzung von assistiven Systemen) aufgegriffen und in bestehende IT-Systeme integriert, um Pflegenden bei der Bewältigung von physischen und psychischen Anforderungen als Ressource zur Verfügung zu stehen und Lernprozesse im Rahmen von Fort- und Weiterbildungen zu unterstützen. Das Verbundprojekt umfasst folgende Teilkonzepte:

- ♦ Bezugspflegesystem „Verantwortung pro“ zur Steigerung der Arbeitszufriedenheit und Senkung der Fluktuation,
- ♦ Fortbildung „Fallverantwortliche Bezugspflegekräfte“,
- ♦ Fortbildung „Gesunde Führung“ und
- ♦ Kinästhetik-Schulung mit KINECT-System.<sup>9</sup>

Im Bezugspflegesystem „Verantwortung pro“ sind fallverantwortliche Bezugspflegekräfte für eine ausgewählte Anzahl von Klientinnen und Klienten zuständig und übernehmen die Verantwortung für den Pflegeprozess. Sie fungieren als kontinuierliche Ansprechpartner in fachlichen und organisatorischen Fragen für Klientinnen und Klienten, Angehörige und Bezugspfleger. Die Versorgung erfolgt in enger Zusammenarbeit der Leistungserbringer und fallverantwortlichen Bezugspfleger. Die Fallverantwortlichen und Beziehungspfleger (im Projekt waren dies examinierte Fachkräfte ohne Fallverantwortung oder Hilfskräfte) bilden Subteams im Pflegedienst und stehen über systematisch angelegte Besprechungen in einem stetigen Austausch. Über strukturierte Fallbesprechungen erfolgt die Qualitätssicherung.

---

<sup>9</sup> Das dreidimensionale Kinect-Kamerasystem ermöglicht die Aufnahme und die Analyse der körperlichen Beanspruchung während eines Pflegeprozesses.

---

Im Ergebnis zeigte die Analyse und Praxiserprobung, dass das Bezugspflegesystem „Verantwortung Pro“ von den Pflegefachkräften der ambulanten Pflegedienste als Stärkung der Eigenverantwortlichkeit und Anpassung an eine individuelle Arbeitsprozessgestaltung erlebt wurde. Die Kinästhetik-Schulung wurde von den Mitarbeitenden der am Projekt beteiligten ambulanten Pflegedienste als Potential zur Verbesserung des Schulungsangebotes in der Pflege wahrgenommen. Der derzeitige Umsetzungsstand der technikgestützten Konzepte in der Praxis ist allerdings unklar, eine systematische Evaluation der Konzepte ist geplant.

Ein weiteres Praxisbeispiel, das digitale Lösungen nutzt, ist das Projekt einfach:ambulant (Hausmann und Catoni 2019). Das vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz geförderte Verbundprojekt hat **digitale Lösungen für die Dokumentation von Pflegedaten und den Informationsaustausch** in der ambulanten Pflege entwickelt. Im Rahmen des Projekts wurden zwei digitale Anwendungen herangezogen:

- ♦ Doku-App: Die App ermöglicht Pflegekräften eine mobile elektronische Pflegedokumentation,
- ♦ Webportal: Das internetbasierte Portal ermöglicht es, Daten in der Pflegedokumentation zu ergänzen bzw. zu teilen.

Das Webportal steht ambulanten Pflegediensten, Wundmanagerinnen und -managern, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Angehörigen zum Abrufen und Hinterlegen von Informationen zur Verfügung. Zur Sicherung der Daten der mobilen Anwendungen werden diese in einer zentralen Datenbank abgespeichert.

Ziele des Verbundprojektes einfach:ambulant waren:

- ♦ Zeitersparnis bei der Pflegedokumentation,
- ♦ Stärkung des multilateralen Informationsaustauschs zwischen den am Pflegeprozess beteiligten Personen und
- ♦ Verbesserung des Pflegeprozesses.

Im Ergebnis wurde die Doku-App als zeitsparend empfunden, insbesondere die (fotografische) Dokumentation von Wunden durch den Pflegedienst zur Beurteilung des Wundzustandes durch Wundmanagerinnen bzw. -manager oder Ärztinnen und Ärzte. Die Anwendenden beurteilten das Webportal hinsichtlich der Handhabbarkeit, des Funktionsumfangs, der Kontoverwaltung und der Navigation positiv. Aus Sicht der Geschäftsführung des teilnehmenden ambulanten Pflegedienstes eignet sich das Webportal besonders für die Angehörigenarbeit. Informationen zur Wirtschaftlichkeit des Verbundprojektes liegen nicht vor. Ob eine Zeitersparnis durch die Anwendung der Doku-App und des Webportals in der Praxis eintritt, kann noch nicht ausreichend bewertet werden.

---

**Effizienzpotentiale und Übertragbarkeit**

Eine Übersicht der Effizienzpotentiale der dargestellten, weiteren digitalen Unterstützungsmöglichkeiten sowie deren Übertragbarkeit und Limitationen ist Tabelle 12 zu entnehmen.

---

Tabelle 12: Übersicht der aus der Literaturanalyse identifizierten Effizienzpotentiale weiterer digitaler Unterstützungsmöglichkeiten

Name	Konzept/Ansatz	Identifizierte Effizienzpotentiale	Übertragbarkeit auf den nationalen Raum	Limitationen und hemmende Faktoren hinsichtlich der Übertragbarkeit
<b>ITAGAP – Integrierte Technik- und Arbeitsprozessgestaltung für Gesundheit in der ambulanten Pflege</b>	Entwicklung integrierter technikgestützter und umsetzungsorientierter Konzepte zur salutogenen Arbeitsprozessgestaltung in der ambulanten Pflege	<ul style="list-style-type: none"> <li>↑ Attraktivität des Pflegeberufes/Arbeitszufriedenheit</li> <li>↑ Rolle des Pflegepersonals</li> <li>↑ Verbleib im Beruf</li> <li>↓ berufliche Belastung (physische und psychische Anforderungen)</li> <li>↑ Bezugspflege</li> <li>↑ kontinuierliches Fallmanagement</li> </ul>	→	Erwerb digitaler Kompetenzen bei den Nutzerinnen und Nutzern, technische Voraussetzungen, Netzausbau, DSGVO, unzureichende Evidenzlage hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit
<b>Einfach:ambulant</b>	Digitale Lösungen für die Dokumentation von Pflegedaten und den Informationsaustausch in der ambulanten Pflege	<ul style="list-style-type: none"> <li>↓ zeitintensive Planung/ Dokumentation</li> <li>↑ versorgungsbereichübergreifender Informationsaustausch</li> <li>↑ Attraktivität des Pflegeberufes/ Arbeitszufriedenheit</li> <li>↑ Kompetenzzuwachs</li> <li>↓ Inanspruchnahme stationärer Gesundheitsleistungen</li> <li>↓ Akutsituationen</li> <li>↑ Gesundheitszustand auf Ebene der Pflegebedürftigen</li> <li>↓ Schnittstellenproblematik</li> <li>↓ Wege- und Fahrtzeiten</li> </ul>	↑	Erwerb digitaler Kompetenzen bei den Nutzerinnen und Nutzern, technische Voraussetzungen, Netzausbau, DSGVO

Quelle: IGES

Anmerkung: Legende Effizienzpotentiale: ↑ = verbessert/optimiert; ↓ = weniger/gesunken

Legende Übertragbarkeit: ↑ = hohe Übertragbarkeit; ↓ = geringe Übertragbarkeit; → = übertragbar unter Berücksichtigung weniger Limitationen

Das Projekt ITAGAP könnte, durch die Entlastung der Pflegenden, die Arbeitszufriedenheit und Versorgungsqualität verbessern, was zu besseren und weniger kostenintensiven Resultaten bezogen auf den Gesundheitszustand und Inanspruchnahmehäufigkeit von u. a. Krankenhausaufenthalten bei den Pflegebedürftigen führt. Durch das kontinuierliche Fallmanagement besteht, ähnlich wie beim Case Management, das Potential der verbesserten Koordinierung der Leistungen. Des Weiteren sind durch die Maßnahmen langfristig Verbesserungen der Arbeitssituation sowie ein ausgeglicheneres Arbeitsleben denkbar. Das entlastet gleichzeitig das Gesundheitssystem, da frühe Personalausfälle durch Erkrankungen, wie bspw. im Pflegeberuf häufig auftretend Erkrankungen des Bewegungsapparates, verringert werden.

Bei der Entwicklung des Bezugspflegesystem „Verantwortung Pro“ im Projekt ITAGAP wurden bspw. organisatorische und prozessplanerische individuelle Begebenheiten der ambulanten Pflegedienste bei der Implementierung berücksichtigt. Die Umsetzung in der ambulanten Pflege wird u. a. aufgrund dieser Aspekte als möglich bewertet. Die Fortbildung „Gesunde Führung“ und Kinästhetik-Schulung mit KINECT-System wird als übertragbar bewertet. Ob durch die entwickelten technikgestützten Konzepte eine Zeitersparnis und damit ein wirtschaftlicher Vorteil eintritt, kann noch nicht abschließend bewertet werden. Dafür sind weitere empirische Untersuchungen und Erprobungen im Umfeld der ambulanten Pflege notwendig.

In Betrachtung der vorhandenen Evidenz des Projektes einfach:ambulant zeigt sich, dass die Pflegedokumentation durch die Doku-App ein Effizienzpotential bergen kann. Durch die Zeitersparnis könnte mehr Zeit bei ambulanten Pflegediensten, Wundmanagerinnen und -managern, Therapeutinnen und Therapeuten für Pflege, Versorgung und Therapie für die Klientinnen und Klienten gewonnen werden.

Das Webportal des Projektes einfach:ambulant ermöglicht eine bessere Kommunikation und Vernetzung mit den am Pflegeprozess beteiligten Personen. Hierdurch ist auch denkbar, dass Schnittstellenproblematiken sowie Über-, Fehl- oder Unterversorgung vermieden werden können. Durch den Informationsaustausch aller Beteiligten könnte sich die Versorgungsqualität verbessern und kostenintensive Interventionen (bspw. Krankenseinweisungen, Akutsituationen durch vermeidbare Verschlechterungen des Allgemeinzustandes) bei den Pflegebedürftigen reduzieren.

Durch das Webportal ist ein digitaler Austausch über räumliche Distanzen hinweg möglich und birgt weitere Effizienzpotentiale. Unter anderem die Einsparung von Wege- und Fahrtzeiten, insbesondere hinsichtlich des Wundmanagements. Die Pflegefachkraft ist in der Lage vor Ort schneller handlungsfähig zu sein, ohne zusätzlich belastet bzw. überfordert zu werden. Des Weiteren kann das Sicherheitsgefühl der am Pflegeprozess beteiligten Personen durch den verbesserten Austausch erhöht werden und die anwenderfreundliche Pflegedokumentation kann sich positiv auf die Arbeitszufriedenheit auswirken.

---



Der derzeitige Umsetzungsstand der entwickelten digitalen Anwendungen im Verbundprojekt einfach:ambulant ist aufgrund fehlender Informationen unklar. Die Umsetzung der Doku-App und des Webportals in der ambulanten Pflege wird unter den Voraussetzungen des regelhaften Erwerbs digitaler Kompetenzen von beruflich Pflegenden und vorhandenen technischen Bedingungen als möglich bewertet.

Für die Ausschöpfung des Potentials der digitalen Technologien ist eine nutzerfreundliche Handhabung und gute Gestaltung der technischen Anwendung notwendig. Eine nicht optimale Ausgestaltung könnte den möglichen Nutzen der Anwendungen verringern bzw. neue Belastungen bei den Pflegekräften erzeugen. Neben dem regelhaften Erwerb digitaler Kompetenzen von beruflich Pflegenden sind der Netzausbau in Deutschland sowie das Vorhandensein passender technischer Ausstattungen als Voraussetzungen zur Übertragbarkeit entscheidend.

## 5.2 Koordinierung durch Veränderung der Arbeitsorganisation, Kooperation und Netzwerke, Integrierte Versorgung und Case Management

International als auch national existieren verschiedene Ansätze, die demografisch bedingten Versorgungsproblematiken im Gesundheitssystem durch umfassende Versorgungsmodelle zu bewältigen. In Deutschland stellen zusätzlich, nicht erst seit Einführung der Pflegeversicherung als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung, diverse Schnittstellenproblematiken weitere Herausforderungen für eine personenzentrierte ambulante Versorgung dar. Diese können im Resultat sowohl eine Über-, Unter- als auch Fehlversorgung von Pflegebedürftigen bedingen und zu ungünstigen gesundheitsbezogenen Ergebnissen, hohen Kosten für das Gesundheitssystem und Überlastung des Fachpersonals führen.

Aktuell existieren unterschiedliche Ansätze zur Überwindung der Schnittstellenproblematiken. In der Primärversorgung gibt es seit längerem innovative Ansätze, teilweise haben sich diese auch schon verstetigt (u. a. Disease Management Programme). Weiterhin zu nennen sind auch Ansätze zur Verbund- bzw. Netzwerkbildung oder zur Schaffung lokaler Gesundheitszentren für die (vertragsärztliche) Primär- und Langzeitversorgung chronisch erkrankter oder gesundheitlich beeinträchtigter Menschen, in denen alle für eine umfassende Gesundheits- und Pflegeversorgung erforderlichen Dienste und Hilfen unter einem Dach angesiedelt sind und möglichst aus einer Hand angeboten werden.

Des Weiteren gibt es vielversprechende Ansätze im Rahmen des **Case Managements**<sup>10</sup> und der Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams zur verbesserten Koordinierung in der ambulanten Versorgung.

---

<sup>10</sup> Die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e. V. definiert den Begriff des Case Managements wie folgt: „[...] ist eine Verfahrensweise in Humandiensten und ihrer Organisation zu dem Zweck, bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung,

Die Gewährleistung der Versorgungskontinuität, bspw. nach Krankenhaus- oder Rehabilitationsaufenthalt, im Rahmen des Entlass- bzw. Überleitungsmanagements trägt maßgeblich zur Verbesserung der Versorgungsqualität bei und verringert den Aufwand auf Seiten der ambulanten Leistungserbringer. Im Allgemeinen wird unter Entlassmanagement „das geplante und strukturierte Vorgehen zur Übergabe einer Patientin und eines Patienten aus der akutstationären Versorgung an andere Leistungserbringer im Nachsorge- oder Rehabilitationsbereich oder auch in die ambulante Betreuung“ verstanden (Müller 2010).

Neben der gesetzlichen Verankerung des Anspruchs auf ein „Krankenhaus-Entlassmanagement“ im § 39 Abs. 1a SGB V setzt in Deutschland der Expertenstandard Entlassmanagement vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege einen standardisierten Rahmen für die Planung und Koordinierung (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2019). Der Expertenstandard empfiehlt auf Grundlage der internationalen Evidenz, dass

*„[...] im Entlassungsprozess die Pflegefachkraft aufgrund ihrer Nähe zu Patient\*innen und Angehörigen und der fachlichen Vertrautheit mit Versorgungsproblemen die entscheidende Koordinationsfunktion einnimmt. Diese Koordinationsverantwortung ergibt sich aus der Tatsache, dass die Pflege diejenige Berufsgruppe ist, die aufgrund ihres Kompetenzprofils bei allen Patient\*innen eine Einschätzung des Pflegebedarfs vornimmt und bei den meisten Prozessen zur Vorbereitung auf die Entlassung beteiligt ist.“* (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2019).

Nachdem gesetzgeberische Entwicklungen zum Entlassmanagement (§ 39 Abs. 1a SGB V) vorgenommen wurden u. a. auch aufgrund der Corona-Pandemie (5. Änderungsvereinbarung zum Rahmenvertrag Entlassmanagement vom 07.04.2021), bestehen nach aktuellem Stand Verbesserungspotentiale hinsichtlich der Umsetzung bei den nachversorgenden Akteuren zur Sicherstellung einer lückenlosen Versorgung. Im Jahr 2018 hat der G-BA das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) beauftragt ein versorgungsbereichsübergreifendes datengestütztes Verfahren zur Qualitätssicherung, mit dem Ziel der Verbesserung des Übergangs von Patientinnen und Patienten vom Krankenhaus in die ambulante Versorgung, zu entwickeln (Wehner K 2019). Den Erhebungen des IQTIQ ist u. a. zu entnehmen, dass

*„[...] hauptsächlich von den ambulant tätigen Vertreterinnen und Vertretern auf bestehende Probleme im Hinblick auf eine frühzeitige Kommunikation und umfassende Information hingewiesen. Für die befragten Vertreterinnen und Vertreter ist es wichtig, dass Informationen zu den Patientinnen und*

---

Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen. Der Handlungsansatz ist zugleich ein Programm, nach dem Leistungsprozesse in einem System der Versorgung und in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens effektiv und effizient gesteuert werden können“ (DGCC Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e. V. 2012)

---

*Patienten so frühzeitig wie möglich (mindestens 24-48 Std.) vom Krankenhaus übermittelt werden, damit z. B. die Übernahme von Patientinnen und Patienten in die weitere Versorgung vorab geklärt sowie die nach der Entlassung notwendige Versorgung organisiert werden kann.“ (ebd., S 140).*

Weiterhin gibt es Modelle, die auf Basis der Veränderung der Arbeitsorganisation Effizienzpotentiale für die verbesserte Koordinierung in der ambulanten pflegerischen Versorgung aufzeigen.

In den folgenden Unterkapiteln 5.2.1 bis 5.2.4 sind die analysierten Quellen zu Kooperation, Netzwerkbildung verschiedener Akteure, Case Management und Veränderung der Arbeitsorganisation zur Verbesserung der Koordinierung dargestellt. Entsprechende Steckbriefe für detaillierte Informationen zu den einzelnen Praxisbeispielen und Konzepten sind dem Anhang A3 zu entnehmen. Abgeleitete Effizienzpotentiale sowie Aspekte der Übertragbarkeit sind jeweils den einzelnen Unterkapiteln angefügt.

### 5.2.1 Selbstorganisierende (Pflege-)Teams

Neuartige Formen der Arbeitsorganisation, wie kleine, selbstverantwortete (Pflege-)Teams, haben unter bestimmten Rahmenbedingungen das Potential, die Koordinierung der Leistungserbringung in der ambulanten Versorgung zu erleichtern. Zwei in dieser Studie identifizierte unterschiedliche Ansätze sind die pflegerische Versorgung nach dem niederländischen Modell Buurtzorg und daran angelehnten Modellen sowie die Collaborative Care Teams. Professionell Pflegende werden in beiden Ansätzen lokal begrenzt in Kleinteams tätig und vernetzen verschiedene lokale Akteure der Gesundheitsversorgung.

Selbstverantwortete (Pflege-)Teams nach **Buurtzorg** bestehen aus max. 12 Pflegekräften. Die Teams versorgen 50 bis 60 pflegebedürftige Menschen, wobei je Klientin bzw. Klient drei bis vier Pflegefachkräfte die Betreuung und alle pflegerischen sowie organisatorischen Aufgaben übernehmen. Das non-hierarchische Pflegeteam organisiert sich in den folgenden Aspekten selbst:

- ◆ Dienst- und Tourenplanung,
- ◆ Organisation und Verwaltung von Fort- und Weiterbildungen,
- ◆ Personalentscheidungen (z. B. Neueinstellungen),
- ◆ Verwaltung der Finanzen,
- ◆ Planung und Gestaltung des Organisations- und Pflegeprozesses sowie
- ◆ in Absprache mit den pflegebedürftigen Menschen selbstverantwortliche Entscheidung über den individuellen Bedarf an notwendigen Pflegeleistungen sowie den Zeitpunkt der Leistungserbringung.

Darüber hinaus gehende administrative Tätigkeiten und das Coaching der Pflegeteams werden durch eine zentrale Verwaltung gesteuert (Braeseke *et al.* 2020a, Duncan 2019, Kreitzer *et al.* 2015, Monsen und de Blok 2013).

---

Im Rahmen des Case Management koordinieren die Pflegefachkräfte, bei wöchentlichen Fallbesprechungen, die gesamte Leistungserbringung, bei einem niedrigen Klienten-Caseload (ca. 1:6). Die Pflegenden knüpfen aktiv lokale, informelle Unterstützungsnetzwerke (Nachbarschaftshilfe, Einbindung in leichte pflegerische Tätigkeiten, Haushaltshilfe, Tagesgestaltung). Zudem übernimmt das Team Schulungen von Personen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf und pflegenden Angehörigen.

Die teaminterne Kommunikation aber auch der Austausch mit anderen Pflege-teams, die Terminplanung, Abrechnung und Echtzeitüberwachung erfolgt via Tablet über die Plattform *Buurtzorg Web*. Die Pflegedokumentation und Pflegeassessments werden ebenfalls elektronisch über das OMAHA-System<sup>11</sup> durchgeführt, welches in die Plattform eingebettet ist.

Der Ansatz nach Buurtzorg verfolgt folgende Ziele:

- ♦ gezielte Vernetzung informell Pflegenden mit professionellen Akteuren (z. B. Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten) und informellen Netzwerken (z. B. Nachbarschaftshilfe),
- ♦ effektiver Einsatz professionell Pflegenden und gleichzeitige Entlastung pflegender Angehöriger,
- ♦ Initiierung und Förderung präventiver Maßnahmen, um die Gesundheit und das Wohlbefinden der pflegebedürftigen Personen sowie ihre Unabhängigkeit zu fördern sowie
- ♦ Minimierung des Unterstützungs- und Hilfebedarfs.

Das Modell Buurtzorg stammt ursprünglich aus den Niederlanden, wird jedoch auch in anderen Ländern, u. a. Großbritannien/Schottland, Finnland und den USA zunehmend erprobt (Jantunen *et al.* 2020, Kreitzer *et al.* 2015, Lalani *et al.* 2019, Leask *et al.* 2020). In der Umsetzung des Buurtzorg-Modells bedingten das Verlagern von Arbeitsinhalten von einer rein pflegerischen Versorgung hinzu Tätigkeiten der Sozialarbeit, wie bspw. Hilfen bei Anträgen der Sozialhilfe im Rahmen des Case Management oder Netzwerkaufbau und -pflege (u. a. aktives Knüpfen informeller Netzwerke), einen entsprechenden Wissens- und Kompetenzzuwachs bei den Pflegefachkräften. Pilotstudien zeigten, dass eine autonome Entscheidungsfindung in der Versorgung der Pflegebedürftigen durch die Pflegekräfte umsetzbar war, in operativen Entscheidungen (z. B. Budgetverwaltung) jedoch Einschränkungen durch die Pflegeorganisation bestanden. Die non-hierarchische Struktur und die organisatorische Umstellung der Arbeitsorganisation gestalteten das Selbstmanagement als herausfordernd und führten teils zu Konflikten und Spannungen im Team. Strukturveränderungen innerhalb einer bereits bestehenden Organisation sind herausfordernd und langwierig. Zwingend erforderlich ist, dass von der Managementebene bis zu jedem einzelnen Teammitglied Veränderungen in der Arbeitsorganisation gewollt sind und mitgetragen werden. Der Wegfall der mittleren

---

<sup>11</sup> Über OMAHA werden Pflegediagnosen und pflegerische Interventionen erfasst sowie Interventionsergebnisse bewertet.

---

Managementebene durch die Selbstorganisation bedingt folglich eine höhere Verantwortung und Verantwortungsbereitschaft.

Die Kommunikation und Dokumentation über das Buurtzorg Web sowie die selbstorganisierte Verwaltung des Teams erfordern von allen Pflegekräften entsprechendes technisches Wissen und Fertigkeiten zum mobilen Arbeiten.

Studien zeigten, dass es möglich ist, die Kontinuität der pflegerischen Versorgung zu steigern und zeitliche Ressourcen durch die selbstorganisierten Einsatzzeiten zu optimieren. Auch die Pflegequalität wird als optimiert wahrgenommen. Beziehungen zu den pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen werden als intensiviert beschrieben. Pflegedienste in Deutschland, die Buurtzorg oder angelehnte Konzepte umsetzen berichten trotz einer Steigerung der Attraktivität als innovativer Arbeitgeber auch weiterhin von Schwierigkeiten geeignete Pflegefachkräfte zu finden. Die Fluktuation der Mitarbeitenden konnte reduziert werden. International konnten in Pilotstudien zu Beginn der Umstellung der Arbeitsorganisation partiell zunächst erhöhte Mitarbeiterfluktuationen beobachtet werden.

In den Niederlanden erfolgt die Leistungsabrechnung der erbrachten (Pflege-)Leistungen ausschließlich mittels Zeitvergütung (pro Besuch, unabhängig von der Besuchsdauer und der erbrachten Leistungen). Auch in Deutschland arbeiten Pflegedienste nach dem Buurtzorg-Modell oder nach an Buurtzorg angelehnten Modellen. Aufgrund der rechtlichen Rahmenbedingungen in Deutschland (bspw. Beschäftigung einer verantwortlichen Pflegefachkraft und rechtliche Anforderungen an diese, Abrechnungsmodalitäten nach SGB V und XI) werden jedoch nur einzelne Elemente der Arbeitsorganisation nach Buurtzorg (insb. flache Hierarchien und gemeinsame Arbeitsorganisation) umgesetzt.

Die eigenständige Terminplanung und Echtzeitüberwachung der Finanzen über das Buurtzorg Web ermöglichen ein Selbstmonitoring der Produktivität und des Budgets. Eine Einschätzung zur Kosteneffektivität und dauerhaften Einsparungen im Gesundheitswesen sind nicht abschließend möglich. So konnten in den Niederlanden Kosteneinsparungen und Qualitätssteigerungen nachgewiesen werden. In anderen Ländern (bspw. Finnland) war dies bisher u. a. aufgrund methodischer Schwierigkeiten nicht möglich (Jantunen *et al.* 2020, Monsen und de Blok 2013). Für Deutschland liegen bis dato keine Kosten-Nutzen-Informationen vor.

Ein weiterer, auf eine innovative Arbeitsorganisation zielender Ansatz, sind die in Kanada seit 2014 in drei Pilotregionen modellhaft implementierten und evaluierten **Collaborative Care Teams**. In diesem Modell bieten unterschiedlich qualifizierte Mitarbeitende aus verschiedenen Berufen des Gesundheitswesens umfassende Dienstleistungen an, um eine hochwertige Versorgung in unterschiedlichen Settings zu gewährleisten. Hierzu ist eine enge Zusammenarbeit mit pflegebedürftigen Personen, ihren Angehörigen, Pflegefachkräften und Gemeinden erforderlich. Die regionalen Collaborative Care Teams sind verbindlich vernetzt und verfolgen die Ziele:

- ◆ Steigerung von Qualität, Sicherheit und Ergebnisse der Pflege,

- ◆ Steigerung der Zufriedenheit von Klientinnen und Klienten, Familien und Anbietern,
- ◆ Verbesserung der Effizienz und Effektivität,
- ◆ personelle Kontinuität und Erhöhung der Personenzentrierung in der Versorgung,
- ◆ vollumfängliche Nutzung der Kompetenz der Pflegekräfte,
- ◆ Verbesserung der Teamarbeit und Förderung einer gemeinschaftlichen pflegerischen Versorgung sowie
- ◆ einer universitären Unterstützung für eine qualitativ hochwertige Weiterbildung des Pflegeteams (Klaasen et al. 2016a, Klaasen et al. 2016b, Klaasen et al. 2016c).

Klientinnen und Klienten, die in einem Quartier leben, wurden Teams von drei bis fünf Pflegefachkräften (examinierte bzw. lizenzierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen) zugewiesen. Klientinnen und Klienten mit komplexeren Pflegebedarfen wurden höher qualifizierten Pflegefachkräften (Qualifikation wurde nicht näher beschrieben) zugeteilt. Ferner wurden Koordinatorinnen und Koordinatoren eingesetzt, um die Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften zu optimieren und eine koordinierte Arbeitsteilung zu ermöglichen. Für gemeinsame Fallbesprechungen zur Sicherstellung einer evidenzbasierten Pflege stand in geringem Umfang ein monatliches Zeitkontingent bereit (4 h/Monat).

Des Weiteren wurden im Rahmen des Projekts der Collaborative Care Teams Assessments und Richtlinien erstellt, die die Pflegeteams selbst zur Evaluation und Optimierung der Leistungserbringung befähigen sollen. Dabei wurden acht Indikatoren identifiziert (bspw. Messung der Teamleistung, Zusammensetzung und Rollen in Teams, Vorhandensein fester Prozesse im Rahmen von Entlassungen, Pflegekonferenzen, Pflegevisiten). Diese bieten somit grundsätzlich die Möglichkeit einer unabhängigen, strukturierten und koordinierten Umsetzung des Ansatzes. Ferner wurden Anleitungen und Maßnahmen zu interprofessionellen Weiterbildungen mit universitären Kooperationen erstellt.

Die Modellevaluation ergab, dass die Kommunikation sowohl gesteigert als auch verbessert werden konnte und der Zugang zu den erforderlichen Informationen gegeben war. Erwartungshaltungen der beteiligten Akteure waren klar umrissen und professionelle Beiträge zur Versorgung wurden geschätzt und als effektiv bewertet. Insgesamt konnte der subjektiv wahrgenommene Druck durch die Arbeit im Team reduziert werden. Die personelle Kontinuität in der Versorgung verbesserte sich. Als problematisch erwiesen sich jedoch die personelle Ausstattung, eine Rotation der Dienstpläne, hohe Arbeitsbelastungen bei Klientinnen und Klienten sowie eine weiterhin unrealistische Zeiteinteilung.

Aus der weiteren Evidenz kann allgemein abgeleitet werden, dass der Ansatz der gemeinschaftlichen Versorgung in Kleinteams zu verbesserten Pflegeergebnissen,

einer erhöhten Patientensicherheit sowie einer erhöhten Zufriedenheit von pflegebedürftigen Menschen und Gesundheitsdienstleistern mit der ambulanten Versorgung führen kann.

### **Effizienzpotentiale und Übertragbarkeit**

Die Umsetzung von Teilen des **Buurtzorg-Modells** in der Praxis ist außerhalb des niederländischen Gesundheitssystems aufgrund regulatorischer und kultureller Systemunterschiede (bspw. berufliche Autonomie der Pflegekräfte, Finanzierung) limitiert. In den Pilotstudien traten teilweise Interessenskonflikte mit bereits bestehenden Systemstrukturen (z. B. kommunale district nursing teams in England) auf.

In den Niederlanden erfolgt die Abrechnung nach einer festen Einsatzpauschale. Derzeit können Pflegedienste die Leistungen auch in Deutschland prinzipiell auf Stundenbasis mit der Pflegekasse abrechnen, in der Praxis ist eine Einigung zwischen den Leistungserbringern und Kostenträger auf betriebswirtschaftlich auskömmliche Stundensätze mitunter schwierig (Braeseke *et al.* 2020a).

Im Vergleich zu Deutschland sind in den Niederlanden die in Teams zusammengeschlossenen Pflegefachkräfte hinsichtlich des Personalmixes höher qualifiziert. Dies ermöglicht eine bessere Übernahme der komplexen Koordinierungsaufgaben, auch in der mittleren Managementebene, und Verantwortung in der pflegerischen Versorgung. Dies limitiert zugleich die Übertragbarkeit und auch der Wegfall der mittleren Managementebene im Modell scheint derzeit nur limitiert übertragbar zu sein.

In den Niederlanden hat sich gezeigt, dass bei erfolgreicher Umsetzung sich durch die geographische Begrenzung auf kleinere Gebiete, den intensiven Beziehungsaufbau zu informell unterstützenden Netzwerken und professionellen Akteuren Potentiale in der Versorgungskontinuität der Pflege ergeben. Durch die Begrenzung der Zahl an der Versorgung beteiligter Pflegekräfte und die bedarfsgerechte Steuerung der Leistungen ist denkbar auch eine Über-, Unter- und Fehlversorgung zu vermeiden. Denkbar ist, dass durch die personenzentrierte, präventiv ausgerichtete Versorgung und Förderung der Selbstständigkeit von Pflegebedürftigen der Bedarf an professioneller Pflege minimiert werden kann, was zu zusätzlichen Einsparungen und einer Entlastung des Gesundheitssystems führen könnte.

Die Nutzung einer elektronischen Plattform zur internen Kommunikation, Dokumentation, Abrechnung sowie zum Monitoring von Finanzen/Budgets und der Produktivität könnte dazu beitragen, die innerbetriebliche Informationsweitergabe und Wirtschaftlichkeit transparenter zu machen und zu optimieren. Die Möglichkeit selbstverantwortend und selbstorganisierend zu arbeiten könnte die Attraktivität des Pflegeberufes und die Arbeitszufriedenheit steigern und zur Gewinnung neuer Fachkräfte beitragen. Um die Koordinierung der Versorgung zu gewährleisten und effektiv zu gestalten, sind nach dem Buurtzorg-Modell allerdings mehr hochqualifizierte Pflegefachkräfte (mit akademischem Abschluss) im ambulanten Bereich erforderlich als derzeit in Deutschland im Einsatz.

Der Ansatz der Zusammenarbeit in **Collaborative Care Teams** birgt durch die gemeinsame Koordinierung der Leistungserbringung ebenfalls Effizienzpotentiale, auch wenn diese nur eingeschränkt bewertet werden können. Das Modellprojekt stellt strukturierte Assessments für eine verbesserte Übertragbarkeit auf andere Betriebe bereit. Hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit im Vergleich zur konventionellen Versorgung gibt es bislang keine Untersuchungen, sodass dazu keine Schlussfolgerungen gezogen werden können.

Prinzipiell wird der Ansatz einer regionalen Zusammenarbeit ambulanter Leistungserbringer unter der Maßgabe der Federführung eines Akteurs als übertragbar bewertet. Aus dem Ansatz wird jedoch nicht deutlich, welcher Akteur der Initiator dafür ist bzw. die größte Eignung dazu aufweist. Aus der vorliegenden Evidenz ist schlussfolgernd nicht eindeutig ableitbar, ob durch das Modell eine verbesserte Koordinierung erreicht wurde. Bei erfolgreicher Umsetzung besteht ein Potential der Minimierung von Schnittstellenproblematiken durch Vernetzung und Kooperation sowie weiterhin eine Vermeidung von Über-, Fehl- oder Unterversorgung, was zu Einsparungen der Ressourcen auf Ebene des Gesundheitssystems führen kann. Durch den Einsatz der Assessments, auch zur stetigen Überwachung der Effizienz und des stetigen Informationsaustauschs der Collaborative Care Teams, ergibt sich ein Potential zur verbesserten Einsatzplanung und Koordinierung der Leistungserbringung zwischen allen beteiligten Akteuren. Obliegt allerdings dem ambulanten Pflegedienst die Federführung bei der Initiierung der Collaborative Care Teams ist ein hoher, zumindest anfänglicher, Arbeitsaufwand zu erwarten.

Eine Übersicht der Effizienzpotentiale, Übertragbarkeit und Limitationen der selbstverantworteten Teams bzw. Collaborative Care Teams ist Tabelle 13 zu entnehmen.



Tabelle 13: Übersicht der aus der Literaturanalyse identifizierten Effizienzpotentiale selbstorganisierender oder verbindlich vernetzter (Pflege-)Teams

Name	Konzept/Ansatz (Praxis-/ oder Umsetzungsbeispiel)	Identifizierte Effizienzpotentiale	Übertragbarkeit auf den nationalen Raum	Limitationen und hemmende Faktoren hinsichtlich der Übertragbarkeit
<b>Collaborative Care Teams</b>	partnerschaftlich/verbindlich vernetzte Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> <li>↑ versorgungsbereichübergreifender Informationsaustausch</li> <li>↑ personenzentrierte Versorgung</li> <li>↑ Koordinierung der Versorgung und Leistungen</li> <li>↓ Schnittstellenproblematik</li> <li>↑ Effizienz Personal-/Ressourceneinsatz</li> <li>↑ Zufriedenheit von Pflegebedürftigen und Angehörigen</li> </ul>	↑	Trennung von SGB V- und SGB XI-Leistungen, Finanzierung, Initiator der Teams/Verantwortlichkeiten unklar
<b>Buurtzorg</b>	Veränderung der Arbeitsorganisation nach dem Buurtzorg-Modell  <u>Praxisbeispiele:</u> Pflegedienst CareTeam GmbH; Pflegedienst VIER-bei-mir Kiezpflege; Born Gesundheitsnetzwerk	<ul style="list-style-type: none"> <li>↑ personenzentrierte Versorgung</li> <li>↑ Kontinuität der Versorgung</li> <li>↑ Transparenz der Wirtschaftlichkeit des Unternehmens</li> <li>↑ Vermeidung/Verzögerung von Pflegebedürftigkeit</li> <li>↑ Selbstpflegefähigkeit/Selbstmanagement auf Ebene der Pflegebedürftigen</li> <li>↑ Anzahl an zu versorgenden Personen</li> <li>↑ Koordinierung der Versorgung und Leistungen</li> <li>↑ Effizienz Personal-/Ressourceneinsatz</li> <li>↑ Rolle des Pflegepersonals (mehr Selbstverantwortung)</li> <li>↑ Attraktivität des Pflegefachberufes/Arbeitszufriedenheit</li> </ul>	↑	Trennung von SGB V- und SGB XI-Leistungen, Stundenweise Abrechnung der Leistungen, Qualifikationsmix der Pflegeteams, Wegfall der mittleren Managementebene

Quelle: IGES

Anmerkung: Legende Effizienzpotentiale: ↑ = verbessert/optimiert; ↓ = weniger/gesunken

Legende Übertragbarkeit: ↑ = hohe Übertragbarkeit; ↓ = geringe Übertragbarkeit; → = übertragbar unter Berücksichtigung weniger Limitationen

### 5.2.2 Kooperationen in multiprofessionellen Teams

Das Versorgungsmodell „Community Aging in Place, Advancing Better Living for Elders“ (CAPABLE) wurde 2009 in den USA entwickelt und ist mittlerweile durch mehreren Studien implementiert und evaluiert worden (Ruiz *et al.* 2017, Smith *et al.* 2016, Szanton *et al.* 2018, Szanton *et al.* 2015, Szanton *et al.* 2019). Das Programm wird in über 25 Standorten in den USA eingesetzt.

Der präventive und bedürfnisgerechte Versorgungsansatz setzt dabei auf den Einsatz eines multiprofessionellen Teams, welches Pflegefachkräfte, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten und Handwerkerinnen bzw. Handwerker umfasst. Des Weiteren ist dieses Team eng mit ambulanten Pflegediensten, Haus- und Fachärztinnen/-ärzten und mit kommunalen Unterstützungs- und Betreuungsangeboten vernetzt. Personen ab 65 Jahren, mit mindestens einer Einschränkung in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)<sup>12</sup> in der eigenen Häuslichkeit sind Zielgruppe des Programms. In der Regel legen die Organisationen, welche CAPABLE anbieten, zusätzliche standortspezifische Kriterien für die Teilnahmeberechtigung fest.

Kern des 5-monatigen Programms sind bis zu zehn Hausbesuche à 60 bis 90 Minuten in festgelegter Reihenfolge:

- ♦ Erstbesuch durch eine Ergotherapeutin bzw. einen Ergotherapeuten: Durchführung eines Assessments (halbstrukturierte klinische Interviews), Evaluierung des Wohnraums u.a. im Hinblick auf Sicherheit, vorhandene räumliche Barrieren oder Förderfaktoren, mögliche Hilfsmittel und Umbaumaßnahmen,
- ♦ Erstbesuch durch eine Pflegefachkraft: Identifizierung der prioritären, personenzentrierten Unterstützungsbedarfe,
- ♦ Nachfolgende vier Wochen: Organisation von Hilfsmitteln und Wohnraumanpassung durch Handwerker/-innen (max. 1.300 \$ pro Haushalt),
- ♦ Acht Hausbesuche durch Ergotherapeutin/-therapeut: Training der richtigen Nutzung der Einbauten und Hilfsmittel, Einüben ergonomischer Bewegungsabläufe im Alltag,
- ♦ Acht Hausbesuche durch eine Pflegefachkraft: gezielte Förderung der funktionalen Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person (u. a. Anleitung zur Bewegung mittels des OTAGO-Programms<sup>13</sup>, Kraft, Balance), Medikamentenmanagement, psychische Problemlagen, Förderung der Kommunikation mit Hausarzt/-ärztin,

---

<sup>12</sup> ADL: Aktivitäten des täglichen Lebens (u. a. Sich waschen und kleiden, Essen und Trinken, sich bewegen)

<sup>13</sup> Das OTAGO Exercise Program 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.

---

- ♦ Letzter Hausbesuch: Evaluation der Maßnahmen, nachhaltige Anwendung der Hilfsmittel, Förderung der nachhaltigen Umsetzung gesundheitsförderlicher Gewohnheiten im Alltag.

Im Rahmen des Programms werden die individuellen Defizite der Programmteilnehmenden identifiziert und Handlungsbedarfe aufgedeckt, welche durch die ambulanten Pflegedienste unentdeckt bleiben könnten. Das ermöglicht rechtzeitige Interventionen und präventive Maßnahmen bis hin zur Verzögerung steigender Pflegebedarfe.

Ziele des CAPABLE Programms sind die Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität der Programmteilnehmenden, die Verringerung der Versorgungskosten (weniger Krankenhausaufenthalte, verzögerter Heimeintritt) und die gezielte Koordinierung von Leistungen.

Die Ergebnisse der bislang durchgeführten Studien kommen zu einer ähnlichen Bewertung und belegen, dass der präventive Versorgungsansatz des Programms einen Kostenvorteil bietet. Die durchschnittlichen Interventionskosten pro Teilnehmenden lagen zwischen 3.300 \$ - 2.825 \$. Der Kostenvorteil des CAPABLE Programms ist auf die signifikant geringere Inanspruchnahme von stationären (Krankenhaus und Pflegeeinrichtung), ärztlich ambulanten (z. B. MVZ, Praxen) und fachärztlichen Leistungen zurückzuführen. Die Inanspruchnahme der ambulanten Pflege war im Vergleich in der CAPABLE-Gruppe um 9 % höher und hinsichtlich der Anwendung von Pharmazeutika um 12 % geringer. Auch auf Ebene der Programmteilnehmenden waren positive Ergebnisse zu verzeichnen:

- ♦ Die Teilnahme am CAPABLE Programm reduzierte die Einschränkungen der ADL signifikant um 30 %, der IADL<sup>14</sup> Wert verbessert sich um 17 %,
- ♦ Verbesserung in der Selbstversorgung, Selbstvertrauen im Umgang mit täglichen Herausforderungen, Verringerung von Depressionssymptomen.

Es konnte zudem nachgewiesen werden, dass sich das Programm positiv auf die Gesundheit von funktional eingeschränkten älteren Menschen sowie deren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auswirken kann. Durch die Verbesserung der Selbstversorgung der Pflegebedürftigen in der Häuslichkeit konnte der Heimübergang verzögert bzw. vermieden werden. Durch die enge Betreuung des multiprofessionellen Teams können unerwünschten Ereignissen (i. S. von Akutsituationen) rechtzeitig vorgebeugt und umgehend Maßnahmen ergriffen werden. Die effektive Kommunikation unter den Akteuren verbesserte insgesamt die Koordinierung der Leistungen.

Ein weiteres Praxisbeispiel ist das Programm zur koordinierten ambulanten Versorgung „Aging in Place“ (AIP). Das in der Zeit von 2000 bis 2002 ebenfalls in den USA entwickelte Programm wurde wissenschaftlich evaluiert und hinsichtlich der Effektivität und Effizienz mit konventionellen Versorgungsmodellen verglichen (Marek

---

<sup>14</sup> IADL: Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (u. a. Einkaufen, Kochen, Haushaltsführung)

*et al.* 2010, Marek *et al.* 2005, Marek *et al.* 2006, Marek *et al.* 2012, Popejoy *et al.* 2015). In diesem Programm hat sich ein ambulanter Pflegedienst mit einem multiprofessionellen Team gegründet, bestehend aus:

- ♦ einer Führungskraft (advanced practice nurse),
- ♦ AIP-Pflegekoordinatorinnen bzw. -koordinatoren (Pflegefachkräfte mit Zusatzqualifikation für die Pflege von älteren Menschen),
- ♦ Hilfskräften,
- ♦ Sozialarbeiterinnen bzw. -arbeiter,
- ♦ Ergo- und Physiotherapeutinnen bzw. -therapeuten.

Darüber hinaus ist das Team eng mit regionalen Gesundheitsversorgern (z. B. Krankenhäusern, Ärztinnen und Ärzten) vernetzt.

Den teilnehmenden pflegebedürftigen Personen wird jeweils eine AIP-Pflegekoordinatorin bzw. ein AIP-Pflegekoordinator zugewiesen, die für die Koordinierung der häuslichen Krankenpflege und kommunaler Dienstleistungen (community-based services, HCBS<sup>15</sup>) zuständig ist. Im Gegensatz zu konventionellen ambulanten Leistungserbringern können die AIP-Pflegekoordinatorinnen bzw. AIP-Pflegekoordinatoren sowohl Medicare<sup>16</sup> als auch Medicaid<sup>17</sup> bezogene Leistungen koordinieren. Die Interventionen der Pflegekoordination sind:

- ♦ initiales umfassendes (Risiko-)Assessment,
- ♦ Entwicklung eines individuellen, risikoadjustierten Versorgungsplans,
- ♦ Überprüfung des Versorgungsplans mindestens einmal monatlich von der AIP-Pflegekoordinatorin bzw. dem AIP-Pflegekoordinator in der Häuslichkeit.

---

<sup>15</sup> HCBS unterstützen Pflegebedürftige mit funktionalen Einschränkungen bei der Versorgung zu Hause. Das Leistungsangebot beinhaltet eine Vielzahl von ambulanten Gesundheits- und Humandienstleistungen. Die Gesundheitsdienste umfassen medizinische Leistungen (z. B. Therapien, Pflege), die Humandienste unterstützen Pflegebedürftige im Alltag (z. B. Transporte).

<sup>16</sup> Medicare ist in den USA eine landesweite Krankenversicherung, die sich u. a. aus Sozialversicherungsbeiträge, Steuermitteln und Beiträgen finanziert. Berechtigt sind primär Personen über 65 Jahren, unabhängig von ihrem Einkommen, sowie Personen mit einer chronischen Nierenerkrankung oder einer schweren Behinderung. Medicare besteht aus vier Teilprogrammen: A) Leistungen bei Krankenhausbehandlung sowie bei Pflegebedürftigkeit, B) ärztliche und ambulante Leistungen, C) Absicherung über private Krankenversicherungen D) Kostenübernahme für verschreibungspflichtige Medikamente. Ausschließlich Teil A ist obligatorisch, die anderen Teilprogramme sind freiwillig.

<sup>17</sup> Medicaid ist ein Krankenversicherungsschutz für einkommensschwache Menschen jeden Alters, welcher primär über Steueraufkommen der Bundesstaaten und des Bundes finanziert wird. Das Leistungsspektrum umfasst u. a. die Behandlung im Krankenhaus (auch ambulant), ärztliche Behandlungen sowie Leistungen im Falle von Schwangerschaft und Mutterschaft und häuslicher Pflege. Der Leistungsumfang und die Zugangsberechtigung variiert zwischen den Bundesstaaten deutlich. Personen können sowohl Medicare als auch Medicaid anspruchsberechtigt sein.

---

Ziele des Programms sind zusammenfassend die Vermeidung von Aufnahmen in stationären Pflegeeinrichtungen und ein längerer Verbleib in der Häuslichkeit. Untersucht wurden die finanziellen Auswirkungen des Programms im Vergleich zur konventionellen Versorgung (stationär/HCBS/ambulante Versorgung).

Im Ergebnis zeigten sich positive Auswirkungen auf die Kosteneffektivität als auch auf die Versorgungsqualität der Pflegebedürftigen. Beispielsweise waren die Gesamtkosten pro Monat im Vergleich zur stationären Versorgung signifikant um 1.784 \$ geringer, im Vergleich zur HCBS um 483 \$ geringer und im Vergleich zur konventionellen ambulanten Versorgung 263 \$ geringer. Des Weiteren konnten durch das AIP Programm Krankenhausaufenthalte, Akutpflegetage, Tage in einer Pflegeeinrichtung, die Anzahl der Besuche der Primärversorgung sowie Besuche in einer Facharztpraxis reduziert werden. Zudem konnte nachgewiesen werden, dass sich die langfristige Koordinierung der Versorgung positiv auf die Gesundheit und die funktionalen Fähigkeiten von älteren Pflegebedürftigen auswirken kann. Schlussfolgernd kann festgestellt werden, dass die koordinierte ambulante Versorgung einen Kostenvorteil realisierte, auch unter Berücksichtigung der Zusatzkosten durch Arbeitszeit und Fahrtkosten der AIP-Pflegekoordinatorinnen/-koordinatoren (diese Kosten können nicht über Medicare und Medicaid abgerechnet werden).

### **Effizienzpotentiale und Übertragbarkeit**

Eine Übersicht der Effizienzpotentiale, Übertragbarkeit und Limitationen der in Kapitel 5.2.2 dargestellten internationalen Ansätze ist Tabelle 14 zu entnehmen.

Tabelle 14: Übersicht der aus der Literaturanalyse identifizierten Effizienzpotentiale von internationalen Konzepten zu Kooperationen multiprofessioneller Teams

Name	Konzept/Ansatz (Praxis-/oder Umsetzungsbeispiel)	Identifizierte Effizienzpotentiale	Übertragbarkeit auf den nationalen Raum	Limitationen und hemmende Faktoren hinsichtlich der Übertragbarkeit
<b>CAPABLE – Community Aging in Place: Advancing Better Living for Elders</b>	präventiver, bedürfnisgerechter Versorgungsansatz mit einem multiprofessionellen Team	<ul style="list-style-type: none"> <li>↓ stationäre/ambulante Gesundheitsleitungen</li> <li>↓ Kosten</li> <li>↓ Akutsituationen</li> <li>↓ Vermeidung/Verzögerung von Pflegebedürftigkeit</li> <li>↑ Selbstpflegefähigkeit/Selbstmanagement auf Ebene der Pflegebedürftigen</li> <li>↑ Versorgungsqualität</li> <li>↑ Koordinierung der Versorgung und Leistungen</li> <li>↓ Koordinierungsaufwand für den amb. Pflegedienst</li> <li>↑ Gesundheitszustand auf Ebene der Pflegebedürftigen</li> </ul>	↑ Ansiedlung der Teams an bestehenden Strukturen möglich	Trennung von SGB V- und SGB XI-Leistungen, Finanzierungsverantwortung
<b>AIP – Aging in Place</b>	koordinierte ambulanten Versorgung mit multiprofessionellem Team	<ul style="list-style-type: none"> <li>↓ stationäre/ambulante Gesundheitsleitungen</li> <li>↓ Kosten</li> <li>↓ Akutsituationen/Heimübergänge</li> <li>↓ Schnittstellenproblematik</li> <li>↑ versorgungsbereichübergreifender Informationsaustausch</li> <li>↑ Selbstpflegefähigkeit/Selbstmanagement auf Ebene der Pflegebedürftigen</li> <li>↑ Gesundheitszustand auf Ebene der Pflegebedürftigen</li> <li>↑ Koordinierung/Kontinuität der Versorgung und Leistungen</li> <li>↓ Versorgungsaufwand durch Verteilung auf viele Akteure</li> <li>↑ Rolle des Pflegefachpersonals (Einsatz als Koordinator/-in)</li> <li>↑ Attraktivität des Pflegeberufes/ Arbeitszufriedenheit</li> <li>↑ Effizienz Personal-/Ressourceneinsatz</li> <li>↓ Wege- und Fahrtzeiten</li> <li>↓ vermeidbarer pflegerische Interventionen</li> </ul>	↑	Trennung von SGB V- und SGB XI-Leistungen, Finanzierung

Quelle: IGES

Anmerkung: Legende Effizienzpotentiale: ↑ = verbessert/optimiert; ↓ = weniger/gesunken  
 Legende Übertragbarkeit: ↑ = hohe Übertragbarkeit; ↓ = geringe Übertragbarkeit; → = übertragbar unter Berücksichtigung weniger Limitationen

Durch das CAPABLE und das AIP Programm werden die Inanspruchnahme von stationären und ambulanten Gesundheitsleistungen reduziert und damit Kosten eingespart. Durch die enge Zusammenarbeit innerhalb des interdisziplinären Teams im CAPABLE-Programm (Ergotherapeutinnen –und Ergotherapeuten und Pflegefachkräfte, Handwerker) und mit den Akteuren der Primärversorgung lässt sich die Versorgungsqualität verbessern sowie Über-, Fehl- oder Unterversorgung verringern bzw. vermeiden. In beiden Ansätzen konnten Verbesserungen der klinischen Outcomes bei den Personen mit Pflegebedarf erreicht werden. Denkbar ist auch, dass durch die Anwendung präventiver Maßnahmen und die Förderung des Selbstmanagements von Pflegebedürftigen der professionelle Pflegebedarf minimiert werden kann, was zu zusätzlichen Einsparungen bei den Kranken- und Pflegekassen führen könnte.

Durch die enge Betreuung kann eine bedürfnisgerechte Versorgung sowie eine Einsparung unnötiger pflegerischer Interventionen bei gleichzeitig hoher Versorgungsqualität gewährleistet werden. Die Vermittlung von Selbstpflegefähigkeiten und Selbstmanagement im Umgang mit der Erkrankung könnte Akutsituationen in der Häuslichkeit zusätzlich minimieren und höheren Pflegebedarfen vorbeugen. Dies entlastet wiederum die Pflegefachkräfte und den ambulanten Versorgungsbereich. Des Weiteren würde die Koordinierung der Versorgung sowie die enge Kommunikation hinsichtlich der identifizierten Defizite über das „CAPABLE-Team“ zu einer Entlastung auf Seiten des ambulanten Pflegedienstes führen.

Durch den Einsatz von Pflegekoordinatorinnen bzw. Pflegekoordinatoren im AIP-Programm reduziert sich der Koordinierungsaufwand des Pflegedienstes. Der Einsatz des Personals in der direkten Versorgung der Klientinnen bzw. Klienten kann dadurch effizienter und bedarfsgerechter gestaltet werden. Durch die enge Betreuung kann eine bedürfnisgerechte Versorgung sowie eine Einsparung unnötiger pflegerischer Interventionen, unnötiger Wege- und Fahrtzeiten bei gleichzeitig hoher Versorgungsqualität unterstützt werden.

Die Implementierung eines multiprofessionellen Teams, wie bspw. im CAPABLE-Programm als auch beim AIP-Programm, kann als übertragbar bewertet werden. Unter den derzeitigen Rahmenbedingungen ist die Trennung von SGB V- und XI- Leistungen als limitierend zu bewerten. In Deutschland gibt es bereits vereinzelt Wohnraumberatung in den Pflegestützpunkten, die sich allerdings meist auf Informationen zu Fördermöglichkeiten beschränkt. Im Rahmen der Pflegebegutachtung können die Gutachterinnen und Gutachter, wenn sie in der Häuslichkeit sind, bestimmte Umbaumaßnahmen anstoßen. Allerdings fehlt eine gezielte teilnehmende Beobachtung (Assessment) durch ergotherapeutische Expertinnen und Experten und das anschließende angeleitete Einüben neuer Bewegungsabläufe.

All diese Ansätze und Modelle erschließen Effizienzpotentiale in der ambulanten Versorgung, hauptsächlich durch die verbesserte Koordinierung der Leistungen sowie die Befähigung der Pflegebedürftigen zur Selbstpflege und einem verbesserten Selbstmanagement im Umgang mit krankheitsbedingten Herausforderungen.

---

### 5.2.3 Integrierte Versorgung, Case Management und regionale Netzwerkbildung

In der systematischen Literaturrecherche wurden unterschiedliche integrierte Versorgungsformen in der Pflege im internationalen Raum identifiziert. Alle im folgenden beschriebenen Ansätze enthalten Elemente des Case Managements.

Eine systematische Bewertung von unterschiedlichen Modellen der ambulanten und gemeindebasierten Pflegedienste im Rahmen eines Systematic Reviews aus dem Jahr 2011 konnte zeigen, dass **Modelle der integrierten Versorgung und des Case Management** international untersucht und teilweise vollständig implementiert sind (Low *et al.* 2011). Ansätze aus Kanada, den USA, Finnland, Spanien, Italien und Großbritannien sind in diese Bewertung eingeflossen. Da in dem Systematic Review arztzentrierte Modelle der integrierten Versorgung bewertet wurden, werden an dieser Stelle nur die Inhalte der Bewertungen zu unterschiedlichen Case Management-Ansätzen berichtet (u. a. telefonbasiert, IT-gestützt, mit und ohne Förderungen). Nach Aussage der Studienautorinnen und Studienautoren hat Case Management die stärksten Effekte hinsichtlich der Verbesserung:

- ◆ der physischen Funktionen der versorgten Personen,
- ◆ der Kognition bei Pflegebedürftigen,
- ◆ der Zufriedenheit der Pflegefachkräfte sowie
- ◆ Erhöhung der Nutzung von Gemeinschaftsdiensten,

und der Reduzierung:

- ◆ des Risikos von Aufnahmen in ein Pflegeheim,
- ◆ von Krankenhauseinweisungen,
- ◆ der Verweildauern im Krankenhaus,
- ◆ von Depressionen, Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit und der Mortalität.

Mittlere Effekte wurden bei der Optimierung des Medikamentenmanagements und der Lebensqualität sowie der Reduktion des Risikos der Inanspruchnahme der Notaufnahme identifiziert. Die Studie schlussfolgerte, dass infolge der verbesserten Koordinierung der Leistungen durch das Case Management eine Verbesserung der klinischen Resultate (u. a. bezogen auf den Gesundheitszustand der Betroffenen und die Häufigkeit der Inanspruchnahme von z. B. Krankenhausaufenthalten) sowie Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen erreicht werden.

Ein in Kanada vor über 20 Jahren implementiertes Modell der integrierten Versorgung in der Pflege ist **SIPA – „System of Integrated Care for Older Persons“** (Béland *et al.* 2006a, Béland *et al.* 2006b, Beland und Hollander 2011). Ein weiterer, ebenfalls kanadischer Ansatz, ist das **„British Columbia Model“** (Beland und Hollander 2011, Chappell *et al.* 2004, Hollander und Chappell 2007, Hollander *et al.* 2007).



Eine inhaltliche Übersicht dieser Projekte ist der folgenden Tabelle 15 zu entnehmen.

Tabelle 15: Übersicht SIPA und British Columbia Model (Integrierte Versorgung in der Pflege)

	SIPA	British Columbia Model
<b>Leistungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Ambulante Gesundheits- und Sozialleistungen</li> <li>◆ 24/7 Bereitschaftsdienst</li> <li>◆ Pflegeprotokolle für das Fallmanagement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Ambulante Gesundheits- und Sozialleistungen</li> <li>◆ Beurteilung, Einstufung und Koordination der Pflege</li> </ul>
<b>Koordinierung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Organisationsübergreifend</li> <li>◆ regionaler Netzwerke mit u. a. kommunalen Gesundheitszentren, Pflegeheimen, Krankenhäusern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Organisationsübergreifend auf Provinz- oder Gemeindeebene</li> <li>◆ Case Managerin/Manager (Mitarbeitende der Kommune, koordiniert die Leistungen)</li> </ul>
<b>Multidisziplinäres Team</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Case Managerin/Manager (vorwiegend Pflegefachkräfte)</li> <li>◆ regionale Koordinatorinnen und Koordinatoren bzw. Programmdirektorinnen und Direktoren</li> <li>◆ Pflegefachkräfte</li> <li>◆ Sozialarbeiterinnen/-arbeiter</li> <li>◆ Hauswirtschafterinnen/-wirtschafter</li> <li>◆ Therapeutinnen/Therapeuten</li> <li>◆ Hausärztinnen/Hausärzte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Case Managerin/Manager</li> <li>◆ Informell Pflegende</li> <li>◆ Hausärztinnen/Hausärzte</li> </ul>
<b>Kooperation/Verantwortung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Spezifische Vereinbarungen zwischen den Leistungserbringern</li> <li>◆ SIPA war verantwortlich für Dienstleistungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Angebot fast aller pflegerischen Dienstleistungen unter einem administrativen Dach und aus einer einzigen Finanzierungs- und Verwaltungsstruktur</li> </ul>
<b>Zielgruppe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ vulnerable, ältere Menschen mit min. einer Einschränkung in den ADL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Klientinnen/Klienten über 65 Jahre mit unterschiedlichen Versorgungsbedarfen (keine chronisch erkrankten Personen oder Personen mit sehr komplexen Pflegebedarfen)</li> </ul>
<b>Charakteristiken der Zielgruppe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Identifikation anhand einer Einstufung mittels Score (SMAF)</li> <li>◆ Komplexe Bedarfslage des Pflegebedürftigen</li> <li>◆ Datengrundlage waren Patientenakten, welche CLSC<sup>18</sup> Versorgung erhielten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Klientinnen/Klienten, welche mind. 6 Monate von einem Leistungserbringer versorgt waren</li> </ul>

<sup>18</sup> CLSC: *centre local de services communautaires*, local community service centre in Quebec, Kanada sind kostenlose Kliniken, die von der Provinzregierung betrieben und unterhalten werden. Sie sind eine Form des kommunalen Gesundheitszentrums und ermöglichen den Bürgern eine Vielzahl an kostenfreien Dienstleistungen.

	SIPA	British Columbia Model
<b>Ziel</b>	◆ Senkung der Inanspruchnahme und der Kosten von stationären Dienstleistungen	◆ Senkung der Kosten im Vergleich zur konventionellen ambulanten Versorgung
<b>Finanzierung</b>	◆ Eigenes Budget für das Modellvorhaben, anschließend über Kopfpauschalen	◆ Finanzierung durch einen Kostenträger

Quelle: IGES

Beide Ansätze sind wissenschaftlich untersucht worden und zeigten im Ergebnis das Potential integrierter Systeme für Pflegebedürftige mit einerseits komplexen als auch nicht-komplexen Bedarfen in der Region, die Inanspruchnahme und Kosten stationärer Dienstleistungen (u. a. für Krankenhausaufenthalte, Notaufnahmen, stationäre Pflegeeinrichtungen, stationäre Rehabilitation, Palliativmedizin) zu reduzieren. Im „British Columbia Model“ waren bei Klientinnen und Klienten mit geringerem Pflegebedarf die frühe Bereitstellung von Unterstützungsleistungen besonders effektiv, um Krankenseinweisungen und die Aufnahme in die stationäre Langzeitpflege zu reduzieren.

Insgesamt waren die Kosten unter SIPA im Modellvorhaben in etwa 1,5-mal höher im Vergleich zur konventionellen ambulanten Versorgung. Dies war in der höheren Inanspruchnahme von Dienstleistungen insgesamt begründet (Arztbesuche, häusliche Pflege, technische Hilfen sowie Tageskliniken und Zentren). Auch die Nutzung der verschreibungspflichtigen Medikamente erhöhte sich in der Modellphase, was die Kosten insgesamt ebenfalls erhöhte. Begründet ist dies u. a. durch die Zielgruppe der Pflegebedürftigen mit komplexen Pflegebedarfen, welche nun hochgradige Versorgung in der Häuslichkeit statt des stationären Bereichs in Anspruch nahmen.

Im Vergleich dazu verringerten sich die Kosten der ambulanten Versorgung im „British Columbia Model“ in den zwei Modellregionen, unabhängig vom Pflegebedarf der Klientinnen und Klienten. Allerdings kann aufgrund der derzeitig verfügbaren Evidenz die wirtschaftliche Überlegenheit nicht abschließend bewertet werden. Erfolgsfaktor für die Umsetzung des Modells war das Angebot fast aller pflegerischen Dienstleistungen unter einem administrativen Dach mit zentraler Finanz- und Organisationsverantwortung und -steuerung.

Ein weiterer Ansatz ist die **Koordinierung der Pflege in der Gemeinde durch regionale Netzwerkbildung** und der Einsatz von Pflegekoordinatoren. In den Modellprojekten „Maximizing Independence at Home“ (MIND at Home™) und „Maximizing Independence at Home-Streamlined“ (MIND-S) in den USA wird eine gemeindebasierte, umfassende, häusliche Pflegekoordinierung fokussiert (Amjad *et al.* 2018, Samus *et al.* 2018, Willink *et al.* 2020). MIND at Home™ ist ein Programm zur Koordinierung der ambulanten Versorgung demenziell erkrankter Menschen, um Versorgungslücken systematisch zu identifizieren und zu schließen. Langfristig soll der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit gesichert und ein Umzug in eine stationäre Langzeitpflegeeinrichtung vermieden bzw. verzögert werden.

Die Versorgungssteuerung wird durch geriatrisch fortgebildete Koordinatorinnen und Koordinatoren in kommunalen Gesundheitsagenturen<sup>19</sup> mit Unterstützung durch Pflegefachkräfte, Ärztinnen und Ärzte, Fachärztinnen bzw. -ärzte für Gerontopsychiatrie, ambulante medizinische/therapeutische Dienstleister und Angehörige erbracht. Des Weiteren werden im Modell regionale Gesundheitsdienstleister und weitere Akteure vernetzt.

Ziele von MIND at Home™ bzw. MIND-S<sup>20</sup> sind:

- ◆ Optimierung der Versorgungsorganisation sowie Koordinierung und Vernetzung der beteiligten Akteure,
- ◆ Optimierung der Personzentrierung der Versorgung,
- ◆ Verlängerung des Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit,
- ◆ Steigerung der Lebensqualität pflegebedürftiger Personen,
- ◆ Reduzierung von Depressionen und neuropsychiatrischen Symptomen
- ◆ Identifikation und Schließung von Versorgungslücken,
- ◆ Reduktion der Belastung von Pflegekräften,
- ◆ Senkung der Kosten für die Gesundheitsversorgung.

Folgende Maßnahmen werden in den Modellen zur Zielerreichung durchgeführt:

- ◆ Interdisziplinäre Erstellung eines individuellen Versorgungsplans sowie wöchentliche Fallbesprechungen,
- ◆ mind. zwei Hausbesuche sowie monatlicher telefonischer Kontakt zu Angehörigen oder der pflegebedürftigen Person,
- ◆ Erstellung eines Pflegekoordinierungsprotokolls mit:
  - individualisierter Pflegeplanung auf Grundlage der Bedürfnisse des Betroffenen und der Familie,
  - Schulung zu Demenz und Aufbau von (Selbstpflege-)Fähigkeiten,
  - Überweisung zu und Vernetzung mit Dienstleistern,
  - Beratung und Monitoring der Pflege.

Die wissenschaftliche Auswertung des MIND at Home™ Modells zeigte, dass die Inanspruchnahme von ambulanten Unterstützungsleistungen sowie sozialen Dienstleistungen (soziale Tagesbetreuung, gemeinschaftliche Mahlzeiten, Begleitedienste und Selbsthilfegruppen) in der Interventionsgruppe signifikant höher war.

---

<sup>19</sup> Gemeindebasierte Organisationen/Agenturen bieten in den USA eine Vielzahl von Dienstleistungen für pflegebedürftige Menschen, bspw. Essen-auf-Rädern, Transportdienste, körperbezogene Pflege- oder hauswirtschaftliche Dienstleistungen, an.

<sup>20</sup> MIND-S wurde basierend auf MIND at Home weiterentwickelt um noch effizienter, schlanker und effektiver zu sein (Ergebnisse der Studie liegen noch nicht vor)

---

Ebenfalls stieg die Anzahl von ambulanten Arztkontakten in der Interventionsgruppe und die Anzahl von Notaufnahmen, Krankenhauseinweisungen und stationärer Langzeitpflege in beiden Gruppen.

Andererseits konnte die Anzahl der Krankenhaustage reduziert (nur in den ersten neun Monaten nach Projektstart, im weiteren Verlauf gab es im Vergleich zur Kontrollgruppe keine Unterschiede), Übergänge in die stationäre pflegerische Versorgung verzögert und die Versorgungsqualität und Vernetzung der beteiligten Akteure durch gemeinsame Fallbesprechungen verbessert werden. Des Weiteren verbesserte sich die Lebensqualität der Betroffenen und die objektive Belastung der Angehörigen verringerte sich (u. a. durch Zeitersparnisse).

Projektlimitierend zeigten sich unzureichende Zugriffsrechte auf medizinisch und pflegerisch relevante Daten, weshalb es zu Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Koordinatorinnen bzw. Koordinatoren und Gesundheitsdienstleistern kam.

In der ökonomischen Betrachtung konnte eine Kosteneffektivität gezeigt werden. Die Kosten in der Interventionsgruppe stiegen pro Quartal um 1,12 Prozentpunkte langsamer als in der Kontrollgruppe und in der Projektion belaufen sich die Kosten pro Quartal nach fünf Jahren auf 7.062 \$/Pflegebedürftigen in der Intervention und 7.937 \$/Pflegebedürftigen in der Kontrollgruppe. Damit würden sich die kumulativen Einsparungen über die ersten fünf Jahre auf 7.052 \$/Pflegebedürftigen belaufen.

Ein weiterer ähnlicher Ansatz der **regionalen Netzwerkbildung** ist das Verbundprojekt ZUKUNFT:PFLEGE aus Deutschland (Becke *et al.* 2013, Bleses und Jahns o. J., Schimitzek 2016). Einerseits liegt der Fokus in dem Projekt auf Qualifikations- und Kompetenzentwicklungsansätzen für die Steigerung einer nachhaltigen Beschäftigungsfähigkeit von Pflegefachkräften. Andererseits werden überbetriebliche, kooperative Gestaltungsansätze zur Ressourcengewinnung und -bündelung entwickelt. Der Aufbau eines regionalen Unterstützungsnetzwerkes mit ambulanten Pflegeunternehmen und lokalen Akteuren (z. B. Anbieter von Qualifikationsmaßnahmen oder Gesundheitsdienstleistungen) sowie die Steigerung der Arbeitszufriedenheit durch die Kompetenzentwicklung weisen auf die Potentiale verbesserter Koordinierung in der ambulanten Pflege hin.

Im Ergebnis des Verbundprojektes konnten Kompetenzentwicklungskonzepte (Sammlung von Leitfäden zu zentralen Feldern der nachhaltigen Beschäftigungsfähigkeit in der ambulanten Pflege mit dem Titel: ‚pflegechancen‘; [www.pflegechancen.de](http://www.pflegechancen.de)) für leitende Führungskräfte und Pflegekräfte in der ambulanten Pflege zu folgenden Themen entwickelt werden: Grundlagen, Arbeitsorganisation, Gesundheit, Qualifikation, Netzwerk und Wirtschaftlichkeit. Neben den Leitfäden wurden die Instrumente Arbeitsorganisation, Netzwerk und Qualifikation entwickelt. Im Rahmen des Projektes fanden regelmäßige Netzwerktreffen einmal pro Quartal bzw. für themenorientierte Arbeitsgruppen in monatlichen Abständen statt. In der Evaluation konnte zudem festgestellt werden, dass der Einsatz einer „neutralen“ Netzwerkagentur, u. a. zur Koordinierung, von den Partnern des Netzwerkes als

essentiell betrachtet wird. Im Allgemeinen hatte die Kooperation mit anderen Unternehmen im Netzwerk positive Auswirkungen und durch die Vertrauensbasis im Netzwerk können Verhandlungs-, Entscheidungs- und Planungsprozesse beschleunigt und damit Kosten gesenkt werden.

Des Weiteren waren Mitarbeitende motivierter und engagierter bspw. die Planung, Vorbereitung und Durchführung von Arbeitsprozessen mit zu gestalten. Ebenfalls konnte eine höhere Mitarbeiterzufriedenheit, Verringerung von Unsicherheit und stärkere Bindung der Beschäftigten ans Unternehmen beobachtet werden.

Ein weiteres, in Deutschland erfolgreich praktiziertes, **Netzwerk** ist die „**Pflege-Brücke Bereich Ulm e. V.**“, welches ein SGB V- und XI-übergreifendes, patientenorientiertes Entlassmanagement koordiniert (Brandenburg *et al.* 2018, Maucher 2018, VPU *et al.* 2019). Der Verein „Pflege-Brücke Bereich Ulm e. V.“ wurde 2017 von der Geschäftsführung der Ulmer Kliniken, einem Chefarzt der Universität Ulm und verschiedenen Expertinnen und Experten gegründet und ist eine Weiterentwicklung der bestehenden Pflegebrücke der Sana Kliniken in Biberach an der Riß. Bei der Gestaltung des Vereins wirkten u. a. ein Pflegestützpunkt, ambulante Pflegedienste, hausärztliche Praxen und Sozialdienste mit.

Die Kontaktaufnahme und Auswahl geeigneter Patientinnen und Patienten noch während des stationären Aufenthaltes erfolgt über das Behandlungsteam aus Pflegefachkräften, Ärztinnen und Ärzten, sowie Therapeutinnen und Therapeuten der Klinik. Nach der Kontaktaufnahme wird der Antrag innerhalb des Vereins geprüft und bei Zustimmung erfolgt der erste Hausbesuch bei dem Versorgungsbedürftigen. Das kostenfreie Leistungsangebot des Vereins ist (zeitlich) begrenzt und umfasst max. drei Hausbesuche innerhalb von ein bis zwei Wochen nach Entlassung aus dem Krankenhaus.

Der Verein erfüllt eine Orientierungs-, Koordinierungs- und Steuerungsfunktion mit folgenden Leistungen:

- ◆ Beratung der Patientinnen, Patienten und Angehörigen (keine pflegerischen Leistungen),
- ◆ Hilfestellung zur Orientierung und Koordinierung erforderlicher Maßnahmen,
- ◆ Vermittlung und Koordinierung vorhandener Leistungsangebote (medizinisch pflegerische und materiellen Leistungen, z. B. technische Hilfe),
- ◆ Vernetzung mit lokalen Gesundheitsversorgern.

Das Netzwerk des Vereins Pflege-Brücke Bereich Ulm e. V. wurde noch nicht wissenschaftlich evaluiert, allerdings wurde das Konzept „Brückenpflege“ bereits untersucht und zeigte im Ergebnis folgende Potentiale:

- ◆ höhere Qualität in der Überleitung der Patientinnen und Patienten vom Krankenhaus in die Häuslichkeit,
-

- ♦ Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie der kognitiven und emotionalen Dimensionen des habituellen Wohlbefindens bei den Pflegebedürftigen,
- ♦ Schwächen im Entlassmanagement, welche Hausärztinnen, Hausärzte bzw. ambulante Dienste post-stationär nicht auffangen können, werden behoben,
- ♦ die qualitative Ergebnissynthese zeigte, dass die psychosoziale Unterstützung, die praktischen Hilfen und die Weitervermittlung an ambulante Pflegedienste Stärken der Brückenpflegearbeit sind (Brandenburg *et al.* 2018, VPU *et al.* 2019).

Das Konzept der Brückenpflege unterstützt Patientinnen und Patienten sowie Angehörige, welche sich bei der Überleitung vom Krankenhaus in die Häuslichkeit in einer besonderen Phase der Versorgung befinden (sog. Non-Care-Bereich). Das Konzept bietet einen Ansatz der ganzheitlichen, versorgungsbereichübergreifenden Versorgung und damit eine Sicherstellung der lückenlosen Versorgung durch die nachversorgenden Akteure. Die Pflege-Brücke Bereich Ulm e.V. steht für ein patientenorientiertes Entlassmanagement und eine bedürfnisgerechte Versorgung. Inwieweit die Tätigkeit des Vereins einen Einfluss auf die Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung hat, kann noch nicht ausreichend bewertet werden. Bislang finanziert sich der Verein aus Spenden, Mitgliedsbeiträgen und Fördermitteln.

### **Effizienzpotentiale und Übertragbarkeit**

Eine tabellarische Übersicht der Effizienzpotentiale, Übertragbarkeit und Limitationen ist in Tabelle 16 dargestellt.

Tabelle 16: Übersicht der aus der Literaturanalyse identifizierten Effizienzpotentiale der integrierten Versorgung, Case Management und regionalen Netzwerkbildung

Name	Konzept/Ansatz (Praxis-/ oder Umsetzungsbeispiel)	Identifizierte Effizienzpotentiale	Übertragbar- keit auf den nationalen Raum	Limitationen und hemmende Faktoren hinsichtlich der Über- tragbarkeit
<b>SIPA – System of Integrated Care for Older Persons</b>	Integrierte Versorgung/Case Management	<ul style="list-style-type: none"> <li>↓ Schnittstellenproblematik durch Einsatz von Case Managerin/Case Manager</li> <li>↑ Koordinierung der Versorgung und Leistungen</li> <li>↑ versorgungsbereichübergreifende Versorgung</li> <li>↓ Koordinierungsaufwand für den amb. Pflegedienst</li> <li>↓ Versorgungsaufwand durch Verteilung auf viele Akteure</li> <li>↑ Effizienz Personal-/Ressourceneinsatz</li> </ul>	→	Trennung von SGB V- und SGB XI-Leistungen, Finanzierung
<b>British Columbia Model</b>	Integrierte Versorgung/ Case Management	<ul style="list-style-type: none"> <li>↑ kontinuierliches Fallmanagement</li> <li>↓ Schnittstellenproblematik durch Einsatz von Case Managerin/Case Manager</li> <li>↑ Koordinierung der Versorgung und Leistungen</li> <li>↑ versorgungsbereichübergreifende Versorgung</li> <li>↓ Versorgungsaufwand durch Verteilung auf viele Akteure</li> <li>↑ Effizienz Personal-/Ressourceneinsatz</li> </ul>	→	Kommunale Verantwortung (Fallmanagement durch Mitarbeiter/-in der Kommune), Trennung von SGB V- und SGB XI-Leistungen, nicht eindeutige Evidenzlage

Name	Konzept/Ansatz (Praxis-/ oder Umsetzungsbeispiel)	Identifizierte Effizienzpotentiale	Übertragbar- keit auf den nationalen Raum	Limitationen und hemmende Faktoren hinsichtlich der Über- tragbarkeit
<b>Nicht zu- treffend (Grundlage der Bewer- tung ist ein Systematic Review)</b>	Integrierte Versorgung/ Case Management	<ul style="list-style-type: none"> <li>↑ Gesundheitszustand auf Ebene der Pflegebedürftigen</li> <li>↑ kontinuierliches Fallmanagement</li> <li>↓ Schnittstellenproblematik durch Einsatz von Case Managerin/Case Manager</li> <li>↑ Koordinierung der Versorgung und Leistungen</li> <li>↑ versorgungsbereichübergreifende Versorgung</li> <li>↓ Versorgungsaufwand durch Verteilung auf viele Akteure</li> <li>↑ Selbstpflegefähigkeit/Selbstmanagement auf Ebene der Pflegebedürftigen</li> <li>↓ Kosten</li> <li>↑ Effizienz Personal-/Ressourceneinsatz</li> </ul>	↑	Nicht zutreffend
<b>MIND at Home™; MIND-S</b>	Regionale Koordinie- rung/Case Management	<ul style="list-style-type: none"> <li>↑ Koordinierung der Versorgung und Leistungen</li> <li>↑ versorgungsbereichübergreifende Versorgung</li> <li>↑ versorgungsbereichübergreifender Informationsaustausch</li> <li>↓ Schnittstellenproblematik durch Einsatz von Koordinatorinnen/Koordinator- ren</li> <li>↓ Angebotslücken</li> <li>↓ Versorgungsaufwand durch Verteilung auf viele Akteure</li> <li>↑ personenzentrierte Versorgung</li> <li>↓ Heimübergang</li> <li>↑ Verbleib in der Häuslichkeit</li> <li>↑ Rolle des Pflegefachpersonals (Einsatz als Koordinatorin/Koordinator)</li> <li>↑ Attraktivität des Pflegefachberufes/Arbeitszufriedenheit</li> </ul>	↑	Kommunale Verantwortung (Fall- management durch Mitarbeiter/- in der Kommune)



Name	Konzept/Ansatz (Praxis-/ oder Umsetzungsbeispiel)	Identifizierte Effizienzpotentiale	Übertragbarkeit auf den nationalen Raum	Limitationen und hemmende Faktoren hinsichtlich der Übertragbarkeit
<b>Pflege-Brücke Bereich Ulm e. V.</b>	Versorgungsansatz mit einem patienten-orientierten Entlassmanagement	<ul style="list-style-type: none"> <li>↑ Unterstützung von Personen im „Non-Care Bereich“</li> <li>↑ versorgungsbereichübergreifende Versorgung</li> <li>↑ personenzentrierte Versorgung</li> <li>↑ Prozesse des Entlassmanagements</li> <li>↓ Schnittstellenproblematik</li> <li>↑ Koordinierung der Versorgung und Leistungen</li> <li>↑ Selbstpflegefähigkeit/Selbstmanagement auf Ebene der Pflegebedürftigen</li> <li>↓ Kosten</li> <li>↓ vermeidbare pflegerische Interventionen</li> <li>↓ Akutsituationen</li> <li>↓ Versorgungs- und Planungsaufwand durch Verteilung auf viele Akteure</li> </ul>	↑	-
<b>ZU-KUNFT:PFLEGE</b>	Regionale Netzwerkbildung	<ul style="list-style-type: none"> <li>↑ Attraktivität des Pflegeberufes/ Arbeitszufriedenheit</li> <li>↑ Kompetenzzuwachs</li> <li>↑ Informationsverfügbarkeit</li> <li>↑ versorgungsbereichübergreifende Versorgung</li> <li>↑ versorgungsbereichübergreifender Informationsaustausch</li> <li>↑ Effizienz der Versorgungsprozesse</li> <li>↓ Schnittstellenproblematik</li> <li>↑ Koordinierung der Versorgung und Leistungen</li> <li>↓ vermeidbare pflegerische Interventionen</li> <li>↓ Angebotslücken</li> <li>↑ Anzahl an zu Versorgenden Personen</li> </ul>	↑	Unzureichende Evidenzlage hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit, verbindliche Kooperationsstrukturen, Nachhaltigkeit der Umsetzung in die Praxis

Quelle:

IGES

Anmerkung:

Legende Effizienzpotentiale: ↑ = verbessert/optimiert; ↓ = weniger/gesunken

Legende Übertragbarkeit: ↑ = hohe Übertragbarkeit; ↓ = geringe Übertragbarkeit; → = übertragbar unter Berücksichtigung weniger Limitationen

Durch den Einsatz von **Case Managerinnen und Managern** (auch im Rahmen der integrierten Versorgung) bei Pflegebedürftigen mit komplexen Bedarfen wird die Leistungserbringung besser koordiniert. Diese Klientinnen und Klienten weisen den höchsten Versorgungsaufwand auf, wobei häufig eine große Zahl an Akteuren involviert ist. Durch den Einsatz von Case Managerinnen/Managern könnte die zeitaufwendige Koordinierung der Akteure und Leistungen der Klientinnen und Klienten im ambulanten Pflegedienst reduziert und freiwerdende Personalkapazitäten könnten an anderer Stelle nutzbringend eingesetzt werden.

Des Weiteren könnte durch das kontinuierliche Fallmanagement und die **Koordinierung der Leistungen** aus einer Hand, wie im „British Columbia Model“, eine Über-, Fehl- oder Unterversorgung verringert bzw. vermieden werden. Im Resultat kann dies zu Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen führen - trotz der Investition in die Implementierung der Case Management-Strukturen. Des Weiteren führt der Einsatz von Case Managerinnen/Managern zur Minimierung von Schnittstellenproblematiken durch eine verbesserte Vernetzung und Kooperation mit anderen an der Versorgung beteiligten Akteuren (über den einzelnen Fall hinaus).

Case Management im Allgemeinen ist als übertragbar zu bewerten und wird derzeit in Deutschland punktuell für bestimmte Zielgruppen sowohl im SGB V als auch im SGB XI im Rahmen der Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI umgesetzt. Im SGB V laufen dazu bundesweit rund 38 Modellprojekte unter dem Schlagwort „Patientenlotsen“. Diese sind jedoch mehrheitlich auf einzelne Diagnosen ausgerichtet (z. B. Schlaganfall-, Diabetes-, Onkolotsen, etc.)(BMC Managed Care e. V. o. J.). Auch in Modellen der integrierten Versorgung ist der Einsatz von Case Managerinnen und Managern ein Kernelement in der Versorgung von Menschen mit komplexen Bedarfslagen. Das Praxisbeispiel SIPA hatte allerdings ein unabhängiges Budget, welches im Vergleich höher war als das der Regelversorgung in Kanada. Aufgrund des steuerfinanzierten Systems in Kanada, aber auch der Finanzierung aus einer Hand, wie beim **British Columbia Model** ist für die Übertragbarkeit auf Deutschland der zusätzliche Finanzierungsbedarf zu beachten.

Die Koordinierung der Versorgung im Rahmen von **Modellprojekten wie MIND at Home™ und MIND-S** steigert zum einen die Versorgungsqualität und ermöglicht zum anderen einen nachweisbar längeren Verbleib in der eigenen Häuslichkeit. Der Einsatz von Koordinatorinnen und Koordinatoren und eines multidisziplinären Teams führt zudem zur Minimierung von Schnittstellenproblematiken durch Vernetzung und Kooperation der verschiedenen Leistungserbringer. Durch den Einsatz von Koordinatorinnen/Koordinatoren wird die Leistungserbringung besser aufeinander abgestimmt und die Bedarfe der Betroffenen können zielgerichteter (auch zeitlich) erfüllt werden. Auch hier besteht das Effizienzpotential in der besseren Verteilung der Versorgung auf viele zuständige Leistungserbringer und damit einer Entlastung ambulanter Pflegedienste. Durch die Koordinatorinnen/Koordinatoren findet die personalaufwendige Koordinierung der Versorgung von demenziell Erkrankten Menschen nicht im vollen Umfang durch den ambulanten Pflegedienst statt, so dass das Personal effektiver eingesetzt werden kann.

---

Eine effektive Versorgungs koordinierung außerhalb des ambulanten Pflegedienstes, jedoch mit einer engen Einbindung der Pflegekräfte, bedarf einer guten Zusammenarbeit bzw. eines intensiven (Daten-)Austauschs. Wenn dieser gewährleistet werden kann, ist eine qualitative Steuerung der Versorgung möglich.

MIND at Home™ und MIND-S sind, unter Betrachtung der Erlösstrukturen hierzulande, als übertragbar zu bewerten. Das Erfordernis einer versorgungsbereichsübergreifenden Koordinierung und damit z. T. noch bestehende Hürden in der Leistungserbringung und Leistungsabrechnung sind als limitierend zu betrachten.

In der **regionalen Netzwerkbildung** bestehen ebenfalls Effizienzpotentiale. Die Vernetzung der ambulanten Pflegeunternehmen (und lokalen Anbieter) untereinander und mit Leistungserbringern aus dem stationären Bereichen (i. S. der Sicherstellung der Nachversorgung) birgt das Potential, ein stabiles und umfassendes ambulantes Leistungsangebot für pflegebedürftige Menschen sicherzustellen. Angebote im Netzwerk können mittels standardisierter Patientenpfade verbindlich aufeinander abgestimmt werden, was bspw. bei längerfristigen Planungsperspektiven regionale Angebotslücken schließen und Angebote (auch für spezielle Zielgruppen) erweitern könnte.

Dem Netzwerk angehörende ambulante Pflegedienste bzw. Unternehmen können in einen unbürokratischen und direkten kommunikativen Austausch mit anderen Netzwerkpartnern gehen und so optimierte Lösungen für Problemlagen finden. Für die Ausschöpfung der positiven (ökonomischen) Effekte des Netzwerkes sind der stetige Wissensaustausch und eine grundlegende Vertrauensbasis Voraussetzungen. Diese gilt es über eine entsprechende hauptamtliche Netzwerkkoordinierung und -kommunikation zu schaffen und zu fördern, so dass sich partnerschaftliches Verhalten entwickelt.

Die entwickelten Lern- und Handlungskonzepte des Verbundprojektes **ZUKUNFT:PFLEGE** stehen online weiterhin zur Verfügung. Der derzeitige Umsetzungsstand des Netzwerkes in der Praxis ist allerdings unklar. Im Allgemeinen wird die Umsetzung des Unterstützungsnetzwerkes sowie der Leitfäden und Instrumente in der ambulanten Pflege als möglich bewertet.

Durch die Koordinierung der Versorgung im Rahmen der sogenannten „**Brückenpflege**“ und die enge Zusammenarbeit mit lokalen Akteuren der Gesundheitsversorgung können Schnittstellenproblematiken sowie Über-, Fehl- oder Unterversorgung verringert bzw. vermieden werden. Mit den Betreuungs- und Koordinierungsleistungen des Brücken-Pflege-Teams können eine bedürfnisgerechte Versorgung sowie eine Einsparung pflegerischer Interventionen bei gleichzeitig hoher Versorgungsqualität erreicht werden. Die Vermittlung von Selbstmanagementfähigkeiten im Umgang mit Erkrankungen könnte Akutsituationen in der Häuslichkeit zusätzlich minimieren und höheren Pflegebedarfen vorbeugen bzw. den Eintritt in die Versorgung durch einen ambulanten Dienstleister verzögern. Dies entlastet wiederum die Pflegefachkräfte im ambulanten Bereich. Des Weiteren würde die Koordinierung der Versorgung sowie die enge Kommunikation mit

dem Brücke-Pflege-Team zu einer Entlastung auf Seiten eines bereits involvierten ambulanten Dienstes führen.

Nach umfassender Reformierung des Entlassmanagements durch das GKV-Versorgungstärkungsgesetz im Jahr 2015 verpflichtet der Rahmenvertrag Entlassmanagement seit Oktober 2017 die Kliniken, den nahtlosen Übergang von Patienten und Patientinnen in die nachfolgenden Versorgungsbereiche umzusetzen. Neben dem Verein Pflege-Brücke Bereich Ulm e. V. bieten derzeit mehrere Kliniken in Deutschland das Konzept der Brückenpflege an. Demnach kann das Konzept der Brückenpflege als übertragbar bewertet werden.

#### 5.2.4 Koordinierungszentren und Austauschplattformen für Dienstleistungen

Ein weiterer, in der Literaturrecherche identifizierter Ansatz zur verbesserten Koordinierung der ambulanten Pflege sind **regionale Koordinierungszentren** oder **überregionale Austauschplattformen** für Dienstleistungen.

In Kanada, Ontario sind insgesamt 14 **Community Care Access Centres (CCACs<sup>21</sup>)** dafür verantwortlich, Menschen den Zugang zu häuslicher und gemeindebasierter Gesundheitsversorgung und damit verbundenen sozialen Diensten zu erleichtern, damit sie weitestgehend unabhängig in der Häuslichkeit leben können. Jedes CCAC ist einem Local Health Integration Network (LHIN) unterstellt. Diese finanzieren in einem geografisch definierten Gebiet Gesundheitsdienstleister, einschließlich Krankenhäusern und CCACs selbst. Ziel dieses Ansatzes ist die effiziente Koordinierung der Leistungen für die Bevölkerung der Region (Barker 2007, Hardeman E *et al.* 2016, Office of the Auditor General of Ontario 2015, Polisena *et al.* 2010).

Die CCACs erhalten ein jährliches Budget, basierend auf der Dienstleistungsanspruchnahme des Vorjahres, der altersmäßigen Verteilung der Bevölkerung, der Siedlungsstruktur sowie der Anzahl und des Pflegebedarfs der Klientinnen und Klienten, die poststationär in der Häuslichkeit versorgt werden. Die CCACs sind verantwortlich für den Einkauf von Gesundheits- und Unterstützungsdiensten von Anbietern häuslicher Pflege im Namen der Klientinnen und Klienten. Basierend auf den Angeboten der Anbieter werden Verträge mit den privaten Dienstleistern seitens der CCACs geschlossen. Seit dem Jahr 2014 werden auch gemeindenahe Unterstützungsdienste für Klientinnen und Klienten mit geringem Unterstützungsbedarf verwaltet. Die CCACs sind für die Bevölkerung, welche über den Ontario Health Insurance Plan versichert sind, kostenlos. Einige gemeindenahe Unterstützungsdienste und hauswirtschaftliche Dienste können eine Selbstbeteiligung der Klientinnen und Klienten verlangen.

---

<sup>21</sup> CCACs (Community Care Access Centres) sind seit 1997 zentrale Anlaufstelle für Dienstleistungen, Informationen und Überweisungen für die kommunale Pflege. Für jede Region bzw. Provinz gibt es eine dieser Anlaufstellen (vergleichbar mit den Pflegestützpunkten hierzulande). Im Jahr 2006 wurden zudem LHINs als Netzwerke geschaffen um die lokalen Ressourcen zur Planung, Koordinierung, Integration und Finanzierung der Gesundheitsdienste auf Gemeindeebene zu verbessern und zu unterstützen.

---

Mit Hilfe der, in den CCACs tätigen, Pflegekoordinatorinnen und -koordinatoren wird die Erforderlichkeit für häusliche Pflege beurteilt und bei Bedarf werden individuelle Pflegepläne erstellt. Die Unterstützungsleistungen sind allerdings für die Pflegebedürftigen begrenzt auf ein Maximum von 120 Stunden in den ersten 30 Tagen der Dienstleistung und 90 Stunden in jedem folgenden 30-Tage-Zeitraum. Diese Grenzen können unter "außergewöhnlichen Umständen" für Palliativklientinnen und -klienten und solche, die auf eine Unterbringung in einem Langzeitpflegeheim warten, unbegrenzt überschritten werden, oder für bis zu 90 Tage innerhalb eines 12-Monats-Zeitraums.

Eine Effizienzmessung mittels DEA-Analyse<sup>22</sup> und Untersuchung der folgenden Variablen (mit Adjustierung auf Betriebsgröße, Versorgungsqualität, Case-Mix und Morbidität):

- ♦ Input Variable: Budget der CCACs,
- ♦ Output Variablen: Anzahl der Besuche von Fachpersonal der folgenden Bereiche:
  - Häusliche Unterstützung
  - Verwaltung (Case Management und Koordinierung der Unterbringung),
  - Pflege (Pflege und enterostomale Therapie) und
  - Therapie (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Sozialarbeit),

hat im Ergebnis gezeigt, dass mehr als die Hälfte der CCACs sich als zu groß erwiesen hat, um weitgehend effizient zu sein. Auch die Adjustierung konnte die Varianz in den Effizienzwerten zwischen den CCACs nicht vollständig erklären.

Mittels eines Audits im Jahr 2015 in insgesamt drei CCACs wurde folgende Prozesse überprüft:

- ♦ Ermöglichung einer nahtlosen und gerechten Pflegekoordinierung für häusliche Klientinnen/Klienten,
- ♦ Überwachung der Leistungserbringer in Übereinstimmung mit vertraglichen und anderen Anforderungen,
- ♦ Messung und Berichtslegung der Qualität und Effektivität der erbrachten häuslichen Pflegedienste.

Die folgende tabellarische Übersicht (Tabelle 17) veranschaulicht die Ergebnisse des Audits und Problematiken, welche sich auf die Effizienz der Koordinierung der ambulanten Versorgung auswirken.

---

<sup>22</sup> Die DEA-Analyse (Data Envelopment Analysis) ist eine nichtparametrische Methode in der Betriebsforschung und -ökonomie zur Schätzung von Produktionsgrenzen.

---

Tabelle 17: Auswirkungen auf die Effizienz der CCACs

Adressat	Auswirkungen auf die Effizienz und Versorgung
Klientinnen/Klienten	<p>lange Wartezeiten, Einsatz von Wartelisten</p> <hr/> <p>erhalten, trotz ähnlich eingeschätzter Versorgungsbedarfe, unterschiedliche Leistungsniveaus</p> <hr/> <p>der Erhalt und Umfang der Unterstützungsleistungen hängt vom Wohnort und zugehörigen CCAC ab</p>
Betreuende/Angehörige	<p>Unterstützung ist begrenzt und nicht überall in der Provinz einheitlich verfügbar</p>
Koordinatorinnen/Koordinatoren	<p>Schwierigkeiten, Klientinnen/Klienten effektiv zur Inanspruchnahme von gemeindenahen Unterstützungsleistungen zu überweisen, da Beurteilungsinformationen und Wartelisten nicht zentralisiert sind</p> <hr/> <p>Beurteilung der Klientinnen/Klienten ist z. T. nicht zeitnah erfolgt und nicht regelmäßig evaluiert worden</p> <hr/> <p>Fallzahlen variieren erheblich und einige überschreiten die in den Richtlinien des Verbandes vorgeschlagenen Grenzwerte</p> <hr/> <p>Teilnahme und Überprüfung an Schulungen für die Assessments findet unregelmäßig statt</p>
CCAC	<p>Aufsicht über die beauftragten Dienstleister ist unzureichend</p>

Quelle: IGES

Schlussfolgernd kann zusammengefasst werden, dass nicht alle der 14 CCACs sich in ihrer Arbeit als effizient erwiesen, die CCACs die gesetzlich vorgeschriebenen Höchstmaße an Leistungen nicht immer einhalten und die Leistung der einzelnen CCACs an unterschiedlichen Zielvorgaben für die Erbringung von Kundendiensten gemessen wird.

Ähnlich der CCACs in Kanada gibt es in den USA die **Managed Long-Term Services and Supports** (MLTSS) als zentrale Anlaufstelle zur koordinierten ambulanten Versorgung. Insgesamt werden 33 MLTSS Programme in 23 Bundesstaaten durchgeführt (Stand 09/2019). Diese sind auf staatlicher Ebene an spezialisierte Bundesbehörden angegliedert und koordinieren die pflegerische und soziale Langzeitversorgung von Bezieherinnen und Beziehern von Medicaid<sup>23</sup> (einkommensschwache Menschen, insb. Kinder einkommensschwacher Familien, Menschen mit Behinderung, Ältere), die auch Medicare-berechtigt sind. In den Bundesstaaten existiert eine große Varianz in der Umsetzung, z. B. nehmen nur einzelne

<sup>23</sup> Medicaid ist ein Krankenversicherungsschutz für einkommensschwache Menschen jeden Alters, welcher primär über Steueraufkommen der Bundesstaaten und des Bundes finanziert wird. Das Leistungsspektrum umfasst u.a. die Behandlung im Krankenhaus (auch ambulant), ärztliche Behandlungen sowie Leistungen im Falle von Schwangerschaft und Mutterschaft und häuslicher Pflege. Der Leistungsumfang und die Zugangsberechtigung variiert zwischen den Bundesstaaten deutlich. Personen können sowohl Medicare als auch Medicaid anspruchsberechtigt sein.

Regionen am Programm teil oder die Teilnahme Betroffener ist teils verpflichtend und teils freiwillig (Cacchione 2020, Libersky *et al.* 2018, Williamson 2015, Wysocki *et al.* 2019, Wysocki *et al.* 2020).

Eine Übersicht der Leistungen und Ziele der MLTSS ist der folgenden Tabelle 18 zu entnehmen.

Tabelle 18: Leistungen und Ziele der MLTSS

	Inhalt
<b>Leistungen und Unterstützungsumfang</b>	Risikoassessments, personenzentrierter Pflegeplan und Unterstützung bei der Einhaltung der Maßnahmen und Erreichen der Ziele des Pflegeplans
	Aktualisierung und Anpassung der Assessments in jährlichen Intervallen durch spezialisierte Pflegefachkräfte (Advanced Practice Nurses, APNs)
	Planung bei Überleitungen im Rahmen der Versorgung
	Erbringen/Vermittlung von Transportdienstleistungen
	Koordinierung der verschiedenen home und community based services (HCBS)
	Unterstützung und Einbindung der pflegebedürftigen Menschen in benötigte Dienstleistungen
	Unterstützung der Pflegenden in der Koordinierung der Gesundheitsversorgung, Koordinierung sozialer Dienste
<b>Ziele</b>	Verbesserung der Pflegekoordinierung und des Zugangs zu Leistungen, Erhöhung der Versorgungsqualität
	Überleitung Pflegebedürftiger aus der stationären Langzeitpflege zurück in ein ambulantes Setting bzw. Wechsel von institutionellen zu gemeindenahen Dienstleistungen
	Vermeiden von Versorgungslücken und Unterstützung informell Pflegender
	Kostenkontrolle/-einsparungen, u. a. Reduzierung von Krankenhauseinweisungen und -aufenthalten, Reduzierung von Wartezeiten des Erhalts der Unterstützungsleistung

Quelle: IGES

Aufgrund der Überleitung aus dem stationären in den ambulanten Versorgungsbe-  
reich müssen Kapazitäten der ambulanten Dienstleister ausgebaut werden, um Be-  
troffenen und Familien während dieser Übergänge zusätzliche Unterstützung zu  
bieten. Dies erforderte wiederum Pflegefachkräfte mit Detailwissen zu Medicare  
und Medicaid für die Koordinierung und die Ermittlung des Leistungsanspruchs.

Aus den Untersuchungen heraus konnte festgestellt werden, dass es innerhalb der  
33 MLTSS Programme eine hohe Personalfuktuation und Herausforderungen in  
der Personalgewinnung gab. Dies führte z. T. vor Ort zu einer Verschlechterung der  
Versorgungskontinuität und einem begrenzten Zugang zu Leistungen für die Versi-  
cherten. Zu etwaigen Kosteneinsparungen insgesamt liegen inkonsistente und vom

Bundesstaat abhängige Ergebnisse vor. Ebenfalls haben die MLTSS-Teilnehmenden unterschiedliche Erfahrungen mit dem Zugang zu Leistungen der MLTSS. Diese variieren von keinen Veränderungen in der Inanspruchnahme bis hin zu Schwierigkeiten, neue Angebote in Anspruch zu nehmen oder zu einem eher erschwerten Zugang zu Leistungen. Dadurch wurden das Nutzungsverhalten sowie Ausgaben für die Gesundheitsversorgung beeinflusst.

Schlussfolgernd haben MLTSS-Programme zwar das Potential, weniger kostspielige, personenzentrierte häusliche und gemeindebasierte Alternativen zur institutionellen Pflege zu bieten, die Pflegequalität und -koordinierung zu verbessern, die Lebensqualität zu erhöhen und die Inanspruchnahme vermeidbarer Krankenhaus- und Heimleistungen zu reduzieren. Wenn jedoch durch das Programm der Zugang zu Dienstleistungen eingeschränkt oder deren Qualität und Koordinierung nicht sichergestellt werden kann, könnten MLTSS negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Betroffenen und die Ergebnisse der Koordinierung der Langzeitversorgung haben. Zusammenfassend sind die Ergebnisse der untersuchten Studien inkonsistent, was eine abschließende Bewertung des Gesamtkonzepts limitiert.

Ein weiterer, innovativer Ansatz zur verbesserten Koordinierung der Leistungserbringung in der ambulanten Versorgung sind **Service-Sharing-Plattformen** oder **Austauschplattformen für Dienstleistungen**. Dabei wurde eine modellhafte Entwicklung eines Algorithmus einer Service-Sharing-Plattform zur verbesserten Koordinierung der Leistungserbringung in der ambulanten Versorgung<sup>24</sup> untersucht. Das Service-Sharing ermöglicht die Nutzung der Ressourcen durch den Einsatz neuer Technologien wie Blockchain<sup>25</sup> oder Apps. Diese Technologien ermöglichen den unmittelbaren Zugriff auf Freigaben bzw. Annahmen der Dienstleistungen mit nur einem Klick von einem mobilen Endgerät aus. App-basierte Service-Sharing-Plattformen könnten verschiedene Bereiche abdecken, die die Bereitstellung von Dienstleistungen und deren Koordinierung unterstützen (Lin *et al.* 2021, Opel 2019). Ambulante Pflegedienste und Service-Sharing-Plattformen unterscheiden sich in Bezug auf:

- ♦ die Verträge mit den Pflegekräften: bei ambulanten Pflegediensten sind die Pflegekräfte Angestellte, bei Service-Sharing-Plattformen sind sie unabhängige Auftragnehmer, d. h.
  - die Pflegekräfte entscheiden, ob er/sie eine Pause einlegen, Überstunden machen und die übertragenen Anfragen annehmen oder ablehnen,

---

<sup>24</sup> Häusliche Krankenpflege im US-amerikanischen Sinne: Home Health Care (HHC) ist eine Art von mobilem Dienstleistungsbetrieb, der älteren Menschen in häuslicher Umgebung Gesundheitsdienstleistungen anbietet (kurz- oder langfristige Dienstleistungen, wie z. B. medizinische und soziale Dienste, psychologische Unterstützung und andere persönliche Pflegeleistungen)

<sup>25</sup> Blockchain ist eine kontinuierlich erweiterbare Liste von Datensätzen, „Blöcke“ genannt, die mittels kryptographischer Verfahren miteinander verkettet sind.

---



- die Entscheidung für oder gegen die Annahme der Anfrage hängt von Vergütung, Pflegeaufwand, gewünschtem Zeitfenster, Ort und Dauer der Dienstleistung ab.
- ♦ auf ihre Ziele: im Geschäftsmodell von Service-Sharing-Plattformen wird der Umsatz aus dem Durchschnittswert der zugeordneten Aufgaben ermittelt, der Kundenzulauf generiert sich über die Kundenzufriedenheit mit den einzelnen Pflegekräften,
- ♦ auf den Gewinn: der Gewinn der Pflegekräfte ergibt sich hauptsächlich aus der Differenz zwischen dem Einkommen einer Pflegekraft (bezogen auf ihre Dienstauslastung) und den Kosten (bezogen auf ihre Reiseauslastung),
- ♦ die Pausenregelungen: gesetzlich vorgeschrieben für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, bei selbstständig tätigen Pflegekräften gibt es diese nicht.

In den vorliegenden Studien wurden unterschiedliche Strategien auf operativer Ebene aus der zentralen Perspektive dieser Plattformen entwickelt und experimentell untersucht. Ziel der bestmöglich entwickelten Strategie einer solchen Plattform ist, die gegebene Menge von Pflegefach- und Hilfskräften (Angebot) und eine Menge von Aufgaben (Nachfrage) für einen zukünftigen Arbeitstag zu koordinieren und abzustimmen. Dabei sollen dienstwegbezogene Kosten minimiert, ein Ausgleich der Arbeitsbelastung für Pflegekräfte garantiert und die Kundenzufriedenheit im Hinblick auf deren Präferenzen maximiert werden. Darüber hinaus sollen der Plattformumsatz sowie der Gewinn der Pflegefach- und Hilfskräfte und der Kundenzulauf maximiert werden. Die folgende Übersicht veranschaulicht die vier aus wohlfahrtsökonomischer Sicht experimentell untersuchten Strategien.

Tabelle 19: Matching-Strategien von Service-Sharing-Plattformen

Strategie	Inhalt
“self-interested”	erhöht den Gewinn der Pflegefach- und Hilfskraft mit steigendem Schwierigkeitsgrad der Klientinnen und Klienten,, erhält den Umsatz der Plattform und verringert den Kundenstamm
“customer-first”	erhöht den Gewinn der Pflegefach- und Hilfskraft mit steigendem Schwierigkeitsgrad, während der Umsatz der Plattform und der Kundenstamm gleichbleiben
“hard-work-happy-life”	erhöht den Umsatz der Plattform, den Gewinn der Pflegefach- und Hilfskraft und den Kundenstamm mit steigendem Schwierigkeitsgrad
„social-welfare“	erhöht den Gewinn der Pflegefach- und Hilfskraft, erhält den Umsatz der Plattform und verringert den Kundenstamm

Quelle: IGES, auf Grundlage von (Lin *et al.* 2021)

Auf gewinnorientierten Service-Sharing-Plattformen wird davon ausgegangen, dass der durchschnittliche Stundensatz der Pflegefach- und Hilfskraft und der Preis

pro Stunde für jede Aufgabe geschätzt und berechnet werden kann, indem der Stundensatz jeder Pflegefach- und Hilfskraft sowie der Preis und die Servicedauer jeder von der Kundin bzw. vom Kunden angeforderten und benötigten Aufgabe angegeben werden. Ein Vergleich der vier Matching-Strategien unter Beachtung aller Hauptfaktoren kommt zu dem Schluss, dass die "Social-Welfare"-Strategie für alle an der Service-Sharing-Plattform beteiligten Akteure und für die Gesellschaft insgesamt von Vorteil ist. Diese Strategie kann mit flankierenden Umverteilungsmaßnahmen des Staates den gesamtgesellschaftlichen Nutzen maximieren. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Strategien "customer-first" und "self-interested" mehr von flexiblen Servicedauern profitieren, jedoch eher negativ von Pausenanforderungen und zeitlichen Abhängigkeiten betroffen sind als die Strategien "social-welfare" und "hard-work-happy-life".

Ein bislang nicht umgesetztes Praxisbeispiel einer solchen Plattform, welches das Ziel verfolgt, Organisationen zu verbinden, um die bestmögliche Unterstützung für Klienten und Klientinnen zu gewährleisten, ist das *Connectz Tool*. Dem Tool ist eine Datenbank hinterlegt, welche in einem definierten geografischen Gebiet (Community) nach allen relevanten Dienstleistern und Unterstützungsmöglichkeiten in Zusammenhang mit den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen sucht. Gesundheitsdienstleister können in dieser cloudbasierten Anwendung nach Klientinnen und Klienten suchen und sie direkt an andere Dienste überweisen, den Stand der Übernahmen überprüfen und zur Koordinierung der Versorgung in Kommunikation treten. Wenn Dienste (z. B. Hauswirtschaft) für Klientinnen und Klienten gesucht, aber nicht gefunden werden, kann das Tool Berichte erstellen, die anzeigen, wo in bestimmten geografischen Regionen Versorgungslücken bestehen. Das Ziel dieses Tools ist es, Bedürfnisse der Bevölkerung mit dem Vorhandensein regionaler Dienste zu verknüpfen und letztendlich über die Versorgungsbereiche hinweg durch Senken der Transaktionskosten zu effizienten Versorgungsmanagementpraktiken zu führen, um die Gesundheitskosten zu senken.

Aktuell existieren bereits verschiedene Apps zur Vermittlung und Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen und ggf. Versorgungsdienstleistungen in der Häuslichkeit:

- ◆ Amazon Home Services (seit 2015, nur in den USA) und TaskRabbit (Plattform auch in Deutschland verfügbar, keine Pflegedienstleistungen im Angebot) vermittelt häusliche und persönliche Pflegedienstleistungen,
- ◆ u. a. Meituan und Ele.me bieten Mahlzeitendienste,
- ◆ AliHealth bietet medizinische und Rehabilitationsdienste.

Zusammenfassend haben diese Plattformen zukünftig das Potential einer koordinierten Vernetzung von Leistungserbringern und darüber hinaus einer koordinierten Zuweisung von Leistungserbringern. Somit würden Pflegebedürftige die bestmögliche Versorgung erhalten und Versorgungslücken könnten aufgezeigt und minimiert werden. Zudem ist eine Minimierung von Schnittstellenproblematiken

---

durch Vernetzung und Kooperation über die Plattform zu erwarten. Für evidenzbasierte Einschätzungen sowie zur Wahl der Plattform bedarf es allerdings zunächst einer Erprobung und wissenschaftlichen Begleitung, sodass an dieser Stelle keine abschließende Bewertung der Effizienzpotentiale für die ambulante Pflege vorgenommen werden kann.

### **Effizienzpotentiale und Übertragbarkeit**

Eine Übersicht der Effizienzpotentiale von Koordinierungszentren und zentralisierten Austauschplattformen für Dienstleistungen ist in Tabelle 20 dargestellt.

---

Tabelle 20: Übersicht der aus der Literaturanalyse identifizierten Effizienzpotentiale von Koordinierungszentren und Austauschplattformen für Dienstleistungen

Name	Konzept/Ansatz (Praxis-/ oder Umsetzungsbeispiel)	Identifizierte Effizienzpotentiale	Übertragbarkeit auf den nationalen Raum	Limitationen und hemmende Faktoren hinsichtlich der Übertragbarkeit
<b>Community Care Access Centres (CCAC)</b>	Koordinierung der Versorgung durch eine zentrale Anlaufstelle in der Region  <u>Umsetzungsbeispiel:</u> Vergleichbar mit Pflegestützpunkten, in den CCACs zusätzlich Abrechnung der Leistungserbringung	<ul style="list-style-type: none"> <li>↑ Bedarfseinschätzung/Planung/Koordinierung/Abrechnung der Leistungserbringung aus einer Hand</li> <li>↑ Zugang zu ambulanten Dienstleistungen für Pflegebedürftige</li> <li>↑ Koordinierung der Versorgung und Leistungen</li> </ul>	→	Verwaltung der Gesundheitsleistungen durch CCAC, Abrechnung mit Leistungserbringern durch ein Zentrum nicht umsetzbar, Verzögerungen in der Leistungserbringung durch geringes Budget/Versicherten, Umsetzung möglicherweise mit gesteigertem Wettbewerbsdruck der Leistungserbringer verbunden
<b>MLTSS - Medicaid Managed Long-Term Services and Supports</b>	Koordinierung der Versorgung durch eine zentrale Anlaufstelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>↓ Schnittstellenproblematik</li> <li>↑ versorgungsbereichübergreifende Versorgung</li> <li>↑ versorgungsbereichübergreifender Informationsaustausch</li> <li>↑ Koordinierung der Versorgung und Leistungen</li> <li>↓ Heimübergang</li> <li>↑ Verbleib in der Häuslichkeit</li> <li>↑ personenzentrierte Versorgung</li> <li>↑ Kontinuität der Versorgung</li> <li>↑ Effizienz Personal-/Ressourceneinsatz</li> </ul>	↓	Nicht eindeutige Evidenz, inkonsistente Ergebnisse, Trennung von SGB V und SGB XI-Leistungen, Finanzierungsverantwortung

Name	Konzept/Ansatz (Praxis-/ oder Umsetzungsbeispiel)	Identifizierte Effizienzpotentiale	Übertragbar- keit auf den nationalen Raum	Limitationen und hemmende Faktoren hinsichtlich der Über- tragbarkeit
<b>Service-Sharing- Plattformen</b>	Modellhafte Entwicklung eines Algorithmus einer Service-Sharing-Plattform zur verbesserten Koordinierung der Leistungserbringung in der ambulanten Versorgung  <u>Praxisbeispiel:</u> Connectz Tool	<ul style="list-style-type: none"> <li>↑ Koordinierung selbstständig tätiger Pflegefachkräfte</li> <li>↑ Vernetzung von Leistungserbringern</li> <li>↓ Versorgungslücken</li> <li>↓ Schnittstellenproblematik</li> <li>↑ Koordinierung der Versorgung und Leistungen</li> <li>↑ Effizienz Personal-/Ressourceneinsatz</li> <li>↓ Wege- und Fahrtzeiten</li> <li>↑ Zufriedenheit von Pflegebedürftigen und Angehörigen</li> <li>↑ Anzahl an zu Versorgenden Personen</li> </ul>	→	<p>Übertragbarkeit aufgrund des experimentellen Ansatzes nicht einschätzbar; Pflegefachkräfte sind in diesem Model unabhängige Auftragnehmer</p> <p><u>Praxisbeispiel:</u> Nicht initial für die ambulante Pflege entwickelt, System müsste angepasst werden, technische Voraussetzungen, Netzausbau, DSGVO</p>

Quelle:

IGES

Anmerkung:

Legende Effizienzpotentiale: ↑ = verbessert/optimiert; ↓ = weniger/gesunken

Legende Übertragbarkeit: ↑ = hohe Übertragbarkeit; ↓ = geringe Übertragbarkeit; → = übertragbar unter Berücksichtigung weniger Limitationen

Die in Kanada, Ontario umgesetzten CCACs bieten Versorgung für die Bevölkerung aus einer Hand und verwalten diese gleichzeitig. Diese zentrale Steuerung ermöglicht, dass sich die Person mit Pflegebedarf an nur eine Stelle wenden muss, diese den Bedarf einschätzt, die Pflege plant, die Leistungserbringer koordiniert und auch die Leistungserbringung abrechnet (Managed Care Modell). Für jeden Versicherten ist dabei eine maximale Anzahl an Versorgungsstunden gesetzlich geregelt und darf nur in begründeten Ausnahmen überschritten werden. Jedem CCAC steht nur ein begrenztes Budget für die Bevölkerung zur Verfügung, was u. a. aufgrund des rasanten Anstiegs des Bedarfs nach Pflegeleistungen in Kanada oder nicht individuell angepasster Pflegeplanungen durch die Koordinatorinnen und Koordinatoren zu Verzögerungen in der Leistungserbringung und zur Überschreitung des Budgets geführt hat. Der Zugang zu Leistungen und deren Qualität sind zudem regional unterschiedlich. Die Koordinierung der Leistungen für alle Versicherten aus einer Hand hätte nur unter folgenden Voraussetzungen Potentiale für verbesserte Resultate i. S. der Versorgung in der ambulanten Pflege:

- ♦ alle Anlaufstellen müssten ein adäquates Budget für die Versicherten erhalten,
- ♦ die Maßgabe der Personzentrierung und individuellen Bedarfe der Pflegebedürftigen darf nicht durch Höchstwerte von Leistungen limitiert werden,
- ♦ es müssten Standards und Richtlinien für die Priorisierung von Klientinnen und Klienten, um Wartezeiten für Personen mit unmittelbarem Hilfebedarf so gering wie möglich zu halten, vorgehalten werden,
- ♦ es müssten zentrale Wartelisteninformationen, um allen Leistungserbringern und Klienten und Klientinnen aktuelle Informationen über die Verfügbarkeit der Dienste zur Verfügung zu stellen, erstellt werden sowie
- ♦ Methoden zum Monitoring der Prozesse und zur Qualitätsüberwachung der Anbieter von häuslichen Pflegediensten und kommunalen Unterstützungsdiensten etabliert werden.

In Deutschland stößt die Umsetzung von Managed Care Modellen im Versorgungsalltag auf vielfältige Hemmnisse. Bisher gibt es mit dem seit 2006 laufenden IV-Projekt „Gesundes Kinzigtal“ ein erfolgreiches Projekt das versucht die Kooperation verschiedener Leistungserbringer im Gesundheitswesen auch über Berufs- und Versorgungsbereiche hinweg systematisch zu optimieren, bei gleichzeitig umfassender Budgetverantwortung (Evaluations-Koordinierungsstelle Integrierte Versorgung (EKIV) o. J. ). Wie das Beispiel der CCACs zeigte, können ungünstige Rahmenbedingungen oder Vorgaben zu Fehlanreizen führen bzw. das Erreichen einer effizienten Versorgung behindern.

Auch der Ansatz MLTSS kann aufgrund der Unterschiedlichkeit der Versorgungssysteme in den verschiedenen Bundesstaaten der USA nicht unmittelbar als übertragbar bezeichnet werden. Darüber hinaus gibt es keine eindeutigen Ergebnisse zu

---

den Vorteilen, die die Koordinierung von Leistungen erbracht hat. Unabhängig davon bestünde Potential aufgrund der Koordinierung der pflegerischen und medizinischen Versorgung sowie der Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Betreuungsleistungen über externe Pflegekoordinatorinnen und -koordinatoren. Das Effizienzpotential liegt in der Reduzierung der personalaufwendigen Koordinierung der Klientinnen und Klienten durch den ambulanten Pflegedienst. Der Einsatz des Personals in der direkten Versorgung der Klientinnen und Klienten könnte dadurch bedarfsgerechter gestaltet werden. Durch die enge Zusammenarbeit mit den lokalen Gesundheitsversorgern können zudem Schnittstellenproblematiken sowie Über-, Fehl- oder Unterversorgung vermieden und dadurch Einsparungen der Ressourcen ermöglicht werden. Daraus ergibt sich für das Versorgungssystem eine mögliche SGB V- und XI-übergreifende Entlastung und durch den kontinuierlichen Informationsaustausch auch eine gesteigerte Kontinuität in der Versorgung.

Die Übertragbarkeit der Implementierung von Service-Sharing-Plattformen ist nur limitiert einzuschätzen, da sich die Ergebnisse auf wohlfahrtstheoretische Modellrechnungen beziehen. Denkbar wäre eine (regional festgelegte) Plattform für die Vernetzung mehrerer ambulanter Dienste und ggf. weitere Leistungserbringer. Darüber könnten dann ebenfalls selbstständig tätige Pflegefachkräfte ihre Leistungen anbieten.

Grundlegend ist denkbar, dass vor allem Personen mit kurzzeitigem Pflegebedarf (z. B. als ambulante Verhinderungspflege) von einer solchen Plattform profitieren würden. Dies würde Effizienzpotentiale für ambulante Pflegedienste generieren, da diese mit dem Betroffenen für die kurze Zeitspanne keinen Pflegevertrag schließen müssen und den damit verbundenen (administrativen) hohen Aufwand nicht haben. Pflegefach- und Hilfskräfte könnten ihre Fahrt- und Wegezeiten reduzieren, indem sie direkt zwischen ihren Wohnorten und den Orten ihrer Tätigkeiten pendeln, und sie können innerhalb ihrer verfügbaren Zeitfenster mit Aufgaben betraut werden. Eine flexible Servicedauer ermöglicht eine schnellere Erledigung von Aufgaben und letztlich die Möglichkeit mehr Aufgaben einzuplanen.

### **5.3 Alternative ambulante Versorgungsformen**

In den letzten Jahrzehnten ist ein breites Angebot an neuen ambulanten Versorgungsformen entstanden, die deutschlandweit, wenn auch regional variierend, umgesetzt werden. In den nächsten Jahren ist mit einem weiteren Angebotsausbau zu rechnen.

Neue und innovative Wohnformen verfolgen den Ansatz, eine Alternative zu einer stationären Versorgung in einer Langzeitpflegeeinrichtung zu bieten. In ihnen können Menschen mit und ohne Hilfe- und Pflegebedarf selbstbestimmt leben und im Falle einer Pflegebedürftigkeit ambulante Pflege- und Betreuungsleistungen über Pflege- und Betreuungsdienste in Anspruch nehmen. Die konzeptuelle Ausgestaltung der Wohnangebote unterscheidet sich in vielfältiger Weise, sodass eine Bandbreite an Angebotsformen und Konzepttypen innerhalb der verschiedenen Formen besteht (siehe dazu Tabelle 6 auf S. 48). Je nach Konzept kann es sich hierbei

---

auch ausschließlich um Personen mit einem ähnlichen Krankheitsbild (bspw. Demenz), Versorgungsbedarf (z. B. Heimbeatmung) oder desselben kulturellen Hintergrundes handeln (Gräske *et al.* 2013, Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg und Fachstelle ambulant unterstützte Wohnformen (FaWo) 2016, Rothgang *et al.* 2017, Wolf-Ostermann *et al.* 2019).

Für eine effiziente Erbringung von Pflegeleistungen sind dabei vor allem Wohnformen relevant, in denen mehrere Personen mit einem Pflege- und Unterstützungsbedarf zusammenleben und gemeinschaftlich Leistungen durch einen Pflegedienst beanspruchen. Dieses Vorgehen bietet sich insb. in anbieterverantworteten ambulant betreuten Wohngruppen (z. B. Pflege-Wohngemeinschaften) oder Wohngemeinschaften in selbstverantworteten ambulanten Wohnformen an (bspw. in Seniorenwohngemeinschaften), in denen i. d. R. zwischen 8 bis 12 pflegebedürftige Personen zusammenleben.

In den selbstverantworteten ambulanten Wohnformen können neben Personen ohne oder mit einem geringerem Pflege- und Unterstützungsbedarf auch Menschen mit stärkeren Beeinträchtigungen zusammenleben – im Vordergrund steht der Gemeinschaftsaspekt. Der Alltag, die hauswirtschaftliche und pflegerische Versorgung wird durch die Bewohnerinnen und Bewohner der Wohnform selbst oder in Unterstützung durch Angehörige bzw. gesetzlich Betreuende/Bevollmächtigte organisiert. Teilweise werden in Kooperationsvereinbarungen einzelne Aufgaben der Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörigen, gesetzlich Betreuenden oder Bevollmächtigten festgelegt. Reichen informelle Pflege- und Unterstützungsleistungen nicht mehr aus oder können nicht erbracht werden, werden entweder individuell verschiedene Pflegedienste oder ein durch die Wohngemeinschaft gemeinschaftlich bestimmter Pflegedienst zur Leistungserbringung herangezogen.

Im Gegensatz dazu gibt es anbieterverantwortete ambulant betreute Wohnformen. In dieser Wohnform leben i. d. R. Menschen mit einem ausgeprägten Pflege- und Unterstützungsbedarf, bspw. in Pflege-Wohngemeinschaften zusammen. Anbieter der Wohngemeinschaften erbringen durch dauerhaft anwesende Präsenzkräfte feste Grundleistungen, wie bspw. die Mahlzeitenversorgung, Reinigung und Grundpflege. Darüberhinausgehende Leistungen werden durch individuell oder gemeinschaftlich beauftragte Pflegedienste und weitere Akteure erbracht.

Pflege-Wohngemeinschaften lassen sich organisatorisch in folgende drei Typen einteilen:

- ♦ Typ I: Vermietung, Betreuung, Hauswirtschaft und Pflege liegen in Verantwortung des ambulanten Trägers bzw. Betreibers
- ♦ Typ II: ambulanter Pflegedienst übernimmt die 24 h-Betreuung und Pflege sowie die Kommunikation mit Angehörigen, medizinischen Dienstleistern (in der Quelle nicht näher spezifiziert), Ehrenamtlichen und vermittelt



Personen, die sich ehrenamtlich in der Betreuung engagieren (v. a. Spaziergänge, Gesang, Spiele; vgl. § 45a SGB XI); Beteiligung von Angehörigen unterschiedlich hinsichtlich der Selbstverwaltungsaufgaben

- ♦ Typ III: institutionalisierte Angehörigenbeteiligung (Angehörigenvereinbarung, Aufgaben und ggf. Ämter), Angehörige sind Bezugspersonen und gesetzl. Vertreterinnen/Vertreter der Pflegebedürftigen, Angehörige schließen sich als GbR zusammen und sind maßgeblich an Instandhaltung, Belegung, Koordinierung von Pflegedienst und anderem WG-Personal beteiligt (Reimer und Riegraf 2015).

Ambulant betreute Wohnformen stellen somit einerseits eine Alternative zur klassischen Versorgung in einer stationären Langzeitpflegeeinrichtung dar und sichern andererseits ein möglichst hohes Maß an Selbstbestimmung ab. In den verschiedenen Projekten zu neuen Wohnformen werden informelle Hilfen (z. B. ehrenamtliche Betreuungsleistungen oder Versorgung durch pflegende Angehörige) ebenso wie professionelle Dienstleister in die Versorgung der pflegebedürftigen Menschen einbezogen. Teilweise erfolgt die Koordinierung bedarfsgerechter Versorgungsleistungen über ein gezieltes Fallmanagement.

Es zeigt sich in der Versorgungspraxis eine konzeptionell stark differenzierte Projektlandschaft, wobei nicht alle initiierten Projekte tatsächlich in vollem Umfang realisiert werden können<sup>26</sup> (vgl. GKV-Spitzenverband 2018). Dies liegt teilweise an dem großen Aufwand und der herausfordernden Planung, mit dem die Projekte einhergehen, und welche die Umsetzung erschweren, wie u. a.:

- ♦ Planung des individuellen Wohnraums und der Gemeinschaftsflächen in einem Großhaushalt (ca. 8 bis 12 meist pflegebedürftige Personen),
- ♦ Berücksichtigung von Mobilitätseinschränkungen (z. B. Barrierefreiheit),
- ♦ (rechtliche) Berücksichtigung der besonderen Schutzbedarfe,
- ♦ Sicherstellung von Pflege- und Betreuungsleistungen.

Handelt es sich bei den pflegebedürftigen Personen um Personengruppen mit speziellen Bedarfen (z. B. Personen mit Migrationshintergrund und Sprachbarriere) zeigte sich die Suche nach geeigneten Leistungserbringern in der Praxis als entsprechend erschwert.

Insgesamt zeigte sich projektübergreifend, dass die Versorgungssicherheit der Bewohnerinnen und Bewohner in neuen Wohnformen optimiert und Pflegeleistungen bedarfsgerecht erbracht werden konnten. Gemeinschaftliche Versorgungssettings und ein gezieltes Management an Versorgungsschnittstellen konnten im

---

<sup>26</sup> Für ausgewählte Projektbeispiele siehe Steckbrief „Neue Wohnformen für pflegebedürftige Menschen“ im Anhang A4. Weitere Projekte werden im Projektreader „Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen“ des GKV-Spitzenverbandes (2018) aufgeführt.

---

Rahmen von Case Management organisiert und koordiniert werden. Ein regelmäßiger Austausch zwischen den Beteiligten förderte in den Projekten die Zusammenarbeit, Qualität und Gewährleistung einer individuellen Versorgung. In der Praxis zeigten sich Grenzen in der Wahlfreiheit ambulanter Pflegedienste und Leistungen. Diese besteht zwar theoretisch, kann allerdings bei Einzug in eine selbstverantwortete Wohngemeinschaft mit einem festen Pflegevertrag mit einem ambulanten Dienst eingeschränkt sein.

Mit Blick auf Pflegekräfte liefern Studien Hinweise auf bessere Arbeitsbedingungen und eine höhere Arbeitszufriedenheit bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie weniger Burnout, eine größere Entscheidungsautonomie und eine individuellere Pflege.

Die Bündelung der Leistungserbringung kann zudem zur Qualitätsentwicklung von Pflegedienstleistungen beitragen. In den Projekten berichtete Qualitätssteigerungen können objektiv nicht erfasst werden, da die Evidenzlage unzureichend ist. In der ambulanten pflegerischen Versorgung in den neuen Wohnformen sind bislang keine Qualitätsprüfungen durch den MD vorgesehen. Die Studienlage zur Versorgungsqualität in ambulanten Pflege-Wohngemeinschaften ist als unzureichend zu bewerten, was in konzeptionellen Schwierigkeiten begründet liegt (vgl. Gräske *et al.* 2013, Wolf-Ostermann *et al.* 2019).

2019 legten Wolf-Ostermann *et al.* einen Abschlussbericht über die erste, exemplarische Testung eines Instruments zur Qualitätsberichterstattung, zur Beratung und zur internen und externen Qualitätssicherung in neuen Wohnformen nach § 113b Abs. 4 SGB XI vor, das auf fünf Qualitätsmerkmale ausgerichtet ist und nicht nach verschiedenen Wohntypen- und -konzepten differenziert:

- ◆ Versorgungskontinuität,
- ◆ Nutzerorientierung,
- ◆ Selbstbestimmung/Selbstverantwortung,
- ◆ Koordinierung sowie
- ◆ Transparenz.

Eine Weiterentwicklung des Instruments und umfassende Evaluation wird empfohlen, da weiterhin kein geeignetes Instrument zur Qualitätsüberprüfung in neuen Wohnformen zur Verfügung steht und damit eine objektive Beurteilung der Versorgungsqualität und entsprechender Effizienzpotentiale nicht gegeben ist.

Eine Neustrukturierung der pflegerischen Versorgung von Klientinnen und Klienten ist ebenfalls durch den Aufbau eines Quartiersansatzes möglich. Dies unterscheidet sich zwar von den genannten Wohnformen, da die Klientinnen und Klienten in ihrer eigenen Häuslichkeit verbleiben, bietet aber ebenfalls eine 24-stündige Versorgung, z. T. auch schwerstpflegebedürftiger Personen, ohne einen Übergang in die stationäre Versorgung.

---

Der Pflegedienst Thomas Rehbein hat es sich zum Ziel gemacht, innovative Versorgungsansätze in der ambulanten Versorgung zu finden, um den Folgen des demografischen Wandels und des Fachkräftemangels entgegenzuwirken (Braeseke *et al.* 2020a, Pflegedienst Thomas Rehbein o. J. ). Im Quartier „Eigenheim/Komponistenviertel“ (Wiesbaden) wurde eine ortsnahe, fußläufige Quartierspflege etabliert. Durch die enge Vernetzung von Pflegedienst und Quartier in einem gemeinsamen Quartiersbüro mit Nachtpflegedienst ist eine 24-stündige Absicherung der benötigten Versorgung (auch Schwerst-) Pflegebedürftiger in der Häuslichkeit möglich.

Nach Angaben des Pflegedienstes wurden durch das Quartierskonzept folgende Ergebnisse erreicht:

- ◆ Wegfall langer Fahrt- und Wegezeiten,
- ◆ Stressreduktion bei Mitarbeitenden, Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit sowie gesteigerte personelle Kontinuität für Klientinnen und Klienten,
- ◆ Veränderung des Personalschlüssels von 1:5 auf 1:6,
- ◆ deutliche Steigerung der Gewinnung von Neukunden durch direkten Kontakt in den Quartiersmanagementbüros,
- ◆ Schaffung bedarfsgerechter Pflegeangebote, die die Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Menschen wahren,
- ◆ Durch 24-Stunden-Pflege im Quartier längerer Verbleib in der eigenen Häuslichkeit möglich und dadurch Vermeidung bzw. Verzögerung des Heimeintritts,
- ◆ Steigerung der Versorgungssicherheit (u. a. durch 24-Stunden-Betreuung im Bedarfsfall in der eigenen Häuslichkeit).

Eine wissenschaftliche Begleitung und Evaluation liegt nicht vor, weshalb keine abschließende, wissenschaftlich fundierte Beurteilung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses und tatsächlich nachweisbarer Effekte auf bspw. den längeren Verbleib Pflegebedürftiger in der Häuslichkeit möglich ist. Allerdings gibt der Pflegedienst an, dass es zu Beginn hoher Eigeninvestitionen bedurfte und durch die Kooperation mit einem Wohnungsanbieter kostenfreie Mieträume für das Quartiersbüro zur Verfügung standen, was zu einer Mietkostensparnis führte und das Projekt finanzierbar machte. Aufgrund der fehlenden Rahmenregelungen hinsichtlich der Finanzierung durch die Pflegekassen und fehlenden Rechtssicherheit für Pflegedienste bei Aufbau und Leistungserbringung über den Quartiersansatz, haben die Pflegekassen das Vorhaben der Nutzung des Quartiersbüros zunächst abgelehnt.

### **Effizienzpotentiale und Übertragbarkeit**

Projekte zu neuen Wohnformen werden in unterschiedlicher Weise bereits umgesetzt und scheinen, basierend auf bisherigen Projekterfahrungen, prinzipiell auf städtische und ländliche Regionen übertragbar zu sein. Bundesweit gab es 2017

---

3.891 ambulant betreute Wohngemeinschaften und 13,5 % der ambulanten Pflegedienste planen eine Ausweitung ihres Angebotes in ambulant betreuten Wohngemeinschaften (Rothgang *et al.* 2017).

Eine Übersicht der Effizienzpotentiale ist Tabelle 21 zu entnehmen.

---

Tabelle 21: Übersicht der aus der Literaturanalyse identifizierten Effizienzpotentiale alternativer ambulanter Versorgungsformen

Name	Konzept/Ansatz (Praxis-/ oder Umsetzungsbeispiel)	Identifizierte Effizienzpotentiale	Übertragbar- keit auf den nationalen Raum	Limitationen und hemmende Faktoren hinsichtlich der Über- tragbarkeit
<b>Neue Wohnfor- men für pflege- bedürftige Men- schen</b>	Ambulante Wohnkonzepte als Alternative zur stationären Versorgung mit ambulanter Versorgung  <u>Konzepte:</u> Pflege-WG (selbst- verantwortet, anbieterver- antwortet), Wohnprojekte mit Quartiersbezug, Senio- renwohnanlagen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>↑ Koordinierung der Versorgung und Leistungen</li> <li>↑ Effizienz Personal-/Ressourceneinsatz</li> <li>↑ Anzahl an zu versorgenden Personen</li> <li>↓ Wege- und Fahrtzeiten</li> <li>↑ Effizienz der Versorgungsprozesse</li> <li>↑ Selbstpflegefähigkeit/Selbstmanagement auf Ebene der Pflegebe- dürftigen</li> <li>↓ Heimübergang</li> <li>↑ Verbleib in der Häuslichkeit</li> <li>↑ Anzahl an zu versorgenden Personen</li> </ul>	↑	Unzureichende Evidenzlage hin- sichtlich der Wirtschaftlichkeit, Trennung von SGB V- und SGB XI- Leistungen, Mehrausga- ben für die Sozialversicherung, unzureichende Evidenzlage zu Gesundheitsresultate der Pflege- bedürftigen
<b>Komponisten- viertel (Pflege- dienst Thomas Rehbein)</b>	Quartiersbezogene Versor- gung	<ul style="list-style-type: none"> <li>↑ Effizienz der Versorgungsprozesse</li> <li>↑ personenzentrierte Versorgung</li> <li>↑ Koordinierung der Versorgung und Leistungen</li> <li>↑ Effizienz Personal-/Ressourceneinsatz</li> <li>↓ Wege- und Fahrtzeiten</li> <li>↑ versorgungsbereichübergreifende Versorgung</li> <li>↑ versorgungsbereichübergreifender Informationsaustausch</li> <li>↑ Anzahl an zu versorgenden Personen</li> <li>↑ Attraktivität des Pflegeberufes/Arbeitszufriedenheit</li> </ul>	↑	Quartiersansatz und Nutzung des Quartiersbüro bedingte eine ge- sonderte Vereinbarung mit den Pflegekassen zur Leistungsüber- nahme

Quelle:

IGES

Anmerkung:

Legende Effizienzpotentiale: ↑ = verbessert/optimiert; ↓ = weniger/gesunken

Legende Übertragbarkeit: ↑ = hohe Übertragbarkeit; ↓ = geringe Übertragbarkeit; → = übertragbar unter Berücksichtigung weniger Limitationen

Das Konzept der selbstverantworteten Wohngemeinschaften, welche den Fokus stark auf die selbstverantwortliche Organisation der Versorgung legt, ist aus Akteurssicht weniger abhängig von wirtschaftlichen Erwägungen etwaiger Träger, was die Übertragbarkeit erhöht. Eine erfolgreiche Umsetzung der Projekte bedingt jedoch, dass sich die Mieterinnen und Mieter ihrer Doppelrolle als Nutzerin bzw. Nutzer und Organisatorin bzw. Organisator von Dienstleistungen bewusst sind und diese ausfüllen können. Die erforderlichen Pflege-, Unterstützungs- und Betreuungslandschaften machen eine intensive Vernetzung der bestehenden Versorgungsstrukturen nötig. Andere Konzepte (bspw. Wohnstifte in Seniorenwohnanlagen) erfordern eine ausreichende Anzahl von Mieterinnen und Mietern, um wirtschaftlich tragfähig zu sein, was wiederum die Übertragbarkeit erschwert. Des Weiteren besteht, wie in vielen Bereichen der pflegerischen Versorgung, auch hier das Abgrenzungsproblem zu einem der beiden Versorgungsbereiche (ambulant und stationär).

Ambulant betreute Wohngemeinschaften sind insgesamt ähnlich leistungsfähig wie stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen. Die Gesamtaufwendungen inkl. häuslicher Krankenpflege fallen jedoch teilweise höher aus als bei Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen. Pflege Wohngemeinschaften bieten somit auf Systemebene kaum finanzielle Vorteile gegenüber der Versorgung in einer stationären Langzeitpflegeeinrichtung, allerdings ist die Studienlage hierzu begrenzt. Die verstärkte Nutzung neuer Wohnformen führte im Jahr 2017 zu deutlichen erwarteten Mehrausgaben bei den Sozialversicherungsträgern (je nach Szenario von 276 Mio. bis 608 Mio. Euro, die Differenz der Ausgaben für neue ambulant betreute Wohnformen und dem Referenzszenario beziffert die Ausgabeneffekte für die Sozialversicherung) (Rothgang *et al.* 2017).

Ein potentieller Mehrwert ambulant betreuter Wohnformen liegt vor allem in der hohen Ähnlichkeit zum häuslichen Umfeld. Darüber hinaus bestehen bessere Einbindungsmöglichkeiten in soziale Netzwerke und das Quartier sowie individuellere Wahlmöglichkeiten bei den Pflege- und Betreuungsleistungen. Die gepoolte Leistungserbringung kann zu Kosteneinsparungen bei den ambulanten Pflegediensten führen. Andererseits zeigt das Gutachten von Rothgang *et al.* 2017, dass mit immensen Mehrausgaben der Sozialversicherung zu rechnen ist. Diese Mehrausgaben sind nur gerechtfertigt, wenn diese mit einer steigenden Lebensqualität der Pflegebedürftigen einhergehen. Die Studienlage zu Auswirkungen auf diesen Ergebnisparameter ist jedoch begrenzt.

Durch die gepoolte Leistungserbringung entfallen für die ambulanten Pflegedienste Wege- und Fahrtzeiten. Absprachen zur pflegerischen Versorgung können unkompliziert und leichter vor Ort mit allen Pflegebedürftigen getroffen werden, die Leistungen durch den Dienst beziehen. Leistungen könnten daraus resultierend effizienter erbracht werden. Durch zeitliche Einsparungen entstehen zusätzliche zeitliche Kapazitäten, in denen weitere Klientinnen und Klienten durch den Pflegedienst betreut werden können, was zu Umsatzsteigerungen bei den Diensten führen könnte. Zusätzlich ergibt sich für ambulante Dienste ein neues Marktfeld.

Der Ansatz des Pflegedienstes Thomas Rehbein über das Komponistenviertel in Wiesbaden eine ambulante 24-stündige pflegerische Betreuung sicherzustellen, ermöglicht eine (längere) Betreuung auch schwerpflegebedürftiger Menschen in der eigenen Häuslichkeit und reduziert somit potentiell die Anzahl und Dauer von stationären Langzeitversorgungen. Durch den Quartiersansatz könnten regionale Kooperationen und Zusammenarbeit mit anderen Akteuren der Gesundheitsversorgung (z. B. Therapeutinnen und Therapeuten, Ärztinnen und Ärzte) intensiviert und die Versorgung der Pflegebedürftigen insgesamt bedarfsgerecht optimiert werden. Eine wohnortnahe Versorgung im Quartier kann durch den Wegfall von Fahrt- und Wegezeiten sowohl Zeit-, als auch Kosteneinsparungen und eine höhere Arbeitszufriedenheit bei beruflich Pflegenden erzielen.

Diese quartiersbezogene Versorgung ist auch in anderen Regionen als übertragbar zu bewerten, insb. in städtischen Gebieten. Fehlende Rahmenvorgaben haben die Finanzierung des Projektes erschwert und stellen ein entsprechendes Hemmnis in der Implementierung weiterer gleichartiger Quartiersansätze und Projekte in Deutschland dar.

---

## 6. Recherche zu technischen Anwendungen in der ambulanten Pflege

Die identifizierten technischen Anwendungen aus der Recherche sind in Kapitel 6 dargestellt. In den Unterkapiteln erfolgt die nach Themenschwerpunkt der Anwendungen geclusterte Analyse sowie die Darstellung der möglichen Effizienzpotentiale für die ambulanten Pflegedienste.

Über die Recherche konnten insgesamt 25 Anwendungen identifiziert werden, davon sind 15 in Deutschland verfügbar. Die weiteren zehn Anwendungen wurden im internationalen Kontext gefunden; darunter Rumänien, Australien, Schweden, Großbritannien, Niederlande, Norwegen, Kanada und USA.

Acht von 25 technischen Anwendungen adressieren (Kapitel 6.1):

- ♦ die Pflegeprozessplanung und Assessments,
- ♦ die Pflegedokumentation und -planung (inkl. Leistungsplanung und -erfassung),
- ♦ die Personalplanung und -verwaltung (inkl. Dienstplanung und Arbeitszeiterfassung),
- ♦ die Abrechnung (inkl. Stundenabrechnung der Beschäftigten und den verschiedenen Kassen),
- ♦ die Tourenplanung,
- ♦ den internen Informationsaustausch (bspw. Übergaben der Pflegekräfte),
- ♦ das Controlling sowie
- ♦ den Datenaustausch mit Kostenträgern im Rahmen der Leistungsgenehmigung und -abrechnung.

Zwölf von 25 Anwendungen verfolgen die Zielstellung (Kapitel 6.2):

- ♦ Informationen mit Pflegebedürftigen und/oder anderen Leistungserbringern bspw. im Rahmen der Wundversorgung auszutauschen sowie
- ♦ Leistungen digital zu erbringen (z. B. Unterstützung Medikamenten-Management, Einnahmekontrolle).

Die SGB V- und XI- übergreifende Steuerung ambulanter pflegerischer Versorgung unterstützen fünf von 25 digitale Anwendungen (Kapitel 6.3). Vier davon sind Überleitungsplattformen, die die Organisation der nachstationären Pflege effizienter gestalten sollen. Eine weitere Plattform entstand im Rahmen der COVID-19-Pandemie und ermöglicht eine regionale Vernetzung ambulanter Pflegedienste untereinander. Eine Übersicht über alle Anwendungen ist Anhang A5 zu entnehmen.

---



## 6.1 Anwendungen zur pflegedienstinternen Koordinierung, Planung und Abrechnung von Pflegeleistungen

In Deutschland existiert eine Vielzahl an Anbietern, die sich auf Softwarelösungen für stationäre und ambulante Pflegedienste spezialisiert haben. Je nach Einrichtungstyp unterscheiden sich die Anwendungen in der jeweiligen Ausgestaltung. Der Inhalt und der Umfang der Einzelanwendungen variiert zwischen den verschiedenen Herstellern, das grundsätzliche Prinzip hinter den Anwendungen ist dabei oft ähnlich.<sup>27</sup>

In der Regel bieten die Softwareunternehmen sog. Module an, aus denen sich die ambulanten Pflegedienste den Umfang der gewünschten Software selbst zusammenstellen können. Einzelne Komponenten sind miteinander verknüpft und eine Nutzung nur einer Komponente scheint nicht sinnvoll zu sein (bspw. Dienst- und Tourenplanung). Es ist auch möglich, dass die Softwareunternehmen eine entschlackte Basisversion anbieten und zusätzliche Module hinzugebucht werden können.

Die verschiedenen Module sind hauptsächlich:

- ◆ (Stammdaten-)Verwaltung,
- ◆ Dienstplanung und Mitarbeiterverwaltung sowie Fortbildungsplanung,
- ◆ Arbeitszeiterfassung und -konten,
- ◆ Touren- und Einsatzplanung sowie Wirtschaftlichkeitsprüfung der Touren,
- ◆ Fahrzeugverwaltung,
- ◆ Management von Verordnungen, digitale Verordnungserfassung, Wiedervorlagesysteme für (Folge-)Verordnungen,
- ◆ Pflege- und Betreuungsdokumentation,
- ◆ Foto- und Wunddokumentation,
- ◆ mobile Leistungserfassung,
- ◆ Abrechnungen und Datenaustausch mit Kostenträgern
- ◆ Controlling sowie
- ◆ Vernetzung mit anderen Berufsgruppen und innerbetriebliche Vernetzung.

---

<sup>27</sup> Das Unternehmen Softguide listet unter <https://www.softguide.de/> Softwareanwendungen für unterschiedliche Branchen mit ersten Kern- und Herstellerinformationen auf. Über die Filterfunktion können die Faktoren Budget, Anzahl der Software-Arbeitsplätze, der Standort (PLZ) und die Pflegedienstgröße (Anzahl Mitarbeitende) eine Vorauswahl an Anwendungen getroffen werden. Zusätzlich ist eine manuelle Suche möglich. Relevant sind hierbei die Kategorien "Pflegedokumentation, Pflegeplanung", "Pflegeheime, Altenpflege", "Soziale Einrichtungen" und "Allgemeine Healthcare- und medizinische Software".

---

Der Inhalt der Module variiert zwischen den Anbietern. So ist z. B. die Planung und Erfassung von absolvierten Fortbildungen individuell für Beschäftigte teilweise nicht in die Dienstplanung und Mitarbeiterverwaltung integriert und muss als Zusatzmodul gekauft oder gemietet werden.

Die Dienst- und Tourenplanung ist vor allem in der Kombination sinnvoll. Mitarbeitenden können so geplanten Touren zugeordnet werden. Nutzen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mobile Endgeräte zum Informationsaustausch und zur digitalen Leistungserfassung, erhalten sie ihren Tourenplan mit allen relevanten Informationen (Übersicht der Klientinnen und Klienten, Adressen, Einsatzzeiten, durchzuführende Leistungen, Wünsche etc.) und es können Veränderungen in der Tour direkt in Echtzeit an die Endgeräte gesendet werden. Mitarbeitende müssen bei Veränderungen nicht mehr telefonisch kontaktiert werden. Die Pflegedienstleitung erhält wiederum zeitnah einen Überblick über bereits besuchte Klientinnen und Klienten sowie erbrachte Leistungen. Automatische Wirtschaftlichkeitsprüfungen können in die Tourenplanung einbezogen werden und haben das Potential zu einer verbesserten Planung beizutragen.

Ist eine Arbeitszeiterfassung in das Modul eingebunden, werden automatisch auch Arbeitszeiten der Pflegefach- und -hilfskräfte erfasst. Lohn- und Arbeitszeitmodelle sowie Zuschläge können hinterlegt werden. Erfasste Arbeitszeiten können nach Freigabe durch die Pflegedienstleitung automatisch an die Lohnbuchhaltung weitergeleitet werden. Eine manuelle Erfassung von Arbeitszeiten für jede Beschäftigte bzw. jeden Beschäftigten entfällt somit. Auch eine Über- und Unterauslastung der einzelnen Fach- und Hilfskräfte kann durch die Software frühzeitig erkannt werden (SOLL-/IST-Arbeitszeit inkl. gesonderter Arbeitszeiten für bspw. Meetings, Qualitätszirkel etc.). Die Pflegedienstleitung erhält so die Möglichkeit, die Dienst- und Tourenplanung entsprechend anzupassen. Zur Einhaltung von Vorgaben für geringfügig Beschäftigte enthalten einige Anwendungen eine gesonderte Überwachung. Weiterhin können in einigen Produkten Angaben zu (geplanten) Fortbildungen als Fortbildungsnachweis integriert werden.

Teilweise können auch Qualifikationen in den Profilen der Mitarbeitenden individuell hinterlegt werden. So erkennen die Module zur Tourenplanung bspw. ob die Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der geplanten (Pflege-)Leistung entspricht. In einigen Softwareanwendungen zur Tourenplanung können auch Fahrradtouren geplant werden, was bei einer quartiersnahen Versorgung für Pflegedienste von Interesse sein kann. Zudem können die Arbeitsbereiche einzelner Module, bspw. Tourenplanung, Dienstplanung, Arbeitszeiterfassungen oder Abrechnung, intelligent miteinander vernetzt werden. Dadurch können u. a. benötigte Arbeitszeiten für Hausbesuche im Voraus geschätzt oder ein automatischer Planungsvorschlag der Touren durch die Anwendung erstellt werden.

Meist beinhalten die Softwareanwendungen eine Stammdatenverwaltung. Hier sind z. B. vorausgefüllte Leistungsausdrucke für Klientinnen und Klienten enthalten. Die Leistungserfassung kann so flexibel entweder digital über einen PC oder mobiles Endgerät oder papierbasiert erfolgen. Auch Mitarbeiterdaten oder Daten

---

zu Kontaktpersonen der Klientinnen und Klienten oder der jeweiligen Kostenträger können hinterlegt werden und stehen einheitlich strukturiert zur Verfügung.

Auch eine digital gestützte Durchführung von bspw. Assessments, der Pflegeprozessplanung, Maßnahmenplanungen, Evaluationen oder Pflegevisiten ist möglich. Geplante und durchgeführte Pflege- und Betreuungsleistungen sowie Vitalparameter können digital erfasst und dokumentiert werden. Auch das Anlegen und Führen von bspw. Trink- und Ernährungsprotokollen, Schmerzprotokollen oder Medikamentenplänen sind möglich. Je nach Anwendung können zusätzlich Wundversorgungen dokumentiert und Fotos gespeichert werden. Teilweise ist zudem eine Einbindung von ICD-10 Codes und ICF-Diagnosen in die elektronische Akte der Klientinnen und Klienten möglich.

Alle Anwendungen beinhalten Module oder Schnittstellen für eine digitale Leistungsabrechnung mit den Kassen und die automatische Erstellung von Rechnungen sowie Mahnungen. Überwachen lassen sich über die Softwareanwendungen auch Zahlungseingänge. Oftmals gibt es vorab die Möglichkeit auf automatische Prüfungen, sodass die Abrechnungen ohne größere Verzögerungen aufgrund bspw. fehlender Werte oder Fehlern beim Ausfüllen vonstattengehen können. Zudem bestehen Schnittstellen oder Module zur Lohn- und/oder Finanzbuchhaltung sowie für das Erstellen von Statistiken und Berichten (u. a. Kosten und Erlöse, Pflegegehalte, Auslastung, Struktur der Klientinnen und Klienten, Umsätze und Umsatzprognosen, relevante Daten zu Mitarbeitenden etc.).

Einige Module erlauben das digitale Erfassen von ärztlichen Verordnungen zu SGB V-Leistungen (bspw. über Handscanner, die die komplette Verordnung in kurzer Zeit scannen können). Die Programme prüfen die Inhalte der Verordnungen automatisch auf Fehler oder fehlende Angaben. Teilweise werden auch automatisch Fristen zur Wiedervorlage geprüft. Über eine Softwareanwendung, bei der knapp 40 gesetzlichen Krankenversicherungen angegliedert sind, können ärztliche Verordnungen zur Genehmigung direkt digital an die Kasse geschickt werden. Die Pflegedienste erhalten so früher Rückmeldung zur Genehmigung und gewinnen ihrerseits an Sicherheit auch Leistungen zu erbringen, die auch zeitnah abrechenbar sind.

Je nach Anwendung sind Möglichkeiten zur externen und dienstinternen Vernetzung und zum Informationsaustausch integriert bzw. als Extra-Modul verfügbar. Über die interne Vernetzung können bspw. unter den Pflegekräften Absprachen zum Tausch von Klientinnen und Klienten in einer Tour stattfinden oder Nachrichtensysteme bei Neuigkeiten, Archive mit Protokollen und Dienstanweisungen integriert werden. Extern können sich Pflegedienste mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten oder auch Angehörigen sowie Klientinnen und Klienten vernetzen und Informationen zum Versorgungsgeschehen austauschen und dokumentieren.

Möglich ist auch eine digitale Fahrzeugverwaltung. Diese beinhalten u. a. die Verwaltung des Fuhrparks mit allen Werkstattterminen, laufenden Kosten und Übersichten mit der mitarbeiterindividuellen Zuordnung einzelner Fahrzeuge oder das Führen der Fahrtenbücher.

Als Modul verfügbar ist z. T. auch eine digitale Patientenakte, die über ein Tablet eingesehen werden kann. Dieses verbleibt im Haushalt der pflegebedürftigen Person und enthält bspw. Informationen zur Person, zur Kranken- und Pflegeversicherung, zum Pflegegrad, zu ärztlichen Verordnungen, zu Pflegeverträgen und -dokumentation, zum Personalpool und einen Patientenkalender.

Insgesamt ist der Markt für an Software interessierten ambulanten Pflegediensten sehr unübersichtlich. Eine intensive Beratung der Pflegedienste ist ratsam. Auch die Preisgestaltung hängt von verschiedenen Faktoren ab. Einige Hersteller staffeln ihre Preise nach Größe des Pflegedienstes und Anzahl der zu versorgenden Klientinnen und Klienten. Daneben ist vor allem relevant, welche der verschiedenen Module in die Software integriert werden sollen. Je umfangreicher die Softwareanwendung, desto kostenintensiver wird es für die Pflegedienste. Weiterhin ist zu berücksichtigen, wie viele Mitarbeitende jeweils über technische Endgeräte (Tablets und/oder Smartphones) digital Zugriff zur Anwendung haben sollen, um bspw. digital Daten erfassen und senden zu können.

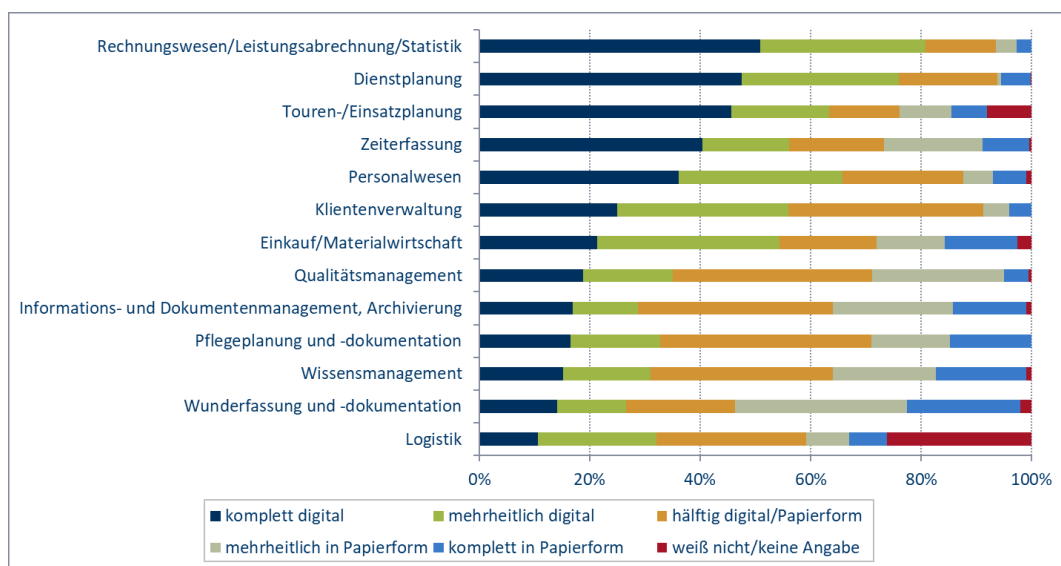
Die Anbieter von Software selbst werben direkt und indirekt vor allem mit Zeiteinsparungen, wirtschaftlicher Kostenoptimierung (z. B. Wirtschaftlichkeitsprüfungen von Touren, automatisierte Tourenplanung durch eine KI, Dienstplanübersichten), Kosteneinsparungen, dem Nachkommen rechtlicher Vorgaben (Abrechnung mit Kranken-/Pflegekassen, Fortbildungsnachweise, Qualifikationsanforderungen an die eingesetzten Pflegekräfte) und im Fall von SGB V-Leistungen mit finanzieller Sicherheit (bspw. Übersicht der Genehmigung von ärztlichen Verordnungen, Sicherstellung, dass keine nicht-abrechenbaren Leistungen erbracht werden), einer gesteigerten Versorgungsqualität (z. B. durch Austausch und Vernetzung mit anderen Leistungserbringern) sowie ferner mit der Reduktion von Stress.

Die Höhe der Kosten- und Zeiteinsparungen lässt sich nicht beurteilen. Den ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten entstehen mit der Implementierung und dauerhaften Nutzung der Softwareanwendungen Kosten (bspw. Anschaffungskosten der Endgeräte und Software, Kosten für die Einarbeitung und Schulung von Beschäftigten), die den Einsparungen gegenzurechnende Kosten verursachen. Entstehen technische Probleme, die die Funktionalität der Anwendung beeinflussen oder muss die Software regelmäßig gewartet werden, muss hier ungeplante Arbeitszeit investiert werden. Die 2017 von IGES für die BGW durchgeführte Marktrecherche zu Pflegedokumentationssoftware in der Altenpflege zeigte, dass für stationäre Pflegeeinrichtungen die Preise um mehrere tausend Euro schwanken können. Für eine stationäre Langzeitpflegeeinrichtung mit 100 Langzeitpflegegästen lagen die Kosten zwischen 5,00 € pro Bewohnerin bzw. Bewohner monatlich (Miete) bis einmalig ca. 10.000 € (Kauf). Auch für ambulante Pflegedienste dürften die Kosten entsprechend hoch und abhängig vom Anbieter unterschiedlich ausfallen.

Wie verbreitet die oben beschriebenen Softwarelösungen in den ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten und in welchem Umfang diese vorhanden sind, ließ sich in der Recherche nicht abschließend ermitteln. Im Rahmen einer Studie

im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit zum Technikeinsatz in Pflegeeinrichtungen (UTiP) wurde Anfang 2020 von IGES eine bundesweite Befragung aller Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass im ambulanten Bereich insb. das Rechnungswesen, die Dienst- und Tourenplanung sowie die Zeiterfassung weitgehend digital gestützt erfolgen (vgl. Abbildung 6). Deutlich seltener als in stationären Pflegeeinrichtungen erfolgt dagegen die Pflegeplanung und -dokumentation ausschließlich digital (Braeseke *et al.* 2020b).

Abbildung 6: Nutzung digitaler Anwendungen nach Bereichen in der ambulanten Pflege (standardisiert, 2020)



Quelle: IGES (Braeseke et al. 2020b)

## 6.2 Anwendungen zum Informationsaustausch und der digitalen Leistungserbringung

Zwei von elf der in der Recherche identifizierten technischen Anwendungen zum Informationsaustausch und digitaler Leistungserbringung stammen aus Deutschland, die restlichen wurden im internationalen Kontext identifiziert.

Im Anwendungsfeld zum Austausch von Informationen und der digitalen Erbringung von Leistungen gibt es ein breites Feld unterschiedlicher Anwendungen. Dazu gehört, dass professionell Pflegende aus ambulanten Pflegediensten virtuelle Visiten oder Videokonferenzen mit pflegebedürftigen Klientinnen und Klienten führen und so bspw. das Medikamenten-Selbstmanagement fördern. Dabei sind virtuelle Visiten als zusätzliche Intervention zu sehen. Eine Reduktion von Hausbesuchen sollte nicht zwangsläufig mit Einführen der Visiten einhergehen. Sofern einzelne Besuche ersetzt werden, kann hier trotzdem eine Reduktion von Wegezeiten erfolgen. Zusätzlich bietet sich die Möglichkeit durch eine personelle Kontinuität eine Steigerung der Qualität in der pflegerischen Versorgung. Auch frühzeitige Interventionen, die einer gesundheitlichen Verschlechterung entgegenwirken und bspw.

einen akutstationären Aufenthalt im Krankenhaus mit entsprechendem organisatorischen Aufwand verhindern, sind durch die Anwendung potentiell möglich.

Effizienzpotentiale lassen sich auch aus Anwendungen ableiten, über die pflegebedürftige Klientinnen und Klienten selbstständig gesundheitliche Daten wie bspw. ihre Vitalparameter erfassen und den Pflegekräften über Plattformen zur Informationseinsicht zur Verfügung stellen. Die hinter verschiedenen Anwendungen (z. B. spezielle digitale Stifte und Monitoringgeräte) stehenden Systeme bzw. Plattformen generieren automatisch Alarme, wenn die gemessenen Werte eine (akute) gesundheitliche Verschlechterung vermuten lassen. Pflegekräfte können so ebenfalls zeitnah intervenieren. In einige Plattformen ist eine elektronische Patientenakte eingebunden. Zugriffsrechte können durch die Klientinnen und Klienten selbst verwaltet werden. Über die Akte können pflegerische und medizinische Leistungserbringer klientenrelevante gesundheitliche Daten einsehen und Nachrichten verschicken, was den versorgungsbereichsübergreifenden und interprofessionellen Informationsaustausch fördert und Versorgungsbrüchen bei Übergängen zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen entgegenwirkt.

Auch der intraprofessionelle Daten- und Informationsaustausch zwischen Pflegefachkräften unterschiedlicher Qualifikationen wird durch einige der identifizierten Anwendungen gezielt gefördert. So können im Rahmen der ambulanten Wundversorgung Aufnahmen von Wunden oder bspw. mittels eines digitalen Stifts erhobene Daten, zur Gestaltung einer qualitativ hochwertigen und ressourcenschonenden Versorgung, mit speziell qualifizierten Pflegefachkräften wie Wundmanagerinnen und Wundmanager ausgetauscht werden. Insbesondere in ländlichen Gegenden, in denen lange Anfahrtswege für die speziell ausgebildeten Fachkräfte für Wundmanagement bestehen bietet sich hier das Potential deutlicher Zeiteinsparungen. In kürzerer Zeit könnten mehr Wundbegutachtungen durchgeführt werden, was insgesamt zu einer Steigerung der Produktivität beiträgt. Durch die Verkürzung von Wartezeiten bis zur Wundbegutachtung durch Expertinnen und Experten und ein standardisiertes Vorgehen in der Wundversorgung könnte die Versorgungsqualität gesteigert werden. Langfristig ist ein Kompetenzzuwachs der Pflegefachkräfte zu erwarten, was wiederum zu einer Qualitätssteigerung führen würde. Eine der identifizierten Anwendungen, die dieses Ziel verfolgt, ist in Deutschland bereits erfolgreich erprobt und von Pflegekräften gut angenommen worden. Die Pflegefachkräfte schätzten vor allem den unkomplizierten fachlichen Austausch, der ihnen Handlungssicherheit in pflegerisch komplexen Wundversorgungen gab.

Webportale ermöglichen den pflegebedürftigen Personen den selbstständigen Zugang zu professionell Pflegenden ambulanter Pflegedienste und verschiedenen anderen Leistungserbringern (u. a. Transportdienste, Haushaltshilfe).

### 6.3 Anwendungen zur versorgungsbereichübergreifenden Steuerung der pflegerischen Versorgung

Innerhalb der letzten Jahre sind in Deutschland verschiedene Plattformen entwickelt worden, die die pflegerische Versorgung SGB V- und XI-übergreifend effizienter gestalten und steuern sollen. Hier sind insbesondere Überleitungsplattformen zu nennen, über die eine ambulante oder stationäre pflegerische Nachversorgung nach akutstationären Aufenthalten oder rehabilitativen Maßnahmen in Reha-Kliniken organisiert werden soll. Ziel der Überleitungsplattformen ist es institutionsübergreifend die verschiedenen Akteure der akut- und langzeitpflegerischen Versorgung miteinander zu vernetzen und so ein regionales Versorgungsnetzwerk zu schaffen. Je nach Netzwerk sind auch Ärztinnen und Ärzte, Transportdienste, Beratungsstellen, Pflegestützpunkte, Homecare-Unternehmen<sup>28</sup> bzw. Hilfsmittellieferanten eingebunden. Für Pflegeeinrichtungen ist die Nutzung der Plattformen kostenlos.

Wenn Krankenhäuser oder Rehabilitationskliniken pflegebedürftige Personen entlassen wollen, erstellen sie ein pseudonymisiertes Patientenprofil, das relevante Informationen wie den Wohnort, den Pflegegrad, spezielle Versorgungsbedarfe etc. enthält. Zudem kann durch diese angegeben werden, welche Art der pflegerischen Versorgung für die Patientin bzw. den Patienten empfohlen wird (ambulant oder stationär). Auf diese Weise entsteht ein detailliertes und einheitliches Hilfesuch, das an die (ambulanten) Pflegeeinrichtungen, die Teil des Netzwerks sind, per Mail gesendet werden. Die (ambulanten) Pflegeeinrichtungen können auf der Plattform Profile mit ihrem Leistungsangebot und dem durch sie abgedeckten Einzugsgebiet hinterlegen und erhalten durch die Plattform nur Hilfesuche, die ihrem Leistungsprofil und Einzugsbereich entsprechen. Hat die (ambulante) Pflegeeinrichtung freie Kapazitäten, kann sie sich auf das Gesuch bei der Klinik melden oder ggf. weitere Nachfragen stellen. Anhand des Leistungsprofils können anschließend die Pflegebedürftigen entscheiden, durch welchen Pflegedienst die Betreuung stattfinden soll. Teilweise können über die Portale auch benötigte Dokumente ausgetauscht werden (z. B. Medikationspläne oder Überleitungsbögen).

Die Anschlussversorgung kann so optimiert, die Versorgungsqualität erhöht und Arbeitsaufwände auch für (ambulante) Pflegedienste reduziert werden. So entfallen bspw. eingehende Telefonanrufe durch die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter der stationären Akut- und Rehabilitationsversorgung, die häufig zu ungünstigen Zeitpunkten kommen können oder letztlich oft nicht zu einem Pflegevertrag mit neuen Klientinnen und Klienten führen.

---

<sup>28</sup> Homecare-Unternehmen versorgen in Deutschland chronisch erkrankte Personen mit Produkten oder Hilfsmitteln, die erklärungsbedürftig sind. Sie erfüllen damit die Funktion eines mobilen Sanitätshauses, das eine fachgerechte Nutzung und Funktion des Produktes bzw. Hilfsmittels direkt vor Ort (z. B. in der eigenen Häuslichkeit) sicherstellt und kontrolliert. Die pflegerische Versorgung der Klientinnen und Klienten erfolgt i. d. R. durch einen ambulanten (Intensiv-)Pflegedienst (Quelle: <https://www.pflegemarkt.com/2017/05/05/homecare-unternehmen-in-deutschland/>; Abruf am: 26.07.2021).

---

Eine der identifizierten Anwendungen vernetzt über eine elektronische Patientenakte, welche die relevanten gesundheitlichen und pflegerischen Informationen beinhaltet, aktiv und passiv am Pflegeprozess beteiligte Akteure der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Patientendaten werden den anderen Akteuren in Echtzeit in der Patientenakte zur Verfügung gestellt. Zudem ist eine direkte Kommunikation zwischen den verschiedenen Leistungserbringern enthalten. Findet ein Wechsel zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen statt, bspw. von ambulanter Pflege in eine stationäre Kurzzeitpflegeeinrichtung, hat der „neue“ Leistungserbringer direkt Zugriff auf die Patientendaten. Ein institutionsübergreifender Datenaustausch über den gesamten Behandlungs- und Pflegeverlauf hinweg, kann einen ganzheitlichen Pflegeprozess unter Einbeziehung mehrerer Leistungserbringer gewährleisten. Pflegekräfte der ambulanten Pflegedienste können erhobene Daten in die Akte einpflegen und Ärztinnen und Ärzten damit zugänglich machen. Benachrichtigungen an Ärztinnen und Ärzte, z. B. bei gesundheitlichen Verschlechterungen der Klientin bzw. des Klienten, sind über die Software möglich. Ärztinnen und Ärzte wiederum können Behandlungsanweisungen und ärztliche Verordnungen über die Software aussprechen und deren persönliche Konsultation entfällt somit unter Umständen. Auch eine Überwachung des Wundstatus der Patientinnen und Patienten und der Austausch von zugehörigen Fotos der Wunden ist über Plattformen möglich.

Als Reaktion auf die COVID 19-Pandemie wurde eine cloudbasierte Plattform in Deutschland entwickelt, die ambulante Pflegedienste regional untereinander vernetzt. Freie oder fehlende Kapazitäten in der Patientenversorgung sollen darüber ausgeglichen und die pflegerische Versorgung auch dann sichergestellt werden, wenn Pflegekräfte gesundheitlich ausfallen und/oder unter Quarantäne stehen. Die Nutzung der Anwendung ist für ambulante Pflegedienste kostenlos. Die Plattform wird über einen Internetbrowser angewählt und die Anmeldung erfolgt über ein Passwort. Den Einrichtungen stehen verschiedene Filterfunktionen und eine Übersichtskarte zur Verfügung, die bspw. Wohnorte von Klientinnen und Klienten oder die Standorte anderer Pflegedienste anzeigt. Einzelne Standorte von Klientinnen und Klienten werden in der Karte dienstübergreifend angezeigt, sodass angemeldete Nutzerinnen und Nutzer auch die Wohnorte von pflegebedürftigen Personen sehen können, die sie selbst nicht pflegerisch versorgen. Einzelne Klientinnen und Klienten können für andere Pflegedienste zur "Übernahme" freigegeben werden. So sehen interessierte Pflegedienste auf einen Blick, wo potentielle neue Klientinnen und Klienten wohnen und ob sie in Touren passen könnten. Außerdem gibt es Übersichtsanzeigen welche Pflegedienste der Region Unterstützung benötigen, bspw. in Form von Personalressourcen. Über die Plattform können Pflegedienste miteinander kommunizieren und Übernahmeanfragen direkt über die Plattform versenden.

Neben datenschutzrechtlichen Aspekten ist bei dieser Anwendung noch zu hinterfragen, inwiefern für pflegebedürftige Personen die freie Wahl des Pflegedienstes gewährleistet werden kann.

---



## 7. Schlussfolgerungen

Ziel des vorliegenden Berichts ist die Präsentation der Zwischenergebnisse der Literaturstudie zu den Effizienzpotentialen einer verbesserten Koordinierung in der ambulanten Pflege. Unter Betrachtung der bundesgesetzlichen und landesspezifischen Rahmenvorgaben, der Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche und Darstellung der internationalen und nationalen Konzepte und Praxisbeispiele sowie der Recherche zu technischen Anwendungen werden in diesem Kapitel die Ergebnisse zusammengefasst, um darauf basierende vorläufige Schlussfolgerungen darzustellen sowie eine erste fachliche Bewertung mit Blick auf die Förderlichkeit bzgl. der Herausbildung wirtschaftlicher Angebotsstrukturen. Diese Bewertung ist zum Zeitpunkt der Berichtslegung nicht abschließend und wird bei den folgenden empirischen Erhebungen weiter untersucht.

### 7.1 Zusammenfassung der Effizienzpotentiale in den unterschiedlichen Betrachtungsebenen der Studie

Die in der Literaturstudie identifizierten Literaturquellen bieten vielfältige Hinweise auf Effizienzpotentiale in der ambulanten Pflege auf unterschiedlichen Betrachtungsebenen:

1. System- bzw. Bundes-/Landesebene (Versorgungssysteme, gesetzliche Krankenversicherung/Krankenkasse und soziale Pflegeversicherung/Pflegekasse),
2. regionale Ebene (an der pflegerischen Versorgung beteiligte professionelle Leistungserbringer),
3. betriebliche Ebene (ambulante Pflege- und Betreuungsdienste nach SGB XI und SGB V),
4. individuelle Ebene (Sicht der Leistungsbezieher).

Auf Systemebene sind aus den analysierten Ansätzen bzw. Konzepten die folgenden Potentiale und Auswirkungen verbesserter Koordinierung in der ambulanten pflegerischen Versorgung abzuleiten: Vor allem durch den Einsatz von innovativen Technologien (bspw. im Rahmen der Telepflege) und versorgungsbereichsübergreifenden Konzepten, wie bspw. CAPABLE, AIP oder die integrierte Versorgung mit Case Management, ergeben sich Hinweise auf Kosteneinsparpotentiale für Kranken- und Pflegekassen, die sich meist aus der Vermeidung bzw. Verringerung der Inanspruchnahme kostenintensiver stationärer Versorgung (Krankenhaus, Pflegeheim) ergeben.

Darüber hinaus gibt es unterschiedliche Hinweise auf eine verbesserte Arbeitszufriedenheit sowie eine Entlastung beruflich Pflegenden, was zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs beiträgt und der Personalknappheit im ambulanten Bereich entgegenwirkt.

---

Ein weiteres Potential bergen die neuen Rollen für das Pflegepersonal durch neue Einsatzmöglichkeiten als:

- ♦ (Pflege-; Netzwerk-) Koordinatorinnen bzw. Koordinatoren,
- ♦ Case Managerinnen bzw. Case Manager oder
- ♦ „clinical call center nurse“.

In einigen Studien konnte dadurch ebenfalls eine Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufes und der Arbeitszufriedenheit beobachtet werden, was tendenziell den Berufsverbleib erhöhen könnte.

Auf der individuellen Ebene der Pflegebedürftigen lassen sich mit verbesserter Koordinierung zielgerichteter die Versorgungsprozesse planen und frühzeitige Interventionen umsetzen. Das führt zu einer verbesserten Versorgungs- und Lebensqualität für pflegebedürftige Personen und deren Angehörige im häuslichen Bereich. Neben den schon genannten Konzepten (CAPABLE, AIP, integrierte Versorgung/Case Management) beeinflussen:

- ♦ die regionale Koordinierung (bspw. in MIND at Home und MIND-S),
- ♦ die Nutzung neuer ambulanter Wohnformen oder
- ♦ die Veränderung der Arbeitsorganisation (bspw. nach Buurtzorg)

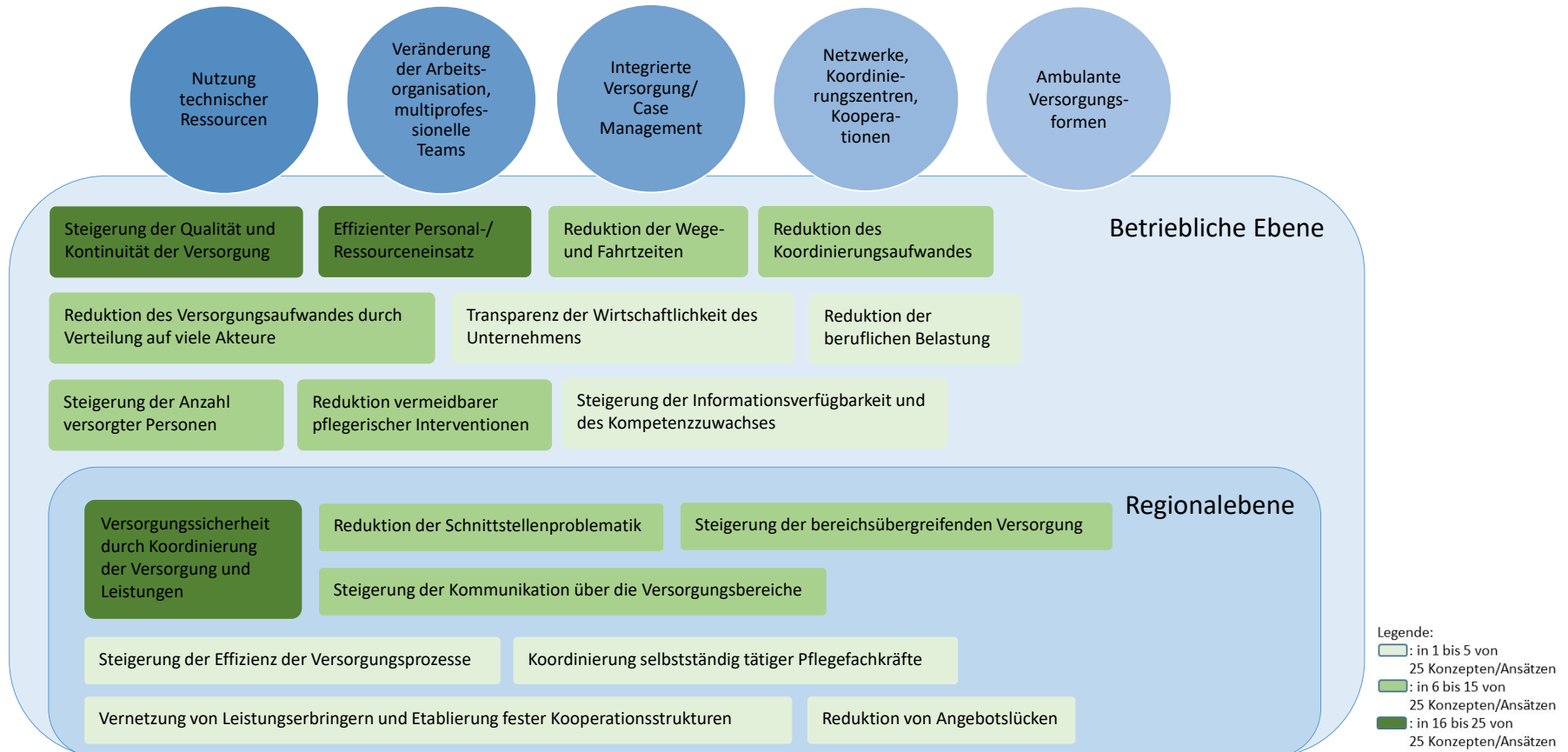
diese individuellen (gesundheitsbezogenen) Outcomes. Diese bedingen hauptsächlich, dass durch eine verbesserte Koordinierung die Inanspruchnahmen von:

- ♦ stationären Leistungen, wie Krankenhausaufenthalten, Besuchen in der Notaufnahme sowie
- ♦ stationären Langzeitpflegeleistungen (Verzögerung bzw. Vermeidung des Heimübergangs)

reduziert und ebenfalls die Selbstpflegefähigkeit und das Selbstmanagement im Umgang mit (chronischen) Erkrankungen verbessert werden konnte. Dies hat wiederum Einfluss auf den längeren Verbleib in der Häuslichkeit und die Reduktion der Pflegebedarfe.

Weitere Potentiale einer verbesserten Koordinierung lassen sich auf der betrieblichen und regionalen Ebene identifizieren. In der nachfolgenden Abbildung 7 ist zunächst eine zusammenfassende Übersicht der Effizienzpotentiale diesen Ebenen über die Gesamtheit der analysierten Literaturquellen dargestellt.

Abbildung 7: Zusammenfassende Übersicht der Effizienzpotentiale auf der betrieblichen und regionalen Ebene



Quelle: IGES

Zusammenfassend ist festzustellen, dass alle im Rahmen der systematischen Literaturrecherche analysierten Themengebiete sowohl auf betrieblicher als auch regionaler Betrachtungsebene Effizienzpotentiale infolge einer verbesserten Koordination in der ambulanten Pflege aufzeigen.

Besonders häufige Effizienzpotentiale auf betrieblicher Ebene sind die Steigerung der Versorgungsqualität und der Kundenzufriedenheit als auch der verbesserte Personal- und Ressourceneinsatz. Die Steigerung der Qualität und Kontinuität der Versorgung beruht im Wesentlichen auf einem gezielten Fallmanagement, sowohl bei den bereichsübergreifenden Versorgungsansätzen als auch bei den sich selbstorganisierenden und multiprofessionellen Pflgeteams.

Weitere realisierbare Potentiale aus betrieblicher Sicht sind:

- ◆ die Reduktion der Wege- und Fahrtzeiten,
- ◆ die Reduktion des Versorgungsaufwandes durch die Vermeidung von Doppelleistungen oder die bessere Verteilung der Leistungserbringung auf viele Akteure,
- ◆ die Reduktion vermeidbarer pflegerischer Intervention und dadurch
- ◆ die Steigerung der Anzahl versorgter Personen durch die einzelnen ambulanten Pflegedienste.

Die Reduktion des Zeit- und Personalaufwandes für die ambulanten Pflegedienste durch die Konzepte zur verbesserten Koordination der Versorgung auf Fallebene ergeben sich hauptsächlich aufgrund eines geringeren zeitlichen Planungs- bzw. Dokumentationsaufwandes und der Steigerung der Effektivität der Versorgungsprozesse, bspw. durch die Verwendung von Technologien in der integrierten Versorgung oder den Einsatz einer Case Managerin bzw. eines Case Managers. Das heißt, dass zeitaufwendige Koordinierungsaufgaben bei den Diensten entfallen bzw. teilweise ausgelagert werden (bei externen Case Managerinnen bzw. Case Managern).

Auf regionaler Ebene ergibt sich durch die dargestellten Konzepte und Ansätze zur verbesserten Koordination der Versorgung und Leistungen in der ambulanten Pflege das Potential der Erhöhung der Versorgungssicherheit. Verbindlich abgestimmtes und proaktives Handeln aller regionalen Akteure führt zur besseren Bewältigung der Schnittstellenproblematiken, u. a. durch optimierte Prozesse im Entlass- und Überleitungsmanagement. Dies wird durch eine regelhafte bereichsübergreifende Kommunikation unterstützt. Zudem gibt es Effizienzpotentiale hinsichtlich:

- ◆ der Reduktion von Angebotslücken,
  - ◆ der Steigerung des koordinierten und regionalen Einsatzes selbstständig tätiger Pflegefachkräfte sowie
-

- ♦ der Steigerung der Vernetzung der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer und der Etablierung fester und verbindlicher Kooperationsstrukturen.

## **7.2 Übertragbarkeit und Umsetzungshindernisse**

In Anbetracht der unterschiedlichen Rahmenbedingungen auf allen Ebenen (Organisation und Finanzierung der Langzeitpflege, Rollen und Aufgaben ambulanter Pflege, Qualifikation und Tätigkeitsfelder von beruflich Pflegenden, multiprofessionelle Teams etc.) lassen sich Versorgungskonzepte aus dem Ausland nicht ohne weiteres in unser Versorgungssystem übernehmen.

Zur Umsetzung der dargestellten Konzepte und Ansätze, bzw. Teilen davon, bedarf es der Identifikation möglicher Hindernisse zur Übertragbarkeit.

Zusammenfassend sind die Umsetzungsbarrieren hinsichtlich der unterschiedlichen Dimensionen in der nachfolgenden Tabelle 22 benannt.

---

Tabelle 22: Übersicht der Umsetzungshindernisse

Dimension	Umsetzungshindernisse
<b>Gesetzgeberische Aspekte/ Rahmenbedingungen</b>	Ausstehende gesetzliche Verankerung von Telepflege
	Doppeldokumentation bei Einführung elektronischer Pflegedokumentation durch Maßgabe der vorzuhaltenden papierbasierten Dokumentation in der Häuslichkeit <sup>29</sup> (unter Beachtung den Pflegebedürftigen und Pflegepersonen weiterhin Zugang zur Dokumentation zu ermöglichen)
	Fehlende Maßgaben zu verbindlichen Kooperationsstrukturen
	Diensteübergreifender Personaleinsatz z. T. nur im Rahmen der Arbeitnehmerüberlassung möglich
	Unzureichender Netzausbau
	Barrieren des Datenaustauschs zwischen den Akteuren und Versorgungsbereichen (teilweise durch die DSGVO)
<b>Vergütung und Finanzierung</b>	Fehlende Instrumente zur internen und externen Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung nach § 113b Abs. 4 SGB XI bei alternativen ambulanten Wohnformen
	Unterschiedliche Finanzierungslogiken in der Leistungsabrechnung nach SGB V und SGB XI und dadurch fehlende finanzielle Anreize zu akteursübergreifenden Kooperationen
	Alternative ambulante Wohnformen generieren eine finanzielle Mehrbelastung der Krankenversicherung (diese ist nur zu rechtfertigen, wenn nachweislich der Pflegebedürftige davon profitiert)
	Abrechnung der Leistungserbringung
	Finanzielle Mehrbelastung durch Umsatzsteuerpflicht beim diensteübergreifenden Einsatz von Pflegefach- und Hilfskräften („Arbeitnehmerüberlassung“)

<sup>29</sup> Entfällt z. T. mit dem im Patienten-Datenschutz-Gesetz (PDSG) aufgenommenen Änderungen bzw. Ergänzungen (§§ 293 Abs. 8 und 302 Abs. 2 SGB V), welche vorbehaltlich des § 37 Abs. 8 SGB V und der nachweislichen Anbindung des Leistungserbringers an die TI ab dem 1. März 2021 ausschließlich elektronische Verfahren zur Übermittlung von Abrechnungsunterlagen einschließlich des Leistungsnachweises nutzbar machen

Dimension	Umsetzungsbarrieren
<b>Qualifikation und Ausbildung</b>	Vorhalten bzw. Erwerb digitaler Kompetenzen bei allen Nutzerinnen und Nutzern der Technologien
	Vorhalten bzw. Erwerb koordinierender Kompetenzen
	partizipative Entwicklung der Technologien, um die Nutzung und Akzeptanz bei den Nutzerinnen und Nutzern zu erhöhen, ist bisher unzureichend
	bislang unzureichende Ausweitung der Verantwortungsbereiche der Pflegefachkräfte
	Höherer Anteil an Pflegefachkräften in internationalen Ansätzen
	Höherer Einsatz akademisierter Pflegefachkräfte in internationalen Ansätzen
<b>In den Betrieben</b>	Technische Voraussetzungen und ggf. anschlussfähige Systeme, unzureichender Netzausbau
	Sicherstellung der Datenschutzerfordernungen
	Koordinierungskonzept bzw. deren Einführung kann initial als auch langfristig zu einer Mehrbelastung mit Verwaltungskosten führen
	Steigerung des Wettbewerbsdruckes möglich
<b>Evidenzlage</b>	Teilweise unzureichend hinsichtlich der Wahl der bestgeeignetsten Technik bzw. Konzepte
	Daten zu Wirtschaftlichkeit und Effizienz der Ansätze liegen kaum vor
	Unzureichend hinsichtlich der alternativen ambulanten Wohnformen und positiven Auswirkungen insbesondere auf die Pflegebedürftigen

Quelle: IGES

### 7.3 Fazit

Die vorliegende Studie verdeutlicht die große Bandbreite an Effizienzpotentialen infolge einer verbesserten Koordinierung in der ambulanten Pflege. Die systematische Literaturrecherche ergab viele Anhaltspunkte für die Bestätigung eingangs gestellter Annahmen/Fragestellungen. So hat der **Einsatz technischer Anwendungen** das Potential, in den ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten **eine effiziente Touren- und Dienstplanung** sowie eine Versorgung über Distanzen hinweg zu ermöglichen und dadurch u. a. **Wege- und Fahrtzeiten einzusparen** und das verfügbare **Personal zielgerichteter einzusetzen**.

Hemmend für die Etablierung von „Remote Care“ oder Telepflege im Sinne dieser Studie zur koordinierten und effizienten Leistungserbringung über räumliche Distanzen hinweg ist, dass die Telemedizin bisher nur im SGB V für ärztliche Leistungserbringer verankert ist. Daraus folgt auch nur ihre Definition im sozialrechtlichen Sinne. Künftig wird es auch für die Telepflege erforderlich sein, die Leistung ambulanter, jeweils nach SGB V und SGB XI zugelassener, Pflegedienste im SGB V und im SGB XI jeweils eigenständig zu definieren, was ihre Verbreitung fördern könnte.

Weiterhin sollten konkrete Anwendungsfelder bzw. -szenarios telepflegerischer Leistungen skizziert werden, die besonders hohe Potentiale für die Verbesserung der pflegerischen Versorgung aufweisen (u. a. durch die Erprobung im Rahmen der Modellvorhaben für Telepflege nach § 125a SGB XI).

Im Bereich der Krankenversicherung wurden ambulante telemedizinische Leistungen bereits mit dem Versorgungsstrukturgesetz (2012) in das SGB V eingeführt (zunächst allerdings mit einem Prüfauftrag für den Bewertungsausschuss gem. § 87 Abs. 2a S. 8 SGB V a. F.). Der Gesetzgeber hatte dabei vor allem die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum im Blick und daher beschlossen, dort Telemedizin besonders zu fördern (Deutscher Bundestag 2011: 60). Der Prüfauftrag im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetz von 2015 im neuen § 87 Abs. 2a S. 8 SGB V beinhaltet, in welchem Umfang ambulante telemedizinische Leistungen erbracht werden können sowie in welchem Umfang delegationsfähige Leistungen durch anderes Fachpersonal qualifiziert erbracht und angemessen vergütet werden können. Mit Wirkung zum 1. Juli 2013 trat eine Rahmenvereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband zur Überprüfung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) im Hinblick auf telemedizinisch erbrachte Leistungen in Kraft. Darin einigten sich die Vertragspartner u. a. auf eine arztzentrierte Definition von Telemedizin sowie auf Eckpunkte, die bei der Aufnahme von telemedizinischen Leistungen in den EBM beachtet werden sollen.

Im Dezember 2016 trat die Anlage 31 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte in Kraft, die die allgemeinen Voraussetzungen für eine telemedizinische Durchführung von Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung beinhaltet. Stand 2019 fanden sich dennoch im EBM nur jeweils fünf Abrechnungsziffern für die telekonsiliarische Befundung von bildgebenden Verfahren bzw. für die telemedizinische Versorgung im Bereich Herz-Kreislauf-Erkrankungen und weiterhin noch eine EBM-Ziffer für die Abrechnung von Videosprechstunden (Schnee 2019: 277). Aufgrund der Neufassung des § 87 Abs. 2a S. 17 bis 20 SGB V durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz sind nun auch Fallkonferenzen per Video bei Pflegedürftigen mit dem Pflegepersonal für Ärzte und Ärztinnen abrechenbar. „Die im Hinblick auf Videosprechstunden bisher enthaltene Vorgabe von Krankheitsbildern im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen entfällt.“ (§ 87 Abs. 2a S. 18 SGB V).

Im Unterschied zur ärztlichen Vergütung findet sich bislang in dem als Anlage der HKP-RL des G-BA beigefügten Leistungsverzeichnis kein Hinweis auf (delegationsfähige) Leistungen im Rahmen telemedizinischer bzw. telepflegerischer Behandlungen. Soweit es telemedizinische Anwendungen gibt, die zur Aufnahme in das Leistungsverzeichnis geeignet erscheinen, ist es Aufgabe des G-BA, die Fortentwicklung des Leistungsverzeichnisses zu prüfen.

Die Entwicklung der Telemedizin verdeutlicht, wie langwierig die Einführung neuartiger Leistungen in die Regelversorgung sein kann. Es besteht allerdings die Hoff-



nung, dass im Zuge des aktuellen Digitalisierungsschubes (u. a. im Zuge des Digitale-Versorgung-Gesetzes von 2019 und mit dem Ausbau der technischen Infrastruktur und künftigen Einführung der digitalen Pflegeanwendungen) die regelhafte Einführung von Telepflege in die Versorgungspraxis deutlich schneller umgesetzt werden kann. Mit dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) vom 09.06.2021 und dem darin verankerten Modellprogramm nach § 125a SGB XI wird es künftig möglich sein, Telepflege wissenschaftlich gestützt zu erproben. Dafür werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zehn Millionen Euro im Zeitraum von 2022 bis 2024 zur Verfügung gestellt.

Weitere Effizienzpotentiale ergeben sich aus der **Veränderung der Arbeitsorganisation** bzw. dem Einsatz und der **verbindlichen Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen**.

In Deutschland gibt es z. B. bereits seit einigen Jahren Pflegedienste, die Elemente des Buurtzorg-Modells übernommen haben (Braeseke *et al.* 2020a).

Im Mittelpunkt der an **Buurtzorg** angelehnten, unterschiedlichen Ansätze der Pflegedienste steht zunächst die alternative Form der Arbeitsorganisation in kleineren, selbstorganisierten Teams ohne direkte fachliche Führung, so dass nach Aussagen der Projektvertreterinnen bzw. -vertreter bei den beruflich Pflegenden eine höhere Arbeitszufriedenheit zu beobachten ist. Ebenso wie beim niederländischen Vorbild übernimmt meist eine Zentrale die administrativen Aufgaben (ebd.: 38).

Die Übernahme von Elementen des Buurtzorg-Modells bzw. die Implementierung eigenverantwortlicher Arbeitsweisen und Strukturen durch ambulante Pflegedienste in Deutschland erfolgte in der Regel ohne externe Fördermittel. Die Motivation, alternative Arbeitsmodelle einzuführen, entspringt in erster Linie der angespannten Arbeitsmarktsituation in der Pflege, so dass sich innovative Unternehmen einen Wettbewerbsvorteil bei der Personalrekrutierung erhoffen. Ein Einrichtungsvertreter berichtete von einer verringerten Fluktuation infolge der neuen Arbeitsweise. Aber auch aus der Unzufriedenheit der Pflegekräfte mit der bisherigen Art und Weise der Leistungserbringung in der ambulanten Pflege (stark arbeitsteilig, teilweise fremdbestimmt, unter Zeitdruck etc.) entsteht ein Druck, nach alternativen Arbeitsmöglichkeiten zu suchen (ebd.).

Die grundsätzliche Möglichkeit einer zeitbezogenen Vergütung ambulanter Pflegeleistungen wurde durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (§ 89 Abs. 3 SGB XI) ab 2013 eingeführt. Die zunächst vorgesehene Verpflichtung, alle Leistungen sowohl als Leistungskomplex als auch nach Zeitaufwand auszuweisen und dem Pflegebedürftigen damit eine „Wahlmöglichkeit“ zu offerieren, erwies sich als unpraktikabel und wurde im Zuge des Pflegestärkungsgesetzes I (PSG I) ab 2015 geändert. Nunmehr heißt es im § 89 Abs. 3 SGB XI:

*„Die Vergütungen können, je nach Art und Umfang der Pflegeleistung, nach dem dafür erforderlichen Zeitaufwand oder unabhängig vom Zeitaufwand*

*nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen bemessen werden.“*

In der Praxis scheitert diese Vorschrift allerdings regelmäßig daran, dass es zwischen Verbänden bzw. Einrichtungsträgern und den Pflegekassen keine Einigung über angemessene Stundensätze gibt. Der § 89 Abs. 1 Satz 3 SGB XI gibt vor:

*„Die Vergütung muss einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos.“*

Die Umsetzung ist in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich. Großenteils werden auf Landesebene weiterhin Leistungskomplexe vereinbart. Manche Träger konnten zeitbezogene Vergütungen für eine befristete Zeitperiode verhandeln. Die Verbände beklagen allerdings, dass das Unternehmerrisiko nicht in ausreichendem Maße anerkannt wird (max. in Höhe von 2 % bis 4 %, Tews 2014).

Aufgrund der Rahmenbedingungen in Deutschland (z. B. Vergütungsregelungen nach SGB XI und SGB V oder Verhandlungen hinsichtlich der wirtschaftlich auskömmlichen Zeitvergütung nach SGB XI, Anforderungen an fachliche Leitung eines Pflegedienstes etc.) können bisher nur einzelne Elemente des Buurtzorg-Modells umgesetzt werden, insb. die flachen Hierarchien und die gemeinschaftliche Arbeitsorganisation. Die „Ich und Du Pflege GmbH“ (Freiburg, [www.ich-und-du-pflege.de](http://www.ich-und-du-pflege.de)) beispielsweise hat die Pflegedienstleitung auf zwei Personen aufgeteilt und ein Pflegedienstleitungsgremium gegründet, zu dessen Sitzungen auch Mitglieder der Teams eingeladen werden. Auf diese Weise werden die in Deutschland geltenden Rahmenbedingungen mit dem Anspruch, partizipative Strukturen zu schaffen, verknüpft.

Der Ansatz der **interprofessionellen Versorgung** geht über die bisherige Organisation der Pflege in Deutschland hinaus, welche in der Akutversorgung traditionell „die reine Ausführung angeordneter Tätigkeiten“ (Behrend R *et al.* 2020: S. 207) bedeutet, und stellt die Fachkräfte als Partner der Versorgung auf. Die Pflegefachkräfte arbeiten dabei mit verschiedenen Gesundheitsexpertinnen und -experten zusammen, um die bestmögliche Versorgung zu gewährleisten. Die individuellen Bedürfnisse der pflegebedürftigen Personen stehen dabei im Mittelpunkt (ebd.).

Erfolgsbedingungen für eine interprofessionelle Versorgung sind neue erweiterte Kompetenzen in der **Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams**. Kernelemente sind dafür:

- ◆ eine genaue Rollendefinition der verschiedenen Gesundheitsexpertinnen und -experten,
  - ◆ Fähigkeiten in der Teamarbeit,
  - ◆ gemeinsame Führungsstrukturen und
-

- ♦ besondere interprofessionelle Kommunikations- und Konfliktbewältigungsfähigkeiten (CIHC 2010, zitiert nach Behrend et al. 2020: 204).

Des Weiteren gibt es vielversprechende Ansätze im Rahmen des **Case Managements**<sup>30</sup> oder der Zusammenarbeit multiprofessioneller Teams zur verbesserten Koordinierung in der ambulanten Versorgung. Die Notwendigkeit eines umfassenden Case Managements in der Versorgung älterer, chronisch kranker sowie pflegebedürftiger Personen ist international Standard und wird seit einigen Jahren von vielen Akteuren, unterstützt durch die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, auch in Deutschland gefordert (Braeseke *et al.* 2018). Innerhalb der Pflegeversicherung ist ein Anspruch der Versicherten auf Case-Management in § 7a SGB XI grundsätzlich gegeben. Insgesamt macht das Gesetz im Zusammenhang mit den Pflegeberatungs-Richtlinien (2018, in der Fassung vom 5. Oktober 2020) und den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbands zur Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern (2018) relativ konkrete Vorgaben, wie eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI im Sinne eines Fallmanagements und wie die Ausbildung der Pflegeberaterinnen und -berater ausgestaltet sein sollten. In Deutschland wird die fallbezogene Koordinierung der Versorgung jedoch aufgrund der unterschiedlichen Regelungen von Akutversorgung, Rehabilitation und Langzeitpflege sowie mangelnder Refinanzierung des Versorgungsmanagements behindert. Angestoßen von den vielen Modellprojekten zu Patientenlotsen<sup>31</sup> hatte die Patientenbeauftragte der Bundesregierung eine Studie in Auftrag zum Versorgungsmanagement in der Kranken- und Pflegeversicherung in Auftrag gegeben, die von der IGES Institut GmbH durchgeführt wurde (Braeseke *et al.* 2018). Im Ergebnis der Untersuchung wurde festgestellt, dass die vorhandenen sozialrechtlichen Regelungen den epidemiologisch bedingt steigenden Bedarf an Case Management entweder nur sehr pauschal und unspezifisch (§ 11 Abs. 4 SGB V) bzw. nur punktuell (für sehr eng definierte Patientengruppen bzw. nur für einzelne Schnittstellen oder Aspekte wie Beratung gem. § 7a SGB XI) aufgreifen und darüber hinaus einige dieser Vorschriften in der Praxis aus unterschiedlichen Gründen (Unklarheiten bzgl. der Norminhalte und -adressaten oder mangelnde Umsetzung durch die Selbstverwaltung) kaum zum Tragen kommen.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff impliziert eine neue Herangehensweise an die pflegerische Versorgung und zielt darauf ab, pflegebedürftige Menschen bei

---

<sup>30</sup> Die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e. V. definiert den Begriff des Case Managements wie folgt: „[...] ist eine Verfahrensweise in Humandiensten und ihrer Organisation zu dem Zweck, bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen. Der Handlungsansatz ist zugleich ein Programm, nach dem Leistungsprozesse in einem System der Versorgung und in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens effektiv und effizient gesteuert werden können“ (DGCC Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e. V. 2012)

<sup>31</sup> Der Bundesverband Managed Care hat jüngst eine Landkarte solcher Lotsenprojekte erstellt (siehe [BMC e. V. | Gesundheitslotsen - BMC e. V.](#)). Aktuell sind dort 38 Projekte in zehn (Fach)Bereichen gelistet.

---

der Bewältigung der Auswirkungen gesundheitlicher Probleme direkt sowie indirekt zu unterstützen (Wingefeld und Büscher 2017). Die Fokussierung auf den Menschen statt auf seine Krankheiten und Beeinträchtigungen bestimmt das Handeln.

Angesichts der Zielsetzung häuslicher Pflege – „Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern“ (§ 36 Abs. 2 SGB XI) – muss pflegerisches Handeln sowohl die gesundheitlichen Beeinträchtigungen im engeren Sinn (Krankheiten) als auch die funktionalen Fähigkeiten der pflegebedürftigen Personen in ihrer Gesamtheit betrachten, aber spezifisch mit Blick auf die Bewältigung des Alltags in der Häuslichkeit. Dazu kann - insofern sie effizient eingesetzt werden:

- ♦ die Umsetzung eines personenzentrierten Ansatzes,
- ♦ ein Case Management zur Steuerung und Koordinierung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung sowie
- ♦ eine enge Abstimmung und gemeinsame Entscheidungsfindung mit den Ärztinnen und Ärzten (und weiteren Gesundheitsfachkräften)

wesentlich beitragen.

Um diese Punkte hierzulande umsetzen zu können, bedarf es einer Anpassung der Rahmenbedingungen hin zu mehr versorgungsbereichübergreifenden Regelungen.

Die Pflegehaushalte werden beim Erstbesuch durch die ambulanten Pflegedienste hinsichtlich der individuellen und aus pflegfachlicher Sicht erforderlichen Leistungen beraten. Hemmend für die Erreichung der Ziele in der häuslichen Pflege, dass die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen beseitigt, gemindert oder eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit verhindert wird, ist zum Teil die Ausgestaltung der Inanspruchnahme der Leistungen ambulanter Pflegedienste. Die Klientinnen und Klienten wählen dann aus den zur Verfügung stehenden Leistungskomplexen unter Berücksichtigung ihres Budgets (Sachleistungsbetrag der SPV je nach Pflegegrad, eigenes Einkommen und Vermögen) die für sie und ihre individuellen Lebensumstände passenden Leistungen aus. Bei der Auswahl spielen neben den Versorgungszielen dabei auch die Präferenzen der pflegenden Angehörigen sowie finanzielle Erwägungen eine Rolle. Hinzu kommt, dass die zur Auswahl stehenden verrichtungsbezogenen Leistungskomplexe in der ambulanten Versorgung es in vielen Fällen erschweren, die vielfältigen individuellen Unterstützungsbedarfe von älteren Menschen mit komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Sinne eines personenzentrierten Ansatzes abzudecken.

Auf der Systemebene betrachtet bestehen die Potentiale einer verbesserten Koordinierung in der ambulanten Versorgung in der **Veränderung regionaler als auch überregionaler Versorgungsstrukturen**.

---

Auch international wird dieser Ansatz umgesetzt und teilweise werden gesamte Gesundheitsregionen reformiert. In Australien beispielsweise wird aufgrund ähnlicher Problematiken seit 2013 ein zehnjähriger Systemwechsel in einer gesamten Region mit 340.000 Einwohnern durchgeführt. Das „Central Coast Integrated Care Program“ ist ein komplexes öffentliches Maßnahmenpaket mit drei Zielgruppen und mehr als 40 verschiedenen Teilprojekten. Dieses hat das Ziel, die Central Coast zu einem Ort werden zu lassen, an dem die Gesundheit der Menschen durch hochwertige und individuell zugängliche Gesundheitsdienste bestmöglich erhalten und gefördert wird (Central coast integrated care program 2017, Dalton *et al.* 2019).

**Integrierte Versorgungsformen** in der ambulanten Pflege spielen eine immer größer werdende Rolle, u. a. auch aufgrund des wachsenden wettbewerblichen Druckes der ambulanten Pflegeeinrichtungen oder der indikationsspezifischen Neuausrichtung von spezialisierten Langzeitpflegeangeboten, bspw. für Menschen mit Demenz oder chronischen Erkrankungen (Fünfstück 2017). Eben bei diesen speziellen Zielgruppen besteht in der besseren Koordinierung der ambulanten Leistungen ein hohes Verbesserungspotential mit Blick auf Lebensqualität und Teilhabe.

In **alternativen ambulanten Wohnformen** für pflegebedürftige Personen können individuelle, bedarfsgerechte Leistungen durch ambulante Pflege- und Betreuungsdienste erbracht werden. Für die Pflegedienste und das Gesundheitssystem ergeben sich durch die **Bündelung der Leistungserbringung** (i. S. des Poolens von Leistungen) verschiedene Potentiale der Effizienzsteigerung, weshalb neue Wohnformen im Rahmen von Effizienzpotentialen in der ambulanten pflegerischen Versorgung zu berücksichtigen sind.

**Qualitätssicherungsverfahren für die neuen ambulanten Wohnformen** nach § 113b Abs. 4 SGB XI liegen bislang nur konzeptionell vor. Auf Basis theoretisch-konzeptioneller Grundlagen haben Wolf-Ostermann *et al* im Jahr 2019 ein Instrument zur Qualitätsberichterstattung und -sicherung mit den folgenden fünf zentralen Qualitätsmerkmalen erstellt:

- ♦ Versorgungskontinuität, d. h. die Sicherung einer qualifizierten Versorgung bei sich veränderndem Hilfe- und Pflegebedarf,
- ♦ Nutzerorientierung, d. h. Wahrung der individuellen Gewohnheiten und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner,
- ♦ Selbstbestimmung/Selbstverantwortung, d. h. Festlegen von Vertreterinnen und Vertretern für die Gestaltung des Wohnraums, des Tagesablaufs, der Dienstleistung etc. durch die Bewohnerschaft,
- ♦ Koordinierung, d. h. vielfältige Leistungen von unterschiedlichen Akteuren in geteilter Verantwortung,
- ♦ Transparenz, d. h. Transparenz des Wirkens aller beteiligter Akteure über den Gesamtprozess (Wolf-Ostermann *et al.* 2019).

Für die Erschließung der Effizienzpotentiale dieser neuen ambulanten Wohnformen ist es dringend erforderlich, die mit den Qualitätsmerkmalen verbundenen

---

Verfahren zu erproben und entsprechend zu implementieren. Des Weiteren bedarf es der Klärung der Verantwortlichkeiten – durch wen wird die Qualitätssicherung überprüft? Vor allem mit Blick auf die unterschiedlichen Formen (selbstverantwortet, trägerverantwortet etc.) ist dies spezifisch zu klären.

Zusammenfassend betrachtet adressieren die in der Studie identifizierten Konzepte bzw. Ansätze am häufigsten die Verbesserung der Art und Weise der Leistungserbringung, d. h. die Erhöhung der Produktivität in der Pflege durch Optimierung betrieblicher Prozesse, Technikeinsatz und zu Teilen ebenfalls die Reduzierung der Arbeitsbelastung sowie die Förderung und den Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit der Pflegekräfte. Angesichts der aktuellen Arbeitsmarktsituation ist es nicht verwunderlich, dass die ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste zunehmend Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitszufriedenheit und Mitarbeiterbindung ergreifen. Weiterhin ist es Ziel, die Versorgungsqualität in der Pflege zu erhöhen. Dazu finden sich Projekte mit dem Schwerpunkt Vernetzung und neuen Rollen für ambulante Pflege- und Betreuungsdienste und Pflegepersonal, wie das Case Management. Infolge des Rückgangs des Familienpflegepotentials und immer weiter entfernt lebender Angehöriger entstehen auch neue, digital unterstützte Kooperationsformen. Hier ist die technische Entwicklung ein Treiber, der es ermöglicht, Angebot und Nachfrage kostengünstig über große Distanzen hinweg zusammenzubringen. Es bedarf dabei aber ergänzender Koordinierungs- und Schulungsleistungen sowie eines klaren Regelwerkes, damit Rechtssicherheit und Qualität gewährleistet werden können.

Wie die Ergebnisse dieser Projektphase der Studie zeigen, gibt es viele unterschiedliche Lösungen zur Weiterentwicklung der Versorgung, die jeweils konkret auf regionale Gegebenheiten zugeschnitten sein sollten. Grund dafür ist, dass z. B. Ressourcen, Akteure und Anbieter von Region zu Region unterschiedlich sind. Für diese unterschiedlichen Konstellationen müssen auch **regional verschiedene Lösungen** gefunden werden. Bundes- oder landesweite Vorgaben oder Regelungen sind daher wenig zielführend. Nur entsprechend **flexible Rahmenbedingungen** werden es den Akteuren vor Ort ermöglichen, jeweils passende Lösungen zu finden.

Diese Schlussfolgerungen dienen u. a. in den weiteren Projektschritten der konzeptuellen Erstellung der bundesweiten Online-Befragung. Dabei gilt es einerseits zu erfragen, wie die oben identifizierten Regelungen in der Praxis umgesetzt bzw. gehandhabt werden und welche Verbesserungsvorschläge es ggf. gibt – und zwar sowohl aus Sicht der Kostenträger (Kranken-/Pflegekassen, Sozialhilfeträger) als auch aus Sicht der Leistungserbringer der Pflege (ambulante Pflege- und Betreuungsdienste). Beispielsweise sind die örtlichen (regionalen) Einzugsbereiche, welche in den Versorgungsverträgen nach § 72 Abs. 2 SGB XI so festzulegen sind, dass sie einerseits eine orts- und bürgernahe und andererseits eine wirtschaftliche Versorgung gewährleisten, und darüber hinaus lange Fahrtwege vermieden werden weiter zu untersuchen. Die Analyse der Rahmenbedingungen als auch der Hinweise in der Literatur (u. a. auch zur Reduktion von Wege- und Fahrtzeiten) lassen

zu diesem Aspekt derzeit noch keine abschließenden Schlussfolgerungen zu und werden bei den Befragungen weiter thematisiert.

Des Weiteren hat sich als erschwerend in der Praxis gezeigt, dass diensteübergreifend erbrachte Leistungen umsatzsteuerpflichtig werden, sobald diese im Rahmen von Kooperationen erbracht werden. Grund dafür ist, dass dies steuerrechtlich i. S. der Arbeitnehmerüberlassung bewertet wird. Dies und vertragsrechtliche Probleme mit den Pflegekassen führen zu Unsicherheiten bei den Pflegediensten, so dass sich die Dienste sehr vorsichtig zeigen, sich einer Vernetzung i. S. von diensteübergreifenden Kooperationen, wie bspw. im Praxisbeispiel Talea GmbH, anzuschließen. Bisher kooperieren Unternehmen über die Arbeitnehmerüberlassung. Dabei überlassen Pflegedienste ihre Mitarbeitenden gegen Entgelt für kurze Zeit anderen Pflegediensten. Benötigt wird hierfür neben einer Erlaubnis ein Arbeitnehmerüberlassungsvertrag, in dem alle Rahmenbedingungen der Arbeitnehmerüberlassung geregelt werden (Bundesagentur für Arbeit o. J.). Dieser Aspekt soll in der zweiten Projektphase ebenfalls weiter untersucht werden. Auf der anderen Seite ist mit den zukünftigen Befragungen zu eruieren, wie groß die Verbreitung bestimmter, in der systematischen Literaturrecherche und Recherche identifizierter Methoden, (digitaler) Arbeitshilfen und Kooperationsformen bundesweit ist, wie diese aus Sicht der Praxis bewertet werden und ob es systematische Unterschiede zwischen den Bundesländern oder städtischen und ländlichen Regionen gibt.

Abschließend ist die derzeitige **Pandemiesituation eine weitere Herausforderung** vorliegende Ergebnisse praxisnah und zukunftsfähig in den weiteren Projektschritten zu eruieren.

Einerseits bedarf es bei einigen Ansätzen einer höheren bzw. erweiterten Qualifikation der Pflegefachkräfte, andererseits ist die Branche infolge der Pandemie mit erhöhter Personalfuktuation konfrontiert. Die ambulanten Pflegedienste haben aktuell damit zu kämpfen, dass pandemiebedingt die Inanspruchnahme von SGB V- und SGB XI-Leistungen abgenommen hat, sodass die Sicherstellung und Aufrechterhaltung der Versorgung bei verringerter Leistungsanspruchnahme von ambulanten Leistungen gefährdet oder instabil ist (Wolf-Ostermann *et al.* 2020). Diese Abnahme betrifft ebenfalls die Nachfrage nach Betreuungsleistungen, hauswirtschaftlichen Versorgungs- und Beratungsleistungen (ebd.). Personalausfälle von bis zu zehn Prozent, einschließlich etwaiger durch das Gesundheitsamt angeordneter Quarantänemaßnahmen, als auch die erhöhten Hygienemaßnahmen müssen durch die Betriebe kompensiert werden. Dabei die Versorgung der Pflegebedürftigen weiter sicherzustellen, stellt aktuell eine extreme Herausforderung und Mehrbelastung dar. Zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung und Kostenerstattung für zugelassene Pflegeeinrichtungen sowie für Pflegebedürftige hat der Gesetzgeber zeitlich befristet im § 150 Abs. 1 SGB XI die Träger der nach § 72 zugelassenen Leistungserbringer im Falle einer wesentlichen Beeinträchtigung der Leistungserbringung durch die Auswirkungen aufgrund der Corona Pandemie dazu verpflichtet, dies unverzüglich gegenüber den Pflegekassen anzuzeigen. Die Pflegeeinrichtungen haben zudem die Möglichkeit, die pandemiebedingt

anfallenden außerordentlichen Aufwendungen sowie Mindereinnahmen erstattet zu bekommen (§ 150 Abs. 2 bis 4 SGB XI).

---



## 8. Anhang

---

- A1 Übersicht der eingeschlossenen Publikationen**
  - A2 Steckbriefe zu Kapitel 5.1**
  - A3 Steckbriefe zu Kapitel 5.2**
  - A4 Steckbriefe zu Kapitel 5.3**
  - A5 Übersicht der recherchierten technischen Anwendungen**
-

## A1 Übersicht der eingeschlossenen Publikationen

Tabelle 23: Übersicht eingeschlossener Quellen (Sortiert nach Herkunft der Quelle)

Nr.	Autor(en)	Jahr	Titel der Publikation
<b>Bibliografische Datenbanken Medline, Embase, Emcare</b>			
1.	Béland & Hollander	2011	Integrated models of care delivery for the frail elderly: International perspectives.
2.	Cano et al.	2015	An adaptive case management system to support integrated care services: Lessons learned from the NEXES project.
3.	Hendy et al.	2012	An organisational analysis of the implementation of telecare and telehealth: the whole systems demonstrator.
4.	Jantunen et al.	2020	Self-Organizing Teams in Elderly Care in Finland: Experiences and Opportunities.
5.	Klaasen et al.	2016	From primary nurse to collaborative nursing care team: Early feedback on a new model.
6.	Labson	2015	Innovative and successful approaches to improving care transitions from hospital to home.
7.	Low et al.	2011	A systematic review of different models of home and community care services for older persons.
8.	Mankowska et al.	2014	The home health care routing and scheduling problem with interdependent services.
9.	Marek et al.	2012	Aging in place versus nursing home care: Comparison of costs to Medicare and Medicaid.
10.	Monsen et al.	2013	Buurtzorg: nurse-led community care.
11.	Opel	2019	Improving Technology-Driven Patient Care Coordination: Toward a Techne for Community-Based Organization Involvement.
12.	Polisena et al.	2010	Performance evaluation in home and community care.
13.	Smith et al.	2016	Communication between office-based primary care providers and nurses working within patients' homes: An analysis of process data from CAPABLE.
<b>Forward search - Vorwärtssuche</b>			
1.	Douglas et al.	2017	Implementing Information and Communication Technology to Support Community Aged Care Service Integration: Lessons from an Australian Aged Care Provider.
2.	Lin, Ma, Ying	2021	Matching daily home health-care demands with supply in service-sharing platforms.
3.	Parragh, Doerner	2018	Solving routing problems with pairwise synchronization.

Nr.	Autor(en)	Jahr	Titel der Publikation
4.	Popejoy et al.	2015	Comparing Aging in Place to Home Health Care: Impact of Nurse Care Coordination On Utilization and Costs.
<b>Handrecherche</b>			
1.	Amjad et al.	2017	Health Services Utilization in Older Adults with Dementia Receiving Care Coordination: The MIND at Home Trial.
2.	Barker	2007	Local Health Integration Networks: The Arrival of Regional Health Authorities in Ontario.
3.	Barnett et al.	2020	Innovation driving care systems capability: case studies.
4.	Barnett et al.	2020	Innovation driving care systems capability: discussion Paper.
5.	Barnett et al.	2020	Innovation driving care systems capability: Final Report.
6.	Becke et al.	2013	Nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit in der ambulanten Pflege: Zwischenbericht des Verbundprojekts Zukunft:Pflege.
7.	Béland et al.	2006	A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: results from a randomized controlled trial.
8.	Béland, Lebel & Fletcher	2006	Integrated Services for Frail Elders (SIPA): A Trial of a Model for Canada.
9.	Bleses et al.	2018	Verbundprojekt KOLEGE - Interagieren, koordinieren und lernen. Chancen und Herausforderungen der Digitalisierung in der ambulanten Pflege.
10.	Bleses, Busse	2020	Digitalisierung der Pflegearbeit in der ambulanten Pflege: Herausforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten guter Arbeitsqualität.
11.	BMWl	2018	ExCELL – Echtzeitanalyse und Crowdsourcing für eine selbstorganisierte City-Logistik.
12.	Bower et al.	2011	A comprehensive evaluation of the impact of telemonitoring in patients with long-term conditions and social care needs: protocol for the whole systems demonstrator cluster randomised trial.
13.	Brandenburg et al.	2017	Evaluation des Projekts „Nachstationäre Betreuung zur Wiedererlangung der Alltagskompetenz im häuslichen Umfeld“ durch den Förderverein „Unsere Brücke“ Biberach e. V.
14.	Broderick,& Steinmetz	2013	Centura Health at Home: Home telehealth as the standard of care.
15.	Bundesverband Pflegemanagement e.V.	2018	Exzellenz in der Pflege.
16.	Busse et al.	2019	Gestaltung des Veränderungsprojekts „Digitalisierung der Arbeit“ im Projekt KOLEGE : Technischeinsatz, Organisation von Kommunikation, Informieren und Lernen

Nr.	Autor(en)	Jahr	Titel der Publikation
17.	Cacchione	2020	Managed Long-Term Services and Supports for Medicaid Only and Dually Eligible Individuals.
18.	Chapell et al.	2004	Comparative costs of home care and residential care.
19.	Duncan	2019	Integrated care systems and nurse leadership.
20.	Fikar und Hirsch	2017	Home health care routing and scheduling: A review.
21.	Fuchs-Frohnhofen et al.	2017	Neue Ansätze des Arbeits- und Gesundheitsschutzes im Pflege- und Dienstleistungssektor.
22.	GKV-Spitzenverband	2018	Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen. Das Modellprogramm nach § 45f SGB XI: Die Projekte.
23.	Gräske et al.	2013	Ambulant betreute Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen in Deutschland: Eine Literaturübersicht zu Strukturen, Versorgungsauscomes und Qualitätsmanagement.
24.	Hausmann & Catoni	2019	Einfach:ambulant – Digitale Lösungen für die ambulante Pflege.
25.	Henderson et al.	2013	Cost effectiveness of telehealth for patients with long term conditions (Whole Systems Demonstrator telehealth questionnaire study): nested economic evaluation in a pragmatic, cluster randomised controlled trial.
26.	Henderson et al.	2014	Cost-effectiveness of telecare for people with social care needs: the Whole Systems Demonstrator cluster randomised trial.
27.	Hernández et al.	2015	Integrated care services: lessons learned from the deployment of the NEXES project.
28.	Hollander & Chapell	2007	A comparative analysis of costs to government for home care and long-term residential care services, standardized for client care needs.
29.	Hollander et al.	2007	Providing care and support for an aging population: briefing notes on key policy issues.
30.	Hübner	2017	Schlussbericht. ExCELL - Echtzeitanalyse und Crowdsourcing für eine selbstorganisierte City-Logistik.
31.	Klaasen et al.	2016	Advancing Interprofessional Collaborative Teams in the Winnipeg Health Region.
32.	Kreitzer et al.	2015	Buurtzorg Nederland: A Global Model of Social Innovation, Change, and Whole-Systems Healing.
33.	Kommunalverband für Jugend und Soziales (KVJS, Ba-Wü)	2016	Innovative Pflegearchitektur – Planungsaufgabe Wohngemeinschaft 4. Fachtag der Fachstelle ambulant unterstützte Wohnformen (FaWo).
34.	Lalani et al.	2019	Transforming community nursing services in the UK; lessons from a participatory evaluation of the implementation of a new community nursing model in East London based on the principles of the Dutch Buurtzorg model,

Nr.	Autor(en)	Jahr	Titel der Publikation
35.	Leask, Bell, Murray	2020	Acceptability of delivering an adapted Buurtzorg model in the Scottish care context.
36.	Leask, Gilmartin	2019	Implementation of a neighbourhood care model in a Scottish integrated context - views from patients.
37.	Legislative Assembly of Ontario	2015	CCACs—community care access centres—home care program. Section 3.01, 2015 Annual Report of the Office of the Auditor General of Ontario.
38.	Lezock, Klewer	2013	Analyse der Touren und Einsatzplanung eines ambulanten Pflegedienstes.
39.	Libersky et al.	2018	Managed Long-Term Services and Supports.
40.	Marek et al.	2010	The Relationship of Community-based Nurse Care Coordination to Costs in the Medicare and Medicaid Programs.
41.	Marek et al.	2006	Nurse Care Coordination in Community-Based Long-Term Care.
42.	Marek et al.	2005	Clinical Outcomes of Aging in Place.
43.	Maucher	2018	Den Übergang in das häusliche Umfeld begleiten. Die Pflege - Brücke Bereich Ulm e. V.
44.	Pöser & Bleses	2018	Digitalisierung der Arbeit in der ambulanten Pflege im Land Bremen: Praxis und Gestaltungsbedarfe digitaler Tourenbegleiter.
45.	Projekt einfach:ambulant	2019	Einfach:ambulant. Digitale Lösungen für die ambulante Pflege.
46.	Reimer & Reigraf	2015	Geschlechtergerechte Care-Arrangements in Wohn-Pflege-Gemeinschaften? Studie zur Neuverteilung formeller, informeller, professioneller und semiprofessioneller Pflegeaufgaben.
47.	Ruiz et al.	2017	Innovative Home Visit Models Associated With Reductions In Costs, Hospitalizations, And Emergency Department Use.
48.	Samus et al.	2018	MIND at Home-Streamlined: Study protocol for a randomized trial of home-based care coordination for persons with dementia and their caregivers.
49.	Szanton et al.	2018	Medicaid Cost Savings of a Preventive Home Visit Program for Disabled Older Adults.
50.	Szanton 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.
51.	Szanton et al.	2019	Effect of a Biobehavioral Environmental Approach on Disability Among Low-Income Older Adults.
52.	Williamson et al.	2015	Implementation of Medicaid Managed Long-term Services and Supports for Adults with Intellectual and/or Developmental Disabilities: A State's Experience.

Nr.	Autor(en)	Jahr	Titel der Publikation
53.	Willink et al.	2020	Cost-Effective Care Coordination for People With Dementia at Home.
54.	Winnipeg Regional Health Authority	2016	Advancing Collaborative Care Teams. A Guide for Teams and Facilitators
55.	Wirth et al.	2019	Integrierte Technik- und Arbeitsprozessentwicklung in der ambulanten Pflege: Gestaltungsansätze aus dem Projekt ITAGAP für eine verantwortliche und gesunde Pflegearbeit.
56.	Wolf-Ostermann	2018	Ambulantisierung stationärer Einrichtungen im Pflegebereich und innovative ambulante Wohnformen.
57.	Wolf-Ostermann et al.	2012	Health outcomes and quality of life of residents of shared-housing arrangements compared to residents of special care units - results of the Berlin DeWeGE-study.
58.	Wysocki et al.	2020	Managed Long-Term Services and Supports.
59.	Wysocki et al.	2019	Managed Long Term Services and Supports.

Quelle: IGES

Anmerkung: mehrere Konzepte oder Praxisbeispiele können aus einer Quelle stammen, Auflistung exklusive Projektwebseiten und Webseiten von ambulanten Pflegediensten

## A2 Steckbriefe zu Kapitel 5.1

Tabelle 24: Algorithmen und Datenplattformen zur (digitalen) Touren- und Dienstplanung

Algorithmen und Datenplattformen zur (digitalen) Touren- und Dienstplanung	
<b>Land (Gesundheitssystem)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Nicht zutreffend (mathematische Modelle, welche experimentell und nicht in einem System untersucht wurden, werden von deutschen, österreichischen und australischen Autoren betrachtet)</li> </ul>
<b>Datengrundlage des Steckbriefes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Experimentelle Studien, Ergebnisbroschüre des Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) zum Projekt ExCELL</li> </ul>
<b>Praxisbeispiel/Konzept/Ansatz zur verbesserten Koordination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <u>Algorithmus 1</u>: Planungsansatz/IT-Algorithmus zur Optimierung der Touren- und Terminplanung in der ambulanten Versorgung: Home Health Care Routing and Scheduling Problem (HHCSP) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Optimierung der innerbetrieblichen digitalisierten Dienst- und Tourenplanung unter Berücksichtigung: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ der individuellen Leistungsanforderungen der Pflegebedürftigen (ggf. auch Besuche mehrmals am Tag)</li> <li>▪ der Qualifikationen des Personals sowie potentielle Interdependenzen zwischen verschiedenen Leistungen und Doppelleistungen (z. B. das Heben einer beeinträchtigten Person erfordert zwei Pflegefachkräfte)</li> <li>▪ der Zeitpräferenzen der Pflegebedürftigen durch vorgegebene Zeitfenster</li> <li>▪ der Wege- und Wartezeiten</li> </ul> </li> <li>▪ Unterscheidung der Leistungen in: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Einzelleistungen (ein Leistungsvorgang, der von einer/einem Mitarbeitenden durchgeführt werden kann) und</li> <li>▪ Doppelleistungen (zwei Leistungsvorgänge, die zwei Mitarbeitende erfordern)</li> </ul> </li> <li>▪ digitale Suchmaske und Modellierung zugeschnitten auf lokale und regional Gebiete „Neighborhood Structures and local search“ <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Idee dieser Nachbarschaften: z. B. beide zu einer Doppeldienst-Klientin / einem Doppeldienst-Klienten gehörenden Dienste gemeinsam zu verlegen, um Wartezeiten des Personals zu vermeiden (die entstehen könnten, wenn jeder der voneinander abhängigen Dienstbetriebe allein verlegt werden würde)</li> <li>▪ die darüber eingeführten Intra-Shift-Nachbarschaften können im Modell redundante Lösungen erzeugen, bspw., wenn Verschiebungen in der Matrixdarstellung zu den gleichen Routen führen</li> <li>▪ im Falle schlechter Nachbarschaftsstrukturen werden diese innerhalb einer lokalen Suche systematisch verändert, d. h. Nachbarschaften werden nach einer vorgegebenen Reihenfolge untersucht → wird eine Lösung mit besserer Qualität gefunden, wird die Suche mit der ersten Nachbarschaft neu gestartet, um die Suche um die neue Lösung zu intensivieren</li> </ul> </li> <li>▪ alle programmierten Algorithmen wurden in JAVA übertragen, Überprüfung erfolgte mit Testdaten in einem Berechnungsexperiment <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die Testdatensätze unterscheiden hinsichtlich der Größe des Personals (drei bis 40 Mitarbeitende) und der Anzahl der Klientinnen/Klienten (zehn bis 300 Klientinnen/Klienten), i. S. unterschiedlicher Betriebsgrößen</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

### Algorithmen und Datenplattformen zur (digitalen) Touren- und Dienstplanung

- je 15 % der Klientinnen/Klienten wurden mit gleichzeitiger bzw. vorrangiger Doppelleistung simuliert
- ◆ Algorithmus 2 (nicht ausschließlich auf ambulante Pflegedienste fokussiert, betrachtet auch Logistikunternehmen): Evaluation verschiedener Möglichkeiten der Anforderung der paarweisen Routensynchronisation im Rahmen eines metaheuristischen Algorithmus
  - paarweise zeitliche und räumliche Routensynchronisation führt zeitliche Zusammenhänge zwischen all jenen Routen ein, die Klientinnen/Klienten bedienen und einen synchronisierten Besuch (u. a. aufgrund der Durchführung von zwei Pflegefachkräften) erfordern
  - Ansatz unter Berücksichtigung von:
    - Aufgaben müssen von bis zu zwei Personen erledigt werden
    - Wege- und Durchführungszeiten werden als deterministisch angesehen
  - drei untersuchte Ansätze: iterative Verbesserung des Timings, Timing aller synchronisierten Besucher gleichzeitig verbessern (globalerer Ansatz, zeitaufwendig) und Integration des Timings der synchronisierten Aufgaben in die Entnahme- und Einfügeroutine der LNS („large neighborhood search“<sup>32</sup>)
  - alle Ansätze werden in unterschiedlichen Szenarien (z. B. zeitliche Aufwände der Tätigkeiten, skill mix) experimentell untersucht
- ◆ Ziele der Algorithmen: Optimierung der Leistungserbringung durch:
  - Reduzierung der täglichen Gesamtstrecken, die das Personal zurücklegt
  - Vermeidung von Wartezeiten durch eine Reduzierung von Verspätungen
  - faire Verteilung der unvermeidbaren Wartezeiten auf alle Klientinnen/Klienten
- ◆ Praxisbeispiel ExCELL: Entwicklung einer Lösung für Pflegedienstleister zur Steigerung der Effizienz im Straßenverkehr über eine Service- und Datenplattform, die verschiedene Mobilitätsdienstleistungen verknüpft und zur Verfügung stellt
  - Entwicklung von Services für eine automatische Sammlung, Verarbeitung und Verknüpfung von geographischen und verkehrstechnischen Daten (Tracking Service, Traffic Event Service)
  - Plattform ist modular aufgebaut, alle Elemente beliebig kombinierbar
  - Daten werden durch per Crowdfunding gesammelte Daten, wie den Bewegungs- und Positionsdaten einer/eines Nutzerin/Nutzers oder aktiv von Nutzerinnen/Nutzern übermittelten Daten wie Verkehrsstörungen oder Unfälle, ergänzt → ermöglicht Analysen und Vorhersagen zu verbessern
  - durch die genauere Entscheidungsgrundlage kann die Plattform besser Verzögerungen berechnen, vor Staus warnen und alternative Wege empfehlen
  - Vorteil: Mitarbeitende können Stauzeiten vermeiden, bessere und frühere Information der Klientinnen/Klienten über Verspätungen (z. B. per Nachricht auf ihrem Smartphone)

#### Beteiligte Leistungserbringer/Akteure

- ◆ Ambulanter Pflegedienst, Pflegefachkräfte, Softwareentwickler, Wissenschaft

#### Ergebnisse des Praxisbeispiels/Konzeptes/Ansatzes

- ◆ Algorithmus 1: Das mathematische Formulierungsmodell HHCRSP zeigt einen Lösungsansatz das Touren- und Dienstplanproblem in der ambulanten Versorgung zu optimieren:



### Algorithmen und Datenplattformen zur (digitalen) Touren- und Dienstplanung

- optimierte Planung von Leistungen, welche von zwei Pflegefachkräften erbracht werden müssen, wird in diesem neuen Modell berücksichtigt → entwickelte Heuristik ist in der Lage, mit solchen Synchronisationsanforderungen umzugehen
- konsistente Reduzierung der täglichen Gesamtstrecken des Personals und damit der Fahrtkosten sowie Wartezeiten für Klientinnen/Klienten, faire Verteilung unvermeidbarer Wartezeiten über alle Klientinnen/Klienten
- gleichzeitig können sehr große Probleminstanzen mit mehreren hundert Klientinnen/Klienten in akzeptabler Laufzeit bearbeitet werden
- ◆ Algorithmus 2 (nicht ausschließlich auf ambulante Pflegedienste fokussiert, betrachtet auch Logistikunternehmen): die paarweise Routensynchronisation schlägt einen „adaptive large neighborhood search“ – ALNS<sup>32</sup> Algorithmus als Lösung vor:
  - innerhalb der ALNS wird die Synchronisation gewährleistet, bestimmte Aufgaben werden bestimmten Zeitumfängen zugewiesen sowie einer lokalen Suchkomponente, die die Zeitumfänge der verschiedenen synchronisierten Aufgaben verbessert
  - größten Effekt hatte der Ansatz der Integration des Timings der synchronisierten Aufgaben in die Entnahme- und Einfügeroutine der LNS
  - erhebliche Verbesserungen in Bezug auf die Lösungsqualität, wenn das Timing von Aufgaben, die synchronisierte Besuche erfordern, im Verlauf des Algorithmus verbessert wird
- ◆ Praxisbeispiel ExCELL: systematische Erhebungen von Anforderungen, so dass 2018 erste Feldtests einer nutzerzentrierten Lösung erfolgen sollten (keine weiteren Angaben zur tatsächlichen Durchführung)

#### Umsetzbarkeit und Wirtschaftlichkeit

- ◆ Maximierung des Umsatzes für ambulante Dienste bedeutet die Minimierung der Kosten im Zusammenhang mit Wegezeiten, Überstunden und der Anzahl ungeplanter Aufgaben
- ◆ Architektur der Plattform ExCELL mit ihren Benutzeroberflächen und Governance-Mechanismen ist eine Erleichterung für integrierte Dienstleistungsanbieter, Umsetzungsdetails der Feldtests liegen nicht vor
- ◆ aufgrund der Studien über mathematische Modelle können Aspekte zur Umsetzung und Wirtschaftlichkeit nicht extrahiert werden

### Bewertung der Übertragbarkeit und des Effizienzpotentials

In diesen Studien wurden optimierende mathematische/computerbasierte Formulierungsmodelle zur koordinierten und effizienten Dienst- und Tourenplanung mit Gewichtung der unterschiedlichen Einflussfaktoren (u. a. Einzel- und Doppelleistungen) entwickelt und experimentell in einer Computersimulation überprüft.

Übertragbarkeit: Die Übertragbarkeit einer solchen IT-basierten Touren- und Dienstplanung ist nur limitiert einzuschätzen, da sich die Ergebnisse auf Modellrechnungen beziehen. Allerdings ist, mit entsprechender Technik und Entwicklungsarbeit sowie einer (wissenschaftlichen) Erprobung mit echten Daten,

<sup>32</sup> Ansatz der lokalen Suchheuristik in der Informatik, ursprünglich aus der Logistikbranche als eine allgemeine Heuristik für das Abhol- und Lieferproblem mit Zeitfenstern, Adaptive Large Neighborhood Search (ALNS) ist eine Erweiterung der großen Nachbarschaftssuche, die sich nicht auf eine Zerstörungs- und Reparaturheuristik verpflichtet. Stattdessen wählt es in jeder Iteration aus einem Pool von Heuristiken basierend auf dem vergangenen Erfolg aus. Obwohl es sich um eine allgemeine Heuristik handelt, kann ALNS mit den meisten spezialisierten Heuristiken konkurrieren (Lutz, 2014).

### Algorithmen und Datenplattformen zur (digitalen) Touren- und Dienstplanung

die Übertragbarkeit als grundsätzlich möglich zu bewerten, da dieses Verfahren in der Logistikbranche schon langfristig zu Grunde gelegt wird, um effizienter zu arbeiten.

Effizienzpotential aus Sicht des Versorgungssystems: Das System hat durch die effizientere Planung des Personals ein hohes Potential, funktioniert aber nur mit entsprechender IT-Infrastruktur. Dass die Umsetzung möglich ist, zeigt die Crowdsourcing-Plattform ExCELL, welche in einem Feldtest auch eine Lösung für ambulante Pflegedienste entwickelt.

Effizienzpotential aus Sicht der betrieblichen (und dienstübergreifenden) Arbeitsorganisation: Das Potential der dargestellten komplexen und intelligenten System ist, dass es unter Hinzuziehen unterschiedlicher Szenarien der Leistungserbringung und unterschiedlicher Betriebsgrößen der ambulanten Dienste die effizientesten Dienst- und Tourenplanungen generieren kann. Daraus ergeben sich Einsparungen auf unterschiedlichen Ebenen:

- ◆ Reduktion der Fahrt- und Wegezeiten durch effizientere Tourenplanung
- ◆ optimierter Personaleinsatz durch die intelligente Dienstplanung
- ◆ Zeitersparnisse für die Planung, da das System unterschiedliche Szenarien berechnet.

Das bedeutet, dass mit den gegebenen Ressourcen (Personal) mehr bzw. auch Pflegebedürftige mit komplexen Versorgungsbedarfen versorgt werden können. Und zudem, dass mittels zeitnaher Kommunikationswegen über etwaige Verspätungen auch die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen steigen könnte.

Zur Steigerung der Akzeptanz, könnten bspw. auch Modellprojekte wie GamOR – Game of Roster Verbundprojekt (04/2017-03/2020) zur partnerschaftlichen, digitalisierten Dienstplanung in den ambulanten Bereich übertragen und diesem Modellansatz hinzugefügt werden. Damit würde sich ggf. ebenfalls die Mitarbeiterbindung und -zufriedenheit erhöhen.

- |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Quellen</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Algorithmus 1: Mankowska DS, Meisel F &amp; Bierwirth C (2014): The home health care routing and scheduling problem with interdependent services. <i>Health Care Management Science</i> 17, 15-3.</li> <li>◆ Algorithmus 2: Parragh SN &amp; Doerner KF (2018): Solving routing problems with pairwise synchronization constraints. <i>Cent Eur J Oper Res</i> 26(2), 443-464. DOI: 10.1007/s10100-018-0520-4. <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29773968">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29773968</a>.</li> <li>◆ Roman Lutz (2014): Adaptive Large Neighborhood Search, A heuristic for the Rich Pickup and Delivery Problem with Time Windows.</li> <li>◆ Fikar C &amp; Hirsch P (2017): Home health care routing and scheduling: A review. <i>Computers &amp; Operations Research</i> 77, 86-95. DOI: <a href="https://doi.org/10.1016/j.cor.2016.07.019">https://doi.org/10.1016/j.cor.2016.07.019</a>. <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305054816301848">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305054816301848</a>.</li> <li>◆ Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) (2017): ExCELL – Echtzeitanalyse und Crowdsourcing für eine selbstorganisierte City-Logistik. <i>Smart Data – Innovationen aus Daten</i>. <a href="http://www.bmwi.de">www.bmwi.de</a> [Abruf am: 18.02.2021].</li> <li>◆ ExCELL: <a href="https://dt.wiwi.tu-dortmund.de/forschung/forschungsprojekte/excell/">https://dt.wiwi.tu-dortmund.de/forschung/forschungsprojekte/excell/</a> [Abruf am 30.03.2021] und <a href="http://excell-mobility-il17.in.tum.de/">http://excell-mobility-il17.in.tum.de/</a> [Abruf am 30.03.2021]</li> <li>◆ Hübner D (2017): Schlussbericht. ExCELL - Echtzeitanalyse und Crowdsourcing für eine selbstorganisierte City-Logistik. Dresden, Deutschland: ENTIRETEC AG. <a href="https://www.tib.eu/de/suchen/id/TIBKAT:1036437353/">https://www.tib.eu/de/suchen/id/TIBKAT:1036437353/</a> [Abruf am: 30.03.2021].</li> <li>◆ Kubek V, Velten S, Uhde A, Schlicker N &amp; Blaudszun-Lahm A (2020): Kollaborative Dienstplattform. Digitalisierung als Mittel teamorientierter Selbstorganisation. 5. In: Bleses P, Busse B &amp; A F: Digitalisierung der Arbeit in der Langzeitpflege als Veränderungsprojekt. Deutschland: Springer-Verlag, 65-80.</li> </ul> |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Quelle: IGES

Tabelle 25: Steckbrief Digitale Touren- und Dienstplanung sowie Tourenbegleiter

Digitale Touren- und Dienstplanung sowie Tourenbegleiter	
<b>Land (Gesundheitssystem)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Deutschland (beitragsfinanzierte Sozialversicherung, ca. 90 % der Versicherten in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, kleinerer Anteil Privatversicherte, private Zusatzversicherungen für Pflege und medizinische Leistungen möglich)</li> </ul>
<b>Datengrundlage des Steckbriefes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Modellanalyse, Studienbericht</li> </ul>
<b>Praxisbeispiel/Konzept/Ansatz zur verbesserten Koordination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <u>Ansatz 1 (innerbetrieblich)</u>: Erprobung eines einfachen Verfahrens zur Analyse der Tourenplanung über einen SOLL-IST-Abgleich <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Untersuchung von drei Pflgetouren (A1, A2, A3) über jeweils 16 Wochen hinsichtlich: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ festgelegter Kriterien der Qualität der SOLL-Tourenplanung</li> <li>▪ der Identifikation von Menge und Qualität der Abweichungen zur Planung</li> <li>▪ der Identifikation von Potentialen und Schwachstellen der Leistungserbringung</li> </ul> </li> <li>▪ Betriebsgröße des ambulanten Pflegedienstes: 83 Mitarbeitende, 53 Klientinnen/Klienten (ländlicher Raum)</li> <li>▪ mobile Datenerfassung via Smartphone (IST-Werte und Tourenaufträge), nach Tourenende über W-LAN Schnittstelle mit dem PC synchronisiert und Datenimport in das Programm (ACS: Alpha Computer Systeme), Export neuer Tourenaufträge</li> <li>▪ zusätzlich wurden begleitende Tourenvisiten (zufällig) durchgeführt und der IST-Versorgungsbeginn mit dem SOLL-Versorgungsbeginn täglich abgeglichen</li> <li>▪ auf einem Laufzettel wurden darüber hinaus erbrachte, aber nicht abgerechnete Leistungen und Ergänzungsmöglichkeiten dokumentiert</li> </ul> </li> <li>◆ <u>Ansatz 2 (überbetrieblich)</u>: digitale Tourenbegleiter zur verbesserten Tourenorganisation und Bereitstellung von Informationen während der Touren <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hardware: Smartphones/Tablets (Mobile Digital Assistants – MBA); Software zur Pflegeorganisation</li> <li>▪ Geräte können teilweise neben der Tourenplanung und Kommunikation zur Pflegedokumentation genutzt werden</li> <li>▪ Geräte bieten unterschiedlichen Funktionsumfang, differenziert nach Qualifikation der Pflegefachkräfte und Führungskräfte</li> <li>▪ Untersuchung der Potentiale, des Nutzens bzw. der Risiken und der Technikakzeptanz und -affinität mittels quantitativer und qualitativer Befragungen von ambulanten Pflegediensten</li> <li>▪ Betriebsgrößen: 35 % bis zu 25 Mitarbeitende (klein), 38 % bis zu 100 Mitarbeitende (mittel), 27 % über 100 Mitarbeitende (groß)</li> </ul> </li> <li>◆ <u>Ziele</u>: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Optimierung der Tourenplanung</li> <li>▪ Effizienzsteigerung durch verbesserte Koordinierung der Leistungserbringung</li> </ul> </li> </ul>
<b>Beteiligte Leistungserbringer/Akteure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Ambulanter Pflegedienst: Pflegefachkräfte, Qualitätsmanagerinnen/-manager, Pflegedienstleitungen, Tourenplanerinnen/-planer</li> <li>◆ <u>Zielgruppe</u>: pflegebedürftige Personen in der eigenen Häuslichkeit</li> </ul>

### Digitale Touren- und Dienstplanung sowie Tourenbegleiter

#### Ergebnisse des Praxisbeispiels/Konzeptes/Ansatzes

- ◆ Ansatz 1:
  - die Untersuchung zeigte keine repräsentativen Ergebnisse
  - SOLL-IST-Abgleich der Fahrzeiten: Abweichungen im Mittel +48 min
  - durchschnittliche Fahrzeit/Einsatz: keine konstante Entwicklung
  - Einhaltung des Versorgungsbeginns: Einhaltungquote Tour A3 = 18 %; Einhaltungquote Tour A2 und A1 = 25 %
  - Leistungserbringung: im Zeitraum von einer Woche Erfassung 69 nicht vereinbarte und nicht vergütete Leistungen (u. a. Briefkasten/Mülleimer leeren, Tee kochen, Toilettenstuhl leeren)
- ◆ Ansatz 2: Geräte bieten neue Möglichkeiten der stetigen Datenübertragung und verändern Kommunikations- und Koordinierungsprozesse:
  - gewisse Technikaffinität lag bei allen Befragten vor, Akzeptanz gegenüber der Technik war insgesamt hoch und wurde zustimmend bewertet
  - Potentiale liegen vor allem in der Vernetzung der ambulanten Pflege mit externen Partnern (Krankenhäuser, Apotheken, Arztpraxen usw.)
  - bei Führungskräften überwiegen die Vorteile aus der Einführung der Geräte hinsichtlich Effizienz und Effektivität der Arbeit
  - bei Pflegefachkräften überwiegen die Vorteile aus der Einführung der Geräte hinsichtlich der besseren Anbindung und Aktualität an Informationen von unterwegs, vor und während der Touren
  - Pflegedokumentation als Funktion wurde kaum genutzt, befragte Pflegefachkräfte und Pflegedienstleitungen äußerten mehrheitlich, dass dies auch nicht gewünscht ist (Gründe: höhere quantitative Arbeitsbelastung durch MDA-Nutzung, aufwändigere Pflegedokumentation, potentielle Störung der Pflgetätigkeit durch das Gerät etc.)
  - in den quantitativen als auch qualitativen Befragungen wurde die MBA durchgehend zustimmend und positiv bewertet
  - kleiner Anteil der Befragten äußerte Bedenken, über die digitalen Tourenbegleiter vom Vorgesetzten überwacht zu werden

#### Umsetzbarkeit und Wirtschaftlichkeit

- ◆ Ansatz 1:
  - SOLL-IST-Abgleich kann als ein geeignetes Controlling-Instrument genutzt werden, um Abweichungen zu erkennen
  - Methode könnte universell auch in anderen ambulanten Pflegediensten angewendet werden, die versorgungsbereichübergreifende Leistungen anbieten
  - Laufzettelverfahren zeigte sich als sehr gut praktikabel, um mit geringem zusätzlichem Dokumentationsaufwand für die Mitarbeitenden einen Nachweis über (noch) nichtabgerechnete Leistungen zu führen
  - Laufzettel schafft Transparenz für den Leistungserbringer sowie eine Verhandlungsgrundlage für Kostenträger und Kunden über nichtabgerechnete Leistungen
- ◆ Ansatz 2:
  - größere Transparenz hinsichtlich der Dauer der Fahr- und Pflegeleistungen kann die Wirtschaftlichkeit positiv beeinflussen (z. B.: Werden bislang nicht abgerechnete Leistungen erbracht?)

### Bewertung der Übertragbarkeit und des Effizienzpotentials

Digitale Tourenbegleiter und digitale Tourenplaner bieten eine Vielzahl an Potentialen in der ambulanten Versorgung. Die Vermeidung einer Grenzüberschreitung zwischen Erwerbs- und Freizeit (z. B. Dienstplanabruf in der Freizeit) ist häufig ein bislang ungeklärter Punkt in den befragten Betrieben. Hier bedarf es

### Digitale Touren- und Dienstplanung sowie Tourenbegleiter

einer Reorganisation der Vor- und Nachbereitungszeiten von Pflegeeinsätzen (Anerkennung als Arbeitszeit) in den Betrieben. Bei den Geräten fehlt es bislang auch noch an konkreten Regelungen bei Beschädigung und Verlust der Geräte in den Betrieben sowie zum Datenschutz und Anschlussfähigkeit.

Übertragbarkeit: In der Bedienung von Smartphones zur Datenerhebung wurden bei den Mitarbeitenden deutliche Defizite erkannt, sodass die Übertragbarkeit auf andere ambulante Dienste nur mit gleichzeitigen Maßnahmen der Personalschulungen bzw. -einarbeitung gewährleistet werden kann. Des Weiteren zeigen die Ergebnisse zu beiden Ansätzen, dass die Einführung solcher Technik unter Beteiligung der Pflegefach- und -hilfskräfte stattfinden sollte, da dies die Akzeptanz und den Nutzen deutlich steigert. Falls mehrere Einrichtungen für ein funktionierendes Schnittstellenmanagement diese Technik nutzen möchten, bedarf es zudem anschlussfähiger Systeme.

Effizienzpotential aus Sicht des Versorgungssystems: Beide Ansätze zur (digitalen) Dienst- und Tourenplanung haben das Potential einer Verbesserung der Koordinierung der Leistungserbringung. Des Weiteren besteht das Potential Arbeitszeiten der Pflegefach- und -hilfskräfte effizienter zu gestalten, indem über die Funktionen der digitalen Tourenbegleiter ebenfalls die Pflegedokumentation durchgeführt werden kann. Da im Moment aber vor Ort noch die identische Papierdokumentation vorgehalten werden muss, stellt dies eine Doppelarbeit dar.

Effizienzpotential aus Sicht der betrieblichen (und diensteübergreifenden) Arbeitsorganisation:

Ansatz 1: Die gute Anwendbarkeit der Methode bietet die Chance ein systematisches Touren-Controlling zu ermöglichen. Somit würden die Kernprozesse der Dienst- und Einsatzplanung verbessert und die Qualität in der Leistungserbringung erhöht. Die Fahrtzeiten könnten mithilfe einer geeigneten Routenplanungssoftware individualisiert werden, um Abweichungen zu verringern. Dies würde wiederum eine effizientere Personaleinsatzplanung und die Einsparung von Wegezeiten hervorrufen. Bspw. könnten auch Modellprojekte wie GamOR – Game of Roster Verbundprojekt (04/2017-03/2020) zur partnerschaftlichen, digitalisierten Dienstplanung in den ambulanten Bereich übertragen werden.

Ansatz 2: Potential besteht hinsichtlich der Verbesserung von Information und Kommunikation auf Seiten der auf ihren Touren allein arbeitenden Pflegenden. Für die Nutzung der Endgeräte von den Pflegenden sind allerdings betriebliche Handlungsanweisungen angeraten (u. a. zur Absicherung von Schäden oder Verlust). Durch diese einfache und schnellere Kommunikation über Distanz besteht das Potential Personal- und Wegezeiten einzusparen, da eine 2. Pflegefach- oder -hilfskraft bei Problemfällen in der Häuslichkeit ggf. nicht dazu kommen muss. Darüber hinaus besteht auch das Potential die Arbeitsqualität durch Verringerung von Unsicherheiten zu optimieren. Effizienzsteigerungen ergeben sich insbesondere bei der Dokumentation und Abrechnung von Leistungen durch die Führungskräfte. Auch die externe Vernetzung der ambulanten Pflege mit vor- und nachgelagerten bzw. parallel tätigen Versorgungsanbietern (Krankenhäuser, Kurzzeitpflege, Apotheken, Arztpraxen usw.) könnte zukünftig eine große Bedeutung hinsichtlich der Verbesserung der Versorgungssituation, einer effizienten Versorgung und schließlich auch der Arbeitsqualität der Pflegekräfte (hier vor allem Verringerung von Unsicherheiten bei der Versorgung neuer Klientinnen/Klienten etwa nach der Krankenhausentlassung) besitzen. Ein weiteres Beispiel ist auch das Besorgen von Verordnungen und Medikamenten. Dies ist keine Krankenkassenleistung und eigentlich Aufgabe der Klientinnen/Klienten. Aufgrund oftmals fehlender Möglichkeiten fällt diese Aufgabe trotzdem häufig den Pflegediensten zu, deren Aufgabenspektrum sich damit erweitert. Dieser Aspekt sollte zukünftig, unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Aspekte weiter vorangetrieben werden.

- |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Quellen</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Pöser S &amp; Bleses P (2018): Digitalisierung der Arbeit in der ambulanten Pflege im Land Bremen: Praxis und Gestaltungsbedarfe digitaler Tourenbegleiter. <i>Reihe Arbeit und Wirtschaft in Bremen, No. 25, Institut Arbeit und Wirtschaft (IAW)</i>. Universität Bremen und Arbeitnehmerkammer Bremen, Bremen. <a href="http://hdl.handle.net/10419/179518">http://hdl.handle.net/10419/179518</a>.</li> <li>◆ Lezock M &amp; Klewer J (2014): Analyse der Touren- und Einsatzplanung eines ambulanten Pflegedienstes. <i>HeilberufeScience</i> 1(5), 31–35. DOI: 10.1007/s16024-013-0169-9.</li> </ul> |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Quelle: IGES

Tabelle 26: Steckbrief Pflegedienst Talea GmbH

Pflegedienst Talea GmbH	
<b>Land (Gesundheitssystem)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Deutschland (beitragsfinanzierte Sozialversicherung, ca. 90% der Versicherten in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, kleinerer Anteil Privatversicherte, private Zusatzversicherungen für Pflege und medizinische Leistungen möglich)</li> </ul>
<b>Datengrundlage des Steckbriefes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Studienbericht, Webseite</li> </ul>
<b>Praxisbeispiel/Konzept/Ansatz zur verbesserten Koordination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <u>Konzept:</u> Optimierung des Personaleinsatzes durch eine flexible und institutionsübergreifende Dienst- und Tourenplanung</li> <li>◆ dienstübergreifender Aufbau und Nutzung eines Fachkräftepools: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ überbetrieblich</li> <li>▪ Zusammenarbeit mehrerer Pflegedienste</li> <li>▪ Einsatz einer dienstübergreifenden digitalen Lösung zur automatisierten Touren-/Einsatzplanung</li> <li>▪ Sicherung von Erholungszeiten, Erhöhung der Planungssicherheit für Mitarbeitende</li> <li>▪ die Talea GmbH hat einen eigenen dienstübergreifende Fachkräftepool (Vermeidung von Ausfällen, Pflegefach- und -hilfskräfte haben zu vereinbarten Zeiten Bereitschaft, sodass kein Mitarbeiter ungeplant aus dem Urlaub oder arbeitsfreien Tag geholt werden muss)</li> <li>▪ Versorgung wird in höherem Maße sichergestellt</li> </ul> </li> <li>◆ <u>Ziele:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ innovativ Herausforderungen in der Organisation der häuslichen pflegerischen Versorgung von Klientinnen/Klienten begegnen</li> <li>▪ Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Effektivität der Zusammenarbeit durch Kooperationen in einem Netzwerk (Teilen von Pflegefach- und -hilfskräften)</li> <li>▪ optimierte Nutzung der begrenzten Humanressourcen auf dem Arbeitsmarkt, bei gleichzeitiger Sicherstellung der pflegerischen Versorgung der (anfragenden) Klientinnen/Klienten in der eigenen Häuslichkeit (durch Fachkräftepool)</li> <li>▪ Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeitenden</li> <li>▪ Unterkapazitäten effizient kompensieren und Umsatzpotentiale ausschöpfen</li> <li>▪ Anfragen von Neukunden müssen nicht mehr abgelehnt werden</li> </ul> </li> </ul>
<b>Beteiligte Leistungserbringer/Akteure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Ambulante Pflegedienste, Pflegefach- und -hilfskräfte, Expertinnen und Experten aus den Bereichen Personal, IT und Produkt, Finanzen, Marketing, Service, Operations &amp; Logistics, Pflegewissenschaftlerinnen/-wissenschaftler</li> <li>◆ <u>Zielgruppe:</u> ambulante Pflegedienste</li> </ul>
<b>Ergebnisse des Praxisbeispiels/Konzeptes/Ansatzes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Ansatz wurde bislang nicht wissenschaftlich evaluiert</li> <li>◆ Nach Angaben der Talea GmbH konnten folgende Ergebnisse erzielt werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Steigerung der Produktivität durch Reduzierung von Fahrtzeiten und höhere Stabilität in der Planung</li> <li>▪ Personal kann effizient und mit höherer Planungssicherheit eingesetzt werden → Steigerung der Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit</li> </ul> </li> </ul>

### Pflegedienst Talea GmbH

- seit Oktober 2019 pflegedienstinterne Datenerhebung, bspw. zu Veränderungen der Produktivität (Aussagen zu tatsächlicher Produktivitätssteigerung sowie Steigerung der Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit liegen bislang jedoch noch nicht vor)
- Sicherstellung der pflegerischen Versorgung durch diensteübergreifende Netzwerke auch in Krisenzeiten (Corona) möglich, Netzwerk hat sich bewährt
- Reduzierung bzw. Vermeidung von Versorgungsproblematiken

### Umsetzbarkeit und Wirtschaftlichkeit

- ◆ Die Umsetzung erfolgt im Rahmen der Regelversorgung, gesonderte Personalqualifikationen waren nicht erforderlich
- ◆ zur Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit ist eine Umgestaltung der vertraglichen/wirtschaftlichen Möglichkeiten für Kooperationen von Pflegediensten erforderlich, da:
  - hohe finanzielle Belastung durch die Umsatzsteuerpflicht nach EU-Recht, da das Modell derzeit im Rahmen der Arbeitnehmerüberlassung realisiert werden muss
  - um diese Steuerpflicht zu umgehen, müssten Klientinnen/Klienten von verschiedenen ambulanten Pflegediensten „geteilt“ werden, was derzeit nicht möglich ist
- ◆ Modell finanziert sich derzeit über Wagniskapitalgeber und ist somit von externen Geldgebern abhängig

### Bewertung der Übertragbarkeit und des Effizienzpotentials

Die Talea GmbH besteht seit 2016 und ist ein in Berlin ansässiges Unternehmen, das das Ziel verfolgt, die ambulante Pflege zu digitalisieren und zu vernetzen. In dem Ansatz von Talea werden Netzwerkpartner (ambulante Pflegedienste) miteinander vernetzt, die Leistungsplanung in der Regelversorgung optimiert und die Profitabilität gesteigert, um die knappen Ressourcen (v. a. Personal) effektiver zu nutzen. Bisher gibt es keine wissenschaftlich evaluierten Daten zum Kosten-Nutzen-Verhältnis dieses Ansatzes.

Übertragbarkeit: Die Bildung eines diensteübergreifenden regionalen Netzwerkes für ambulante Pflegedienste ist in städtischen und ländlichen Regionen grundsätzlich denkbar. Größere Effekte können insb. im städtischen Raum erzielt werden. Relevant ist im Zusammenhang der Übertragbarkeit auch die Bereitschaft und Offenheit von Pflegediensten und Mitarbeitenden zum Umgang mit neuen Technologien (digitale Dienst- und Tourenplanung). Das Modell muss derzeit im Rahmen der Arbeitnehmerüberlassung realisiert werden, was zu hohen finanziellen Belastungen der beteiligten Pflegedienste führt und die Übertragbarkeit limitiert.

Effizienzpotential aus Sicht des Versorgungssystems: Durch die diensteübergreifende Kooperation kann auch in Krisenzeiten die Versorgung sichergestellt werden und Versorgungsproblematiken (bspw. bei Personalausfällen) können innerhalb des Netzwerkes kompensiert und damit die pflegerische ambulante Versorgung sichergestellt werden. Des Weiteren besteht das Potential der effizienteren Koordinierung der Leistungen und der Arbeitszeit der Pflegekräfte.

Effizienzpotential aus Sicht der betrieblichen (und diensteübergreifenden) Arbeitsorganisation: Durch die automatischen Planungslösungen können Touren und Diensteinsätze effizienter geplant werden, was zu Kosteneinsparungen (z. B. Reduzierung von Fahrtzeiten), einem optimierten Personaleinsatz und einer erhöhten Planungssicherheit führt. Der Ansatz hat des Weiteren das Potential Pflegekräfte und Pflegedienstleitung zu entlasten, da die aufwendigen Umplanungen bei Ausfällen z. B. wegen Krankheit entfallen. Die eingesparte Zeit durch die täglichen Planungen schaffen der Pflegedienstleitung Zeit für Führungsaufgaben und Qualitätssicherung. Bisher finden Kooperationen der Netzwerkpartner im Rahmen von Arbeitnehmerüberlassungen statt und erbrachte (pflegerische) Leistungen werden umsatzsteuerpflichtig, was für die Pflegedienste eine finanzielle Mehrbelastung darstellt.

- Quellen** ◆ Braeseke G, Hahnel E, Neuwirth J, Engelmann F & Lingott N (2020): Potentiale sozialer Innovationen in der ambulanten Langzeitpflege. Dezember 2020

**Pflegedienst Talea GmbH**

- ◆ Webseite der Talea GmbH: <https://talea.de/> [Abruf am: 31.03.2021]
- 

Quelle: IGES

---



Tabelle 27: Steckbrief KOLEGE-APP

KOLEGE-APP	
<b>Land (Gesundheitssystem)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Deutschland (beitragsfinanzierte Sozialversicherung, ca. 90% der Versicherten in der gesetzlich Kranken- und Pflegeversicherung, kleinerer Anteil Privatversicherte, private Zusatzversicherungen für Pflege und medizinische Leistungen möglich)</li> </ul>
<b>Datengrundlage des Steckbriefes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Webseite, Projektbericht, Buchbeitrag, Tagungspräsentation</li> </ul>
<b>Praxisbeispiel/Konzept/Ansatz zur verbesserten Koordination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <u>Ansatz</u>: Entwicklung eines Organisationskonzeptes einer digitalen Touren- und Einsatzbegleitung</li> <li>◆ vom Europäischen Sozialfonds gefördertes Verbundprojekt (09/2016 – 12/2019)</li> <li>◆ im Mittelpunkt stehen Aspekte der verbesserten Interaktions-, Koordinierungs- und Lernmöglichkeiten durch: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ enge Zusammenarbeit zwischen Praxis, Wissenschaft und weiteren Entwicklungspartnern</li> <li>▪ umfassende Praxisanalyse von Ressourcen und Herausforderungen der Digitalisierung in den beteiligten Unternehmen</li> <li>▪ Identifikation konkreter Handlungsanforderungen und –möglichkeiten</li> <li>▪ umfassende Berücksichtigung von Belangen der Projektbeteiligten (z. B. Altersunterschiede bei Pflegekräften, Kompetenz- und Qualifikationsunterschiede)</li> <li>▪ vordergründiger Fokus auf Nutzbarkeit der Technik, Nutzen für die Praxis sowie Nutzerorientierung</li> <li>▪ ständige Rückkopplung im Entwicklungsprozess</li> <li>▪ praktische Erprobung und begleitende Evaluation</li> </ul> </li> <li>◆ <u>Ziele</u>: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identifikation noch nicht ausgeschöpfter Potentiale der Digitalisierung in der ambulanten Pflege</li> <li>▪ Entwicklung einer Softwarelösung (App), die Branchenlösungen nutzerorientiert ergänzt (Informationen, Kommunikation, Lerninhalte) und gezielte Erhöhung der Arbeitsqualität der Pflegekräfte (Qualifikation nicht näher beschrieben) mittels digitaler Technik</li> <li>▪ Erstellung eines Handlungsleitfadens für die ambulante Pflege</li> </ul> </li> </ul>
<b>Beteiligte Leistungserbringer/Akteure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Verbund aus Forschungs- und Entwicklungspartnern (u. a. zwei ambulante Pflegedienste) sowie Umsetzungspartnern (Institut Arbeit und Wirtschaft (iaw) der Universität und Arbeitnehmerkammer Bremen, Qualitus GmbH, Köln, Wirtschafts- und Sozialakademie der Arbeitnehmerkammer Bremen, gGmbH, Bremer Pflegedienst GmbH, Bremen, Johanniter-Unfall-Hilfe e.V., Paritätischer Verein Heidekreis e.V., Senatorische Behörde für Soziales, Jugend, Frauen, Integration und Sport, Bremen, ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Bremen, Vincentz-Network, Hannover, Verlagsbereich Altenhilfe, Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa), Landesgeschäftsstelle Bremen, Arbeitnehmerkammer Bremen, Arbeiter-Samariter-Bund, Ambulante Pflege GmbH, Bremen)</li> <li>◆ <u>Zielgruppe</u>: Pflegende in der ambulanten Pflege, ambulante Pflegedienste</li> </ul>

### KOLEGE-APP

#### Ergebnisse des Praxisbeispiels/Konzeptes/Ansatzes

- ◆ Entwicklung und praktische Anwendung der angestrebten Softwarelösung (KOLEGE-APP)
- ◆ identifizierte Herausforderungen für Entwicklung und praktische Umsetzung:
  - große Unterschiede in Technikerfahrung, -akzeptanz und -nutzung durch professionell Pflegende
  - Sicherstellung von Regenerationszeiten (fließendender Übergang zwischen Arbeits- und Freizeit, wenn Geräte auch privat genutzt werden), Anrechnung von Zeiten der Beschäftigung mit dienstlichen Angelegenheiten
  - organisatorische Einbettung technischer Innovationen in vorhandene Strukturen
  - benötigte fachliche und überfachliche Kompetenzen im Technikumgang (z. B. Problemlösefähigkeit und Lernmotivation)
  - Datenschutz und Datensicherheit
- ◆ identifizierte organisatorische Maßnahmen in den Diensten:
  - Etablierung formeller und einfacher Nutzungsregeln, gemeinsame Entwicklung mit Mitarbeitenden (z. B. zu Transparenz in der Kommunikationsstruktur, zu Nachvollziehbarkeit über längere Zeiträume)
  - Selbstverpflichtungen bzw. betriebliche Vereinbarungen zum transparenten Umgang mit einer Kontrolle der Pflegenden (Zeit- und Ortserfassung)
  - offene Fehlerkultur bei Einführung der neuen Technologie
  - schrittweise Umsetzung geplanter Maßnahmen in einem längeren Umsetzungsprozess (erst, wenn Maßnahmen sicher gehandhabt werden, sollen neue Funktionen hinzukommen)
  - gezielte Förderung der Kompetenzentwicklungen im Umgang mit technischen Anwendungen bei Pflegenden
- ◆ identifizierte Anforderungen an technische Anwendungen:
  - intuitives Design
  - modulare Entwicklung von Funktionen
  - Berücksichtigung der Relevanz des Einführungsprozesses der Technik
  - Gewährleistung einer Offline-Nutzung
  - Schnittstellen zu anderen Systemen
- ◆ digitale Kommunikation erfolgt unmittelbar und verlässlich zwischen beteiligten Adressatinnen/Adressaten
- ◆ Kommunikation erfolgt über gesicherte Kanäle (z. B. Software, Intranet)
- ◆ Steigerung der Handlungssicherheit durch schnell verfügbare Informationen

#### Umsetzbarkeit und Wirtschaftlichkeit

- ◆ anhaltend hohe Arbeitsbelastung erscheint hemmend für eine Digitalisierung in der ambulanten Pflege, diese setzt Dienste und Mitarbeitende unter Dauerdruck, lässt kaum Zeitressourcen, um technische Innovationen praxisgerecht anzugehen – auch dann, wenn der Nutzen erkannt wird (insb. im Bereich des digital gestützten Informierens und Lernens)
- ◆ App wurde entwickelt und getestet, weiterer Stand der Umsetzung in der ist Praxis ist unklar
- ◆ Informationen hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit liegen in verfügbaren Quellen nicht vor

## KOLEGE-APP

### Bewertung der Übertragbarkeit und des Effizienzpotentials

Im Verbundprojekt KOLEGE sollen Chancen und Potentiale der Digitalisierung der ambulanten Pflege genutzt werden, indem digitale Tourenbegleiter effiziente Leistungserbringung und gute Arbeitsqualität miteinander verbinden. Es wurde u. a. eine App entwickelt, die die Kommunikations-, Informations- und Lernbedarfe der Pflegekräfte (Qualifikation nicht näher beschrieben), Leitungs- und Verwaltungskräften optimieren soll.

Übertragbarkeit: Bei dem Projekt und der entwickelten App handelt es sich um ein Pilotprojekt. Der derzeitige Umsetzungsstand in der Praxis ist unklar. Grundsätzlich gibt es in der Softwarebranche bereits eine Vielzahl an unterschiedlichen Softwareanwendungen zur digitalen Touren- und Einsatzplanung. Die Einbindung einer digitalen Dokumentation und Möglichkeiten zum digitalen Informationsaustausch sind je nach Softwareumfang bereits gegeben.

Effizienzpotential aus Sicht des Versorgungssystems: Durch eine eingebettete Möglichkeit des direkten Informationsaustausches der professionell Pflegenden untereinander, könnte sich die Versorgungsqualität ggf. verbessern, was zu optimierten und weniger kostenintensiven Gesundheitsresultaten bei den Pflegebedürftigen führen könnte. Nötig ist dafür jedoch eine flächendeckend funktionierende IT-Infrastruktur.

Effizienzpotential aus Sicht der betrieblichen (und dienstübergreifenden) Arbeitsorganisation:

Die digitalen Tourenbegleiter bieten Chancen zur Effizienzsteigerung der Touren- und Einsatzplanung, der Kommunikation und vor allem des (aktuellen) Informationsflusses auf den Touren. Vorhandenes Pflegefach- und -hilfspersonal kann effizienter eingesetzt werden. Allerdings verlangt dies auch eine kontinuierliche Edukation und Einweisung der Pflegenden im Umgang mit den digitalen Geräten sowie einer partizipativen Softwareentwicklung. Eine nicht-optimale Ausgestaltung könnte den möglichen Nutzen der Geräte verringern bzw. sogar neue Belastungen bei den Pflegenden erzeugen. Eine digitale Touren- und Einsatzplanung mit einer Austauschmöglichkeit für Pflegenden bietet das Potential die Leistungserbringung effizienter zu planen und durch einen kontinuierlichen und zeitnahen digitalen Informationsaustausch die Handlungssicherheit für Pflegenden zu erhöhen sowie die Versorgung der Klientinnen/Klienten zu optimieren.

#### Quellen

- ◆ Website des Projekts: <https://kolegeprojekt.uni-bremen.de/> [Abruf 23.03.2021]
- ◆ Bleses P, Busse B, Friemer A, Kludig R, Breuer J, Philippi L, Bidmon-Berezinski J & Schnäpp M (2018): - Verbundprojekt KOLEGE - Interagieren, koordinieren und lernen. Chancen und Herausforderungen der Digitalisierung in der ambulanten Pflege. Zwischenbericht - Ergebnisse der Analysephase. Schriftenreihe Institut Arbeit und Wirtschaft.
- ◆ Busse B, Philippi L, Kludig R, Behling U, Jahns K, Winkelmann B & Raudies S (2019): Gestaltung des Veränderungsprojekts „Digitalisierung der Arbeit“ im Projekt KOLEGE: Technikeinsatz, Organisation von Kommunikation, Informieren und Lernen. Bremen, 27. Juni 2019.
- ◆ Bleses P & Busse B (2020): Digitalisierung der Pflegearbeit in der ambulanten Pflege. Herausforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten guter Arbeitsqualität. In: Bleses P, Busse B & Friemer A: Digitalisierung der Arbeit in der Langzeitpflege als Veränderungsprojekt. Springer-Verlag GmbH Deutschland. 65-80

Quelle: IGES

Tabelle 28: Steckbrief Remote Care - Telehealth und Telecare

Remote Care - Telehealth <sup>33</sup> und Telecare <sup>34</sup>	
<b>Land (Gesundheitssystem)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Großbritannien (nationaler Gesundheitsdienst (National Health Service, NHS), steuerfinanziert, zu einem kleinen Anteil auch aus der Sozialversicherung)</li> </ul>
<b>Datengrundlage des Steckbriefes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ longitudinale Implementierungsstudie (qualitative Untersuchung als Teil einer clusterrandomisierten Studie), ökonomische Evaluationen, Studienprotokoll</li> </ul>
<b>Praxisbeispiel/Konzept/Ansatz zur verbesserten Koordination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <u>Konzept</u>: Remote Care (Fernbetreuung) mittels Telehealth (Telemedizin) und Telecare (Telepflege)</li> <li>◆ digitale Unterstützungsmöglichkeit in der regionalen und überregionalen Versorgung → Verwendung von „Remote Care“ mittels Telehealth und Telecare</li> <li>◆ Untersuchung der organisatorischen Faktoren hinsichtlich der Herausforderungen bei der Umsetzung der Neugestaltung von Dienstleistungen, für Menschen mit Langzeiterkrankungen an drei Standorten in England</li> <li>◆ <u>Digitales Unterstützungstool Telemedizin</u>: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hausüberwachungssystem, bestehend aus einer Basiseinheit und einem LCD-Bildschirm (Tunstall RTX 3370 bzw. das Viterion V100) mit Antworttasten und bis zu vier peripheren Überwachungsgeräten</li> <li>▪ Philips Motiva Personal Healthcare System, bestehend aus einer Basiseinheit, die an einen Fernseher angeschlossen wird und den Zugriff auf Symptomfragen, Lehrvideos und einen grafischen Verlauf der letzten klinischen Messwerte ermöglicht sowie einer entsprechenden Auswahl an peripheren Überwachungsgeräten</li> <li>▪ periphere Überwachungsgeräte: Pulsoximeter, Blutzuckermessgerät, Körperwaage</li> <li>▪ Monitoring durch eine Überwachungszentrale, Mo-Fr während der Geschäftszeiten</li> </ul> </li> <li>◆ <u>Digitales Unterstützungstool Telepflege</u>: Tunstall Lifeline Connect oder Connect+ Basiseinheit und Alarm zusammen mit einer beliebigen Anzahl von 27 Peripheriegeräten, die in vier große Kategorien eingeteilt sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sensoren für die persönliche Gesundheit und das Wohlbefinden (z. B. Bett-/Stuhlbelegungssensoren, Inkontinenz-Sensor, Epilepsie-Sensor, Sturzdetektor, Medikamentenspender)</li> <li>▪ Hilfsmittel für sensorische Beeinträchtigungen (z. B. Großstastentelefon, tragbarer Vibrationsalarm)</li> <li>▪ Hilfsmittel für die Sicherheit (z. B. Schlüsselsafe), Monitoring 24/7</li> <li>▪ Sensoren für die Umweltüberwachung (z. B. Kohlenmonoxid Melder, Wärmesensor, Überschwemmungsmelder)</li> </ul> </li> <li>◆ automatisierte Weiterleitung von Sensordaten und Alarmen via Telefonleitung an eine Überwachungszentrale, automatische Klassifikation von Alarmen nach Ampelsystem (auch individualisiert)</li> </ul>

<sup>33</sup> Telehealth/Telemedizin: der Fernaustausch von Daten zwischen einer chronisch erkrankten Person zu Hause und medizinischem Fachpersonal, um das Management einer bestehenden Langzeiterkrankung zu unterstützen, z. B. COPD, Diabetes, Herzinsuffizienz

<sup>34</sup> Telecare/Telepflege: die ferngesteuerte, automatische Überwachung der persönlichen Gesundheit und Sicherheit einer Person, bspw. der Mobilität und der häuslichen Umgebung

### Remote Care - Telehealth<sup>33</sup> und Telecare<sup>34</sup>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <u>Ziel</u>: Bewertung der Effektivität und Kosteneffektivität im Vergleich zur konventionellen Versorgung ohne Remote Care</li> </ul>
<b>Beteiligte Leistungserbringer/Akteure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Pflegefachkräfte tragen die Verantwortung für die Überwachungszentralen und übernehmen die Koordinierung</li> <li>◆ in das System involviert: Hausärztinnen/-ärzte, Notdienste, pflegende Angehörige</li> <li>◆ <u>Zielgruppe</u>: chronisch Erkrankte mit hohem Pflegebedarf (COPD, Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus) oder Personen mit sozialen Betreuungsbedarfen<sup>35</sup></li> </ul>
<b>Ergebnisse des Praxisbeispiels/Konzeptes/Ansatzes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Kosteneffektivität:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ inkrementelle Kosten pro qualitätsbereinigtem Lebensjahr waren im Vergleich zur konventionellen Versorgung gleich, absolute Kosten (inkl. Personal, Material, Schulungen etc.) in der Gruppe mit Telemedizin waren etwas höher (nicht signifikant)</li> <li>▪ Telemedizin nicht kosteneffektiver im Vergleich (Wahrscheinlichkeit der Kosteneffektivität lag bei den Szenarien bei 11 % - 17 %), Telepflege war nur etwas überlegen (Wahrscheinlichkeit der Kosteneffektivität 16 % - 31 %, nicht statistisch signifikant)</li> </ul> </li> <li>◆ Medizinische Effektivität:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Telemedizin: kein Unterschied hinsichtlich gemessener/gemessenem Lebensqualität, Wohlbefinden und psychosozialer Faktoren (Angst, Depression, Selbstwirksamkeit)</li> <li>▪ Telepflege: Unterschiede in den Gruppen hinsichtlich Angst, mentale Gesundheit und physische Funktion zugunsten der Telepflege; hinsichtlich Wohlbefinden zugunsten der Vergleichsgruppe → Effekte waren allgemein gering</li> </ul> </li> </ul>
<b>Umsetzbarkeit und Wirtschaftlichkeit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ großes politisches Interesse am Potential der Telemedizin und -pflege Lebensqualität zu verbessern und gleichzeitig die Nutzung und Kosten von Gesundheits- und Sozialfürsorge zu senken</li> <li>◆ Telebetreuung keine kosteneffektive Alternative zur üblichen Versorgung</li> <li>◆ Studien weisen darauf hin, dass aufgrund der fehlenden Evidenz die Technologie nicht als „Wunderwaffe“ bezeichnet werden sollte</li> </ul>

### Bewertung der Übertragbarkeit und des Effizienzpotentials

Allgemein kann bewertet werden, dass durch die Fernbetreuung und den Einsatz der Technik mögliche (unnötige) Fahrtwege eingespart werden könnten. Des Weiteren besteht das Potential die Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen in der Häuslichkeit zu erhöhen und unerwünschten Ereignissen rechtzeitig vorzubeugen bzw. umgehend Maßnahmen zu ergreifen (bspw. mittels Sturzsensoren, welche eine zeitnahe Reaktion ermöglichen und damit Folgeschäden vermeiden). Darüber hinaus benötigt es mehr Evidenz, um die „richtige“ bzw. effizienteste Technologie einzusetzen.

Übertragbarkeit: Der Einsatz der Technologie kann, unter Berücksichtigung bestehender Limitationen wie bspw. der noch ausstehenden gesetzlichen Verankerung von Telepflege (analog der Telemedizin), der regelhafte Erwerb digitaler Kompetenzen von beruflich Pflegenden oder des Standes des Netzausbaus in

<sup>35</sup> Hiermit sind im Kontext der Versorgungsstrukturen in England folgende Personengruppen gemeint: Personen, die eine Nachtsitzwache haben oder benötigen; Personen, die zehn oder mehr Stunden pro Woche häusliche Pflege erhalten; Personen, die einen oder mehr Tage pro Woche Tagespflege erhalten; Personen, die Mobilitätsprobleme haben; Personen, die einen Sturz erlitten haben oder bei denen ein hohes Sturzrisiko besteht; in der Häuslichkeit lebende Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen oder Einschränkungen in der Haushaltsführung.

### Remote Care - Telehealth<sup>33</sup> und Telecare<sup>34</sup>

Deutschland, als übertragbar bewertet werden.

Effizienzpotential aus Sicht des Versorgungssystems: Unter Betrachtung der Limitationen und derzeit verfügbarer Evidenz (u. a. Studie zu den Potentialen der Telepflege des BMG, Hahnel et al. 2020) zeigt sich z. B. das Potential einer verbesserten Koordinierung der Leistungen und einer resultierenden Reduzierung von Krankenhauseinweisungsraten durch schnellere Maßnahmenenergreifung in Akutsituationen. Daraus ergibt sich für das Versorgungssystem eine mögliche versorgungsbereichübergreifende Entlastung und durch kontinuierlichen Informationsaustausch auch eine gesteigerte Kontinuität in der Versorgung.

Effizienzpotential aus Sicht der betrieblichen (und dienstübergreifenden) Arbeitsorganisation: Der Einsatz von Technologien in der Versorgung kann zu einer gesteigerten Koordinierung der Leistungserbringung durch die Möglichkeit der Versorgung aus der Ferne führen sowie zur Einsparung langer Fahrtwege und unnötiger pflegerischer Interventionen bei gleichzeitig hoher Versorgungsqualität. Die Rolle der Pflegefachkräfte als Koordinatorinnen/Koordinatoren bietet auch neue Einsatzmöglichkeiten von Pflegefachkräften (bspw. durch die Einführung von Telearbeitsplätzen) und damit das Potential Fachkräfte länger im Beruf zu halten. Letztendlich kann dies zu einer gesteigerten Arbeitszufriedenheit führen.

- Quellen**
- ◆ Hendy J, Chrysanthaki T, Barlow J, Knapp M, Rogers A, Sanders C, Bower P, Bowen R, Fitzpatrick R, Bardsley M & Newman S (2012): An organisational analysis of the implementation of telecare and telehealth: the whole systems demonstrator. *BMC Health Serv Res* 12, 403. DOI: 10.1186/1472-6963-12-403.
  - ◆ Bower P, Cartwright M, Hirani SP, Barlow J, Hendy J, Knapp M, Henderson C, Rogers A, Sanders C, Bardsley M, Steventon A, Fitzpatrick R, Doll H & Newman S (2011): A comprehensive evaluation of the impact of telemonitoring in patients with long-term conditions and social care needs: protocol for the whole systems demonstrator cluster randomised trial. *BMC Health Services Research* 11(1), 184. DOI: 10.1186/1472-6963-11-184. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-184>.
  - ◆ Henderson C, Knapp M, Fernández JL, Beecham J, Hirani SP, Cartwright M, Rixon L, Beynon M, Rogers A, Bower P, Doll H, Fitzpatrick R, Steventon A, Bardsley M, Hendy J & Newman SP (2013): Cost effectiveness of telehealth for patients with long term conditions (Whole Systems Demonstrator telehealth questionnaire study): nested economic evaluation in a pragmatic, cluster randomised controlled trial. *Bmj* 346, f1035. DOI: 10.1136/bmj.f1035.
  - ◆ Henderson C, Knapp M, Fernández JL, Beecham J, Hirani SP, Beynon M, Cartwright M, Rixon L, Doll H, Bower P, Steventon A, Rogers A, Fitzpatrick R, Barlow J, Bardsley M & Newman SP (2014): Cost-effectiveness of telecare for people with social care needs: the Whole Systems Demonstrator cluster randomised trial. *Age Ageing* 43(6), 794-800. DOI: 10.1093/ageing/afu067.

Quelle: IGES

Tabelle 29: Steckbrief Projekt NEXES - digitales Unterstützungstool Linkcare®

Projekt NEXES <sup>36</sup> - digitales Unterstützungstool Linkcare®	
<b>Land (Gesundheitssystem)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Spanien (öffentlicher, regionaler Gesundheitsdienst, steuerfinanziert und teilweise über die Sozialversicherung, etwa 10% haben ergänzend private Zusatzversicherung)</li> <li>◆ Norwegen (kommunaler Gesundheitsdienst, steuer- und sozialversicherungsfinanziert (steuerähnlich), weniger als 5% haben ergänzend private Zusatzversicherung)</li> <li>◆ Griechenland (nationaler Gesundheitsdienst parallel zum Sozialversicherungssystem, faktisch seit 2011 durch Zwangsfusionierung nur noch ein Versicherungsträger)</li> </ul>
<b>Datengrundlage des Steckbriefes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Konzeptionsstudie, Evaluierungsstudie, randomisiert kontrollierte Studie, Projektwebseite</li> </ul>
<b>Praxisbeispiel/Konzept/Ansatz zur verbesserten Koordination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <u>Konzept</u>: digitale Unterstützung in der integrierten Versorgung</li> <li>◆ digitales Unterstützungstool (Linkcare®), welches entwickelt wurde, um den Einsatz von integrierter Versorgung auf kommunaler Ebene (auch in Versorgungsstrukturen der Primärversorgung) zu unterstützen</li> <li>◆ das IKT-System ist ein „open-source-system“ für adaptives Case Management (Merkmale: personenzentriert, longitudinale Interventionen, deren Dauer von der Art des integrierten Versorgungsdienstes abhängt), um die Prozesslogistik der integrierten Versorgung zu unterstützen</li> <li>◆ die IKT ist, abhängig von Aktionen und flexiblen Ausführungen von Aktivitäten, in der Lage zu kontextualisieren, d. h. sich entsprechend den Umständen und Ad-hoc-Entscheidungen zu entwickeln</li> <li>◆ die Plattform besteht aus einer webbasierten Anwendung, die sich an das Management von Personen mit chronischen Erkrankungen und älteren Menschen richtet und die organisatorische Interoperabilität nach einem wissenschaftlich entwickelten Modell erleichtert</li> <li>◆ die IKT erzeugt integrierte Versorgungsprotokolle, auf die alle beteiligten Akteure und auch die Klientinnen/Klienten zugreifen können, um eine effiziente und personenzentrierte Leistungserbringung zu koordinieren</li> <li>◆ Evaluation findet im Rahmen des NEXES Projekts statt (EU-gefördert)</li> <li>◆ <u>Ziele</u>: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ durch Nutzung von Technik als modulare und skalierbare Werkzeuge, Unterstützung der Interoperabilität zwischen den an der integrierten Versorgung beteiligten Akteuren</li> <li>▪ Befähigung der Case Managerinnen/Manager, mittels der IKT neue Fälle unter Wiederverwendung von strukturierten Erfahrungen mit früheren Fällen zu bewältigen und das System, ohne die Hilfe von Spezialistinnen/Spezialisten, an die eigene Arbeitsweise anzupassen</li> </ul> </li> </ul>
<b>Beteiligte Leistungserbringer/Akteure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Nutzerinnen/Nutzer des IKT-Systems: Case Managerinnen/Manager, Pflegefachkräfte, Pflegebedürftige, Personen mit chronischen Erkrankungen, Sozialarbeiterinnen/-arbeiter, Ärztinnen/Ärzte</li> </ul>

<sup>36</sup> Öffentliche und private Anbieter von Gesundheits-/Sozialleistungen implementieren integrierte Modelle zur Leistungserbringung. Diese Form der Leistungserbringung soll Menschen mit chronischen Erkrankungen oder erhöhtem Risiko bessere Gesundheitsergebnisse bieten (Modell der Primärprävention). Wie organisatorische Faktoren angegangen werden können, damit eine vollständige Einführung integrierter Versorgungsansätze erfolgreich durchgeführt werden kann, wurde in drei europäischen Ländern im Rahmen des EU-geförderten NEXES Projekt untersucht.

### Projekt NEXES<sup>36</sup> - digitales Unterstützungstool Linkcare®

	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Zielgruppe:</b> chronisch Erkrankte (COPD, Herzinsuffizienz, Typ II Diabetes mellitus)</li> </ul>
<b>Ergebnisse des Praxisbeispiels/Konzeptes/Ansatzes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Linkcare® wurde in vier integrierten Versorgungsansätzen in drei europäischen Ländern (Spanien, Norwegen, Griechenland) eingesetzt</li> <li>◆ Koordinierung einer effizienten und personenzentrierten Leistungserbringung war über integrierte Versorgungsprotokolle möglich</li> <li>◆ Effektivität von Linkcare® im Rahmen von integrierten Versorgungsmodellen konnte nachgewiesen werden</li> <li>◆ Abdeckung der Bedarfe der zu Versorgenden (Personen im Anfangsstadium bis hin zum Endstadium der Erkrankung) über das gesamte Versorgungsspektrum und Versorgungsbereiche hinweg</li> <li>◆ NEXES konnte die relevante Rolle der technologischen Plattform aufzeigen, um die Dienstleistungen auf regionaler und nationaler Ebene anzupassen (mit starken Empfehlungen für einen Open-Source-Ansatz zum Austausch von Gesundheitsinformationen)</li> </ul>
<b>Umsetzbarkeit und Wirtschaftlichkeit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Insgesamt zeigen die bewerteten integrierten Versorgungsdienste ein hohes Potential zur Verbesserung der Gesundheitsergebnisse bei gleichzeitiger Kostendämpfung im Gesundheitssystem der drei Länder (v. a. aufgrund der Senkung von Krankenhauseinweisungsraten und Aufsuchen von Notaufnahmen bzw. Krankenhauswiederaufnahmen, Verbesserung des Selbstmanagements der Betroffenen, Senkung der Mortalität)</li> <li>◆ dieser Effekt war nicht in allen europäischen Ländern gleichermaßen zu sehen, Grund dafür war bspw. in Norwegen ein schon existierendes effizientes System über eine IT-Plattform</li> <li>◆ Daten zur Sicherheit, Akzeptanz und Übertragbarkeit unterstützen das Potential für einen großflächigen Einsatz</li> <li>◆ Einführung des IKT-Systems scheint kosteneffektiv zu sein, weitere ökonomische Analysen sind jedoch nötig</li> </ul>

### Bewertung der Übertragbarkeit und des Effizienzpotentials

Das digitale Unterstützungstool Linkcare® entspricht nicht vollständig den Anforderungen, die es für eine integrierte Pflege in der ambulanten Versorgung benötigt, da es für einen anderen Zweck entwickelt wurde. Das System könnte an die Bedürfnisse zur Koordinierung der verschiedenen Unterstützungsangebote in der ambulanten Versorgung angepasst werden. Vor allem die Eigenschaft, dass das System in der Lage ist anhand vorheriger Prozesse zu lernen (KI) und damit die zeitintensive Planung einer pflegerischen Versorgung von Klientinnen/Klienten mit komplexen Versorgungsbedarfen in Versorgungsprozessen effizienter zu gestalten, könnte ein hohes Potential darstellen.

**Übertragbarkeit:** Das IKT-System wird als übertragbar und implementierbar auch im Kontext dieser Studie bewertet.

**Effizienzpotential aus Sicht des Versorgungssystems:** Das Versorgungsmodell geht davon aus, dass die integrierte Versorgung durch ein digitalisiertes Unterstützungstool aus den folgenden Gründen einen effizienteren Ansatz bietet:

Die Normalisierung/Standardisierung der Interventionen ermöglicht, im Gegensatz zur Versorgung wo bei jedem Kontakt entschieden wird, welche Intervention als folgend geplant wird, einen neuen organisatorischen Rahmen. Die Reihe von Interventionen ist auf spezifische gesundheitliche und/oder soziale Ziele ausgerichtet, die im Allgemeinen spezifischer sind als die in der traditionellen Pflege angenommenen (d. h. Verbesserung des Selbstmanagements der Krankheit durch die pflegebedürftige Person gegenüber verbesserten klinischen Ergebnissen). Es ist zudem möglich zeitliche Ressourcen zu antizipieren, die benötigt werden, um die Mehrheit der Klientinnen/Klienten (80 %) zu betreuen, und folglich auch die benötigte freie Zeit für diejenigen, die traditionelle Ansätze benötigen, vorherzusehen. Das Modell führt zu



### Projekt NEXES<sup>36</sup> - digitales Unterstützungstool Linkcare®

einem höheren Bedarf an Koordinierung und Informationsaustausch zwischen den beteiligten Leistungserbringern, nicht nur aus verschiedenen Fachbereichen, sondern auch zwischen verschiedenen Teams und Anbietern. An dieser Stelle kommen die digitalen Lösungen ins Spiel, die diese Interaktionen ermöglichen.

Effizienzpotential aus Sicht der betrieblichen (und diensteübergreifenden) Arbeitsorganisation: Durch die Nutzung der digitalen Lösung wird ein schnell verfügbarer interdisziplinärer Austausch ermöglicht. Dadurch können Leistungen zielgerichteter koordiniert werden und Über- bzw. Fehlversorgung kann reduziert werden, was insgesamt einen effizienteren Ressourceneinsatz ermöglicht. Die Identifikation von Personen mit hohem Pflegebedarf könnte verbessert werden, was eine verbesserte Planung der personellen Ressourcen zuließe und eine personenzentrierte Versorgung ermöglicht. Angesichts der präzisen Definition der Klientenverläufe können Kontrollpunkte eingebaut und dementsprechend regelmäßige Folgeaktivitäten an Pflegefachkräfte oder andere Fachkräfte delegiert werden, was zu einer Neudefinition der Rollen der Fachkräfte führt.

- Quellen**
- ◆ Cano I, Alonso A, Hernandez C, Burgos F, Barberan-Garcia A, Roldan J & Roca J (2015): An adaptive case management system to support integrated care services: Lessons learned from the NEXES project. *Journal of Biomedical Informatics* 55, 11-22.
  - ◆ Hernández C, Alonso A, Garcia-Aymerich J, Grimsmo A, Vontetsianos T, García Cuyàs F, Altes AG, Vogiatzis I, Garåsen H, Pellise L, Wienhofen L, Cano I, Meya M, Moharra M, Martinez JI, Escarrabill J, Roca J. Integrated care services: lessons learned from the deployment of the NEXES project. *Int J Integr Care*. 2015 Mar 30;15:e006. doi: 10.5334/ijic.2018. PMID: 26034465; PMCID: PMC4447233.
  - ◆ NEXES - Living Healthily at Home (NEXES): Projektbeschreibung: [NEXES - Living Healthily at Home \(NEXES\) | Joinup \(europa.eu\)](#) [Zugriff am 05.03.2021]
  - ◆ European Commission. Fact Sheet (2012): Supporting Healthier and Independent Living for Chronic Patients and Elderly. URL: [Supporting Healthier and Independent Living for Chronic Patients and Elderly | NEXES Project | CIP | CORDIS | European Commission \(europa.eu\)](#) [Zugriff am 05.03.2021]

Quelle: IGES

Tabelle 30: Steckbrief Digitale Unterstützung in der integrierten Versorgung

Digitale Unterstützung in der integrierten Versorgung	
<b>Land (Gesundheitssystem)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Australien (öffentlicher, regionaler Gesundheitsdienst: Medicare, überwiegend steuerfinanziert, zweckgebundene Gesundheitsabgabe (Medicare Levy))</li> </ul>
<b>Datengrundlage des Steckbriefes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Case studies, Abschlussbericht, Diskussionspapier, Webseite und Produktbroschüre (Carelink+)</li> </ul>
<b>Praxisbeispiel/Konzept/Ansatz zur verbesserten Koordination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <u>Ansatz:</u> digitale Unterstützung zur Umsetzung von Modellen der integrierten Versorgung</li> <li>◆ IKT<sup>37</sup>-Systeme können einen effizienteren Informationsaustausch zwischen den beteiligten Akteuren unterstützen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ funktioniert Prozess des Informationsaustauschs gut, wird die Versorgung i. d. R. effektiv und effizient durchgeführt</li> <li>▪ werden Informationen nur schlecht ausgetauscht, kann die Versorgungsqualität beeinträchtigt werden</li> </ul> </li> <li>◆ ambulante Pflegedienste müssen Implementierung von IKT sorgfältig planen, erforderlich ist Einleitung mehrerer Evaluierungsrunden, um Probleme, die sich im Laufe der Zeit ergeben, anzugehen</li> <li>◆ Ziel: verbesserte Koordination von Leistungen in der integrierten und verbraucherorientierten Versorgung<sup>38</sup></li> <li>◆ <u>Praxisbeispiel:</u> Digitales Unterstützungstool Carelink+ (von Civica)</li> <li>◆ Implementierung eines zentralisierten Management-Systems bei einem großen kommunalen, australischen Dienstleister in der ambulanten Versorgung <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ zentrales Servicecenter als Anlaufstelle (Eingabe von Informationen über neue Klientinnen/Klienten, Erstellung von Dienstplänen, Beantwortung von Fragen des Pflegepersonals zu Dienstleistungen und/oder Klientinnen/Klienten)</li> <li>▪ Fallmanagement- und Terminplanungssystem (auch Erstellung und Evaluation von Pflegeplänen/Assessments)</li> <li>▪ standardisierte Arbeitsprozesse des Pflegepersonals in den verschiedenen Regionen (dienstübergreifend)</li> <li>▪ Verwaltung und Dienstplanung ebenfalls über das zentrale System</li> </ul> </li> <li>◆ Tool dient Unterstützung der Standardisierung der Versorgung durch kommunale Pflegedienste</li> <li>◆ Zugriff für alle Mitarbeitenden zeitgleich möglich → dadurch auch besseres Risikomanagement (u. a. auch weil alle Daten zentral verfügbar sind)</li> <li>◆ erleichtert zeitliche Planung von Dienstleistungen, enthält Informationen über Klientinnen/Klienten und über Pflegefachkräfte, die für die Erbringung der Dienstleistungen vorgesehen sind</li> <li>◆ vor Einführung der Technologie papierbasierte Dokumentation (Dokumente waren in der Zentrale, bei den Klientinnen/Klienten oder im Auto der Pflegefachkräfte oder Case Managerin/Manager)</li> </ul>

<sup>37</sup> Informations- und Kommunikationstechnologie

<sup>38</sup> Australien hat 2015 das "Consumer directed care Model" eingeführt. Bei diesem Modell haben die Klientinnen/Klienten eine größere Auswahl und Kontrolle über die Art der Pflege, die sie erhalten, und darüber wie und von wem sie erbracht wird. Im Kontext der Leistungserbringer sind Lösungen für eine effiziente Dienstleistungserbringung notwendig, die die Bedürfnisse ihrer Klientinnen/Klienten erfüllen.

### Digitale Unterstützung in der integrierten Versorgung

	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <u>Ziele:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erhöhung der Transparenz, um eine effektivere personenzentrierte Pflege zu erreichen und Klientinnen/Klienten zur Steigerung der Selbstpflegefähigkeit zu befähigen</li> <li>▪ Schaffung eines nachhaltigen Modells für die Erbringung von Dienstleistungen, welches den Mitarbeitenden ermöglicht, sich an variierende Bedingungen anzupassen und Dienstleistungen stets effizient, effektiv und sicher zu erbringen</li> </ul> </li> </ul>
<b>Beteiligte Leistungserbringer/Akteure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ kommunale Pflegedienste, Pflegefachkräfte</li> <li>◆ <u>Praxisbeispiel Carelink+:</u> ambulante Pflegedienste, Pflegefachkräfte (intern und extern beschäftigt), Case Managerin/Manager, Angestellte des Servicecenters</li> <li>◆ <u>Zielgruppe:</u> Pflegebedürftige in der ambulanten Versorgung</li> </ul>
<b>Ergebnisse des Praxisbeispiels/Konzeptes/Ansatzes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Erforschung der Perspektiven von Schlüsselpersonen, die IKT innerhalb der Organisation nutzen, ist ein wesentlicher Bestandteil der Entwicklung von Technologielösungen, die den Informationsaustausch in Organisationen des Gesundheitswesens unterstützen</li> <li>◆ idealerweise in ambulanten Pflegediensten bietet sich der Einsatz einer Technologie an, die die Integration verschiedener Arten von Aufzeichnungen in eine einzige, ganzheitliche Akte unterstützt</li> <li>◆ COVID-19-Pandemie hat einen starken Anreiz geschaffen, die Einführung von pflegeunterstützenden Technologien zu beschleunigen</li> <li>◆ Kombination aus staatlicher Sonderfinanzierung und regionaler Zusammenarbeit zwischen Organisationen und über den ambulanten und stationären Bereichen hinweg war entscheidend, sowohl als direkte Reaktion auf die Pandemie als auch als Wegbereiter für technologiegestützte Pflegeangebote <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 65 % beschleunigten die Einführung aufgrund von COVID-19</li> <li>▪ 63 % haben Technologien als Reaktion auf COVID-19 eingeführt</li> </ul> </li> <li>◆ <u>Praxisbeispiel Carelink+:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Technologie konnte in den normalen Geschäftsbetrieb implementiert werden</li> <li>▪ explizite Modellierung der Informationsaustauschprozesse, die nach der Einführung einer solchen Technologie zwischen Mitarbeitenden stattfinden, ist besonders wichtig, um Nutzungseinschränkungen und Effizienzbarrieren zu ermitteln</li> <li>▪ Wichtigkeit einer ständigen Bewertung der IKT zur Unterstützung der Leistungserbringung bei ihrer Integration in den normalen Geschäftsbetrieb eines Pflegedienstes, um Auswirkungen zu erkennen</li> <li>▪ ambulante Pflegedienste, die die IKT kontinuierlich evaluieren und auf gewonnene Erkenntnisse reagieren, können einen effizienteren Informationsaustausch erreichen → sollte zu einer effektiveren integrierten Pflege für Klientinnen/Klienten führen</li> <li>▪ Die Technologie förderte gesteigerten Informationsaustausch und Zusammenarbeit zwischen den Fachkräften (organisationsintern als auch -extern)</li> </ul> </li> </ul>
<b>Umsetzbarkeit und Wirtschaftlichkeit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Carelink+ und unterschiedliche Bausteine (Fallmanagement, Personalgewinnung, Kostenkalkulation und weitere) sind mittlerweile auch in Großbritannien, Irland, Neuseeland, Singapur und den USA erhältlich</li> </ul>

### Digitale Unterstützung in der integrierten Versorgung

- ◆ zukünftige Forschungen zu Carelink+ in der kommunalen Altenpflege könnten untersuchen, ob die Einführung von IKT Auswirkungen auf Klientinnen/Klienten oder andere Anbieter von Pflegeleistungen hat
- ◆ laut Angaben des letzten Jahresberichts der Webseite von Carelink+ (keine Studien) nutzen über 500 Pflegeanbieter in Australien, Kanada und dem Vereinigten Königreich die Software
- ◆ laut Produktbroschüre von Carelink+ (keine Studien): verbesserte Effizienz und reduzierte Betriebskosten; verbesserte Mitarbeitererfahrung durch digitales Engagement
- ◆ zu Wirtschaftlichkeit kann aufgrund mangelnder Evidenz keine Aussagen getroffen werden

### Bewertung der Übertragbarkeit und des Effizienzpotentials

Bislang gibt es noch sehr wenig internationale Evidenz zu IKT in der ambulanten pflegerischen Versorgung. Ein Großteil der bisherigen Forschungsanstrengungen wurde in die Untersuchung dieser Technologien in stationären Pflegeeinrichtungen investiert (u. a. auch Fokus auf Telemedizin und Heimüberwachungstechniken für ältere Menschen). Auch das hier vorgestellte Praxisbeispiel Carelink+ ist wissenschaftlich noch nicht umfassend untersucht.

Übertragbarkeit: Grundlegend und unter Einhaltung der Rahmenbedingungen (insb. der DSGVO) ist eine Umsetzung hierzulande möglich. Die Herausforderung besteht im Wesentlichen darin, eine Technologie zu finden, welche in der Lage ist, unterschiedliche Daten in ein System zu konvertieren und die zudem mit bestehenden Strukturen kompatibel ist. Aufgrund unzureichender Evidenz hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit und Überlegenheit bestimmter Technologien bedarf es vor einer großflächigen Umsetzung weitere Forschungsbemühungen (u. a. auch um zu erheben, welche Systeme sich in Deutschland schon etabliert haben). Des Weiteren sollte der regelhafte Erwerb digitaler Kompetenzen von beruflich Pflegenden oder der Netzausbau in Deutschland vorangetrieben werden.

Effizienzpotential aus Sicht des Versorgungssystems: Eine zentrale dienstübergreifende digitale Verwaltung von Daten sowie anderen Funktionen der zentralen Dienstplanung, des Fallmanagements und des Wissensaustauschs über Distanzen hinweg hat im ambulanten Bereich ein hohes Potential die häusliche Versorgung effizienter zu gestalten. Daraus ergibt sich für das Versorgungssystem eine mögliche SGB V- und XI-übergreifende finanzielle Entlastung und durch kontinuierlichen gegenseitigen Informationsaustausch auch eine gesteigerte Kontinuität in der häuslichen pflegerischen Versorgung. Die Rolle der Pflegefachkräfte als Koordinatorinnen/Koordinatoren oder Case Managerinnen/Manager im Rahmen einer integrierten Versorgung ermöglicht auch neue berufliche Perspektiven, steigert die Attraktivität des Berufes und könnte den Verbleib im Beruf verlängern.

Effizienzpotential aus Sicht der betrieblichen (und dienstübergreifenden) Arbeitsorganisation: Der Einsatz von Technologien in der integrierten Versorgung kann zu einer gesteigerten Koordinierung der Leistungserbringung durch die Möglichkeit der Versorgung aus der Ferne führen sowie zur Einsparung langer Fahrtwege und vermeidbarer pflegerischer Interventionen bei gleichzeitig hoher Versorgungsqualität. Durch den Einsatz einer solchen zentralen digitalen Unterstützung ergeben sich vielfältige Potentiale für die integrierte Versorgung, u. a. hinsichtlich:

- ◆ Reduktion der Fahrt- und Wegezeiten durch effizientere Tourenplanung
- ◆ optimierter Personaleinsatz
- ◆ Wissensaustausch und schnellere Reaktionsfähigkeit der Pflegefachkräfte vor Ort
- ◆ Transparenz der individuell verfügbaren Informationen zu Klientinnen/Klienten, was zu Vermeidung von Über-, Fehl bzw. Unterversorgung führen kann
- ◆ effizientere Leistungserbringung durch digitale Pflegeplanung und regelmäßige Überprüfung der Notwendigkeit der Leistungen
- ◆ Befähigung der pflegebedürftigen Personen zur Steigerung ihrer Selbstpflegefähigkeiten

Das bedeutet im Allgemeinen mit den gegebenen Ressourcen (z. B. personell), eine bestmögliche und effiziente integrierte Versorgung zu ermöglichen. Voraussetzung für eine erfolgreiche Implementierung ist das frühzeitige Einbinden der Pflegefachkräfte, Case Managerinnen/Managern und anderen an der

### Digitale Unterstützung in der integrierten Versorgung

Pflege und Versorgung Beteiligten sowie eine stetige Evaluation der Implementierung. Das bedeutet jedoch, dass die ambulanten Dienste zunächst investieren müssten.

- Quellen**
- ◆ Douglas HE, Georgiou A, Tariq A, Prgomet M, Warland A, Armour P & Westbrook JI (2017): Implementing Information and Communication Technology to Support Community Aged Care Service Integration: Lessons from an Australian Aged Care Provider. *Int J Integr Care* 17(1), 9. DOI: 10.5334/ijic.2437. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/29042851>.
  - ◆ Barnett K, Livingstone A, Margelis G, Tomlins G, Gould G, Capamagian L, Alexander G, Mason C & R Y (2020): Innovation driving care systems capability: Final Report. Aged Care Industry I.T Company. <http://www.aciitc.com.au/wp-content/uploads/2020/11/ACIITC-Care-IT-Report-FINAL-13112020.pdf> [Abruf am: 23.03.2021].
  - ◆ Barnett K, Livingstone A, Margelis G, Tomlins G, Gould G, Capamagian L, Alexander G, Mason C & R Y (2020): Innovation driving care systems capability: Discussion Paper. Aged Care Industry I.T Company. <http://www.aciitc.com.au/wp-content/uploads/2020/11/ACIITC-Care-IT-Report-FINAL-13112020.pdf> [Abruf am: 23.03.2021].
  - ◆ Barnett K, Livingstone A, Margelis G, Tomlins G, Gould G, Capamagian L, Alexander G, Mason C & R Y (2020): Innovation Driving Care Systems Capabilities: Case Studies. Aged Care Industry IT Company. <http://www.aciitc.com.au/wp-content/uploads/2020/11/ACIITC-CAREIT-Case-Study-Report-FINAL.pdf> [Abruf am: 23.03.2021].
  - ◆ Webseite: <https://www.civica.com/en-au/container---product-pages/carelink-suite/> [Abruf am 23.03.2021]
  - ◆ Produktbroschüre: [https://www.civica.com/globalassets/7.document-downloads/3.audocs/product-information/carelink-suite\\_information.pdf](https://www.civica.com/globalassets/7.document-downloads/3.audocs/product-information/carelink-suite_information.pdf) [Abruf am 23.03.2021]

Quelle: IGES

Tabelle 31: Steckbrief Centura Health at Home: Case- und Überleitungsmanagement + Telepflege-Technologien

Centura Health at Home: Case- und Überleitungsmanagement + Telepflege-Technologien	
<b>Land (Gesundheitssystem)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ USA, Bundesstaat Colorado (Krankenversicherung größtenteils privatwirtschaftlich, Sozialversicherung nur für über 65-Jährige und Menschen mit Behinderung (Medicare) und im Rahmen der Wohlfahrt (Medicaid))</li> </ul>
<b>Datengrundlage des Steckbriefes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Übersichtsartikel (Darstellung unterschiedlicher Praxisbeispiele und Projekte), Programmevaluation</li> </ul>
<b>Praxisbeispiel/Konzept/Ansatz zur verbesserten Koordination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <u>Ansatz</u>: Kombination von Case- und Überleitungsmanagement unter Nutzung von Telepflege-Technologien</li> <li>◆ integriertes Programm erweitert die Möglichkeiten eines klinischen Callcenters um telemedizinische Unterstützung und koordinierte Pflegehilfen durch den Zusammenschluss von Pflegefachkräften in der häuslichen Versorgung und „clinical call center nurses“<sup>39</sup> (Telemedizin Programm)</li> <li>◆ Koordinierung der Pflege, Beratung, Unterstützung über Telefon und/oder (tägl.) Überwachung der Vitalwerte, Gewicht und Gesundheitsverhalten über Fernüberwachungstechnologien durch eine Pflegefachkraft und clinical call center nurse</li> <li>◆ innerhalb von 48 Stunden nach Krankenhausentlassung erfolgen Risikoassessments in der Häuslichkeit durch Pflegefachkräfte</li> <li>◆ in den folgenden 24 Stunden besucht eine/ein Telemedizintechnikerin/-techniker die pflegebedürftige Person zu Hause, um sie mit der Fernüberwachungstechnik vertraut zu machen</li> <li>◆ gleichzeitig verschreibt die/der Hausärztin/-arzt Anordnungen "nach Bedarf" (können vom Pflegepersonal geändert werden und ermöglichen auf Trend- und Überwachungsdaten innerhalb einer bestimmten Reihe von Parametern zu reagieren, z. B. mit Schmerzmedikamenten)</li> <li>◆ Pflegebedürftige verwenden die Technik (zur Angabe von Verhalten und allg. Gesundheitszustand) sowie die peripheren Geräte (Waage, Blutdruckmanschette, Pulsoximeter, Thermometer) selbstständig und übermitteln die Daten über das Telefon (mindestens) einmal täglich</li> <li>◆ Pflegebedürftige werden darüber im Selbstmanagement gefördert, können bei Bedarf über 24 Stunden an 7 Tagen die „clinical call center nurse“ telefonisch kontaktieren → Pflegefachkräfte des Callcenters überprüfen ggf. die Daten, leisten telefonisch Hilfe oder leiten Alarmsignale an Ärztinnen/Ärzte weiter</li> <li>◆ Hausärztinnen/-ärzte überwachen den gesundheitlichen Fortschritt der Pflegebedürftigen, sehen wöchentliche Berichte mit der aktuellen Medikamentenliste, Vitalwerten und Symptomen sowie Notizen der Pflegefachkräfte ein</li> <li>◆ Programm endet, wenn Pflegebedürftige „stabil“ in der Häuslichkeit versorgt sind</li> <li>◆ <u>Ziele</u>: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reduzierung der Krankenhauswiedereinweisungen</li> <li>▪ Verringerung der Anzahl der Besuche in der Notaufnahme</li> <li>▪ Verringerung der Häufigkeit von Hausbesuchen durch Pflegefachkräfte</li> </ul> </li> </ul>

<sup>39</sup> Die clinical call center nurse ist i. d. R. eine examinierte Pflegefachkraft (registered nurse, RN), teilweise werden zudem drei Jahre Berufserfahrung in der klinischen Versorgung vorausgesetzt.

### Centura Health at Home: Case- und Überleitungsmanagement + Telepflege-Technologien

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausweitung der Übergangspflege und Reichweite der telemedizinischen Versorgung auf Patientengruppen, die sonst keinen Anspruch auf häusliche Pflegedienste im Rahmen der Medicare-Leistung haben</li> <li>▪ Erhöhung der Anzahl versorgter Personen je Pflegefachkraft</li> </ul>
<b>Beteiligte Leistungserbringer/Akteure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Pflegefachkräfte (ambulant), „clinical call center nurse“, Hausärztinnen/-ärzte</li> <li>◆ Zielgruppe: chronisch Erkrankte Personen (COPD, Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus) kurz vor Entlassung aus der klinischen Akutversorgung in die Häuslichkeit</li> </ul>
<b>Ergebnisse des Praxisbeispiels/Konzeptes/Ansatzes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ im zwölfmonatigen Untersuchungszeitraum Reduktion der: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Krankenhauswiedereinweisungen um 10,3 %</li> <li>▪ Anzahl der Besuche in der Notaufnahme von 283 auf 21</li> <li>▪ Anzahl der Hausbesuche durch Pflegefachkräfte von zwei bis drei pro Woche auf drei pro 60 Tage</li> </ul> </li> <li>◆ Anstieg der Lebensqualität (nicht signifikant), positive Bewertungen des Umgangs mit den Technologien durch Betroffene</li> <li>◆ Reichweitenerhöhung des Programms durch Integration des Pflegepersonals der häuslichen Pflege und des Pflegepersonals des Callcenters</li> <li>◆ Umstrukturierung der Koordinierung der häuslichen Dienste und die Schulung der Pflegefachkräfte des klinischen Call Centers im Umgang mit chronischen Krankheiten waren der Schlüssel zu einem erfolgreichen Programm → erfolgreiche Integration beider Komponenten führte zur Etablierung von Telemedizin als Pflegestandard in Colorado</li> </ul>
<b>Umsetzbarkeit und Wirtschaftlichkeit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ gute Umsetzbarkeit und Verstetigung des Programms</li> <li>◆ Programm enthielt Ausbildung und Training von Pflegefachkräften in der Informationstechnologie und den Fernüberwachungstechnologien, dies stellte einen zentralen Erfolgsfaktor dar</li> <li>◆ Kosteneinsparungen zwischen 1.000 - 1.500 \$ pro Patientin bzw. Patienten ergaben sich durch die Erhöhung der Anzahl versorgter Personen pro Pflegefachkraft in der Häuslichkeit von fünf auf sieben Personen und bei der „clinical call center nurse“ von 60 auf 70 Personen pro Tag</li> </ul>

### Bewertung der Übertragbarkeit und des Effizienzpotentials

Das Programm Centura Health at Home erweitert die Kontinuität der Pflege von chronisch erkrankten Personen nach Krankenhausaufenthalt auf einer 24/7-Basis, nutzt die vorhandenen Ressourcen des amerikanischen Gesundheitswesens effektiver und erweitert die Reichweite eines begrenzten Pflegepersonals, um die gesundheitliche Versorgung einer größeren Anzahl von erkrankten Personen auf einer täglichen Basis zu verwalten. Des Weiteren ist die koordinierte Vernetzung des stationären und ambulanten Bereichs hinsichtlich einer personenzentrierten holistischen Pflege im Sinne des deutschen Pflegebedürftigkeitsbegriffes möglich.

Übertragbarkeit: Die Möglichkeit der Anordnungen nach Bedarf durch Hausärztinnen/-ärzte und damit verbundene Anpassung der Medikamente auf Verantwortung der Pflegefachkräfte ist nicht übertragbar. Davon abgesehen ist das Programm jedoch als übertragbar zu bewerten, wenn entsprechende (regionale und versorgungsbereichübergreifende) Kooperationsstrukturen ermöglicht werden.

Effizienzpotential aus Sicht des Versorgungssystems: Durch das Programm werden Krankenhauswiedereinweisungen und häufige Aufenthalte in Notaufnahmen reduziert. Das Effizienzpotential liegt hier in der koordinierten Überleitung von Risikopersonen, Vermeidung von Akutsituationen und Vermeidung bzw. Verzögerung von Pflegebedürftigkeit und damit verbundenen Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen.

**Centura Health at Home: Case- und Überleitungsmanagement + Telepflege-Technologien**

Effizienzpotential aus Sicht der betrieblichen (und diensteübergreifenden) Arbeitsorganisation: Durch das Programm besteht das Potential Wegestrecken und Fahrtzeiten durch die telefonische Betreuung einzusparen bzw. vermeidbare Hausbesuche, auch durch frühzeitige Risikoassessments in der Häuslichkeit, zu vermeiden/reduzieren. Dadurch können die Ressourcen (Pflegefachkräfte) gezielt eingesetzt und koordiniert werden. Allein die Hochrechnung, das in einem 60-tägigen Zeitraum die Hausbesuche von 25 auf drei pro Pflegebedürftigen reduziert werden konnten, zeigt das Effizienzpotential. Die Vermittlung von Selbstpflegefähigkeiten und Selbstmanagement im Umgang mit der Erkrankung könnte ebenfalls Akutsituationen in der Häuslichkeit minimieren und der Entstehung von höheren Pflegebedarfen vorbeugen. Dies entlastet wiederum die Pflegefachkräfte und den ambulanten Versorgungsbereich. Soll die Koordinierung des Programms allerdings über den ambulanten Dienst stattfinden, ist mit anfänglichem und wiederkehrenden zusätzlichem Verwaltungsaufwand zu rechnen. Inwieweit dies dann mit den Einsparungen der Pflegezeit-Aufwänden der Pflegefachkräfte noch effizient ist, müsste in der Praxis überprüft werden. Die Rolle der Pflegefachkräfte als „clinical call center nurse“ bietet auch neue Einsatzmöglichkeiten für Pflegefachkräften (bspw. durch die Einführung von Telearbeitsplätzen) und damit das Potential, Fachkräfte länger im Beruf zu halten. Letztendlich kann dies zu einer gesteigerten Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden führen.

- Quellen**
- ◆ Labson MC (2015): Innovative and successful approaches to improving care transitions from hospital to home. *Home Healthc Now* 33(2), 88-95. DOI: 10.1097/nhh.000000000000182.
  - ◆ Broderick A & Steinmetz V (2013): Centura Health at Home: Home. Telehealth as the Standard of Care. Commonwealth Fund. [https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/media\\_files\\_publications\\_case\\_study\\_2013\\_jan\\_1655\\_broderick\\_telehealth\\_adoption\\_centura\\_case\\_study.pdf](https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/media_files_publications_case_study_2013_jan_1655_broderick_telehealth_adoption_centura_case_study.pdf) [Abruf am: 15.03.2021].

Quelle: IGES



Tabelle 32: Steckbrief ITAGAP – „Integrierte Technik- und Arbeitsprozessgestaltung für Gesundheit in der ambulanten Pflege“

ITAGAP – „Integrierte Technik- und Arbeitsprozessgestaltung für Gesundheit in der ambulanten Pflege“	
<b>Land (Gesundheitssystem)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Deutschland (beitragsfinanzierte Sozialversicherung, ca. 90% der Versicherten in der gesetzlich Kranken- und Pflegeversicherung, kleinerer Anteil Privatversicherte, private Zusatzversicherungen für Pflege und medizinische Leistungen möglich)</li> </ul>
<b>Datengrundlage des Steckbriefes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Webseite, Rahmenkonzept, Poster-Präsentationen, Buchbeiträge</li> </ul>
<b>Praxisbeispiel/Konzept/Ansatz zur verbesserten Koordination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <u>Konzept</u>: Entwicklung integrierter technikgestützter und umsetzungsorientierter Konzepte zur salutogenen Arbeitsprozessgestaltung in der ambulanten Pflege</li> <li>◆ dreijähriges vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördertes Verbundprojekt (2016 – 2019): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entwicklung eines Mess- und Analyse-Systems für die Pflege zur Erhebung der Ausgangslage (u. a. Altersstrukturanalyse und Kennzahlenmanagement)</li> <li>▪ Integration von Technik unter Gesichtspunkten der Arbeitsprozessentwicklung in Pflegesystemen (digitale Pflegedokumentation und –planung, Nutzung von assistiven Systeme)</li> <li>▪ Entwicklung von demografiesensiblen und salutogenen Personal- und Organisationskonzepten</li> <li>▪ Entwicklung von Konzepten zur iterativen Umsetzung technisch unterstützter Pflegeprozesse</li> <li>▪ Entwicklung von Schulungskonzepten zur Erprobung technisch unterstützter Arbeitsprozesse</li> <li>▪ Integration und Evaluation des Konzept- und Maßnahmenpakets</li> </ul> </li> <li>◆ u. a. folgende Konzepte wurden entwickelt: Bezugspflegesystem „Verantwortung pro“; Fortbildung „Fallverantwortliche Bezugspflegekräfte“; Fortbildung „Gesunde Führung“ und Kinästhetik-Schulung mit KINECT-System<sup>40</sup></li> <li>◆ mit dem Bezugspflegesystems „Verantwortung Pro“ soll die Mitarbeiterzufriedenheit gesteigert und Fluktuation entgegengewirkt werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fallverantwortliche Bezugspflegekräfte sind für eine ausgewählte Anzahl von Klientinnen/Klienten zuständig, übernehmen die Verantwortung für den Pflegeprozess (Prozessmanagement)</li> <li>▪ Bezugspflegekräfte fungieren für Klientinnen/Klienten, Angehörige und Beziehungspflegende (examierte Fachkräfte ohne Fallverantwortung, Hilfskräfte) als kontinuierliche Ansprechpartnerinnen/-partner in fachlichen und organisatorischen Fragen</li> <li>▪ Versorgung erfolgt in enger Zusammenarbeit mit Beziehungspflegenden (examierte Fachkräfte ohne Fallverantwortung; Hilfskräfte)</li> <li>▪ Fallverantwortliche Bezugspflegekräfte und Beziehungspflegende bilden Subteams im Pflegedienst und stehen über systematisch angelegte Besprechungen in einem stetigen Austausch; die Qualitätssicherung erfolgt über strukturierte Fallbesprechungen</li> </ul> </li> <li>◆ <u>Ziele</u>:</li> </ul>

<sup>40</sup> Das dreidimensionale Kinect-Kamerasystem ermöglicht die Aufnahme und die Analyse der körperlichen Beanspruchung während eines Pflegeprozesses.

### ITAGAP – „Integrierte Technik- und Arbeitsprozessgestaltung für Gesundheit in der ambulanten Pflege“

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reduzierung von beruflichen Belastungen, um damit mehr Effizienz sowie Qualität in den Pflegealltag zu bringen</li> <li>▪ Bewältigung einer erhöhten Nachfrage nach Pflegedienstleistungen, unter Einhaltung der betriebswirtschaftlichen und gesetzlichen Vorgaben</li> </ul>
<b>Beteiligte Leistungserbringer/Akteure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Verbund aus Forschungs- und Entwicklungspartnern sowie Praxispartner (u. a. zwei Universitäten, ambulante Pflegedienste und Johanniter-Unfall-Hilfe)</li> <li>◆ <u>Zielgruppe</u>: Mitarbeitende in der ambulanten Pflege (z. B. Assistenz- und Pflegefachkräfte, Führungskräfte auf Pflegedienstleitungsebene)</li> </ul>
<b>Ergebnisse des Praxisbeispiels/Konzeptes/Ansatzes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Projektdurchführung von 2016 bis 2019</li> <li>◆ Im Projektrahmen Analyse sowie Praxiserprobung der Fortbildung „Gesunde Führung“, der Kinästhetik-Schulung sowie des Bezugspflegesystems „Verantwortung Pro“</li> <li>◆ zur Analyse wurden u.a. Altersstrukturanalysen (in drei Pflegediensten), Messungen der Technikbereitschaft und -kompetenz sowie 21 leitfadengestützte Experteninterviews durchgeführt: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ alle beteiligten Pflegedienste weisen eine alterszentrierte Struktur auf (hoher Anteil an älteren Mitarbeitenden)</li> <li>▪ die Interviews zeigten fünf Handlungsfelder auf: Haltung, Führung, Bezugspflege, Technik und Anforderungsbewältigung</li> <li>▪ Dokumentationsassistenten in Form von Smartphones werden verstärkt für die Steuerung der Arbeit von ambulanten Pflegenden eingesetzt, während andere Technologien nur vereinzelt genutzt werden</li> <li>▪ weitere technische Unterstützungssysteme sind vorhanden, allerdings fehlt eine systematische Implementierung in die Arbeitsprozesse</li> </ul> </li> <li>◆ Bezugspflegesystem „Verantwortung Pro“ wird von Pflegenden als Stärkung der Eigenverantwortlichkeit und Anpassung an eine individuelle Arbeitsprozessgestaltung erlebt</li> <li>◆ Kinästhetik-Schulung wird von Teilnehmenden als Potential zur Verbesserung von Schulungsangeboten der Pflege wahrgenommen</li> <li>◆ wissenschaftliche Projektevaluation bisher ausstehend, weshalb an dieser Stelle keine weiteren Ergebnisse aus den vorhandenen Quellen vorliegen</li> </ul>
<b>Umsetzbarkeit und Wirtschaftlichkeit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Maßnahmengestaltungen in der ambulanten Pflege sollten sich aufgrund der Besonderheiten der ambulanten Dienste (z. B. regionale Bedingungen) vorzugsweise auf konkrete operative Einheiten konzentrieren und organisationsspezifisch anpassbar sein</li> <li>◆ es wird nicht ersichtlich, ob die entwickelten Maßnahmen und Konzepte weiterhin eingesetzt werden</li> <li>◆ es liegen keine Daten zur Auswirkung des Projektes auf die Wirtschaftlichkeit vor</li> </ul>

### Bewertung der Übertragbarkeit und des Effizienzpotentials

Im Verbundprojekt ITAGAP sollen mit integrierter technikgestützter und umsetzungsorientierter Konzepte Potentiale genutzt werden, um Arbeitsprozesse in der ambulanten Pflege gesundheitsförderlicher und effizienter zu gestalten. Sensor- und Informationstechnologie werden aufgegriffen und in bestehende IT-Systeme integriert, um Pflegenden bei der Bewältigung von physischen und psychischen Anforderungen als Ressource zur Verfügung zu stehen und Lernprozesse im Rahmen von Fort- und Weiterbildungen zu unterstützen. Eine systematische Evaluation des Projekts ist geplant.

### ITAGAP – „Integrierte Technik- und Arbeitsprozessgestaltung für Gesundheit in der ambulanten Pflege“

Übertragbarkeit: Der derzeitige Umsetzungsstand der technikgestützten Konzepte in der Praxis ist unklar. Bei der Entwicklung des Bezugspflegesystem „Verantwortung Pro“ wurden Herausforderungen wie bspw. sozialrechtliche Vorgaben berücksichtigt, dementsprechend wird die Umsetzung in der ambulanten Pflege als möglich bewertet. Die Fortbildung „Gesunde Führung“ und Kinästhetik-Schulung mit KI-NECT-System wird als übertragbar bewertet. Der regelhafte Erwerb digitaler Kompetenzen von beruflich Pflegenden oder des Standes des Netzausbaus in Deutschland sind als Voraussetzungen zur Übertragbarkeit zu beachten.

Effizienzpotential aus Sicht des Versorgungssystems: Durch die Entlastung der Pflegenden könnte sich die Arbeitszufriedenheit und Versorgungsqualität ggf. verbessern, was zu besseren und weniger kostenintensiven Outcomes bei den Pflegebedürftigen führt. Ob durch die entwickelten technikgestützten Konzepte eine Zeitersparnis und damit ein wirtschaftlicher Vorteil eintritt, kann noch nicht bewertet werden. Dafür sind weitere empirische Untersuchungen und Erprobungen im Umfeld der ambulanten Pflege notwendig.

Effizienzpotential aus Sicht der betrieblichen (und dienstübergreifenden) Arbeitsorganisation:

Ziel des Projekts ist eine Entlastung der Pflegekräfte, die nicht primär auf eine Optimierung organisatorischer Faktoren abhebt, sondern die körperliche Beanspruchung in den Mittelpunkt stellt. Langfristig ist so eine Verbesserung der Arbeitssituation und damit eine höhere Arbeitszufriedenheit sowie ein längeres und stärker ausgeglichenes Arbeitsleben denkbar. Das entlastet gleichzeitig das Gesundheitssystem, da frühe Personalausfälle durch Erkrankungen des Bewegungsapparates verringert werden.

- Quellen**
- ◆ Website des Projekts: <http://itagap-projekt.de/> [Abruf am: 29.03.2021]
  - ◆ Daxberger S, Fifelski-von Böhlen C, Peters M, Schaper M & Wirth L (2020): Rahmenkonzept „Gesundheitsförderliches, technikunterstütztes Arbeiten in der ambulanten Pflege“. [http://itagap-projekt.de/wp-content/uploads/2020/11/Rahmenkonzept\\_ITAGAP\\_final.pdf](http://itagap-projekt.de/wp-content/uploads/2020/11/Rahmenkonzept_ITAGAP_final.pdf) [Abruf am: 29.03.2021].
  - ◆ Fuchs-Frohnhofen P, Altmann T, Döring S, Felscher A & Wehrich M (2017): Neue Ansätze des Arbeits- und Gesundheitsschutzes im Pflege- und Dienstleistungssektor. ISBN: 978-3-86397-092-5.
  - ◆ Wirth L, Daxberger S, Peters M, Fifelski C, Hülsken-Giesler M, Breisig T, Hein A & Brauer C (2019): Integrierte Technik- und Arbeitsprozessentwicklung in der ambulanten Pflege: Gestaltungsansätze aus dem Projekt ITAGAP für eine verantwortliche und gesunde Pflegearbeit. In: Fuchs-Frohnhofen P, Altmann T, Schulz S, Wirth L & Wehrich M: Gestaltungsoptionen für einen zukunftsfähigen Arbeits- und Gesundheitsschutz im Pflege- und Dienstleistungssektor. Weimar: Bertuch Verlag.

Quelle: IGES

Tabelle 33: Steckbrief Projekt Einfach:ambulant.

Einfach:ambulant.	
<b>Land (Gesundheitssystem)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Deutschland (beitragsfinanzierte Sozialversicherung, ca. 90% der Versicherten in der gesetzlich Kranken- und Pflegeversicherung, kleinerer Anteil Privatversicherte, private Zusatzversicherungen für Pflege und medizinische Leistungen möglich)</li> </ul>
<b>Datengrundlage des Steckbriefes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Transferbroschüre, Projektwebseite</li> </ul>
<b>Praxisbeispiel/Konzept/Ansatz zur verbesserten Koordination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <u>Ansatz:</u> digitale Lösungen für die Dokumentation von Pflegedaten und den Informationsaustausch in der ambulanten Pflege</li> <li>◆ dreijähriges vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz gefördertes Verbundprojekt (2016 – 2019)</li> <li>◆ im Rahmen des Projekts Entwicklung von zwei digitalen Anwendungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Doku-App:</u> ermöglicht Pflegekräften (Qualifikation nicht näher beschrieben) eine mobile und elektronische Pflegedokumentation</li> <li>▪ <u>internetbasiertes Webportal:</u> ermöglicht Daten aus der Pflegedokumentation zu ergänzen bzw. zu teilen, Nutzung durch ambulante Pflegedienste, Wundmanagerinnen/-manager, Therapeutinnen/Therapeuten sowie Angehörigen zum Abruf und Hinterlegen von Informationen</li> </ul> </li> <li>◆ zur Sicherung der Daten der mobilen Anwendungen erfolgt eine Abspeicherung in einer zentralen Datenbank</li> <li>◆ <u>Ziele:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zeitersparnis bei der Pflegedokumentation</li> <li>▪ Stärkung des multilateralen Informationsaustauschs zwischen den am Pflegeprozess beteiligten Personen</li> <li>▪ Verbesserung des Pflegeprozesses</li> </ul> </li> </ul>
<b>Beteiligte Leistungserbringer/Akteure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Verbund aus Forschungs- und Entwicklungspartnern sowie Umsetzungspartner (Technische Universität Dresden, CareSocial GmbH, ambulanter Pflegedienst)</li> <li>◆ <u>Zielgruppe:</u> Pflegende in der ambulanten Pflege, Wundmanagerinnen/-manager, Therapeutinnen/Therapeuten, Angehörige</li> </ul>
<b>Ergebnisse des Praxisbeispiels/Konzeptes/Ansatzes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Projekt wurde 2016 bis 2019 durchgeführt; es erfolgte eine Praxiserprobung der digitalen Anwendungen in einem ambulanten Pflegedienst</li> <li>◆ Doku-App wurde als zeitsparend empfunden, insbesondere bei der Wunddokumentation</li> <li>◆ fotografische Wunddokumentation durch den Pflegedienst wurde zur Beurteilung des Wundzustandes durch Wundmanagerin/-manager oder Ärztin/Arzt als hilfreich bewertet</li> <li>◆ Anwendende beurteilten das Webportal hinsichtlich der Handhabung, des Funktionsumfangs, der Kontoverwaltung und der Navigation positiv</li> <li>◆ das Webportal eignet sich aus Sicht der Geschäftsführung des Pflegediensts besonders für die Angehörigenarbeit</li> <li>◆ es liegen keine weiteren wissenschaftlich evaluierten Erkenntnisse zu dem Projekt vor</li> </ul>
<b>Umsetzbarkeit und Wirtschaftlichkeit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ aus der Broschüre wird nicht ersichtlich, ob die Doku-App und das Webportal weiterhin eingesetzt werden</li> <li>◆ keine vorliegenden Daten zur Auswirkung des Ansatzes auf die Wirtschaftlichkeit</li> </ul>

**Einfach:ambulant.****Bewertung der Übertragbarkeit und des Effizienzpotentials**

„Einfach:ambulant.“ steht für eine verbesserte Pflegedokumentation sowie die vereinfachte, technisch unterstützte Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den am Pflegeprozess beteiligten Personengruppen in der ambulanten Versorgung. Ob eine Zeitersparnis durch die Anwendung der Doku-App und des Webportals in der Praxis eintritt, kann noch nicht ausreichend bewertet werden. Es sind weitere Untersuchungen und Erprobungen im Umfeld der ambulanten Pflege nötig.

Übertragbarkeit: Der derzeitige Umsetzungsstand der entwickelten digitalen Anwendungen in der Praxis ist unklar. Die Umsetzung der Doku-App und des Webportals in der ambulanten Pflege wird im Allgemeinen als möglich bewertet. Der regelhafte Erwerb digitaler Kompetenzen von beruflich Pflegenden oder des Standes des Netzausbaus in Deutschland sind als Voraussetzungen zur Übertragbarkeit zu beachten.

Effizienzpotential aus Sicht des Versorgungssystems: Unter Betrachtung der eingeschränkten Evidenz zeigt sich, dass die Pflegedokumentation durch die Doku-App ein Effizienzpotential bergen kann. Durch die Zeitersparnis kann mehr Zeit für Pflege, Versorgung und Therapie für die Klientinnen/Klienten gewonnen werden, wodurch eine Verbesserung der Versorgungsqualität denkbar ist. Durch das Webportal besteht die Möglichkeit des Informationsaustausches der Pflegenden untereinander sowie mit weiteren Akteuren. Dadurch könnte sich die Versorgungsqualität ggf. verbessern, was zu optimierten und weniger kostenintensiven Gesundheitszuständen bei den Pflegebedürftigen führen kann.

Effizienzpotential aus Sicht der betrieblichen (und diensteübergreifenden) Arbeitsorganisation: Das Webportal ermöglicht eine bessere Kommunikation und Vernetzung mit den am Pflegeprozess beteiligten Personen, hierdurch ist auch denkbar, dass Schnittstellenproblematiken sowie Über-, Fehl- oder Unterversorgung vermieden werden können. Zudem birgt der digitale Austausch über Distanzen weitere Effizienzpotentiale (bspw. können Fahrtwege eingespart werden), insbesondere hinsichtlich des Wundmanagements, da die Pflegefachkraft vor Ort schneller handlungsfähig ist, ohne belastet bzw. überfordert zu sein. Des Weiteren kann das Sicherheitsgefühl der am Pflegeprozess beteiligten Personen durch den ständigen Austausch erhöht werden und die effizientere Pflegedokumentation kann sich ggf. positiv auf die Arbeitszufriedenheit auswirken. Für die Ausschöpfung des Potentials der digitalen Tools ist eine nutzerfreundliche Handhabung und gute Gestaltung der technischen Anwendung notwendig. Eine nicht-optimale Ausgestaltung könnte den möglichen Nutzen der Tools verringern bzw. sogar neue Belastungen bei Pflegefach- und Hilfskräften erzeugen.

- Quellen**
- ◆ Hausmann S & Catoni J (2019): Einfach:ambulant – Digitale Lösungen für die ambulante Pflege. <https://tud.qucosa.de/api/qucosa%3A36165/attachment/ATT-0/> [Abruf am: 26.03.2021].
  - ◆ Projektwebsite: <https://einfach-ambulant.de/> [Abruf am: 26.03.2021].

Quelle: IGES

### A3 Steckbriefe zu Kapitel 5.2

Tabelle 34: Steckbrief Collaborative Care Teams

Collaborative Care Teams	
<b>Land (Gesundheitssystem)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Kanada (öffentlicher Gesundheitsdienst: Medicare, überwiegend steuerfinanziert)</li> </ul>
<b>Datengrundlage des Steckbriefes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Modellevaluation mittels Fragebögen und Fokusgruppe (Home Care nursing service delivery model), Guideline und Webseite (Projekt EXTRA)</li> </ul>
<b>Praxisbeispiel/Konzept/Ansatz zur verbesserten Koordination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <u>Ansatz</u>: partnerschaftliche („collaborative“) Versorgung<sup>41</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bildung von partnerschaftlichen Teams, welche verbindlich vernetzt sind und bei der Leistungserbringung zusammenarbeiten</li> </ul> </li> <li>◆ Ziele:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ verbesserte Qualität, Sicherheit und Ergebnisse der Pflege</li> <li>▪ höhere Zufriedenheit von Kunden, Familien und Anbietern</li> <li>▪ verbesserte Effizienz und Effektivität</li> <li>▪ universitäre Unterstützung zur Edukation (University of Manitoba Inter-professional Education Initiative)</li> <li>▪ personelle Kontinuität und Erhöhung der Personenzentrierung in der Versorgung</li> <li>▪ vollumfängliche Kompetenznutzung der Pflegefachkräfte</li> <li>▪ verbesserte Teamarbeit und Förderung der partnerschaftlichen Pflege („collaborative Care“)</li> </ul> </li> <li>◆ regional individuelle Teams wurden in einem initialen Meeting gebildet und vereinbarten gemeinsam die Zusammenarbeit</li> <li>◆ Implementierung in drei Pilotgemeinden der Provinz Manitoba im Jahr 2014</li> <li>◆ Teams von drei bis fünf Pflegefachkräften wurden den Klienten zugewiesen, die in einem geografisch definierten Wohnviertel leben (Home Care nursing service delivery model), höher qualifizierte Pflegefachkräfte (nicht näher beschrieben) wurden den Klientinnen und Klienten mit komplexeren Pflegebedarfen zugewiesen</li> <li>◆ darüber hinaus Einsatz von Koordinatorinnen/Koordinatoren zur verbesserten Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften (ermöglichte auch eine koordinierte Arbeitsteilung)</li> <li>◆ die Pflgeteams und Koordinatorinnen/Koordinatoren erhielten bis zu 4h/Monat für Fallbesprechungen (Sicherstellung der Bereitstellung der am besten geeigneten evidenzbasierten Pflege)</li> </ul>
<b>Beteiligte Leistungserbringer/Akteure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Pflgeteams: examinierte/lizenzierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger (registered Nurse, licensed practical Nurse<sup>42</sup>)</li> <li>◆ Nursing Resource Coordinators (NRCs), Clinical Nurse Specialists, Nurse Educators, Case Coordinators</li> </ul>

<sup>41</sup> Definition des Ansatzes: Mehrere Mitarbeitende des Gesundheitswesens mit unterschiedlichen beruflichen Hintergründen bieten umfassende Dienstleistungen an, indem sie mit Patienten, ihren Familien, Pflegefachkräften und Gemeinden zusammenarbeiten, um eine qualitativ hochwertige Versorgung in verschiedenen Settings zu gewährleisten.

<sup>42</sup> Die Ausbildungen für Lincensed Practical Nuses (LPN) dauern i.d.R. zwei Jahre, oft als Umschulung oder nach High-School-Abschluss. LPN gelten als Pflegefachkräfte. Der Abschluss ermöglicht den Zugang zum Bachelorstudium (Lehmann *et al.* 2019).

### Collaborative Care Teams

	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ alle an der Versorgung Beteiligten (interprofessioneller Ansatz), z. B. leitende Ärztin/leitender Arzt, leitende Pflegekraft, weitere relevante Leistungserbringer (nicht näher bezeichnet)</li> </ul>
<b>Ergebnisse des Praxisbeispiels/Konzeptes/Ansatzes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Befragte der Modellevaluation nannten folgende positive Aspekte des Modells:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Steigerung und Verbesserung der Kommunikation durch Vernetzung und Partnerschaft, klare Erwartungshaltung, Zugang zu den erforderlichen Informationen, der professionelle Beitrag in Bezug auf die Klientinnen/Klienten wird geschätzt und ist effektiv, die Arbeit im Team nimmt Druck, verbesserte personelle Kontinuität in der Versorgung</li> </ul> </li> <li>◆ Befragte der Modellevaluation nannten folgende Probleme bei der Implementierung des Modells:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Personalausstattung, Rotation der Dienstpläne, hohe Arbeitsbelastung bei den Klientinnen/Klienten, unrealistische Zeiteinteilung</li> </ul> </li> <li>◆ im Modell bislang nicht wissenschaftlich untersucht, aber (teilweise aus weiterer Evidenz) abgeleitet:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ansatz der partnerschaftlichen („collaborative“) Versorgung führt zu verbesserten Patientenergebnissen, erhöhter Patientensicherheit, erhöhter Zufriedenheit von Patienten und Gesundheitsdienstleistern mit der Versorgung, erhöhter Effizienz des Gesundheitssystems, verbesserter Teamarbeit</li> </ul> </li> <li>◆ im Projekt Erstellung von Assessments und Guidelines, um Pflorgeteams selbst zur Evaluation und Verbesserung der Effizienz zu befähigen           <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ darunter acht entwickelte Indikatoren: regelmäßige Messung der Teamleistung, Organisation auf Grundlage der Klienten-Bedürfnisse, Zeit für Teamentwicklung, Möglichkeiten für das Team, zusammen in einem Raum zu arbeiten, definierte Rollen und Ziele im Team, Vorhandensein von Prozessen zur interprofessionellen Pflegeplanung (Entlassungsvisiten, Pflegekonferenzen, Pflegevisiten), Zusammensetzung und Rollen des Teams werden durch die Bedürfnisse der Klientinnen/Klienten sowie den Leistungsumfang der Gesundheitsdienstleister definiert, Standardarbeitsanweisungen/klare Rollenerklärungen für alle Teammitglieder sind vorhanden und minimieren unnötige Doppelleistungen</li> <li>▪ Anleitungen und Maßnahmen zur interprofessionellen Edukation in universitärer Kooperation</li> </ul> </li> </ul>
<b>Umsetzbarkeit und Wirtschaftlichkeit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ vorhandene Assessments und die Guideline ermöglichten grundsätzlich die unabhängige, strukturierte und koordinierte Umsetzung des Ansatzes</li> <li>◆ Ansatz geht von einer gesteigerten Effizienz und Effektivität aus</li> </ul>

### Bewertung der Übertragbarkeit und des Effizienzpotentials

Der Ansatz der partnerschaftlichen Zusammenarbeit aller an der Versorgung beteiligter Leistungserbringer birgt bei gelungener Umsetzung mögliche Effizienzpotentiale durch die gemeinsame Koordinierung der Leistungserbringung. Im „Collaborative Care Team“ werden zudem strukturierte Assessments bereitgestellt, um eine Umsetzung des Ansatzes vereinfacht für die Leistungserbringer zu ermöglichen. Der Transfer der universitären Anbindung zur Edukation der Teams und deren Inhalte ist nicht nachvollziehbar, da angegebene URL mittlerweile nicht mehr existieren und die nötigen Informationen nicht verfügbar sind. Auch hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit fehlen Evidenzbelege, sodass keine abschließende Aussage getroffen werden kann.

Übertragbarkeit: Der Ansatz der regionalen partnerschaftlichen Zusammenarbeit der Leistungserbringer unter der Maßgabe der Federführung eines Akteurs wird als übertragbar bewertet. Aus dem Ansatz wird nicht deutlich, welcher Akteur der Initiator für die Partnerschaft ist.

### Collaborative Care Teams

Effizienzpotential aus Sicht des Versorgungssystems: Ein Effizienzpotential ist aus den Daten nicht eindeutig ableitbar, da nicht deutlich wird, ob durch das Modell eine verbesserte Koordinierung erreicht wurde. Bei erfolgreicher Umsetzung besteht dennoch ein Potential der Minimierung von Schnittstellenproblematiken durch Vernetzung und Kooperation, eine Vermeidung von Über-, Fehl- oder Unterversorgung und dadurch Einsparungen der Ressourcen.

Effizienzpotential aus Sicht der betrieblichen (und dienstübergreifenden) Arbeitsorganisation: Durch die verfügbaren Assessments, auch zur stetigen Überwachung der Effizienz, ergibt sich ein Potential zur verbesserten Einsatzplanung und Koordinierung der Leistungserbringung durch stetigen Informationsaustausch zwischen allen Beteiligten Akteuren. Obliegt allerdings dem ambulanten Pflegedienst die Federführung bei der Initiierung der „Collaborative Teams“ ist ein hoher, zumindest anfänglicher, Arbeitsaufwand zu erwarten.

#### Quellen

- ◆ Klaasen K, Groenewegen T, Mitchell LA & Wilson S (2016): From primary nurse to collaborative nursing care team: Early feedback on a new model. *Healthc Manage Forum* 29(3), 121-125. DOI: 10.1177/0840470416633234.
- ◆ Klaasen K, Komenda P & Bowman S (2016): Advancing Collaborative Care Teams. A Guide for Teams and Facilitators. Canada: Winnipeg Regional Health Authority. <https://professionals.wrha.mb.ca/old/professionals/collaborativecare/files/EXTRAToolkit.pdf>.
- ◆ Klaasen K, Bowman S & Komenda P (2016): Advancing Interprofessional Collaborative Teams in the Winnipeg Health Region. *Healthc Q* 19(1), 65-69. DOI: 10.12927/hcq.2016.24606.
- ◆ <https://professionals.wrha.mb.ca/collaborative-care/extra-project/> [Zugriff: 12.03.2021]
- ◆ weitere Quellen (LPN): Lehmann Y, Schaepe C, Wulff I & Ewers M (2019): Pflege in anderen Ländern: Vom Ausland lernen? Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH.

Quelle: IGES



Tabelle 35: Steckbrief Buurtzorg

Buurtzorg	
<b>Land<sup>43</sup> (Gesundheitssystem)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Deutschland (beitragsfinanzierte Sozialversicherung, ca. 90% der Versicherten in der gesetzlich Kranken- und Pflegeversicherung, kleinerer Anteil Privatversicherte, private Zusatzversicherungen für Pflege und medizinische Leistungen möglich)</li> <li>◆ Schottland/Großbritannien (nationaler Gesundheitsdienst (National Health Service, NHS), steuerfinanziert, zu einem kleinen Anteil auch aus der Sozialversicherung)</li> <li>◆ Finnland (kommunaler, öffentlicher Gesundheitsdienst für alle Einwohner, obligatorische, beitragsfinanzierte nationale Krankenversicherung, in geringerem Umfang sowie private Zuzahlungen)</li> <li>◆ Niederlande (drei Säulen: 1. beitragsfinanzierte Pflegeversicherung, 2. private Krankenversicherung, 3. private Zusatzversicherungen (ca. 95 % der Versicherten); zusätzlich fallen gedeckelte, private Zuzahlungen an)</li> </ul>
<b>Datengrundlage des Steckbriefes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Fallstudie, Pilotstudien (ökonomische Analyse, qualitative Designs), Projektwebseite, Modellbeschreibung, Abschlussbericht, Zeitschriftenartikel</li> </ul>
<b>Praxisbeispiel/Konzept/Ansatz zur verbesserten Koordination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <u>Konzept</u>: Veränderung der Arbeitsorganisation nach dem Buurtzorg-Modell durch: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ selbst organisierende Kleinteams von max. zwölf Pflegenden in einem geographisch begrenzten Gebiet</li> <li>▪ Koordinierung der Leistungserbringung durch den Einsatz von Case-Management mit niedrigem Klienten-Caseload (ca. 6:1, d. h. sechs Pflegebedürftige auf eine Pflegefachkraft)</li> <li>▪ wöchentliche Fallbesprechungen</li> <li>▪ selbstorganisierte Dienst- und Tourenplanung, Organisation und Verwaltung von Fort- und Weiterbildungen und Personalentscheidungen (Einstellung neuer Pflegenden)</li> <li>▪ Betreuung von 50 bis 60 Pflegebedürftigen; möglichst je Klientin/Klient Betreuung durch drei bis vier feste Pflegefachkräfte, die alle pflegerischen und organisatorischen Aufgaben übernehmen</li> <li>▪ Verteilung der Verantwortung für gesamte Planung und Gestaltung des Organisations- und Pflegeprozesses auf das Team, gemeinsame Entscheidungen von allen Teammitgliedern</li> <li>▪ Finanzverwaltung durch das Kleinteam</li> <li>▪ administrative Tätigkeiten und Team-Coaching durch zentrale Verwaltung</li> </ul> </li> <li>◆ Team entscheidet selbstverantwortlich über Zeitpunkt und zu erbringende notwendige Pflegeleistungen, schult pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen</li> <li>◆ Leistungsabrechnung der Pflegeleistungen mittels Zeitvergütung (gezahlt wird pro Besuch, unabhängig von der Besuchsdauer)</li> <li>◆ <u>digitale Unterstützung</u>: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kommunikation im Team und Austausch mit anderen Pflegeteams, Terminplanung, Abrechnung und Echtzeitüberwachung von Finanzen mittels Tablet über <i>Buurtzorg Web</i></li> <li>▪ Pflegedokumentation und -assessments erfolgen elektronisch über das</li> </ul> </li> </ul>

<sup>43</sup> Hier die Länder der untersuchten Umsetzungen des Buurtzorg-Konzepts.

Buurtzorg	
	<p>OMAHA-System<sup>44</sup>, das in die Plattform eingebettet ist</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Kooperation:</b> aktives Knüpfen informeller Unterstützungsnetzwerke (Nachbarschaftshilfe, Einbindung in leichte pflegerische Tätigkeiten, Haushaltshilfe, Tagesgestaltung) → Pflege- und Unterstützungsleistungen aus einer Hand, nicht durch viele verschiedene Akteure</li> <li>◆ <b>Ziele:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ gezielte Vernetzung von informell Pflegenden und professionellen Akteuren in der Gesundheitsversorgung (z. B. Therapeutinnen/Therapeuten, Ärztinnen/Ärzten)</li> <li>▪ effektiver Einsatz professionell Pflegender und gleichzeitige Entlastung pflegender Angehöriger</li> <li>▪ Initiierung und Förderung präventiver Maßnahmen, um Gesundheit, Wohlbefinden und Unabhängigkeit pflegebedürftiger Personen zu fördern</li> <li>▪ Minimierung des Unterstützungs- und Hilfebedarfs, pflegebedürftige Person soll wieder möglichst selbstständig werden</li> </ul> </li> </ul>
<b>Beteiligte Leistungserbringer/Akteure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Pflegefachkräfte, Hausarztpraxen, Therapeutinnen/Therapeuten, Apotheken, Sozialarbeiterinnen/-arbeiter und weitere Akteure im geographisch begrenzten Gebiet</li> <li>◆ Einbezug informell Pflegender (Nachbarschaftshilfe)</li> <li>◆ <b>Zielgruppe:</b> pflegebedürftige Personen in der ambulanten Versorgung</li> </ul>
<b>Ergebnisse des Praxisbeispiels/Konzeptes/Ansatzes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Verlagerung der Arbeitsinhalte für Pflegefachkräfte von einer pflegerischen Betreuung in die Sozialarbeit erforderte Wissen und Wissenszuwachs</li> <li>◆ autonome Entscheidungsfindung in der Versorgung durch Pflegefachkräfte umsetzbar; in operativen Entscheidungen (z. B. Verwaltung des Programmbudgets) Einschränkungen durch die jeweilige Pflegeorganisation</li> <li>◆ Anbindung an ein vorhandenes Setting (Allgemeinarztpraxen) erwies sich als vorteilhaft (konsequenter Einbindung dieser in die Versorgung, bereits vorhandene Infrastruktur/Ausstattung zu z. B. Laboren vorteilhaft)</li> <li>◆ gesteigerte Kontinuität und zeitliche Ressourcen in der pflegerischen Versorgung durch selbstorganisierte Einsatzzeiten, gesteigerte wahrgenommene Pflegequalität, Intensivierung der Beziehungen zu pflegebedürftigen Klientinnen/Klienten und ihren Angehörigen</li> <li>◆ non-hierarchische Teamstruktur und Umstellung der Arbeitsorganisation gestalteten das Selbstmanagement als herausfordernd, führten zu Konflikten und Spannungen im Team (erschwerete Entscheidungsfindungen, erschwerte Kommunikation)</li> <li>◆ IT-Wissen und entsprechende Fertigkeiten zum mobilen Arbeiten müssen vorhanden sein, um administrative Aufgaben gleichmäßig und fair durch alle Teammitglieder zu erbringen</li> <li>◆ Strukturveränderung innerhalb einer bereits bestehenden Organisation ist herausfordernd und langwierig → Managementebene bis zu jedem einzelnen Teammitglied muss Veränderung zwingend wollen und mittragen, individuelle Weiterentwicklung der Teammitglieder nötig</li> </ul> <p><u>Einfluss auf das Personal:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Wegfall der mittleren Managementebene bedingt höhere Verantwortung und Verantwortungsbereitschaft</li> </ul>

<sup>44</sup> Über OMAHA werden sowohl Pflegediagnosen als auch Interventionen erfasst und Ergebnisse pflegerischer Interventionen bewertet.

### Buurtzorg

- ◆ Konzepteinführung und Neuausrichtung der Arbeit als herausfordernd wahrgenommen
- ◆ Pflegedienste in Deutschland, die Buurtzorg und angelehnte Konzepte bereits umsetzen, berichten trotz Steigerung der Attraktivität als innovativer Arbeitsgeber auch weiterhin von Schwierigkeiten, geeignete Pflegekräfte (Qualifikation hier nicht definiert) zu finden
- ◆ z. T vor allem zu Beginn der Organisationsumstellung Mitarbeiterfluktuation
- ◆ Case-Load stieg mit zunehmender Dauer an (von 6:1 auf 10:1) → Überforderung der Pflegenden, negative Teamauswirkungen
- ◆ Verbesserung der Flexibilität (z. B. bei der Dienstplangestaltung) und Work-Life-Balance; Arbeitszufriedenheit wurde als verbessert wahrgenommen

### Umsetzbarkeit und Wirtschaftlichkeit

- ◆ Umsetzung von Teilen des Buurtzorg-Modells in der Praxis außerhalb des niederländischen Gesundheitssystems aufgrund regulatorischer und kultureller Systemunterschiede (bspw. berufliche Autonomie der Pflegenden, Finanzierung) limitiert
- ◆ zudem Interessenskonflikte mit bereits bestehenden Systemstrukturen auf (hier: mit kommunalen „district nursing teams“ im NHS)
- ◆ Terminplanung und Abrechnung sowie Echtzeitüberwachung von Finanzen über das Buurtzorg Web ermöglichen Selbstmonitoring der Produktivität und des Budgets
- ◆ Einschätzungen zur Kosteneffektivität und dauerhaften Einsparungen im Gesundheitswesen nicht abschließend möglich:
  - Kosteneinsparungen und Qualitätssteigerungen in den Niederlanden nachgewiesen
  - in anderen Ländern (bspw. Finnland) bisher u.a. aufgrund methodischer Schwierigkeiten noch nicht möglich
  - für Deutschland liegen keine Kosten-Nutzen-Informationen vor

### Bewertung der Übertragbarkeit und des Effizienzpotentials

Das Modell nach Buurtzorg wird in Deutschland bereits praktisch umgesetzt (u. a. Pflegedienst Ich und Du Pflege GmbH). Es gibt zudem Pflegedienste, die mit an Buurtzorg angelehnten Konzepten arbeiten. Aufgrund der rechtlichen Rahmenbedingungen in Deutschland (bspw. Beschäftigung einer verantwortlichen Pflegefachkraft und rechtliche Anforderungen an diese, Abrechnungsmodalitäten nach SGB V und XI) werden jedoch nur einzelne Elemente der Arbeitsorganisation nach Buurtzorg (insb. flache Hierarchien und gemeinsame Arbeitsorganisation) umgesetzt.

Übertragbarkeit: In den Niederlanden (Ursprungsland des Buurtzorg-Modells) erfolgt die Abrechnung nicht nach der Verrichtung bestimmter Leistungen, sondern nach einer festen Einsatzpauschale, die unabhängig von der Dauer des Einsatzes ist. Zur vollständigen Übertragung müsste auch in Deutschland eine stundenweise Abrechnung regelhaft ermöglicht werden. Derzeit können Pflegedienste Leistungen prinzipiell stundenweise mit der Pflegekasse abrechnen, in der Praxis findet dies jedoch nur erschwert statt. Im Vergleich zu Deutschland sind die Pflegefachkräfte hinsichtlich des Personalmix im Modell höher qualifiziert. Dies ermöglicht die Übernahme der komplexen Koordinierungsaufgaben und Verantwortung in der pflegerischen Versorgung. Dies limitiert die Übertragbarkeit in vollem Umfang und der Wegfall der mittleren Managementebene scheint nicht übertragbar zu sein.

Effizienzpotential aus Sicht des Versorgungssystems:

Bei gelungener Umsetzung ergeben sich durch die geographische Begrenzung auf kleinere Gebiete, den intensiven Beziehungsaufbau zu informell unterstützenden Netzwerken und professionellen Akteuren (z. B. Ärztinnen/Ärzte, therapeutische Professionen) Potentiale die Versorgungskontinuität in der Pflege zu verbessern (bspw. durch Begrenzung der Zahl an der Versorgung beteiligter Pflegefachkräfte) und darüber hinaus die medizinisch-therapeutische Versorgung bedarfsgerecht zu steuern (Vermeidung von

### Buurtzorg

Über-, Unter- und Fehlversorgungen). Einsparungen finanzieller und personeller Ressourcen sind möglich, während die gesundheitsbezogenen Outcomes der pflegebedürftigen Menschen verbessert werden. Denkbar ist, dass durch die gezielte Anwendung präventiver Maßnahmen und Förderung der Selbstständigkeit von Pflegebedürftigen der Pflegebedarf minimiert werden kann, was zu zusätzlichen Einsparungen und einer Entlastung des Pflegesystems führen könnte.

#### Effizienzpotential aus Sicht der betrieblichen (und dienstübergreifenden) Arbeitsorganisation:

Die Nutzung einer eigenen elektronischen Plattform (*Buurtzorg Web*) zur internen Kommunikation, Dokumentation, Abrechnung sowie Monitoring von Finanzen/Budgets und Produktivität könnte dazu beitragen, die innerbetriebliche Informationsweitergabe und Wirtschaftlichkeit transparenter zu machen und zu optimieren. Die Möglichkeit selbstverantwortend und selbstorganisierend zu arbeiten, könnte die Attraktivität des Pflegeberufes und Arbeitszufriedenheit steigern und zur Gewinnung neuer Fachkräfte beitragen. Um die Koordinierung der Versorgung zu gewährleisten und effektiv zu gestalten, sind nach dem Buurtzorg-Modell mehr qualifizierte Pflegefachkräfte im ambulanten Bereich erforderlich. Buurtzorg und angelehnte Konzepte verfolgen, durch eine intensive und gezielte Steigerung der Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Menschen, das Ziel den (dauerhaften) Pflegebedarf insgesamt zu senken. Damit würden weniger Dauerpflegeleistungen durch ambulante Dienste in Anspruch genommen werden und letztlich freie Kapazitäten für Neukunden gebildet werden können. Klientenanfragen, die derzeit z. T. aufgrund mangelnder Kapazitäten abgelehnt werden müssten, könnten so nachgekommen werden.

- Quellen**
- ◆ Leask CF, Bell J & Murray F (2020): Acceptability of delivering an adapted Buurtzorg model in the Scottish care context. *Public Health* 179, 111-117. DOI: 10.1016/j.puhe.2019.10.011.
  - ◆ Braeseke G, Hahnel E, Neuwirth J, Engelmann F & Lingott N (2020): Potentiale sozialer Innovationen in der ambulanten Langzeitpflege. Dezember 2020
  - ◆ Jantunen S, Piippo J, Surakka J, Sinervo T, Ruotsalainen S & Burström T (2020): Self-Organizing Teams in Elderly Care in Finland: Experiences and Opportunities. In: *Creative Nursing*, Volume 26, Issue 1, 2020, S. 37-42
  - ◆ Lalani M, Fernandes J, Fradgley R, Ogunisola C & Marshall M (2019): Transforming community nursing services in the UK; lessons from a participatory evaluation of the implementation of a new community nursing model in East London based on the principles of the Dutch Buurtzorg model. *BMC Health Serv Res* 19(1), 945. DOI: 10.1186/s12913-019-4804-8. Duncan M (2019): Integrated care systems and nurse leadership. In: *British Journal of Community Nursing* November 2019, Vol. 24, Nr. 11, S. 538-542
  - ◆ Kreitzer MJ, Monsen KA, Nandram S & de Block J (2015): Buurtzorg Nederland: A Global Model of Social Innovation, Change, and Whole-Systems Healing. In: *Global Advances in Health and Medicine*, 4(1), 40-44.
  - ◆ Monsen KA & de Blok J (2013): Buurtzorg: nurse-led community care. *Creat Nurs* 19(3), 122-127. ISSN: 1078-4535 (Print) 1078-4535.
  - ◆ Duncan M (2019): Integrated care systems and nurse leadership. In: *British Journal of Community Nursing* 24(11), 538-542.
  - ◆ Webseite der Buurtzorg Deutschland Nachbarschaftshilfe gGmbH: <https://www.buurtzorg-deutschland.de/>
  - ◆ Webseite des Pflegedienstes Ich und Du Pflege GmbH: <https://www.ich-und-du-pflege.de/>

Quelle: IGES

Tabelle 36: Steckbrief Praxisbeispiel zum Konzept Buurtzorg: Pflegedienst CareTeam GmbH

Praxisbeispiel zum Konzept Buurtzorg: Pflegedienst CareTeam GmbH	
<b>Land (Gesundheitssystem)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Deutschland (beitragsfinanzierte Sozialversicherung, ca. 90% der Versicherten in der gesetzlich Kranken- und Pflegeversicherung, kleinerer Anteil Privatversicherte, private Zusatzversicherungen für Pflege und medizinische Leistungen möglich)</li> </ul>
<b>Datengrundlage des Steckbriefes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Studienbericht, Webseite</li> </ul>
<b>Praxisbeispiel/Konzept/Ansatz zur verbesserten Koordination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <u>Konzept</u>: Veränderung der Arbeitsorganisation mit Quartiersbezug, angelehnt an das Konzept Buurtzorg</li> <li>◆ selbstorganisierte Teams, in denen den Teammitgliedern feste und flexible Rollen zugewiesen werden (z. B. Leitung, Controlling, Monitoring und Coaching)</li> <li>◆ innerhalb der Quartierspflege Entscheidungsfreiheit hinsichtlich der Organisation der Versorgung (z. B. Einsatzzeiten)</li> <li>◆ Pflegekräfte (Qualifikation nicht näher beschrieben) gestalten aktiv eine wirtschaftliche Leistungserbringung und sind für Umsätze und Wirtschaftlichkeit verantwortlich (bspw. durch Verzicht auf Boni, die i. d. R. halbjährlich gezahlt werden, bei schlechter Auftragslage)</li> <li>◆ non-hierarchische Strukturen mit transparenter und gemeinsamer Entscheidungsfindung im Team (bspw. Verwendung von Budgets für Fort- und Weiterbildungen)</li> <li>◆ dienstinterne Kommunikation digital über Tablets, die auch privat genutzt werden können</li> <li>◆ Aufbau individueller, informeller und professioneller sowie sozialer (Unterstützungs-)Netzwerke</li> <li>◆ <u>Ziele</u>: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sicherstellung einer bedarfsgerechten, bedürfnisorientierten und holistischen pflegerischen Versorgung im gewohnten Lebensumfeld des pflegebedürftigen Menschen</li> <li>▪ Aufbau individueller Strukturen im Umfeld der Betroffenen</li> <li>▪ Sicherung der Arbeitszufriedenheit professionell Pflegenden</li> <li>▪ Kosteneinsparungen durch Quartiersansatz und dadurch Verringerung der Wegezeiten und Verkleinerung des Fuhrparks</li> <li>▪ Steigerung der Wirtschaftlichkeit durch Verantwortung im gesamten Team</li> </ul> </li> </ul>
<b>Beteiligte Leistungserbringer/Akteure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Ambulanter Pflegedienst, Pflegefachkräfte, informelle Netzwerke (soziales und nachbarschaftliches Umfeld), weitere Akteure (z. B. Ärztinnen und Ärzte)</li> <li>◆ <u>Zielgruppe</u>: pflegebedürftige Personen in der ambulanten Versorgung innerhalb des Quartiers</li> </ul>
<b>Ergebnisse des Praxisbeispiels/Konzeptes/Ansatzes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Ansatz des ambulanten Pflegedienstes bislang nicht wissenschaftlich evaluiert</li> <li>◆ nach Angaben des Pflegedienstes konnten folgende Ergebnisse erzielt werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verkürzung der Wege zum Einsatzort und darüber Einsparung von Wege- und Fahrtzeiten</li> </ul> </li> </ul>

### Praxisbeispiel zum Konzept Buurtzorg: Pflegedienst CareTeam GmbH

- Verkleinerung des Fuhrparks und daraus resultierende Kosteneinsparungen
- Steigerung der Zufriedenheit Mitarbeitender, Rückgang von Fehlzeiten, Erhöhung der Arbeitsmotivation, Rückgang der Abbrecherquote Auszubildender
- positives Feedback der Klientinnen/Klienten
- Nutzung digitaler Unterstützung ermöglicht einen schnelleren Informationsaustausch, Probleme in der Versorgung können schneller gelöst werden

<b>Umsetzbarkeit und Wirtschaftlichkeit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Finanzierung und Umsetzung des Ansatzes in Eigenregie des Pflegedienstes</li> <li>◆ Abrechnung innerhalb der Regelfinanzierung nach Leistungskomplexen möglich, aber nicht wirtschaftlich</li> <li>◆ übliche Leistungskomplexe als Basis für die Vergütung sind hinderlich (Angabe des PD: um auf 40€ betrieblichen Erlös zu kommen, muss man vier Behandlungspflegen durchführen)</li> <li>◆ bisher getätigte Investitionen (z. B. in Digitalisierung) zahlen sich bisher noch nicht aus</li> </ul>
---------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Bewertung der Übertragbarkeit und des Effizienzpotentials

Der Pflegedienst arbeitet seit knapp 30 Jahren an verschiedenen Standorten Deutschlands nach einem Buurtzorg-ähnlichen (selbstorganisierte Teams, non-hierarchische Strukturen) quartiersbezogenen Ansatz. Die Mitglieder der Pflgeteams haben fest zugeschriebene Aufgaben, die jedoch bei Bedarf veränderbar sind.

Übertragbarkeit: Quartiersbezogene Pflege und eine Arbeitsorganisation, die an Buurtzorg angelehnt ist, sind auch in anderen Regionen umsetzbar, insb. in städtischen Gebieten. Zur vollständigen Übertragung müsste auch in Deutschland eine stundenweise Abrechnung regelhaft ermöglicht werden. Derzeit können Pflegedienste die Abrechnung über Stundensätze mit der Pflegekasse verhandeln, in der Praxis findet dies jedoch nur erschwert statt.

Effizienzpotential aus Sicht des Versorgungssystems: Durch die lokale Begrenzung auf das Quartier und Beziehungsaufbau zu informell unterstützenden (z. B. Nachbarschaft) und professionellen (z. B. Hausärztinnen/Hausärzte) Netzwerken sowie sozialen Kontakten ergibt sich, dass Potential die Leistungserbringung bedarfsgerechter zu steuern (Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgungen). Die Einbindung informeller Netzwerke (z. B. Nachbarn, Bekannte) könnte sich entlastend auf die professionelle Leistungserbringung auswirken. Der Ansatz, dass Pflegefach- und Hilfskräfte im Idealfall im gleichen Quartier wohnen, kann den Netzwerkaufbau vereinfachen.

Effizienzpotential aus Sicht der betrieblichen (und dienstübergreifenden) Arbeitsorganisation: Kurze Fahrtwege durch eine wohnortnahe quartiersbezogene Pflege optimieren die wirtschaftliche Leistungserbringung. Weitere direkte Kosteneinsparungen durch eine Verkleinerung des Fuhrparks steigern wirtschaftliche Gewinne der Pflegedienste zusätzlich. Der Einsatz der digitalen Unterstützung zur Verbesserung der Kommunikation bietet ebenfalls das Potential der effizienteren Leistungserbringung. Eine selbstverantwortete Arbeitsorganisation könnte die Attraktivität des Pflegeberufes und Arbeitszufriedenheit steigern und zur Gewinnung neuer Pflegefach- und -hilfskräfte bzw. einem längeren Verbleib beitragen.

<b>Quellen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Braeseke G, Hahnel E, Neuwirth J, Engelmann F &amp; Lingott N (2020): Potentiale sozialer Innovationen in der ambulanten Langzeitpflege. Dezember 2020</li> <li>◆ Webseite und Blog der CareTeam GmbH: <a href="https://careteam-pflege.de/">https://careteam-pflege.de/</a> [Abruf am: 22.03.2021] sowie <a href="https://die-pflegeblogger.de/">https://die-pflegeblogger.de/</a> [Abruf am: 23.03.2021]</li> </ul>
----------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Quelle: IGES

Tabelle 37: Steckbrief Praxisbeispiel zum Konzept Buurtzorg: Pflegedienst VIER-bei-mir Kiezpflege

Praxisbeispiel zum Konzept Buurtzorg: Pflegedienst VIER-bei-mir Kiezpflege	
<b>Land (Gesundheitssystem)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Deutschland (beitragsfinanzierte Sozialversicherung, ca. 90% der Versicherten in der gesetzlich Kranken- und Pflegeversicherung, kleinerer Anteil Privatversicherte, private Zusatzversicherungen für Pflege und medizinische Leistungen möglich)</li> </ul>
<b>Datengrundlage des Steckbriefes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Studienbericht, Webseite</li> </ul>
<b>Praxisbeispiel/Konzept/Ansatz zur verbesserten Koordination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <u>Konzept</u>: Veränderung der Arbeitsorganisation mit Quartiersbezug, angelehnt an das Konzept Buurtzorg <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ selbstorganisierte Kleinteams in einem geographisch begrenzten Gebiet (Quartier)</li> <li>▪ Erweiterung des Einsatzgebietes um neue Quartiere sowie neue Pflegefach- und -hilfskräfte bzw. Pflegeassistentinnen/-assistenten bei entsprechenden Anfragen</li> <li>▪ selbstorganisierte Dienst- und Tourenplanung durch die Pflegefach- und -hilfskräfte bzw. Pflegeassistentinnen/-assistenten</li> <li>▪ administrative Aufgaben (bspw. Verträge) und Beratung durch mittleren Führungsebene (Pflegedienstleitung)</li> <li>▪ Betreuung der Klientinnen/Klienten durch feste Teams, bestehend aus vier Mitarbeitenden in der Pflege</li> <li>▪ Mitarbeitende haben teilweise Zusatzausbildungen/-kenntnisse, u. a. in Meditation, Yoga, Massage, Kommunikation und gesunde Ernährung</li> </ul> </li> <li>◆ <u>Ziele</u>: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sicherstellung einer nachhaltigen, selbstbestimmten, transparenten und qualitativ hochwertigen Pflege im gewohnten Lebensumfeld pflegebedürftiger Menschen</li> <li>▪ Entwicklungs- und ressourcenorientierte Förderung der Eigenständigkeit pflegebedürftiger Personen</li> <li>▪ Optimierung des Personaleinsatzes</li> <li>▪ Optimierung der wirtschaftlichen Leistungserbringung</li> </ul> </li> </ul>
<b>Beteiligte Leistungserbringer/Akteure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Ambulanter Pflegedienst, Pflegefach- und -hilfskräfte bzw. Pflegeassistentinnen/-assistenten</li> <li>◆ <u>Zielgruppe</u>: pflegebedürftige Personen in der ambulanten Versorgung innerhalb des Quartiers</li> </ul>
<b>Ergebnisse des Praxisbeispiels/Konzeptes/Ansatzes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Steigerung der Arbeitszufriedenheit laut Mitarbeitende des Pflegedienstes</li> <li>◆ Reduzierung von Fahrtwegen und -zeiten und Stress für Pflegekräfte (durch die geografische begrenzte Versorgung im Quartier)</li> <li>◆ bisher keine wissenschaftliche Evaluation, weshalb keine weiteren Ergebnisse durch die veränderte Arbeitsorganisation aus den vorhandenen Quellen vorliegen</li> </ul>
<b>Umsetzbarkeit und Wirtschaftlichkeit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Umsetzung von Teilaspekten des Buurtzorg-Modells (Selbstorganisation von Teams, selbstbestimmte Dienst- und Tourenplanung) sind im Praxisbeispiel möglich</li> <li>◆ Optimierung der wirtschaftlichen Leistungserbringung durch Reduzierung von Fahrtwegen</li> <li>◆ effiziente Personaleinsatzplanung möglich</li> </ul>

### Praxisbeispiel zum Konzept Buurtzorg: Pflegedienst VIER-bei-mir Kiezpflege

#### Bewertung der Übertragbarkeit und des Effizienzpotentials

Der Berliner Pflegedienst VIER-bei-mir arbeitet nach einem an dem Buurtzorg-Modell angelehnten Konzept. Die rechtlichen Rahmenbedingungen (bspw. Beschäftigung einer verantwortlichen Pflegefachkraft und rechtliche Anforderungen an diese, Abrechnungsmodalitäten nach SGB V und XI) erlauben es nur einzelne Elemente der Arbeitsorganisation nach Buurtzorg (Selbstorganisation der Teams, selbstbestimmte Dienst- und Tourenplanung) umzusetzen.

Übertragbarkeit: Die Form der Arbeitsorganisation ist prinzipiell auf andere Regionen übertragbar. In ländlichen Regionen müsste der Fokus des Einsatzgebietes über einzelne Quartiere hinaus entsprechend erweitert werden. In den an Buurtzorg angelehnten Konzepten ist wie in den Niederlanden eine hohe stundenweise Vergütung nötig, um wirtschaftlich arbeiten zu können. Die Abrechnungsmodalitäten nach SGB V und XI und damit verbundene Schwierigkeiten für die Pflegedienste haben sich in Deutschland bei der praktischen Umsetzung des Konzeptes als hinderlich erwiesen.

Effizienzpotential aus Sicht des Versorgungssystems:

Durch Begrenzung auf vier Mitarbeitende in der Pflege, die die Klientinnen/Klienten betreuen, ergeben sich Potentiale, die Versorgungskontinuität in der Pflege zu steigern sowie Pflegeleistungen bedarfsgerecht und qualitativ hochwertig zu gestalten.

Effizienzpotential aus Sicht der betrieblichen (und diensteübergreifenden) Arbeitsorganisation: Kurze Fahrtwege durch eine wohnortnahe Quartierspflege optimieren den Personaleinsatz und die wirtschaftliche Leistungserbringung für die ambulanten Pflegedienste. Dadurch entstehende zeitliche und personelle Ressourcen können genutzt werden, um weitere Klientinnen und Klienten aufzunehmen und Pflegeleistungen zu erbringen. Die Möglichkeit, selbstverantwortend und selbstorganisierend zu arbeiten, könnte die Attraktivität des Pflegeberufes und Arbeitszufriedenheit steigern, und zur Gewinnung neuer Pflegefach- und -hilfskräfte beitragen.

- |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Quellen</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Braeseke G, Hahnel E, Neuwirth J, Engelmann F &amp; Lingott N (2020): Potentiale sozialer Innovationen in der ambulanten Langzeitpflege. Dezember 2020</li> <li>◆ Webseite der VIER-bei-mir Kiezpflege GmbH: <a href="https://www.vierbeimir-kiezpflege.berlin/">https://www.vierbeimir-kiezpflege.berlin/</a> [Abruf am: 18.03.2121]</li> </ul> |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Quelle: IGES



Tabelle 38: Steckbrief Praxisbeispiel zum Konzept Buurtzorg: Born Gesundheitsnetzwerk

Praxisbeispiel zum Konzept Buurtzorg: Born Gesundheitsnetzwerk	
<b>Land (Gesundheitssystem)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Deutschland (beitragsfinanzierte Sozialversicherung, ca. 90% der Versicherten in der gesetzlich Kranken- und Pflegeversicherung, kleinerer Anteil Privatversicherte, private Zusatzversicherungen für Pflege und medizinische Leistungen möglich)</li> </ul>
<b>Datengrundlage des Steckbriefes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Studienbericht, Webseite</li> </ul>
<b>Praxisbeispiel/Konzept/Ansatz zur verbesserten Koordination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <u>Konzept</u>: Veränderung der Arbeitsorganisation in der ambulanten Intensiv- und Palliativpflege, angelehnt an das Konzept Buurtzorg <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ selbstorganisierte Pflegeteams</li> <li>▪ non-hierarchische Struktur mit gemeinsamer Entscheidungsfindung (z. B. Neueinstellungen, Urlaubsplanungen)</li> <li>▪ internes Coaching und regelmäßige Workshops zur Steigerung von Selbstmanagementfähigkeiten</li> </ul> </li> <li>◆ <u>Ziele</u>: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Steigerung der Zufriedenheit von Klientinnen/Klienten</li> <li>▪ Reduzierung krankheitsbedingter Fehlzeiten des Personals</li> <li>▪ längerer Verbleib der Pflegekräfte (Qualifikation nicht näher beschrieben) im Netzwerk, Minderung der Mitarbeiterfluktuation</li> <li>▪ Steigerung der Versorgungsqualität</li> </ul> </li> </ul>
<b>Beteiligte Leistungserbringer/Akteure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Pflegedienste und Wohngruppen für Menschen mit intensivpflegerischen Bedarfen, Ambulante Intensiv- und Palliativpflegedienste, Wohngruppen, Tagespflegeeinrichtung, Hauswirtschafts- und Betreuungsdienst</li> <li>◆ <u>Zielgruppe</u>: intensivpflegebedürftige Kinder und Erwachsene in der eigenen Häuslichkeit</li> </ul>
<b>Ergebnisse des Praxisbeispiels/Konzeptes/Ansatzes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ seit 2004 stetiger Aufbau und Weiterentwicklung des Netzwerkes</li> <li>◆ Zusammenschluss des Netzwerkes über eine gemeinsame Zentrale bündelt Kompetenzen der einzelnen Pflegeunternehmen</li> <li>◆ Aufbau weiterer Standorte</li> </ul>
<b>Umsetzbarkeit und Wirtschaftlichkeit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ das Konzept wird innerhalb des Netzwerkes seit sechs Jahren umgesetzt</li> <li>◆ es liegen keine Daten zur Wirtschaftlichkeit vor</li> </ul>
Bewertung der Übertragbarkeit und des Effizienzpotentials	
<p>Im Born Gesundheitsnetzwerk in Nordrhein-Westfalen arbeiten seit etwa 6 Jahren in Pflegeteams selbstorganisiert in der ambulanten Intensivpflege. Das Netzwerk betreibt Pflegedienste, Wohngruppen für Intensivpflege und Tageseinrichtungen.</p> <p><u>Übertragbarkeit</u>: Eine an Buurtzorg angelehnte Arbeitsorganisation in einem Netzwerk in der ambulanten (Intensiv-)Pflege ist möglich und potentiell auch auf andere Regionen übertragbar. Zur vollständigen Übertragung müsste auch in Deutschland eine stundenweise Abrechnung regelhaft ermöglicht werden. Vertreterinnen/Vertreter mehrerer Pflegedienste wiesen darauf hin, dass zur flächendeckenden Übertragbarkeit des Buurtzorg-Konzeptes die Zusammenlegung von SGB V und SGB XI-Leistungen und eine damit verbundene vereinfachte Abrechnungssystematik in den derzeitigen Rahmenbedingungen wünschenswert wäre.</p> <p><u>Effizienzpotential aus Sicht des Versorgungssystems</u>: Die Vernetzung der Pflegedienste bzw. Unternehmen birgt das Potential, diese wirtschaftlich zu stärken und infolgedessen ein stabiles und umfassendes</p>	

**Praxisbeispiel zum Konzept Buurtzorg: Born Gesundheitsnetzwerk**

ambulantes Leistungsangebot für Menschen mit Intensivpflegebedarf sicherzustellen. Angebote im Netzwerk können aufeinander abgestimmt werden, was bspw. bei längerfristigen Planungsperspektiven regionale Angebotslücken schließen und Angebote (auch für spezielle Zielgruppen) erweitern könnte.

Effizienzpotential aus Sicht der betrieblichen (und dienstübergreifenden) Arbeitsorganisation:

Eine durch die Pflegefach- und hilfskräfte selbstverantwortete Arbeitsorganisation könnte zu einer Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufes sowie zur Steigerung der Arbeitszufriedenheit und zur Gewinnung neuer Fachkräfte bzw. einem längeren Verbleib im Pflegedienst beitragen. Zudem ist eine Steigerung der Versorgungsqualität und eine Optimierung des Gesundheitszustandes der pflegebedürftigen Person denkbar. Dem Netzwerk angehörende Pflegedienste bzw. Unternehmen können in einen unbürokratischen und direkten kommunikativen Austausch mit anderen Netzwerkpartnern gehen und so optimierte Lösungen für bspw. Problemlagen finden.

- |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Quellen</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>◆ Braeseke G, Hahnel E, Neuwirth J, Engelmann F &amp; Lingott N (2020): Potentiale sozialer Innovationen in der ambulanten Langzeitpflege. Dezember 2020</li><li>◆ Webseite des Born Gesundheitsnetzwerkes: <a href="https://www.born-pflege.de/">https://www.born-pflege.de/</a> [Abruf am: 22.03.2021]</li></ul> |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Quelle: IGES

Tabelle 39: Steckbrief Konzept CAPABLE – „Community Aging in Place: Advancing Better Living for Elders“

Konzept CAPABLE – „Community Aging in Place: Advancing Better Living for Elders“	
<b>Land (Gesundheitssystem)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ USA (Krankenversicherung größtenteils privatwirtschaftlich, Sozialversicherung nur für über 65-Jährige und Menschen mit Behinderung (Medicare) und im Rahmen der Wohlfahrt (Medicaid))</li> </ul>
<b>Datengrundlage des Steckbriefes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Sekundärdatenanalyse, klinische Vergleichsstudie, RCT, Evaluationsstudien, Webseite</li> </ul>
<b>Praxisbeispiel/Konzept/Ansatz zur verbesserten Koordination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <u>Konzept:</u> CAPABLE Programm – präventiver, bedürfnisgerechter Versorgungsansatz mit einem multiprofessionellen Team (Ergotherapeutinnen/-therapeuten, Pflegefachkräfte, Handwerkerinnen/Handwerker)</li> <li>◆ Kern des fünfmonatigen Programms sind bis zu zehn Hausbesuche à 60 bis 90 Minuten in festgelegter Reihenfolge: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erstbesuch durch Ergotherapeutin/-therapeut: Durchführung eines Assessments (halbstrukturierte klinische Interviews), Evaluierung des Wohnraums (u. a. im Hinblick auf Sicherheit, vorhandene räumliche Barrieren oder Förderfaktoren, mögliche Hilfsmittel und Umbaumaßnahmen)</li> <li>▪ Pflegefachkraft identifiziert prioritäre, personenzentrierte Unterstützungsbedarfe</li> <li>▪ nachfolgende vier Wochen: Organisation von Hilfsmitteln und Wohnraumanpassung durch Handwerkerinnen/Handwerker (max. 1.300 \$ pro Haushalt)</li> <li>▪ anschließend acht Hausbesuche durch Ergotherapeutinnen/-therapeuten und Pflegefachkräfte: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Training der richtigen Nutzung der Einbauten und Hilfsmittel</li> <li>▪ gezielte Förderung funktionaler Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person (u. a. Anleitung zur Bewegung mittels des OTAGO-Programms<sup>45</sup>, Kraft, Balance), Medikamentenmanagement, psychische Problemlagen, Förderung der Kommunikation mit Hausärztin/-arzt</li> </ul> </li> <li>▪ letzter Hausbesuch: Evaluation und Verstetigung der Maßnahmen, Anwendung der Hilfsmittel, Förderung der nachhaltigen Umsetzung im Alltag</li> </ul> </li> <li>◆ individuelle Defizite der Programmteilnehmenden werden identifiziert</li> <li>◆ Aufdecken von Handlungsbedarfen, welche durch die ambulanten Pflegedienste unentdeckt blieben → Ermöglichung rechtzeitiger Intervention und präventiver Ausrichtung bis hin zur Verzögerung steigender Pflegebedarfe</li> <li>◆ <u>Ziele:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität der Programmteilnehmenden</li> <li>▪ Verringerung der Versorgungskosten (weniger Krankenhausaufenthalte, verzögerter Heimeintritt)</li> <li>▪ gezielte Koordinierung von Leistungen</li> </ul> </li> </ul>

<sup>45</sup> Das OTAGO Exercise Program 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.

### Konzept CAPABLE – „Community Aging in Place: Advancing Better Living for Elders“

<b>Beteiligte Leistungserbringer/Akteure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Pflegefachkräfte, Ergotherapeutinnen/-therapeuten, Handwerkerinnen/Handwerker</li> <li>◆ Vernetzung zu ambulanten Diensten, Haus- und Fachärztinnen/-ärzten und kommunalen Unterstützungs- und Betreuungsangeboten</li> <li>◆ <u>Zielgruppe</u>: Personen ab 65 Jahren, mit mindestens einer Einschränkung in den ADL<sup>46</sup> in der eigenen Häuslichkeit; in der Regel legen die Organisationen, welche CAPABLE anbieten, zusätzliche standortspezifische Kriterien für die Teilnahmeberechtigung fest</li> </ul>
<b>Ergebnisse des Praxisbeispiels/Konzeptes/Ansatzes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ durchschnittliche Interventionskosten pro Teilnehmenden lagen zwischen 3.300 \$ - 2.825 \$</li> <li>◆ Kostenvorteil des CAPABLE-Programms durch signifikant geringere Inanspruchnahme von stationären (Krankenhaus und Pflegeeinrichtung), ärztlich ambulanten (z. B. MVZ, Praxen) und fachärztlichen Leistungen</li> <li>◆ Inanspruchnahme der ambulanten Pflege war im Vergleich in der CAPABLE-Gruppe um 9 % höher und hinsichtlich Pharmazeutika um 12 % geringer</li> <li>◆ Teilnahme am CAPABLE-Programm reduzierte die Einschränkungen der ADL signifikant um 30 %, der IADL<sup>47</sup>-Wert verbesserte sich um 17 %</li> <li>◆ signifikante Verbesserung folgender Outcomes: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Selbstversorgung</li> <li>▪ Selbstvertrauen im Umgang mit täglichen Herausforderungen</li> <li>▪ Verringerung von Depressionssymptomen</li> </ul> </li> <li>◆ Kommunikation mit anderen Akteuren deckte folgende fünf Anliegen bzw. Versorgungsdefizite am häufigsten durch die Pflegefachkräfte des CAPABLE-Programms auf: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unfähigkeit, das Medikamentenschema einzuhalten oder Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten, Schmerzen, Verschlechterung der Selbstständigkeit, erhöhtes Sturzrisiko und kognitive Gesundheitsbeschwerden wie Depression</li> <li>▪ Defizite wurden hauptsächlich (86 %) telefonisch mitgeteilt</li> </ul> </li> <li>◆ Empfehlungen der Pflegefachkräfte des CAPABLE-Programms: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Änderung der Medikation, Überweisung zu anderen Akteuren, Education der Betroffenen, Evaluation der Defizite</li> </ul> </li> <li>◆ effektive Kommunikation unter den Akteurinnen/Akteuren verbesserte die Koordinierung der Leistungen</li> </ul>
<b>Umsetzbarkeit und Wirtschaftlichkeit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Programm wird in über 25 Standorten in den USA eingesetzt</li> <li>◆ für den Programmerfolg ist eine zeitnahe, effektive und strukturierte Kommunikation zwischen den Akteuren von Relevanz, um die Wirksamkeit für die Programmteilnehmenden zu erhöhen</li> <li>◆ die Effizienz des CAPABLE-Programms wurde in verschiedenen Studien nachgewiesen</li> <li>◆ durchschnittliche monatliche Interventionskosten pro Person waren in der CAPABLE-Gruppe, verglichen mit der Kontrollgruppe, um 867 \$ geringer</li> <li>◆ CAPABLE reduzierte die Gesamtkosten signifikant um 11 %</li> <li>◆ eine weitere ökonomische Analyse des Programms ist geplant</li> </ul>

<sup>46</sup> ADL: Aktivitäten des täglichen Lebens (u. a. sich waschen und kleiden, Essen und Trinken, sich bewegen)

<sup>47</sup> IADL: Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (u. a. Einkaufen, Kochen, Haushaltsführung)

## Konzept CAPABLE – „Community Aging in Place: Advancing Better Living for Elders“

### Bewertung der Übertragbarkeit und des Effizienzpotentials

Die Ergebnisse der Studien kommen zu einer ähnlichen Bewertung und belegen, dass der präventive Versorgungsansatz CAPABLE einen Kostenvorteil bietet. Es konnte zudem nachgewiesen werden, dass sich das Programm positiv auf die Gesundheit von funktional eingeschränkten älteren Menschen sowie deren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auswirken kann. Des Weiteren besteht das Potential die Selbstversorgung der Pflegebedürftigen in der Häuslichkeit zu erhöhen und damit den Heimübergang zu verzögern bzw. zu vermeiden. Durch die enge Betreuung des multiprofessionellen Teams können unerwünschte Ereignissen rechtzeitig vorgebeugt und umgehend Maßnahmen ergriffen werden.

Übertragbarkeit: Die Implementierung eines solchen multiprofessionellen Teams kann als übertragbar bewertet werden. Unter den derzeitigen Rahmenbedingungen ist die Trennung von SGB V- und XI-Leistungen und damit wahrscheinlich Unklarheit über Finanzierungsverantwortungen als limitierend zu bewerten. In Deutschland gibt es schon ähnliche, aber nicht fest verankerter Partnerschaften mit Handwerkerinnen/Handwerkern im Rahmen der Wohnraumberatung und -gestaltung in den Strukturen der Pflegestützpunkte. Denkbar wäre die Ansiedlung solcher Teams in den Pflegestützpunkten, bzw. der Ausbau der Pflegestützpunkte für diese Aufgaben. Damit könnte man vorhandene Strukturen nutzen und ausbauen.

Effizienzpotential aus Sicht des Versorgungssystems: Durch das Programm wird die Inanspruchnahme von stationären und ambulanten Gesundheitsleistungen reduziert und damit Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen generiert. Durch die enge Zusammenarbeit innerhalb des interdisziplinären Teams (Ergotherapeutinnen/-therapeuten und Pflegefachkräfte sind unter einem Dach angesiedelt) und mit den Akteuren der Primärversorgung ist denkbar die Versorgungsqualität und Koordinierung der Versorgung zu verbessern sowie Über-, Fehl- oder Unterversorgung zu verringern bzw. zu vermeiden. Ein Effizienzpotential birgt zudem die Verbesserung des Gesundheitszustandes auf Ebene der pflegebedürftigen Person. Denkbar ist auch, dass durch die Anwendung präventiver Maßnahmen und die Förderung des Selbstmanagements von Pflegebedürftigen der Pflegebedarf minimiert werden kann, was zu zusätzlichen Einsparungen und Entlastung des Pflegesystems führen könnte.

Effizienzpotential aus Sicht der betrieblichen (und dienstübergreifenden) Arbeitsorganisation: Durch die enge Betreuung kann eine bedürfnisgerechte Versorgung unterstützt sowie vermeidbare pflegerische Interventionen und damit eine Überversorgung verringert werden. Die Vermittlung von Selbstpflegefähigkeiten und Selbstmanagement im Umgang mit der Erkrankung könnte Akutsituationen in der Häuslichkeit zusätzlich minimieren und höheren Pflegebedarfen vorbeugen. Dies entlastet wiederum die Pflegefachkräfte und den ambulanten Sektor. Des Weiteren würde die Koordinierung der Versorgung sowie die enge Kommunikation hinsichtlich der identifizierten Defizite über das „CAPABLE-Team“ zu einer Entlastung auf Seiten des ambulanten Dienstes führen. Ebenfalls würde die Wohnraumberatung und Koordinierung der Beschaffung von Hilfsmitteln bei Eintritt in die Pflegebedürftigkeit nicht mehr zu Lasten des ambulanten Dienstes fallen und so Ressourcen für die Versorgung eröffnen.

- Quellen**
- ◆ Smith PD, Boyd C, Bellantoni J, Roth J, Becker KL, Savage J, Nkimbeng M & Szanton SL (2016): Communication between office-based primary care providers and nurses working within patients' homes: An analysis of process data from CAPABLE. *Journal of Clinical Nursing* 25(3-4), 454-462. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13073>. <http://www.blackwellpublishing.com/journal.asp?ref=0962-1067>
  - ◆ Szanton SL, Xue QL, Leff B, Guralnik J, Wolff JL, Tanner EK, Boyd C, Thorpe RJ, Jr., Bishai D & Gitlin LN (2019): Effect of a Biobehavioral Environmental Approach on Disability Among Low-Income Older Adults: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med* 179(2), 204-211. DOI: 10.1001/jamainternmed.2018.6026.
  - ◆ Ruiz S, Snyder LP, Rotondo C, Cross-Barnet C, Colligan EM & Giuriceo K (2017): Innovative Home Visit Models Associated With Reductions In Costs, Hospitalizations, And Emergency Department Use. *Health Aff (Millwood)* 36(3), 425-432. DOI: 10.1377/hlthaff.2016.1305.
  - ◆ Szanton SL, Alfonso YN, Leff B, Guralnik J, Wolff JL, Stockwell I, Gitlin LN & Bishai D (2018): Medicaid Cost Savings of a Preventive Home Visit Program for Disabled Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 66(3), 614-620. DOI: 10.1111/jgs.15143.

**Konzept CAPABLE – „Community Aging in Place: Advancing Better Living for Elders“**

- ◆ Szanton SL, Wolff JL, Leff B, Roberts L, Thorpe RJ, Tanner EK, Boyd CM, Xue QL, Guralnik J, Bishai D & Gitlin LN (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 centers for medicare and medicaid services innovation project. *J Am Geriatr Soc* 63(2), 371-374. DOI: 10.1111/jgs.13245.
- ◆ Website des CAPABLE-Konzept: [https://nursing.jhu.edu/faculty\\_research/research/projects/capable/index.html](https://nursing.jhu.edu/faculty_research/research/projects/capable/index.html) [Abruf am: 08.03.2021]
- ◆ Weiterführende Literatur zu dem OTAGO Exercise Program: <https://www.livestronger.org.nz/assets/Uploads/acc1162-otago-exercise-manual.pdf> [Abruf am: 08.03.2021]

---

Quelle: IGES

---

Tabelle 40: Steckbrief AIP – „Aging in Place“

AIP – „Aging in Place“	
<b>Land (Gesundheitssystem)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ USA (Krankenversicherung größtenteils privatwirtschaftlich, Sozialversicherung nur für über 65-Jährige und Menschen mit Behinderung (Medicare) und im Rahmen der Wohlfahrt (Medicaid))</li> </ul>
<b>Datengrundlage des Steckbriefes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ quasi-experimentelle Längsschnittstudien, ökonomische Evaluationen, Projektwebseite</li> </ul>
<b>Praxisbeispiel/Konzept/Ansatz zur verbesserten Koordination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <u>Konzept</u>: AIP – „Aging in Place“ Programm zur koordinierten ambulanten Versorgung</li> <li>◆ Gründung eines ambulanten Pflegedienstes mit einem multiprofessionellen Team</li> <li>◆ im Gegensatz zu konventionellen ambulanten Leistungserbringern können die AIP-Pflegekoordinatorinnen/-koordinatoren sowohl Medicare als auch Medicaid bezogenen Leistungen koordinieren</li> <li>◆ die Gesundheits- und Sozialleistungen werden vom multiprofessionellen Team ausgeführt</li> <li>◆ teilnehmenden Pflegebedürftigen wird ein/e AIP-Pflegekoordinatorin/-koordinator zugewiesen, die/der für die Koordination der häuslichen Krankenpflege (home health care) und community-based services<sup>48</sup> (HCBS) zuständig ist</li> <li>◆ Interventionen der intensiven Pflegekoordination: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ initiales umfassendes (Risiko-) Assessment</li> <li>▪ Entwicklung eines individuellen, risikoadjustierten Versorgungsplans</li> <li>▪ mind. einmal monatliche Überprüfung des Versorgungsplans durch AIP-Pflegekoordinatorin/-koordinator in der Häuslichkeit</li> </ul> </li> <li>◆ <u>Ziele</u>: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vermeidung von Aufnahmen in stationären Pflegeeinrichtungen</li> <li>▪ längerer Verbleib in der Häuslichkeit</li> <li>▪ Bewertung der Kosten im Vergleich zur konventionellen Versorgung (stationär/HCBS/ambulante Versorgung)</li> </ul> </li> </ul>
<b>Beteiligte Leistungserbringer/Akteure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ ambulanter Pflegedienst mit einem multidisziplinären Team: Leitung durch Pflegefachkraft (advanced practice nurse, APN), AIP-Pflegekoordinatorin/-koordinator (Pflegefachkräfte mit Zusatzqualifikation für die Pflege von älteren Menschen), Hilfskräfte, Sozialarbeiterin/-arbeiter, Ergo- und Physiotherapeutin/-therapeut</li> <li>◆ enge Zusammenarbeit mit lokalen Gesundheitsversorgern (bspw. Krankenhäuser, Ärztinnen/Ärzte)</li> <li>◆ <u>Zielgruppe</u>: ältere pflegebedürftige Personen in der ambulanten Versorgung</li> </ul>
<b>Ergebnisse des Praxisbeispiels/Konzeptes/Ansatzes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Evaluationen des AIP-Pflegekoordinierungsprogramm zeigen positive Effekte auf gesundheits- und kostenbezogene Resultate im Vergleich zu konventionellen Versorgungskonzepten</li> </ul>

<sup>48</sup> HCBS unterstützen Pflegebedürftige mit funktionalen Einschränkungen bei der Versorgung zu Hause. Das Leistungsangebot beinhaltet eine Vielzahl von ambulanten Gesundheits- und Humandienstleistungen. Die Gesundheitsdienste umfassen medizinische Leistungen (z. B. Therapien, Pflege), die Humandienste unterstützen Pflegebedürftige im Alltag (z. B. Transporte).

### AIP – „Aging in Place“

- ◆ AIP vs. stationäre Versorgung:
  - durchschnittliche Gesamtkosten/Monat in der AIP-Gruppe im Vergleich signifikant um 1.784 \$ geringer
  - überwiegende Einsparungen (1.672 \$) bei Medicaid Leistungen
  - signifikante Verbesserungen in der AIP-Gruppe hinsichtlich folgender Outcomes: Kognition, Depression, Inkontinenz und ADL
- ◆ AIP vs. HCBS:
  - durchschnittliche Gesamtkosten/Monat in der AIP-Gruppe im Vergleich um 483 \$ geringer
  - Einsparungen bei Medicaid-Leistungen signifikant (- 686 \$) geringer, bei Medicare signifikant (+ 203 \$) höher
  - Koordinierung der Versorgung beeinflusste folgende klinische Outcomes signifikant: Schmerzen, Dyspnoe (Atemnot) und ADL
- ◆ AIP vs. häusliche Krankenpflege<sup>49</sup>:
  - durchschnittliche Gesamtkosten/Monat in der AIP-Gruppe im Vergleich um 263 \$ geringer
  - signifikante Reduktion der Pflegekosten über zwölf Monate pro Person (- 77 \$ pro Monat)
  - signifikant weniger Rehospitalisierungen und Besuche in der Notaufnahme in AIP-Gruppe
  - weitere Reduzierungen durch das AIP-Programm in: Krankenhausaufenthalten, Akutpflege-Tagen, Tagen in einer Pflegeeinrichtung, Anzahl der Besuche der Primärversorgung, Besuche in einer Facharztpraxis

#### Umsetzbarkeit und Wirtschaftlichkeit

- ◆ Das AIP-Programm wurde 2000 bis 2002 angeboten → aufgrund staatlicher Regelungen bisher keine flächendeckende praktische Umsetzung in den USA
- ◆ koordinierte ambulante Versorgung bietet einen Kostenvorteil zu üblichen Versorgungskonzepten
  - unter Einberechnung von Zusatzkosten durch Arbeitszeit und Fahrtkosten der AIP-Pflegekoordinatorinnen/-koordinatoren (diese Kosten können nicht über Medicare und Medicaid abgerechnet werden) zeigte sich im Vergleich weiterhin ein Kostenvorteil des Programms

#### Bewertung der Übertragbarkeit und des Effizienzpotentials

Die Ergebnisse der Studien belegen, dass eine koordinierte ambulante Versorgung im Vergleich zu konventionellen Versorgungskonzepten einen Kostenvorteil bietet. Zudem konnte nachgewiesen werden, dass die langfristige Koordinierung der Versorgung sich positiv auf die Gesundheit und funktionalen Fähigkeiten von älteren Pflegebedürftigen sowie deren Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen auswirken kann. Des Weiteren besteht das Potential die Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen in der Häuslichkeit zu erhöhen und durch die zusätzliche Betreuung durch Koordinatorinnen/Koordinatoren unerwünschte Ereignissen rechtzeitig vorgebeugt bzw. rechtzeitig adäquate Maßnahmen ergriffen werden können.

Übertragbarkeit: Der Ansatz der koordinierten ambulanten Versorgung durch ein zusätzliches Programm wie AIP ist als übertragbar zu bewerten. Unter den derzeitigen Rahmenbedingungen ist die Trennung von

<sup>49</sup> Die gewöhnliche häusliche Krankenpflege beinhaltet in den USA eine Pflegekoordination, allerdings wird diese im Vergleich zu AIP nicht von einer advanced practice nurse geleitet und nicht langfristig angeboten.



### AIP – „Aging in Place“

SGB V und XI und damit wahrscheinlich die Unklarheit über Finanzierungsverantwortungen als limitierend zu bewerten. Wo und wie dieser Ansatz anzusiedeln sein könnte, müsste gesondert geprüft werden.

Effizienzpotential aus Sicht des Versorgungssystems: Durch das Programm können Krankenhauseinweisungen und Aufenthalte in Notaufnahmen reduziert sowie Heimübergänge verzögert werden. Das Effizienzpotential liegt in der Verbesserung der Gesundheitszustände der pflegebedürftigen Menschen, der Vermeidung von Akutsituationen und Vermeidung bzw. Verzögerung von Heimübergängen und damit verbundenen Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen. Durch die enge Zusammenarbeit mit dem multiprofessionellen Team und den lokalen Gesundheitsversorgern können zudem Schnittstellenproblematiken sowie Über-, Fehl- oder Unterversorgung vermieden und dadurch Einsparungen der Ressourcen ermöglicht werden. Daraus ergibt sich für das Versorgungssystem eine mögliche versorgungsbereichübergreifende Entlastung und durch kontinuierlichen Informationsaustausch auch eine gesteigerte Kontinuität in der Versorgung.

Effizienzpotential aus Sicht der betrieblichen (und diensteübergreifenden) Arbeitsorganisation: Durch den Einsatz von Pflegekoordinatorinnen/-koordinatoren ist die personalaufwendige Koordinierung der Versorgung der Klientinnen/Klienten in einer ambulanten Versorgungssituation reduziert. Der Einsatz des Personals in der direkten Versorgung der Klientinnen/Klienten kann dadurch effizienter und bedarfsgerechter gestaltet werden. Durch die enge Betreuung kann eine bedürfnisgerechte Versorgung sowie eine Einsparung vermeidbarer pflegerischer Interventionen, vermeidbarer Wege- und Fahrtzeiten bei gleichzeitig hoher Versorgungsqualität unterstützt werden.

- Quellen**
- ◆ Marek K D, Stetzer F, Adams S J, Popejoy L & Rantz M (2012): Aging in Place Versus Nursing Home Care: Comparison of Costs to Medicare and Medicaid. *Research in Gerontological Nursing*, 5 (2), 123-129
  - ◆ Popejoy L, Stetzer F, Hicks L, Rantz M J, Galambos C, Popescu M, Khalilia M A & Marek K D (2015): Comparing Aging in Place to Home Health Care: Impact of Nurse Care Coordination On Utilization and Costs. *Nurs Econ.*, 33 (6), 306-313
  - ◆ Marek K D, Adams S J, Stetzer F, Popejoy L & Rantz M (2010): The Relationship of Community-based Nurse Care Coordination to Costs in the Medicare and Medicaid Programs. *Research in Nursing & Health*, 33 (3), 235-242
  - ◆ Marek K D, Popejoy L, Petroski G & Rantz M (2006): Nurse Care Coordination in Community-Based Long-Term Care. *Journal of Nursing Scholarship*, 38 (1), 80-86
  - ◆ Marek K D, Popejoy L, Petroski G, Mehr D, Rantz M & Lin WC (2005): Clinical Outcomes of Aging in Place. *Nursing Research*, 54 (3), 202-211
  - ◆ Webseite des AIP-Programms: <https://agingmo.com/> [Abruf am: 06.04.2021]
  - ◆ Hinweise zu Medicare: <https://www.medicare.gov/> [Abruf am: 06.04.2021]
  - ◆ Hinweise zu Medicaid: <https://www.medicaid.gov/> [Abruf am: 06.04.2021]

Quelle: IGES

Tabelle 41: Steckbrief Praxisbeispiel SIPA – „System of Integrated Care for Older Persons“

Praxisbeispiel SIPA – „System of Integrated Care for Older Persons“	
<b>Land (Gesundheitssystem)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Kanada (öffentlicher Gesundheitsdienst: Medicare, überwiegend steuerfinanziert)</li> </ul>
<b>Datengrundlage des Steckbriefes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Systematic Review, Evaluationsstudie, randomisiert kontrollierte Studie</li> </ul>
<b>Praxisbeispiel/Konzept/Ansatz zur verbesserten Koordination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <u>Konzept</u>: Modell der integrierten Versorgung</li> <li>◆ Modellentwicklung in Zusammenarbeit mit regionalen und lokalen Entscheidungsträgerinnen/-trägern, Klinikerinnen/Klinikern und Wissenschaftlerinnen/Wissenschaftlern</li> <li>◆ koordinierte ambulante Gesundheits- und Sozialdienstleistungen, 24/7-Bereitschaftsdienst und Anwendung von Pflegeprotokollen unter der Verantwortung einer Case Managerin / eines Case Managers und eines multidisziplinären Teams</li> <li>◆ <u>Koordinierung</u>: organisationsübergreifend, Entwicklung regionaler Netzwerke mit u. a. kommunalen Gesundheitszentren, Pflegeheimen, Krankenhäusern</li> <li>◆ <u>Kooperation</u>: Aushandlung spezifischer Vereinbarungen zwischen den Leistungserbringern, um die Art und Weise der Zusammenarbeit mit den lokalen SIPAs festzulegen, Festlegung wie Case Managerinnen/Manager in verschiedenen Phasen der Leistungserbringung für die SIPA-Teilnehmer eingreifen würden</li> <li>◆ <u>Verantwortung</u>: SIPA war verantwortlich für Dienstleistungen, unabhängig vom Ort, an dem sich die Person innerhalb der Zuständigkeit befindet (z. B. zu Hause, in einer Seniorenresidenz, in einem Krankenhaus oder Pflegeheim) und unabhängig davon, ob die Person die Dienste eines Tageszentrums oder einer Tagesklinik in Anspruch nahm</li> <li>◆ Identifikation geeigneter Klientinnen/Klienten über einen Score (SMAF) → Sicherstellung einer komplexen Bedarfslage, welche Koordinierung erfordert (Datengrundlage waren Patientenakten, welche CLSC<sup>50</sup> Versorgung erhielten)</li> <li>◆ <u>Ziel</u>: Vergleich der Nutzung von Gesundheitsleistungen im SIPA Projekt und konventioneller Versorgung (CLSC) unter der Hypothese, dass die Implementierung eines integrierten Dienstleistungsmodells und die erhöhte Verfügbarkeit von Pflege-, Hauswirtschafts-, Rehabilitations- und Sozialarbeitsdiensten die Inanspruchnahme und die Kosten von einrichtungsbasierten Dienstleistungen reduzieren würden</li> </ul>
<b>Beteiligte Leistungserbringer/Akteure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Case Managerinnen/Manager: vorwiegend Pflegefachkräfte, verantwortlich für das klinische und administrative Management mit je 35-45 Fällen</li> <li>◆ Multidisziplinäres Team: regionale/regionaler Koordinatorin/Koordinator bzw. Programmdirektorin/-direktor, Pflegefachkräfte, Sozialarbeiterinnen/-arbeiter, Hauswirtschaftlerinnen/-wirtschaftler, Therapeutinnen/Therapeuten</li> <li>◆ Hausärztinnen/Hausärzte waren im Team, allerdings hatten die meisten Klientinnen/Klienten eigene Hausärztinnen/-ärzte</li> </ul>

<sup>50</sup> CLSC: *centre local de services communautaires*, local community service centre in Quebec, Kanada sind kostenlose Kliniken, die von der Provinzregierung betrieben und unterhalten werden. Sie sind eine Form des kommunalen Gesundheitszentrums und ermöglichen den Bürgerinnen/Bürgern eine Vielzahl an kostenfreien Dienstleistungen.

### Praxisbeispiel SIPA – „System of Integrated Care for Older Persons“

	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Zielgruppe:</b> vulnerable, ältere Menschen (Personen mit einer oder mehreren Einschränkungen in den ADL, Inkontinenz, eingeschränkte körperliche Mobilität sowie eingeschränkte Fähigkeiten zur Kommunikation und geistigen Funktion)</li> </ul>
<b>Ergebnisse des Praxisbeispiels/Konzeptes/Ansatzes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Projekt SIPA wurde im Jahr 2001 wissenschaftlich evaluiert           <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anstieg der Inanspruchnahme und Kosten ambulanter Dienstleistungen (hier: verschreibungspflichtige Medikamente, Arztbesuche, häusliche Pflege, technische Hilfen, Tageskliniken und -zentren)</li> <li>▪ Reduktion der Inanspruchnahme und Kosten stationärer Dienstleistungen (hier: Krankenhausaufenthalte, Notaufnahme, Pflegeheime, stationäre Rehabilitation, Palliativmedizin)</li> <li>▪ insgesamt höhere Kosten unter SIPA im Vergleich zu konventionellen Versorgung, allerdings war insgesamt die Inanspruchnahme von Dienstleistungen auch höher</li> </ul> </li> </ul>
<b>Umsetzbarkeit und Wirtschaftlichkeit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ integrierte Versorgungsansätze für Pflegebedürftige mit komplexen Bedarfen reduzieren die Inanspruchnahme und die Kosten von Krankenhausleistungen und Pflegeheimen, die Qualität der Versorgung zu verringern oder die Belastung für ältere Menschen und ihre Angehörigen zu erhöhen</li> <li>◆ <b>Finanzierung:</b> eigenes Budget (im Modellvorhaben im Vergleich 1,5-mal höher als in der konventionellen Versorgung zur Verfügung steht), anschließend über Kopfpauschalen</li> <li>◆ Einsatz einer/eines Case Managerin/-Managers zur Koordinierung der Leistungen ist dabei zentral</li> </ul>

### Bewertung der Übertragbarkeit und des Effizienzpotentials

Trotz einiger Einschränkungen weisen die Studien zum Projekt SIPA auf das Potential integrierter Systeme für Pflegebedürftige mit komplexen Bedarfen in der Gemeinde hin, die Inanspruchnahme von Akutkrankenhäusern und Pflegeheimen zu reduzieren, ohne die Kosten oder die Belastung des Pflegepersonals zu erhöhen, und gleichzeitig die Zufriedenheit des Pflegepersonals zu steigern.

**Übertragbarkeit:** Das Modellprojekt hatte ein unabhängiges Budget, welches im Vergleich höher war als das der „Regelversorgung“. Aufgrund des steuerfinanzierten Systems ist die Übertragbarkeit eingeschränkt. Die strukturellen Begebenheiten werden als übertragbar bewertet.

**Effizienzpotential aus Sicht des Versorgungssystems:** Der Einsatz von Case Managerinnen/Managern führt zur Minimierung von Schnittstellenproblematiken durch Vernetzung und Kooperation.

**Effizienzpotential aus Sicht der betrieblichen (und dienstübergreifenden) Arbeitsorganisation:** Durch den Einsatz von Case Managerinnen/Managern bei Pflegebedürftigen mit komplexen Bedarfen wird die Leistungserbringung besser koordiniert. Da diese Klientinnen/Klienten den höchsten Pflegeaufwand vorweisen, findet eine Verteilung auf viele zuständige Leistungserbringer statt, was die ambulanten Dienste entlastet und Überforderung in der Versorgung bzw. Unterversorgung dieser Klienten vermeidet. Durch die Case Managerinnen/Manager findet die personalaufwendige Koordinierung der Versorgung nicht im vollen Umfang durch den ambulanten Dienst statt, sodass das Personal effizienter eingesetzt werden kann.

<b>Quellen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Béland F &amp; Hollander MJ (2011): Integrated models of care delivery for the frail elderly: International perspectives. <i>Gaceta Sanitaria</i> 25 (SUPPL. 2), 138-146</li> <li>◆ Béland F, Bergman H, Lebel P, et al. Integrated services for frail elders (SIPA): a trial of a model for Canada. <i>Can J Aging</i>. 2006;25:5–42.</li> <li>◆ Béland F, Bergman H, Lebel P, Clarfield AM, Tousignant P, Contandriopoulos AP, et al. A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: results from a randomized controlled trial, <i>Journal of Gerontology: Medical Sciences</i></li> </ul>
----------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

---

**Praxisbeispiel SIPA – „System of Integrated Care for Older Persons“**

- ◆ Projektpräsentation: <https://www.ryerson.ca/content/dam/crncc/knowledge/eventsandpresentations/integratedcare/ideastoaction/SIPA.pdf> [Abruf am 16.03.2021]

---

Quelle: IGES

---

Tabelle 42: Steckbrief British Columbia Model

British Columbia Model	
<b>Land (Gesundheits-system)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Kanada (öffentlicher Gesundheitsdienst: Medicare, überwiegend steuerfinanziert)</li> </ul>
<b>Datengrundlage des Steckbriefes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Systematic Review, ökonomische Analysen, Diskussionspapier</li> </ul>
<b>Praxisbeispiel/Konzept/Ansatz zur verbesserten Koordination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <u>Konzept</u>: Modell der integrierten Versorgung</li> <li>◆ kontinuierliches Fallmanagement auf Systemebene durch Mitarbeitende der Provinz oder Kommune, die unabhängig von den Organisationen der Pflegeanbieter arbeiten</li> <li>◆ <u>Leistungen</u>: Gesundheits- und Sozialdienste wie häusliche Krankenpflege, kommunale Rehabilitation, häusliche Unterstützungsdienste, Tagespflege für Erwachsene sowie Langzeitpflegeeinrichtungen und krankenhausbasierte geriatrische Assessment- und Behandlungszentren</li> <li>◆ Beurteilung, Einstufung und Koordinierung der Pflege durch Case Managerinnen/Managern auf Provinz- oder Gemeindeebene</li> <li>◆ Koordinierung erfolgte versorgungsbereichübergreifend und überregional</li> </ul>
<b>Beteiligte Leistungserbringer/Akteure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Case Managerinnen/Manager (Mitarbeitende der Kommune)</li> <li>◆ Informell Pflegende</li> <li>◆ z. T. Hausärztinnen/-ärzte der jeweiligen Pflegebedürftigen, aber nicht fest im Team</li> <li>◆ <u>Zielgruppe</u>: Klientinnen/Klienten über 65 Jahre mit unterschiedlichen Versorgungsbedarfen aller Pflegegrade in der Gemeinde (keine chronisch erkrankten Personen oder Personen mit sehr komplexen Pflegebedarfen)</li> </ul>
<b>Ergebnisse des Praxisbeispiels/Konzeptes/Ansatzes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Modell wurde in zwei Regionen implementiert, teilnehmende Klientinnen/Klienten mussten mindestens sechs Monate von einem Leistungserbringer versorgt sein</li> <li>◆ keine Unterschiede hinsichtlich Lebensqualität bei den Pflegebedürftigen im Vergleich zur konventionellen Versorgung</li> <li>◆ Kosten der ambulanten Versorgung fielen geringer aus (unabhängig vom Pflegebedarf) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kosten bezogen sich dabei in der Analyse auf staatliche Ausgaben sowie die Ausgaben und die Zeit, die durch informelle Pflege aufgewendet wurden (es ist nicht eindeutig, ob diese Daten aufgrund der Modelleinführung erhoben und analysiert wurden und damit in Zusammenhang stehen)</li> </ul> </li> <li>◆ frühe Bereitstellung von Unterstützungsleistungen für Klientinnen/Klienten mit geringerem Pflegebedarf besonders effektiv, da Krankenhauseinweisungsraten und Aufnahmen in die stat. Langzeitpflege reduziert wurden (es ist nicht eindeutig, ob diese Daten aufgrund der Modelleinführung erhoben und analysiert wurden und damit in Zusammenhang stehen)</li> </ul>
<b>Umsetzbarkeit und Wirtschaftlichkeit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Angebot fast aller pflegerischen Dienstleistungen unter einem administrativen Dach und aus einer einzigen Finanzierung und Verwaltungsstruktur → ermöglichte Entscheidungen zum Programm auf einer systemweiten Basis und eine einfache Mittelverteilung, Mittel leicht zwischen den Komponenten des Versorgungssystems zu übertragbar (wegen der Organisation aus einer Hand)</li> <li>◆ Einsatz einer/eines Case Managerin/Managers zur Koordinierung der Leistungen ist zentral in der Umsetzung des Konzepts</li> <li>◆ Aussagen zur Wirtschaftlichkeit sind aus den Studien nicht ableitbar</li> </ul>

### British Columbia Model

#### Bewertung der Übertragbarkeit und des Effizienzpotentials

Die Aussagen in den unterschiedlichen Quellen sind zum Teil widersprüchlich. So wurde in den Quellen von Chappell et al. 2004 und Hollander et al. 2007 untersucht, ob die ambulante oder stationäre Langzeitversorgung grundlegend unterschiedlich hinsichtlich der Kosteneffektivität ist. Dies steht nicht im Zusammenhang mit der Einführung des oben genannten Modells, sondern war eine Untersuchung des vorherigen Status quo. In der Quelle Béland & Hollander 2011, werden diese Daten allerdings im Zusammenhang mit dem Modell berichtet.

Übertragbarkeit: Aufgrund der nicht eindeutigen Evidenz kann die Übertragbarkeit nur eingeschränkt bewertet werden. Grundsätzlich wäre es möglich eine/einen von der Kommune angestellte/angestellten Case Managerin/Manager für die Koordinierung zu etablieren.

Effizienzpotential aus Sicht des Versorgungssystems: Ein Effizienzpotential ist aus den Daten nicht eindeutig ableitbar, da nicht deutlich wird, ob durch das Modell eine verbesserte Koordinierung erreicht wurde. Vermuten lässt sich, dass es durch den Ansatz der integrierten Versorgung möglich ist, Leistungen besser zu koordinieren, da dies aus einer Hand organisiert wurde. Denkbar wäre dadurch eine Vermeidung von Über-, Fehl- oder Unterversorgung.

Effizienzpotential aus Sicht der betrieblichen (und diensteübergreifenden) Arbeitsorganisation: Ein Effizienzpotential ist aus den Daten nicht eindeutig ableitbar. Allerdings ist es wie bei ähnlichen Ansätzen denkbar, dass durch den Einsatz des Case Managements die personalaufwendige Versorgungskoordination der Klientinnen/Klienten im ambulanten Pflegedienst reduziert wird und somit das Personal effizienter eingesetzt werden könnte.

- |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Quellen | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Béland F &amp; Hollander MJ (2011): Integrated models of care delivery for the frail elderly: International perspectives. <i>Gaceta Sanitaria</i> 25 (SUPPL. 2), 138-146</li> <li>◆ Hollander MJ, Chappell NL, Prince MJ &amp; Shapiro E (2007): Providing care and support for an aging population: briefing notes on key policy issues. <i>Healthc Q</i> 10(3), 34-45, 32.</li> <li>◆ Hollander MJ, Chappell NL (2007): A comparative analysis of costs to government for home care and long-term residential care services, standardized for client care needs. <i>Can J Aging</i>. 26 Suppl 1:149-61. doi: 10.3138/cja.26.suppl_1.149. PMID: 18089532</li> <li>◆ Chappell NL, Havens B, Hollander MJ, et al (2004): Comparative costs of home care and residential care. <i>Gerontologist</i>. 44:389–400.</li> </ul> |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Quelle: IGES

Tabelle 43: Steckbrief Bewertung von Case Management und integrierte Versorgung

Bewertung von Case Management und integrierte Versorgung	
<b>Land<sup>51</sup> (Gesundheitssystem)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Kanada (öffentlicher Gesundheitsdienst: Medicare, überwiegend steuerfinanziert)</li> <li>◆ USA (Krankenversicherung größtenteils privatwirtschaftlich, Sozialversicherung nur für über 65-Jährige und Menschen mit Behinderung (Medicare) und im Rahmen der Wohlfahrt (Medicaid))</li> <li>◆ Finnland (kommunaler, öffentlicher Gesundheitsdienst für alle Einwohner, obligatorische, beitragsfinanzierte nationale Krankenversicherung, in geringerem Umfang sowie private Zuzahlungen)</li> <li>◆ Spanien/Italien (öffentlicher, regionaler Gesundheitsdienst, steuerfinanziert und teilweise über die Sozialversicherung)</li> <li>◆ Großbritannien (nationaler Gesundheitsdienst (National Health Service, NHS), steuerfinanziert, zu einem kleinen Anteil auch aus der Sozialversicherung)</li> </ul>
<b>Datengrundlage des Steckbriefes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Systematic Review</li> </ul>
<b>Praxisbeispiel/Konzept/Ansatz zur verbesserten Koordination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <u>Ansatz</u>: Bewertung von unterschiedlichen Modellen ambulanter und gemeindebasierter Pflegedienste</li> <li>◆ <u>Case Management (CM)</u>: Modellbewertung anhand acht randomisiert kontrollierter Studien, zwei nicht-randomisierten Studien, vier Beobachtungsstudien <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ unterschiedliche Formen von CM: telefonbasiert, IT-gestützt, in Kombination mit Kostenzuschüssen</li> </ul> </li> <li>◆ <u>Integrierte Versorgung<sup>52</sup></u>: Modellbewertung anhand zwei randomisiert kontrollierter Studien, zwei nicht-randomisierten Studien, sieben Beobachtungsstudien (sechs davon evaluierten PACE – all inclusive care for the elderly)</li> </ul>
<b>Beteiligte Leistungserbringer/Akteure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ ambulante Pflegedienste, Case Managerinnen/Manager (vorrangig Pflegefachkräfte)</li> <li>◆ <u>Zielgruppe</u>: ältere Menschen, ältere Menschen mit Demenz über 65 Jahre in der ambulanten Versorgung</li> </ul>
<b>Ergebnisse des Praxisbeispiels/Konzeptes/Ansatzes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <u>Case Management (CM)</u>: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ stärkste Effekte hinsichtlich: der Verbesserung der physischen Funktion, Kognition bei Pflegebedürftigen und Zufriedenheit der Pflegefachkräfte; Erhöhung der Nutzung von Gemeinschaftsdiensten; Reduktion des Risikos von Aufnahmen in ein Pflegeheim, Krankenhauseinweisungen, Verweildauern im Krankenhaus bei Einweisung, Depression/psychische Gesundheit und Mortalität</li> <li>▪ mittlere Effekte: beim Medikamentenmanagement und Lebensqualität; Reduktion des Risikos von Besuchen in der Notaufnahme</li> </ul> </li> <li>◆ <u>Integrierte Versorgung</u>: keine Optimierung der gesundheitsbezogenen Outcomes in den untersuchten Studien</li> </ul>

<sup>51</sup> Hier die Länder der untersuchten CM-Programme

<sup>52</sup> Im Rahmen der Bewertung wurden arztzentrierte Ansätze untersucht, daher wird diese Bewertung hier nicht weiter in die Studie einbezogen.

### Bewertung von Case Management und integrierte Versorgung

**Umsetzbarkeit und Wirtschaftlichkeit** ♦ CM erzielt Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen im Vergleich zur Versorgung ohne CM (Verbesserung gesundheitsbezogener Outcomes)

### Bewertung der Übertragbarkeit und des Effizienzpotentials

Die bewerteten Studien zu Case Management Ansätzen zeigen das Potential durch Case Management gesundheitsbezogene Outcomes (z. B. physische Funktion, depressive Symptomatik) zu verbessern.

Übertragbarkeit: Aufgrund der unterschiedlichen Gesundheitswesen der untersuchten Studien ist die Übertragbarkeit limitiert. Übergeordnet ist Case Management allerdings als übertragbar zu bewerten und wird derzeit bereits SGB V- und XI-übergreifend umgesetzt.

Effizienzpotential aus Sicht des Versorgungssystems: Die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Outcomes auf Systemebene und auf Ebene der Pflegebedürftigen führt zu einer effizienteren Versorgung: der stationäre Bereich wird entlastet, der Gesundheitszustand und der Pflegebedarf der Betroffenen verbessert, die Leistungen werden koordiniert erbracht. Durch die Koordinierung der Leistungen ist denkbar Über-, Fehl- oder Unterversorgung zu verringern bzw. zu vermeiden. Im Resultat kann dies zu Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen führen - trotz der Investition in die Implementierung der Case Management-Strukturen. Für eine detaillierte Bewertung bedarf es einer separaten Untersuchung der Effektivität und Effizienz von Case Management. Des Weiteren führt der Einsatz von Case Managerinnen/Managern zur Minimierung von Schnittstellenproblematiken durch Vernetzung und Kooperation.

Effizienzpotential aus Sicht der betrieblichen (und dienstübergreifenden) Arbeitsorganisation: Durch den Einsatz von Case Managerinnen/Managern bei Pflegebedürftigen mit komplexen Bedarfen wird die Leistungserbringung besser koordiniert, da diese Klientinnen/Klienten den höchsten Pflegeaufwand vorweisen. Zudem findet eine Verteilung auf mehrere zuständige Leistungserbringer statt, was die ambulanten Dienste entlastet und Überforderung in der Versorgung oder Unterversorgung dieser Klientinnen/Klienten vermeidet. Durch den Einsatz von Case Managerinnen/Managern könnte die personalaufwendige Koordinierung der Einsätze bei den Klientinnen/Klienten im ambulanten Pflegedienst reduziert werden und somit das Potential aufzeigen, das Personal effizienter einzusetzen.

**Quelle** ♦ Low LF, Yap M & Brodaty H (2011): A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Services Research* 11, 93. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-93>.

Quelle: IGES



Tabelle 44: Steckbrief Maximizing Independence at Home (MIND at Home™) und Maximizing Independence at Home-Streamlined (MIND-S)

Maximizing Independence at Home (MIND at Home™) und Maximizing Independence at Home-Streamlined (MIND-S)	
<b>Land (Gesundheitssystem)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ USA (Krankenversicherung größtenteils privatwirtschaftlich, Sozialversicherung nur für über 65-Jährige und Menschen mit Behinderung (Medicare) und im Rahmen der Wohlfahrt (Medicaid))</li> </ul>
<b>Datengrundlage des Steckbriefes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ RCT, Studienprotokoll (MIND-S), ökonomische Analyse (prospektiv), Webseite</li> </ul>
<b>Praxisbeispiel/Konzept/Ansatz zur verbesserten Koordination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <u>Ansatz:</u> Koordinierung der Pflege in der Gemeinde</li> <li>◆ umfassende, häusliche Pflegekoordinierung für Menschen mit Alzheimer oder verwandten Demenzerkrankungen und ihre Angehörigen, die in der Gemeinde leben</li> <li>◆ Steuerung der Versorgung durch bedarfsgerechtes Case-Management mittels geriatrisch fortgebildeten Koordinatorinnen/Koordinatoren (non-clinical community workers) in Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften und Geriaterinnen/Geriatern</li> <li>◆ Vernetzung von regionalen Gesundheitsdienstleistern und weiteren Akteuren</li> <li>◆ interdisziplinäre Erstellung eines individuellen Versorgungsplans sowie wöchentliche Fallbesprechungen</li> <li>◆ Pflegekoordinierungsprotokoll enthält: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ individualisierte Pflegeplanung auf Grundlage der Bedürfnisse der Betroffenen und der Familie</li> <li>▪ Schulung zu Demenz und Aufbau von Fähigkeiten</li> <li>▪ Überweisung und Vernetzung zu und mit Dienstleistern</li> <li>▪ informelle Beratung und Monitoring</li> </ul> </li> <li>◆ mind. zwei Hausbesuche sowie monatlicher telefonischer Kontakt zu Angehörigen oder erkrankter Person selbst, wenn nötig Umsetzung von geplanten Maßnahmen (z. B. Terminvereinbarungen)</li> <li>◆ MIND-S wurde basierend auf MIND at Home™ weiterentwickelt, um noch effizienter, schlanker und effektiver zu sein (Ergebnisse der Studie liegen noch nicht vor)</li> </ul>
<b>Praxisbeispiel/Konzept/Ansatz zur verbesserten Koordination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <u>Ziele:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Optimierung der Versorgungsorganisation sowie Koordinierung und Vernetzung der beteiligten Akteure</li> <li>▪ Identifizieren und Schließen von Versorgungslücken</li> <li>▪ Verlängerung des Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit</li> <li>▪ Senkung der Kosten für die Gesundheitsversorgung</li> <li>▪ Optimierung der Personenzentrierung der Versorgung</li> <li>▪ Steigerung der Lebensqualität pflegebedürftiger Personen</li> <li>▪ Reduzierung von Depressionen und neuropsychiatrischen Symptomen</li> <li>▪ Reduktion der Belastung von Pflegefachkräften</li> </ul> </li> </ul>

### Maximizing Independence at Home (MIND at Home™) und Maximizing Independence at Home-Streamlined (MIND-S)

<b>Beteiligte Leistungserbringer/Akteure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Koordinatorinnen/Koordinatoren von kommunalen Gesundheitsagenturen<sup>53</sup>, Hausärztinnen/Hausärzte, Pflegefachkräfte, Fachärztinnen/-ärzte für Gerontopsychiatrie und weitere (Fach-)Ärztinnen/-ärzte, ambulante medizinische/therapeutische Dienstleister, Angehörige</li> <li>◆ <u>Zielgruppe</u>: demenziell erkrankte Personen in der eigenen Häuslichkeit, die überwiegend mit pflegenden Angehörigen zusammenleben</li> </ul>
<b>Ergebnisse des Praxisbeispiels/Konzeptes/Ansatzes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ signifikant höhere Inanspruchnahme ambulanter Unterstützungsleistungen sowie sozialen Dienstleistungen (soziale Tagesbetreuung, gemeinschaftliche Mahlzeiten, Begleitsdienste und Selbsthilfegruppen) in Interventionsgruppe</li> <li>◆ Zunahme der Inanspruchnahme ebenfalls in Kontrollgruppe</li> <li>◆ signifikante Reduktion von Krankenhausübernachtungen in Interventionsgruppe in den ersten neun Monaten, danach keine Gruppenunterschiede mehr</li> <li>◆ Zunahme bzgl. Inanspruchnahme der Notaufnahme, Krankenhauseinweisungen und stationäre Langzeitpflege in beiden Gruppen</li> <li>◆ Zunahme der Inanspruchnahme von ambulanten Arztbesuchen in der Interventionsgruppe</li> <li>◆ Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Koordinatorinnen/Koordinatoren und Gesundheitsdienstleistern, unzureichende Zugriffsrechte auf medizinisch und pflegerisch relevante Daten</li> <li>◆ Steigerung der Versorgungsqualität und Vernetzung der beteiligten Akteure durch gemeinsame Fallbesprechungen</li> <li>◆ Übergänge in stationäre pflegerische Versorgung konnten verzögert werden</li> <li>◆ Lebensqualität der Betroffenen verbesserte sich, objektive Belastung der Angehörigen verringerte sich (u. a. durch Zeitersparnisse)</li> <li>◆ durchschnittliche Programmkosten pro pflegebedürftiger Person/Jahr 1.320 \$</li> <li>◆ Kosten in Interventionsgruppe stiegen pro Quartal um 1,12 Prozentpunkte langsamer als in Kontrollgruppe</li> <li>◆ Projektion der Kosten nach fünf Jahren belaufen sich pro Quartal auf 7.062 \$/pflegebedürftiger Person der Interventionsgruppe zu 7.937 \$/pflegebedürftiger Person der Kontrollgruppe</li> <li>◆ Die kumulativen Einsparungen über die ersten fünf Jahre würden 7.052 \$/pflegebedürftiger Person betragen</li> </ul>
<b>Umsetzbarkeit und Wirtschaftlichkeit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Umsetzbarkeit in den USA konnte gezeigt werden</li> <li>◆ Kosteneffizienz liegt vor</li> </ul>

### Bewertung der Übertragbarkeit und des Effizienzpotentials

MIND at Home™ ist ein Programm zur Koordinierung der ambulanten Versorgung demenziell erkrankter Menschen, um Versorgungslücken systematisch zu identifizieren und zu schließen. Langfristig soll der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit gesichert und ein Umzug in eine stationäre Langzeitpflegeeinrichtung vermieden bzw. verzögert werden. Die Versorgungssteuerung wird durch geriatrisch fortgebildete Koordinatorinnen/Koordinatoren in kommunalen Agenturen mit Unterstützung durch u. a. Pflegefachkräfte und Fachärztinnen/-ärzte für Gerontopsychiatrie erbracht.

<sup>53</sup> Gemeindebasierte Organisationen/Agenturen bieten in den USA eine Vielzahl von Dienstleistungen für pflegebedürftige Menschen, bspw. Essen-auf-Rädern, Transportdienste, körperbezogene Pflege- oder hauswirtschaftliche Dienstleistungen, an.

### Maximizing Independence at Home (MIND at Home™) und Maximizing Independence at Home-Streamlined (MIND-S)

Übertragbarkeit: Der Ansatz ist als übertragbar zu bewerten. Da es sich allerdings um eine versorgungsbereichübergreifende Koordinierung handelt, ist der Aspekt des hierzulande fragmentierten Gesundheitswesens als limitierend zu betrachten.

Effizienzpotential aus Sicht des Versorgungssystems: Die Koordinierung der Versorgung steigert zum einen die Versorgungsqualität, ermöglicht zum anderen einen nachweisbar längeren Verbleib in der eigenen Häuslichkeit. Der Einsatz von Koordinatorinnen/Koordinatoren und eines multidisziplinären Teams führt zur Minimierung von Schnittstellenproblematiken durch Vernetzung und Kooperation der verschiedenen Leistungserbringer.

Effizienzpotential aus Sicht der betrieblichen (und dienstübergreifenden) Arbeitsorganisation: Durch den Einsatz von Koordinatorinnen/Koordinatoren wird die Leistungserbringung besser koordiniert und die Bedarfe der Betroffenen besser erfüllt. Durch die Verteilung der Versorgung auf viele zuständige Leistungserbringer können ambulante Dienste entlastet und Überforderung in der Versorgung bzw. Unterversorgung dieser Klientinnen /Klienten vermieden werden. Durch die Koordinatorinnen/Koordinatoren findet die personalaufwendige Koordinierung der Versorgung von demenziell erkrankten Menschen nicht im vollen Umfang durch den ambulanten Dienst statt, sodass das Personal des Pflegedienstes effizienter eingesetzt werden kann. Eine effektive Versorgungskoordination außerhalb des ambulanten Dienstes, jedoch mit einer engen Einbindung der Pflegefachkräfte, bedarf einer guten Zusammenarbeit bzw. eines intensiven (Daten-) Austauschs. Wenn dieser gewährleistet werden kann, ist eine qualitative Steuerung der Versorgung möglich.

- |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Quellen</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Amjad, H., Wong, S. K., Roth, D. L., Huang, J., Willink, A., Black, S., Johnston, D., Rabins, P. V., Gitlin, L. N., Lyketsos, C. G. &amp; Samus, Q. M. (2018): Health Services Utilization in Older Adults with Dementia Receiving Care Coordination: The MIND at Home Trial. In: Health services research, 53 (1), S. 556-579</li> <li>◆ Willink A, Davis K, Johnston DM, Black B, Reuland M, Stockwell I, Amjad H, Lyketsos CG &amp; Samus QM (2020): Cost-Effective Care Coordination for People With Dementia at Home. <i>Innov Aging</i> 4(2), igz051. DOI: 10.1093/geroni/igz051.</li> <li>◆ Samus QM, Black BS, Reuland M, Leoutsakos JS, Pizzi L, Frick KD, Roth DL, Gitlin LN, Lyketsos CG &amp; Johnston D (2018): MIND at Home-Streamlined: Study protocol for a randomized trial of home-based care coordination for persons with dementia and their caregivers. <i>Contemp Clin Trials</i> 71, 103-112. DOI: 10.1016/j.cct.2018.05.009.</li> <li>◆ Link zur Projektwebseite: <a href="http://mindathome.org/index.html">http://mindathome.org/index.html</a> [Abruf am: 09.03.2021]</li> </ul> |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Quelle: IGES

Tabelle 45: Steckbrief Pflege-Brücke Bereich Ulm e. V.

Pflege-Brücke Bereich Ulm e. V.	
<b>Land (Gesundheitssystem)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Deutschland (beitragsfinanzierte Sozialversicherung, ca. 90% der Versicherten in der gesetzlich Kranken- und Pflegeversicherung, kleinerer Anteil Privatversicherte, private Zusatzversicherungen für Pflege und medizinische Leistungen möglich)</li> </ul>
<b>Datengrundlage des Steckbriefes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Broschüre, Präsentation, Evaluationsstudie</li> </ul>
<b>Praxisbeispiel/Konzept/Ansatz zur verbesserten Koordination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <u>Konzept:</u> SGB V- und XI-übergreifender Versorgungsansatz mit einem patientenorientierten Entlassungsmanagement nach Krankenhausaufenthalt</li> <li>◆ Verein „Pflege-Brücke Bereich Ulm e. V.“ wurde 2017 von Geschäftsführung der Ulmer Kliniken, einem Chefarzt der Universität Ulm und verschiedenen Expertinnen/Experten gegründet und ist eine Weiterentwicklung der bestehenden Brücke der Sana Kliniken (Biberach)</li> <li>◆ bei der Gestaltung des Vereins wirkten u. a. ein Pflegestützpunkt, ambulante Pflegedienste, hausärztliche Praxen und Sozialdienste mit</li> <li>◆ Kontaktaufnahme und Auswahl geeigneter Patientinnen/Patienten erfolgt über das Behandlungsteam (Pflegekraft, Ärztin/Arzt, Therapeutin/Therapeut) der Klinik</li> <li>◆ nach der Kontaktaufnahme des Behandlungsteams wird der Antrag innerhalb des Vereins geprüft, bei Zustimmung erfolgt ein erster Hausbesuch</li> <li>◆ zeitlich begrenztes kostenfreies Leistungsangebot des Vereins: max. drei Hausbesuche innerhalb von ein bis zwei Wochen nach Entlassung aus dem Krankenhaus</li> <li>◆ Verein erfüllt eine Orientierungs-, Koordinierungs- und Steuerungsfunktion; Leistungen des Vereins: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beratung der Patientinnen/Patienten und Angehörigen (keine pflegerischen Leistungen)</li> <li>▪ Hilfestellung zur Orientierung und Koordinierung erforderlicher Maßnahmen</li> <li>▪ Vermittlung und Koordinierung vorhandener Leistungsangebote (medizinisch pflegerische und materiellen Leistungen [z.B. technische Hilfe])</li> <li>▪ Vernetzung mit lokalen Gesundheitsversorgern</li> </ul> </li> <li>◆ <u>Ziele:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ patientenorientiertes Entlassungsmanagement („Dem zu entlassenden Patienten ein Kümmerer sein, dem er vertrauen kann.“)</li> <li>▪ Förderung der Selbstständigkeit und der versorgungsbereichübergreifenden Versorgung</li> </ul> </li> </ul>
<b>Beteiligte Leistungserbringer/Akteure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Pflegefachkräfte mit Zusatzqualifikation der Klinik (idealerweise betreuen die Pflegefachkräfte der Kliniken die Patientinnen/Patienten weiter)</li> <li>◆ enge Zusammenarbeit mit Behandlungsteams der Kliniken sowie lokalen Akteuren und Gesundheitsversorgern (z. B. ambulante Pflegedienste, Hausärztinnen/Hausärzte)</li> <li>◆ <u>Zielgruppe:</u> Patientinnen/Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt, die in keiner Versorgung durch ambulante Dienste sind und Unsicherheiten bzgl. ihrer Entlassung äußern, und/oder vom Behandlungsteam ein entsprechender eingeschätzter Bedarf</li> </ul>
<b>Ergebnisse des Praxisbeispiels/Konzeptes/Ansatzes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Verein „Pflege-Brücke Bereich Ulm e. V.“ wurde noch nicht wissenschaftlich evaluiert, allerdings wurde das Konzept „Brückenpflege“ bereits untersucht:</li> </ul>

### Pflege-Brücke Bereich Ulm e. V.

- ◆ höhere Qualität in der Überleitung der Patientinnen/Patienten vom Krankenhaus in die Häuslichkeit
- ◆ (signifikante) Verbesserung folgender Outcomes: gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie kognitive und emotionale Dimension des habituellen Wohlbefindens<sup>54</sup>
- ◆ Schwächen im Entlassungsmanagement können poststationär nicht durch Hausärztinnen/-ärzte bzw. ambulante Dienste aufgefangen werden
- ◆ qualitative Ergebnissynthese zeigt, dass die psychosoziale Unterstützung, die praktische Hilfe und die Weitervermittlung an ambulante Dienste Stärken der Brückenpflegearbeit sind

### Umsetzbarkeit und Wirtschaftlichkeit

- ◆ seit Oktober 2017 sind Kliniken gesetzlich verpflichtet, den nahtlosen Übergang von Patientinnen/Patienten in die nachfolgenden Versorgungsbereiche umzusetzen
- ◆ Verein „Pflege-Brücke Bereich Ulm e. V.“ wurde 2017 gegründet und besteht weiterhin
- ◆ Verein finanziert sich aus Spenden, Mitgliedsbeiträgen und Fördermitteln
- ◆ bisher keine Daten zur Auswirkungen des Vereins auf die Wirtschaftlichkeit

### Bewertung der Übertragbarkeit und des Effizienzpotentials

Das Konzept der Brückenpflege unterstützt Patientinnen/Patienten und Angehörige, welche sich in einer besonderen Phase der Versorgung der Versorgung befinden (sog. Non-Care-Bereich) und bietet einen Ansatz der ganzheitlichen, SGB V- und XI-übergreifenden Versorgung. Die „Pflege-Brücke Bereich Ulm e. V.“ steht für ein patientenorientiertes Entlassungsmanagement und eine versorgungsbereichübergreifende und bedürfnisgerechte Versorgung. Ob der Verein einen Einfluss auf die Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung hat, kann noch nicht ausreichend bewertet werden. Dafür sind weitere wissenschaftliche Untersuchungen notwendig.

Übertragbarkeit: Neben dem Verein „Pflege-Brücke Bereich Ulm e. V.“ bieten derzeit mehrere Kliniken in Deutschland das Konzept der Brückenpflege an. Demnach kann das Konzept der Brückenpflege als übertragbar bewertet werden.

Effizienzpotential aus Sicht des Versorgungssystems: Der Ansatz kann zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung und zu mehr Effektivität und Effizienz beitragen und damit eine nachhaltige, bezahlbare Gesundheitsversorgung fördern. Durch die Koordinierung der Versorgung und die enge Zusammenarbeit mit lokalen Akteuren der Gesundheitsversorgung ist denkbar, Schnittstellenproblematiken sowie Über-, Fehl- oder Unterversorgung zu verringern bzw. zu vermeiden. Denkbar ist auch, dass durch die Förderung des Selbstmanagements nach Krankenhausaufenthalt und/oder der Pflegebedarf minimiert werden kann, was zu zusätzlichen Einsparungen und Entlastungen des Pflegesystems führen könnte.

Effizienzpotential aus Sicht der betrieblichen (und diensteübergreifenden) Arbeitsorganisation: Durch die enge Betreuung durch das Brücken-Pflege-Team kann eine bedürfnisgerechte Versorgung sowie eine Einsparung vermeidbarer pflegerischer Interventionen bei gleichzeitig hoher Versorgungsqualität unterstützt werden. Die Vermittlung von Selbstmanagement im Umgang mit Erkrankungen könnte Akutsituationen in der Häuslichkeit zusätzlich minimieren und höheren Pflegebedarfen vorbeugen bzw. den Eintritt in die Versorgung durch einen ambulanten Dienstleister verzögern. Dies entlastet wiederum die Pflegefachkräfte im ambulanten Bereich. Des Weiteren würde die Koordinierung der Versorgung nach Krankenhausaufenthalt sowie die enge Kommunikation mit dem Brücke-Pflege-Team zu einer Entlastung auf Seiten des ambulanten Dienstes führen.

<sup>54</sup> Das habituelle Wohlbefinden ist die kognitive Beurteilung der Gefühle und Stimmungen der vergangenen Wochen/Monate als Gesamteindruck (Fritz-Schubert 2017).

**Pflege-Brücke Bereich Ulm e. V.**

- Quellen**
- ◆ Maucher H (2018): Den Übergang in das häusliche Umfeld begleiten. Die Pflege - Brücke Bereich Ulm e. V. Berlin. [https://berliner-pflegekonferenz.de/wp-content/uploads/2018/11/BPK2018-FF06\\_Maucher.pdf](https://berliner-pflegekonferenz.de/wp-content/uploads/2018/11/BPK2018-FF06_Maucher.pdf) [Abruf am: 29.03.2021].
  - ◆ VPU, Katholischer Pflegeverband e.V. & Pflegemanagement B (2019): Exzellenz in der Pflege. <https://www.bv-pflegemanagement.de/meldung/items/544.html> [Abruf am: 26.03.2021].
  - ◆ Brandenburg H, Bauer J, Grebe C, Luft L, Frank M, Schäfer K & Rausch A (2018): Evaluation des Projekts "Nachstationäre Betreuung zur Wiedererlangung der Alltagskompetenz im häuslichen Umfeld durch den Förderverein 'Unsere Brücke Biberach e.V.'. Evaluation poststationärer Betreuung in Biberach (EPOS-B). Abschlussbericht.
  - ◆ weiteres ähnliches Konzept: <https://unsere-bruecke.de/> [Abruf am 29.03.2021]

---

Quelle: IGES

---

Tabelle 46: Steckbrief ZUKUNFT:PFLEGE

ZUKUNFT:PFLEGE	
<b>Land (Gesundheits-system)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Deutschland (beitragsfinanzierte Sozialversicherung, ca. 90 % der Versicherten in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, kleinerer Anteil Privatversicherte, private Zusatzversicherungen für Pflege und medizinische Leistungen möglich)</li> </ul>
<b>Datengrundlage des Steckbriefes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Wirtschaftlichkeitsanalyse, Zwischenbericht, Ergebnispräsentation</li> </ul>
<b>Praxisbeispiel/Konzept/Ansatz zur verbesserten Koordination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <u>Ansatz</u>: Organisationslernen und regionale Netzwerkbildung als soziale Innovation<sup>55</sup></li> <li>◆ regionale Akteure der ambulanten Pflege erarbeiten auf Netzwerkebene Qualifikations- und Kompetenzentwicklungsansätze zur Förderung der nachhaltigen Beschäftigungsfähigkeit</li> <li>◆ vom Bundesministerium für Bildung und Forschung und Europäischen Sozialfonds gefördertes Verbundprojekt (01/2012 – 05/2015)</li> <li>◆ im Mittelpunkt des Projekts stehen folgende zwei Strategien: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entwicklung überbetrieblicher, kooperativer Gestaltungsansätze zur Ressourcengewinnung und -bündelung → Aufbau eines regionalen Unterstützungsnetzwerkes mit ambulanten Pflegeunternehmen und lokalen Akteuren (z. B. Anbieter von Qualifikationsmaßnahmen oder Gesundheitsdienstleistungen)</li> <li>▪ Entwicklung und Erprobung innerbetrieblicher Gestaltungsansätze für eine nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit → Lern- und Handlungskonzepte</li> </ul> </li> <li>◆ <u>Ziele</u>: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Förderung einer nachhaltigen Beschäftigungsfähigkeit</li> <li>▪ Schaffung einer guten Arbeitsqualität</li> <li>▪ regionale Vernetzung</li> </ul> </li> </ul>
<b>Beteiligte Leistungserbringer/Akteure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Verbund aus Forschungs-/Entwicklungs- und Umsetzungspartnern: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ artec Forschungszentrum Nachhaltigkeit der Universität Bremen (Verbundkoordination)</li> <li>▪ Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen</li> <li>▪ Bremer Pflegedienst GmbH</li> <li>▪ vacances Mobiler Sozial- und Pflegedienst GmbH</li> </ul> </li> <li>◆ „Unterstützer“ des Verbundprojekts u. a.: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Bezirksstelle Delmenhorst, Institut für Berufs- und Sozialpädagogik e.V. und Wirtschafts- und Sozialakademie der Arbeitnehmerkammer Bremen gGmbH</li> <li>◆ <u>Zielgruppe</u>: Mitarbeitende (primär Pflegenden) in der ambulanten Pflege</li> </ul>
<b>Ergebnisse des Praxisbeispiels/Konzeptes/Ansatzes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Entwicklung eines Kompetenzentwicklungskonzepts (Leitfäden „pflegechancen“) für leitende Führungskräfte und Pflegefach- und Hilfskräfte in der ambulanten Pflege zu folgenden Themen: Grundlagen, Arbeitsorganisation, Gesundheit, Qualifikation, Netzwerk und Wirtschaftlichkeit</li> </ul>

<sup>55</sup> Eine soziale Innovation ist eine intentionale, zielgerichtete Neukombination sozialer Praktiken mit dem Ziel, Probleme oder Bedürfnisse besser zu lösen bzw. zu befriedigen (vgl. Braeseke et al. 2020). Vor dem Hintergrund des Ansatzes ZUKUNFT:PFLEGE werden soziale Innovationen als Formen personalwirtschaftlicher Maßnahmen bezeichnet.

### ZUKUNFT:PFLEGE

- ◆ zusätzlich Entwicklung der Instrumente Arbeitsorganisation, Netzwerk und Qualifikation
- ◆ Netzwerk wurde Anfang 2013 etabliert und Ende 2013 evaluiert:
  - Netzwerktreffen einmal pro Quartal bzw. für themenorientierte Arbeitsgruppen in monatlichen Abständen erwünscht
  - Zielbeschreibung der Netzwerkarbeit und das Erkennen eines nachhaltigen Nutzens entscheidend für eine anhaltende Motivation
  - Der Einsatz einer „neutralen“ Netzwerkagentur u. a. zur Koordinierung wird von den Partnern als essentiell betrachtet
  - Kritik der Netzwerkpartner: erheblicher Zeitaufwand mit wenig Mehrwert, Kooperation wenig vorhanden (i. S. eines effizienten und effektiven Wissensaustauschs)
  - nur vereinzelte Entwicklung von Synergiepotentialen<sup>56</sup> (insb. im Bereich Qualifikationsmanagement)
- ◆ Ergebnisse einer Wirtschaftlichkeitsanalyse von ZUKUNFT:PFLEGE:
  - Mitarbeitende sind motivierter und engagierter bspw. die Planung, Vorbereitung und Durchführung von Arbeitsprozessen mit zu gestalten → Senkung der Kosten für die Planung, Vorbereitung und Durchführung von Arbeitsprozessen
  - höhere Mitarbeiterzufriedenheit, Verringerung von Unsicherheit und stärkere Bindung der Beschäftigten ans Unternehmen → Senkung von Absicherungskosten
  - positive Aspekte durch die Kooperation mit anderen Unternehmen im Netzwerk → Erweiterung der Wissensbasis, Erhöhung des Innovationspotentials und Entwicklung neuer Leistungsgüter
  - Vertrauensbasis innerhalb des Netzwerks kann Verhandlungs-, Entscheidungs- und Planungsprozesse beschleunigen und damit Kosten senken
  - ein Netzwerk erfordert ein hohes Maß an Koordinierung und Kommunikation und somit Investitionskosten, die je nach Ausprägung von Opportunismus (z. B. Verfälschung von Informationen aufgrund eines vorteilbedachten Verhaltens) und Konkurrenzverhalten relativ hoch ausfallen können

#### Umsetzbarkeit und Wirtschaftlichkeit

- ◆ Investitionen in personalwirtschaftliche Maßnahmen zur Förderung einer nachhaltigen Beschäftigungsfähigkeit sowohl auf Betriebsebene als auch in entsprechende soziale Strukturen und Prozesse zur Wissensübertragung auf Netzwerkebene gestalten sich kostenwirksam in Form von Zeit, Geld und Personal
- ◆ entwickelte Lern- und Handlungskonzepte des Projekts sind über eine Webseite weiterhin verfügbar
- ◆ es wird nicht ersichtlich, ob das Unterstützungsnetzwerk weiterhin besteht (Internetseite des Verbundprojekts nicht mehr verfügbar)

#### Bewertung der Übertragbarkeit und des Effizienzpotentials

In dem Verbundprojekt ZUKUNFT:PFLEGE geht es darum, die nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit durch die Entwicklung von Gestaltungskonzepten und den Aufbau eines regionalen Netzwerkes mit ambulanten Pflegeunternehmen und lokalen Akteuren zu fördern. Das Netzwerk soll zugleich als ein Lern- und

<sup>56</sup> Zusammenwirken bestimmter Komponenten und Faktoren zu einer Gesamtleistung, wobei die Gesamtleistung bzw. Wirkung höher ist, als die Summe der Einzelleistungen der Komponenten (Braeseke et al. 2020).



### ZUKUNFT:PFLEGE

Kommunikationsort wie auch als „Markt“ fungieren, um Ressourcen für eine nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit in der ambulanten Pflege zu generieren. Es wurde eine Wirtschaftlichkeitsbetrachtung am Beispiel von ZUKUNFT:PFLEGE durchgeführt: die Förderung der nachhaltigen Beschäftigungsfähigkeit kann einen wirtschaftlichen Vorteil bieten. Allerdings gestaltet sich eine ökonomische Analyse von Investitionen in soziale Strukturen und Prozesse, wie Motivation, Zufriedenheit, Vertrauen oder Intuition, relativ schwierig, da es sich um weiche Faktoren handelt, die kennzahlentechnisch im herkömmlichen Sinne der traditionellen Wirtschaftlichkeitsanalyse kaum zu erfassen sind.

Übertragbarkeit: Die entwickelten Lern- und Handlungskonzepte (Leitfäden „pflegechancen“) stehen online weiterhin zur Verfügung. Der derzeitige Umsetzungsstand des Netzwerkes in der Praxis ist unklar. Im Allgemeinen wird die Umsetzung des Unterstützungsnetzwerkes sowie der Leitfäden und Instrumente („pflegechancen“) in der ambulanten Pflege als möglich bewertet.

Effizienzpotential aus Sicht des Versorgungssystems: Die entwickelten Qualifikations- und Kompetenzentwicklungskonzepte begünstigen eine Professionalisierung der Führungskräfte und Pflegenden und vermitteln Strategien, Personal zu halten und für neues Personal attraktiv zu werden. Maßnahmen zur Förderung der nachhaltigen Beschäftigungsfähigkeit steigern die Mitarbeitermotivation und Arbeitszufriedenheit, wodurch auch eine effizientere Arbeitsweise und eine Verbesserung der Versorgungsqualität denkbar ist. Die Vernetzung der ambulanten Pflegeunternehmen (und lokalen Anbieter) birgt das Potential, diese wirtschaftlich zu stärken und in Folge dessen ein stabiles und umfassendes ambulantes Leistungsangebot für pflegebedürftige Menschen sicherzustellen. Angebote im Netzwerk können aufeinander abgestimmt werden, was bspw. bei längerfristigen Planungsperspektiven regionale Angebotslücken schließen und Angebote (auch für spezielle Zielgruppen) erweitern könnte.

Effizienzpotential aus Sicht der betrieblichen (und dienstübergreifenden) Arbeitsorganisation: Die Förderung der nachhaltigen Beschäftigungsfähigkeit in der ambulanten Pflege könnte zu einer Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufes sowie zu einer Steigerung der Arbeitszufriedenheit und zur Gewinnung neuer Fachkräfte bzw. einem längeren Verbleib im Pflegedienst beitragen. Zudem ist eine Steigerung der Versorgungsqualität und eine Optimierung des Gesundheitszustands der pflegebedürftigen Person denkbar. Dem Netzwerk angehörende Pflegedienste bzw. Unternehmen können in einen unbürokratischen und direkten kommunikativen Austausch mit anderen Netzwerkpartnern gehen und so optimierte Lösungen für bspw. Problemlagen finden. Für die Ausschöpfung der positiven (ökonomischen) Effekte des Netzwerkes sind der stetige Wissensaustausch und eine grundlegende Vertrauensbasis Voraussetzungen. Diese gilt es, über eine entsprechende Netzwerkkordinierung und -kommunikation zu schaffen und zu fördern, sodass sich partnerschaftliches Verhalten entwickelt.

- |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Quellen</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Leitfäden „pflegechancen“ aus dem Projekt ZUKUNFT:PFLEGE: <a href="https://kolegeprojekt.uni-bremen.de/leitfaeden-pflegechancen/">https://kolegeprojekt.uni-bremen.de/leitfaeden-pflegechancen/</a> [Abruf 17.03.2021]</li> <li>◆ Schimitzek I (2016): Wirtschaftlichkeitsanalyse: Transaktionskostentheorie als Ansatz zur Beurteilung von Investitionen in nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit am Beispiel ZUKUNFT:PFLEGE. In: Becke G, Bleses P, Goldmann M, Hinding B &amp; Schwerer M: Zusammen – Arbeit – Gestalten. Wiesbaden: Springer Fachmedien.</li> <li>◆ Bleses P &amp; Jahns K (o. J.): Ressourcen stärken in der ambulanten Pflege – Ergebnisse des Projekts ZUKUNFT:PFLEGE. <a href="https://docplayer.org/64985389-Ressourcen-staerken-in-der-ambulanten-pflege-ergebnisse-des-projekts-zukunft-pflege-dr-peter-bleses.html">https://docplayer.org/64985389-Ressourcen-staerken-in-der-ambulanten-pflege-ergebnisse-des-projekts-zukunft-pflege-dr-peter-bleses.html</a> [Abruf am: 31.03.2021].</li> <li>◆ Becke G, Behrens M, Bleses P, Jahns K, Pöser S &amp; Ritter W (2013): Nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit in der ambulanten Pflege: Zwischenbericht des Verbundprojekts ZUKUNFT:PFLEGE. <i>artec-paper</i>. Bremen: Universität Bremen, Forschungszentrum Nachhaltigkeit (artec). <a href="https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/58712">https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/58712</a>.</li> <li>◆ weitere Quellen (Soziale Innovation/Synergie Potentiale): Braeseke G, Hahnel E, Neuwirth J, Engelmann F &amp; Lingott N (2020): Potentiale sozialer Innovationen in der ambulanten Langzeitpflege. Dezember 2020.</li> </ul> |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Quelle: IGES

Tabelle 47: Steckbrief Community Care Access Centres

Community Care Access Centres	
<b>Land (Gesundheitssystem)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Kanada (öffentlicher Gesundheitsdienst: Medicare, überwiegend steuerfinanziert)</li> </ul>
<b>Datengrundlage des Steckbriefes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Jahresbericht des ständigen Ausschusses für öffentliche Finanzen Ontario, Evaluationsstudie (Sekundärdatenanalyse), Webseite</li> </ul>
<b>Praxisbeispiel/Konzept/Ansatz zur verbesserten Koordination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <u>Ansatz</u>: Koordinierung der Versorgung durch eine zentrale Anlaufstelle in der Region (CCACs<sup>57</sup>)</li> <li>◆ Ontarios 14 Community Care Access Centers (CCACs) sind dafür verantwortlich, Menschen den Zugang zu häuslicher und gemeindebasierter Gesundheitsversorgung und damit verbundenen sozialen Diensten zu erleichtern, damit sie unabhängig leben können</li> <li>◆ Die CCACs haben im Jahr 2015 über 720.000 Klientinnen/Klienten versorgt</li> <li>◆ Jedes CCAC ist einem Local Health Integration Network (LHIN) unterstellt, diese finanzieren in einem geografisch definierten Gebiet Gesundheitsdienstleister, einschließlich Krankenhäusern und CCACs</li> <li>◆ CCACs erhalten ein jährliches Budget, basierend auf: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ der Dienstleistungsinanspruchnahme des Vorjahres</li> <li>▪ der altersmäßigen Verteilung der Bevölkerung</li> <li>▪ der Siedlungsstruktur</li> <li>▪ der Anzahl und Pflegebedarf der Klientinnen/Klienten, die poststationär, nach einem Krankenhausaufenthalt, in der Häuslichkeit versorgt werden</li> </ul> </li> <li>◆ CCAC-Pflegekoordinatorinnen/-koordinatoren verwalten Fälle der Klientinnen/Klienten, bewerten und passen Pflegepläne laufend neu an</li> <li>◆ CCACs schließen Verträge mit ca. 160 privaten Dienstleistern ab, diese sind entweder for-profit oder non-profit Organisationen</li> <li>◆ seit 2014 auch gemeindenaher Unterstützungsdienste für Klientinnen/Klienten mit geringem Unterstützungsbedarf</li> <li>◆ CCACs sind für die Bevölkerung, welche über den Ontario Health Insurance Plan versichert sind, kostenlos (einige gemeindenaher Unterstützungsdienste und hauswirtschaftliche Dienste können eine Selbstbeteiligung der Klientinnen/Klienten verlangen)</li> <li>◆ Verordnung im Rahmen des Home Care and Community Services Act, 1994 legt die maximale Anzahl an persönlichen Unterstützungsleistungen je Klientin/Klient fest: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Maximum von 120 Stunden in den ersten 30 Tagen der Dienstleistung und 90 Stunden in jedem folgenden 30-Tage-Zeitraum</li> <li>▪ unter "außergewöhnlichen Umständen" Grenzüberschreitungen für Palliativklientinnen/-klienten und solche, die auf eine Unterbringung in einem Langzeitpflegeheim warten (unbegrenzt oder für bis zu 90 Tage innerhalb eines 12-Monats-Zeitraums)</li> </ul> </li> </ul>

<sup>57</sup> CCACs (Community Care Access Centres) sind seit 1997 zentrale Anlaufstelle für Dienstleistungen, Informationen und Überweisungen für die kommunale Pflege. Für jede Region bzw. Provinz gibt es eine dieser Anlaufstellen (vergleichbar mit den Pflegestützpunkten hierzulande). 2006 wurden zudem „Local Health Integrated Networks (LHINs)“ als Netzwerke geschaffen, um die lokalen Ressourcen zur Planung, Koordinierung, Integration und Finanzierung der Gesundheitsdienste auf Gemeindeebene zu verbessern und zu unterstützen.

### Community Care Access Centres

- ◆ Ziel: effiziente Koordinierung der Leistungen für die Bevölkerung der Region
- ◆ Evaluation der technischen Effizienz<sup>58</sup> von Gesundheitsregionen (CCACs) vor Einführung der größeren regionalen Netzwerke (LHINs)
- ◆ Effizienzmessung mittels DEA-Analyse<sup>59</sup>
  - Input Variable: Budget der CCACs
  - Output Variablen: Anzahl der Besuche von Fachpersonal: häusliche Unterstützung (u. a. Transportdienste und Hilfen in der Haushaltsführung), Verwaltung (Case Management und Koordinierung der Unterbringung), Pflege (Pflege und Stomapflege) und Therapie (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Sozialarbeit)
- ◆ Untersuchung der Effizienz, adjustiert auf Betriebsgröße, Versorgungsqualität, Case-Mix und Morbidität
- ◆ Auditinhalte (in 3 CCACs): Überprüfung von Prozessen, die:
  - eine nahtlose und gerechte Pflegekoordinierung für häusliche Klientinnen/Klienten ermöglichen
  - Leistungserbringer in Übereinstimmung mit vertraglichen und anderen Anforderungen überwachen
  - ,zur Messung und Berichtslegung, der Qualität und Effektivität der erbrachten häuslichen Pflegedienste dienen

#### Beteiligte Leistungserbringer/Akteure

- ◆ CCACs, Fachpersonal (Pflege, Therapeutinnen/Therapeuten, Case Managerinnen/-manager, Koordinatorinnen/Koordinatoren)
- ◆ Anbieter von häuslichen Pflegedienstleistungen
- ◆ Zielgruppe: alle in einer geografisch definierten Region lebenden versicherten Personen mit Pflegebedarf (lang- oder kurzfristig); beim Audit Beschränkung auf Personen über 18 Jahren

#### Ergebnisse des Praxisbeispiels/Konzeptes/Ansatzes

- ◆ Evaluation:
  - höchste durchschnittliche Anzahl von Besuchen durch Hauswirtschaft, gefolgt von Pflege und Therapie; Verwaltung (Case Management und Koordinierung) hatte die niedrigsten mittleren Besuchseinheiten
  - Skaleneffekte erwiesen sich als signifikante Determinanten der beobachteten Effizienz, genauere Aussagen lassen sich aufgrund fehlender Daten nicht treffen
  - Adjustierung auf den Case-Mix allein konnte die Varianz in den Effizienzwerten nicht erklären
  - Hospitalisierungsraten als Maß für die Servicequalität führte nicht zu einer signifikanten Verbesserung der mittleren Effizienzwerte für alle Skalenerträge → durchschnittliche Qualität der häuslichen Pflegedienste der Region hat möglicherweise keinen wesentlichen Einfluss auf die Leistungsmessung
  - mehr als die Hälfte der CCACs erwiesen sich als zu groß, um größtmöglich effizient zu sein (Daten im Artikel nicht präsentiert)

<sup>58</sup> Die technische Effizienz ist ein Indikator dafür, wie gut die Managerinnen/Manager die Budgets nutzen, um eine Reihe von medizinischen Fachkräften und häuslichen Unterstützungsleistungen für Klientinnen/Klienten bereitzustellen.

<sup>59</sup> Die DEA-Analyse (Data Envelopment Analysis) ist eine nichtparametrische Methode in der Betriebsforschung und -ökonomie zur Schätzung von Produktionsgrenzen.

### Community Care Access Centres

- ◆ Audit 2015:
  - Wartelisten und lange Wartezeiten für Klientinnen/Klienten
  - ggf. Schwierigkeiten für Koordinatorinnen/Koordinatoren Klientinnen/Klienten effektiv zur Inanspruchnahme von gemeindenahen Unterstützungsleistungen zu überweisen, da Beurteilungsinformationen und Wartelisten nicht zentralisiert sind
  - Klientinnen/Klienten mit ähnlich eingeschätzten Bedürfnissen erhalten unterschiedliche Leistungsniveaus, je nachdem, wo sie in Ontario leben
  - ob eine Person persönliche Unterstützungsleistungen erhält und in welchem Umfang diese erbracht werden, hängt davon ab, wo die Person lebt (d. h. welches CCAC ihr geografisches Gebiet bedient)
  - Unterstützung für Betreuende, z. B. Familienangehörige von Klientinnen/Klienten, die zu Hause gepflegt werden, ist begrenzt und nicht überall in der Provinz einheitlich verfügbar
  - Aufsicht der CCACs über die beauftragten Dienstleister muss verbessert werden
  - Fallzahlen der Koordinatorinnen/Koordinatoren variieren erheblich, einige überschreiten die in den Richtlinien des Verbandes vorgeschlagenen Grenzwerte (wenig Gewissheit darüber, ob die Dienstleistungen konsistent für alle Klientinnen/Klienten erbracht wurden)
  - Koordinatorinnen/Koordinatoren nahmen nicht alle an den Schulungen für die Assessments teil, wurden nicht regelmäßig überprüft
  - Beurteilung der Klientinnen/Klienten ist z. T. nicht zeitnahe erfolgt und nicht regelmäßig evaluiert worden

#### Umsetzbarkeit und Wirtschaftlichkeit

- ◆ Ansatz der Koordinierung der Versorgung durch eine zentrale Anlaufstelle (CCACs) wird seit 1997 in Kanada umgesetzt
- ◆ Evaluation: nicht alle CCACs erwiesen sich in ihrer Arbeit als effizient
- ◆ Audit: CCACs halten die gesetzlich vorgeschriebenen Höchstmaße an Leistungen nicht ein, die Leistung der einzelnen CCACs wird an unterschiedlichen Zielvorgaben für die Erbringung von Kundendiensten gemessen

#### Bewertung der Übertragbarkeit und des Effizienzpotentials

Die in Ontario umgesetzten CCACs bieten Versorgung für die Bevölkerung aus einer Hand und verwalten diese gleichzeitig. Diese zentrale Steuerung ermöglicht, dass sich die Personen mit Pflegebedarf an nur eine Stelle wenden muss, diese den Bedarf einschätzt, die Pflege plant, die Leistungserbringer koordiniert und auch die Leistungserbringung abrechnet. Für jede/jeden Versicherte/Versicherten ist dabei eine maximale Anzahl an Versorgungsstunden gesetzlich geregelt und darf nur in begründeten Ausnahmen überschritten werden. Jedem CCAC steht nur ein begrenztes Budget für die Bevölkerung zur Verfügung, was u. a. aufgrund des rasanten Anstiegs des Bedarfs nach Pflegeleistungen in Kanada oder nicht individuell angepasster Pflegeplanungen durch die Koordinatorinnen/Koordinatoren zu Verzögerungen in der Leistungserbringung und überschreiten des Budgets geführt hat. Der Zugang zu Leistungen und deren Qualität sind zudem regional unterschiedlich.

Übertragbarkeit: Der Ansatz der CCAC ähnelt dem organisatorischen Aufbau der Pflegestützpunkte in Deutschland. Allerdings wären die Abrechnung sowie die vertragliche Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen nicht möglich. Des Weiteren wären die Pflegestützpunkte für diese umfassende Planung der Pflege für alle Versicherten und Nachverfolgung aller Fälle sowie Überprüfung der Qualität der Leistungserbringer nicht ausgestattet. Das Konzept der CCACs ist insgesamt als nicht übertragbar zu bewerten.

Effizienzpotential aus Sicht des Versorgungssystems sowie aus Sicht der betrieblichen (und dienstübergreifenden) Arbeitsorganisation: Die Koordinierung der Leistungen für alle Versicherten aus einer Hand hätte nur unter bestimmten Voraussetzungen Potentiale:

### Community Care Access Centres

- ◆ alle Anlaufstellen müssten adäquat finanziert werden,
- ◆ die Maßgabe der Personenzentrierung und individuellen Bedarfe der Pflegebedürftigen darf nicht durch Maßgaben und Höchstwerten limitiert werden,
- ◆ Standards und Richtlinien für die Priorisierung von Klientinnen/Klienten, um Wartezeiten für Personen mit unmittelbarem Hilfebedarf so gering wie möglich zu halten,
- ◆ zentrale Wartelisteninformationen, um allen Leistungserbringern und Klienten/Klientinnen aktuelle Informationen über die Verfügbarkeit solcher Dienste zur Verfügung zu stellen,
- ◆ Etablierung von Methoden zum Monitoring der Prozesse und Qualitätsüberwachung und Sicherstellung, dass alle Anbieter von häuslichen Pflegediensten und kommunalen Unterstützungsdiensten Bewertungen und Qualitätsergebnisse in einem gemeinsamen System austauschen.

Schlussfolgernd ist die Umsetzung des Ansatzes hierzulande nur mit größten Anstrengungen möglich. Zugleich gibt es keine Belege, dass dadurch die Leistungserbringer (ambulante Pflegedienste) entlastet werden, ob Schnittstellen minimiert werden und die (personal-) aufwendige Koordinierung und Planung der Pflege der Versicherten wegfallen würde. Im Gegenteil wäre sogar zu vermuten, dass die Anstrengungen des Wettbewerbs und der damit verbundene Druck in den Unternehmen ansteigen könnte.

- |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Quellen</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Polisen J, Laporte A, Coyte PC &amp; Croxford R (2010): Performance evaluation in home and community care. <i>J Med Syst</i> 34(3), 291-297. DOI: 10.1007/s10916-008-9240-y.</li> <li>◆ Hardeman E, MacLeod L &amp; Standing Committee (2016): CCACs-Community Care Access Centres-Home Care Programm. <i>2015 Annual Report of the Office of the Auditor General of Ontario</i>. Ontario, Canada: Legislative Assembly of Ontario. DOI: 978-1-4606-8864-9.</li> <li>◆ Barker P (2007): Local Health Integration Networks: The Arrival of Regional Health Authorities in Ontario. <i>Paper prepared for presentation at the Annual Meeting of the Canadian Political Science Association, University of Saskatchewan, Saskatoon, Saskatchewan</i>.</li> <li>◆ Office of the Auditor General of Ontario (2015): CCACs—Community Care Access Centres—Home Care Program. <i>Annual Report of the Office of the Auditor General of Ontario</i>. <a href="https://auditor.on.ca/en/content/annualreports/arreports/en15/3.01en15.pdf">https://auditor.on.ca/en/content/annualreports/arreports/en15/3.01en15.pdf</a> [Abruf am: 22.03.2021].</li> <li>◆ Webseite des Ministeriums für Gesundheit Kanada: <a href="https://www150.communiquelocal.gc.ca/00000143-1000-1022-1000-000000000000/00000143-1000-1022-1000-000000000000/00000143-1000-1022-1000-000000000000/00000143-1000-1022-1000-000000000000/00000143-1000-1022-1000-000000000000/Community_Care_Access_Centres_-_Health_Services_in_Your_Community_-_MOHLTC_(gov.on.ca)">Community Care Access Centres - Health Services in Your Community - MOHLTC (gov.on.ca)</a> [Abruf am 22.03.2021]</li> </ul> |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Quelle: IGES

Tabelle 48: Steckbrief MLTSS - Managed Long-Term Services and Supports

MLTSS - Managed Long-Term Services and Supports	
<b>Land (Gesundheitssystem)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ USA (Krankenversicherung größtenteils privatwirtschaftlich, Sozialversicherung nur für über 65-Jährige und Menschen mit Behinderung (Medicare) und im Rahmen der Wohlfahrt (Medicaid))</li> </ul>
<b>Datengrundlage des Steckbriefes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Konzeptbeschreibung, Evaluation unterschiedlicher Managed Long-Term Services and Supports (MLTSS)-Programme, Dissertationsschrift</li> </ul>
<b>Praxisbeispiel/Konzept/Ansatz zur verbesserten Koordination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <u>Konzept</u>: MLTSS als zentrale Anlaufstelle zur koordinierten ambulanten Versorgung</li> <li>◆ Strategie zur Ausweitung von ambulanten Dienstleistungen, Förderung der Einbindung von Betroffenen in die Gemeinschaft, Sicherstellung der Qualität, Steigerung der Effizienz bei gleichzeitiger Senkung der Inanspruchnahme der stationären Langzeitversorgung (unter Rückführung in die ambulante Versorgung)</li> <li>◆ Koordinierung der pflegerischen und sozialen Langzeitversorgung von Medicaid<sup>60</sup> versicherten Personen (einkommensschwache Menschen, insb. Kinder einkommensschwacher Familien, Menschen mit Behinderung, Ältere), die auch Medicare-berechtigt sind</li> <li>◆ auf staatlicher Ebene an spezialisierte Bundesbehörden angegliedert</li> <li>◆ in den Bundesstaaten große Varianz in der Umsetzung (z. T. nur Programmteilnahme einzelner Regionen, Teilnahme Betroffener teils verpflichtend, teils freiwillig)</li> <li>◆ Leistungen und Unterstützungsumfänge von MLTSS werden individuell angepasst an die Bedarfe der Betroffenen bereitgestellt, diese variieren je nach Staat und MCO<sup>61</sup> und beinhalten u. a.: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Risikoassessments, personenzentrierter Pflegeplan, Unterstützung bei der Einhaltung der Maßnahmen und Erreichen der Ziele des Pflegeplans</li> <li>▪ Aktualisierung und Anpassung in jährlichen Intervallen durch spezialisierte Pflegefachkräfte (Advanced Practice Nurses, APNs)</li> <li>▪ Koordinierung der verschiedenen home und community based services (HCBS)<sup>62</sup></li> <li>▪ Unterstützung und Einbindung der pflegebedürftigen Menschen bei/in benötigte(n) Dienstleistungen</li> <li>▪ Planung bei Überleitungen im Rahmen der Versorgung</li> </ul> </li> </ul>

<sup>60</sup> Medicaid ist ein Krankenversicherungsschutz für einkommensschwache Menschen jeden Alters, welcher primär über Steueraufkommen der Bundesstaaten und des Bundes finanziert wird. Das Leistungsspektrum umfasst u. a. die Behandlung im Krankenhaus (auch ambulant), ärztliche Behandlungen sowie Leistungen im Falle von Schwangerschaft und Mutterschaft und häuslicher Pflege. Der Leistungsumfang und die Zugangsberechtigung variieren zwischen den Bundesstaaten deutlich. Personen können sowohl Medicare als auch Medicaid anspruchsberechtigt sein.

<sup>61</sup> US-Bundesstaaten schließen mit sog Managed Care Organizations (MCOs) Verträge ab. Die Finanzierung erfolgt per Kopfpauschale oder Zahlungen pro Monat und Mitglied. MCO stellen über verschiedene Dienstleister Leistungen für Medicaid-berechtigte Personen bereit und koordinieren deren Erbringung.

<sup>62</sup> HCBS unterstützen Pflegebedürftige mit funktionalen Einschränkungen bei der Versorgung zu Hause. Das Leistungsangebot beinhaltet eine Vielzahl von ambulanten Gesundheits- und Humandienstleistungen. Die Gesundheitsdienste umfassen medizinische Leistungen (z. B. Therapien, Pflege), die Humandienste unterstützen Pflegebedürftige im Alltag (z. B. Transporte).

### MLTSS - Managed Long-Term Services and Supports

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erbringen/Vermittlung von Transportdienstleistungen</li> <li>▪ Unterstützung der Pflegenden in der Koordinierung der Gesundheitsversorgung, Koordinierung sozialer Dienste</li> <li>◆ <u>Ziele und erwartete Vorteile:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verbesserung der Pflegekoordinierung und des Zugangs zu Leistungen, Erhöhung der Versorgungsqualität</li> <li>▪ Überleitung Pflegebedürftiger aus der stationären Langzeitpflege zurück in ein ambulantes Setting bzw. Wechsel von institutionellen zu gemeindenahen Dienstleistungen</li> <li>▪ Vermeiden von Versorgungslücken, Unterstützung informell Pflegender</li> <li>▪ Kostenkontrolle/-einsparungen, u. a. Reduzierung von Krankenhauseinweisungen und –aufenthalten, Reduzierung von Wartezeiten</li> </ul> </li> </ul>
<b>Beteiligte Leistungserbringer/Akteure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Pflegefachkräfte (u. a. auch APN), Angehörige, Transportdienste, ambulante Pflegedienste, ambulante Dienstleister, Koordinatorinnen/Koordinatoren, Langzeitpflegeeinrichtungen, medizinische (Akut-)Dienstleister, soziale Dienste (social services)</li> <li>◆ <u>Zielgruppe:</u> Personen mit vielfältigen, meist komplexen Pflege- und Unterstützungsbedarfen, die Medicaid-Leistungen beziehen und im jeweiligen MLTSS-Programm des Bundesstaates eingeschrieben sind</li> </ul>
<b>Ergebnisse des Praxisbeispiels/Konzeptes/Ansatzes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Überleitungen aus dem stationären zurück in den ambulanten Versorgungsbereich bedingen Kapazitätsausbau ambulanter Dienstleister, um Betroffenen und Familien während dieser Übergänge zusätzliche Unterstützung zu bieten</li> <li>◆ Pflegekräfte mit Detailwissen zu Medicare und Medicaid für die Koordinierung benötigt (Registered Nurses (RN) und APN), bisher Personalfuktuation beobachtbar, Herausforderungen in der Personalgewinnung</li> <li>◆ Verschlechterung der Versorgungskontinuität und begrenzter Zugang zu Leistungen durch Fluktuation der Koordinatorinnen/Koordinatoren</li> <li>◆ Einbezug telemedizinischer Anwendungen in die Leistungserbringung insb. in Gebieten, in denen die geriatrische Expertise gering ausgeprägt ist, empfehlenswert → um diese zu verbessern sowie den Einbezug mobilitätseingeschränkter, pflegebedürftiger Menschen und ihren pflegenden Angehörigen zu ermöglichen</li> <li>◆ bisher fehlende Evidenz hinsichtlich einer Verbesserung von gesundheitsbezogenen Effekten und Resultaten (nicht näher beschrieben)</li> <li>◆ kurzfristige Kosteneinsparungen bei MLTSS-Programm-Initiierung sind nicht erwartbar</li> <li>◆ inkonsistente Ergebnisse zu langfristigen Kosteneinsparungen (uneinheitliche Ergebnisse, abhängig vom untersuchten Bundesstaat)</li> <li>◆ MLTSS-Teilnehmende machten unterschiedliche Erfahrungen mit dem Zugang zu den Leistungen der MLTSS: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ keine Veränderungen bei den tatsächlich erhaltenen Dienstleistungen und Unterstützungen</li> <li>▪ Angebot neuer Leistungen, hier jedoch Schwierigkeiten bei der Akquise von Leistungserbringern</li> <li>▪ teilweise erschwerter Zugang zu Leistungen durch die festen Pflegeplannungen</li> </ul> </li> <li>◆ Evaluation von zehn verschiedenen MLTSS-Programme unterschiedlicher Bundesstaaten ergab: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ durch Programme abgedeckte Leistungen variieren und beeinflussen das</li> </ul> </li> </ul>

### MLTSS - Managed Long-Term Services and Supports

Nutzungsverhalten sowie die Ausgaben der MLTSS-Programme (bspw. Verringerung von Aufenthalten in der stationären Langzeitpflege, die länger als 90 Tage (Tennessee) bzw. 180 Tage (Minnesota) dauern)

- größerer Anteil der gesamten MLTSS-Ausgaben für HCBS als für institutionelle Langzeitpflege, wobei Unterschiede zw. Staaten bestehen (68,9 % bzw. 56,3 % der Ausgaben)
- inkonsistente Ergebnisse zwischen den Staaten zur Nutzung von Pflegeeinrichtungen: teils Rückgang, teils gestiegene Inanspruchnahme
- uneinheitliche Ergebnisse der Inanspruchnahme von HCBS, der Verringerung der Krankenhausverweildauer (in einigen Staaten Verringerung nachweisbar), Reduzierung von vermeidbaren Krankenhausaufenthalten
- in verschiedenen MLTSS-Programmen unterschiedliche Ergebnisse für Nutzung spezifischer Dienstleistungen, z. B. Essen-auf-Rädern (hier durchweg niedrigere Inanspruchnahme durch Medicaid-Berechtigte im Vergleich zu Fee-For-Service<sup>63</sup>-Versicherten)
- Wahrscheinlichkeit für MLTSS-Teilnehmende im Vergleich zu Fee-For-Service-Versicherten, positive Erfahrungen zu Pflege und Lebensqualität zu haben, um 28 % höher (u. a. hinsichtlich des Zugangs zu Diensten/Leistungen und der Selbstbestimmtheit in der Versorgung)

#### Umsetzbarkeit und Wirtschaftlichkeit

- ◆ insgesamt werden 33 MLTSS Programme in 23 Bundesstaaten durchgeführt (Stand 09/2019)
- ◆ Evaluationsergebnisse deuten eine potentiell wirtschaftlich und qualitativ optimierte Versorgung von Leistungsberechtigten über MLTSS-Programme an, allerdings zeigen sich Inkonsistenzen zwischen den einzelnen Programmen

### Bewertung der Übertragbarkeit und des Effizienzpotentials

MLTSS-Programme gibt es nur in den USA und richten sich an Empfangende von Medicare und/oder Medicaid-Leistungen. MLTSS-Programme sind in den letzten Jahren verstärkt initiiert worden, um älteren oder behinderten Personen langfristige Unterstützung zu bieten und gleichzeitig Kostenentwicklungen im Gesundheitswesen kontrollieren zu können.

Übertragbarkeit: Aufgrund der nicht eindeutigen Evidenz und inkonsistenten Ergebnisse kann die Übertragbarkeit nur eingeschränkt bewertet werden.

Effizienzpotential aus Sicht des Versorgungssystems: MLTSS-Programme haben das Potential, weniger kostspielige, personenzentrierte häusliche und gemeindebasierte Alternativen zur institutionellen Pflege zu bieten, die Pflegequalität und -koordinierung zu verbessern, die Lebensqualität zu erhöhen und die Inanspruchnahme unnötiger Krankenhaus- und Heimleistungen zu reduzieren. Durch die enge Zusammenarbeit mit den lokalen Leistungserbringern des Gesundheitswesens können zudem Schnittstellenproblematiken sowie Über-, Fehl- oder Unterversorgung vermieden und dadurch Einsparungen der Ressourcen ermöglicht werden. Daraus ergibt sich für das Versorgungssystem eine mögliche SGB V- und XI-übergreifende Entlastung und durch kontinuierlichen Informationsaustausch auch eine gesteigerte Kontinuität in der Versorgung. Wenn jedoch Managed-Care-Pläne den Zugang zu Dienstleistungen einschränken oder deren Qualität und Koordinierung nicht sicherstellen, könnte MLTSS negative Auswirkungen auf die Gesundheit und die Ergebnisse der Langzeitpflege haben. Zusammenfassend sind die Ergebnisse der untersuchten Studien inkonsistent, was eine abschließende Bewertung des Gesamtkonzepts limitiert.

Effizienzpotential aus Sicht der betrieblichen (und dienstübergreifenden) Arbeitsorganisation: Die Koordinierung der pflegerischen und medizinischen Versorgung sowie der Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Betreuungsleistungen erfolgt über externe Koordinatorinnen/Koordinatoren. Durch den Einsatz von Koordinatorinnen/Koordinatoren ist die personalaufwendige Koordinierung der Versorgung der

<sup>63</sup> Fee-For-Service entspricht einer Einzelleistungsabrechnung.



**MLTSS - Managed Long-Term Services and Supports**

Klientinnen/Klienten in einer ambulanten Versorgungssituation reduziert. Der Einsatz des Personals in der direkten Versorgung der Klientinnen/Klienten kann dadurch effizienter und bedarfsgerechter gestaltet werden.

- Quellen**
- ◆ Cacchione PZ (2020): Managed Long-Term Services and Supports for Medicaid Only and Dually Eligible Individuals. J Gerontol Nurs 46(6), 7-11. DOI: 10.3928/00989134-20200511-01.
  - ◆ Libersky J, Liu S, Tuoff L, Gellar J, Lipson D, Collins A, Li J & Irvin C (2018): Managed Long-Term Services and Supports. MLTSS interim outcomes evaluation. 31. Januar 2018.
  - ◆ Williamson HJ (2015): Implementation of Medicaid Managed Long-term Services and Supports for Adults with Intellectual and/or Developmental Disabilities: A State's Experience. [Dissertation]: University of South Florida, Department of Community and Family Health with a concentration in Behavioral Health.
  - ◆ Wysocki A, Libersky J, Gellar J, Liu S & Pearse M (2019): Managed Long-Term Services and Supports. Design Supplement: Final Outcomes Evaluation. January 2019. Mathematica Policy Research.
  - ◆ Wysocki A, Libersky J, Gellar J, Miller D, Liu S, Luo M, Tourtelotte A & Lipson D (2020): Managed Long-Term Services and Supports. MLTSS Summative Evaluation Report. November 24, 2020.
  - ◆ Website von Medicaid: <https://www.medicaid.gov/medicaid/managed-care/managed-long-term-services-and-supports/index.html> [Abruf am: 04.03.2021]

Quelle: IGES

Tabelle 49: Steckbrief Service-Sharing-Plattformen

Service-Sharing-Plattformen	
<b>Land (Gesundheitssystem)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Nicht zutreffend, da ausschließlich mathematisch, experimentelle Modellrechnungen und nicht im System untersucht (Referenzplattformen, die die Überlegungen einbezogen sind, sind in den USA verortet, das Praxisbeispiel „Connectz Tool“ wäre auch für den Einsatz in den USA angedacht)</li> </ul>
<b>Datengrundlage des Steckbriefes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Modell Konzeptualisierung (lineare Programmiermodelle, Branch-and-Price Ansatz), Literaturstudie, Buchbeitrag (Modellbeschreibung)</li> </ul>
<b>Praxisbeispiel/Konzept/Ansatz zur verbesserten Koordination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Konzept: modellhafte Entwicklung eines Algorithmus einer Service-Sharing-Plattform zur verbesserten Koordinierung der Leistungserbringung in der ambulanten Versorgung<sup>64</sup></li> <li>◆ überregionaler und außerbetrieblicher Ansatz; Verfügbarkeit innovativer Technologien hat eine Verlagerung des Angebots von traditionellen Institutionen zu Service-Sharing-Plattformen (u. a. Angebot einzelner, selbstständiger Dienstleister) ermöglicht</li> <li>◆ Service-Sharing ermöglicht die Nutzung der Ressourcen durch den Einsatz neuer Technologien wie Blockchain<sup>65</sup> oder Apps → ermöglicht den Zugriff auf Freigaben/Annahmen der Dienstleistungen mit nur einem Klick von einem mobilen Gerät aus</li> <li>◆ App-basierte Service-Sharing-Plattformen könnten verschiedene Bereiche abdecken, die die Bereitstellung von Dienstleistungen für ältere Menschen unterstützen</li> <li>◆ Entwicklung eines Algorithmus für eine solche Plattform unter der Berücksichtigung von: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Angebot und Nachfrage (unter Verwendung verschiedener Matching-Strategien)</li> <li>▪ Dauer der Pflegebedürftigkeit</li> <li>▪ Zeitfenster für den Beginn und Dauer der Dienstleistung, zeitliche Abhängigkeit, Präferenz der Pflegefachkräfte und Qualifikationsanforderungen, Vermeidung von Arbeitsüberlastung</li> <li>▪ Rahmenbedingungen, gesetzlichen Regelungen</li> </ul> </li> <li>◆ Konzept konzentriert sich auf: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Matching-Modelle, bei dem die Serviceplattform die Nachfrageanfragen mit den Dienstleistern auf der Grundlage bestimmter Ziele in Bezug auf den Umsatz und die Servicequalität abgleicht: „self-interested“ (möglichst gewinnmaximierend für die Plattform); „customer-first“ (Fokus auf Präferenzen der Betroffenen); „hard-work-happy-life“ (Fokus auf höchst möglichem Gewinn der Pflegefachkräfte); „social-welfare“ (eher sozial-engagiert)</li> </ul> </li> <li>◆ Grundlage der Anfrage bei bestimmten Pflegefachkräften ist ebenfalls das HHCRSP Modell, d. h. der Algorithmus erkennt, ob die Anfrage in den Tourenplan bestmöglich integriert werden kann</li> </ul>

<sup>64</sup> häusliche Krankenpflege im US-amerikanischen Sinne: Home Health Care (HHC) ist eine Art von mobilem Dienstleistungsbetrieb, der älteren Menschen in häuslicher Umgebung Gesundheitsdienstleistungen anbietet (kurz- oder langfristige Dienstleistungen, wie z. B. medizinische und soziale Dienste, psychologische Unterstützung und andere persönliche Pflegeleistungen)

<sup>65</sup> Blockchain ist eine kontinuierlich erweiterbare Liste von Datensätzen, „Blöcke“ genannt, die mittels kryptographischer Verfahren miteinander verkettet sind

### Service-Sharing-Plattformen

- ◆ Pflegefachkräfte bei Service-Sharing-Plattformen sind unabhängige Auftragnehmer:
  - Pflegende entscheiden, ob er/sie eine Pause einlegen, Überstunden machen, die übertragenen Anfragen annehmen oder ablehnen will
  - Entscheidung für oder gegen die Annahme der Anfrage hängt von Vergütung, Pflegeaufwand, gewünschtem Zeitfenster, Ort und Dauer der Dienstleistung ab
- ◆ Ziel des/der Algorithmus/Entwicklung der Matching-Strategien:
  - Maximierung des Plattformumsatzes sowie des Gewinns der Pflegefachkräfte und des Klientenzulaufs
  - Minimierung der dienstwegbezogenen Kosten, einen garantierten Ausgleich der Arbeitsbelastung für Pflegefachkräfte und die Maximierung der Klientenzufriedenheit im Hinblick auf deren Präferenzen
- ◆ Ziel der Plattform:
  - Bedienen von Angebot (Pflegefachkräfte) und Nachfrage (Menge an Aufgaben für einen Arbeitstag)
  - Abstimmung der Pflegeanforderungen mit jeder Pflegefachkraft und Angabe, wann die Aufgaben durchgeführt werden müssen
- ◆ Praxisbeispiel „Connectz Tool“: bislang nicht umgesetzt, das Tool verfolgt aber die gleiche Idee: Organisationen verbinden, um die bestmögliche Unterstützung für Klientinnen/Klienten zu gewährleisten
  - primärer Fokus auf der Koordinierung der Versorgung
  - dem Tool ist eine Datenbank hinterlegt, welche in einem definierten geografischen Gebiet (Community) nach allen relevanten Dienstleistern und Unterstützungsmöglichkeiten im Zusammenhang mit den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen sucht
  - Gesundheitsdienstleister können in dieser cloudbasierten Anwendung nach Klientinnen/Klienten suchen und sie direkt an andere Dienste überweisen, den Stand der Übernahmen überprüfen und zur Koordinierung der Versorgung in Kommunikation treten
  - wenn Dienste (z. B. Hauswirtschaft) für Klientinnen/Klienten von ihren Anbietern gesucht, aber nicht gefunden werden, kann das Tool Berichte erstellen, die anzeigen, wo in bestimmten geografischen Regionen Versorgungslücken bestehen
  - Daten sollen versorgungsbereichübergreifend zur Verfügung stehen
  - Ziel: Ein Verständnis dafür, wo Klientenbedürfnisse und kommunale Dienste vorhanden sind, wird letztendlich über die Versorgungsbereiche hinweg zu effizienteren Versorgungsmanagementpraktiken führen, um die Gesundheitskosten zu senken

#### Beteiligte Leistungserbringer/Akteure

- ◆ Ambulanter Pflegedienst, Anbieter der Service-Sharing-Plattform, Pflegefachkraft, IT-Unternehmen
- ◆ Zielgruppe: pflegebedürftige Personen in der eigenen Häuslichkeit mit kurzfristigem oder dauerhaftem Pflegebedarf

#### Ergebnisse des Praxisbeispiels/Konzeptes/Ansatzes

- ◆ erste Studie, die vier Matching-Strategien auf operativer Ebene aus der zentralen Perspektive von Service-Sharing-Plattformen entwickelt und experimentell untersucht

### Service-Sharing-Plattformen

- ◆ Einfluss der Schwierigkeitsgrade<sup>66</sup> ist in der Modellrechnung hinsichtlich des Gewinns der Pflegefachkräfte in allen Strategien gleich: je höher der Pflegebedarf bzw. der Umfang der Aufgabe, je höher der Gewinn
- ◆ Plattformumsatz wird durch die Strategien "hard-work-happy-life" und "social-welfare" am ehesten gesteigert
- ◆ Klientenzulauf steigt unter der Strategie "hard-work-happy-life", sinkt eher unter den Strategien "self-interested" und "socialwelfare"

#### Ergebnisse der Modellrechnungen zu den Strategien:

- ◆ "self-interested": die Verwendung der Strategie erhöht den Gewinn der Pflegefachkraft mit steigendem Schwierigkeitsgrad der Klientinnen und Klienten, erhält den Umsatz der Plattform und verringert den Klientenstamm
- ◆ "customer-first": die Verwendung der Strategie erhöht den Gewinn der Pflegefachkraft mit steigendem Schwierigkeitsgrad, während der Umsatz der Plattform und der Klientenstamm gleichbleiben
- ◆ "hard-work-happy-life": die Verwendung der Strategie erhöht den Umsatz der Plattform, den Gewinn der Pflegefachkraft und den Klientenstamm mit steigendem Schwierigkeitsgrad
- ◆ "social-welfare": die Verwendung der Strategie erhöht den Gewinn der Pflegefachkraft, erhält den Umsatz der Plattform und verringert den Klientenstamm
- ◆ eine flexible „Servicedauer“ im Vergleich zu festen Zeitspannen erhöht den Umsatz der Plattform, den Gewinn der Pflegefachkraft und den Klientenstamm in allen Strategien (am höchsten ist der Gewinn in der "customer-first" Strategie)
- ◆ Aspekt der Pausenzeiten und zeitliche Abhängigkeit beeinflussen alle Strategien in Bezug auf den Umsatz der Plattform, den Gewinn der Pflegefachkraft und den Klientenstamm negativ
- ◆ "Social-Welfare"-Strategie für alle drei an der Service-Sharing-Plattform beteiligten Akteure und für die Regierung von Vorteil (unter Betrachtung aller Hauptfaktoren) → Strategie kann die soziale Wohlfahrt maximieren, indem sie einen Teil des Gewinns jedes Stakeholders fordert und diese Subventionen der Regierung über Steuersenkungen oder andere Vorteile (z. B. Gutscheine) kompensiert werden
- ◆ Ergebnisse deuten darauf hin, dass Strategien "customer-first" und "self-interested" mehr von flexiblen Servicedauern profitieren, jedoch eher negativ von Pausenanforderungen und zeitlichen Abhängigkeiten betroffen sind als Strategien "social-welfare" und "hard-work-happy-life"
- ◆ Praxisbeispiel „Connectz Tool“: keine Ergebnisse verfügbar

#### **Umsetzbarkeit und Wirtschaftlichkeit**

- ◆ auf gewinnorientierten Service-Sharing-Plattformen wird davon ausgegangen, dass der durchschnittliche Stundensatz der Pflegefachkraft und der Preis pro Stunde für jede Aufgabe geschätzt und berechnet werden kann (durch Angabe des Stundensatzes jeder Pflegefachkraft sowie Preise und Servicedauer jeder von Klientinnen/Klienten angeforderten und benötigten Aufgabe)
- ◆ Vergleich zwischen den Service-Sharing-Plattformen und den traditionellen ambulanten Diensten zeigt, dass Sharing-Economy positiven Einfluss auf den Gewinn der Pflegefachkräfte und den Klientenüberschuss hat
- ◆ in den USA existieren bereits verschiedene Apps zur Vermittlung und Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen und ggf. Versorgungsdienstleistungen in der Häuslichkeit:

<sup>66</sup> Das Verhältnis des Aufwandes der Dienstleistung beim Pflegebedürftigen zur Wegezeit.

### Service-Sharing-Plattformen

- Amazon Home Services (seit 2015) und TaskRabbit (Plattform auch in Deutschland verfügbar, keine Pflegedienstleistungen im Angebot) vermittelt häusliche und persönliche Pflegedienstleistungen,
- u. a. Meituan und Ele.me bieten Mahlzeitendienste
- AliHealth bietet medizinische und Rehabilitationsdienste
- ◆ Umsetzbarkeit hinsichtlich der Koordinierung bislang limitiert (aufgrund der Heterogenität von Service-Anfragen und Service-Dienstleistern)
- ◆ daher für Plattformen zur gemeinsamen Nutzung von Pflegediensten Wichtigkeit, Matching-Strategien zu entwickeln, die eine effiziente Verwaltung ermöglichen
- ◆ Praxisbeispiel „Connectz Tool“:
  - aufgrund des Mangels einer übergreifenden Plattform zur gemeinsamen Nutzung von Klientendaten und zur Beteiligung von Non-Profit-Organisationen oder Gemeinden in den USA konnte das Tool bislang nicht eingesetzt werden (PHM IT in den USA - Population health management information technologies)
  - das derzeitige Finanzierungsmodell bietet dafür keine Anreize und hat noch keine Priorität, diesen Ansatz weiterzuerfolgen

### Bewertung der Übertragbarkeit und des Effizienzpotentials

Ambulante Pflegedienste und Service-Sharing-Plattformen unterscheiden sich in Bezug auf:

- ◆ die Verträge mit den Pflegefachkräften: bei ambulanten Pflegediensten sind die Pflegefachkräfte Angestellte, bei Service-Sharing-Plattformen sind sie selbstständig Tätige,
- ◆ ihre Ziele: im Geschäftsmodell von Service-Sharing-Plattformen wird der Umsatz aus dem Durchschnittswert der zugeordneten Aufgaben generiert, der Klientenzulauf generiert sich über die Klientenzufriedenheit mit den Pflegefachkräften,
- ◆ den Gewinn: der Gewinn der Pflegefachkräfte ergibt sich hauptsächlich aus der Differenz zwischen dem Einkommen einer Pflegefachkraft (bezogen auf ihre Dienstauslastung) und den Kosten (bezogen auf ihre Reiseauslastung),
- ◆ die Pausenregelungen: gesetzlich vorgeschrieben für Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmer, bei selbstständige tätigen Pflegefachkräften weder Pflicht noch Recht.

Übertragbarkeit: Die Übertragbarkeit der Implementierung einer solchen Plattform ist nur limitiert einzuschätzen, da sich die Ergebnisse auf Modellrechnungen beziehen. Denkbar wäre eine (regional festgelegte) Plattform für die Vernetzung mehrerer ambulanter Dienste und ggf. weiterer Leistungserbringer. Darüber könnten dann ebenfalls selbstständig tätige Pflegefachkräfte koordiniert werden.

Übertragbarkeit des Praxisbeispiels Connectz Tool: PHM IT dient der Nachverfolgung demografischer Daten, verhaltensbezogener Gesundheitsdaten und die Pflegekoordinierung mit der Abrechnung zu bündeln und Anreizzahlungen unter Medicare oder anderen Kostenträgern zu beantragen. PHM IT identifiziert Risikopatientengruppen und bietet dann Plattformen für die Pflegekoordinierung dieser Klientinnen/Klienten an, aber im Allgemeinen gehören zu den Anwenderinnen/Anwendern Gesundheitsdienstleister, Pflegekoordinatorinnen/-koordinatoren von Gesundheitssystemen oder Kostenträgern sowie Abrechnungs- oder Zahlungsadministratorinnen/-administratoren. Der Schwerpunkt liegt daher in den USA nach wie vor innerhalb des Krankenhauses oder der Klinik. Erst eine Erweiterung des Tools auf andere Versorgungsbereiche und eine modellhafte Implementierung könnten valide Anhaltspunkte zur Übertragbarkeit liefern.

Effizienzpotential aus Sicht des Versorgungssystems: Die Plattform (denkbar auch das Connectz Tool) bietet das Potential einer koordinierten Vernetzung von Leistungserbringern und darüber hinaus einer koordinierten Zuweisung von Leistungserbringern. Somit würden Pflegebedürftige koordiniert die bestmögliche Versorgung erhalten und Versorgungslücken könnten minimiert werden. Zudem ist eine Minimierung von Schnittstellenproblematiken durch Vernetzung und Kooperation über die Plattform zu

### Service-Sharing-Plattformen

erwarten. Für evidenzbasierte Einschätzungen bedarf es allerdings zunächst einer Erprobung und wissenschaftlichen Begleitung.

Effizienzpotential aus Sicht der betrieblichen (und dienstübergreifenden) Arbeitsorganisation: Grundsätzlich ist denkbar, dass vor allem Personen mit kurzzeitigem Pflegebedarf (z. B. als ambulante Überbrückungspflege oder Verhinderungspflege) von der Plattform profitieren. Dies würde Effizienzpotentiale für konventionelle ambulante Dienste generieren, da diese den Betroffenen für die kurze Zeitspanne nicht aufnehmen müssen und der damit verbundene hohe (administrativen) Aufwand entfällt. Professionell Pflegende können die Fahrtzeit reduzieren, indem sie direkt zwischen ihren Wohnorten und den Orten ihrer Tätigkeiten pendeln, und sie können innerhalb ihrer verfügbaren Zeitfenster mit Aufgaben betraut werden. Eine flexible Servicedauer ermöglicht eine schnellere Erledigung von Aufgaben und letztlich die Möglichkeit mehr Aufgaben einzuplanen. Diese Attribute erhöhen jedoch auch den Schwierigkeitsgrad, diese in einem exakten Algorithmus zu berücksichtigen. Vor allem wenn in dem Algorithmus die Abhängigkeiten bestimmter Leistungserbringung berücksichtigt werden muss.

- Quellen**
- ◆ Lin M, Ma L & Ying C (2021): Matching daily home health-care demands with supply in service-sharing platforms. *Transp Res E Logist Transp Rev* 145, 102177. DOI: 10.1016/j.tre.2020.102177.
  - ◆ Opel DS (2019): Improving Technology-Driven Patient Care Coordination: Toward a Techne for Community-Based Organization Involvement. *World Medical and Health Policy* 11(4), 395-407. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/wmh3.324>.

Quelle: IGES

## A4 Steckbriefe zu Kapitel 5.3

Tabelle 50: Steckbrief Neue Wohnformen für pflegebedürftige Menschen

Neue Wohnformen für pflegebedürftige Menschen	
<b>Land (Gesundheitssystem)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Deutschland (beitragsfinanzierte Sozialversicherung, ca. 90% der Versicherten in der gesetzlich Kranken- und Pflegeversicherung, kleinerer Anteil Privatversicherte, private Zusatzversicherungen für Pflege und medizinische Leistungen möglich)</li> </ul>
<b>Datengrundlage des Steckbriefes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Studienberichte, Fachtagungsergebnisse, qualitative Studie, Evaluationsstudie, Literaturstudie, Longitudinale Studie</li> </ul>
<b>Praxisbeispiel/Konzept/Ansatz zur verbesserten Koordination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <u>Ansatz:</u> Schaffung verschiedener ambulanter Wohnkonzepte als Alternative zur stationären Versorgung             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ selbstverantwortetes gemeinschaftliches Wohnen und anbieterverantwortete betreute Wohngemeinschaften</li> <li>▪ bspw. im Rahmen von:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ quartiersbezogenen Wohnprojekten</li> <li>▪ Pflegewohngemeinschaften in Mehrgenerationenhäusern</li> <li>▪ in das Quartier eingebundenen Wohnverbänden mit unterschiedlichen Angebotstypen</li> <li>▪ (Senioren-)Wohnanlagen mit Einzelwohnungen und gemeinsamen Begegnungsräumen</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>◆ Konzepte variieren je nach Art und konzeptioneller Ausrichtung der Wohnform:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ambulantisierung stationär geführter Hausgemeinschaften (ambulante Leistungserbringung)</li> <li>▪ Versorgung bis hin zu 24h Betreuung</li> <li>▪ meist begrenzte Wohngrößen (z. B. acht bis zwölf Pflegebedürftige in Pflegewohngemeinschaften)</li> <li>▪ Pflege-WGs mit unterschiedlichen Organisationsformen:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Typ I: Vermietung, Betreuung, Hauswirtschaft und Pflege liegen in Verantwortung des ambulanten Trägers bzw. Betreibers</li> <li>▪ Typ II: ambulanter Pflegedienst übernimmt 24h Betreuung und Pflege sowie Kommunikation (mit Angehörigen, medizinischen Dienstleistern, Ehrenamtlichen); Vermittlung von Personen, die sich ehrenamtlich in der Betreuung engagieren (§45a SGB XI, v. a. Spaziergänge, Gesang, Spiele); Beteiligung von Angehörigen unterschiedlich hinsichtlich der Selbstverwaltungsaufgaben</li> <li>▪ Typ III: Angehörigenbeteiligung ist institutionalisiert (Angehörigenvereinbarung, Aufgaben und ggf. Ämter), Angehörige sind Bezugspersonen und gesetzl. Vertreterinnen/Vertreter der Pflegebedürftigen, Angehörige schließen sich als GbR zusammen und sind maßgeblich an Instandhaltung, Belegung, Koordinierung von Pflegedienst und anderem WG-Personal beteiligt</li> </ul> </li> <li>▪ selbstverantwortliche Organisation der Versorgung, z. T. Gründung von Bewohnerräten (Pflegebedürftige, Angehörige oder Bevollmächtigte managen das Leben und die pflegerische Versorgung in der Wohnform)</li> <li>▪ Kooperationsvereinbarungen mit Festlegung einzelner Aufgaben der Bewohnerinnen/Bewohner, der Angehörigen bzw. Bevollmächtigten, der Betreuungsdienste, der ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste und der Gemeinde</li> <li>▪ Erbringung von festen Grundleistungen (u. a. Mahlzeiten, Reinigung,</li> </ul> </li> </ul>

### Neue Wohnformen für pflegebedürftige Menschen

Grund- und/oder Behandlungspflege) teilweise durch dauerhaft anwesende Präsenzkkräfte erbracht; darüberhinausgehende Leistungen durch ambulante Pflegedienste individuell durch jede pflegebedürftige Person wählbar

- häufig gepoolte Leistungserbringung durch ambulante Pflegedienste: Pflegebedürftige der Wohnform beauftragen gemeinsam einen Pflegedienst für die Leistungserbringung, Auftragserteilung erfolgt seltener individuell bei unterschiedlichen Diensten
- Schulungen für Mitarbeitende der Pflegedienste zu spezifischen Bedarfen spezieller Zielgruppen
- Vernetzung und Kooperation verschiedener Dienstleister inkl. ambulanter Pflegedienste (im Quartier) zur Weiterentwicklung der lokalen Leistungs- und Netzwerkstrukturen
- Einbindung informeller Hilfen (Nachbarschaftshilfe, Ehrenamt)
- Koordinierung bedarfsgerechter Leistungen durch Case Management
- ◆ ausgewählte Beispielprojekte<sup>67</sup>:
  - Franziskanerbrüder vom Heiligen Kreuz e. V. - Haus Teresa – Gemeindeintegriertes Wohnprojekt für das Quartier Asbach
  - BeneVit – Ambulantisierung der Hausgemeinschaften
  - Caritas-Verband Meißen e.V. – selbstverantwortete Pflegewohngemeinschaften (konnte innerhalb der Projektlaufzeit nicht umgesetzt werden)
  - Stuttgarter Wohnungs- und Städtebaugesellschaft mbH - Selbstorganisierte ambulant betreute Wohngemeinschaft für türkischsprachige Menschen mit Pflegebedarf
  - doMS e. V. – Selbstbestimmt Wohnen mit MS: In den eigenen vier Wänden mit Versorgungssicherheit
  - IN DER HEIMAT WOHNEN Verwaltungsgesellschaft mbH – 24-Stunden-Versorgung: Pflege im Quartier in Bamberg
  - Stiftung Hospital St. Elisabeth – Ambulant betreute Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz im ländlichen Raum
  - St. Katharinen- und Weißfrauenstift – Tagesbegleitung für Menschen mit einer Demenzerkrankung im Wohnstift Niederursel
- ◆ Ziele (variieren je nach Art der Wohnform und konzeptioneller Ausrichtung):
  - Schaffung einer (gemeindenahen/quartiersbezogenen) Alternative zur stationären Versorgung, in der pflegebedürftigen Menschen bedarfsgerechte Pflege-, Betreuungs- und Unterstützungsleistungen durch ambulante Dienste erhalten → Verlängerung des Zeitraums, selbstbestimmt zu leben
  - Schaffung von sozialraumorientierten Infrastrukturen, die verlässliche Pflege- und Unterstützungsangebote mit Beratungs-, Zugangs- und Aktivierungsangeboten verbinden
  - Gewährleistung und Sicherstellung der Versorgungssicherheit in der ambulanten pflegerischen Versorgung
  - Erhöhung der Betreuungsqualität für pflegebedürftige Menschen in neuen Wohnformen
  - Entlastung pflegender Angehöriger

<sup>67</sup> Weitere deutschlandweite Projekte werden mit einer Kurzvorstellung des jeweiligen Projektes im Projektreader „Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen“ des GKV-Spitzenverbandes (2018) aufgeführt.



### Neue Wohnformen für pflegebedürftige Menschen

<b>Beteiligte Leistungserbringer/Akteure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Ambulante Pflegedienste, Wohnungsbaugesellschaften, Pflegebedürftige, Case Managerinnen/Manager, Leistungserbringer von Betreuungs- und Mahlzeitendiensten, Hauswirtschafterinnen/-wirtschafter, Bevollmächtigte, Angehörige (teilweise als Gesellschafterinnen/Gesellschafter), Gemeinde/Kommune (Zusammensetzung je nach Konzept und Projekt)</li> <li>◆ <u>Zielgruppe</u>: pflegebedürftige Personen in der ambulanten Versorgung in neuen Wohnformen, teilweise Fokus auf speziellen Zielgruppen:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ demenziell erkrankte Personen</li> <li>▪ Personen mit spezifischem Migrationshintergrund</li> <li>▪ Menschen mit geistiger und körperlicher Beeinträchtigung</li> <li>▪ Menschen mit chronisch degenerativen Erkrankungen (z. B. Multiple Sklerose)</li> </ul> </li> </ul>
<b>Ergebnisse des Praxisbeispiels/Konzeptes/Ansatzes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ nicht alle angestrebten Projekte bzw. Projektbestandteile (bspw. flexible Nutzung von Gebäudekomplexen) konnten umgesetzt bzw. vermietet werden             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aufwand insb. Erstmieterinnen/-mieter zu finden als groß und die Planung von selbstverantworteten Wohngemeinschaften als herausfordernd beschrieben</li> </ul> </li> <li>◆ Bewohnerinnen/Bewohner weisen i. d. R. einen höheren Pflege- und Unterstützungsbedarf auf</li> <li>◆ spezielle Zielgruppen (bspw. türkischsprachige Pflegebedürftige) erschwerten die Suche nach geeigneten Leistungserbringern</li> <li>◆ Realisierung der Organisation und Koordinierung des gemeinschaftlichen Versorgungssettings sowie trägerübergreifendes Schnittstellenmanagement über Case Management (in teils eigens gegründeten Vereinen)</li> <li>◆ Optimierung der Versorgungssicherheit mit bedarfsgerechten Pflegeleistungen</li> <li>◆ gepoolte Leistungserbringung durch einen (Pflege-)Dienstleister optimiert die Qualitätsentwicklung von integrierten Pflegedienstleistungen für Bewohnerinnen/Bewohner, finanziert ein möglichst umfassendes Angebot der ambulanten Pflegedienste</li> <li>◆ Übernahme der Rolle des Auftraggebers bzw. -nehmers stellte eine Schwierigkeit für Bewohnerinnen/Bewohner und Pflegedienste dar</li> <li>◆ regelmäßiger Austausch zwischen allen Beteiligten förderte die Zusammenarbeit und die Qualität und Gewährleistung einer individuellen Versorgung</li> <li>◆ Verbesserung der Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen, Qualitätssteigerungen in häuslichen Versorgungsarrangements durch projektbeteiligte beobachtet → Qualität kann mangels geeigneter Qualitätsprüfverfahren durch den MD jedoch nicht abschließend beurteilt werden</li> <li>◆ Wahlfreiheit der ambulanten Pflegedienste und -leistungen ist trotz komplexer Einzelverträge eingeschränkt (z. B. bei Neueinzug)</li> <li>◆ Studien geben Hinweise auf bessere Arbeitsbedingungen und höhere Arbeitszufriedenheit bei den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern sowie weniger Burnout, eine größere Entscheidungsautonomie und eine individuellere Pflege</li> <li>◆ Studien deuten an, dass die Versorgung in WGs hinsichtlich der allgemeinen Lebensqualität und weiteren bewohnerbezogenen Outcomes (bspw. physische Funktion oder Kognition) nicht förderlicher ist als in stationären Einrichtungen</li> <li>◆ Abgeschlossene Studien und verfügbare Evidenz zur Versorgungsqualität im Bereich der WGs fehlen bislang (werden aktuell durch den GKV-SV nach § 8 Abs. 3 SGB XI durchgeführt)</li> </ul>

### Neue Wohnformen für pflegebedürftige Menschen

- Umsetzbarkeit und Wirtschaftlichkeit**
- ◆ Projekte für neue Wohnformen werden deutschlandweit in vielfältiger Weise, sowohl im ländlichen als auch städtischen Raum, bereits umgesetzt
    - bundesweit insgesamt 3.891 ambulant betreute WGs (Stand 2017)
    - 13,5 % der ambulanten Pflegedienste planen eine Ausweitung ihres Angebotes in ambulant betreuten Wohngemeinschaften
  - ◆ finanzielle Bedeutung der häuslichen Pflegehilfe in ambulant betreuten Wohngemeinschaften für die Pflegedienste liegt insbesondere in dem Poolen von Tätigkeiten in der → Effizienzsteigerung der Leistungserbringung
  - ◆ ambulant betreute Wohngemeinschaften sind ähnlich leistungsfähig wie stationäre Einrichtungen, Gesamtaufwendungen inkl. häuslicher Krankenpflege fallen teilweise etwas höher aus als bei Bewohnerinnen/Bewohnern in Pflegeheimen
  - ◆ insgesamt bieten Pflegewohngemeinschaften in Deutschland gegenüber stationärer Versorgung keine finanziellen Vorteile im Sinne geringerer Gesamtaufwendungen (Studienlage ist begrenzt)
  - ◆ für ambulante Pflegedienstleister ergeben sich Effizienzpotentiale (z. B. Wegfall von Wegezeiten bei gepoolter Leistungserbringung)
  - ◆ unter Berücksichtigung des Ordnungs- und Leistungsrechts bestehen Anreize zur Leistungserbringung in ambulant betreuten Wohnformen im Vergleich zur vollstationären Langzeitpflege
    - Kombination mehrerer Leistungsarten des SGB XI
    - Möglichkeit Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V abzurechnen
  - ◆ verstärkte Nutzung ambulanter Wohnformen führte im Jahr 2017 zu Mehrausgaben für die Sozialversicherungsträger von 276 – 608 Mio. € (hauptsächlich im Bereich des betreuten Wohnens mit teilstationären Leistungen) → Mehrkosten gehen einher mit geringeren Selbsthalten der Pflegebedürftigen

### Bewertung der Übertragbarkeit und des Effizienzpotentials

In den letzten Jahrzehnten sind verschiedene Angebote für betreute Neue Versorgungsformen entstanden, die deutschlandweit, wenn auch regional variierend, umgesetzt werden. Für Personen mit Pflege- und Unterstützungsbedarfen sind im Rahmen einer ambulanten pflegerischen Versorgung durch externe Dienstleister insb. ambulant betreute Wohngemeinschaften und das selbstverantwortete gemeinschaftliche Wohnen relevant. In beiden Wohnformen können bedarfsgerechte Pflegeleistungen auch gepoolt durch ambulante Pflegedienste erbracht werden. Insgesamt ist in den nächsten Jahren mit einem weiteren Angebotsausbau bei neuen Wohnformen zu rechnen.

Ambulant betreute Wohngemeinschaften sind meist anbieterverantwortet. In Wohnungen leben acht bis max. zwölf Personen gemeinschaftlich zusammen. Der Betreuungsumfang variiert und kann bis zu einer 24-stündigen Betreuung reichen. Insb. Angehörige demenziell erkrankter Menschen, von Menschen mit Behinderungen oder intensivpflegebedürftiger Personen fragen diese Wohnform nach. Angebote durch externe Pflegedienste können durch die Bewohnerinnen/Bewohner grundsätzlich frei gewählt werden. In selbstverantworteten Wohngemeinschaften schließen sich die Mieterinnen und Mieter zu einer Auftraggeber-Gemeinschaft zusammen und beauftragen i. d. R. gemeinsam einen ambulanten Pflegedienst, der die benötigten Leistungen für die Pflegebedürftigen erbringt. Zudem werden informelle Pflegeleistungen durch Angehörige erbracht. Für eine Bewertung der Wirtschaftlichkeit und des Kostennutzens fehlt es aber bislang an ausreichender Evidenz solcher Wohnformen.

Übertragbarkeit: Projekte zu neuen Wohnformen werden in unterschiedlicher Weise bereits umgesetzt und scheinen, basierend auf bisherigen Projekterfahrungen, prinzipiell auf städtische und ländliche Regionen übertragbar zu sein.

### Neue Wohnformen für pflegebedürftige Menschen

Das Konzept der selbstverantworteten Wohngemeinschaften, welche den Fokus stark auf die selbstverantwortliche Organisation der Versorgung legt, ist aus Akteurssicht weniger abhängig von wirtschaftlichen Erwägungen etwaiger Träger, was die Übertragbarkeit erhöht. Eine erfolgreiche Umsetzung der Projekte bedingt jedoch, dass sich die Mieterinnen/Mieter ihrer Doppelrolle als Nutzerin/Nutzer und Organisatorin/Organisator von Dienstleistungen bewusst sind und diese ausfüllen können. Die erforderlichen Pflege-, Unterstützungs- und Betreuungslandschaften machen eine intensive Vernetzung der bestehenden Versorgungsstrukturen nötig. Andere Konzepte (bspw. Wohnstifte in Seniorenwohnanlagen) erfordern eine ausreichende Anzahl von Mieterinnen/Mieter, um wirtschaftlich tragfähig zu sein, was wiederum die Übertragbarkeit erschwert. Des Weiteren besteht, wie in vielen Bereichen der pflegerischen Versorgung, auch hier das Abgrenzungsproblem zu einem der beiden Versorgungsbereiche (ambulant und stationär). In der Vergangenheit gab es bereits Entwicklungen zur Benennung eines übergreifenden Versorgungsbereichs: „stambulant“.

Effizienzpotential aus Sicht des Versorgungssystems: Ein potentieller Mehrwert ambulant betreuter Neuer Wohnformen liegt vor allem in der hohen Ähnlichkeit zum häuslichen Umfeld und darüber hinaus der besseren Einbindung in soziale Netzwerke, das Quartier sowie der individuelleren Wahl von Pflege- und Betreuungsleistungen. Diese Vorteile wurden in der Realität jedoch noch nicht umfassend umgesetzt. Die gepoolte Leistungserbringung kann zu Kosteneinsparungen führen, während sich die Qualität und Bedarfsgerechtigkeit der erbrachten Leistungen potentiell erhöhen bzw. verbessern könnte. Andererseits zeigt das Gutachten von Rothgang et al. 2017, dass mit immensen Mehrausgaben der Sozialversicherung zu rechnen ist (v. a. wenn die Angebote darauf ausgerichtet sind, auch teilstationäre Leistungen auszuschöpfen). Diese Mehrausgaben sind nur gerechtfertigt, wenn diese mit einer steigenden Lebensqualität der Pflegebedürftigen einhergehen. Die Studienlage zu Auswirkungen auf diese Outcomes sind jedoch begrenzt.

Effizienzpotential aus Sicht der betrieblichen (und diensteübergreifenden) Arbeitsorganisation: Durch die gepoolte Leistungserbringung entfallen für die ambulanten Pflegedienste Wege- und Fahrtzeiten, gleichzeitig können sie in der Regel jeweils eine Hausbesuchspauschale abrechnen. Absprachen zur pflegerischen Versorgung können unkompliziert und leichter vor Ort mit allen Pflegebedürftigen getroffen werden, die Leistungen durch den Dienst beziehen. Leistungen könnten daraus resultierend effizienter erbracht werden. Durch zeitliche Einsparungen entstehen zusätzliche zeitliche Kapazitäten, in denen weitere Klientinnen/Klienten durch den Pflegedienst betreut werden können, was zu Umsatzsteigerungen bei den Diensten führen könnte. Zusätzlich ergibt sich für ambulante Dienste ein neues Marktfeld.

- Quellen**
- ◆ GKV-Spitzenverband (2018): Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen. Das Modellprogramm nach § 45f SGB XI. Die Projekte. Berlin.
  - ◆ Rothgang H, Wolf-Ostermann K, Schmid A, Domhoff D, Müller R & Schmidt A (2017): Ambulantisierung stationärer Einrichtungen und innovative ambulante Wohnformen. Bonn.
  - ◆ Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg & Fachstelle ambulant unterstützte Wohnformen (FaWo) (2016): Innovative Pflegearchitektur - Planungsaufgabe Wohngemeinschaft. Haus der Katholischen Kirche Stuttgart. 03. November 2016: Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg,
  - ◆ Reimer R & Riegraf B (2015): Geschlechtergerechte Care-Arrangements in Wohn-Pflegegemeinschaften? Studie zur Neuverteilung formeller, informeller, professioneller und semiprofessioneller Pflegeaufgaben. ISBN: 978-3-945437-00-1.
  - ◆ Verbeek H, Zwakhalen S, Rossum E, Kempen G & Hamers J (2011): Small-scale, home-like facilities in dementia care: A process evaluation into the experiences of family caregivers and nursing staff. *International journal of nursing studies* 49, 21-29. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2011.07.008.
  - ◆ Gräske J, Worch A, Meyer S & Wolf-Ostermann K (2013): Ambulant betreute Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen in Deutschland: Eine Literaturübersicht zu Strukturen, Versorgungsauscomes und Qualitätsmanagement. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 56.

---

**Neue Wohnformen für pflegebedürftige Menschen**

- ◆ Wolf-Ostermann K, Worch A, Fischer T, Wulff I & Gräske J (2012): Health outcomes and quality of life of residents of shared-housing arrangements compared to residents of special care units - results of the Berlin DeWeGE-study. *Journal of clinical nursing* 21, 3047-3060. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2012.04305.x.

---

Quelle: IGES

---

Tabelle 51: Steckbrief Komponistenviertel (Pflegedienst Thomas Rehbein)

Komponistenviertel (Pflegedienst Thomas Rehbein)	
<b>Land (Gesundheitssystem)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Deutschland (beitragsfinanzierte Sozialversicherung, ca. 90% der Versicherten in der gesetzlich Kranken- und Pflegeversicherung, kleinerer Anteil Privatversicherte, private Zusatzversicherungen für Pflege und medizinische Leistungen möglich)</li> </ul>
<b>Datengrundlage des Steckbriefes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Webseite, Studienbericht</li> </ul>
<b>Praxisbeispiel/Konzept/Ansatz zur verbesserten Koordination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <u>Konzept</u>: Neustrukturierung der pflegerischen Versorgung von Klientinnen/Klienten bzw. Gästen über Aufbau eines Quartiersansatzes</li> <li>◆ im Quartier „Eigenheim/Komponistenviertel“ (Wiesbaden) wurde eine ortsnahe, fußläufige 24 Stunden erreichbare Quartierspflege etabliert</li> <li>◆ enge Vernetzung von Pflegedienst und Quartier in einem gemeinsamen Quartiersbüro (Braeseke <i>et al.</i> 2020a) ermöglicht eine 24-stündige Versorgung (auch schwerst-)pflegebedürftiger Personen in der eigenen Häuslichkeit</li> <li>◆ künftig verstärkte Technikunterstützung geplant (z. B. videounterstützte Medikamentengabe)</li> <li>◆ <u>Ziele</u>: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identifikation und Umsetzung neuer Versorgungsmöglichkeiten in der ambulanten pflegerischen Versorgung</li> <li>▪ negative Folgen des demografischen Wandels und Fachkräftemangel entgegenwirken</li> </ul> </li> </ul>
<b>Beteiligte Leistungserbringer/Akteure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ ambulanter Pflegedienst, professionell Pflegende, Kooperation mit Wohnungsanbieter im Quartier</li> <li>◆ <u>Zielgruppe</u>: pflegebedürftige Personen in der ambulanten Versorgung innerhalb des Quartiers</li> </ul>
<b>Ergebnisse des Praxisbeispiels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Wegfall langer Wegezeiten</li> <li>◆ Stressreduktion bei Mitarbeitenden, Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit sowie gesteigerte personelle Kontinuität für Klientinnen/Klienten</li> <li>◆ Veränderung des Personalschlüssels von 1:5 auf 1:6</li> <li>◆ deutliche Steigerung der Gewinnung von Neukundinnen/-kunden durch direkten Kontakt in den Quartiersmanagementbüros</li> <li>◆ Schaffung bedarfsgerechter Pflegeangebote, die die Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Menschen wahren</li> <li>◆ 24-Stunden-Pflege im Quartier ermöglicht längeren Verbleib in der eigenen Häuslichkeit → Vermeidung bzw. Verzögerung des Heimeintritts</li> <li>◆ Steigerung der Versorgungssicherheit (u. a. durch 24-Stunden-Betreuung im Bedarfsfall in der eigenen Häuslichkeit)</li> </ul>
<b>Umsetzbarkeit und Wirtschaftlichkeit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Pflegedienst Thomas Rehbein deutschlandweit in vier Standorten mit 140 Beschäftigten und 500 Klientinnen/Klienten bzw. Gästen</li> <li>◆ zu Beginn der Umsetzung hohe Eigeninvestitionen notwendig</li> <li>◆ Pflegekassen haben das Vorhaben der Nutzung des Quartiersbüros zunächst abgelehnt</li> <li>◆ keine Rahmenregelungen hinsichtlich der Finanzierung durch die Pflegekassen, fehlende Rechtssicherheit für Pflegedienste bei Aufbau und Leistungserbringung über den Quartiersansatz</li> <li>◆ Kosten- und Zeiteinsparungen durch Wegfall langer Fahrtwege im Quartiersansatz</li> </ul>

### Komponistenviertel (Pflegedienst Thomas Rehbein)

- ◆ aufgrund der Kooperation mit dem Wohnungsanbieter bestehen kostenfreie Mieträume, was zu einer Mietkostensparnis führt und das Projekt finanzierbar macht

### Bewertung der Übertragbarkeit und des Effizienzpotentials

Der Pflegedienst Thomas Rehbein hat es sich zum Ziel gemacht, innovative Versorgungsansätze in der ambulanten Versorgung zu finden, um den Folgen des demografischen Wandels und des Fachkräftemangels entgegenzuwirken. Im Quartier „Eigenheim/Komponistenviertel“ (Wiesbaden) wurde eine ortsnahe, fußläufige Quartierspflege etabliert. Durch die enge Vernetzung von Pflegedienst und Quartier in einem gemeinsamen Quartiersbüro mit Nachtpflegedienst ist eine 24stündige Versorgung (auch Schwerst-)Pflegebedürftiger in der Häuslichkeit möglich. Eine wissenschaftliche Begleitung und Evaluation liegt nicht vor, weshalb keine abschließende, wissenschaftlich fundierte Beurteilung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses und tatsächlich nachweisbarer Effekte auf bspw. den längeren Verbleib Pflegebedürftiger in der Häuslichkeit möglich ist.

Übertragbarkeit: Quartiersbezogene Versorgung ist auch in anderen Regionen als übertragbar zu bewerten - insb. in städtischen Gebieten. Fehlende Rahmenvorgaben haben die Finanzierung des Projektes erschwert und stellen ein entsprechendes Hemmnis in der Implementierung weiterer gleichartiger Quartiersansätze und Projekte in Deutschland dar.

Effizienzpotential aus Sicht des Versorgungssystems: Der Ansatz eine ambulante 24-stündige pflegerische Betreuung sicherzustellen, ermöglicht eine (längere) Betreuung auch schwerpflegebedürftiger Menschen in der eigenen Häuslichkeit und reduziert somit potentiell die Anzahl und Dauer von stationären Langzeitversorgungen. Durch den lokalen Quartiersansatz könnten lokale Kooperationen und Zusammenarbeit mit anderen Akteuren der Gesundheitsversorgung (z. B. Therapeutinnen/Therapeuten, Ärztinnen/Ärzte) intensiviert und die Versorgung der Pflegebedürftigen insgesamt bedarfsgerecht optimiert werden.

Effizienzpotential aus Sicht der betrieblichen (und diensteübergreifenden) Arbeitsorganisation:

Eine wohnortnahe Versorgung im Quartier kann durch den Wegfall von Wegezeiten sowohl Zeit-, als auch Kosteneinsparungen und eine höhere Arbeitszufriedenheit bei beruflich Pflegenden erzielen.

- Quellen**
- ◆ Website des Pflegedienstes mit weiteren Verlinkungen zur den verschiedenen Projekten: <https://krankenpflege-rehbein.de/> [Abruf am 16.03.2021]
  - ◆ Braeseke G, Hahnel E, Neuwirth J, Engelmann F & Lingott N (2020): Potentiale sozialer Innovationen in der ambulanten Langzeitpflege. Dezember 2020

Quelle: IGES

## A5 Übersicht der recherchierten technischen Anwendungen

Tabelle 52: Übersicht zu den Rechercheergebnissen von technischen Anwendungen für die Pflege

Technikanwendung (Hersteller)	Inhalte	Quelle/Link
<b>pflegedienstinterne Koordinierung, Planung und Abrechnung von Pflegeleistungen</b>		
<b>.snap ambulant (euregon AG)</b>	Anwendungssoftware mit folgenden integrierten Modulen: <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Abrechnung</li> <li>◆ Arbeitszeiterfassung</li> <li>◆ Dienstplanung</li> <li>◆ Touren- und Einsatzplanung</li> <li>◆ Management von Verordnungen</li> </ul> weitere Module erhältlich (z. B. Pflegeplanung, Pflegevisiten)	<a href="https://www.euregon.de/snap-loesungen/">https://www.euregon.de/snap-loesungen/</a> [Abruf am: 09.02.2021]
<b>Vivendi NG Ambulant (Connex Communication GmbH)</b>	Anwendungssoftware mit folgenden integrierten Modulen: <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Fahrzeugverwaltung</li> <li>◆ Stammdatenverwaltung</li> <li>◆ Touren- und Einsatzplanung</li> <li>◆ Abrechnung</li> <li>◆ Controlling</li> </ul> weitere Module erhältlich (z. B. Dienstplanung, Foto- und Wunddokumentation, Pflegeplanungen, Pflegedokumentation)	<a href="https://www.connex.de/software/vivendi.aspx">https://www.connex.de/software/vivendi.aspx</a> [Abruf am: 08.02.2021]

Technikanwendung (Hersteller)	Inhalte	Quelle/Link
<b>MediFox ambulant (MediFox)</b>	Anwendungssoftware mit folgenden integrierten Modulen: <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Abrechnung</li> <li>◆ Verwaltung</li> <li>◆ Personaleinsatzplanung</li> <li>◆ CareMobile (mobile Leistungserfassung, Austausch mit anderen Mitarbeitenden, Fahrtenbuch)</li> <li>◆ Pflege- und Betreuungsdokumentation</li> <li>◆ Connect (digitale Vernetzung mit Ärztinnen/Ärzten, Angehörigen, Klientinnen/Klienten, Pflegenden des Pflegedienstes)</li> </ul>	<a href="https://ambulant.medifox.de/">https://ambulant.medifox.de/</a> [Abruf am: 08.02.2021]
<b>CareSocial (CareSocial GmbH)</b>	Anwendungssoftware mit folgenden integrierten Modulen: <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Pflegesoftware für Klientinnen/Klienten, Verwaltung, Abrechnung               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ u. a. Stammdaten- und Personalzeitmanagement, Pflegedokumentation, Wundmanagement, Kostenvoranschläge, Leistungsabrechnung, Leistungsnachweise, Vergütungsvereinbarungen, Datenträgeraustausch</li> </ul> </li> <li>◆ Pflegesoftware für Personaleinsatzplanung, mobile Datenerfassung während der Touren</li> <li>◆ Pflegesoftware für Finanzen, Controlling, Schnittstellen</li> </ul> weitere Module erhältlich (z. B. digitale Klientenakte, Mitarbeitermappe mit u. a. Wunschdienstplänen, Arbeitszeitkonten, Urlaubsanträgen)	<a href="https://www.caresocial.de/Pflegesoft-ware">https://www.caresocial.de/Pflegesoft-ware</a> [Abruf am: 10.02.2021]
<b>C&amp;S PflegeManager®Ambulant (C&amp;S Computer und Software GmbH)</b>	Anwendungssoftware mit folgenden integrierten Modulen: <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Pflegedokumentation, Dokumentationsvorlagen, Übergaben</li> <li>◆ Pflegeplanung, Pflegepläne, Maßnahmenplanung und Evaluation</li> <li>◆ dienstinternes Kommunikationstool, Dokumentationshilfen für Kommunikation mit externen Leistungsanbietern</li> <li>◆ Medikamentenmanagement</li> <li>◆ Tourenbücher</li> <li>◆ Integration von IDC-10 und ICF-Diagnosen</li> <li>◆ Stammdatenverwaltung (Klientinnen/Klienten)</li> </ul> weitere Module erhältlich (z. B. Risikoassessments, mobile Leistungserfassung, Einsatzpläne, Arbeitszeiterfassung)	<a href="https://www.managingcare.de/cs-pflegemanager/">https://www.managingcare.de/cs-pflegemanager/</a> [Abruf am: 10.02.2021]



Technikanwendung (Hersteller)	Inhalte	Quelle/Link
<b>MULTICOM Pflege.X (Multicom Software GmbH)</b>	<p>Anwendungssoftware mit folgenden integrierten Modulen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ Stammdatenverwaltung</li><li>◆ Leistungskataloge</li><li>◆ Mitarbeiterverwaltung</li><li>◆ Wiedervorlagesysteme</li><li>◆ Controlling</li><li>◆ Abrechnung</li><li>◆ Verordnungsmanagement</li><li>◆ Vertragsmanagement</li><li>◆ Erstellung von Dokumentationsvorlagen</li><li>◆ Angebotserstellungen</li></ul> <p>weitere Module erhältlich (z. B. Dienstplanung, Touren- und Einsatzplanung, Fuhrparkverwaltung, mobile Datenerfassung, Pflegeplanung und -dokumentation)</p>	<p><a href="https://www.multicomgmbh.de/pflegex/">https://www.multicomgmbh.de/pflegex/</a> [Abruf am: 11.02.2021]</p>
<b>ACS-Ambulance (Alpha Computer GmbH)</b>	<p>Anwendungssoftware mit folgenden integrierten Modulen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ Stammdatenverwaltung</li><li>◆ Leistungsplanung (u. a. Leistungsplanung und -nachweis, Verwaltung von Verordnungen)</li><li>◆ Abrechnung</li><li>◆ Controlling</li></ul> <p>weitere Module erhältlich (z. B. Pflegedokumentation, Dienst- und Einsatzplanung, Tourenplanung, Datenträgeraustausch, SOLL/IST-Erfassung der Arbeitszeiten und gefahrenen Touren, Wirtschaftlichkeitsprüfungen, mobile Datenerfassung von Arbeitszeiten und erbrachten Leistungen, Wunddokumentation, digitale Übergabe)</p>	<p><a href="https://www.alphacomputer.de/ambulant/">https://www.alphacomputer.de/ambulant/</a> [Abruf am: 11.02.2021]</p>

Technikanwendung (Hersteller)	Inhalte	Quelle/Link
<b>Mobile App</b>	<p>App (via Smartphone/Tablet) ist Teil einer größeren pflegediensteübergreifenden Softwareplattform im Rahmen eines Forschungsprojekts (Prototyp), sog. CDMS und hat folgende integrierte Module:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Stammdatenverwaltung (inkl. eigener Accounts Mitarbeitende und für Klientinnen/Klienten i. S. einer digitalen Akte)</li> <li>◆ Abrechnung</li> <li>◆ Dienst- und Tourenplanung</li> <li>◆ mobile Daten-/Leistungserfassung</li> <li>◆ Navigationsfunktion zum Einsatzort</li> <li>◆ Hilfsmittelverwaltung</li> <li>◆ Einsatzplanung</li> <li>◆ Erfassen biometrischer Parameter (z. B. Blutdruck, Blutzucker, Temperatur)</li> <li>◆ Einpflegen medizinischer Dokumente in die elektronische Patientenakte</li> </ul>	<p>Sandulescu V, Soviany S &amp; Sorin P (2020): Mobile App for Optimizing Home Care Nursing. <a href="https://www.researchgate.net/publication/341675335_Mobile_App_for_Optimizing_Home_Care_Nursing">https://www.researchgate.net/publication/341675335_Mobile_App_for_Optimizing_Home_Care_Nursing</a> [Abruf am: 05.02.2021]</p> <p>Sandulescu V &amp; Sorin P (2020): Web Application for Home Care Providers. <a href="https://www.researchgate.net/publication/342421273_Web_Application_for_Home_Care_Providers">https://www.researchgate.net/publication/342421273_Web_Application_for_Home_Care_Providers</a> [Abruf am: 05.02.2021]</p>
<b>Informationsaustausch und digitale Leistungserbringung</b>		
<b>CGM ELVI (La-Well Systems GmbH)</b>	<p>Pflegefachkräfte führen gemeinsam mit pflegebedürftigen Klientinnen/Klienten virtuelle Visiten mit Ärztinnen/Ärzten durch</p> <p>integrierte Inhalte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Kommunikationstool (Videotelefonie, Chat)</li> <li>◆ Informations- und Datenaustausch</li> </ul>	<p><a href="https://elvi.de/gesundheitswesen-pflege-geheime-und-ambulante-pflegedienste/">https://elvi.de/gesundheitswesen-pflege-geheime-und-ambulante-pflegedienste/</a> [Abruf am: 04.02.2021]</p>

Technikanwendung (Hersteller)	Inhalte	Quelle/Link
<b>Digitaler Stift (z. B. Diagramm Halbach GmbH &amp; Co. KG)</b>	elektronische Dokumentationssysteme mit folgenden integrierten Inhalten: <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Erfassung des Gesundheitszustands mit einem digitalen Stift</li> <li>◆ automatische Alarmer bei Grenzwertüber- oder Unterschreitung</li> <li>◆ Datenerfassung (z. B. Pflegedokumentation, Formulare)</li> </ul>	<a href="https://www.mobile-dokumentation.de/digitaler-stift/branchen-und-anwendungen/klinik-und-pflege/">https://www.mobile-dokumentation.de/digitaler-stift/branchen-und-anwendungen/klinik-und-pflege/</a> [Abruf am: 10.02.2021]  Lind L & Karlsson D (2014): Telehealth for „the digital illiterate“--elderly heart failure patients experiences. Stud Health Technol Inform 205, 353-357. ISSN: 0926-9630
<b>Digitaler Stift zur Wundversorgung</b>	elektronisches Dokumentationssystem (Prototyp) mit folgenden integrierten Inhalten: <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Kombination aus Bildübertragung von Wunden via Smartphone mit Daten, die auf digitalen Papierformularen erfasst wurden (über eine Bluetooth-Verbindung mit einem digitalen Stift)</li> <li>◆ versorgungsbereichübergreifender Datenzugriff (Wundexpertinnen/Wundexperten)</li> <li>◆ Informationsaustausch</li> </ul>	Vowden K & Vowden P (2013): A pilot study on the potential of remote support to enhance wound care for nursing-home patients. J Wound Care 22(9), 481-488. DOI: 10.12968/jowc.2013.22.9.481.
<b>e-Pflegebericht</b>	elektronische Pflegeüberleitung nach Krankenhausaufenthalt (Prototyp im Rahmen eines Forschungsprojekts) mit folgenden integrierten Inhalten: <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ elektronische Gesundheitsakte</li> <li>◆ standardisierte Überleitungsprozesse</li> </ul>	Schulte G, Hübner U, Rienhoff O, Quade M, Rottmann T, Fenske M, Egbert N, Kuhlisch R & Sellemann B (2017): Evaluation einer elektronisch unterstützten pflegerischen Überleitung zwischen Krankenhaus und Pflegeheim unter Nutzung einer Test-Telematikinfrastruktur: eine Fallanalyse. GMS Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie 2017 13(1)

Technikanwendung (Hersteller)	Inhalte	Quelle/Link
<b>Telepflegezentrale</b>	audiovisuelle Kommunikationstechnologien (Videotelefonie) über Tablet oder Smartphone mit folgenden integrierten Inhalten: <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ fachlicher Informations- und Datenaustausch durch Pflegefachkräfte mit anderen Pflegefachkräften (z. B. im Rahmen des Wundmanagements) oder Ärztinnen/Ärzten</li> </ul>	<a href="https://telepflegezentrale.de/">https://telepflegezentrale.de/</a> [Abruf am: 10.02.2021]  Pflegepioniere (2020): Telepflege. Ergebnisse der Projektevaluation. <a href="https://telepflege-niedersachsen.de/wp-content/uploads/2020/08/Telepflege-Abschlussbericht-zur-Telepflege">https://telepflege-niedersachsen.de/wp-content/uploads/2020/08/Telepflege-Abschlussbericht-zur-Telepflege</a>
<b>Wound care teleassistance service (TASP)</b>	elektronischer Informations- und Datenaustausch (mittels Tablet, Smartphone) mit folgenden integrierten Inhalten: <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ drahtlose Sprach- und Bildübertragung zwischen Pflegefachkräften und Pflegeexpertinnen/-experten (Wundmanagement, Enterostomatherapie)</li> </ul>	<a href="https://reacts.com/Content/documents/04_TASP_FR.pdf">https://reacts.com/Content/documents/04_TASP_FR.pdf</a> [Abruf am 05.02.2021]  Gagnon et al. (2014): The influence of a wound care teleassistance service on nursing practice: a case study in Quebec
<b>Interaktive Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT)</b>	Plattform (Prototyp) zur Erfassung und Verwaltung patientenrelevanter Ergebnisparameter über ein Tablet mit folgenden integrierten Inhalten: <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Erfassung und Verwaltung von patientenrelevanten Ergebnisparametern (z. B. patientendefiniertes Behandlungsziel)</li> <li>◆ automatische Alarmierung professionell Pflegenden bei (akuten) gesundheitliche Verschlechterung bzw. gesundheitlichen Beschwerden</li> </ul>	Algilani S, Langius-Eklöf A, Kihlgren A & Blomberg K (2017): An interactive ICT platform for early assessment and management of patient-reported concerns among older adults living in ordinary housing - development and feasibility. J Clin Nurs 26(11-12), 1575-1583. DOI: 10.1111/jocn.13468

Technikanwendung (Hersteller)	Inhalte	Quelle/Link
<b>Online Health Community (OHC) ZWIP (Zorg en Welzijns Informatie Portaal)</b>	<p>Online-Portal (Prototyp) mit dem Ziel die Inanspruchnahme und den Zugang zu Pflegeleistungen zu defragmentieren</p> <p>mit folgenden integrierten Inhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Informationsaustausch (Pflegebedürftige, Angehörige und Leistungserbringer)</li> <li>◆ Kommunikationstool</li> <li>◆ elektronische Gesundheitsakte</li> </ul>	<p><a href="http://www.zwip.nl">www.zwip.nl</a> [offizielle Website, jedoch nicht abrufbar]</p> <p><a href="https://www.netwerk100.nl/wat-wij-doen/voltooide-projecten/zorg-en-welzijnsinfoportaal-zwip/">https://www.netwerk100.nl/wat-wij-doen/voltooide-projecten/zorg-en-welzijnsinfoportaal-zwip/</a> [Abruf am: 05.02.2021]</p> <p>Makai P, Perry M, Robben SHM, Schers HJ, Heinen MM, Rikkert MGMO &amp; Melis RF (2014): Evaluation of an ehealth intervention in chronic care for frail older people: Why adherence is the first target. <i>Journal of Medical Internet Research</i> 16(6), e156. ISSN: 1438-8871 (electronic) 1438-8871</p>
<b>VALUE-Dienst (Virtual Assisted Living Umbrella for the Elderly)</b>	<p>Webportal (Prototyp) zum Informationsaustausch und digitaler Leistungserbringung mit folgenden integrierten Inhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Zugang zu professionell Pflegenden für Klientinnen/Klienten, Informationsaustausch</li> <li>◆ Kommunikationstool (Videokonferenz, Senden/Empfangen von Nachrichten)</li> <li>◆ Zugang zu verschiedenen Gesundheits- und Gemeinschaftsdiensten</li> </ul>	<p>Finkelstein SM, Speedie SM, Zhou X, Potthoff S &amp; Ratner ER (2011): Perception, satisfaction and utilization of the VALUE home telehealth service. <i>J Telemed Telecare</i> 17(6), 288-292. DOI: 10.1258/jtt.2011.100712</p>

Technikanwendung (Hersteller)	Inhalte	Quelle/Link
<b>HealthHUB (Docobo Ltd., Bookham, Surrey, Großbritannien)</b>	<p>Gerät zur Datenerfassung, Anschluss an Online-Portal zum Datenaustausch/-einsicht mit folgenden integrierten Inhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ kleines, portables Monitoringgerät (HealthHUB) erfasst biometrische Parameter (z. B. Blutdruck, Puls)</li> <li>◆ Dokumentationsmöglichkeit zum Allgemeinbefinden/Gesundheitszustand</li> <li>◆ Datenweiterleitung, Zugriff durch professionell Pflegende</li> <li>◆ automatische Alarmer bei akuten Zustandsverschlechterungen</li> </ul>	<p><a href="https://www.docobo.co.uk/">https://www.docobo.co.uk/</a> [Abruf am: 04.02.2021]</p> <p>De San Miguel K, Smith J &amp; Lewin G (2013): Telehealth remote monitoring for community-dwelling older adults with chronic obstructive pulmonary disease. [Journal Article; Randomized Controlled Trial; Research Support, Non-U.S. Gov't] Telemedicine journal and e-health 19(9), 652-657. DOI: 10.1089/tmj.2012.0244</p>
<b>e-Messaging über eine elektronische Patientenakte</b>	<p>e-Messaging-Funktion ist in die elektronische Patientenakte eingebettet (Prototyp) mit folgenden integrierten Inhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ versorgungsbereichsübergreifende Kommunikation und Informationsweitergabe zwischen Leistungserbringern</li> </ul>	<p>Melby L, Brattheim BJ &amp; Hellesø R (2015): Patients in transition—improving hospital-home care collaboration through electronic messaging: providers' perspectives. J Clin Nurs 24(23-24), 3389-3399. DOI: 10.1111/jocn.12991</p>
<b>LEOS Häusliche Krankenpflege (HMM Deutschland GmbH)</b>	<p>Anwendung zum Informations- und Datenaustausch zwischen ambulanten Pflegediensten und Krankenkassen mit folgenden integrierten Inhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ digitale Erfassung von Verordnungen</li> <li>◆ Überprüfen von Fehleingaben → Vermeidung von Ablehnungen und Rückfragen seitens der Kassen zu vermeiden</li> <li>◆ Anzeige von Korrekturen</li> </ul>	<p><a href="https://www.hmmdeutschland.de/pflegedienste/leos-haeusliche-krankenpflege#">https://www.hmmdeutschland.de/pflegedienste/leos-haeusliche-krankenpflege#</a> [Abruf am: 09.02.2021]</p>

Technikanwendung (Hersteller)	Inhalte	Quelle/Link
<b>SGB V und XI übergreifende (versorgungsbereichübergreifende) Steuerung der pflegerischen Versorgung</b>		
<b>Pflegeplatzmanager (Pflegeplatzmanager GmbH)</b>	<p>Vernetzung verschiedener Akteure der langzeitpflegerischen Versorgung i. S. einer Art Gesundheitsregion über eine webbasierte Plattform:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Unterstützung in Vermittlung von pflegerischen Betreuungsleistungen, u. a. durch ambulante Pflegedienste</li> <li>◆ Digitalisierung des Entlass-, Aufnahme- und Überleitmanagements auf der gesetzlichen Grundlage des Rahmenvertrages für das Entlassmanagement</li> <li>◆ zeitsparendes und transparentes Aufnahmemanagement</li> <li>◆ Hilfesuche mit Klientenprofilen und Echtzeitabgleich für passgenaue Suche → optimierte Tourenplanung</li> <li>◆ Pflegedienste selbst können Profile mit ihren Dienstleistungen etc. erstellen, sodass Pflegebedürftige bei Zusage anhand des Profils entscheiden können, ob sie Leistungen dieses Pflegedienstes beziehen wollen</li> <li>◆ Vernetzung medizinischer Leistungserbringer mit den ambulanten Nach- und Weiterversorgern und darüber hinaus mit Beratungsstellen, Pflegestützpunkten, Homecare-Unternehmen, Hilfsmittellieferanten und Rehakliniken</li> </ul>	<p><a href="https://www.pflegeplatzmanager.de/#ambDienste">https://www.pflegeplatzmanager.de/#ambDienste</a> [Abruf am: 08.02.2021]</p> <p><a href="https://www.pflegeplatzmanager.de/newsroom/interview-die-digitale-loesung-spart-viel-zeit/">https://www.pflegeplatzmanager.de/newsroom/interview-die-digitale-loesung-spart-viel-zeit/</a> [Abruf am: 08.02.2021]</p> <p><a href="https://www.pflegeplatzmanager.de/newsroom/digitale-kontakt-aufnahme-zu-91-aller-deutschen-pflegeanbieter-ueber-plattform-pflegeplatzmanager/">https://www.pflegeplatzmanager.de/newsroom/digitale-kontakt-aufnahme-zu-91-aller-deutschen-pflegeanbieter-ueber-plattform-pflegeplatzmanager/</a> [Abruf am: 08.02.2021]</p>
<b>Campian®Net (medicalnetworks)</b>	<p>aktive und passive Vernetzung am Pflegeprozess beteiligter Akteure der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung, versorgungsbereichübergreifender Zugriff auf eine Patienten-/Klientenakte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Echtzeitbereitstellung von Daten in der Patienten-/Klientenakte</li> <li>◆ Kommunikationstool für versorgungsbereichübergreifenden und interprofessionellen Informationsaustausch</li> <li>◆ institutionsübergreifender Datenaustausch über den gesamten Behandlungsverlauf hinweg (inkl. Behandlungsanweisungen, Wundkonsultationen)</li> <li>◆ Benachrichtigungen an Ärztinnen/Ärzte bei bspw. gesundheitlichen Verschlechterungen Behandlungsanweisungen</li> </ul>	<p><a href="https://www.campian.net/detailseite/softwareloesung-fuer-pflegekraefte-und-aerzte-1.html">https://www.campian.net/detailseite/softwareloesung-fuer-pflegekraefte-und-aerzte-1.html</a> [Abruf am: 09.02.2021]</p>

Technikanwendung (Hersteller)	Inhalte	Quelle/Link
<b>Careplace (InnFactory)</b>	Plattform zur Vernetzung von ambulanten Pflegediensten mit folgenden integrierten Inhalten: <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Übersichtskarte über geographisches Gebiet mit Filterfunktionen</li> <li>◆ Anzeige von Standorten einzelner Klientinnen/Klienten verschiedener ambulanter Pflegedienste</li> <li>◆ Freigabe von Klientinnen/Klienten durch Pflegedienste zur Übernahme durch andere Dienste → Pflegedienste sehen auf einen Blick, wo mögliche neue Klienten wohnen und ob sie in Touren passen könnten</li> <li>◆ Übersichtsanzeigen mit Hilfesuchen einzelner Pflegedienste bei bspw. akuten Personalausfällen → Anzahl benötigter Pflegefach- und -hilfskräfte kann von jedem Pflegedienst individuell hinterlegt werden und wird anderen Diensten angezeigt</li> <li>◆ Pflegediensteübergreifendes Kommunikationstool für u. a. Übernahmeanfragen</li> </ul>	<a href="https://innfactory.de/case-study/careplace-cloud/">https://innfactory.de/case-study/careplace-cloud/</a> [Abruf am: 12.02.2021]
<b>Recare ONE (RE-CARE DEUTSCHLAND GMBH)</b>	Plattform zum Überleitungsmanagement nach Krankenhaus-Entlassung mit folgenden integrierten Inhalten: <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen oder Pflegeberater erstellen einheitliche und strukturierte Patientenprofile von pflegebedürftigen Personen, für die eine (nachstationäre) Versorgung benötigt wird</li> <li>◆ Echtzeitabgleich mit freien Kapazitäten ambulanter Pflegedienste → Anfragen an die ambulanten Pflegedienste gehen über das Portal per Mail ein und können dort auch jederzeit direkt beantwortet/abgelehnt werden</li> <li>◆ Koordinierung der Überleitung</li> <li>◆ Echtzeitupdates zum Status der Kostenübernahme von Krankenhäusern oder angebundenen Kostenträgern</li> </ul>	<a href="https://www.recaresolutions.com/fuer-nachversorger">https://www.recaresolutions.com/fuer-nachversorger</a> [Abruf am: 12.02.2021]
<b>Caseform (nubedian GmbH)</b>	Plattform zum Überleitungsmanagement nach Krankenhaus-Entlassung mit folgenden integrierten Inhalten: <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen oder Pflegeberater erstellen einheitliche und strukturierte Patientenprofile von pflegebedürftigen Personen, für die eine (nachstationäre) Versorgung benötigt wird</li> <li>◆ Echtzeitabgleich freier Kapazitäten der ambulanten Dienste → Pflegeüberleitungsbögen werden über das Portal an den ambulanten Pflegedienst verschickt. Pflegedienste können Antworten schicken und weitere Informationen (z. B. Medikationsplan) anfordern</li> <li>◆ Pflegedienste können ihr regional begrenztes Einsatzgebiet angeben → nur Anfragen für Patienten innerhalb des Gebiets</li> </ul>	<a href="https://caseform.de/Entlassmanagement/">https://caseform.de/Entlassmanagement/</a> [Abruf am: 12.02.2021]

Quelle: IGES



## Literaturverzeichnis

- Amjad H, Wong SK, Roth DL, Huang J, Willink A, Black BS, Johnston D, Rabins PV, Gitlin LN, Lyketsos CG & Samus QM (2018): Health Services Utilization in Older Adults with Dementia Receiving Care Coordination: The MIND at Home Trial. *Health Serv Res* 53(1), 556-579. DOI: 10.1111/1475-6773.12647. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28083879>.
- AOK (2011): Versorgungsvertrag für ambulante Pflege nach § 72 SGB XI. [https://www.aok.de/gp/fileadmin/user\\_upload/Pflege/Ambulante\\_Pflege/sac\\_pflege\\_amb\\_muster\\_vv\\_01\\_08\\_2011.pdf](https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Pflege/Ambulante_Pflege/sac_pflege_amb_muster_vv_01_08_2011.pdf) [Abruf am: 14.01.2021].
- AOK (o. J. ): Vertrag gemäß § 132a Abs. 4 SGB V. [https://www.aok.de/gp/fileadmin/user\\_upload/Pflege/Ambulante\\_Pflege/HK\\_P/bln\\_hkp\\_vertrag.pdf](https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Pflege/Ambulante_Pflege/HK_P/bln_hkp_vertrag.pdf) [Abruf am: 14.01.2021].
- Barker P (2007): Local Health Integration Networks: The Arrival of Regional Health Authorities in Ontario. *Paper prepared for presentation at the Annual Meeting of the Canadian Political Science Association, University of Saskatchewan, Saskatoon, Saskatchewan.*
- Barnett K, Livingstone A, Margelis G, Tomlins G, Gould G, Capamagian L, Alexander G, Mason C & R Y (2020a): Innovation Driving Care Systems Capabilities: Case Studies. Aged Care Industry IT Company. <http://www.aciitc.com.au/wp-content/uploads/2020/11/ACIITC-CAREIT-Case-Study-Report-FINAL.pdf> [Abruf am: 23.03.2021].
- Barnett K, Livingstone A, Margelis G, Tomlins G, Gould G, Capamagian L, Alexander G, Mason C & R Y (2020b): Innovation driving care systems capability: Discussion Paper. Aged Care Industry I.T Company. . <http://www.aciitc.com.au/wp-content/uploads/2020/11/ACIITC-Care-IT-Report-FINAL-13112020.pdf> [Abruf am: 23.03.2021].
- Barnett K, Livingstone A, Margelis G, Tomlins G, Gould G, Capamagian L, Alexander G, Mason C & R Y (2020c): Innovation driving care systems capability: Final Report. Aged Care Industry I.T Company. <http://www.aciitc.com.au/wp-content/uploads/2020/11/ACIITC-Care-IT-Report-FINAL-13112020.pdf> [Abruf am: 23.03.2021].
- Becke G, Behrens M, Bleses P, Jahns K, Pöser S & Ritter W (2013): Nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit in der ambulanten Pflege: Zwischenbericht des Verbundprojekts ZUKUNFT:PFLEGE. *artec-paper*. Bremen: Universität Bremen, Forschungszentrum Nachhaltigkeit (artec). <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/58712>.
- Beckmann L (2018): Digitale Pflegedokumentation auf dem Prüfstand. Erster vergleichender Produkttest für die Altenpflege. Hamburg.
-

- Behrend R, Maaz A, Sepke M & H P (2020): Interprofessionelle Teams in der Versorgung. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J & A S: Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? . Berlin: Springer, 201-2019.
- Béland F, Bergman H, Lebel P, Clarfield AM, Tousignant P, Contandriopoulos AP & Dallaire L (2006a): A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: results from a randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 61(4), 367-373. DOI: 10.1093/gerona/61.4.367.
- Béland F, Bergman H, Lebel P, Dallaire L, Fletcher J, Contandriopoulos AP & Tousignant P (2006b): Integrated services for frail elders (SIPA): a trial of a model for Canada. *Can J Aging* 25(1), 5-42. ISSN: 0714-9808 (Print) 0714-9808.
- Beland F & Hollander MJ (2011): Integrated models of care delivery for the frail elderly: International perspectives. *Gaceta Sanitaria* 25(SUPPL. 2), 138-146. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.003>. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emca2&NEWS=N&AN=51715539>.
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (2018): BGWtest: Produkttest für die Altenpflege - Digitale Pflegedokumentation auf dem Prüfstand. Hamburg: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). [https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medien\\_und\\_Service/BGW-test/BGW%2009-14-111%20Produkttest-Altenpflege-Ergebnisse-kompakt.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medien_und_Service/BGW-test/BGW%2009-14-111%20Produkttest-Altenpflege-Ergebnisse-kompakt.pdf?__blob=publicationFile) [Abruf am: 09.02.2021].
- Bleses P & Busse B (2020): Digitalisierung der Pflegearbeit in der ambulanten Pflege. Herausforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten guter Arbeitsqualität. In: Bleses P, Busse B & Friemer A: Digitalisierung der Arbeit in der Langzeitpflege als Veränderungsprojekt. Springer-Verlag GmbH Deutschland, 65 - 80.
- Bleses P, Busse B, Friemer A, Kludig R, Breuer J, Philippi L, Bidmon-Berezinski J & Schnäpp M (2018): - Verbundprojekt KOLEGE - Interagieren, koordinieren und lernen. Chancen und Herausforderungen der Digitalisierung in der ambulanten Pflege. Zwischenbericht - Ergebnisse der Analysephase. *Schriftenreihe Institut Arbeit und Wirtschaft*.
- Bleses P & Jahns K (o. J.): Ressourcen stärken in der ambulanten Pflege – Ergebnisse des Projekts ZUKUNFT:PFLEGE. <https://docplayer.org/64985389-Ressourcen-staerken-in-der-ambulanten-pflege-ergebnisse-des-projekts-zukunft-pflege-dr-peter-bleses.html> [Abruf am: 31.03.2021].
- BMC Managed Care e. V. (o. J.): Gesundheitslotsen. <https://www.bmcev.de/gesundheitslotsen/> [Abruf am: 30.04.2021].
-

Braeseke G, Hahnel E, Neuwirth J, Engelmann F & Lingott N (2020a): Potenziale sozialer Innovationen in der ambulanten Langzeitpflege. Dezember 2020.

Braeseke G, Meyer-Rötz S, Pflug C & Haaß F (2017): Digitalisierung in der ambulanten Pflege – Chancen und Hemmnisse. Abschlussbericht für das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi).Berlin.

Braeseke G, Huster S, Meyer-Rötz SH, Nolting H-D, Pflug C, Ströttchen J (2018): Studie zum Versorgungsmanagement durch Patientenlotsen, im Auftrag der Patientenbeauftragten der Bundesregierung.

Braeseke G, Pflug C, Tisch T, Wentz L, Pörschmann-Schreiber U & Kulas H (2020b): Umfrage zum Technikeinsatz in Pflegeeinrichtungen (UTiP). Studie für das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin.

Brandenburg H, Bauer J, Grebe C, Luft L, Frank M, Schäfer K & Rausch A (2018): Evaluation des Projekts "Nachstationäre Betreuung zur Wiedererlangung der Alltagskompetenz im häuslichen Umfeld durch den Förderverein 'Unsere Brücke Biberach e.V.'. Evaluation poststationärer Betreuung in Biberach (EPOS-B). Abschlussbericht.

Broderick A & Steinmetz V (2013): Centura Health at Home: Home. Telehealth as the Standard of Care. Commonwealth Fund. [https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/media\\_files\\_publications\\_case\\_study\\_2013\\_jan\\_1655\\_broderick\\_telehealth\\_adoption\\_centura\\_case\\_study.pdf](https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/media_files_publications_case_study_2013_jan_1655_broderick_telehealth_adoption_centura_case_study.pdf) [Abruf am: 15.03.2021].

Brügger U, Schleining R, Weiser S, Pletscher M & Plessow R (2011): Kantonale oder regionale Krankenkasse (KRK): Ökonomische Beurteilung der Vor- und Nachteile. . *Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, ZHAW*.

Bundesagentur für Arbeit (o. J.): Arbeitnehmerüberlassung. <https://www.arbeitsagentur.de/unternehmen/personalfragen/arbeitnehmeruberlassung> [Abruf am: 14.01.2021].

Bundesministerium für Gesundheit (2019): Konzertierte Aktion Pflege. Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 – 5. 1.Auflage. Juni 2019. Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit (2020): Pflegeversicherung neu denken: Eckpunkte der Pflegereform 2020. Stand 04.11.2020.

Bundesministerium für Gesundheit (2017): Qualität und Transparenz in der Pflege. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/qualitaet-und-transparenz-in-der-pflege.html#c9725> [Abruf am: 13.01.2021].

---

- Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) (2017): ExCELL – Echtzeitanalyse und Crowdsourcing für eine selbstorganisierte City-Logistik. *Smart Data – Innovationen aus Daten*. [www.bmwi.de](http://www.bmwi.de) [Abruf am: 18.02.2021].
- Büscher A (2020 ): Bedarfslagen in der häuslichen Pflege. *Pflege-Report 2020: Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung*. Berlin: Springer.
- Busse B, Phillippi L, Kludig R, Behling U, Jahns K, Winkelmann B & Raudies S (2019): Gestaltung des Veränderungsprojekts „Digitalisierung der Arbeit“ im Projekt KOLEGE : Technikeinsatz, Organisation von Kommunikation, Informieren und Lernen. Bremen, 27. Juni 2019.
- Busse R, Schreyögg J & Stargardt T (2017): Management im Gesundheitswesen. Das Lehrbuch für Studium und Praxis. Berlin: Springer Verlag. ISBN: 978-3-662-55023-6.
- Cacchione PZ (2020): Managed Long-Term Services and Supports for Medicaid Only and Dually Eligible Individuals. *J Gerontol Nurs* 46(6), 7-11. DOI: 10.3928/00989134-20200511-01.
- Cano I, Alonso A, Hernandez C, Burgos F, Barberan-Garcia A, Roldan J & Roca J (2015): An adaptive case management system to support integrated care services: Lessons learned from the NEXES project. *Journal of Biomedical Informatics* 55, 11-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbi.2015.02.011>.
- Central coast integrated care program (2017): Central coast integrated care strategy. Annual Report 2016. [https://www.cclhd.health.nsw.gov.au/wp-content/uploads/CentralCoastIntegratedCareStrategy\\_AnnualReport2016.pdf](https://www.cclhd.health.nsw.gov.au/wp-content/uploads/CentralCoastIntegratedCareStrategy_AnnualReport2016.pdf) [Abruf am: 24.03.2021].
- Chappell NL, Dlott BH, Hollander MJ, Miller JA & McWilliam C (2004): Comparative costs of home care and residential care. *Gerontologist* 44(3), 389-400. DOI: 10.1093/geront/44.3.389.
- civica (o.J.): The Carelink Suite. Product brochure. [https://www.civica.com/globalassets/7.document-downloads/3.au-docs/product-information/carelink-suite\\_information.pdf](https://www.civica.com/globalassets/7.document-downloads/3.au-docs/product-information/carelink-suite_information.pdf) [Abruf am: 23.03.2021].
- Dalton H, Read DMY, Booth A, Perkins D, Goodwin N, Hendry A, Handley T, Davies K, Bishop M, Sheather-Reid R, Bradfield S, Lewis P, Gazzard T, Critchley A & Wilcox S (2019): Formative Evaluation of the Central Coast Integrated Care Program (CCICP), NSW Australia. *Int J Integr Care* 19(3), 15. DOI: 10.5334/ijic.4633.
- Daum M (2017): Digitalisierung und Technisierung der Pflege in Deutschland. Aktuelle Trends und ihre Folgewirkungen auf Arbeitsorganisation,
-

- Beschäftigung und Qualifizierung. [http://www.daa-stiftung.de/fileadmin/user\\_upload/digitalisierung\\_und\\_technisierung\\_der\\_pfl\\_ege\\_2.pdf](http://www.daa-stiftung.de/fileadmin/user_upload/digitalisierung_und_technisierung_der_pfl_ege_2.pdf) [Abruf am: 19. Februar 2020].
- Daxberger S, Fifelski-von Böhlen C, Peters M, Schaper M & Wirth L (2020): Rahmenkonzept „Gesundheitsförderliches, technikerunterstütztes Arbeiten in der ambulanten Pflege“. [http://itagap-projekt.de/wp-content/uploads/2020/11/Rahmenkonzept\\_ITAGAP\\_final.pdf](http://itagap-projekt.de/wp-content/uploads/2020/11/Rahmenkonzept_ITAGAP_final.pdf) [Abruf am: 29.03.2021].
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2019): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 2. Aktualisierung 2019 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP).
- DGCC Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e. V. (2012): Was ist Case Management (CM)? <https://www.dgcc.de/case-management/>.
- Die Bundesregierung (2019): Konzertierte Aktion Pflege. Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5. Stand November 2019. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Douglas HE, Georgiou A, Tariq A, Prgomet M, Warland A, Armour P & Westbrook JI (2017): Implementing Information and Communication Technology to Support Community Aged Care Service Integration: Lessons from an Australian Aged Care Provider. *Int J Integr Care* 17(1), 9. DOI: 10.5334/ijic.2437. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29042851>.
- Duncan M (2019): Integrated care systems and nurse leadership. *British Journal of Community Nursing* 24(11), 538-542.
- DWDS (o. J.): Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache. Das Wortauskunftssystem zur deutschen Sprache in Geschichte und Gegenwart. Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften.
- European Commission (2012): Fact Sheet. Supporting Healthier and Independent Living for Chronic Patients and Elderly. <https://cordis.europa.eu/project/id/225025> [Abruf am: 05.03.2021].
- Evaluations- Koordinierungsstelle Integrierte Versorgung (EKIV) o. J. ): Evaluation der Integrierten Versorgung GESUNDES KINZIGTAL. <https://www.ekiv.org/> [Abruf am: 30.04.2021].
- Fikar C & Hirsch P (2017): Home health care routing and scheduling: A review. *Computers & Operations Research* 77, 86-95. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cor.2016.07.019>.
-

- Freie und Hansestadt Hamburg (2018): Empfehlungen des Landespflegeausschusses Hamburg der 6. Amtsperiode (1/2015 bis 12/2018). <https://www.hamburg.de/contentblob/11675820/dc7d52e95e70f9f6eeb8d102c38d6dea/data/empfehlungen-amtsperiode-6.pdf> [Abruf am: 29.01.2021].
- Fuchs-Frohnhofen P, Altmann T, Döring S, Felscher A & Wehrich M (2017): Neue Ansätze des Arbeits- und Gesundheitsschutzes im Pflege- und Dienstleistungssektor. ISBN: 978-3-86397-092-5.
- Fünfstück M (2017): Integrierte Versorgungskonzepte für Pflegebedürftige. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J & Schwinger A: Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Stuttgart, Deutschland: Schattauer GmbH, 241 – 251.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2020): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie).
- GKV-Spitzenverband (2018): Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen. Das Modellprogramm nach § 45f SGB XI. Die Projekte. Berlin.
- Gräske J, Worch A, Meyer S & Wolf-Ostermann K (2013): Ambulant betreute Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen in Deutschland: Eine Literaturübersicht zu Strukturen, Versorgungsauscomes und Qualitätsmanagement. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 56.
- Hahnel E, Braeseke G, Rieckhoff S, Pörschmann-Schreiber U, Engelmann F, Kulas H & Musfeldt M (2020): Studie zu den Potenzialen der Telepflege in der pflegerischen Versorgung. Abschlussbericht. Berlin: IGES Institut GmbH.
- Hardeman E, MacLeod L & Standing Committee (2016): CCACs-Community Care Access Centres-Home Care Programm. *2015 Annual Report of the Office of the Auditor General of Ontario*. Ontario, Canada: Legislative Assembly of Ontario. DOI: 978-1-4606-8864-9.
- Hausmann S & Catoni J (2019): Einfach:ambulant – Digitale Lösungen für die ambulante Pflege. <https://tud.qucosa.de/api/qucosa%3A36165/attachment/ATT-0/> [Abruf am: 26.03.2021]
- Hernández C, Alonso A, Garcia-Aymerich J, Grimsmo A, Vontetsianos T, García Cuyàs F, Altes AG, Vogiatzis I, Garåsen H, Pellise L, Wienhofen L, Cano I, Meya M, Moharra M, Martinez JI, Escarrabill J & Roca J (2015): Integrated care services: lessons learned from the deployment of the NEXES project. *Int J Integr Care* 15, e006. DOI: 10.5334/ijic.2018.
-

- Hessischer Landtag (2002): Drucksache15/3865. Kleine Anfrage der Abg. Evelin Schönhut-Keil (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) vom 17.04.2002 betreffend Umsetzung des Rahmenplans nach § 75 SGB XI und Antwort der Sozialministerin.
- Hirschhausen C (2005): Regulierungsmanagement. Technische Universität Dresden. Lehrstuhl für Energiewirtschaft und Public Sector Management. [https://tu-dresden.de/bu/wirtschaft/bwl/ee2/ressourcen/dateien/lehrstuhlseiten/ordner\\_lehre/ordner\\_ws\\_05\\_06/ordner\\_energiewirtschaft\\_1\\_ws\\_05\\_06/ew1\\_vl\\_2.2\\_regulierung.pdf?lang=de](https://tu-dresden.de/bu/wirtschaft/bwl/ee2/ressourcen/dateien/lehrstuhlseiten/ordner_lehre/ordner_ws_05_06/ordner_energiewirtschaft_1_ws_05_06/ew1_vl_2.2_regulierung.pdf?lang=de) [Abruf am: 29.04.2021].
- Hollander MJ & Chappell NL (2007): A comparative analysis of costs to government for home care and long-term residential care services, standardized for client care needs. *Can J Aging* 26 Suppl 1, 149-161. DOI: 10.3138/cja.26.suppl\_1.149.
- Hollander MJ, Chappell NL, Prince MJ & Shapiro E (2007): Providing care and support for an aging population: briefing notes on key policy issues. *Healthc Q* 10(3), 34-45, 32. DOI: 10.12927/hcq.2007.18923.
- Hübner D (2017): Schlussbericht. ExCELL - Echtzeitanalyse und Crowdsourcing für eine selbstorganisierte City-Logistik. Dresden, Deutschland: ENTIRETEC AG. <https://www.tib.eu/de/suchen/id/TIBKAT:1036437353/> [Abruf am: 30.03.2021].
- Jantunen S, Piippo J, Surakka J, Sinervo T, Ruotsalainen S & Burström T (2020): Self-Organizing Teams in Elderly Care in Finland: Experiences and Opportunities. *Creat Nurs* 26(1), 37-42. DOI: 10.1891/1078-4535.26.1.37. <https://connect.springerpub.com/content/sgrcn/26/1/37>.
- Klaasen K, Bowman S & Komenda P (2016a): Advancing Interprofessional Collaborative Teams in the Winnipeg Health Region. *Healthc Q* 19(1), 65-69. DOI: 10.12927/hcq.2016.24606.
- Klaasen K, Groenewegen T, Mitchell LA & Wilson S (2016b): From primary nurse to collaborative nursing care team: Early feedback on a new model. *Healthc Manage Forum* 29(3), 121-125. DOI: 10.1177/0840470416633234.
- Klaasen K, Komenda P & Bowman S (2016c): Advancing Collaborative Care Teams. A Guide for Teams and Facilitators. Canada: Winnipeg Regional Health Authority. <https://professionals.wrha.mb.ca/old/professionals/collaborativecare/files/EXTRAToolkit.pdf> [Abruf am: 12.03.2021].
- Klie T & Arend S (2018): Frankfurter Erklärung zur Kooperation in der häuslichen Pflege. [https://www.augustinum-gruppe.de/fileadmin/Redaktion/Presseinfos/Frankfurter\\_Erklaerung\\_zur\\_Koo](https://www.augustinum-gruppe.de/fileadmin/Redaktion/Presseinfos/Frankfurter_Erklaerung_zur_Koo)
-

- peration\_in\_der\_haeuslichen\_Pflege\_20\_Maerz\_2018.pdf [Abruf: 23.07.2021].
- Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg & Fachstelle ambulant unterstützte Wohnformen (FaWo) (2016): Innovative Pflegearchitektur - Planungsaufgabe Wohngemeinschaft. Haus der Katholischen Kirche Stuttgart. 03. November 2016: Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg. <https://www.kvjs.de/fileadmin/dateien/soziales/fawo/korr-doku-fachtagung-2016.pdf> [Abruf am: 21.03.2021].
- k.o.s. GmbH (2020): Zusatzqualifizierung PFLEGE 4.0. Ergebnisse. <https://digitalekompetenzenpflege.de/ergebnisse/>. [Abruf am 25.07.2021]
- Kreitzer MJ, Monsen KA, Nandram S & de Block J (2015): Buurtzorg Nederland: A Global Model of Social Innovation, Change, and Whole-Systems Healing. *Global Advances in Health and Medicine* 4(1), 40-44.
- Kubek V, Velten S, Uhde A, Schlicker N & Blaudszun-Lahm A (2020): Kollaborative Dienstplattform. Digitalisierung als Mittel teamorientierter Selbstorganisation. 5. In: Bleses P, Busse B & Friemer A: Digitalisierung der Arbeit in der Langzeitpflege als Veränderungsprojekt. Deutschland: Springer-Verlag, 65-80.
- Labson MC (2015): Innovative and successful approaches to improving care transitions from hospital to home. *Home Healthc Now* 33(2), 88-95. DOI: 10.1097/nhh.000000000000182.
- Lalani M, Fernandes J, Fradgley R, Oguniola C & Marshall M (2019): Transforming community nursing services in the UK; lessons from a participatory evaluation of the implementation of a new community nursing model in East London based on the principles of the Dutch Buurtzorg model. *BMC Health Serv Res* 19(1), 945. DOI: 10.1186/s12913-019-4804-8.
- Leask CF, Bell J & Murray F (2020): Acceptability of delivering an adapted Buurtzorg model in the Scottish care context. *Public Health* 179, 111-117. DOI: 10.1016/j.puhe.2019.10.011.
- Lehmann Y, Schaepe C, Wulff I & Ewers M (2019): Pflege in anderen Ländern: Vom Ausland lernen? Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH.
- Lezock M & Klewer J (2014): Analyse der Touren- und Einsatzplanung eines ambulanten Pflegedienstes. *HeilberufeScience* 1(5), 31-35. DOI: 10.1007/s16024-013-0169-9.
-



- Libersky J, Liu S, Turoff L, Gellar J, Lipson D, Collins A, Li J & Irvin C (2018): Managed Long-Term Services and Supports. MLTSS interim outcomes evaluation. 31. Januar 2018.
- Lin M, Ma L & Ying C (2021): Matching daily home health-care demands with supply in service-sharing platforms. *Transp Res E Logist Transp Rev* 145, 102177. DOI: 10.1016/j.tre.2020.102177.
- Low LF, Yap M & Brodaty H (2011): A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Services Research* 11, 93. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-93>. <http://www.biomedcentral.com/bmchealthservres/>
- Lutz R (2015): Adaptive Large Neighborhood Search. Bachelor thesis. Ulm University: Faculty of Engineering and Computer Science Institute of Theoretical Computer Science. DOI: 10.18725/OPARU-3237.
- Mankowska DS, Meisel F & Bierwirth C (2014): The home health care routing and scheduling problem with interdependent services. *Health Care Manag Sci* 17(1), 15-30. DOI: 10.1007/s10729-013-9243-1.
- Marek KD, Adams SJ, Stetzer F, Popejoy L & Rantz M (2010): The relationship of community-based nurse care coordination to costs in the Medicare and Medicaid programs. *Res Nurs Health* 33(3), 235-242. DOI: 10.1002/nur.20378.
- Marek KD, Popejoy L, Petroski G, Mehr D, Rantz M & Lin WC (2005): Clinical outcomes of aging in place. *Nurs Res* 54(3), 202-211. DOI: 10.1097/00006199-200505000-00008.
- Marek KD, Popejoy L, Petroski G & Rantz M (2006): Nurse care coordination in community-based long-term care. *J Nurs Scholarsh* 38(1), 80-86. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2006.00081.x.
- Marek KD, Stetzer F, Adams SJ, Popejoy LL & Rantz M (2012): Aging in place versus nursing home care: Comparison of costs to medicare and medicaid. *Research in Gerontological Nursing* 5(2), 123-129. DOI: <http://dx.doi.org/10.3928/19404921-20110802-01>. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emca2&NEWS=N&AN=364978977>
- Maucher H (2018): Den Übergang in das häusliche Umfeld begleiten. Die Pflege - Brücke Bereich Ulm e. V. Berlin. [https://berliner-pflegekonferenz.de/wp-content/uploads/2018/11/BPK2018-FF06\\_Maucher.pdf](https://berliner-pflegekonferenz.de/wp-content/uploads/2018/11/BPK2018-FF06_Maucher.pdf) [Abruf am: 29.03.2021].
- Monsen KA & de Blok J (2013): Buurtzorg: nurse-led community care. *Creat Nurs* 19(3), 122-127. ISSN: 1078-4535 (Print)1078-4535.
-

- Müller K (2010): Neue Modelle integrierter Versorgung: Der Weg vom Entlassungs- zum Versorgungsmanagement. In: Wiedenhöfer D, Eckl B, Heller R & Frick U: Entlassungsmanagement. Bern: Huber, 237-254.
- Office of the Auditor General of Ontario (2015): CCACs—Community Care Access Centres—Home Care Program. *Annual Report of the Office of the Auditor General of Ontario*. <https://auditor.on.ca/en/content/annualreports/arreports/en15/3.01en15.pdf> [Abruf am: 22.03.2021].
- Opel DS (2019): Improving Technology-Driven Patient Care Coordination: Toward a Techne for Community-Based Organization Involvement. *World Medical and Health Policy* 11(4), 395-407. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/wmh3.324>.
- Parragh SN & Doerner KF (2018): Solving routing problems with pairwise synchronization constraints. *Cent Eur J Oper Res* 26(2), 443-464. DOI: 10.1007/s10100-018-0520-4.
- Penter V (2018): L wie Landespflegeausschuss. *KU Gesundheitsmanagement* 2/2018, 12.
- Pflegedienst Talea GmbH (o.J.): Die Pflege der Zukunft. <https://talea.de/> [Abruf am: 15.03.2021].
- Pflegedienst Thomas Rehbein (o. J. ): Rehbein. Häusliche Kranken- und Seniorenpflege. <https://krankenpflege-rehbein.de/> [Abruf am: 24.02.2021].
- Polisena J, Laporte A, Coyte PC & Croxford R (2010): Performance evaluation in home and community care. *J Med Syst* 34(3), 291-297. DOI: 10.1007/s10916-008-9240-y.
- Popejoy LL, Galambos C, Stetzer F, Popescu M, Hicks L, Khalilia MA, Rantz MJ & Marek KD (2015): Comparing Aging in Place to Home Health Care: Impact of Nurse Care Coordination On Utilization and Costs. *Nurs Econ* 33(6), 306-313. ISSN: 0746-1739 (Print) 0746-1739.
- Pöser S & Bleses P (2018): Digitalisierung der Arbeit in der ambulanten Pflege im Land Bremen: Praxis und Gestaltungsbedarfe digitaler Tourenbegleiter. *Reihe Arbeit und Wirtschaft in Bremen, No. 25, Institut Arbeit und Wirtschaft (IAW)*. Universität Bremen und Arbeitnehmerkammer Bremen, Bremen. <http://hdl.handle.net/10419/179518> [Abruf am: 18.03.2021].
- Reimer R & Riegraf B (2015): Geschlechtergerechte Care-Arrangements in Wohn-Pflegegemeinschaften? Studie zur Neuverteilung formeller, informeller, professioneller und semiprofessioneller Pflegeaufgaben. ISBN: 978-3-945437-00-1.
-

- Rothgang H, Wolf-Ostermann K, Schmid A, Domhoff D, Müller R & Schmidt A (2017): Ambulantisierung stationärer Einrichtungen und innovative ambulante Wohnformen. Endbericht. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bonn.
- Ruiz S, Snyder LP, Rotondo C, Cross-Barnet C, Colligan EM & Giuriceo K (2017): Innovative Home Visit Models Associated With Reductions In Costs, Hospitalizations, And Emergency Department Use. *Health Aff (Millwood)* 36(3), 425-432. DOI: 10.1377/hlthaff.2016.1305.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung. Baden-Baden, Deutschland: Nomos. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/005/1500530.pdf> [Abruf am: 21.04.2021].
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2021): Digitalisierung für Gesundheit Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems. Gutachten 2021. Bonn/Berlin.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009.
- Samus QM, Black BS, Reuland M, Leoutsakos JS, Pizzi L, Frick KD, Roth DL, Gitlin LN, Lyketsos CG & Johnston D (2018): MIND at Home-Streamlined: Study protocol for a randomized trial of home-based care coordination for persons with dementia and their caregivers. *Contemp Clin Trials* 71, 103-112. DOI: 10.1016/j.cct.2018.05.009.
- Schimitzek I (2016): Wirtschaftlichkeitsanalyse: Transaktionskostentheorie als Ansatz zur Beurteilung von Investitionen in nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit am Beispiel ZUKUNFT:PFLEGE. In: Becke G, Bleses P, Goldmann M, Hinding B & Schwerer M: Zusammen – Arbeit – Gestalten. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Smith PD, Boyd C, Bellantoni J, Roth J, Becker KL, Savage J, Nkimbeng M & Szanton SL (2016): Communication between office-based primary care providers and nurses working within patients' homes: An analysis of process data from CAPABLE. *Journal of Clinical Nursing* 25(3-4), 454-462. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13073>.
-

- Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenversicherung (2011): Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 27. Mai 2011.
- Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenversicherung (2020): Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege vom 10.12.2013 i. d. F. vom 14.10.2020.
- Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenversicherung (2019): Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 Abs. 2 Satz 3 SGB V über die Durchführung und den Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen gemäß § 275b SGB V von Leistungserbringern mit Verträgen nach § 132a Abs. 4 SGB V (Qualitätsprüfungs-Richtlinie häusliche Krankenpflege – QPR-HKP) vom 18. Dezember 2019.
- Statistisches Bundesamt (2020): Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse.
- Szanton SL, Alfonso YN, Leff B, Guralnik J, Wolff JL, Stockwell I, Gitlin LN & Bishai D (2018): Medicaid Cost Savings of a Preventive Home Visit Program for Disabled Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 66(3), 614-620. DOI: 10.1111/jgs.15143.
- Szanton SL, Wolff JL, Leff B, Roberts L, Thorpe RJ, Tanner EK, Boyd CM, Xue QL, Guralnik J, Bishai D & Gitlin LN (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 centers for medicare and medicaid services innovation project. *J Am Geriatr Soc* 63(2), 371-374. DOI: 10.1111/jgs.13245.
- Szanton SL, Xue QL, Leff B, Guralnik J, Wolff JL, Tanner EK, Boyd C, Thorpe RJ, Jr., Bishai D & Gitlin LN (2019): Effect of a Biobehavioral Environmental Approach on Disability Among Low-Income Older Adults: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med* 179(2), 204-211. DOI: 10.1001/jamainternmed.2018.6026.
- Tews B (2014): Die Pflegereform. 1. Pflegestärkungsgesetz. [https://www.bpa.de/fileadmin/user\\_upload/MAIN-dateien/BY/2014-04/141120\\_Folienvortrag\\_Tews\\_PSG\\_ambulant.pdf](https://www.bpa.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/BY/2014-04/141120_Folienvortrag_Tews_PSG_ambulant.pdf) [Abruf am 28. Juli 2020].
- Trageser J, Gschwend E, von Stokar T, Wieser S, Maurer M & Brunner B (2018): Effizienzpotenzial in der OKP. Bericht zur Literaturanalyse. Zürich, Winterthur.
- vdek (o. J.-a): Versorgungsvertrag für ambulante Pflege nach § 72 SGB XI im Freistaat Thüringen. <https://www.vdek.com/LVen/THG/Vertragspartner/pflege-1/ambulante->
-

- [pflege/jcr\\_content/par/download\\_6/file.res/Versorgungsvertrag\\_%20Muster.pdf](#) [Abruf am: 13.01.2021].
- vdek (o. J.-b): Versorgungsvertrag gemäß § 72 SGB XI - ambulante Pflege -. [https://www.vdek.com/LVen/BERBRA/Vertragspartner/Pflege/Brandenburg/ambulante\\_pflege.html](https://www.vdek.com/LVen/BERBRA/Vertragspartner/Pflege/Brandenburg/ambulante_pflege.html) [Abruf am: 13.01.2021].
- vdek (2018a): Versorgungsvertrag gemäß §§ 132, 1 32a Abs. 2 SGB V. [https://www.vdek.com/LVen/SHS/Vertragspartner/download-center/Pflege/jcr\\_content/par/download\\_61920282/file.res/Versorgungsvertrag.pdf](https://www.vdek.com/LVen/SHS/Vertragspartner/download-center/Pflege/jcr_content/par/download_61920282/file.res/Versorgungsvertrag.pdf) [Abruf am: 15.01.2021].
- vdek (2017): Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI. [https://www.vdek.com/LVen/HES/Vertragspartner/Pflege/ambulante-pflege/jcr\\_content/par/download/file.res/Versorgungsvertrag.pdf](https://www.vdek.com/LVen/HES/Vertragspartner/Pflege/ambulante-pflege/jcr_content/par/download/file.res/Versorgungsvertrag.pdf) [Abruf am: 13.01.2021].
- vdek (o. J.-c): Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI (Ambulante Pflegeeinrichtung). <https://www.vdek.com/LVen/NDS/service/pflege/ambulant.html> [Abruf am: 13.01.2021].
- vdek (2018b): Vertrag gemäß § 132 a SGB V über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege. [https://www.vdek.com/LVen/RLP/Vertragspartner/Pflege/Haesuliche\\_Krankenpflege/jcr:content/par/download\\_0/file.res/Mustervertrag.pdf](https://www.vdek.com/LVen/RLP/Vertragspartner/Pflege/Haesuliche_Krankenpflege/jcr:content/par/download_0/file.res/Mustervertrag.pdf) [Abruf am: 14.01.2021].
- vdek (2015): Vertrag zur Durchführung häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe gem. § 132a und § 132 SGB V im Freistaat Thüringen. [https://www.vdek.com/LVen/THG/Vertragspartner/pflege-1/haeusliche-krankenpflege/jcr\\_content/par/download\\_1/file.res/Mustervertrag%20Zulasung.pdf](https://www.vdek.com/LVen/THG/Vertragspartner/pflege-1/haeusliche-krankenpflege/jcr_content/par/download_1/file.res/Mustervertrag%20Zulasung.pdf) [Abruf am: 14.01.2021].
- VPU, Katholischer Pflegeverband e.V. & Bundesverband Pflegemanagement (2019): Exzellenz in der Pflege. <https://www.bv-pflegemanagement.de/meldung/items/544.html> [Abruf am: 26.03.2021].
- Wehner K (2019): Entlassmanagement. Zwischenbericht zur Überarbeitung der AQUA-Konzeptskizze. Berlin: IQTIG - Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen.
- Williamson HJ (2015): Implementation of Medicaid Managed Long-term Services and Supports for Adults with Intellectual and/or Developmental Disabilities: A State's Experience. [Dissertation]: University of South Florida, Department of Community and Family Health with a concentration in Behavioral Health.
-

- Willink A, Davis K, Johnston DM, Black B, Reuland M, Stockwell I, Amjad H, Lyketsos CG & Samus QM (2020): Cost-Effective Care Coordination for People With Dementia at Home. *Innov Aging* 4(2), igz051. DOI: 10.1093/geroni/igz051.
- Wingenfeld K, Büscher A (2017): Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, IPW, Bielefeld/Osnabrück.
- Wirth L, Daxberger S, Peters M, Fifelski C, ülsken-Giesler M, Breisig T, Hein A & Brauer C (2019): Integrierte Technik- und Arbeitsprozessentwicklung in der ambulanten Pflege: Ge-staltungsansätze aus dem Projekt ITAGAP für eine verantwortliche und gesunde Pflegearbeit. In: Fuchs-Frohnhofen P, Altmann T, Schulz S, Wirth L & Wehrich M: Gestaltungsoptionen für einen zukunftsfähigen Arbeits- und Gesundheitsschutz im Pflege- und Dienstleistungssektor. Weimar: Bertuch Verlag.
- Wirtschaftslexikon. <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/koordination-37290/version-260728> [Abruf am: 02.03.2021].
- Wolf-Ostermann K, Kremer-Preiß U, Hackmann T, Seibert K, Stiefler S, Mehnert T, Bahr M, Sulzer L, Huschik G & Mohr S (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. 16.01.2019. Bremen/Köln/Freiburg.
- Wolf-Ostermann K, Schmidt A, Preuss B, Heinze F, Seibert K, Friedrich AC, Domhoff D, Stolle C & Rothgang H (2020): Pflege in Zeiten von Corona: Ergebnisse einer deutschlandweiten Querschnittbefragung von ambulanten Pflegediensten und teilstationären Einrichtungen. *Pflege* 33(5), 277-288. DOI: 10.1024/1012-5302/a000761. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32996858>.
- Woodtly R (2006). Koordinieren – vernetzen – ermächtigen. Was ist und will Case Management?. *Panorama*, (1), 4-5.
- Wysocki A, Libersky J, Gellar J, Liu S & Pearse M (2019): Managed Long-Term Services and Supports. Design Supplement: Final Outcomes Evaluation. January 2019. Mathematica Policy Research.
- Wysocki A, Libersky J, Gellar J, Miller D, Liu S, Luo M, Tourtelotte A & Lipson D (2020): Managed Long-Term Services and Supports. MLTSS Summative Evaluation Report. November 24, 2020.
-

---

---

---



**IGES Institut GmbH**  
Friedrichstraße 180  
10117 Berlin  
[www.iges.com](http://www.iges.com)