



Effizienzpotentiale einer verbesserten Koordinierung in der ambulanten Pflege

Handlungsleitfaden

→ Allgemeine Hinweise zur Nutzung

→ Hintergrund und Zielstellung

→ Beschreibung der Datengrundlagen

→ Handlungsempfehlungen



01 Festlegung von Einzugsgebieten



02 Sicherstellung der Versorgung



03 Dienst- und Tourenplanung



04 Wegezeiten



05 Poolen von Leistungen



06 Möglichkeiten des Einsatzes digitaler Technik



07 Personaleinsatz



08 Förderhilfen



09 Kooperation und Vernetzung



Allgemeine Hinweise zur Nutzung

Verlinkung direkt zu den einzelnen Kapiteln

Dokumenteninterne Verlinkung – Zu den Quellenangaben

Dokumenteninterne Verlinkung – Zur Übersicht

Handlungsleitfaden zu Effizienzpotenzialen einer verbesserten Koordinierung in der ambulanten Pflege

04 Wegezeiten

Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer

Handlungsempfehlung 1
Die Nutzung von **E-Bikes**, insbesondere bei innerstädtischen Fahrtstrecken zur Verkürzung der Wegezeiten, anstelle von Autos bei zunehmendem Verkehr und Parkplatzmangel kann zeitlich und finanziell sinnvoll sein und wird empfohlen. Die verstärkte Nutzung von E-Bikes hat für ambulante Pflege- und Betreuungsdienste u. a. folgende Vorteile:

- Für ein E-Bike benötigt man keinen Führerschein und es besteht keine Versicherungspflicht. E-Bikes sind somit insbesondere ein attraktives Angebot für junge Pflegekräfte, die häufig noch keinen Führerschein haben.
- Mit dem E-Bike darf auf Fußwegen geparkt werden. So ergeben sich kurze Wege zu den Haushalten der Klientinnen und Klienten, langes Suchen nach einem Parkplatz und Wege zur Tankstelle sind hinfällig.
- Mit E-Bikes können Radwege genutzt und somit auch Staus vermieden werden.

Wollen Pflegedienste ihren Beschäftigten **Dienstfahrräder** anbieten, ist zu prüfen, ob diese unter die berufsgenossenschaftliche Vorschrift für Fahrzeuge, die DGUV Vorschrift 70, fallen und somit besondere Unfallverhütungsvorschriften zu beachten sind.

→ Die DGUV Vorschrift 70 ist im Internet verfügbar
[Abruf am 31.05.22]

ZUR INFORMATION
Ausgenommen sind davon lediglich Pedelecs 25, d. h. der Motor unterstützt das Treten bis maximal 25 km/h mit bis zu 250 Watt und ggf. gibt es eine Anfahrhilfe von bis zu 6 km/h.

→ Weitere Informationen [Abruf am 31.05.22]

weiter →

Ergänzende Information zum Handlungsfeld

Web-Link

Dokumenteninterne Verlinkung – Zu den Handlungsempfehlungen des Kapitels

Dokumenteninterne Verlinkung – Zu weiteren Inhalten des jeweiligen Kapitels im Themenfeld

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, z. B. durch verbesserte Pflegekonzepte und Arbeitsabläufe, Technikeinsatz oder einen veränderten Qualifikations-Mix.

Zwischenzeitlich hat sich mit dem zunehmenden Einsatz einer digitalen Dienst- 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.

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.

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) die Frage der Verbesserung der Effizienz der pflegerischen Versorgung aufgegriffen. Die Intention dabei ist auch, die 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.).

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. Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragte das IGES Institut mit der Durchführung dieser Untersuchung. Die Projektlaufzeit betrug 24 Monate (Oktober 2020 bis Oktober 2022).

Eine „verbesserte Koordinierung des Einsatzes ambulanter Dienste“ lässt sich aus verschiedenen Blickwinkeln heraus betrachten. Aus Sicht der betrieblichen Arbeitsorganisation geht es z. B. um den optimalen Einsatz der Pflegekräfte im Sinne der Dienst- und Tourenplanung. Des Weiteren ist hier der Einsatz digitaler Technologien sowie eine gezielte Vernetzung verschiedener Leistungserbringer ambulanter Pflege- und Betreuungsleistungen 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.

Der vorliegende multimediale Handlungsleitfaden präsentiert, die auf Grundlage der Forschungsergebnisse, abgeleiteten Handlungsempfehlungen und Praxisbeispiele. Vorab ist zu den Handlungsempfehlungen anzumerken, dass es viele unterschiedliche Lösungen zur Weiterentwicklung der Versorgung gibt. Grund dafür ist, dass z. B. Bedarfe, Ressourcen, Akteure und Anbieter von Region zu Region unterschiedlich sind. Für diese unterschiedlichen Konstellationen müssen auch jeweils regional angepasste Lösungen gefunden werden. Bundes- oder landesweite Rahmenbedingungen sollten daher den Akteuren vor Ort den erforderlichen Gestaltungsspielraum ermöglichen.

2. Beschreibung der Datengrundlagen der Handlungsempfehlungen

Als Ausgangspunkt für die Analyse wurden die für die Thematik relevanten gesetzlichen, untergesetzlichen und vertragsrechtlichen Rahmenbedingungen für die ambulante Versorgung betrachtet und zusammenfassend aufbereitet. Anschließend erfolgte eine systematische Literaturrecherche zu nationalen und internationalen wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Koordinierung der ambulanten pflegerischen Versorgung. Ergänzt wurde diese um eine Recherche zu technischen Branchenlösungen für die Unterstützung und Verbesserung der Koordinierung und Zusammenarbeit in der ambulanten Pflege Hahnel et al. 2021.

In einem weiteren Schritt wurden ambulante Pflege- und Betreuungsdienste (Leistungserbringer) sowie Pflege- und Krankenkassen (Kostenträger) mittels Online-Umfrage befragt. Ein abschließender Workshop im Mai 2022 diente der kritischen Reflexion der bis dahin abgeleiteten Handlungsempfehlungen mit Expertinnen und Experten aus der Praxis.

Die in diesem multimedialen Handlungsleitfaden präsentierten Handlungsempfehlungen fußen demnach auf einer breiten empirischen Grundlage und haben das Ziel, den verschiedenen Adressaten (praktische) Ansatzpunkte und Hinweise zu Möglichkeiten der Verbesserung der Koordinierung in der ambulanten Versorgung zu geben.

2.1 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 (Soziale Pflegeversicherung) und SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) sowie ergänzend im SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen) bzw. SGB XII (Sozialhilfe, „Hilfe zur Pflege“) enthalten. In der Regel erbringen ambulante Pflege- und Betreuungsdienste im Rahmen des SGB XI Pflegesachleistungen (dazu gehören körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung) und im Rahmen des SGB V häusliche Krankenpflege.

Den Rahmen für die Leistungserbringung in der ambulanten Pflege nach SGB XI bestimmen darüber hinaus insbesondere Regelungen:

- 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,
- die jeweiligen Muster-Versorgungsverträge nach § 72 in Verbindung mit § 71 Abs. 1 und 1a SGB XI,

- die Qualitätssicherungs- und Prüfungsrichtlinien nach §§ 112a Abs. 2 bis 4, 114ff. SGB XI 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.

Ergänzend zu den Regelungen des SGB V sind insb. zu berücksichtigen:

- die Rahmenempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege,
- die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) des Gemeinsamen Bundesausschuss und
- die Qualitätsprüfungs-Richtlinie häusliche Krankenpflege (QPR-HKP).

Für Pflege- und Betreuungsdienste, die Leistungen nach dem SGB XII erbringen, sind die Rahmenverträge nach § 80 SGB XII sowie einrichtungsindividuelle, in der Regel öffentlich nicht einsehbare Vereinbarungen mit den jeweiligen Trägern der Sozialhilfe zu berücksichtigen.

Zur Unterstützung der Koordinierung auf Landesebene 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 sollen die

Landesverbände der Pflegekassen, der Krankenkassen und der Ersatzkassen sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausesellschaften an gemeinsamen Empfehlungen zur Zusammenarbeit in der Versorgung pflegebedürftiger Personen mitwirken. 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 Abs. 5 SGB XI).

2.2 Hinweise aus der nationalen und internationalen Literatur

Die analysierten nationalen und internationalen 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** (alle an der pflegerischen Versorgung beteiligte professionelle Leistungserbringer sowie Kommunen),
- **betriebliche Ebene** (ambulante Pflege- und Betreuungsdienste nach SGB XI und SGB V),
- **individuelle Ebene** (Sicht der Leistungsbezieher/Pflegebedürftigen).

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

- **Nutzung digitaler Technologien** (digitale Touren- und Dienstplanung sowie Tourenbegleiter und weitere digitale Arbeitshilfen),
- **Koordinierung durch Veränderung der Arbeitsorganisation, Kooperation und Netzwerke** (Selbstverantwortete/-organisierende (Pflege-)Teams, Kooperationen in multiprofessionellen Teams, Integrierte Versorgung, Case Management und regionale Netzbildung sowie Koordinierungszentren und Austauschplattformen) und
- **Alternative ambulante Versorgungsformen** (innovative Pflege-Wohnformen und Quartierskonzepte).

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

Auf betrieblicher Ebene liegen Potenziale zur Effizienzsteigerung oft im Bereich 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 Potenziale aus betrieblicher Sicht sind:

- die Reduktion der Wege- bzw. Fahrtzeiten,
- die Verringerung des Versorgungsaufwandes durch die systematische Einbindung und Anleitung informeller Pflege,
- die Verringerung des Dokumentations- und Organisationsaufwandes durch die Nutzung digitaler Technologien.

Die Reduktion des Zeit- und Personalaufwandes für die ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste 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 (z. B. bei externen Case Managerinnen bzw. Case Managern).

Auf regionaler Ebene können Konzepte und Ansätze zur verbesserten Koordinierung der Versorgung in der ambulanten Pflege zur Erhöhung der Versorgungssicherheit beitragen. 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 Effizienzpotenziale hinsichtlich:

- der Reduktion von Angebotslücken,
- der Steigerung des koordinierten und regionalen Einsatzes selbstständig tätiger Pflegefachkräfte sowie
- der besseren 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 Produkte identifiziert werden, davon sind 15 in Deutschland verfügbar. Die weiteren zehn Produkte wurden im internationalen Kontext gefunden. Die Analyse zeigte, dass diese Technologien mögliche Effizienzpotentiale sowohl auf betrieblicher als auch regionaler Ebene bieten, z. B. durch

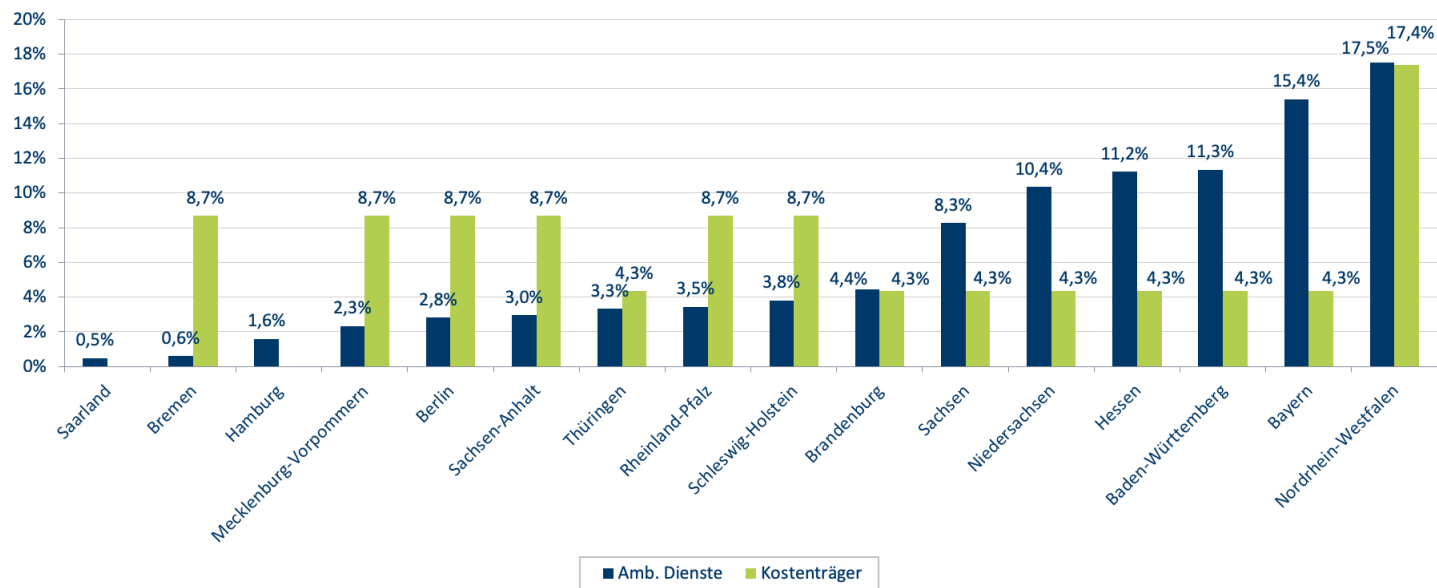
- eine pflegedienstinterne Koordination, Planung und Abrechnung von Leistungen,
- einen Informationsaustausch und eine digital gestützte Leistungserbringung sowie
- eine versorgungsbereichsübergreifende Steuerung der pflegerischen Versorgung.

2.3 Online-Befragung von ambulanten Pflegediensten und Kostenträgern und weitere Datenquellen

Zentrale Erkenntnisgrundlage für die Ableitung der Handlungsempfehlungen ist die Expertise der Vertreterinnen und Vertreter der ambulanten Pflegedienste und Kostenträger. Um einen möglichst praxisnahen Einblick und Hinweise für Effizienzpotentiale zu erhalten, wurde im November/Dezember 2021 eine bundesweite Befragung beider Zielgruppen durchgeführt.

Insgesamt beteiligten sich 824 ambulante Pflege- und Betreuungsdienste und 23 Vertreterinnen und Vertreter der Kostenträger an der Befragung. Eine detaillierte Darstellung der Beteiligung nach Bundesländern ist der folgenden Abbildung 1 zu entnehmen.

Abbildung 1: Übersicht der Teilnehmerate der Online-Befragung nach Bundesland, Angaben in %



Quelle: IGES, bundesweite Online-Befragung der ambulanten Leistungserbringer und Kostenträger 2021/2022



Die teilnehmenden ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste waren hauptsächlich sogenannte Mischeinrichtungen (95,5 %), welche sowohl nach SGB XI zugelassen sind als auch Versorgungsverträge nach SGB V mit den Krankenkassen geschlossen haben. Nur 4,5 % der Einrichtungen waren reine Pflege- und Betreuungsdienste mit Zulassung nach SGB XI.

Die Betriebsgrößen der ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste wurden anhand der Anzahl der Mitarbeitenden sowie der Anzahl an Klientinnen und Klienten erfasst und variierten zwischen eher kleinen Betrieben (unter bzw. maximal 10 Klientinnen/Klienten bzw. im Mittel 10 Mitarbeitende¹) und sehr großen Betrieben (mehr als 150 Klientinnen/Klienten bzw. im Mittel 33 Mitarbeitende¹).

Das Leistungsspektrum der ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste bezog sich mit 78,8 % überwiegend auf Leistungen gemäß SGB XI/XII als auch gemäß SGB V.

Die Teilnehmenden auf Seiten der Kostenträger waren überwiegend bei einer Pflegekasse (91,3 %) in den Bereichen Pflege, Pflegeversicherung oder einer Vertragsabteilung beschäftigt.

Weitere Datenquellen

Die Analyse der internationalen und nationalen Literatur und die im Rahmen der Studie durchgeführte Online-Befragung lieferten vielfältige Erkenntnisse zur Ableitung der folgenden Handlungsempfehlungen (Hahnel et al. 2021). Darüber hinaus flossen Ergebnisse aus Expertinnen und Experteninterviews, Fokusgruppen und einem Reflexionsworkshop mit Vertreterinnen und Vertretern ambulanter Pflege- und Betreuungsdienste, Verbänden der Pflegeeinrichtungsträger und Kostenträgern mit ein. Dieser fand im Mai 2022 statt.

¹ Die Angabe der Mitarbeitenden bezieht sich auf Mittelwerte der sogenannten Vollzeitäquivalente (VZÄ)

3. Handlungsempfehlungen

Im Folgenden sind die konkreten Handlungsempfehlungen des multimedialen Handlungsleitfadens ausformuliert. Die Handlungsempfehlungen wurden neun Themenbereichen zugeordnet. Zu jedem Themenbereich sind, neben der Beschreibung der Datengrundlage für die Ableitung der Handlungsempfehlungen, zunächst Hintergrundinformationen, wie bspw.

- rechtliche Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege in Deutschland und
- erläuternde Hinweise zu nationalen und internationalen Ansätzen

vorangestellt. Einleitend wird jeweils (kurz) die Datengrundlage erläutert, auf deren Basis die Empfehlungen formuliert wurden.

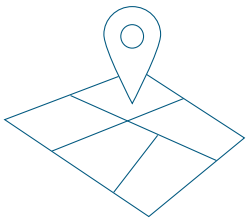
Die Handlungsempfehlungen sind separat für die Leistungserbringer, die Kostenträger und, in einigen Fällen, auch für Länder und Kommunen formuliert und enthalten jeweils, wenn vorhanden, Praxisbeispiele (und ggf. zugehörige Verlinkungen) oder unterstützende Abbildungen aus der Online-Befragung im Winter 2021.

01 Festlegung von Einzugsgebieten



01

Festlegung von Einzugsgebieten



Datengrundlage der Handlungsempfehlungen

Für die Empfehlungen, sowohl für die Zielgruppe der ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste (Leistungserbringer) als auch für die Zielgruppe der Pflege- und Krankenkassen (Kostenträger), wurden folgende Informationen berücksichtigt:

- Gesetzliche, untergesetzliche und vertragsrechtliche Rahmenbedingungen in Deutschland,
- Angaben der ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste sowie von Vertreterinnen und Vertretern der Pflege- und Krankenkassen aus der Online-Befragung,
- Erkenntnisse des Reflexionsworkshops mit Vertreterinnen und Vertretern aus der Praxis, den Verbänden von Pflegeeinrichtungsträgern und Kostenträgern.

Hintergrundinformationen

Die örtlichen Einzugsbereiche sind in den Versorgungsverträgen nach § 72 Abs. 2 SGB XI so festzulegen, dass sie einerseits eine orts- und bürgernahe und andererseits, gemäß § 72 Abs. 3 SGB XI, eine ressourcenschonende und effiziente Versorgung gewährleisten und lange Fahrtwege vermeiden.

Bundeslandübergreifend sind die jeweiligen Einzugsbereiche für die ambulante pflegerische Versorgung in der Festlegung der regionalen Einzugsbereiche eines Pflege- und Betreuungsdienstes 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 der Regel in den Landesrahmenverträgen aufgegriffen.

Grundsätzlich sind Pflege- und Betreuungsdienste 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.

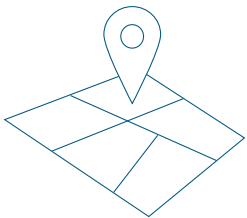
→ [Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes](#)

→ [Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer](#)

→ [Handlungsempfehlungen für Kostenträger](#)

01

Festlegung von Einzugsgebieten

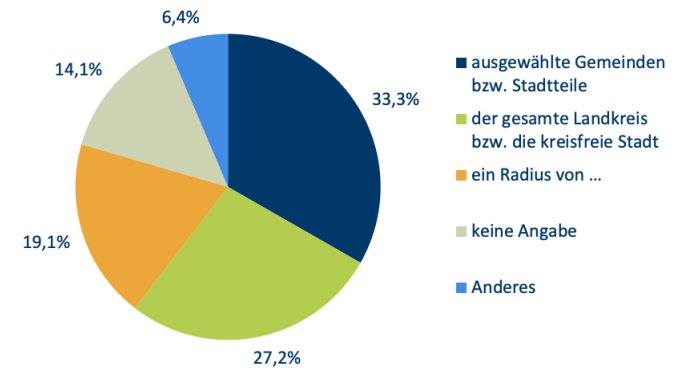


In der Online-Befragung gaben etwa zwei Drittel der befragten ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste an, dass der Einzugsbereich nach ihren Wünschen festgelegt wurde. Ein geringerer Anteil (14,8 %, n = 122) verwies auf Vorgaben seitens der Pflegekasse.

In den meisten Fällen bezieht sich die Größe des Einzugsbereiches, laut Angabe der Befragten, auf ausgewählte Gemeinden bzw. Stadtteile oder den gesamten Landkreis bzw. die kreisfreie Stadt (Abbildung 2).

Weniger häufig wird ein Radius um den Betriebssitz vereinbart, welcher mit einer Spanne von 5 km bis zu 80 km (Mittelwert 22 km) angegeben wurde.

Abbildung 2: Einzugsbereiche der ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste, Angaben in %, n = 824



Quelle: IGES, bundesweite Online-Befragung der ambulanten Leistungserbringer und Kostenträger 2021/2022

In der Online-Befragung wurden die Teilnehmenden ebenfalls nach Verbesserungsbedarfen in der Gestaltung der Einzugsbereiche befragt. Diese Angaben waren u. a. Grundlage für die folgenden Handlungsempfehlungen und wurden in einem eintägigen Reflexionsworkshop mit Expertinnen und Experten der ambulanten Leistungserbringer und Kostenträger diskutiert und verifiziert.

→ **Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes**

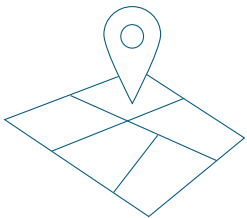
→ **Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer**

→ **Handlungsempfehlungen für Kostenträger**



01

Festlegung von Einzugsgebieten



Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer

Handlungsempfehlung 1

Bei der Festlegung des Einzugsgebietes sollten in den Verhandlungen die regionalen Besonderheiten (z. B. Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Gebieten, besondere Verkehrssituation sowie die Charakteristiken der Betriebe, wie Personalkapazitäten, Spezialisierungen, etc.) Berücksichtigung finden. Die ambulanten Pflegeeinrichtungen sollten ihre Wünsche anhand konkreter Daten begründen können.

Handlungsempfehlung 2

Um die Versorgung sicherzustellen, sollte ggf. eine bundeslandübergreifende Versorgung mit den Kostenträgern vereinbart werden. Grundsätzlich kann dies in „grenznahen“ Regionen der Bundesländer für SGB V und SGB XI Bereiche sinnvoll sein. Vor allem bei spezialisierten ambulanten Pflegediensten, welche z. B. Wundversorgung oder Palliativversorgung anbieten, sollte das Angebot in an andere Bundesländer angrenzenden Kreisen über die Bundeslandgrenzen hinaus betrachtet werden.

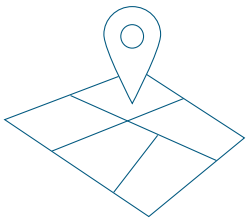
→ [Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes](#)

→ [Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer](#)

→ [Handlungsempfehlungen für Kostenträger](#)

01

Festlegung von Einzugsgebieten



Handlungsempfehlungen für Kostenträger

Handlungsempfehlung 1

Die jeweiligen regionalen Besonderheiten (z. B. Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Gebieten oder der Charakteristiken der Betriebe, wie Personalkapazitäten, Spezialisierungen) sollten bei der Festlegung des Einzugsgebietes der ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste stärker berücksichtigt werden. Spezialisierte Leistungserbringer, wie z. B. ambulante Pflegedienste, welche Wundversorgung oder Palliativversorgung anbieten, haben dabei oftmals ein größeres Einzugsgebiet, um die Bedarfe der Region abzudecken.

Handlungsempfehlung 2

Es sollte, vor allem in ländlichen Gebieten, ermöglicht werden, die Einzugsbereiche auch über die Bundeslandgrenzen hinaus zu vereinbaren.

Handlungsempfehlung 3

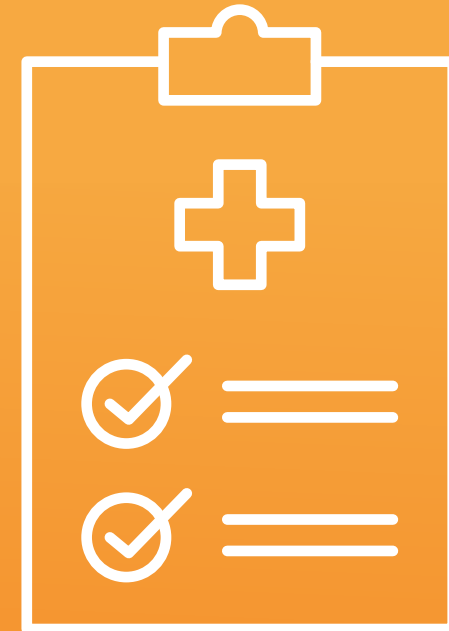
Die Festlegung zu großer Einzugsgebiete (z. B. der gesamte Landkreis bei einem kleinen ambulanten Pflegedienst) sollte möglichst vermieden werden. Auf diese Weise werden ggf. regionale Engpässe (unterversorgte Regionen) für die Kostenträger eher sichtbar: teilt sich beispielsweise ein Landkreis in vier kleine Regionen wird eher sichtbar, ob in jeder Region ein ambulanter Pflege- und Betreuungsdienst unter Vertrag ist oder nicht. Sind hingegen vier ambulante Pflege- und Betreuungsdienste für den gesamten Landkreis tätig, fällt eine etwaige Versorgungslücke einer Region nicht so schnell auf.

→ Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes

→ Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer

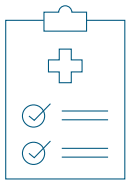
→ Handlungsempfehlungen für Kostenträger

02 Sicherstellung der Versorgung



02

Sicherstellung der Versorgung



Datengrundlage der Handlungsempfehlungen

Für die Empfehlungen, sowohl für die Zielgruppe der Leistungserbringer (ambulante Pflege- und Betreuungsdienste) als auch für die Zielgruppe der Pflege- und Krankenkassen (Kostenträger), wurden folgende Informationen berücksichtigt:

- Gesetzliche, untergesetzliche und vertragsrechtliche Rahmenbedingungen in Deutschland,
- Identifizierte Hinweise aus der internationalen Literatur zu Versorgungsmodellen und Lösungsansätzen im Rahmen der Versorgungs- und Schnittstellenproblematiken im Gesundheits- und Pflegesystem (Hahnel et al. 2021),
- Angaben der ambulanten der Pflege- und Betreuungsdienste sowie von Vertreterinnen und Vertreter Pflege- und Krankenkassen aus der Online-Befragung sowie
- Erkenntnisse des Reflexionsworkshops mit Vertreterinnen und Vertretern aus der Praxis, den Verbänden von Pflegeeinrichtungsträgern und Kostenträgern.

→ [Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes](#)

→ [Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer](#)

→ [Handlungsempfehlungen für Kostenträger](#)

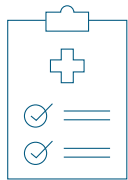
Hintergrundinformationen

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 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).

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 sollen die Landesverbände der

02

Sicherstellung der Versorgung

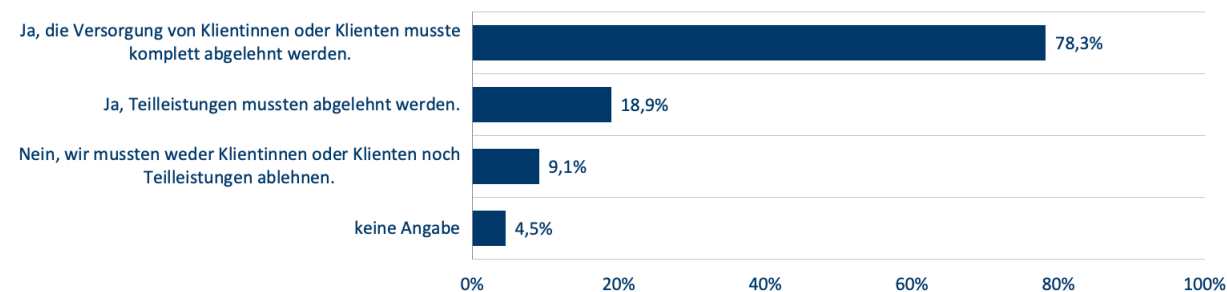


Pflegekassen, der Krankenkassen und der Ersatzkassen sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaften an gemeinsamen Empfehlungen zur Zusammenarbeit in der Versorgung pflegebedürftiger Personen mitwirken. In regionalen Ausschüssen der Landkreise oder kreisfreien Städte 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 Abs. 5 SGB XI).

In der Online-Befragung gaben 78,3 % (n = 645) der befragten Pflege- und Betreuungsdienste an, dass die Versorgung von Klientinnen und Klienten komplett abgelehnt werden musste (Abbildung 3).

Abbildung 3: Häufigkeiten von Ablehnungen angefragter Leistungen durch die Pflege- und Betreuungsdienste, Mehrfachnennung, Angaben in %, n = 824



Quelle: IGES, bundesweite Online-Befragung der ambulanten Leistungserbringer und Kostenträger 2021/2022

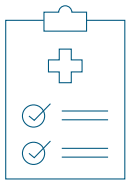
→ Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes

→ Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer

→ Handlungsempfehlungen für Kostenträger

02

Sicherstellung der Versorgung



Gründe für die Ablehnung von (Teil-)Leistungen waren unter anderem laut Angaben der ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste:

- Differenzen mit mit Klientinnen bzw. Klienten/Angehörigen,
- Vergütungsgründe/finanzielle Gründe,
- Personalmangel/keine freien Kapazitäten.

Die Analyse der nationalen als auch internationalen Literatur zeigte vor allem, dass sich auf regionaler Ebene durch Konzepte und Ansätze zur verbesserten Koordinierung der Versorgung und Leistungen in der ambulanten Pflege eine erhöhte Versorgungssicherheit sowie eine Reduktion von Angebotslücken ergibt. 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.

Auf der Systemebene betrachtet bestehen die Potentiale einer verbesserten Koordinierung verschiedener Leistungsbereiche in der Verringerung von Versorgungsbrüchen und damit einer verbesserten Kontinuität der Behandlung.

In anderen Ländern werden teilweise gesamte Gesundheitsregionen reformiert. In Australien beispielsweise wird aufgrund von Schnittstellenproblemen und Versorgungsengpässen 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 zur verbesserten Koordinierung der Pflege und aller an der Versorgung Beteiligten durch hochwertige und individuell zugängliche Gesundheitsdienste (Central coast integrated care program 2017, Dalton et al. 2019).

In der Online-Befragung wurden die Teilnehmenden ebenfalls nach Verbesserungsbedarfen in der Bereitstellung und Sicherstellung der Versorgung befragt. Diese Angaben sowie die Beispiele aus der internationalen Literatur waren u. a. Grundlage für die folgenden Handlungsempfehlungen und wurden in einem eintägigen Reflexionsworkshop mit Expertinnen und Experten der ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste, Verbände der Pflegeeinrichtungsträger und Kostenträgern diskutiert und verifiziert.

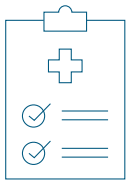
→ **Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes**

→ **Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer**

→ **Handlungsempfehlungen für Kostenträger**

02

Sicherstellung der Versorgung



- [Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes](#)
- [Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer](#)
- [Handlungsempfehlungen für Kostenträger](#)

Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer

Handlungsempfehlung 1

Länger andauernde Engpässe in der pflegerischen Versorgung (häufigere Ablehnung von (Teil-)Leistungen aus Kapazitätsgründen) sollten den Landespflegeausschüssen oder/und den Kostenträgern mitgeteilt werden, damit diese ihrer Aufgabe zur Sicherstellung der Versorgung gemäß §§ 8 Absatz 2 und 12 SGB XI nachkommen kann.

Handlungsempfehlung 2

Unterschiedliche Leistungserbringer nutzen, u. a. im Rahmen von Modellprojekten, bereits digitale Koordinierungsplattformen. Im Rahmen der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung können diese Plattformen sehr nützlich sein, sodass eine Beteiligung empfohlen wird, um dort zum einen freie Kapazitäten melden zu können als auch die Bedarfe der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen zu ermitteln. Durch die Sichtbarkeit der nachgefragten bzw. angebotenen Leistungen und darüber hinaus der Angabe zu welchen Zeiten das Angebot und die Nachfrage der Unterstützung bestehen, kann ein „matchen“ auf diesen Plattformen beidseitig unterstützt werden.

Handlungsempfehlung 3

In vielen Regionen werden regelmäßig und mit unterschiedlichen an der pflegerischen Versorgung beteiligten Akteuren

regionale Pflegekonferenzen abgehalten. Eine regelhafte Beteiligung der ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste ist, wenn noch nicht umgesetzt, zu empfehlen, um auch in den regelmäßigen gemeinsamen Austausch mit den Kostenträgern zu gehen, um Regionen, in denen die Nachfrage der Pflegebedürftigen auf kein entsprechendes Angebot trifft, zu erkennen bzw. infrastrukturellen Versorgungsdefiziten gemeinsam entgegenzuwirken. Dieser Austausch sollte ebenfalls unter Einbindung der Kommunen stattfinden, damit diese dann regionspezifisch handeln und nachsteuern können.

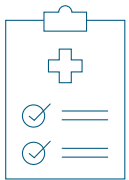
Handlungsempfehlung 4

Die Online-Befragung hat ergeben, dass am häufigsten (Teil-)Leistungen aufgrund von nicht ausreichenden Personalkapazitäten in Hauswirtschaft, Pflege oder Betreuung abgelehnt werden müssen. Zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ist neben der Meldung an die Kostenträger zu empfehlen, die Versorgung diensteübergreifend mittels Kooperation (siehe auch Handlungsempfehlungen zu → *Kooperation und Vernetzung* hinsichtlich der Umsetzung) zu organisieren. Dies birgt ebenfalls das Potential eines gesteigerten Angebotes der pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen in der Nacht.



02

Sicherstellung der Versorgung



→ Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes

→ Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer

→ Handlungsempfehlungen für Kostenträger



Praxisbeispiele für Handlungsempfehlungen

1. Digitale Koordinierungsplattformen

Digitale Koordinierungsplattformen werden nicht nur international erprobt bzw. angewendet. Auch hierzulande gibt es modellhafte Erprobungen. Im Folgenden ist eines dieser Projekte² genannt.

Projekt DiCaSa im Landkreis Friesland: Diese Plattform bietet die Möglichkeit für ambulante Pflege- und Betreuungsdienste sich kostenfrei zu registrieren und ihr Angebot bzw. ihre Kapazitäten zu melden. Die Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen, Ärztinnen und Ärzte, Pflegestützpunkte oder andere an der Versorgung beteiligte Akteure können wiederum die Bedarfe auf der Plattform melden. Die Plattform ist dann dazu in der Lage, diese Informationen zu „matchen“ und bindet darüber hinaus auch Informationen der Touren der ambulanten Dienste mit ein. In Zukunft sollen dadurch indirekte Absprachen stattfinden, damit eine Flächendeckung ermöglicht wird. Die Grundidee, dass jeder seinen Pflegedienst selbst wählen kann, bleibt bestehen, jedoch wird der Quartiersgedanke, d. h. Versorgung gemeinsam zu denken, in den Vordergrund gestellt. Die Kommune übernimmt die Organisation und

trägt die Kosten der Plattform.

→ Weiterführende Informationen [Abruf am 31.05.22]

2. Beteiligung an regionalen bzw. kommunalen Pflegekonferenzen

Zur regelhaften Besprechung der individuellen und regionalen Versorgungssituation eignen sich auch die regionalen bzw. kommunalen Pflegekonferenzen. Diese können z. B. nach § 4 Landespflegestrukturgesetz (LPSG) Baden-Württemberg in Stadt- bzw. Landkreisen unter Beteiligung der Gemeinden eingerichtet werden, um unter Mitwirkung der vertretenen Pflegekassen sowie der Landesverbände der Pflegekassen gemeinsame Empfehlungen („Kreispflegeplan“) zu erarbeiten, u. a. zu:

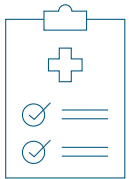
- Klärung von Fragen der regionalen Pflege- und Unterstützungsstrukturen,
- Schaffung altersgerechte Quartiersstrukturen und kommunalen Beratungsstrukturen sowie
- Koordinierung von pflegerischen Leistungsangeboten und der Sozialplanung.

² Auch international gibt es überregionale Plattformen zur Vermittlung und Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen und ggf. Versorgungsdienstleistungen in der Häuslichkeit. Diese werden an dieser Stelle, auch aufgrund von Limitierungen in der Übertragbarkeit und Umsetzungshindernissen nicht explizit genannt.



02

Sicherstellung der Versorgung



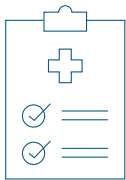
Das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg erprobt derzeit, unter der Federführung des Kommunalverbands für Jugend und Soziales, zur Stärkung der Vernetzung aller lokalen Akteure und damit auch der Strukturen im Vor- und Umfeld der Pflege sowie in der Pflege selbst kommunale Pflegekonferenzen. Ziel der Förderung ist es, Best-Practice-Beispiele für kommunale Pflegekonferenzen zu implementieren.

→ [Weiterführende Informationen \[Abruf am 31.05.22\]](#)

- Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes
- Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer
- Handlungsempfehlungen für Kostenträger

02

Sicherstellung der Versorgung



Handlungsempfehlungen für Kostenträger

Handlungsempfehlung 1

Zur regelhaften Erhebung von Informationen über regionale pflegerische Versorgungsbedarfe und -angebote sollte ein Monitoring durch die Kostenträger etabliert werden. Dazu können regional ganz unterschiedliche Methoden denkbar sein. In der Online-Befragung wurden durch die teilnehmenden Kostenträger folgende Möglichkeiten beispielhaft genannt:

- Online-Befragung durch Verbände und Kassen (z. B. anonymisierte Abfrage der tatsächlichen Einzugsbereiche)
- Erhebung des tatsächlichen Einzugsbereichs zur Bedarfsplanung
- Regelmäßige Meldung von freien Kapazitäten an eine zentrale Stelle
- regelhafte Besprechung in regionalen Pflegekonferenzen.

Die Etablierung eines regionalen Monitoringsystems ist zu empfehlen. Dazu sollte zunächst geprüft werden, wie dieses ausgestaltet und modellhaft erprobt werden kann. Ziel sollte sein, die Kostenträger als auch Leistungserbringer mit der regelmäßigen Meldung und Verarbeitung der Daten möglichst wenig zusätzlich zu belasten und ein effizientes System zu etablieren. Dazu ist weiterhin zu empfehlen, ggf. vorhandene Strukturen zu nutzen.

Handlungsempfehlung 2

Digitale Koordinierungsplattformen zur Vermittlung und Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen in der Häuslichkeit sind eine weitere Möglichkeit, ggf. auch regionenübergreifend und dienstübergreifend, eine passende Angebotsauswahl für die Pflegebedürftigen und deren Angehörigen zu ermöglichen. Gleichzeitig wird dadurch auch ersichtlich, ob in einem bestimmten Gebiet ggf. keine pflegerische Versorgung mehr stattfindet – sozusagen wie ein Monitoring.

Diese Ressource könnten die Kostenträger unter Einbindung der Kommunen ermöglichen. Die Finanzierung (Sach- und Personalkosten) einer solchen Plattform sollte ebenfalls geprüft werden (→ siehe auch Praxisbeispiel Projekt DiCaSa).

Die Bereitschaft zur Nutzung digitaler Koordinierungsplattformen durch die Leistungserbringer könnte durch finanzielle Anreize unterstützt werden.

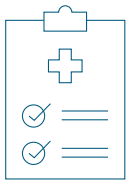
→ **Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes**

→ **Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer**

→ **Handlungsempfehlungen für Kostenträger**

02

Sicherstellung der Versorgung



Handlungsempfehlung 3

In vielen Regionen werden regelmäßig und mit unterschiedlichen an der pflegerischen Versorgung beteiligten Akteuren regionale Pflegekonferenzen abgehalten. Eine regelhafte Beteiligung der Kostenträger ist, wenn noch nicht umgesetzt, zu empfehlen, um auch in den regelmäßigen gemeinsamen Austausch mit den ambulanten Leistungserbringern zu gehen und Bedarfe in der Region aufgrund der Nachfragen der Pflegebedürftigen zu ermitteln bzw. infrastrukturellen Versorgungsdefiziten gemeinsam entgegenzuwirken. Dieser Austausch sollte ebenfalls unter Einbindung der Kommunen stattfinden, damit diese dann regionsspezifisch handeln und ggf. nachsteuern können.

Handlungsempfehlung 4

Zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ist neben dem Monitoring und der Meldung von Regionen, in denen den Nachfragen der Pflegebedürftigen kein oder kein ausreichendes Angebot gegenübersteht, durch die ambulanten Leistungserbringer an die Kostenträger zu empfehlen, die Versorgung dienstübergreifend mittels Kooperationen zu ermöglichen. Zur Realisierung bedarf es entsprechender Rahmenbedingungen, wie bspw:

- Verhandlungen der Versorgungsverträge gemeinsam bzw. abgestimmt mit mehreren Leistungserbringern, welche sich zu einer dienstübergreifenden Kooperation zusammenschließen möchten,
- Kommunikation/Information seitens der Kostenträger an die Leistungserbringer über entsprechende Abrechnungsmöglichkeiten, wenn mehrere ambulante Leistungserbringer die pflegerische Versorgung einer Pflegebedürftigen bzw. eines Pflegebedürftigen übernehmen,

Handlungsempfehlung 5

Im Rahmen von sog. Gesamtversorgungsverträgen nach § 72 Abs. 2 S. 2 SGB XI ist ein einrichtungsübergreifender Personaleinsatz verschiedener Versorgungsbereiche eines Trägers, in denen vor Ort mehrere oder alle selbständig wirtschaftenden Pflegeeinrichtungen organisatorisch miteinander verbunden sind, möglich. Da ein einrichtungsübergreifender Personaleinsatz ebenfalls die Sicherstellung der Versorgung positiv beeinflusst, sollten Maßnahmen ergriffen werden, die Vereinbarungsprozesse zu erleichtern.

→ Weitere Informationen können dem Workshop „Umsetzung der Regelung des Gesamtversorgungsvertrages – aus der Praxis für die Praxis“ vom 20. November 2019 entnommen werden.

→ [Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes](#)

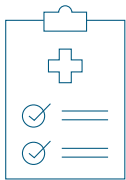
→ [Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer](#)

→ [Handlungsempfehlungen für Kostenträger](#)



02

Sicherstellung der Versorgung



Praxisbeispiel für Handlungsempfehlung

Digitale Koordinierungsplattformen werden nicht nur international erprobt bzw. angewendet. Auch hierzulande gibt es modellhafte Erprobungen. Im Folgenden ist eines dieser Projekte³ genannt.

Projekt DiCaSa im Landkreis Friesland: Diese Plattform bietet die Möglichkeit für ambulante Pflege- und Betreuungsdienste sich kostenfrei zu registrieren und ihr Angebot bzw. ihre Kapazitäten zu melden. Die Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen, Ärztinnen und Ärzte, Pflegestützpunkte oder andere an der Versorgung beteiligte Akteure können wiederum die Bedarfe auf der Plattform melden. Die Plattform ist dann dazu in der Lage, diese Informationen zu „matchen“ und bindet darüber hinaus auch Informationen der Touren der ambulanten Dienste mit ein. In Zukunft sollen dadurch indirekte Absprachen stattfinden, damit eine Flächendeckung ermöglicht wird.

Die Grundidee, dass jeder seinen Pflegedienst selbst wählen kann, bleibt bestehen, jedoch wird der Quartiersgedanke, d. h. Versorgung gemeinsam zu denken, in den Vordergrund gestellt. Die Kommune übernimmt die Organisation und trägt die Kosten der Plattform.

→ [Weiterführende Informationen \[Abruf am 31.05.22\]](#)

→ [Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes](#)

→ [Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer](#)

→ [Handlungsempfehlungen für Kostenträger](#)

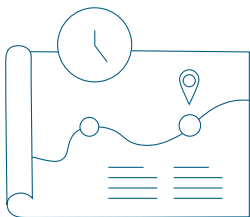
³ Auch international gibt es überregionale Plattformen zur Vermittlung und Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen und ggf. Versorgungsdienstleistungen in der Häuslichkeit. Diese werden an dieser Stelle, auch aufgrund von Limitierungen in der Übertragbarkeit und Umsetzungshindernissen nicht explizit genannt (Hahnel et al. 2021).

03 Dienst- und Tourenplanung



03

Dienst- und Tourenplanung



Datengrundlage der Handlungsempfehlungen

Für die Empfehlungen zur Dienst- und Tourenplanung wurden folgende Hintergrundinformationen bzw. empirischen Befunde berücksichtigt:

- Angaben der ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste sowie von Vertreterinnen und Vertretern der Pflege- und Krankenkassen aus der Online-Befragung,
- Erkenntnisse aus der systematischen Literaturrecherche,
- Erkenntnisse des Reflexionsworkshops mit Vertreterinnen und Vertretern aus der Praxis, den Verbänden von Pflegeeinrichtungsträgern und Kostenträgern sowie
- Erkenntnisse aus verschiedenen IGES-Studien zur Digitalisierung in der Pflege.

Hintergrundinformationen

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, Einsatz von Technik) als Schlüssel zur effizienten Versorgung Pflegebedürftiger darstellt.

Allgemein hat der Einsatz technischer Anwendungen das Potential, in den ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten eine effiziente Touren- und Dienstplanung zu ermöglichen und dadurch u. a. Wege- und Fahrtzeiten einzusparen und das verfügbare Personal zielgerichteter einzusetzen.

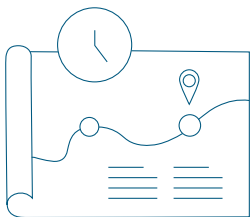
Die große Mehrheit der befragten ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste (88 %, n = 728) planen ihre Einsätze und Touren IT-gestützt. Dabei sind die Einrichtungen mit der jeweils genutzten Software meist sehr zufrieden bzw. zufrieden (87 %, n = 631).

→ [Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes](#)

→ [Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer](#)

03

Dienst- und Tourenplanung

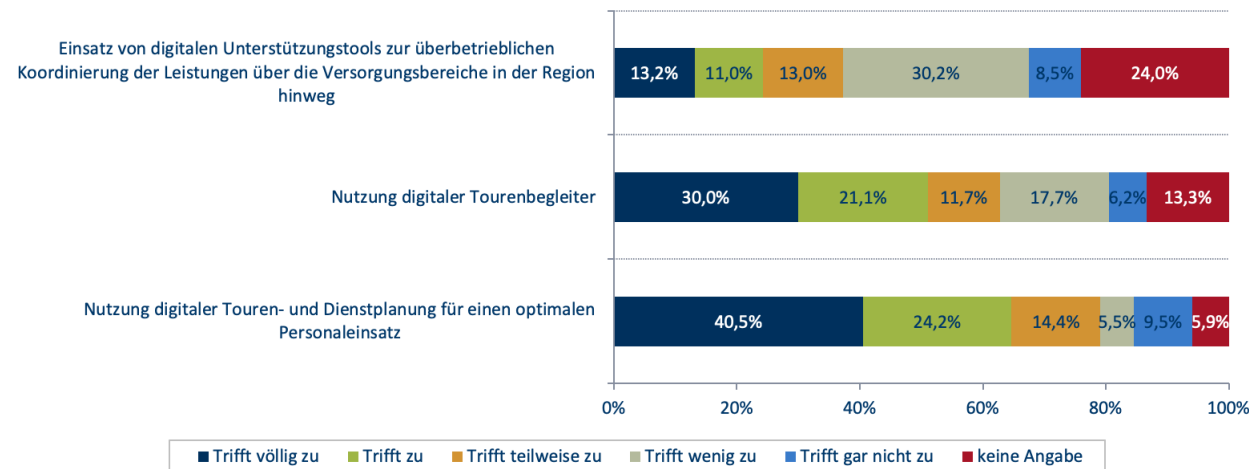


Sofern Pflege- und Betreuungsdienste keine Dienstplanungs- oder Tourenplanungssoftware nutzen und dies auch nicht planen, begründen sie dies wie folgt:

- Es besteht keine Notwendigkeit, dafür eine Software anzuschaffen.
- Software ist zu teuer.
- Software ist nicht auf die konkreten Bedarfe des Dienstes ausgerichtet.
- Der Mensch plant besser als Technik oder die Individualität der Planung wird mit Software nicht gewahrt.

Knapp 65 % der befragten ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste geben an, dass eine softwaregestützte Dienst- bzw. Tourenplanung die Koordinierung der Leistungserbringung, aufgrund des optimierten Personaleinsatzes, verbessern kann (Antwortoptionen „trifft völlig zu“ und „trifft zu“, siehe Abbildung 4) – insbesondere, wenn eine Verknüpfung zur Pflegedokumentation vorhanden ist.

Abbildung 4: Potentiale digitaler Hilfsmittel für eine verbesserte Koordinierung nach Einschätzung der ambulanten Leistungserbringer, Angaben in %, n = 824



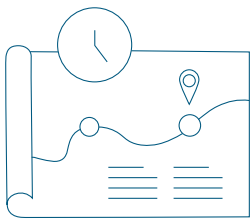
→ Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes

→ Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer

Quelle: IGES, bundesweite Online-Befragung der ambulanten Leistungserbringer und Kostenträger 2021/2022

03

Dienst- und Tourenplanung



Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer

In Deutschland existiert eine Vielzahl an Anbietern, die sich auf die Herstellung von Softwarelösungen für stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen 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.

In der Regel bieten die Softwareunternehmen sog. Module an, aus denen sich die ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste den Umfang der gewünschten Software selbst zusammenstellen können („Baukastenprinzip“). Es ist auch möglich, dass die Softwareunternehmen eine Basisversion anbieten und zusätzliche Module hinzugebucht werden können.

Insgesamt ist der Markt für die an Software interessierten ambulanten Leistungserbringer sehr unübersichtlich. Deren intensive Beratung ist ratsam.

Auch die Preisgestaltung hängt von verschiedenen Faktoren ab: Einige Hersteller staffeln ihre Preise nach Größe der Pflegeeinrichtung und Anzahl der ambulant zu versorgenden Klientinnen und Klienten. Daneben ist vor allem preisrelevant, welche der verschiedenen Module in die Software integriert werden sollen. Je umfangreicher die Softwareanwendung, desto kostenintensiver wird es für die ambulanten Pflegeeinrichtungen. Weiterhin ist zu berücksichtigen, wie viele Mitarbeitende jeweils über technische Endgeräte (Tablets und/oder Smartphones) Zugriff zur Anwendung haben sollen, um bspw. vor Ort bei der Klientin oder dem Klienten digital Daten erfassen und senden zu können.

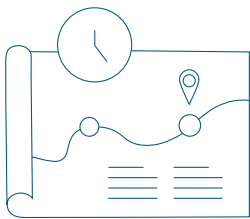
Auch wenn die Einführung einer softwaregestützten Dienst- und Tourenplanung mit hohem Aufwand verbunden ist, sollten ambulante Pflege- und Betreuungsdienste diesen Schritt gehen, da die Vorteile der Digitalisierung langfristig überwiegen.

→ [Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes](#)

→ [Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer](#)

03

Dienst- und Tourenplanung



Handlungsempfehlung 1

Bei der Auswahl geeigneter Software zur Dienst- und Tourenplanung oder aber auch zum sogenannten Ausfallmanagement sollten folgende Hinweise beachtet werden:

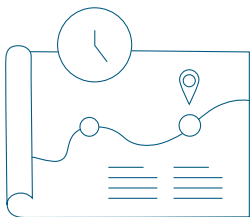
- Gemeinsame Überlegungen mit den Mitarbeitenden, welche Funktionen die Software erfüllen sollte und im bestehenden Betriebssystem auch kann (Erarbeitung eines sog. Lastenheftes).
- Nachfrage beim Softwarehersteller bzw. -anbieter nach Referenzen für die ambulante Pflege und ggf. nach Bewertungen bei von diesen genannten ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten zur Zufriedenheit mit der Software, mit der Einweisung und Schulung sowie dem Support seitens des Herstellers/Anbieters bei der betrieblichen Einführung der Software.
- Kritische Analyse, ob die über die Anforderungen (Lastenheft) hinausgehenden, vom Hersteller angebotenen Funktionen des Softwarepaketes, sinnvoll und hilfreich sind.
- Die einzuführende Technologie sollte nicht mit einer totalen Überwachung der Mitarbeitenden einhergehen und datenschutzkonform sein (z. B. durch die Nutzung von GPS-Sendern) – das würde zu Akzeptanzproblemen bei den Mitarbeitenden führen.
- Vor dem Kauf sollte der Hersteller/Anbieter eine Software anbieten (z. B. einen kostenfreien Testzugang).
- Bei den Anschaffungskosten ist auch nach dem Preis für Einweisung und Schulung der Beschäftigten sowie dauerhaften Support/Hotline zu fragen.
- Häufigkeit und Dauer von Updates ist zu erfragen – Updates sollten möglichst außerhalb der Dienstzeiten erfolgen.
- Die Software sollte auch auf mobilen Endgeräten laufen, also auch auf Tablets beim Kunden vor Ort und in Form einer App auf dem Smartphone nutzbar sein.
- Die Software sollte barrierefrei sein und eine Offline-Nutzung ermöglichen mit späterer automatischer Datenübertragung, wenn wieder ein Netz zur Verfügung steht.
- Es sollte eine interoperable Schnittstelle/Verknüpfung zur Pflegedokumentation oder mit anderen Anwendungen möglich sein, z. B. zur Hinterlegung von Terminen.

→ **Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes**

→ **Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer**

03

Dienst- und Tourenplanung



Handlungsempfehlung 2

Zur optimalen Nutzung und Steigerung der Akzeptanz der Dienst- und Tourenplanungssoftware ist zu empfehlen, die digitalen Kompetenzen der Beschäftigten der ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste zu steigern. Dazu sollten Einweisungs- und Schulungsbedarfe geprüft und von den ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten an die Verbände kommuniziert werden.

ZUR INFORMATION

Die Online-Befragung der ambulanten Pflegedienste hat erneut ergeben, dass das Angebot an Schulungen ausgebaut werden sollte. Darüber hinaus schult, laut Angaben der ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste, nur etwa jeder zweite seine Mitarbeitenden zu den Themen der Dienstplangestaltung und Tourenplanung.

Handlungsempfehlung 3

Der gezielte und an den Bedarfen des Leistungserbringers orientierte Einsatz von Dienst- und Tourenplanungssoftware ist zu empfehlen.

ZUR INFORMATION

Ambulante Pflege- und Betreuungsdienste können aufgrund des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) Zuschüsse zur Förderung digitaler Investitionsmaßnahmen nach § 8 Abs. 8 SGB XI erhalten, wenn sie Anschaffungen digitaler oder technischer Ausrüstung tätigen, die die Pflegekräfte in ihrer Arbeit entlasten.

Diese Förderhilfe können alle nach § 72 SGB XI zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen noch bis zum Jahr 2023 in Anspruch nehmen. Förderfähig sind Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene Schulungen. Der maximale Förderbetrag beträgt 12.000 Euro bzw. 40 Prozent der anerkannten Investitionen durch die jeweilige Einrichtung. Förderfähig sind einmalig Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung. Es können auch mit Investitionen zusammenhängende Schulungen gefördert werden.

→ *Weiterführende Informationen (Richtlinie, Antragformulare und Orientierungshilfe des Bundesministeriums für Gesundheit) [Abruf am 31.05.22]*

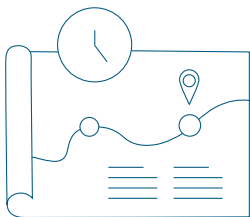
→ **Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes**

→ **Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer**



03

Dienst- und Tourenplanung



Handlungsempfehlung 4

Vertreterinnen und Vertreter ambulanter Pflege- und Betreuungsdienste berichteten mehrfach von positiven Erfahrungen mit der Dienstplanung, wenn Pflegeteams ihre Dienstpläne selbst schreiben. Der gemeinsame Austauschprozess fördert den kollegialen Zusammenhalt und die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten. Aus diesen Gründen ist eine gemeinsame Dienstplanung unter partizipativem Einbezug der Mitarbeitenden zu empfehlen. Die Führungskräfte in den ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten müssen sicherstellen, dass dabei die gesetzlichen Vorgaben, die arbeitsvertraglichen Vereinbarungen und die betrieblichen Ziele eingehalten bzw. erreicht werden.

Handlungsempfehlung 5

Die Nutzung von digitalen Patientenportalen bzw. Plattformen ist zur Unterstützung der ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste beim Aufnahmemanagement sowie bei der Routenplanung zu empfehlen. Seither haben sich verschiedene Patientenportale bzw. Plattformen für digitales Entlassmanagement am Markt etabliert (u. a. Care-Bridge, Caseform, Pflegeplatzmanager, Recare). Diese Portale unterstützen ambulante Dienste und sind für diese als Nachversorger z. T. kostenfrei nutzbar (z. B. Pflegeplatzmanager).

ZUR INFORMATION

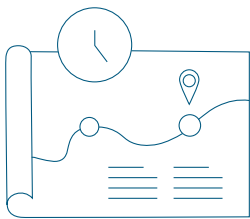
Mit dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) vom 23. Oktober 2020 soll die Digitalisierung in den Krankenhäusern maßgeblich befördert werden. Dabei spielt auch die Einrichtung von Patientenportalen für ein digitales Aufnahme- und Entlassmanagement eine zentrale Rolle, die mit KHZG-Mitteln gefördert wird. Diese sollen den erheblichen Kommunikationsaufwand zwischen den Leistungserbringern reduzieren und die Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten verbessern.

→ [Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes](#)

→ [Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer](#)

03

Dienst- und Tourenplanung



Praxisbeispiele für Handlungsempfehlung

International als auch national gibt es modellhafte Erprobungen und Projekte zur Optimierung der Dienst- und Tourenplanung unter Einsatz digitaler Technik. Eine digitale Touren- und Einsatzbegleitung wurde z. B. 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 Tourenbegleiter effiziente Leistungserbringung und gute Arbeitsqualität miteinander verbinden. Es wurde u. a. eine App entwickelt, die Kommunikations-, Informations- und Lernbedarfe der Pflege-, Leitungs- und Verwaltungskräfte optimieren soll.

Das Projekt GamOR („Game of Roster“) zielt auf eine explizite Beteiligung der Mitarbeitenden an der Dienstplangestaltung, da dies nachweislich die intrinsische Arbeitsmotivation fördert. Das zentrale Ziel des Projekts ist die Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit durch die Gestaltung, Erprobung und Evaluation eines kollaborativen Dienstplanungsprozesses, welcher das Autonomieerleben der Beschäftigten stärkt und durch die Verwendung digi-

taler Assistenten realisiert wird. Im Rahmen des kollaborativen Prozesses werden die Wünsche und Präferenzen der Mitarbeitenden in höherem Maße als bisher berücksichtigt. Weiterhin werden die Mitarbeitenden aktiv in die Planung einbezogen und dabei unterstützt, auftretende Konflikte im Team zu lösen (Blaudszun-Lahm et al. 2021: 428). Entwickelt wurde die digitale Anwendung vom Fraunhofer Institut für Techno- und Wirtschaftsmathematik ITWM, Kaiserslautern. Praxispartner aus der Pflege ist die Protestantische Altenhilfe Westpfalz gGmbH (PAW), Enkenbach-Alsenborn.

→ *Eine ausführliche Darstellung des Projektes GamOR findet sich im Internet [Abruf am 21.06.22]*

Andere Ansätze verfolgen experimentelle, computersimulierte Planungsansätze. Die Übertragbarkeit solcher IT-basierter Touren- und Dienstplanung ist nur begrenzt einschätzbar, da sich die Ergebnisse auf Modellrechnungen beziehen.

Beispielhaft ist an dieser Stelle ein in Berlin ansässiges Unternehmen, welches seit 2016 eine flexible und institutionenübergreifende Dienst- und Tourenplanung zur Optimierung des Personaleinsatzes anbietet, genannt (Braeseke et al. 2020a, Pflegedienst Talea GmbH o.J.). Durch einen diensteübergreifenden Fachkräftepool und eine diensteübergreifende digitale Lösung zur automatisierten Touren-

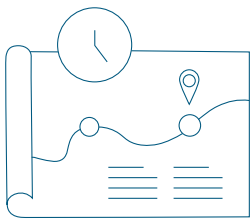
→ **Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes**

→ **Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer**



03

Dienst- und Tourenplanung



bzw. Einsatzplanung werden u. a. 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. Das Konzept wurde bislang allerdings nicht wissenschaftlich evaluiert und musste sich einigen Umsetzungshindernissen stellen.

→ Weiterführende Informationen [Abruf am 31.05.2022]

Darüber hinaus existieren Lösungen zum Ausfallmanagement, welche in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen Anwendung finden können. Beispielhaft sei hier der Gewinner der Altenpflege Start-up Challenge 2022 → „planhero“ sowie eine weitere Softwarelösung, → „Hublo“ genannt, welche einem Pflegeengpass entgegenwirken wollen.

Zusammenfassend kann an dieser Stelle auf keine einzelne Planungslösung oder Software verwiesen werden, u. a. aufgrund der Modellhaftigkeit der Ansätze und der individuellen Charakteristiken der anwendenden Betriebe (ambulante Pflegedienste).

→ **Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes**

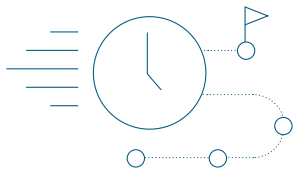
→ **Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer**

04 Wegezeiten



04

Wegezeiten



Datengrundlage der Handlungsempfehlungen

Für die Empfehlungen zu den Wegezeiten ambulanter Pflegeleistungen wurden folgende Hintergrundinformationen bzw. empirischen Befunde berücksichtigt:

- Gesetzliche, untergesetzliche und vertragsrechtliche Rahmenbedingungen in Deutschland,
- Erkenntnisse aus der Literaturrecherche,
- Angaben der ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste sowie von Vertreterinnen und Vertretern der Pflege- und Krankenkassen aus der Online-Befragung,
- Erkenntnisse des Reflexionsworkshops mit Vertreterinnen und Vertretern aus der Praxis, den Verbänden der Pflegeeinrichtungsträger und Kostenträgern.

→ [Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes](#)

→ [Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer](#)

→ [Handlungsempfehlungen für Kostenträger](#)

→ [Handlungsempfehlung für Länder und Kommunen](#)

Hintergrundinformationen

Von insgesamt 14.688 ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten am 15. Dezember 2019 (Statistisches Bundesamt 2020) waren 14.502 (98,7 %) sog. gemischte Einrichtungen (d. h., neben den Leistungen nach dem SGB XI werden weitere Leistungen auf Basis anderer Rechtsgrundlagen (SGB V, SGB XII etc.) angeboten). Nur 186 Dienste (1,3 %) erbrachten ausschließlich Leistungen gemäß SGB XI.

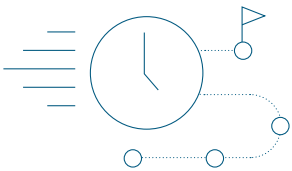
Von den 14.502 gemischten Einrichtungen erbrachten zum Stichtag (Mehrfachnennungen möglich):

- 14.169 (97,7 %) ambulante Dienste auch Leistungen gemäß SGB V (häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe),
- 7.547 (52 %) ambulante Dienste auch Leistungen gemäß SGB XII (Hilfe zur Pflege) und
- 4.250 (29,3 %) ambulante Dienste auch weitere, sonstige ambulante Hilfe- und Unterstützungsleistungen.

Sowohl für SGB XI- als auch für SGB V-Leistungen sieht der Gesetzgeber vor, dass die mit den Kostenträgern gemeinsam vereinbarte Höhe der Vergütung „wirtschaftlich“ sein muss:

04

Wegezeiten



Im Elften Buch Sozialgesetzbuch heißt es dazu: „Die Vergütung der ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe [...] wird [...] zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Leistungsträgern nach Absatz 2 [Pflegekassen, Sozialhilfeträger] für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. Sie muss leistungsgerecht sein. 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. [...]“ (§ 89 Abs. 1 Satz 3 SGB XI).

Ähnlich lauten die Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V (vom 14. Oktober 2020) seitens der Krankenkassen für die Vergütungsverträge im Krankenversicherungsrecht: „Die Vergütung muss leistungsgerecht sein und die Leistungserbringer bei wirtschaftlicher Betriebsführung in die Lage versetzen, eine ausreichende, zweckmäßige und den Qualitätsanforderungen entsprechende Leistung zu erbringen.“ (§ 6 Abs. 2 Punkt 2 der Rahmenempfehlungen). Weiterhin muss das Vergütungssystem für die Vertragspartner und die Versicherten transparent und handhabbar sein (vgl. § 6 Abs. 2 Punkt 1 der Rahmenempfehlungen).

Die Maßstäbe und Grundsätze zur Vergütung ambulanter Pflege- und Betreuungsdienste für SGB XI-Leistungen

bestehen nach eigener Auswertung der Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI aus mehreren Komponenten:

- Preisvereinbarung für Pflegeleistungen im Sinne des § 36 SGB XI (i. d. R. als Punktwert, außer Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz)
- Ergänzend in einigen Ländern parallel Zeitvergütungen für körperbezogene Pflegeleistungen
- meist Vereinbarungen zu Zeitvergütung für pflegerische Betreuungsmaßnahmen
- Fahrt- oder Wegepauschalen (nicht in Saarland, Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen)
- Zuschlägen für Nacht- oder Wochenendarbeit (teilweise eingepreist über Abrechnung erhöhter Wegepauschalen)

Auf der Internetseite des Bundesministeriums für Gesundheit können u. a. die in den Bundesländern mit Stand 01. Juli 2021 zwischen den Vertragsparteien auf Landesebene vereinbarten ambulanten Leistungskomplexe eingesehen werden, die eine grundlegende Orientierung für die ebenso auszuhandelnden, einrichtungsindividuellen Vergütungsvereinbarungen geben (vdek 2021). Darin finden sich → [19 unterschiedliche Leistungskataloge \[Abruf am 25.04.2022\]](#).

Die zwischen den einzelnen ambulanten Leistungserbringern und einzelnen Krankenkassen vertraglich ausgehandelte Vergütung von SGB V-Leistungen für

→ **Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes**

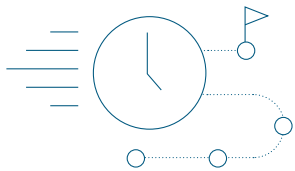
→ **Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer**

→ **Handlungsempfehlungen für Kostenträger**

→ **Handlungsempfehlung für Länder und Kommunen**

04

Wegezeiten



medizinische Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V in Verbindung mit § 132a SGB V) erfolgt in einigen Bundesländern

- nach Einzelleistungen (acht Bundesländer, Hamburg nur vdek) oder
- nach Leistungsgruppen (neun Bundesländer, Hamburg nur AOK, IKK und BKK) und
- zusätzlich mit Wegepauschalen (elf Bundesländer, Hamburg nur vdek).

Je nach Bundesland (oder auch Vertrag) sind für die Leistungserbringung im SGB V/SGB XI unterschiedliche Personalanforderungen (Qualifikationen) definiert: In einigen Bundesländern dürfen jegliche Leistungen der medizinischen Behandlungspflege ausschließlich von Pflegefachkräften durchgeführt werden, in anderen entscheidet die Pflegedienstleitung, wer formal und/oder materiell für die Leistung qualifiziert ist.

Zur Klarstellung der **Vergütung von längeren Wegezeiten**, insbesondere in ländlichen Räumen, wurde mit dem am 1. Januar 2019 In Kraft getretenen Pflegepersonal-Stärkungsgesetz sowohl im Krankenversicherungs- wie auch im Pflegeversicherungsrecht eine gesetzliche Grundlage geschaffen.

Gemäß den Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V vom 14. Oktober 2020 ist für die Vergütung von längeren Wegezeiten innerhalb des Einzugsgebietes ein „durchschnittlicher Versorgungsradius zu vereinbaren“ (§ 6 Abs. 23 der Rahmenempfehlungen). „Für die Versorgung von Versicherten, die außerhalb des vertraglich vereinbarten Versorgungsradius mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege versorgt werden, haben die Vertragspartner nach § 132a Abs. 4 SGB V Zuschläge für längere Wegezeiten zu vereinbaren.“ (§ 6 Abs. 24 der Rahmenempfehlungen). Diese Bestimmungen sind gemäß § 89 Abs. 3 SGB XI auch von den Vereinbarungspartnern vor Ort für die Erbringung von Leistungen zulasten der Pflegeversicherung zu berücksichtigen.

Büscher et al. (2020) ermittelten in einer Teilstudie im Rahmen der Studie zur Personalbemessung (PeBeM) Zeitaufwände für pflegerische Leistungen wie auch für indirekte Leistungen in der ambulanten Pflege (Rothgang et al. 2020). Das bei 14 Pflegediensten ermittelte Verhältnis von Fahrtzeit zur Pflegezeit, die über die Möglichkeit der Zeitvergütung oder ausschließlich Leistungskomplexe verfügten, betrug dabei 1 zu 3 (dabei kam ein Pflegedienst aus Bayern, fünf aus Niedersachsen, drei aus Bremen, zwei aus Hamburg und drei aus Nordrhein-Westfalen). D. h. der Anteil der Fahrtzeit lag durchschnittlich bei 25 % der gesamten Einsatzzeit einer oder eines Mitarbeitenden pro Tag.

→ [Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes](#)

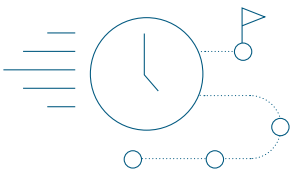
→ [Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer](#)

→ [Handlungsempfehlungen für Kostenträger](#)

→ [Handlungsempfehlung für Länder und Kommunen](#)

04

Wegezeiten



Wie aus den in dieser Studie zu Effizienzpotentialen einer verbesserten Koordinierung in der ambulanten Pflege gewonnenen Befragungsergebnissen (Winter 2021) hervorgeht, erhalten ca. 60 % der ambulanten Dienste (n = 493 von insgesamt 824) Wegepauschalen für SGB XI-Leistungen und rund 43 % für SGB V-Leistungen. Die vereinbarten Wegepauschalen für SGB XI-Leistungen (in acht Bundesländern, jeweils volle Pauschale an Wochentagen) lagen nach einer Auswertung der Pflegekassen im Jahr 2021 zwischen 3,03 Euro (Hamburg) und 5,60 Euro (Hessen). Lediglich in Rheinland-Pfalz werden höhere Beträge gezahlt (6,51 bis 7,12 Euro je nach Vertragsmodell) (→ [vdek 2021, \[Abruf am 25.04.2022\]](#)). In Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen werden die Wege- bzw. Hausbesuchspauschalen nicht landesweit verhandelt, sondern einrichtungsindividuell.

Jeweils knapp 80 % (n = 386) der Einrichtungen mit Wegepauschalen nannten diese „nicht kostendeckend“. Dafür wurden z. B. folgende Gründe angegeben:

- fehlende Parkmöglichkeiten
- Anstieg der Sachkosten (Kraftstoffpreis, Versicherungs- und Wartungskosten) bzw. Unterhalts- bzw. Betriebskosten
- gestiegene Personalkosten
- Pauschale generell nicht kostendeckend

- Verkehrsbedingungen (z. B. Stau, Baustellen, Umleitungen)
- weite Entfernungen in der Stadt/ungünstige Verkehrslage in der Stadt.

Nur 1,4 % (n = 7) der ambulanten Pflegedienste hatte zum Zeitpunkt der Online-Befragung im Rahmen dieser Studie (Winter 2021) gemäß § 89 Abs. 3 Satz 3 SGB XI gesonderte Vereinbarungen über die Vergütung längerer Wegezeiten mit den **Pflegekassen** getroffen. Dagegen hatten immerhin 14,1 % (n = 111) einen „durchschnittlichen Versorgungsradius“ mit den **Krankenkassen** vereinbart, jedoch davon nur 3,6 % (n = 4) auch Zuschläge für längere Wegezeiten.

Als Gründe, warum noch keine neuen Vereinbarungen zur Vergütung längerer Wegezeiten mit den Kostenträgern geschlossen wurden, gaben die Pflege- und Betreuungsdienste u. a. folgendes an:

- fehlende Kenntnis über die neuen Regelungen im SGB V bzw. SGB XI
- kein Angebot seitens der Kostenträger bzw. fehlende Verhandlungsbereitschaft
- Verhandlungen laufen über den eigenen (Landes-, Dach-) Verband sowie
- kein Bedarf, es bestehen keine längeren Wegezeiten.

→ **Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes**

→ **Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer**

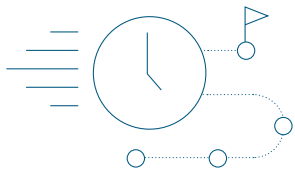
→ **Handlungsempfehlungen für Kostenträger**

→ **Handlungsempfehlung für Länder und Kommunen**



04

Wegezeiten



Rund 65 % (n = 280) der ambulanten Dienste geben an, dass Zuschläge für längere Wegezeiten die Koordination der Leistungserbringung verbessern würden; knapp 24 % (n = 102) verneinen dies, weil

- Pflegepersonal weiterhin fehlt,
- lange Fahrtzeiten generell unattraktiv sind (lieber mehr Klientinnen und Klienten in kurzer Zeit versorgen/mehr Zeit für Klientinnen und Klienten) oder
- Personalkosten durch die Fahrzeiten dennoch zu hoch wären.

→ **Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes**

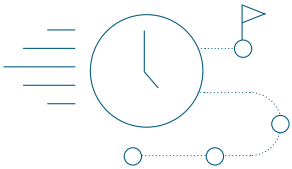
→ **Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer**

→ **Handlungsempfehlungen für Kostenträger**

→ **Handlungsempfehlung für Länder und Kommunen**

04

Wegezeiten



➔ Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes

➔ Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer

➔ Handlungsempfehlungen für Kostenträger

➔ Handlungsempfehlung für Länder und Kommunen

Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer

Handlungsempfehlung 1

Die Nutzung von **E-Bikes**, insbesondere bei innerstädtischen Fahrtstrecken zur Verkürzung der Wegezeiten, anstelle von Autos bei zunehmendem Verkehr und Parkplatzmangel kann zeitlich und finanziell sinnvoll sein und wird empfohlen. Die verstärkte Nutzung von E-Bikes hat für ambulante Pflege- und Betreuungsdienste u. a. folgende Vorteile:

- Für ein E-Bike benötigt man keinen Führerschein und es besteht keine Versicherungspflicht. E-Bikes sind somit insbesondere ein attraktives Angebot für junge Pflegekräfte, die häufig noch keinen Führerschein haben.
- Mit dem E-Bike darf auf Fußwegen geparkt werden. So ergeben sich kurze Wege zu den Haushalten der Klientinnen und Klienten, langes Suchen nach einem Parkplatz und Wege zur Tankstelle sind hinfällig.
- Mit E-Bikes können Radwege genutzt und somit auch Staus vermieden werden.

➔ Weitere Informationen [Abruf am 31.05.22]

Wollen Pflegedienste ihren Beschäftigten **Dienstfahrräder** anbieten, ist zu prüfen, ob diese unter die berufsgenossenschaftliche Vorschrift für Fahrzeuge, die DGUV Vorschrift 70, fallen und somit besondere Unfallverhütungsvorschriften zu beachten sind.

➔ Die DGUV Vorschrift 70 ist im Internet verfügbar

[Abruf am 31.05.22]

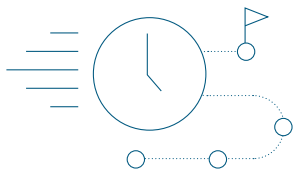
ZUR INFORMATION

Ausgenommen sind davon lediglich Pedelecs 25, d. h. der Motor unterstützt das Treten bis maximal 25 km/h mit bis zu 250 Watt und ggf. gibt es eine Anfahrhilfe von bis zu 6 km/h.



04

Wegezeiten



→ **Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes**

→ **Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer**

→ **Handlungsempfehlungen für Kostenträger**

→ **Handlungsempfehlung für Länder und Kommunen**

ZUR INFORMATION

Vom Bund gefördert werden momentan ausschließlich gewerblich genutzte Elektrolastenräder, beispielsweise aus den Bereichen Handwerk und Pflege. Die Förderanträge zur E-Lastenrad-Richtlinie nimmt das Bundesamt für Wirtschaft und Ausfuhrkontrolle (BAFA) bis zum 29. Februar 2024 entgegen. Förderfähig sind 25 Prozent der Ausgaben für die Anschaffung, maximal jedoch 2.500 Euro pro E-Lastenfahrzeug beziehungsweise Lastenfahrradanhänger mit E-Antrieb.

→ [Weiterführende Informationen und Förderantrag](#)
[Abruf am 31.05.22]

Darüber hinaus bieten Baden-Württemberg als auch einzelne Kommunen verschiedene Förderprogramme an, sodass zu empfehlen ist zu prüfen, welche Fördermöglichkeiten in Ihrer Region existieren.

Weiterführende Informationen finden Sie u. a. hier:

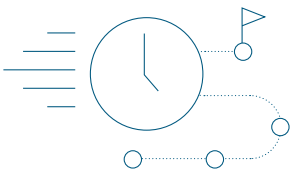
→ [Baden-Württemberg](#)

→ [Neue Förderrichtlinie ab 1. April 2013 der Stadt München](#)

→ [Stadt Regensburg](#)

04

Wegezeiten



Handlungsempfehlungen für Kostenträger

Handlungsempfehlung 1

Bei den Kranken- und Pflegekassen können die Zuständigkeiten für ambulante Pflegeleistungen gemäß SGB V und SGB XI organisatorisch gebündelt werden. Durch die Gesamtbetrachtung der gemäß SGB V bzw. SGB XI vereinbarten Vergütungen (einschl. der Wegepauschalen) ließen sich Synergieeffekte erreichen.

Handlungsempfehlung 2

Einige der ambulanten Pflegeeinrichtungen verwiesen in der Online-Befragung (Winter 2021) auf die mangelnde Verhandlungsbereitschaft der Kostenträger bzgl. der Finanzierung von Wegekosten. Es sollte ein Gespräch seitens der Pflegekassen mit den ambulanten Leistungserbringern vor Ort gesucht werden. Auch bieten sich insbesondere regionale Pflegekonferenzen an, um Fragen der Finanzierung von Wegekosten zu thematisieren.

Handlungsempfehlung 3

Wegezeiten sind angemessen zu vergüten – unter Berücksichtigung tatsächlicher Personal- und Sachkosten.

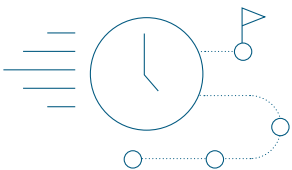
Anstelle einer Pauschalvereinbarung auf Landesebene könnte, wie in Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen, auch eine einrichtungsindividuelle Vereinbarung zu Wegepauschalen auf Basis tatsächlicher Gestehungskosten des Dienstes erfolgen. Letzteres ist mit entsprechenden Transaktionskosten (Kostennachweise erbringen und prüfen etc.) für beide Vertragsparteien verbunden.

- Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes
- Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer
- Handlungsempfehlungen für Kostenträger
- Handlungsempfehlung für Länder und Kommunen



04

Wegezeiten



Handlungsempfehlung für Länder und Kommunen

Handlungsempfehlung 1

Erteilung von Sonderparkrechten für ambulante Leistungserbringer

Viele Pflege- und Betreuungsdienste verwiesen im Zusammenhang mit der Berücksichtigung von indirekten Leistungen auf ihren Touren- und Wegezeiten in der online Befragung (Winter 2021) auf fehlende Parkmöglichkeiten. Insofern sind die zuständigen Behörden aufgefordert, entsprechend Anträge auf Sonderparkrechten und Ausnahmemöglichkeiten zeitnah zu bescheiden.

- [Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes](#)
- [Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer](#)
- [Handlungsempfehlungen für Kostenträger](#)
- **[Handlungsempfehlung für Länder und Kommunen](#)**

ZUR INFORMATION

Diese Thematik wurde bereits von der Konzierten Aktion Pflege (KAP) aufgegriffen. Im ersten Umsetzungsbericht der KAP vom September 2020 heißt es dazu: „Die Erteilung von Sonderparkrechten nach § 46 Straßenverkehrsordnung liegt im Ermessen der zuständigen Behörden. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat daher die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) und der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) der Länder gebeten, Pflegediensten Sonderparkrechte (z. B. nach dem Vorbild der nordrhein-westfälischen Parkausweise für soziale Dienste und Handwerksbetriebe) zu ermöglichen.“

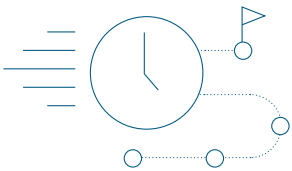
Da die Entscheidung durch entsprechende Erlasse mit Anwendungshinweisen der jeweils zuständigen Landesressorts erleichtert werden könnte, wurden diese in dem Schreiben darum gebeten, entsprechende Erlasse umzusetzen.“ (BMG (2020): 37).

→ [Link zum ersten KAP-Bericht \[Abruf am 17.05.2022\]](#)



04

Wegezeiten



Praxisbeispiel für Handlungsempfehlung

In Nordrhein-Westfalen gibt es Ausnahmeregelungen gemäß § 46 StVO für Gewerbebetriebe und soziale Dienste zur Erleichterung der Parkplatzsuche. Ambulante soziale Dienste können für ihre Dienstfahrzeuge, die auf beiden Fahrzeuglängsseiten mit deutlich lesbaren, festen Firmenaufschriften versehen sind, Parkausweise beantragen, mit denen sie in den jeweils beantragten Einsatzgebieten berechtigt sind,

- im eingeschränkten Haltverbot/in Haltverbotszonen (Zeichen 286 / 290.1 StVO),
- auf öffentlichen Parkplätzen mit Parkscheibenpflicht, an Parkuhren und im Bereich von Parkscheinautomaten gebührenfrei und ohne Beachtung der Höchstparkdauer und
- auf Bewohnerparkplätzen

zu parken. Die Ausnahmegenehmigungen sind auf jeweils maximal zwei Stunden pro Parkvorgang begrenzt (Nachweis mit Parkscheibe).

→ **Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes**

→ **Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer**

→ **Handlungsempfehlungen für Kostenträger**

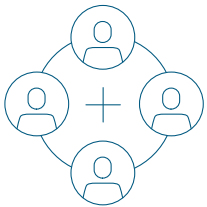
→ **Handlungsempfehlung für Länder und Kommunen**

05 Poolen von Leistungen



05

Poolen von Leistungen



Datengrundlage der Handlungsempfehlungen

Für die Empfehlungen zum Poolen von Pflegeleistungen auf Seiten der Pflegebedürftigen und zu den Möglichkeiten, ambulante Pflegesachleistungen gestützt durch digitale Technik zu erbringen, wurden folgende Hintergrundinformationen bzw. empirischen Befunde berücksichtigt:

- Gesetzliche, untergesetzliche und vertragsrechtliche Rahmenbedingungen in Deutschland,
- Erkenntnisse aus der Literaturrecherche,
- Angaben der ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste sowie von Vertreterinnen und Vertretern der Pflege- und Krankenkassen aus der Online-Befragung,
- Erkenntnisse des Reflexionsworkshops mit Vertreterinnen und Vertretern aus der Praxis, den Verbänden der Pflegeeinrichtungsträger und Kostenträgern.

Hintergrundinformationen

Zum sog. Poolen von Leistungen heißt es gemäß § 89 Abs. 3 Satz 2 SGB XI: „Die Vergütungen haben zu berücksichtigen, dass Leistungen von mehreren Pflegebedürftigen gemeinsam abgerufen und in Anspruch genommen werden können; die sich aus einer gemeinsamen Leistungsanspruchnahme ergebenden Zeit- und Kostenersparnisse kommen den Pflegebedürftigen zugute.“

In sechs Bundesländern wird die gemeinsame Versorgung in Pflege-Wohngemeinschaften durch einen Leistungserbringer explizit in den die Vergütungsvereinbarungen vorbereitenden Landesrahmenverträgen berücksichtigt: In Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern und Niedersachsen gibt es bei Poolteilnehmern bspw. reduzierte Wegepauschalen, in Berlin wurde für die Versorgung und Betreuung in Wohngemeinschaften von Pflegebedürftigen der Pflegegrade 4 und 5 ein gesonderter Halb- bzw. Ganztagesatz für Wegepauschalen vereinbart und in Brandenburg, Bremen und Mecklenburg-Vorpommern finden sich für Poolteilnehmende reduzierte Preise für Betreuungs- und hauswirtschaftliche Leistungen.

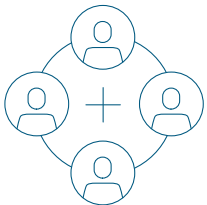
→ [Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes](#)

→ [Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer](#)

→ [Handlungsempfehlungen für Kostenträger](#)

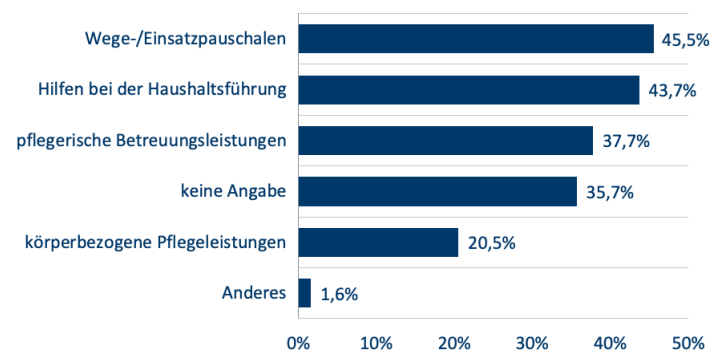
05

Poolen von Leistungen



Ein Poolen von Pflege- und Betreuungsleistungen (§ 36 SGB XI) und damit die gemeinsame Leistungsanspruchnahme durch mehrere Pflegebedürftige kommt nach Angaben der ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste in der Online-Befragung (Winter 2021) außerhalb eines Haushalts bzw. von Pflegewohngemeinschaften selten vor (nur knapp 18 % (n = 145) der Dienste kennen solche Fälle). Jeder vierte Dienst (25,8 %, n = 231) versorgt auch Bewohnerinnen bzw. Bewohner von Pflegewohngemeinschaften. Mit dem Poolen lassen sich für die Leistungsbezieher nach Ansicht der Dienste in folgenden Bereichen Kosten verringern:

Abbildung 5: Einsparungsmöglichkeiten durch Poolen (nach Leistungsbereichen einschl. Wegepauschalen), Mehrfachnennungen, Angaben in %, n = 824



Quelle: IGES, bundesweite Online-Befragung der ambulanten Leistungserbringer und Kostenträger 2021/2022

Nur ein Drittel der Dienste gab an, dass die Versorgung in Wohngemeinschaften anders als die Versorgung allein wohnender Klientinnen und Klienten vergütet wird.

Aus Sicht von knapp der Hälfte der Vertreterinnen und Vertreter von Kranken- und Pflegekassen gibt es bzgl. des Poolens von Leistungen noch deutliche Verbesserungspotentiale, weil

- Pflege- und Betreuungsdienste diese Möglichkeit gegenüber den Pflegebedürftigen nicht immer erwähnten – hier mangle es an finanziellen Anreizen für die Dienste, und
- sinnvolles Poolen teilweise von den Klientinnen und Klienten wegen nicht deckungsgleicher Versorgungszeiten ausgeschlagen würde.

Dagegen sehen nur rund 30 % der ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste weitere Effizienzpotentiale im Angebot des Poolens von Pflege- und Betreuungsleistungen. Da Hilfen bei der Haushaltsführung in den meisten Leistungskomplexsystemen der jeweiligen Landesrahmenverträge mit einer Zeitvergütung vereinbart werden können, erübrigten sich für diese Leistungen gesonderte Regelungen für Poolteilnehmende.

→ Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes

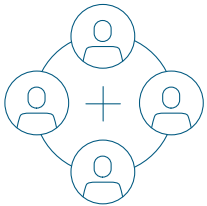
→ Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer

→ Handlungsempfehlungen für Kostenträger



05

Poolen von Leistungen



Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer

Handlungsempfehlung 1

Pflege- und Betreuungsdienste sollten ihre Klientinnen und Klienten offensiver über die Möglichkeit und ihr Angebot für eine gemeinsame Inanspruchnahme (Poolen) von Leistungen informieren.

Handlungsempfehlung 2

Ambulante Pflegeeinrichtungen bzw. deren Verbandsvertreterinnen und -vertreter sollten in Verhandlungen bzw. Verträgen mit den Kostenträgern darauf hinwirken, dass die Vergütung für sog. Poolteilnehmer auch den damit verbundenen (Kordinierungs-)Aufwand der Einrichtungen deckt.

→ Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes

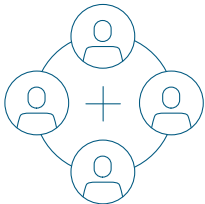
→ Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer

→ Handlungsempfehlungen für Kostenträger



05

Poolen von Leistungen



Handlungsempfehlung für Kostenträger

Handlungsempfehlung 1

Maßstäbe und Grundsätze zur Leistungserbringung bei gemeinsamer Leistungsanspruchnahme durch Poolteilnehmende

Im Zuge einer Überarbeitung der Landesrahmenverträge sollten die Rahmenbedingungen für ambulante Pflege- und Betreuungsdienste, die eine gemeinsame Leistungsanspruchnahme für Pflegebedürftige ermöglichen, verbessert werden. Besonderheiten der Leistungserbringung sind dabei zu beachten: Werden Leistungen für mehrere Personen erbracht, sinkt der Aufwand meist nicht umgekehrt proportional zur Erhöhung der Leistungsempfänger, d. h. eine Verdopplung der Anzahl der Leistungsempfänger geht nicht unbedingt mit einer Halbierung des pflegerischen Zeitaufwands pro Person einher. Je mehr Personen gemeinsam versorgt und betreut werden, desto höher ist zudem der Koordinierungsaufwand anzusetzen.

→ [Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes](#)

→ [Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer](#)

→ [Handlungsempfehlungen für Kostenträger](#)

06 Möglichkeiten des Einsatzes digitaler Technik



06

Möglichkeiten des Einsatzes digitaler Technik



Datengrundlage der Handlungsempfehlungen

Für die Empfehlungen, sowohl für die Zielgruppe der Leistungserbringer (ambulante Pflegedienste) als auch für die Zielgruppe der Pflege- und Krankenkassen (Kostenträger), wurden folgende Informationen berücksichtigt:

- Gesetzliche, untergesetzliche und vertragsrechtliche Rahmenbedingungen in Deutschland,
- Erkenntnisse aus der systematischen Literaturrecherche,
- Erkenntnisse aus der Studie zu den Potentialen der Telepflege in der pflegerischen Versorgung
→ *Hahnel et al. 2020* [*Abruf am 19.05.22*],
- Ergebnisse der Studie UTiP
→ *Braeseke et al. 2020b*, [*Abruf am 19.05.22*],
- Angaben der ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste sowie von Vertreterinnen und Vertretern der Pflege- und Krankenkassen aus der Online-Befragung,
- Erkenntnisse des Reflexionsworkshops mit Vertreterinnen und Vertretern aus der Praxis, den Verbänden der Pflegeeinrichtungsträger und Kostenträgern.

Hintergrundinformationen

Durch den Einsatz digitaler Technik wird unter anderem der Informationsaustausch beruflich Pflegenden im Rahmen des Pflegeprozesses mit

- pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen,
- anderen beruflich Pflegenden und
- weiteren professionellen Akteuren (z. B. Ärztinnen und Ärzten, Ergo-, Logo- oder Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Apothekerinnen und Apothekern etc.).

unter Verwendung von spezifischer Informations- und Kommunikationstechnologien und technologischer Anwendungen gefördert (Hahnel et al. 2020: 35).

In der systematischen Literaturrecherche der vorliegenden Studie (Hahnel et al. 2021) konnten verschiedene Konzepte und Praxisbeispiele identifiziert werden, die u. a. durch telepflegerische Konzepte oder eine verbesserte Koordinierung der Leistungserbringung in der ambulanten Pflege eine teilweise pflegerische Versorgung über Distanzen hinweg ermöglicht.

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG (2019) wurden finanzielle Zuschüsse für zugelassene Pflegeheime und Pflege- und Betreuungsdienste beschlossen, wenn

→ **Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes**

→ **Handlungsempfehlung für Kostenträger und ambulante Leistungserbringer**

06

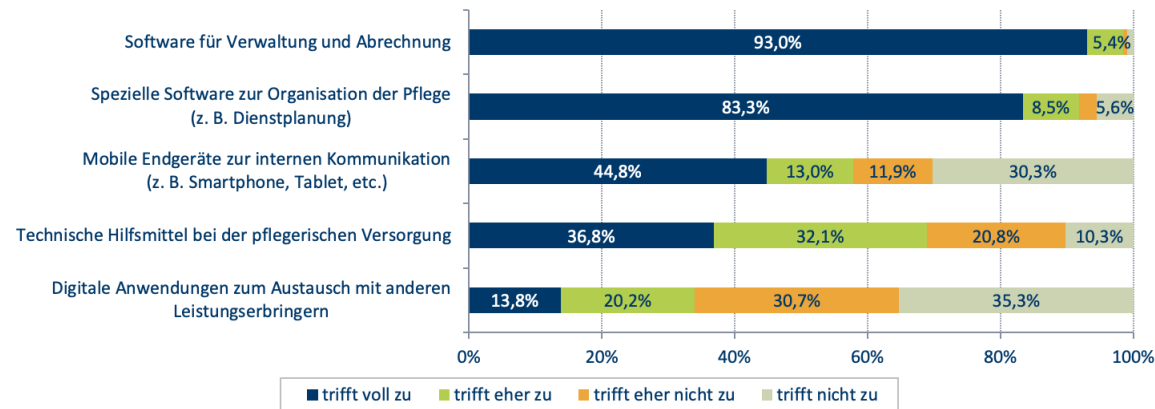
Möglichkeiten des Einsatzes digitaler Technik



sie Anschaffungen und Investitionen in ihre digitale oder technische Ausrüstung tätigen (inklusive Schulungsmaßnahmen), die die Pflegekräfte in ihrer Arbeit vor Ort entlasten (§ 8 Abs. 8 SGB XI) – Näheres dazu siehe Handlungsempfehlungen zu Förderhilfen (→ [Abschnitt 8](#)).

Während auch ambulante Pflegeeinrichtungen in den Bereichen Verwaltung und Logistik in hohem Maße digitalisiert sind, werden rein pflegerische Prozesse noch deutlich seltener technisch unterstützt (Abbildung 6, Braeseke et al. 2020b). Auch die digitale Vernetzung mit anderen Leistungserbringern birgt noch große Entwicklungspotentiale.

Abbildung 6: Einsatz digitaler und technischer Arbeitshilfen in Pflegeeinrichtungen (n = 951 Einrichtungen, ambulant, teil- und vollstationär), Angaben in %



Quelle: Braeseke et al. 2020b

→ Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes

→ Handlungsempfehlung für Kostenträger und ambulante Leistungserbringer

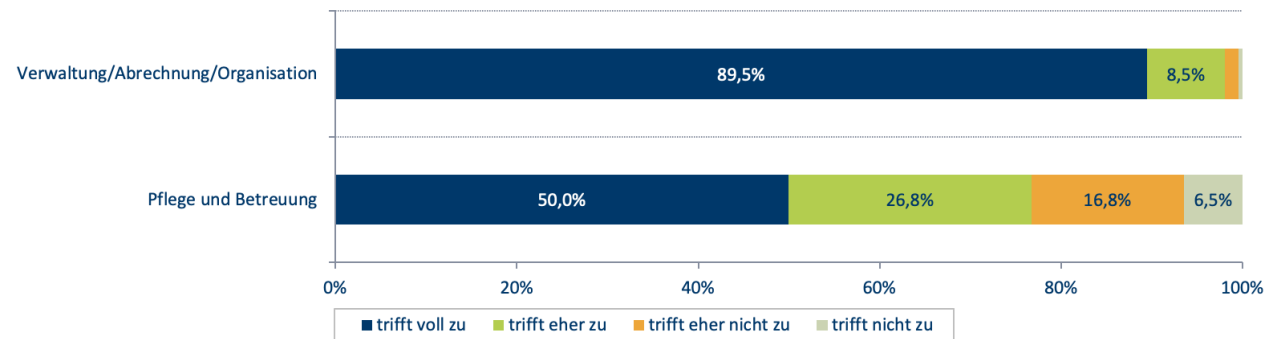
06

Möglichkeiten des Einsatzes digitaler Technik



Während von nahezu allen befragten ambulanten Diensten die Notwendigkeit der weiteren Technisierung im Bereich der Verwaltung und Organisation bestätigt wird, fällt die Zustimmung für den Bereich der Pflege und Betreuung mit fast 70 %, etwas geringer aus (Abbildung 7).

Abbildung 7: Ein zunehmender Technikeinsatz in der Pflegebranche ist in folgenden Bereichen notwendig: (n = 400 ambulante Einrichtungen), Angaben in %



Quelle: Braeseke et al. 2020b

→ Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes

→ Handlungsempfehlung für Kostenträger und ambulante Leistungserbringer

06

Möglichkeiten des Einsatzes digitaler Technik



Handlungsempfehlung für Kostenträger und ambulante Leistungserbringer

Handlungsempfehlung 1

Sowohl Pflegekassen als auch die Leistungserbringer sollten die Angebote digital verfügbarer Pflegekurse, als Ergänzung und Alternative zu den Präsenzveranstaltungen, offensiver bekannt machen und ggf. im Rahmen von Beratungen pflegende Angehörige bei der Nutzung unterstützen (z. B. beim Auffinden des Angebotes im Internet).

Der fehlende Bekanntheitsgrad und der fehlende Zugang (keine Angebote in der Region) sind neben der Aussage, dass es keinen Bedarf gibt, die wesentlichen Hinderungsgründe der Inanspruchnahme dieser Pflegekurse und Schulungen. Speziell bei den Pflegekursen werden aber auch organisatorische Hinderungsgründe und die Schwierigkeit der zeitlichen Vereinbarkeit deutlich. Die digitalen Angebote haben den Vorteil, dass die Angehörigen die Schulungen zeitlich flexibel und entsprechend den individuellen Bedürfnissen nutzen, jederzeit unterbrechen und wiederholen können. Mittlerweile bieten fast alle Pflegekassen Online-Schulungen für Angehörige an – meist unter dem Begriff → Pflegecoach.

ZUR INFORMATION

Gemäß § 45 Absatz 1 SGB XI haben die Pflegekassen für Angehörige oder ehrenamtlich Pflegenden Kurse oder Pflegeschulungen durchzuführen, um sowohl Fertigkeiten zur eigenständigen Durchführung der Pflege zu vermitteln als auch pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen. Vermittelt werden soll auch, welche unterstützenden Angebote es im Rahmen der Pflegeversicherung gibt und wie sie genutzt werden können. Pflegepersonen haben die Möglichkeit, entweder in einer Gruppenschulung oder individuell zu Hause praktische Fähigkeiten zu erwerben.

Handlungsempfehlung 2

Digital verfügbare bzw. Online-Angebote zu Schulungskursen müssen noch stärker bei den Zielgruppen bekannt gemacht werden – in erster Linie durch die Pflegekassen bei ihren pflegebedürftigen Versicherten. Aber auch die ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste können die Angehörigen ihrer Klientinnen und Klienten auf diese Schulungsmöglichkeiten hinweisen und so den eigenen Schulungs- und Beratungsaufwand verringern.

→ [Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes](#)

→ [Handlungsempfehlung für Kostenträger und ambulante Leistungserbringer](#)

06

Möglichkeiten des Einsatzes digitaler Technik



Handlungsempfehlung 3

Durch den Einsatz von digitalen Unterstützungstools kann ein effizienter Informationsaustausch zwischen den beteiligten Akteuren und der digitalen Verwaltung von dienstübergreifenden Daten ermöglicht werden.

Handlungsempfehlung 4

Weiterhin wurden im Reflexionsworkshop vorliegender Studie Apps für Angehörige genannt. Die Nutzung digitaler Informations-, Unterstützungs- und Vernetzungsangebote durch pflegende Angehörige kann ambulante Pflege- und Betreuungsdienste entlasten (u. a. verringert sich ggf. deren Nachfrage nach Beratung, die Notwendigkeit der zeitaufwändigen Anleitung pflegender Angehöriger und deren emotionale Unterstützung). Daher sollten Pflegedienste auf entsprechende Angebote hinweisen und Angehörige bei der Nutzung von Apps und erstattungsfähigen DiPAs ggf. unterstützen.



Praxisbeispiele für Handlungsempfehlungen

1. Einsatz von digitalen Unterstützungstools

Ein weiteres **digitales Unterstützungstool** in einem integrierten Versorgungsmodell in Australien ist Carelink+ von civica (civica o. J.). Auch hier wird mittels Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT) ein effizienter Informationsaustausch zwischen den beteiligten Akteuren ermöglicht, um so die Versorgung flächendeckend auch in ländlichen Gebieten sicherstellen 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.⁴ In diesem Kontext wurde ein zentralisiertes Management-System bei einem großen kommunalen Dienstleister in der ambulanten Versorgung (dienstübergreifend) mit folgenden Komponenten implementiert:

→ [Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes](#)

→ [Handlungsempfehlung für Kostenträger und ambulante Leistungserbringer](#)

⁴ 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.

06

Möglichkeiten des Einsatzes digitaler Technik



- 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 (diensteübergreifend),
- 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.

→ Weiterführende Informationen unter [Abruf am: 23.03.2021]

2. Online-Angebote zu Pflegekursen für pflegende Angehörige:

→ AOK Familiencoach Pflege,

→ BARMER Pflegecoach,

→ DAK Pflegecoach,

→ IKK und BKK (spektrumK) PflegeCoach – ergänzt um Rückfragemöglichkeit bei Pflegeberatern per E-Mail,

→ TK-PflegeCoach.

Darüber hinaus wurden vielfältige Ansätze in der internationalen und nationalen Literatur zum Einsatz digitaler Technik identifiziert, vor allem im Zusammenhang mit Modellen der integrierten Versorgung, Case Management oder der Arbeitsprozessgestaltung. Beispielhaft sind im folgenden konkrete Praxisbeispiele aus dem nationalen Raum aufgezeigt.

→ **Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes**

→ **Handlungsempfehlung für Kostenträger und ambulante Leistungserbringer**



06

Möglichkeiten des Einsatzes digitaler Technik



1. Pflegebrille zur Unterstützung professionell und informell Pflegenden in der Intensivpflege



PFLEGEBRILLE

Im Reflexionsworkshop wurde von Praxisvertreterinnen und Praxisvertretern auf den Einsatz der Pflegebrille verwiesen, mit deren Unterstützung auch noch nicht so erfahrene Pflegekräfte allein eine Tour bewältigen könnten.

Die Datenbrille zeigt in der Wohnung der pflegebedürftigen Person individuell unterschiedliche Informationen zur Erleichterung und Verbesserung der Pflege an. Sie soll professionell und informell Pflegenden entlasten, ihre Zusammenarbeit verbessern, und die notwendige Reorganisation von Pflege hin zu einem stärkeren Einbezug von informell Pflegenden (Angehörigen oder Freunden) fördern.

→ [Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes](#)

→ [Handlungsempfehlung für Kostenträger und ambulante Leistungserbringer](#)

Die Pflegebrille ermöglicht

- die Unterstützung bei (Einzel-)Aufgaben bei freier Nutzung der Hände,
- Anleitung und Pflegeplangestaltung sowie
- die Dokumentation von Arbeitsschritten und Kommunikation mit Expertinnen und Experten und Helfern.

→ [Weiterführende Informationen \[Abruf am 31.05.2022\]](#)

2. Apps für pflegende Angehörige

Zur Unterstützung der pflegenden Angehörigen hat die „Interessenvertretung begleitender Angehöriger und Freunde in Deutschland e. V. - wir pflegen e. V.“ die App „in.kontakt“ entwickelt. Sie will Betroffene untereinander besser vernetzen und ergänzt das klassische Selbsthilfeangebot vor Ort. Die Entwicklung und Programmierung der App wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und der Techniker Krankenkasse (TK) in NRW gefördert.

Die App bietet einen sicheren und geschützten Ort für den Austausch mit anderen Betroffenen und läuft auf Smartphones und Tablets.

→ [Weiterführende Informationen \[Abruf am 31.05.2022\]](#)

06

Möglichkeiten des Einsatzes digitaler Technik



Einige Anbieter von mobilen Zeit- und Leistungserfassungssystemen für ambulante Dienste bieten Apps an, die zugleich die Angehörigen automatisch über den aktuellen Stand der Leistungserbringung informieren (z. B. „Pflegeeinsatz ist wie geplant erfolgt“ oder „... verzögert sich heute um xx Minuten“ etc.). Das erspart den Pflegekräften viel Zeit, die sonst für die Beantwortung telefonischer Nachfragen erforderlich wäre. Einige Lösungen erlauben es auch den Angehörigen, über die App tagesaktuelle Informationen an den Pflegedienst zu übermitteln. Informationen dazu erhalten die Pflegedienste über die einschlägigen Softwarehersteller.

3. Telepflegezentrale



Mit der Initiative „Telepflegezentrale“ wollen die Partner OFFIS e. V. (ein An-Institut der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg), Pflegepioniere GmbH, Johanniter-Unfall-Hilfe e. V. und Klinikum Oldenburg in Niedersachsen Pflegeengpässen mit sog. Telepflege entgegenwirken. Die

Telepflegezentrale bietet insbesondere Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Pflegediensten, Pflegeeinrichtungen oder Einrichtungen für Menschen mit Behinderung kostenfreie Informationen zu Fachpflege Themen. Weiterhin gibt es (technische) Unterstützung für die teilnehmenden Institutionen und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte bei der Umsetzung von Telepflege.

→ Weiterführende Informationen unter: [Telepflege während Corona / Covid19 - Telepflegezentrale \[Abruf am 31.05.22\]](#)

4. Verbundprojekt Integrierte Technik- und Arbeitsprozessgestaltung für Gesundheit in der ambulanten Pflege (ITAGAP)

In diesem Projekt sollen mit integrierten technikgestützten Konzepten 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 das Ziel, berufliche Belastungen in der ambulanten Pflege zu reduzieren, Effizienzsteigerung und Qualitätsverbesserungen im Pflegealltag zu erreichen sowie der steigenden Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen unter Einhaltung der betriebswirtschaftlichen und gesetzlichen Erfordernisse zu begegnen.

→ **Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes**

→ **Handlungsempfehlung für Kostenträger und ambulante Leistungserbringer**

06

Möglichkeiten des Einsatzes digitaler Technik



Im Projekt werden Sensorik und Informationstechnologien (bspw. digitale Pflegedokumentation und -planung, auch mittels Smartphone, 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-System⁵.

5. Projekt einfach:ambulant

Ein weiteres Praxisbeispiel, das digitale Lösungen nutzt, ist das Projekt einfach:ambulant (Hausmann und Catoni 2019). Das vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales und gesellschaftlichen Zusammenhalt 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 Diensten, 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 intersektoralen Informationsaustauschs zwischen den am Pflegeprozess beteiligten Personen und
- Verbesserung des Pflegeprozesses.

→ [Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes](#)

→ [Handlungsempfehlung für Kostenträger und ambulante Leistungserbringer](#)

⁵ Das dreidimensionale Kinect-Kamerasystem ermöglicht die Aufnahme und die Analyse der körperlichen Beanspruchung während eines Pflegeprozesses.

06

Möglichkeiten des Einsatzes digitaler Technik



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.

→ [Weiterführende Informationen \[Abruf am 31.05.2022\]](#)

6. Pflegedokumentation per Spracheingabe

Neben der mit den Fördermitteln häufigen Anschaffung von Software (zur Pflegedokumentation, Dienst- und Tourenplanung etc.), WLAN-Zugängen oder Endgeräten zur mobilen Datenerfassung (Tablets, Smartphones) soll mit dem folgenden Praxisbeispiel auf weitere technische Unterstützungsmöglichkeiten hingewiesen werden, die den Pflegekräften den Arbeitsalltag erleichtern können.

Die sprachbasierte Pflegedokumentation per App und Smartphone wird bereits in mehreren Pflegeeinrichtungen erfolgreich umgesetzt. Die Software generiert aus den gesprochenen Worten strukturierte Dokumentationseinträge.

Nach deren Prüfung und Bestätigung durch die Pflegekraft wird der Eintrag über das WLAN in die Pflegedokumentationssoftware übernommen. Ein Offline-Modus ermöglicht auch die Übertragung zu einem späteren Zeitpunkt. Die mobile und sprachbasierte Dokumentation ermöglicht die zeitnahe Erfassung der Leistungen und spart Arbeitszeit.

Weiterführende Informationen unter:

→ [Sprint-Doku \[Abruf am 31.05.22\]](#)

→ [Voize \[Abruf am 31.05.22\]](#)

→ [**Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes**](#)

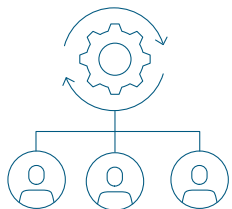
→ [**Handlungsempfehlung für Kostenträger und ambulante Leistungserbringer**](#)

07 Personaleinsatz und Veränderung der Arbeitsorganisation



07

Personaleinsatz und Veränderung der Arbeitsorganisation



→ [Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes](#)

→ [Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer](#)

→ [Handlungsempfehlungen für Kostenträger](#)

Datengrundlage der Handlungsempfehlungen

Für die Empfehlungen, sowohl für die Zielgruppe der ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste (Leistungserbringer) als auch für die Zielgruppe der Pflege- und Krankenkassen (Kostenträger), wurden folgende Informationen berücksichtigt:

- Gesetzliche, untergesetzliche und vertragsrechtliche Rahmenbedingungen in Deutschland,
- Erkenntnisse aus der systematischen Literaturrecherche, auch zu Ansätzen demografisch bedingte Versorgungsproblematiken und Herausforderungen im Gesundheitssystem durch umfassende Versorgungsmodelle zu bewältigen,
- Angaben der ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste sowie von Vertreterinnen und Vertretern der Pflege- und Krankenkassen aus der Online-Befragung,
- Erkenntnisse des Reflexionsworkshops mit Vertreterinnen und Vertretern aus der Praxis, den Verbänden der Pflegeeinrichtungsträger und Kostenträgern.

Hintergrundinformationen

Das Thema Personaleinsatz ist sehr vielfältig und vielschichtig. Es schließt (innovative) Arbeitszeitmodelle, Personalpools (z. B. Springerpool, trägerinterner und dienstübergreifender Personalpool etc.), qualitative Erweiterung des Aufgabenspektrums für Pflegekräfte (sog. Job Enrichment, wie bspw. Case Management, Pflegekonsil, etc.) und auch Veränderungen der Arbeitsorganisation mit ein.

International als auch national existieren darüber hinaus vielversprechende Ansätze, die auf Basis der Veränderung der Arbeitsorganisation Effizienzpotentiale für die verbesserte Koordinierung in der ambulanten pflegerischen Versorgung aufzeigen. Darunter finden sich Modelle zu:

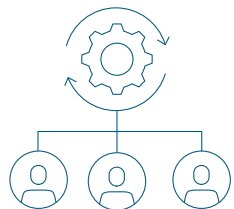
- Case Management,⁶
- Integrierte Versorgung in der Pflege sowie
- der Zusammenarbeit in multiprofessionellen, teilweise selbstorganisierenden Teams.

Ambulante Pflege- und Betreuungsdienste werden im Alltag häufig mit Fragen zur Organisation der Versorgung und zu Leistungsansprüchen der Pflegeversicherung konfrontiert.

⁶ 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)

07

Personaleinsatz und Veränderung der Arbeitsorganisation

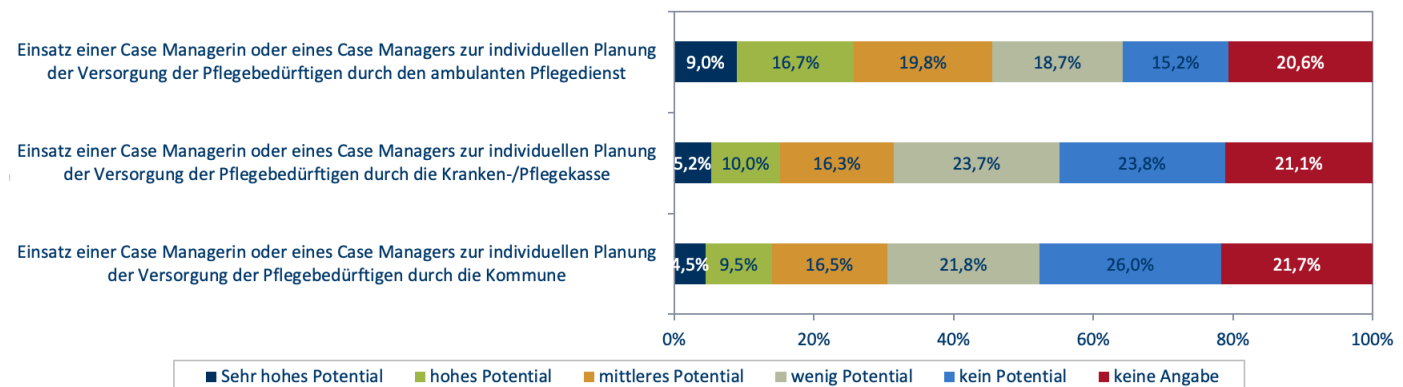


Im Zuge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs haben anleitende, beratende und koordinierende Tätigkeiten in der person-zentrierten pflegerischen Versorgung an Bedeutung gewonnen. Dies aufgreifend wird im konzeptionellen Vorschlag zu „Empfehlungen für die Landesrahmenvertragspartner zur Umsetzung des § 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB XI“ der Expertengruppe Vertragsgestaltung in der Pflege auf Grundlage des seit 2017 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs in „§ 4a Bereichsübergreifende pflegerische Aufgaben“ im Absatz 5 unter anderem die Koordinierung eines komplexen Versorgungsgeschehens explizit als „eigenständige Handlung“ angeführt.

→ Hinweis: Dieser konzeptionelle Vorschlag ist über folgenden Link abrufbar [Abruf am 02.06.22]

In Deutschland unterliegt eine fallbezogene Koordinierung der Versorgung unterschiedlichen Regelungen von Akutversorgung, Rehabilitation (beides SGB V) und Langzeitpflege (SGB XI). Die befragten ambulanten Leistungserbringer (Abbildung 8) bewerten den Einsatz von Fall- bzw. Case Management je nach Einsatz durch die ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste, die Kostenträger oder die Kommune überwiegend mit mittlerem bis keinem Potential. Allerdings ist anzumerken, dass der Einsatz einer Case Managerin oder eines Case Managers durch den ambulanten Dienst selbst im Vergleich ein höheres Potential zugewiesen wird.

Abbildung 8: Potentiale des Case Managements für eine verbesserte Koordinierung ambulanter Pflege (amb. Leistungserbringer), Angaben in %, n = 824



Quelle: IGES, bundesweite Online-Befragung der ambulanten Leistungserbringer und Kostenträger 2021/2022

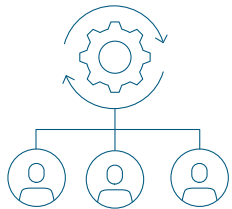
→ Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes

→ Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer

→ Handlungsempfehlungen für Kostenträger

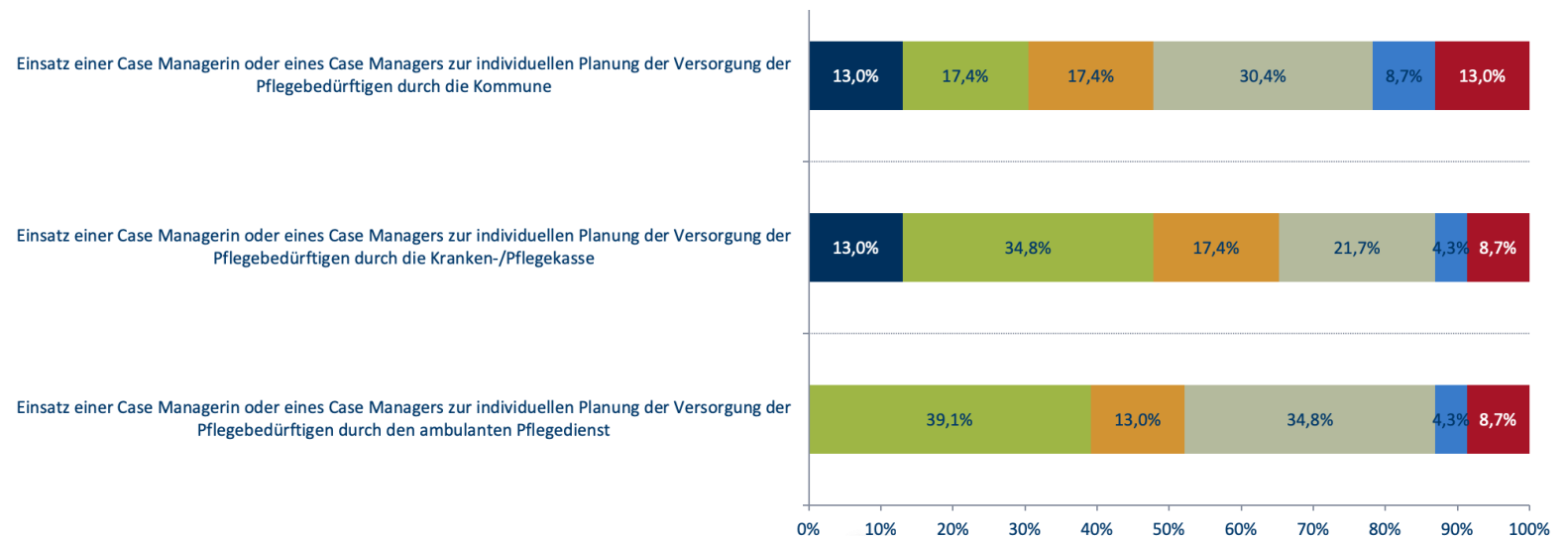
07

Personaleinsatz und Veränderung der Arbeitsorganisation



Die Kostenträger (Abbildung 9) weisen dem Einsatz des Case Managements im Vergleich zu den befragten ambulanten Pflegediensten ein höheres Potenzial zu. Vor allem der Einsatz durch die Kranken- bzw. Pflegekasse wird das höchste Potential zugewiesen.

Abbildung 9: Potentiale des Case Managements für eine verbesserte Koordinierung ambulanter Pflege (Kostenträger), Angaben in %, n = 23



Quelle: IGES, bundesweite Online-Befragung der ambulanten Leistungserbringer und Kostenträger 2021/2022

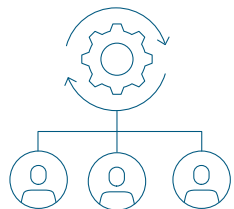
→ Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes

→ Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer

→ Handlungsempfehlungen für Kostenträger

07

Personaleinsatz und Veränderung der Arbeitsorganisation



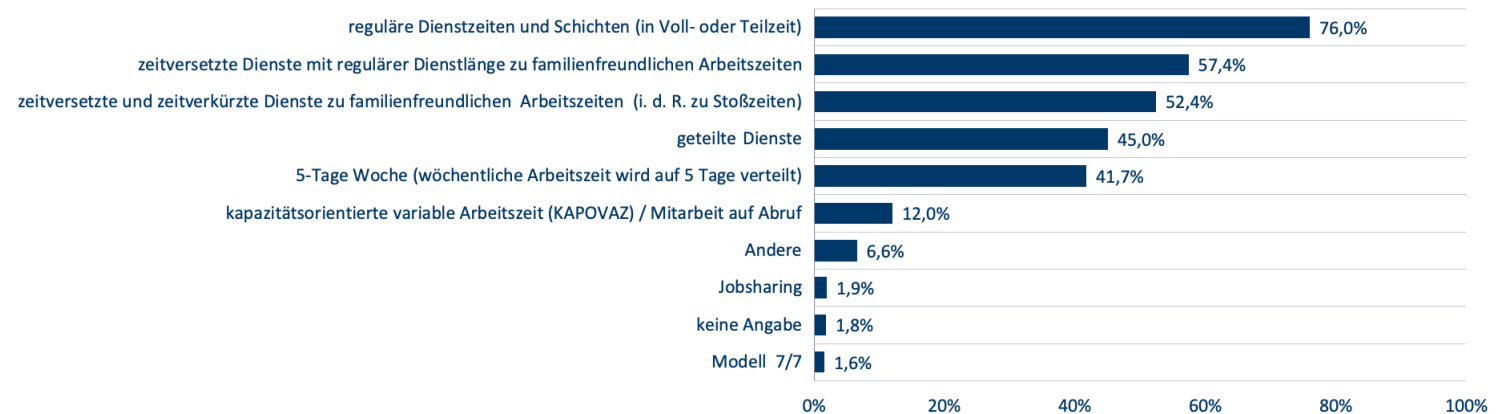
Auch **integrierte Versorgungsformen** spielen in der ambulanten Pflege eine immer größer werdende Rolle, u. a. aufgrund der Knappheit von ausgebildetem Pflege- und Betreuungspersonal, des wachsenden wettbewerblichen Druckes oder der indikationsspezifischen Neuausrichtung auch von Langzeitpflegeangeboten, bspw. für Menschen mit Demenz oder chronischen Erkrankungen (Fünfstück 2017). Eben bei diesen speziellen Zielgruppen besteht in der besseren Koordinierung der ambulant erforderlichen

pflegerischen und medizinischen Leistungen ein hohes Verbesserungspotential mit Blick auf Lebensqualität und Teilhabe der Betroffenen.

Arbeitszeitmodelle

Ein großer Teil der ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste nutzt bereits verschiedenste Arbeitszeitmodelle (siehe Abbildung 10).

Abbildung 10: Nutzung verschiedener Arbeitszeitmodelle in ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten, Angaben in %, n = 824



Quelle: IGES, bundesweite Online-Befragung der ambulanten Leistungserbringer und Kostenträger 2021/2022

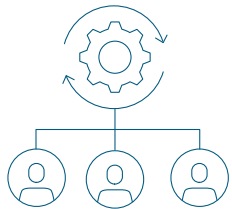
→ Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes

→ Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer

→ Handlungsempfehlungen für Kostenträger

07

Personaleinsatz und Veränderung der Arbeitsorganisation



Die am Reflexionsworkshop teilnehmenden Expertinnen und Experten betonten, dass es weniger an flexiblen Arbeitszeiten mangle, wenn Pflegekräfte ihre Teilzeitverträge nicht aufstockten. Ursache dafür sei in erster Linie die Arbeitsverdichtung und die damit einhergehende psychische Belastung, die dringend reduziert werden müsse. Weiterhin würden mehr Angebote zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf benötigt.

Personalpools

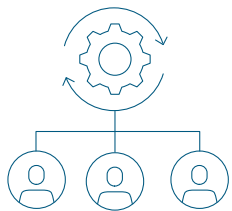
In Zeiten knappen Personals kann auch ein dienstübergreifender Personaleinsatz zur Sicherstellung der Versorgung in einer Region beitragen. Der Gesetzgeber hat der Pflegeselbstverwaltung mit dem PpSG die Möglichkeit eröffnet, dass in allen Ländern Pflege- und Betreuungspersonal, das in einer ambulanten oder in einer stationären Pflegeeinrichtung beschäftigt ist, grundsätzlich auch flexibel bzw. einrichtungsübergreifend eingesetzt werden kann – auch unabhängig von sog. Gesamtversorgungsverträgen (§ 72 Abs. 2 S. 2 SGB XI). Voraussetzung ist eine klare buchhalterische Trennung und Zuordnung der Stellenanteile zu den einzelnen Pflegeeinrichtungen und -einrichtungsteilen.

Nur 8 % der Pflege- und Betreuungsdienste gaben in der Online-Befragung (Winter 2021) an, Pflegepersonal dienstübergreifend einzusetzen. Dabei nutzen sie trägerinterne Personalpools oder Werk- bzw. Dienstverträge.

- **Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes**
- **Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer**
- **Handlungsempfehlungen für Kostenträger**

07

Personaleinsatz und Veränderung der Arbeitsorganisation



→ Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes

→ Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer

→ Handlungsempfehlungen für Kostenträger

Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer

Handlungsempfehlung 1

Durch den Einsatz von Case Managerinnen/Managern innerhalb eines Pflegedienstes könnte die zeitaufwendige Koordinierung verschiedener Akteure und aller erforderlichen ambulanten Pflegeleistungen der Klientinnen und Klienten reduziert und freiwerdende Personalkapazitäten könnten an anderer Stelle durch den ambulanten Dienst für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung seines Klientels eingesetzt werden.

Handlungsempfehlung 2

Neben Möglichkeiten flexibler, familienfreundlicher Arbeitszeiten sollten ambulante Dienste schauen, ob sie als Arbeitgeber mit konkreten Unterstützungsangeboten für Familien (Kinderbetreuung, aber auch Fort- und Weiterbildungsangebote online, etc.) die Bereitschaft zur Erhöhung der Stundenumfänge verbessern können. In der Praxis bewährt haben sich z. B. auch sogenannte „Müttertouren“.

Handlungsempfehlung 3

Der Abschluss eines Gesamtversorgungsvertrages (gemäß § 72 Abs. 2 SGB XI) für mehrere Einrichtungen eines Trägers, die vor Ort organisatorisch miteinander verbunden sind, bietet eine hohe Flexibilität für den übergreifenden Personaleinsatz und eine veränderte Arbeitsorganisation:

So kann z. B. die Arbeitszeit einzelner Beschäftigter flexibel auf verschiedene Einrichtungen des Trägers rechnerisch und buchhalterisch aufgeteilt werden und es ist durch den Dienst insgesamt nur noch eine verantwortliche Fachkraft (Pflegedienstleitung) für alle Einheiten vorzuhalten. Allerdings erfordert dies mehr Expertise bei der Personalsteuerung und -organisation.

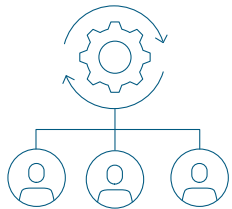
Handlungsempfehlung 4

Beim Einsatz von Fremdpersonal bei kurzfristigen Ausfällen des Stammpersonals und zur Bewältigung von temporären Arbeitsspitzen sind arbeits-, steuer- und sozialversicherungsrechtliche Aspekte zu berücksichtigen. Folgende Lösungen sind grundsätzlich möglich:

- Beauftragung eines anderen Pflegedienstes (mittels Werk- oder Dienstvertrag) – zu beachten ist hier das Vermittlungsverbot (die Annahme von Pflegeaufträgen zum Zwecke der Weitergabe an Dritte ist unzulässig).
- Einsatz von Leiharbeitskräften im Rahmen einer Arbeitnehmerüberlassung – eignet sich nur für kurzfristige Überbrückungen personeller Engpässe.
- Abschluss multilateraler Arbeitsverträge (ein Beschäftigter hat zwei oder mehr Teilzeitverträge mit unterschiedlichen Arbeitgebern) – hier sind steuerrechtliche

07

Personaleinsatz und Veränderung der Arbeitsorganisation



Besonderheiten aufseiten des Arbeitnehmers zu berücksichtigen.

Darüber hinaus gibt es verschiedene Möglichkeiten, gemeinsam mit mehreren Partneereinrichtungen echte Arbeitnehmerpools zu schaffen:

- Die Arbeitsverhältnisse der „Poolbeschäftigten“ sind als „Arbeit auf Abruf“ ausgestaltet (kein zeitlich gleichbleibender Arbeitseinsatz geplant, sondern Arbeitsaufnahme erst nach Aufforderung).
- Die Beschäftigung erfolgt auf Basis von „Rahmenarbeitsverträgen“, die jeweils nur beim konkreten Arbeitseinsatz der „Poolbeschäftigten“ zum Abschluss eines kurzfristig befristeten Arbeitsverhältnisses führen.
- Es erfolgt zunächst die Gründung einer „Poolgesellschaft“, in der das gesamte Personal der beteiligten ambulanten Dienste zusammengefasst wird und die Pflegeeinrichtungen übertragen dann die personelle Abwicklung der Aufträge an die Poolgesellschaft als Dienstleistung.

Solche Lösungen sollten nur nach entsprechender Rechtsberatung ins Auge gefasst werden (Litschen 2019). Eine kürzlich erschienene Studie der BAuA postuliert, dass der Aufbau sogenannter Springerpools für den Fall kurzfristiger Personalausfälle als arbeitsorganisatorische Maßnahme auch zur Entlastung ambulant Pflegender führen kann (Petersen & Melzer, 2022).



Praxisbeispiel für Handlungsempfehlung

Das „Quartier am Stadtgarten in Erftstadt“ bietet im Rahmen des abgeschlossenen Gesamtversorgungsvertrags und mit Landesförderhilfen in Nordrhein-Westfalen eine vollstationäre pflegerische Versorgung, eine Tagespflege, betreutes Wohnen und eine Wohngemeinschaft im Rhein-Erft-Kreis für nicht demenziell erkrankte Pflegebedürftige sowie ambulante Pflege. Somit werden insbesondere alle Leistungen der Pflegeversicherung aus einer Hand ermöglicht.

→ Weitere Informationen unter: Gesamtversorgungsvertrag – Quartier am Stadtgarten | Münch-Stift-APZ GmbH
[Abruf am 02.06.22]

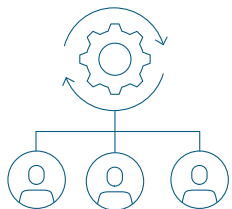
→ Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes

→ Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer

→ Handlungsempfehlungen für Kostenträger

07

Personaleinsatz und Veränderung der Arbeits- organisation



Das BMG hat im November 2019 eine Fachveranstaltung zu den Chancen und Herausforderungen bei der erfolgreichen Umsetzung von Gesamtversorgungsverträgen in der Pflege durchgeführt. Im April 2020 wurde als Ergebnis die barrierefreie Fachdokumentation auf der Homepage des BMG veröffentlicht. Sie enthält eine Übersicht zu Erfolgsbeispielen und Hürden sowie Anleitungen für die Umsetzung von solchen pflegerischen Verbundkonzepten.

→ Weitere Informationen unter: Gesamtversorgungsverträge in der Pflege – mehr Auswahl für Pflegebedürftige, mehr Flexibilität für Einrichtungen – Bundesgesundheitsministerium [Abruf am 25.08.2022]

Ein weiteres Praxisbeispiel ist ein aktuelles Konzept für sog. Springerdienste in Bayern. In den Jahren 2019 bis 2022 wurden fünf ambulante und sechs stationäre Einrichtungen gefördert, um individuelle und bedarfsorientierte Konzepte zur Abdeckung plötzlicher Personalausfälle zu entwickeln. Die Evaluation der Konzepte zeigte einen Rückgang der Überstunden um bis zu 66 Prozent, eine deutliche Steigerung der Arbeitszufriedenheit und eine Krankheitsquote, die um 40 Prozent gesunken ist. Aktuell ist der Studienbericht noch nicht verfügbar.

→ Weitere Informationen unter: Diakonie Bayern stellt Konzepte für Springerdienste vor | Altenheim [Abruf am 08.07.2022].

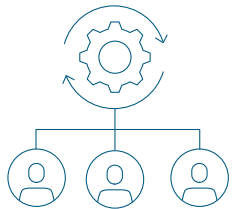
→ Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes

→ Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer

→ Handlungsempfehlungen für Kostenträger

07

Personaleinsatz und Veränderung der Arbeitsorganisation



Handlungsempfehlungen für Kostenträger

Handlungsempfehlung 1

Zur Erreichung 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) – können folgende Maßnahmen beitragen:

- die Umsetzung eines person-zentrierten 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).

Eine entsprechende Überarbeitung und Anpassung der Landesrahmenverträge zur pflegerischen Versorgung sollte durch die Kostenträger (wie auch die ambulanten Leistungserbringer) angestrebt bzw. fortgeführt werden.

Handlungsempfehlung 2

Da ein einrichtungsübergreifender Personaleinsatz, auch unabhängig von Gesamtversorgungsverträgen, möglich ist und sowohl die Wirtschaftlichkeit als auch die Sicherstellung der Versorgung positiv beeinflusst, sollten auf Seiten der Kostenträger Maßnahmen ergriffen werden, die Verhandlungsprozesse zu erleichtern. Unter anderem könnten wiederum die regionalen Pflegekonferenzen Diskussionsraum bieten oder aber auch im Rahmen einer Überarbeitung der Landesrahmenverträge darauf Bezug genommen werden.

→ **Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes**

→ **Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer**

→ **Handlungsempfehlungen für Kostenträger**

08 Förderhilfen



08

Förderhilfen



Datengrundlage der Handlungsempfehlungen

Für die Empfehlungen, sowohl für die Zielgruppe der Leistungserbringer (ambulante Pflege- und Betreuungsdienste) als auch für die Zielgruppe der Pflege- und Krankenkassen (Kostenträger), wurden folgende Informationen berücksichtigt:

- Gesetzliche, untergesetzliche und vertragsrechtliche Rahmenbedingungen in Deutschland,
- Angaben der ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste sowie von Vertreterinnen und Vertretern der Pflege- und Krankenkassen aus der Online-Befragung,
- Erkenntnisse des Reflexionsworkshops mit Vertreterinnen und Vertretern aus der Praxis, den Verbänden der Pflegeeinrichtungsträger und Kostenträgern
- Eigene Recherchen im Internet zu aktuellen Förderprogrammen.

Hintergrundinformationen

Gemäß § 9 SGB XI sind die Länder verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen sollen Einsparungen eingesetzt werden, die den Trägern der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen.

Seit 2017 sind die Länder gemäß § 10 Abs. 2 SGB XI verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) jährlich über Art und Umfang der finanziellen Förderung der Pflegeeinrichtungen gemäß § 82 Abs. 3 SGB XI sowie die mit dieser Förderung verbundenen durchschnittlichen Investitionskosten je Pflegebedürftigen zu berichten. Aus der Datenerhebung bei den Ländern für das Jahr 2020 geht hervor, dass nur in Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein Fördersummen für ambulante Pflegeeinrichtungen explizit ausgewiesen werden konnten (zusammen knapp 128 Mio. Euro). Weitere drei Bundesländer (Baden-Württemberg, Hamburg und Hessen) gaben an, die Fördersummen nicht nach Sektoren getrennt angeben zu können. Die restlichen zehn Bundesländer haben im Jahr 2020 keine Förderung von Investitionskosten für ambulante Pflegeeinrichtungen vorgenommen (Ochmann & Braeseke 2020: 20).

→ [Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes](#)

→ [Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer](#)

→ [Handlungsempfehlungen für Kostenträger](#)

08

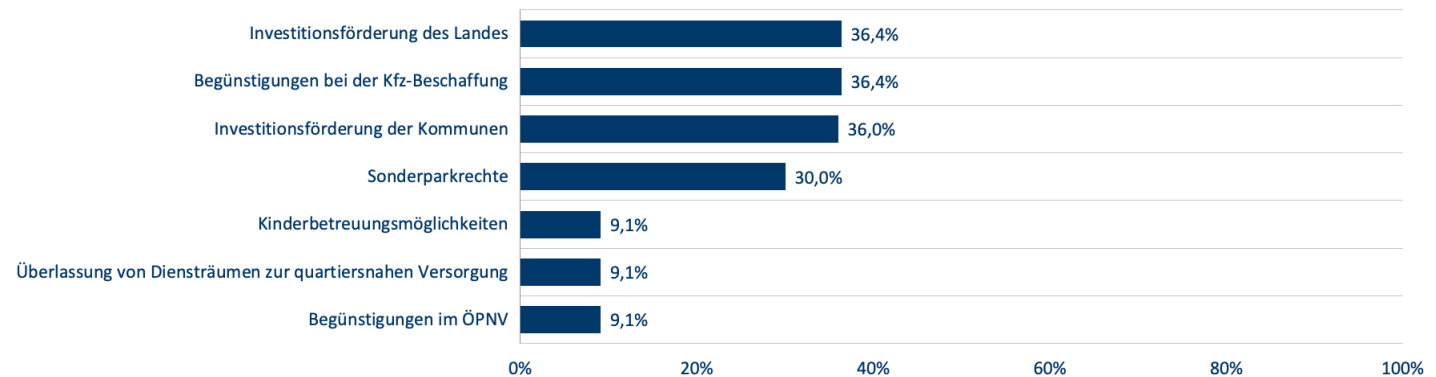
Förderhilfen



Neben der Investitionskostenförderung durch die Länder gibt es weitere Förderhilfen, die auch ambulanten Diensten zugutekommen können. 43,5 % (n = 10) der befragten

Kostenträger gaben an, solche Förderhilfen zu kennen. Welche Fördermöglichkeiten dabei bekannt sind, ist der folgenden Abbildung 11 zu entnehmen.

Abbildung 11: Kenntnis über Förderhilfen bei den befragten Kostenträgern, Mehrfachnennung, Angaben in %, n = 23



Quelle: IGES, bundesweite Online-Befragung der ambulanten Leistungserbringer und Kostenträger 2021/2022

→ Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes

→ Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer

→ Handlungsempfehlungen für Kostenträger

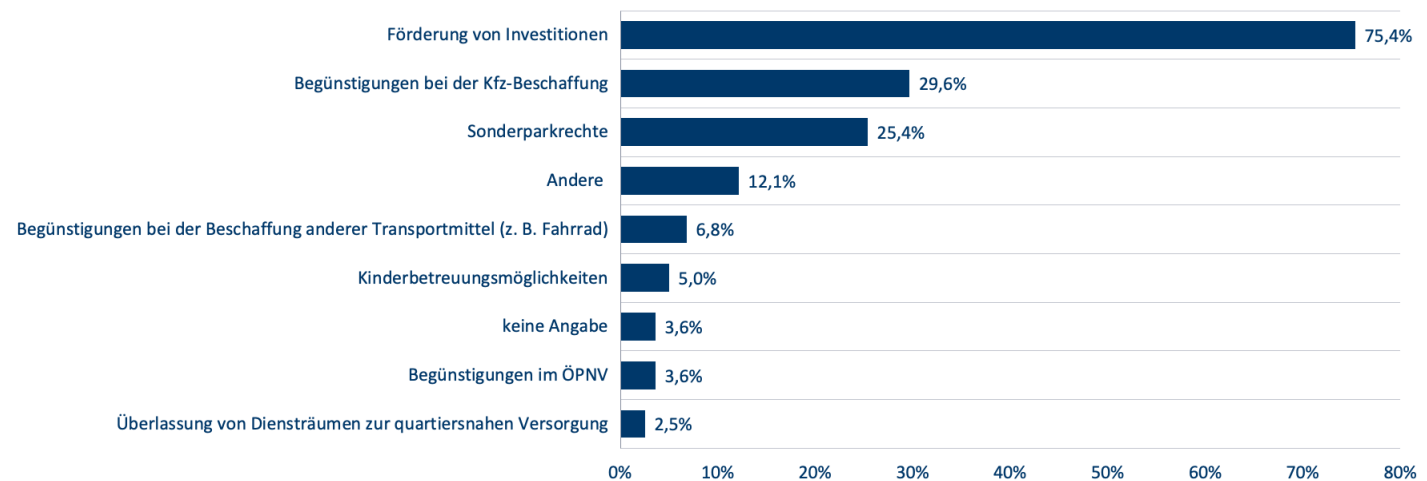
08

Förderhilfen



56 % (n = 458) der befragten Pflegeeinrichtungen haben bisher keine Förderungen (nicht in der Abbildung) in Anspruch genommen. Nur ein Drittel (n = 280) gab an, Fördermittel des Landes oder der Kommunen erhalten zu haben, darunter folgende:

Abbildung 12: bislang von den Pflege- und Betreuungsdiensten in Anspruch genommene Förderhilfen, Mehrfachnennung, Angaben in %, n = 280



Quelle: IGES, bundesweite Online-Befragung der ambulanten Leistungserbringer und Kostenträger 2021/2022

→ [Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes](#)

→ [Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer](#)

→ [Handlungsempfehlungen für Kostenträger](#)

08

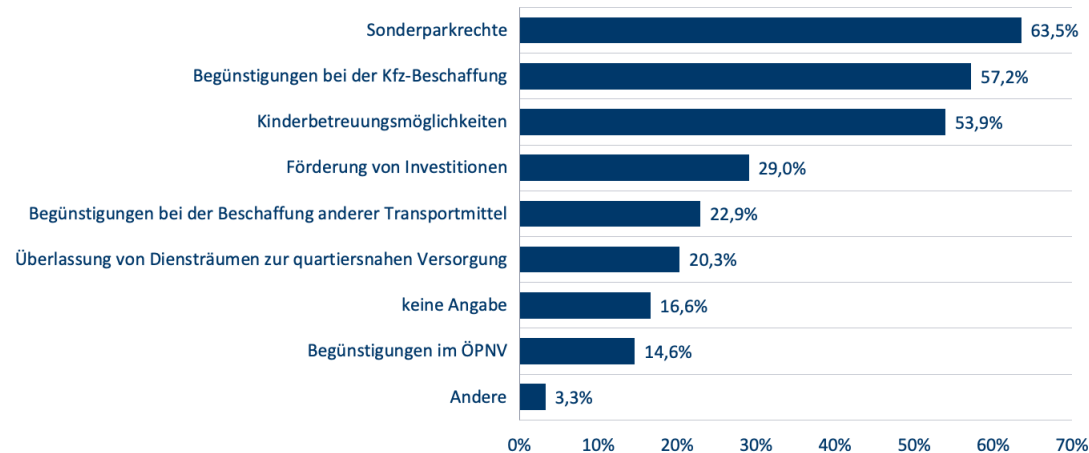
Förderhilfen



Nach Ansicht der ambulanten Pflegeeinrichtungen (und auch der Kostenträger, nicht in der Abbildung enthalten) können an erster Stelle Sonderparkrechte zur besseren Koordination der Leistungserbringung beitragen.

An zweiter Stelle nannten die Befragten die Fahrzeugbeschaffung, gefolgt von mehr Kinderbetreuungsmöglichkeiten auf Platz 3 (Abbildung 13).

Abbildung 13: Förderhilfen, die aus Sicht der ambulanten Pflegeeinrichtungen zur besseren Koordination der Leistungserbringung beitragen, Mehrfachnennung, Angaben in %, n = 458



→ **Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes**

→ **Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer**

→ **Handlungsempfehlungen für Kostenträger**

Quelle: IGES, bundesweite Online-Befragung der ambulanten Leistungserbringer und Kostenträger 2021/2022



08

Förderhilfen



Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer

Handlungsempfehlung 1

Förderung der Länder prüfen

Da die Förderung von Investitionskosten Ländersache ist, hat jedes Bundesland eigene Regelungen und Förderprogramme. Auf der Website des jeweils zuständigen Sozialministeriums oder der Kommune ist es möglich, nach konkreten Fördermöglichkeiten zu recherchieren.

Handlungsempfehlung 2

Förderdatenbank des Bundes sichten

Auch die Recherche in der Förderdatenbank des Bundes bietet sich für ambulante Dienste an. Diese gibt einen Überblick über Förderprogramme des Bundes, der Länder und der Europäischen Union. Mittels Eingabe des Stichwortes „Pflege“ oder „Gesundheit & Soziales“ sowie des Bundeslandes im Suchfeld (z. B. Pflege, Niedersachsen) werden alle Förderrichtlinien aufgelistet, die Einrichtungen im jeweiligen Bundesland aktuell zur Verfügung stehen.

→ [Weiterführende Informationen](#) [Abruf am 02.06.22]



Praxisbeispiele für Handlungsempfehlungen

Das **Land Niedersachsen** fördert ambulante Pflegeeinrichtungen mit dem Ziel, die Arbeits- und Rahmenbedingungen für die Beschäftigten in Pflege- und Betreuungsdiensten nachhaltig zu verbessern und den Pflegeberuf attraktiver zu machen. Maßnahmen in den folgenden Schwerpunkten sind förderfähig:

- Verbesserung der Arbeits- und Rahmenbedingungen, z. B. durch
 - die Entwicklung und Erprobung arbeitnehmerorientierter Arbeitsmodelle
 - Maßnahmen zur Stärkung des Führungsverhaltens
 - Maßnahmen zur Gesundheitsförderung der Beschäftigten
- Imagekampagnen zur Personalgewinnung
- Anpassung der personellen oder strukturellen Ausstattung oder der Arbeitsprozesse an spezifische Versorgungsbedarfe vor Ort

→ [Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes](#)

→ [Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer](#)

→ [Handlungsempfehlungen für Kostenträger](#)

08

Förderhilfen



- Vernetzung, z. B. durch die Implementierung von sektorenübergreifenden Versorgungs- und Qualifizierungskonzepten
- Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie für Pflegekräfte, z. B. durch betriebliche Informations- und Beratungsangebote zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie von Pflegekräften
- die Einrichtung und Erprobung von Betreuungsangeboten für die Kinder oder pflegebedürftigen Angehörigen der Beschäftigten
- Einführung von technischen und EDV-basierten Systemen.

→ [Weiterführende Informationen \[Abruf am 03.06.22\]](#)

Die **Stadt München** fördert neben betriebsnotwendigen Investitionskosten (§ 82 Abs. 2 Nr. 1 und 3 SGB XI) auch Fort- und Weiterbildungen sowie Supervision für ambulante Pflegeeinrichtungen:

→ [Weiterführende Informationen \[Abruf am 03.06.22\]](#)

→ **Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes**

→ **Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer**

→ **Handlungsempfehlungen für Kostenträger**

Handlungsempfehlung 3

Zweckgebundene Förderhilfen aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (bundesweit) könnten durch ambulante Leistungserbringer beantragt werden. Diese werden gewährt als:

A: Förderung von Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf gemäß § 8 Abs. 7 SGB XI

Es werden in den Jahren 2019 bis 2024 jährlich bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt, um Maßnahmen nach SGB XI zugelassener Pflegeeinrichtungen zu fördern, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für ihre in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern. Förderfähig sind

1. individuelle und gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind,
2. die Entwicklung von Konzepten für mitarbeiterorientierte und lebensphasengerechte Arbeitszeitmodelle und Maßnahmen zu ihrer betrieblichen Umsetzung,
3. die Entwicklung von Konzepten zur Rückgewinnung von Pflege- und Betreuungspersonal und Maßnahmen zu ihrer betrieblichen Umsetzung und

08

Förderhilfen



4. Schulungen und Weiterbildungen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf sowie zu den Zielen, zu denen nach den Nummern 2 und 3 Konzepte zu entwickeln sind.

Gefördert werden bis zu 50 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung für eine Maßnahme verausgabten Mittel. Pro Pflegeeinrichtung ist höchstens ein jährlicher Förderzuschuss von 7.500 Euro möglich.

→ [Link zu den Antragsunterlagen \[Abruf am 02.06.22\]](#)

Eine weitere Fördermöglichkeit für Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf besteht seit Januar 2021 über das Projekt: „Gute Arbeitsbedingungen in der Pflege zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf (GAP)“ der Beauftragten der Bundesregierung für die Pflege, dass im Rahmen der Modellmaßnahme zur Verbesserung der Versorgung der Pflegebedürftigen seitens des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert wird. Bis Ende des Jahres 2023 sollen bundesweit mindestens 750 stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen daran teilnehmen können. Im Fokus steht eine einjährige Organisationsentwicklung, welche durch einen Coach vor Ort begleitet wird. Beginnend mit einer Bedarfsanalyse, werden passende Leitfäden zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen empfohlen und durch den Coach bei der Umsetzung

in der Pflegeeinrichtung begleitet. Folgende Eckdaten zur Förderung bestehen:

- Die gesamte Projektteilnahme ist förderfähig, wobei 35% der Projektkosten pauschal übernommen werden
- Je Pflegeeinrichtung max. 5.250 Euro je Kalenderjahr – voraussichtliche Eigenkosten zur Umsetzung der Maßnahmen liegen bei bis zu 9.750 Euro/Jahr (je nach Umfang der Beratungstätigkeiten der Coaches)
- Die Geschäftsstelle der GAP unterstützt bei der Beantragung der Fördermittel
- Die Geschäftsstelle der GAP unterstützt bei der Vermittlung von maßnahmenpezifischen Förderungen, z. B. für Kitaplätze oder digitale Projekte – dazu wurde eine Fördermitteldatenbank aufgebaut, welche regionale und bundesweite Fördermittel enthält. Diese wird kontinuierlich erweitert.

→ [Link zur Anmeldung \[Abruf am 19.07.22\]](#)

B: Förderung von Maßnahmen zur Digitalisierung

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG (2019) wurden finanzielle Zuschüsse für zugelassene stationäre und ambulante Pflege- und Betreuungseinrichtungen beschlossen, wenn sie Anschaffungen und Investitionen in ihre digitale oder technische Ausrüstung tätigen (inklusive

→ [Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes](#)

→ [Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer](#)

→ [Handlungsempfehlungen für Kostenträger](#)

08

Förderhilfen



Schulungsmaßnahmen), die die Pflegekräfte in ihrer Arbeit vor Ort entlasten (§ 8 Abs. 8 SGB XI). „Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird in den Jahren 2019 bis 2021 ein einmaliger Zuschuss für jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt, um digitale Anwendungen, die insbesondere das interne Qualitätsmanagement, die Erhebung von Qualitätsindikatoren, die Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie die Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege betreffen, zur Entlastung der Pflegekräfte zu fördern. Förderungsfähig sind Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene Schulungen. Gefördert werden bis zu 40 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel. Pro Pflegeeinrichtung ist höchstens ein einmaliger Zuschuss in Höhe von 12.000 Euro möglich (Deutscher Bundestag 2018: 76 f.). Die Regelung wurde bis Ende 2023 verlängert.

→ [Weiterführende Informationen \(Richtlinie, Antragformulare und Orientierungshilfe des Bundesministeriums für Gesundheit\) \[Abruf am 31.05.22\]](#)

→ [Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes](#)

→ [Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer](#)

→ [Handlungsempfehlungen für Kostenträger](#)



Praxisbeispiel Pflegedokumentation per Spracheingabe

Neben der mit den Fördermitteln häufigen Anschaffung von Software (zur Pflegedokumentation, Dienst- und Tourenplanung etc.), WLAN-Zugängen oder Endgeräten zur mobilen Datenerfassung (Tablets, Smartphones) soll mit dem folgenden Praxisbeispiel auf weitere technische Unterstützungsmöglichkeiten hingewiesen werden, die den Pflegekräften den Arbeitsalltag erleichtern können.

Die sprachbasierte Pflegedokumentation per App und Smartphone wird bereits in mehreren Pflegeeinrichtungen erfolgreich umgesetzt. Die Software generiert aus den gesprochenen Worten strukturierte Dokumentationseinträge. Nach deren Prüfung und Bestätigung durch die Pflegekraft wird der Eintrag über das WLAN in die Pflegedokumentationssoftware übernommen. Ein Offline-Modus ermöglicht auch die Übertragung zu einem späteren Zeitpunkt. Die mobile und sprachbasierte Dokumentation ermöglicht die zeitnahe Erfassung der Leistungen und spart Arbeitszeit.

Weiterführende Informationen unter:

→ [Sprint Doku \[Abruf am 31.05.22\]](#)

→ [Voize \[Abruf am 31.05.22\]](#)

08

Förderhilfen



→ **Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes**

→ **Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer**

→ **Handlungsempfehlungen für Kostenträger**

Handlungsempfehlung für Länder und Kommunen

Handlungsempfehlung

Die Möglichkeit zur Erteilung von Sonderparkrechten für ambulante Pflegedienste sollte verbessert werden.

ZUR INFORMATION

Viele Pflegedienste verwiesen im Zusammenhang mit der Vergütung von Wegezeiten auf fehlende Parkmöglichkeiten. Diese Thematik wurde bereits von der Konzierten Aktion Pflege (KAP) aufgegriffen. Im ersten Umsetzungsbericht der KAP vom September 2020 heißt es dazu: „Die Erteilung von Sonderparkrechten nach § 46 Straßenverkehrsordnung liegt im Ermessen der zuständigen Behörden. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat daher die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) und der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) der Länder gebeten, Pflegediensten Sonderparkrechte (z. B. nach dem Vorbild der nordrhein-westfälischen Parkausweise für soziale Dienste und Handwerksbetriebe) zu ermöglichen. Da die Entscheidung durch entsprechende Erlasse mit Anwendungshinweisen der jeweils zuständigen Landesressorts erleichtert werden könnte, wurden diese in dem Schreiben darum gebeten, entsprechende Erlasse umzusetzen.“ (BMG (2020): 37).

→ [Link zum ersten KAP-Bericht \[Abruf am 17.05.2022\]](#)



Praxisbeispiel für Handlungsempfehlung

In Nordrhein-Westfalen gibt es Ausnahmeregelungen gemäß § 46 StVO für Gewerbebetriebe und soziale Dienste zur Erleichterung der Parkplatzsuche. Ambulante soziale Dienste können für ihre Dienstfahrzeuge, die auf beiden Fahrzeuglängsseiten mit deutlich lesbaren, festen Firmenaufschriften versehen sind, Parkausweise beantragen, mit denen sie in den jeweils beantragten Einsatzgebieten berechtigt sind,

- im eingeschränkten Haltverbot/in Haltverbotszonen (Zeichen 286 / 290.1 StVO),
- auf öffentlichen Parkplätzen mit Parkscheibenpflicht, an Parkuhren und im Bereich von Parkscheinautomaten gebührenfrei und ohne Beachtung der Höchstparkdauer und
- auf Bewohnerparkplätzen

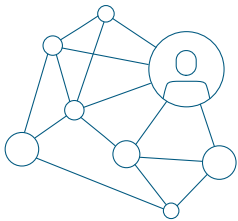
zu parken. Die Ausnahmegenehmigungen sind auf jeweils maximal zwei Stunden pro Parkvorgang begrenzt (Nachweis mit Parkscheibe).

09 Kooperation und Vernetzung



09

Kooperation und Vernetzung



Datengrundlage der Handlungsempfehlungen

Für die Empfehlungen, sowohl für die Zielgruppe der Leistungserbringer (ambulante Pflegedienste) als auch für die Zielgruppe der Pflege- und Krankenkassen (Kostenträger), wurden folgende Informationen berücksichtigt:

- Gesetzliche, untergesetzliche und vertragsrechtliche Rahmenbedingungen in Deutschland,
- Hinweise aus der nationalen und internationalen Literatur zu Modellen der kooperativen Zusammenarbeit (auch multiprofessionell) und regionale (z. T. gemeindebasierte) Netzwerkbildung,
- Angaben der ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste sowie von Vertreterinnen und Vertretern der Pflege- und Krankenkassen aus der Online-Befragung,
- Erkenntnisse des Reflexionsworkshops mit Vertreterinnen und Vertretern aus der Praxis, den Verbänden der Pflegeeinrichtungsträger und Kostenträgern.

→ [Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes](#)

→ [Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer](#)

→ [Handlungsempfehlungen für Kostenträger](#)

→ [Handlungsempfehlung für Länder und Kommunen](#)

Hintergrundinformationen Kooperation

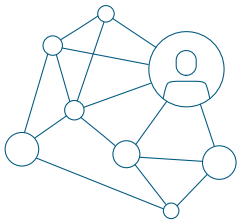
Grundsätze der Möglichkeiten der Kooperation werden in den gesetzlichen und vertragsrechtlichen Rahmenbedingungen beschrieben. Unter anderem zu:

- **Kooperation mit anderen ambulanten Pflege- oder Hauswirtschaftsdiensten:** „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“
- **Kooperationen mit anderen Anbietern von Pflege- oder Betreuungsleistungen** (zum Erbringen individueller Versorgungsleistungen für pflegebedürftige Klientinnen und Klienten im Sinne des Pflegeversicherungsrechts): in den Landesrahmenverträgen nach § 75 Abs. 1 SGB XI
- **Art und Inhalt von einrichtungsübergreifenden Kooperationen** werden zudem in den Muster-Versorgungsverträgen nach § 72 SGB XI aufgegriffen.

Wenn eine ambulante Pflegeeinrichtung Leistungen anderer Pflege- und Betreuungsdienste in Anspruch nimmt, bleibt die Verantwortung für die erbrachten Leistungen sowie deren Qualität bei dem ursprünglichen, auftraggebenden ambulanten Dienst bestehen (Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenversicherung 2011: 9).

09

Kooperation und Vernetzung



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 über 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) durch den Pflegedienst. Diese 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.).

Kooperationen mit anderen Anbietern von Pflege- oder Betreuungsleistungen zum Erbringen individueller Versorgungsleistungen für pflegebedürftige Klientinnen und Klienten im Sinne des Pflegeversicherungsrechts sind in allen Bundesländern 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 jedoch den Landesverbänden der Pflegekassen durch zugelassene Pflege- und Betreuungsdienste unverzüglich vorzulegen. Die zugelassene ambulante Pflegeeinrichtung 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.

Aus der Analyse der internationalen Literatur konnten konkrete Hinweise identifiziert werden, dass Kooperationen unter den Leistungserbringern Effizienzpotentiale in der ambulanten Versorgung, hauptsächlich durch die verbesserte Koordinierung der in Auftrag gegebenen Leistungen sowie die Befähigung der Pflegebedürftigen zur Selbstpflege und einem verbesserten Selbstmanagement im Umgang mit krankheitsbedingten Herausforderungen erschließen. Darunter u. a. Ansätze und Modelle zu Kooperationen:

- in multiprofessionellen Teams,
- im Rahmen einer integrierten Versorgung in der Pflege oder
- zentralen Koordinierungszentren und Austauschplattformen (siehe auch → [Praxisbeispiele](#) zu den nachfolgenden Handlungsempfehlungen).

→ **Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes**

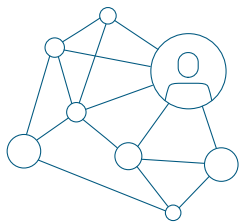
→ **Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer**

→ **Handlungsempfehlungen für Kostenträger**

→ **Handlungsempfehlung für Länder und Kommunen**

09

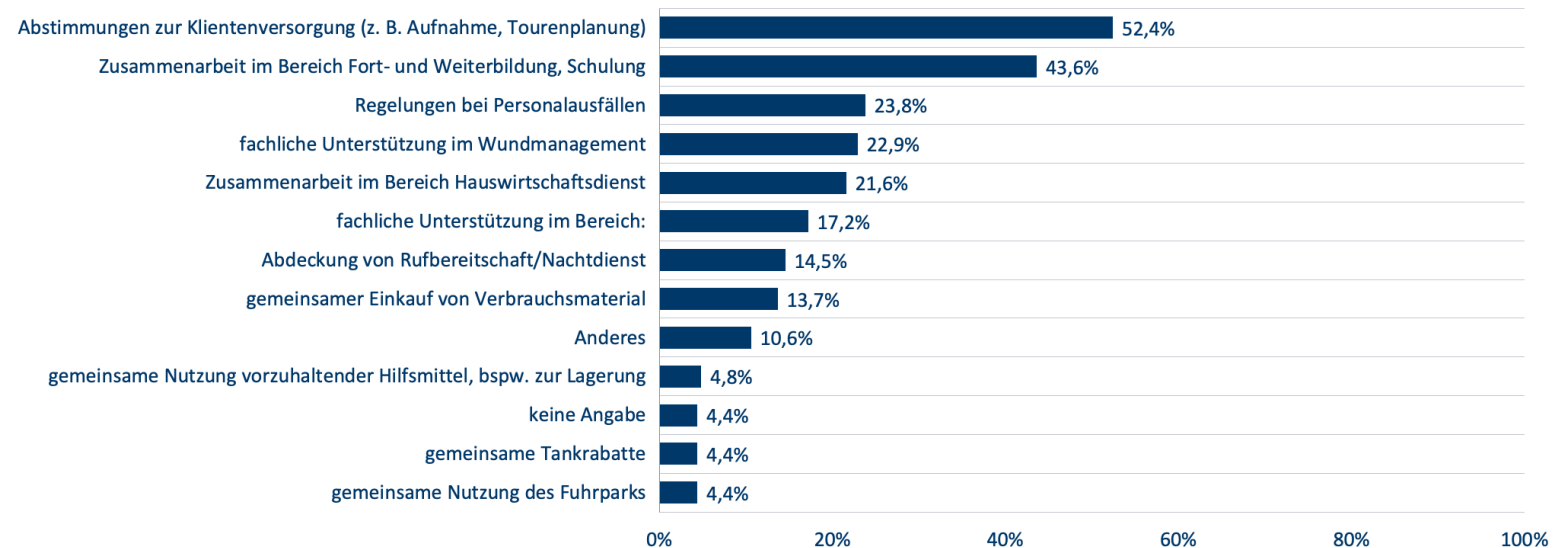
Kooperation und Vernetzung



Die Mehrheit (68,2 %, n = 562) der befragten ambulanten Pflegeeinrichtungen in der Online-Befragung gibt an, keine Kooperation mit anderen ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten zu haben. In dem Fall, dass Kooperationen bestehen (bei 27,5 %, n = 227), sind diese mehrheit-

lich trägerübergreifend (69,6 %, Mehrfachantworten) und finden am häufigsten nur mit mündlicher Absprache statt (58,9 %, Mehrfachantworten). Die Inhalte der Kooperationen sind der folgenden Abbildung 14 zu entnehmen.

Abbildung 14: Inhalte von Kooperationen, Mehrfachnennungen, Angaben in %, n = 227



Quelle: IGES, bundesweite Online-Befragung der ambulanten Leistungserbringer und Kostenträger 2021/2022

→ Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes

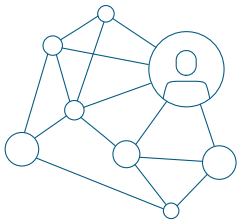
→ Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer

→ Handlungsempfehlungen für Kostenträger

→ Handlungsempfehlung für Länder und Kommunen

09

Kooperation und Vernetzung



Hintergrundinformationen Vernetzung

Ein weiterer Ansatz ist die Koordinierung der Pflege in der Gemeinde durch regionale Netzwerkbildung und den Einsatz von Pflegekoordinatorinnen und Pflegekoordinatoren. Diese Modelle konnten vorwiegend in der internationalen Literatur identifiziert werden.

Die Online-Befragung (Winter 2021) hat darüber hinaus ergeben, dass jeder zweite ambulante Dienst (n = 414) sich an Versorgungsnetzwerken beteiligt. Darunter am häufigsten (Mehrfachnennung möglich):

- Regionale Pflegenetzwerke (59,4 %)
- Hospiz- und Palliativnetzwerk (57,0 %) oder
- Regionales Demenznetzwerk (28,7 %).

Die Gewährleistung der Versorgungskontinuität, bspw. nach Krankenhaus- oder Rehabilitationsaufenthalt, trägt u. a. im Rahmen des Entlass- bzw. Überleitungsmanagements maßgeblich zur Verbesserung der Versorgungsqualität bei und verringert den Koordinierungs- und Verwaltungsaufwand auch auf Seiten der ambulanten Leistungserbringer.

Neben der gesetzlichen Verankerung des Anspruchs auf ein „Krankenhaus-Entlassungsmanagement“ im § 39 Abs. 1a SGB V setzt in Deutschland der Expertenstandard Entlass-

management vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege einen standardisierten Rahmen für die Planung und Koordinierung (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2019).

Nachdem geänderte Vorgaben zum Entlassmanagement im Sinne des § 39 Abs. 1a SGB V vorliegen, 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 allen nachversorgenden Akteuren zur Sicherstellung einer lückenlosen Versorgung.

Die Online-Befragung der ambulanten Pflegeeinrichtungen (Winter 2021) hat gezeigt, dass 47,9 % (n = 395) auf einer Pflegeüberleitungsplattform registriert sind (im Rahmen des Entlassmanagements der Krankenhäuser). Dass die Nutzung dieser Plattform bereits zu einer verbesserten Koordinierung beiträgt, bestätigen 42,3 % (n = 167) der Befragten, u. a. weil Daten damit elektronisch vorliegen. Dies führt zu Zeitersparnissen (z. B. durch Wegfall von Mehrfachdokumentation, langen Kommunikationswegen) sowie zu einer besseren Planbarkeit und Arbeitsorganisation (Pflegeaufträge werden zentral angeboten).

→ **Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes**

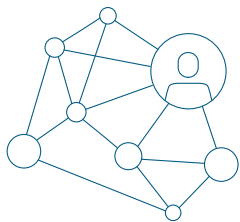
→ **Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer**

→ **Handlungsempfehlungen für Kostenträger**

→ **Handlungsempfehlung für Länder und Kommunen**

09

Kooperation und Vernetzung



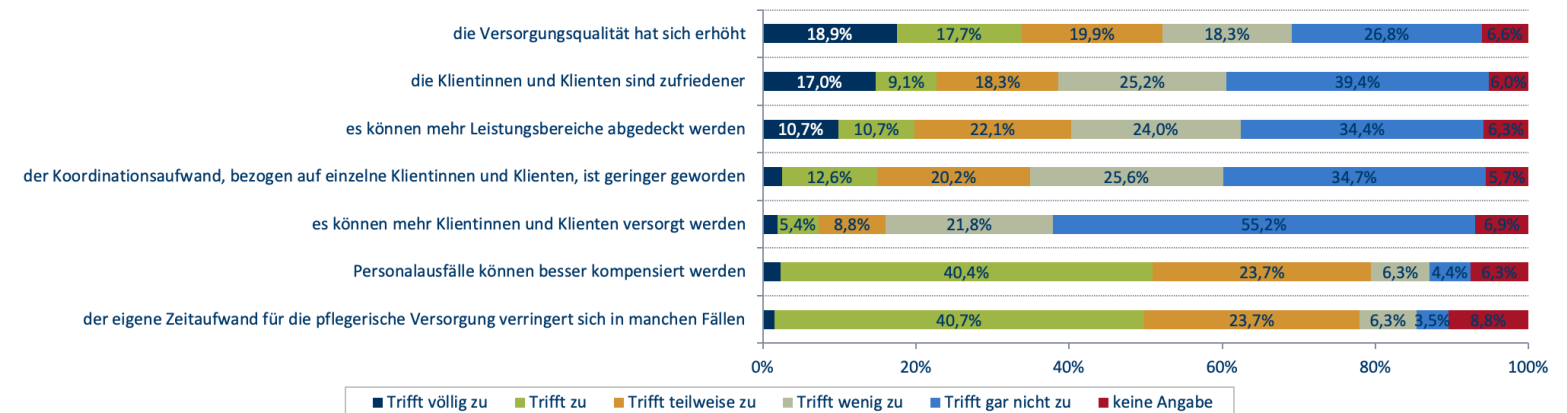
Hintergrundinformationen verbesserte Koordinierung durch Kooperation und Vernetzung

Insgesamt lassen die Forschungsergebnisse schlussfolgern, dass eine vernetzte Leitungserbringung zwischen den an der Versorgung beteiligten Akteuren in vielfältiger Hinsicht zur Erschließung von Effizienzpotenzialen beitragen kann, und dadurch u. a.

- mehr Klientinnen und mit dem gleichen Personal versorgt werden können,

- Personalausfälle besser kompensiert werden und dies zu positiven Veränderungen bei den ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten, wie bspw.
- der Steigerung der Versorgungsqualität oder Mitarbeiterzufriedenheit und
- der Entlastung Pflegebedürftiger und/oder ihrer Angehörigen, führt (Abbildung 15).

Abbildung 15: Veränderungen in der ambulanten Pflege durch Kooperation/Vernetzung, Angaben in %, n = 317



Quelle: IGES, bundesweite Online-Befragung der ambulanten Leistungserbringer und Kostenträger 2021/2022

→ Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes

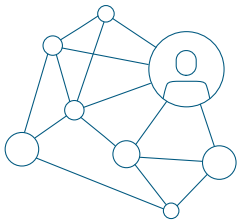
→ Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer

→ Handlungsempfehlungen für Kostenträger

→ Handlungsempfehlung für Länder und Kommunen

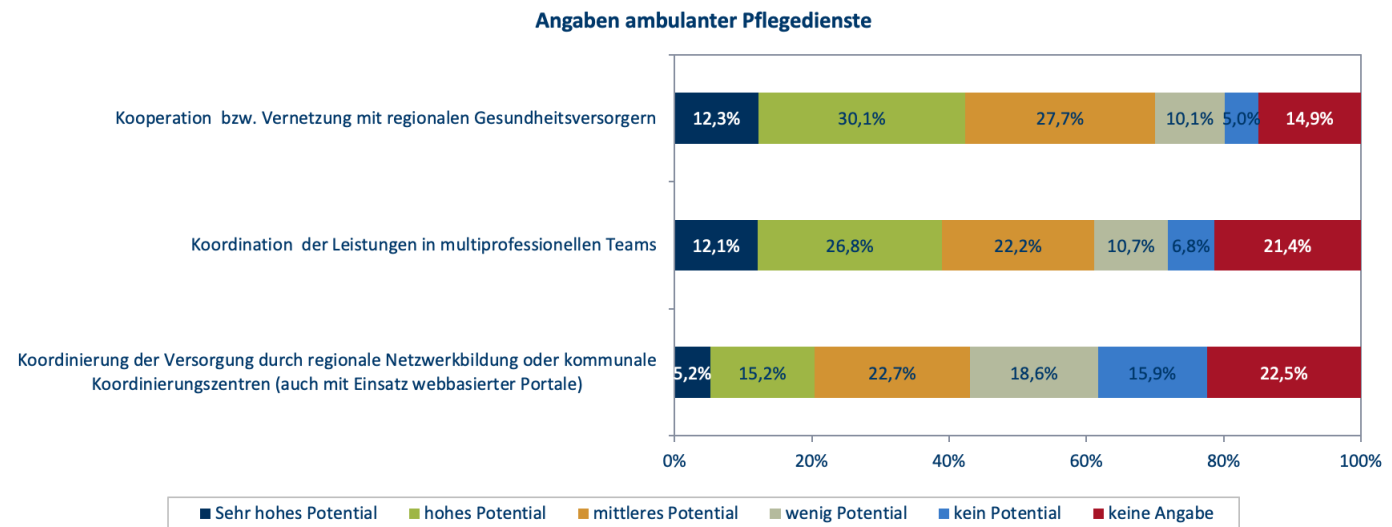
09

Kooperation und Vernetzung



Die befragten ambulanten Leistungserbringer (Abbildung 16) und Kostenträger (Abbildung 17) bewerten internationale Ansätze für regionale Koordinierungszentren bzw. regionale Netzwerkbildung mehrheitlich mit hohem bis mittlerem Potential.

Abbildung 16: Potentiale regionaler Koordinierungszentren und Netzwerke (amb. Leistungserbringer), Angaben in %, n = 317



Quelle: IGES, bundesweite Online-Befragung der ambulanten Leistungserbringer und Kostenträger 2021/2022

→ [Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes](#)

→ [Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer](#)

→ [Handlungsempfehlungen für Kostenträger](#)

→ [Handlungsempfehlung für Länder und Kommunen](#)

09

Kooperation und Vernetzung

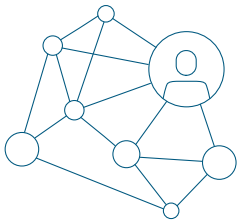
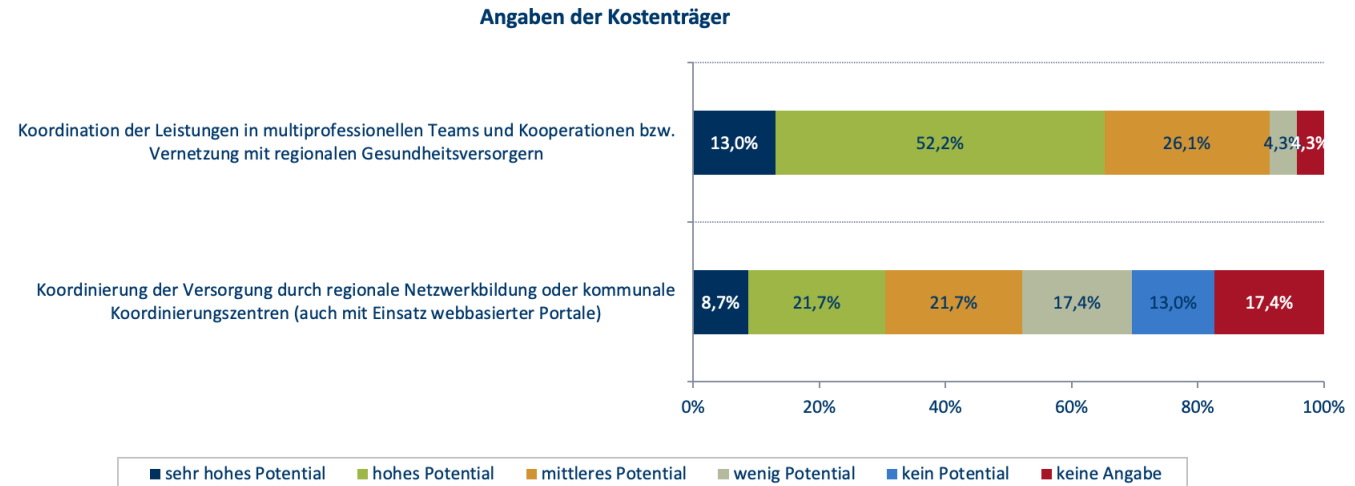


Abbildung 17: Potentiale regionaler Koordinierungszentren und Netzwerke (Kostenträger), Angaben in %, n = 23



Quelle: IGES, bundesweite Online-Befragung der ambulanten Pflegedienste und Kostenträger 2021/2022

→ Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes

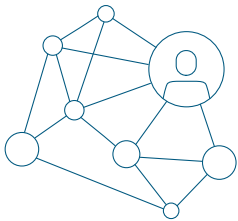
→ Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer

→ Handlungsempfehlungen für Kostenträger

→ Handlungsempfehlung für Länder und Kommunen

09

Kooperation und Vernetzung



→ Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes

→ Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer

→ Handlungsempfehlungen für Kostenträger

→ Handlungsempfehlung für Länder und Kommunen

Internationale Praxisbeispiele für regionale Koordinierungszentren oder überregionale Austauschplattformen für Dienstleistungen

1. In Kanada, Ontario bestehen sogenannte Community Care Access Centres (CCACs⁷). Diese sind 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 Analyse der verfügbaren Literatur hat allerdings schlussfolgernd gezeigt, dass nicht alle CCACs sich in ihrer Arbeit als effizient erwiesen, weil z. B. die CCACs die gesetzlich vorgeschriebenen Höchstmaße an Leistungen nicht immer einhalten.

2. Ähnlich den CCACs in Kanada gibt es in den USA die **Managed Long-Term Services and Supports (MLTSS)** als zentrale Anlaufstelle zur koordinierten ambulanten Versorgung. Diese sind auf staatlicher Ebene an spezialisierte Bundesbehörden angegliedert und koordinieren die pflegerische und soziale Langzeitversorgung. Auch hier haben die Studien ambivalente Ergebnisse gezeigt. Dabei waren vorteilhafte Ergebnisse:

- weniger kostspielige, person-zentrierte häusliche und gemeindebasierte Alternativen zur institutionellen Pflege,
- Verbesserung der Pflegequalität und -koordinierung,
- Erhöhung der Lebensqualität und
- Senkung der Inanspruchnahme vermeidbarer Krankenhaus- und Heimleistungen.

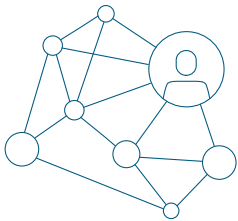
Nachteilig wurde dagegen beobachtet,

- dass es zu Einschränkung des Zugangs zu Leistungen für Versicherte kam,
- die Qualität der Leistungen und
- die Kontinuität der Leistungen nicht immer sichergestellt werden konnte.

⁷ 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.

09

Kooperation und Vernetzung



- Ein weiterer, innovativer Ansatz zur verbesserten Koordination der Leistungserbringung in der ambulanten Versorgung sind Service-Sharing-Plattformen oder **Austauschplattformen für Dienstleistungen**. In den untersuchten Studien wurden unterschiedliche Strategien entwickelt und experimentell untersucht. Ziel einer solchen Plattform ist es, die gegebene Menge von Pflegefach- und -hilfskräften (Angebot) und eine Menge von Aufgaben (Nachfrage) für einen zukünftigen Arbeitstag zu koordinieren und abzustimmen. Dabei sollen Wegekosten minimiert, ein Ausgleich der Arbeitsbelastung für Pflegekräfte garantiert und die Kundenzufriedenheit im Hinblick auf deren Präferenzen maximiert werden.

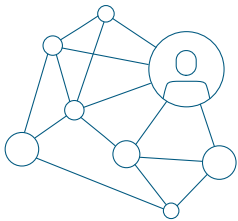
Ein bislang nicht umgesetztes Praxisbeispiel einer solchen Plattform, welches das Ziel verfolgt, Organisationen zu verbinden, um die bestmögliche Unterstützung für Klienten und Klientinnen zu gewährleisten, ist das Connectz Tool (Opel 2019). Dem Tool ist eine Datenbank hinterlegt, welche in einem definierten geografischen Gebiet nach allen relevanten Dienstleistern und Unterstützungsmöglichkeiten im Zusammenhang mit den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen sucht. Gesundheitsdienstleister können in dieser cloudbasierten Anwendung nach Klientinnen und Klienten suchen und sie direkt an andere Dienste verweisen, den Stand der Übernahmen überprüfen und zur Koordination

der Versorgung miteinander 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, Bedarfe 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.

- **Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes**
- **Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer**
- **Handlungsempfehlungen für Kostenträger**
- **Handlungsempfehlung für Länder und Kommunen**

09

Kooperation und Vernetzung



- [Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes](#)
- [Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer](#)
- [Handlungsempfehlungen für Kostenträger](#)
- [Handlungsempfehlung für Länder und Kommunen](#)

Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer

Handlungsempfehlung 1

Das Potential, Koordinierungsaufwände zu minimieren, sollte durch (verbindliche) Kooperationen mit anderen an der Versorgung beteiligten Akteuren realisiert und vermehrt ausgeschöpft werden. Auch zur Ergänzung oder

Erweiterung des eigenen Leistungsangebotes bestehende Kooperationsmöglichkeiten mit bspw. anderen ambulanten Pflege-, Betreuungs- oder Hauswirtschaftsdiensten sollten genutzt werden.

ZUR INFORMATION

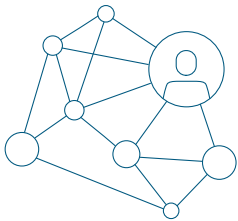
Kooperationen können, wie bspw. in Berlin, Brandenburg, Niedersachsen und Hessen, gemäß den Muster-Versorgungsverträgen nach § 72 SGB XI mit anderen Einrichtungen oder durch eine Beteiligung an regionalen Kooperationen stattfinden. Regionale Kooperationen fokussieren z. B. den Anschluss oder die Bildung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

09

Kooperation und Vernetzung



- **Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes**
- **Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer**
- **Handlungsempfehlungen für Kostenträger**
- **Handlungsempfehlung für Länder und Kommunen**

Handlungsempfehlung 2

Für eine Verringerung des Aufwandes zur Organisation der ambulanten Pflege und für eine verbesserte, vernetzte Leistungserbringung kann eine Beteiligung an regionalen Netzwerken bzw. sogenannten „Versorgungsnetzwerken“ sehr hilfreich sein. Die Kenntnis über und das persönliche Kennenlernen der an der Versorgung beteiligten Akteure kann über eine Teilnahme an diesen Netzwerken ausgebaut werden. Ein regelmäßiger Austausch im Sinne der strukturellen als auch fallbezogenen Vernetzung sollte durch eine aktive Beteiligung an regionalen Netzwerken umgesetzt werden.

Handlungsempfehlung 3

Für eine verbesserte Koordinierung der ambulanten Pflege ist eine Nutzung einer Pflegeüberleitungsplattform zu empfehlen. Vor allem in Hinblick auf die dadurch zentral und digital vorliegenden Daten und damit verbundene Zeitersparnisse, kurze Kommunikationswege und bessere Planbarkeit und Organisation der sich erforderlichenfalls anschließenden Pflegeleistungen kann eine effiziente und verbesserte Koordinierung der Unterstützungsbedarfe der Pflegebedürftigen erzielt werden. Bei vernetzter Leistungserbringung wird der Organisations-, Verwaltungs- und Informationsfluss zwischen den Krankenhäusern und den verschiedenen ambulanten Diensten erleichtert.

Handlungsempfehlung 4

Für eine vernetzte und koordinierte ambulante Pflege im Einzugsbereich können grundsätzlich digitale Koordinierungsplattformen von ambulanten Dienste genutzt werden. Diese bieten die Möglichkeit, die verschiedenen Pflege- und Unterstützungsbedarfe der Bevölkerung in der Region über mehrere Dienste hinweg abzudecken, erleichtern ggf. diensteübergreifende Absprachen und ersparen eigene zeitintensive Bemühungen zur Organisation unterschiedlicher Akteure zur Bereitstellung der von den Pflegebedürftigen benötigten Pflege- und Unterstützungsleistungen durch den ambulanten Pflege- und Betreuungsdienst. In einigen Regionen werden solche Plattformen bereits genutzt oder erprobt.



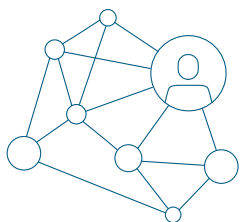
Praxisbeispiele für Handlungsempfehlungen

1. „Regionales Pflegekompetenzzentrum“ (ReKo)

Das Pilotprojekt in Niedersachsen wird von der DAK begleitet, im Rahmen des Innovationsfonds gefördert und durch die Universität wissenschaftlich begleitet. Im Landkreis Graftschaft Bentheim und Landkreis Emsland wird das ReKo seit Oktober 2019 modellhaft erprobt. 15 Case Managerinnen bzw. Manager sind mit den Akteuren vor Ort vernetzt und begleiten Pflegebedürftige und deren Angehörige

09

Kooperation und Vernetzung



- Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes
- Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer
- Handlungsempfehlungen für Kostenträger
- Handlungsempfehlung für Länder und Kommunen

jeweils als feste Ansprechpartnerin/feste Ansprechpartner persönlich und langfristig.

→ Weitere Informationen zu den Regionalen Pflegekompetenzzentren [Abruf am 31.05.2022]

2. Pflegeüberleitungsplattformen

In den letzten Jahren 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 im Krankenhaus oder rehabilitativen Maßnahmen in Rehabilitationskliniken organisiert werden soll. Ziel dieser 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-Unternehmen⁸ bzw. Hilfsmittellieferanten eingebunden.

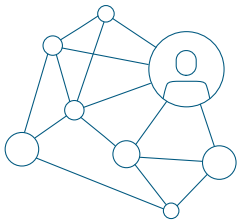
⁸ Homecare-Unternehmen versorgen in Deutschland chronisch erkrankte Personen mit Produkten oder Hilfsmitteln, die erklärungsbedürftig sind. Sie erfüllen damit die Funktion eines mobilen Sanitätshauses, das eine fachgerechte Nutzung und Funktion des Produktes bzw. Hilfsmittels direkt vor Ort (z. B. in 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).

An dieser Stelle kann auf keine spezifische Planungslösung verwiesen werden, da diese auch meist nur regional agieren. Jedoch können beispielhaft folgende technische Anwendungen genannt werden:

- Pflegeplatzmanager
- Campian®Net
- Careplace (InnFactory)
- Recare ONE
- Caseform (nubedian GmbH)

09

Kooperation und Vernetzung



3. Digitale Koordinierungsplattformen

Digitale Koordinierungsplattformen werden nicht nur international erprobt bzw. angewendet. Auch hierzulande gibt es modellhafte Erprobungen. Im Folgenden ist eines dieser Projekte⁹ genannt.

Projekt DiCaSa im Landkreis Friesland: Diese Plattform bietet die Möglichkeit für ambulante Pflege- und Betreuungsdienste sich kostenfrei zu registrieren und ihr Angebot bzw. ihre Kapazitäten zu melden. Die Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen, Ärztinnen und Ärzte, Pflegestützpunkte oder andere an der Versorgung beteiligte Akteure können wiederum die Bedarfe auf der Plattform melden. Die Plattform ist dann dazu in der Lage, diese Informationen zu „matchen“ und bindet darüber hinaus auch Informationen der Touren der ambulanten Dienste mit ein. In Zukunft sollen dadurch indirekte Absprachen stattfinden, damit eine Flächendeckung ermöglicht wird.

Die Grundidee, dass jeder seinen Pflegedienst selbst wählen kann, bleibt bestehen, jedoch wird der Quartiersgedanke, d. h. Versorgung gemeinsam zu denken, in den Vordergrund gestellt. Die Kommune übernimmt die Organisation und trägt die Kosten der Plattform.

→ Weiterführende Informationen [[Abruf am 31.05.22](#)]

→ Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes

→ Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer

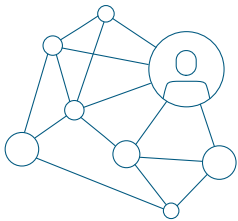
→ Handlungsempfehlungen für Kostenträger

→ Handlungsempfehlung für Länder und Kommunen

⁹ Auch international gibt es überregionale Plattformen zur Vermittlung und Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen und ggf. Versorgungsdienstleistungen in der Häuslichkeit. Diese werden an dieser Stelle, auch aufgrund von Limitierungen in der Übertragbarkeit und Umsetzungshindernissen nicht explizit genannt (Hähnel et al. 2021).

09

Kooperation und Vernetzung



→ **Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes**

→ **Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer**

→ **Handlungsempfehlungen für Kostenträger**

→ **Handlungsempfehlung für Länder und Kommunen**

Handlungsempfehlungen für Kostenträger

Handlungsempfehlung 1

Zur Förderung einer verbesserten Kooperation (und Vernetzung) der unterschiedlichen ambulanten Leistungserbringer sollten entsprechende vertragliche Rahmenbedingungen geschaffen werden (bspw. für eine vereinfachte Kooperation über die Versorgungsbereiche (SGB V und SGB XI) zur Umsetzung multiprofessioneller Teams). Dies bietet auf unterschiedlichen Ebenen Potentiale für eine verbesserte Koordinierung der ambulanten Pflege, u. a.

- zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung im ländlichen Raum,
- zur besseren Nutzung knapper Personalressourcen durch die Reduzierung von Wege-, Fahrt- und Leerlaufzeiten und damit
- zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen pflegerischen Leistungserbringung.

Zur Umsetzung dieser Handlungsempfehlung bedarf es einer engen und abgestimmten Zusammenarbeit zwischen den Versorgungsbereichen gemäß SGB V, XI sowie XII und Leistungserbringern, um regional- sowie bedarfsspezifische Kooperationen (Vernetzungen) zu fördern. Dies setzt entsprechend vertraglich aufeinander abgestimmte Qualitätsanforderungen und Vergütungs- und Abrechnungsregelungen voraus.

Handlungsempfehlung 2

Kooperationen und Vernetzung bergen hohe Potentiale für eine verbesserte Koordinierung in der ambulanten Pflege. Die Ausgestaltung und Zusammensetzung des Kreises der an dieser Kooperation/Vernetzung Beteiligten kann dabei regional ganz unterschiedlich sein und sie sollte bedarfsgerecht erfolgen. Eine besondere Notwendigkeit einer wirksamen Vernetzung besteht bei der Versorgung von an Demenz erkrankten Personen. Dort besteht beispielsweise auch die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Förderhilfen gemäß § 45c Abs. 5 SGB XI. Für ein umfassendes Verständnis, über die Verhandlungsgespräche zwischen Kostenträger und Leistungserbringer hinaus, sollten die Kostenträger sich an den regionalen Netzwerken beteiligen und bei Bedarf auch solche selbst initiieren.

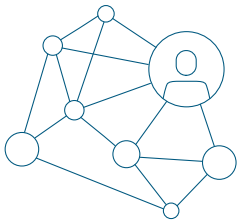
Handlungsempfehlung 3

Das Potential, Koordinierungsaufwände zu minimieren, sollte durch (verbindliche) Kooperationen mit anderen an der pflegerischen Versorgung beteiligten Akteuren realisiert, vermehrt ausgeschöpft und bestehende Einschränkungen überprüft werden.

Kooperationen können, wie bspw. in Berlin, Brandenburg, Niedersachsen und Hessen, gemäß den Muster-Versor-

09

Kooperation und Vernetzung



gungsverträgen nach § 72 SGB XI mit anderen Einrichtungen oder durch eine Beteiligung an regionalen Kooperationen stattfinden. Regionale Kooperationen fokussieren z. B. den Anschluss oder die Bildung von einrichtungsübergreifenden Notrufsystemen.

ZUR INFORMATION

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.

Handlungsempfehlung 4

In vielen Regionen werden mit unterschiedlichen an der pflegerischen Versorgung beteiligten Akteuren regionale Pflegekonferenzen/Pflegetische abgehalten. Eine regelhafte Beteiligung der Kostenträger ist, wenn noch nicht umgesetzt, zu empfehlen, um auch in den regelmäßigen gemeinsamen Austausch mit den ambulanten Leistungserbringern zu gehen, Regionen, in denen die Nachfrage der Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen auf kein angemessenes Angebot trifft zu ermitteln bzw. mit gemeinsamen Empfehlungen infrastrukturellen Versorgungsdefiziten entgegenzuwirken. Dieser Austausch sollte ebenfalls unter Einbindung der Kommunen stattfinden, damit diese dann regionspezifisch handeln und nachsteuern können.

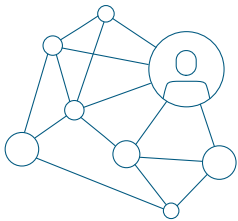
Handlungsempfehlung 5

Zur Förderung einer verbesserten Kooperation der unterschiedlichen Leistungserbringer im ambulanten Bereich sollten entsprechende vertragliche Rahmenbedingungen geschaffen werden (bspw. versorgungsbereichübergreifende Verträge für eine vereinfachte Kooperation über die Versorgungsbereiche (SGB V und SGB XI) zur Umsetzung multiprofessioneller Teams). Dies bietet auf unterschiedlichen Ebenen Effizienzpotentiale aufgrund einer verbesserten Koordinierung in der ambulanten Versorgung, wie bspw.:

- Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes
- Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer
- Handlungsempfehlungen für Kostenträger
- Handlungsempfehlung für Länder und Kommunen

09

Kooperation und Vernetzung



- die Sicherstellung der Versorgung im ländlichen Raum,
- den effektiveren Einsatz eingeschränkter Personalressourcen und damit
- die Gewährleistung einer wirtschaftlichen pflegerischen Leistungserbringung.

Zur Umsetzung dieser Handlungsempfehlung bedarf es einer engen und abgestimmten Zusammenarbeit zwischen den Versorgungsbereichen gemäß SGB V, XI sowie XII und Leistungserbringern, um regional- sowie bedarfsspezifische Kooperationen zu fördern.

Handlungsempfehlung 6

Die Koordinierung von Versorgungsleistungen als auch der an der Versorgung der Klientinnen und Klienten beteiligten unterschiedlichen Akteure (wie Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten, Beratungsstellen und informelle Netzwerke etc.) ist regelmäßig Bestandteil des Arbeitsalltags ambulanter Pflege- und Betreuungsdienste.

Die Voraussetzungen/Rahmenbedingungen solcher Koordinierungsleistungen für die ambulanten Pflegedienste sollten verbessert und ggf. in eine Überarbeitung der Landesrahmenverträge einfließen.

- [Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes](#)
- [Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer](#)
- [Handlungsempfehlungen für Kostenträger](#)
- [Handlungsempfehlung für Länder und Kommunen](#)



Praxisbeispiele für Handlungsempfehlungen

1. Berücksichtigung von Koordinierungsleistungen

Im Rahmenvertrag über ambulante pflegerische Versorgung gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg (vom 9. Dezember 2016) ist ein Leistungskomplex „Organisation des Alltags und der Haushaltsführung“ enthalten. Darunter werden die folgenden Punkte zur Koordinierung aufgegriffen:

1. Unterstützung bei bzw. Organisation und Koordinierung von sozialen Kontakten,
2. Unterstützung bei bzw. Organisation und Koordinierung von Dienstleistungen (z. B. Fahrdienste, Gartenpflege)
3. Unterstützung bei administrativen Angelegenheiten, die aus pflegfachlicher Sicht besonders wichtig sind, um im eigenen Haushalt verbleiben zu können und für die kein gesetzlicher Betreuer/Bevollmächtigter bestellt ist.

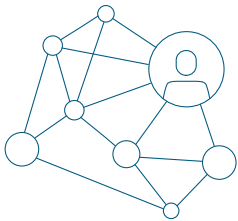
In Absprache mit dem Pflegebedürftigen kann die Leistung ggf. auch außerhalb der Häuslichkeit erledigt werden.

Insbesondere mit Punkt 3 sind auch individuelle Leistungen zur Koordinierung der Versorgung angesprochen, die damit explizit anerkannt und gesondert refinanziert werden.



09

Kooperation und Vernetzung



2. Beteiligung an regionalen bzw. kommunalen Pflegekonferenzen

Zur regelhaften Besprechung der regionalen Versorgungssituation eignen sich auch die regionalen bzw. kommunalen Pflegekonferenzen. Diese können z. B. nach § 4 Landespflegestrukturgesetz (LPSG) Baden-Württemberg in Stadt- bzw. Landkreisen eingerichtet werden, um unter Mitwirkung der vertretenen Pflegekassen sowie der Landesverbände der Pflegekassen gemeinsame Empfehlungen zu erarbeiten, u. a. zur

- Klärung von Fragen der regionalen Pflege- und Unterstützungsstrukturen,
- Schaffung altersgerechter Quartiers- und Beratungsstrukturen sowie
- Koordinierung von Leistungsangeboten und der Sozialplanung.

Das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg erprobt derzeit unter der Federführung des Kommunalverbands für Jugend und Soziales zur Stärkung der Vernetzung aller lokalen Akteure und damit auch der Strukturen im Vor- und Umfeld der Pflege sowie in der Pflege selbst die Implementierung von Kommunalen Pflegekonferenzen. Ziel der Förderung ist es, Best-Practice-Beispiele für Kommunale Pflegekonferenzen zu implementieren.

→ [Weiterführende Informationen \[Abruf am 31.05.2022\]](#)

→ [Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes](#)

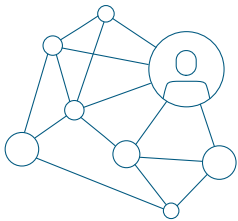
→ [Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer](#)

→ [Handlungsempfehlungen für Kostenträger](#)

→ [Handlungsempfehlung für Länder und Kommunen](#)

09

Kooperation und Vernetzung



- Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes
- Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer
- Handlungsempfehlungen für Kostenträger
- **Handlungsempfehlung für Länder und Kommunen**

Handlungsempfehlung für Länder und Kommunen

Handlungsempfehlung 1

Nicht nur aufgrund der gemeinsamen Verantwortung für die pflegerische Versorgung der Bevölkerung gemäß § 8 SGB XI sollten sich die Länder und Kommunen an der Schaffung von Pflege(-überleitungs)Plattformen finanziell beteiligen. Diese Plattformen können einen wesentlichen Beitrag zu einer gesteigerten Kooperations- und Vernetzungsbereitschaft ambulanter Dienste beitragen und sollten daher den ambulanten Leistungserbringern, wenn möglich kostenfrei, zur Verfügung gestellt werden. Aus diesem Grund, sollten Länder und Kommunen die finanzielle Beteiligung bzw. Förderung solcher Plattformen prüfen.

Handlungsempfehlung 2

In vielen Regionen werden mit unterschiedlichen an der pflegerischen Versorgung beteiligten Akteuren regionale Pflegekonferenzen/Pflegetische abgehalten. Eine regelhafte Beteiligung der Kommunen ist, wenn noch nicht umgesetzt, zu empfehlen, um auch in den regelmäßigen gemeinsamen Austausch mit den Leistungserbringern und Kostenträgern zu gehen und Regionen, in denen die Nachfrage der Pflegebedürftigen auf kein entsprechendes Angebot trifft zu ermitteln bzw. mit gemeinsamen Empfehlungen infrastrukturellen Versorgungsdefiziten entgegenzuwirken. Dieser Austausch sollte vor allem unter Einbindung

der Kommunen stattfinden, damit diese regionsspezifisch handeln und nachsteuern können.

Handlungsempfehlung 3

Internationale Modelle der integrierten Versorgung in der Pflege, z. B. unter Einbezug von Case Management, koordinieren die Pflege auf regionaler Ebene in der Gemeinde, teilweise durch regionale Netzbildung oder Strukturen der kommunalen Koordinierung. Die Steigerung der kommunalen Verantwortung und Steuerung sollte regionalspezifisch und an den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Bevölkerung ausgerichtet gefördert werden, um bspw. die Koordinierungsaufwände zu minimieren und die Versorgung der Bevölkerung aus zentraler Stelle heraus zu koordinieren.



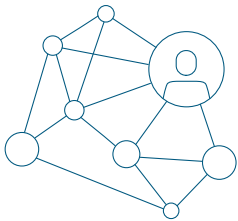
Praxisbeispiele für Handlungsempfehlungen

1. Pflegewegweiser NRW

Nachdem in NRW Angehörige bei Fragen zur Pflege oft lange suchen mussten, bevor sie aus der Vielzahl der Angebote eine passende Beratung in ihrer Nähe fanden, hat das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

09

Kooperation und Vernetzung



Nordrhein-Westfalen gemeinsam mit den Landesverbänden der Pflegekassen das Projekt „Kompetenznetz Angehörigenunterstützung und Pflegeberatung (KoNAP)“ initiiert. Etabliert wurde eine Landeskoordinierungsstelle und fünf Regionalstellen in den NRW-Regierungsbezirken.

Bei KoNAP können Betroffene sich bereits seit dem 1. Januar 2018 telefonisch schnell einen Überblick verschaffen, wo sie eine ihrem Bedarf entsprechende Beratung finden. Speziell geschulte und qualifizierte Mitarbeiterinnen und -mitarbeiter helfen Betroffenen sowie Angehörigen dabei, die richtigen Ansprechpartner für die eigene Pflege- und Versorgungssituation zu finden, über eine landesweite und gebührenfreie Telefon-Hotline.

Ergänzt wird das Angebot durch eine Informationsplattform für Senioren- und Pflegeberatung. Dort finden die Bürger die passende Anlaufstelle für ihre Fragen zur Pflege-, Demenz-, Palliativ- oder Wohnberatung in ihrer Nähe.

→ [Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes](#)

→ [Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer](#)

→ [Handlungsempfehlungen für Kostenträger](#)

→ [Handlungsempfehlung für Länder und Kommunen](#)

→ [Weiterführende Informationen \[Abruf am 31.05.22\]](#)

2. Beteiligung an regionalen bzw. kommunalen Pflegekonferenzen

Zur regelhaften Besprechung der Versorgungssituation eignen sich auch die regionalen Pflegekonferenzen. Diese können z. B. nach § 4 Landespflegestrukturgesetz (LPSG) Baden-Württemberg in Stadt- bzw. Landkreisen eingerichtet werden, um unter Mitwirkung der Landesverbände der Pflegekassen gemeinsame Empfehlungen zu erarbeiten, u. a. zu:

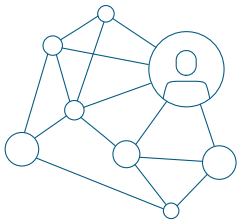
- Klärung von Fragen der regionalen Pflege- und Unterstützungsstrukturen,
- Schaffung altersgerechte Quartiersstrukturen und kommunalen Beratungsstrukturen sowie
- Koordinierung von Leistungsangeboten und der Sozialplanung.

Das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg erprobt derzeit unter der Federführung des Kommunalverbands für Jugend und Soziales zur Stärkung der Vernetzung aller lokalen Akteure und damit auch der Strukturen im Vor- und Umfeld der Pflege die Implementierung von kommunalen Pflegekonferenzen. Ziel der Förderung ist es, Best-Practice-Beispiele für Pflegekonferenzen zu implementieren.

→ [Weiterführende Informationen \[Abruf am 31.05.22\]](#)

09

Kooperation und Vernetzung



3. Gemeindebasierte Koordinierung der Pflege

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 Gesundheitsagenturen¹⁰ 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.

Ein weiterer, kanadischer Ansatz, ist das „**British Columbia Model**“ (Beland und Hollander 2011, Chappell et al. 2004, Hollander und Chappell 2007, Hollander et al. 2007). Dieser wissenschaftlich untersuchte Ansatz zeigt im Ergebnis das Potential integrierter Systeme für Pflegebedürftige mit einerseits komplexen als auch nicht-komplexen Bedarfen in der Region.

Alle Ansätze verfolgen eine organisationsübergreifende und kommunal verantwortete Koordinierung der ambulanten Gesundheitsleistungen. Unter Einbezug eines Case Managements (kommunale Mitarbeitende) wird auf Gemeindeebene der Pflegebedarf eingeschätzt, eingestuft und die Pflegeerbringung koordiniert. Durch die Bündelung der Angebote fast aller pflegerischen Dienstleister unter einem administrativen Dach und aus einer gemeinsamen Finanzierungs- und Verwaltungsstruktur konnte in diesen Ansätzen u. a. eine verbesserte Koordinierung der Leistungserbringung, eine Minimierung von Schnittstellenproblemen sowie eine Senkung der Kosten bzw. Inanspruchnahme von professionellen Dienstleistungen erzielt werden.

→ **Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes**

→ **Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer**

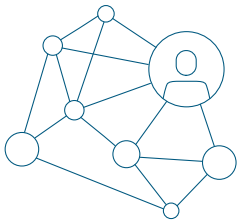
→ **Handlungsempfehlungen für Kostenträger**

→ **Handlungsempfehlung für Länder und Kommunen**

¹⁰ 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.

09

Kooperation und Vernetzung



- **Zurück zu den allgemeinen Erläuterungen des Handlungsfeldes**
- **Handlungsempfehlungen für ambulante Leistungserbringer**
- **Handlungsempfehlungen für Kostenträger**
- **Handlungsempfehlung für Länder und Kommunen**

4. Stärkung der versorgungsbereichübergreifenden Zusammenarbeit auf kommunaler Ebene

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 Informations- und Kommunikationstechnologie (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.

Quellenangaben

- 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>.
- 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/ACI-ITC-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].
- 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>.
- Blaudszun-Lahm A, Kubek V, Meyer auf'm Hofe H, Schlicker N, Velten S, Uhde A (2021): Game of Roster – GamOR. Spielifizierte kollaborative Dienste-Plattform für Pflegeberufe.
→ https://doi.org/10.1007/978-3-662-62215-5_28
- 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.
- Braeseke G, Hahnel E, Neuwirth J, Engelmann F & Lingott N (2020a): Potenziale sozialer Innovationen in der ambulanten Langzeitpflege. Dezember 2020.
- 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.
- 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.
- Büscher, A. (2020). Bedarfslagen in der häuslichen Pflege. *Pflege-Report 2020: Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung*. K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber and A. Schwinger. Berlin, Springer: 55–63.
- Bundesministerium für Gesundheit (2016): Weiterentwicklung der eHealth – Strategie. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. [Abschlussfassung] 24. Oktober 2016. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2020): Konzentrierte Aktion Pflege – Erster Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5, Berlin.
→ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/konzentrierte-aktion-pflege.html> [Abruf am 17.05.2022]
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2020): Veranstaltungsdokumentation: Gesamtversorgungsverträge in der Pflege – mehr Auswahl für Pflegebedürftige, mehr Flexibilität für Einrichtungen.
→ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2020/gesamtversorgungsvertraege.html> [Abruf am 22.08.2022].
- 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>.



Quellenangaben

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.

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 [Abruf am: 24.03.2021].

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 [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.

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 [Abruf am: 29.03.2021].

Deutscher Bundestag (2018): *Beschlussempfehlung und Bericht zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonalstärkungsgesetz – PpSG)*. Drucksache 19/5593.

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).

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>.

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].

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)*.

Hahnel E, Braeseke G, Rieckhoff S, Pörschmann-Schreiber U, Engelman F, Kulas H, Musfeld M (2020): *Studie zu den Potenzialen der Telepflege in der pflegerischen Versorgung*, Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin.

Hahnel E, Pörschmann-Schreiber U, Braeseke G, Lingott N, Oehse I (2021): *Verbesserte Koordinierung in der ambulanten Pflege*. Zwischenbericht zur Studie zu den Effizienzpotenzialen einer verbesserten Koordinierung in der ambulanten Pflege. IGES Institut. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin.

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, Grimsom A, Vontetsianos T, García Cuyàs F, Altes AG, Vogiatzis I, Garåsen H, Pellise L, Wienhofen L, Cano I, Meya M, Moharra M, Martinez JI, Escarabill 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.

Hoffer, H. (2017). *Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff im Recht der Pflegeversicherung – Paradigmenwechsel (auch) für die pflegerische Versorgung*. *Pflege-Report 2017: Die Versorgung der Pflegebedürftigen*. K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber and A. Schwinger. Stuttgart: 13–23.



Quellenangaben

- 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.
- Litschen K (2019): Möglichkeiten und Grenzen des Arbeitsrechts - Externe Personalpools, in: *Arbeit und Arbeitsrecht AuA* 1/2019, S. 24-28.
- Ochmann R, Braeseke G (2021): Berichtspflicht der Länder zu Förderung und Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin.
- 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>.
- J. Petersen, M. Melzer: Belastungs- und Beanspruchungssituation in der ambulanten Pflege. 1. Auflage. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2022. (baua: Fokus) DOI: 10.21934/baua:fokus20220516. → <https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Fokus/Ambulante-Pflege.html> [Abruf am 25.08.2022]
- Pflegedienst Talea GmbH (o.J.): Die Pflege der Zukunft. → <https://talea.de/> [Abruf am: 15.03.2021].
- Rothgang H et al. (2020): Abschlussbericht. Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM). Bremen.
- Rothgang H & Müller R. (2018): Pflegereport 2018. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. BARMER. Berlin.
- 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.
- Statistisches Bundesamt (2020). Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse.
- 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.
- 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.
- 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: 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.
- Wolff J, Pflug C, Rellecke J, Rieckhoff S, Dehl T, Nolting H-D (2020): Evaluation der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen gemäß § 7a Absatz 9 SGB XI, Abschlussbericht für den GKV-Spitzenverband, Berlin Februar 2020



Impressum

IGES Institut GmbH, Friedrichstraße 180, 10117 Berlin
→ www.iges.com

Stand

September 2022, 1. Auflage

Text und Redaktion

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

Gestaltung

YOUSE GmbH, Florastraße 47, 13187 Berlin
→ www.youse.de

Gefördert durch

Bundesministerium für Gesundheit
Referat 414 – Pflegevertrags- und -vergütungsrecht
11055 Berlin
→ www.bundesgesundheitsministerium.de

Das dieser Veröffentlichung zugrunde liegende Vorhaben wurde mit Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit im Rahmen der Maßnahme zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autorinnen und Autoren.

Dieses Werk einschließlich seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der IGES Institut GmbH unzulässig und strafbar. Insbesondere darf kein Teil dieses Werkes, das nicht ausdrücklich dafür bestimmt ist, ohne vorherige schriftliche Genehmigung der IGES Institut GmbH in irgendeiner Form (unter Verwendung elektronischer Systeme oder als Ausdruck, Fotokopie oder unter Nutzung eines anderen Vervielfältigungsverfahrens) über den Gebrauch für die schulische Gesundheitsförderung hinaus verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages