

Potenziale sozialer Innovationen in der ambulanten Langzeitpflege

Inhalt

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	6
Abkürzungsverzeichnis	7
1 Einleitung	8
2 Aktuelle Herausforderungen in der ambulanten Langzeitpflege und Identifizierung von Innovationspotenzialen	11
2.1 Die Situation der Pflegebedürftigen	11
2.1.1 Alter und Ausmaß der Pflegebedürftigkeit in der ambulanten Versorgung	12
2.1.2 Familienstand, Haushaltsgröße und Wohnformen	15
2.1.3 Sozioökonomischer Status	16
2.1.4 Zugang zu ambulanten Leistungen der Pflegeversicherung	17
2.2 Die Situation der informell Pflegenden	18
2.2.1 Pflege und Beruf	21
2.2.2 Gesundheitliche Situation	22
2.2.3 Zugang zu Beratung und Unterstützung	24
2.3 Die Situation der professionell Pflegenden	26
2.3.1 Entwicklung der Personalstruktur	26
2.3.2 Rechtliche Rahmenbedingungen	29
2.3.3 Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation	31
3 Soziale Innovationen und ihre Potenziale in der ambulanten Langzeitpflege	34
3.1 Zur Definition „sozialer Innovationen“	34
3.1.1 Vorarbeiten in Forschung und Praxis	34
3.1.2 Arbeitsdefinition für soziale Innovationen in der ambulanten Langzeitpflege	36
3.2 Potenziale sozialer Innovationen in der ambulanten Langzeitpflege	37
3.2.1 Arbeitsorganisation: Flexibilität und Eigenverantwortung	37
3.2.2 Pflegeprozess: Person-Zentrierung und Kompetenzstärkung	42
3.2.3 Vernetzung: Umfeld und Quartier	47
4 Fazit und Handlungsempfehlungen	56
5 Anhang	65
A1 Erläuterungen zur Methodik	65
I. Recherche zur Identifikation nationaler und internationaler sozialer Innovationen	65
II. Expert:inneninterviews	67
III. Expert:innenworkshop	68
A2 Alphabetische Liste und Quellenverzeichnis der ausgewählten Einrichtungen und Projekte	68
Literaturverzeichnis	71

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

ABBILDUNG 1	Pflegebedürftige nach Versorgungsart im Jahr 2017 (Angaben in %)	12
ABBILDUNG 2	Veränderung der Anzahl Pflegebedürftiger gemäß § 14 SGB XI im Zeitraum 2017 bis 2060, Fortschreibung	13
ABBILDUNG 3	Personen mit Pflegebedarf im ambulanten Setting nach Altersgruppen im Jahr 2017	13
ABBILDUNG 4	Leistungsbezieher:innen der sozialen Pflegeversicherung nach Pflegegrad im Jahr 2018	14
ABBILDUNG 5	Durchschnittlicher Anteil der Empfänger:innen von Pflegegeld bzw. von Sach- oder Kombinationsleistungen nach Unterstützungs- und Entlastungsleistungen im Jahr 2017 (Angaben in %)	17
ABBILDUNG 6	Anteil derjenigen, die mindestens einmal pro Woche selbstfinanzierte professionelle Hilfen in Anspruch nehmen, in den Jahren 2010 und 2016 (Mehrfachnennungen, Angaben in %)	18
ABBILDUNG 7	Anteil der Personen an verschiedenen Altersgruppen, die Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen unterstützen, in den Jahren 2002, 2008 und 2014 (Angaben in %)	19
ABBILDUNG 8	Hauptpflegepersonen nach Geschlecht und Alter im Jahr 2017 (Anzahl in Tausend)	20
ABBILDUNG 9	Anteile der Hauptpflegepersonen mit häufigen Belastungen durch die Pflege (Angaben in %)	22
ABBILDUNG 10	Personalstruktur ambulanter Pflegedienste in Deutschland nach Tätigkeitsbereich im Jahr 2017 (Angaben in %)	25
ABBILDUNG 11	Anzahl Pflegebedürftiger je VZÄ in der ambulanten Pflege und Betreuung nach Bundesländern im Jahr 2017, bezogen auf Sachleistungsbezieher:innen	26
ABBILDUNG 12	Ambulante Pflegedienste nach Trägerschaft zum Jahresende 2017 (Angaben in %)	27
ABBILDUNG 13	Anzahl der ambulanten Pflegedienste nach Größenklassen bezogen auf die Anzahl der versorgten Pflegebedürftigen im Jahr 2017	28
ABBILDUNG 14	Einschätzung von Unternehmen des Gesundheitswesens zum Stand der Digitalisierung (Angaben in %)	32
ABBILDUNG 15	Benötigte Voraussetzungen zur Initiierung und Umsetzung sozialer Innovationen (Ergebnisse der Expert:innendiskussion)	60
ABBILDUNG 16	Übersicht des Identifikationsprozesses sozialer Innovationen	66
TABELLE 1	Häufigkeit ausgewählter Diagnosestellungen bei Hauptpflegepersonen und sonstigen Versicherten, 2012 und 2017 (Angaben in % und %-Punkten)	23
TABELLE 2	Soziale Innovationen im Bereich der Arbeitsorganisation	42
TABELLE 3	Soziale Innovationen im Bereich des Pflegeprozesses	47
TABELLE 4	Soziale Innovationen im Bereich der Vernetzung von Umfeld und Quartier	55
TABELLE 5	Hochrechnung vermiedener krankheitsbedingter Fehlzeiten pro Jahr	58
TABELLE 6	Systematische Literaturrecherche: Ein- und Ausschlusskriterien	65
TABELLE 7	Übersicht der Expert:inneninterviews	67

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
BAFzA	Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben
BAGFW	Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGW	Bielefelder Gesellschaft für Wohnen und Immobiliendienstleistungen mbH
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMWi	Bundesministerium für Wirtschaft und Energie
DCN	Dementia Care Nurse
DEAS	Deutscher Alterssurvey
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologie
iso	Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft
KI	Künstliche Intelligenz
KomZ	Kompetenzzentrum soziale Innovation
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
PKV	Private Krankenversicherung
PSG	Pflegestärkungsgesetz
SEND	Social Entrepreneurship Deutschland e. V.
SCP	Service Center Pflege
SGB	Sozialgesetzbuch
SVR Gesundheit	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
VZÄ	Vollzeitäquivalente
ZQP	Zentrum für Qualität in der Pflege

1 Einleitung

Seit Jahren attestieren Sachverständigenräte in ihren Jahresgutachten dem deutschen Gesundheitswesen das Auftreten von Über-, Unter- und Fehlversorgung zugleich – dies gilt auch für die pflegerische Versorgung. Dazu tragen verschiedene Wettbewerbsbeschränkungen, Fehlanreize und strukturelle Hemmnisse bei. Angesichts der infolge des demografischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts zu erwartenden finanziellen Mehrbelastungen für das Gesundheits- und Pflegesystem kommt einer effizienten Verwendung der eingesetzten Mittel künftig noch größere Bedeutung zu. Hinzu kommt, dass aktuell und auch künftig Pflegekräfte fehlen – hier stellt sich die Frage, wie auch diese knapper werden – den personellen Ressourcen ohne einen Verlust an Versorgungsqualität effektiv und möglichst effizient eingesetzt werden und attraktivere Arbeitsbedingungen geschaffen werden können, so dass mehr Pflegekräfte für den Beruf gewonnen bzw. im Beruf gehalten werden können.

Drei Viertel der Pflegebedürftigen werden im häuslichen Umfeld gepflegt, davon ein Großteil ausschließlich durch Angehörige (Statistisches Bundesamt 2018). Die Versicherungsleistung kann in Form von Pflegegeld, Sachleistungen durch einen ambulanten Dienst oder einer Kombination dieser beiden gewährt werden. Laut der COMPASS-Versichertenbefragung wünschten sich noch vor etwa 10 Jahren 40 Prozent der Befragten, bei Pflegebedürftigkeit im häuslichen Umfeld von Angehörigen und einem Pflegedienst versorgt zu werden (Kuhlmey et al. 2010). Neueren Erhebungen zufolge möchten 62 Prozent der Bevölkerung (ab 16 Jahren) im Alter in der eigenen Häuslichkeit von dem / von der (Ehe-)Partner:in oder Angehörigen gepflegt werden, 54 Prozent vom Pflegedienst zuhause versorgt werden und 28 Prozent

bei Freunden oder Angehörigen leben (Mehrfachnennung möglich, Haumann 2020). Nur etwa 5 Prozent können sich vorstellen, bei Pflegebedarf in einer stationären Langzeiteinrichtung zu leben (ebd.: 523). Das unterstreicht den Stellenwert der professionellen ambulanten Pflege. Aber auch die Bedeutung der Pflege durch Angehörige nimmt im Zuge des steigenden Pflegebedarfs in der Bevölkerung weiter zu (Geyer & Schulz 2014: 301). Gleichzeitig wird das demografische Pflegepotenzial der Angehörigen zukünftig abnehmen.

Die Bedürfnisse von Pflegebedürftigen und Angehörigen sind vielfältig. Bei Ersteren stehen vor allem der Wunsch, so lange wie möglich selbstbestimmt und selbständig leben zu können, die Verzögerung des Voranschreitens der Pflegebedürftigkeit und nicht zuletzt der soziale Austausch zur Überwindung von Einsamkeit im Mittelpunkt. Viele Angehörige wiederum brauchen mehr Beratung und Entlastung bei der Pflege sowie Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Gerade Frauen stehen im Spannungsfeld von Familie, Beruf und Pflege, sind sie doch die Personengruppe, die überwiegend die Angehörigenpflege übernimmt.

Auch die ambulanten Pflegedienste stehen vor Herausforderungen. Hier sind etwa die Auswirkungen des Fachkräftemangels in der Pflege, häufige Wechsel des Personals, weite Wege im ländlichen Raum und die Konkurrenz mit anderen Anbietern zu nennen. Pflegekräfte sind zudem mit schwierigen Arbeitsbedingungen konfrontiert, wie einer hohen körperlichen und psychischen Belastung, Schichtdienst sowie Zeitdruck und der Pflicht zu umfangreicher Dokumentation.

Trotz der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung in den letzten Jahren (u. a. durch die Pflegestärkungsgesetze) kann diesen vielfältigen Herausforderungen im Versorgungsalltag nur unzureichend begegnet werden; die vielfältigen Bedürfnisse können nicht immer ausreichend befriedigt werden. Gestiegene Leistungsansprüche der Versicherten treffen z. T. auf fehlende Angebote, etwa weil nicht genügend Personal vorhanden ist oder die Refinanzierung der Leistungen nicht wirtschaftlich tragfähig für die Pflegedienste ist.

Um den Bedürfnissen von Pflegebedürftigen, pflegenden Angehörigen und Pflegekräften besser gerecht zu werden, müssen die bestehenden Strukturen teilweise aufgebrochen und innovative Ideen und Konzepte umgesetzt werden. Auch vor dem Hintergrund möglicher Versorgungslücken durch den Rückgang des familiären Pflegepotenzials, des Anstiegs der Zahl der Pflegebedürftigen sowie des sich bereits seit Jahren verfestigenden Fachkräftemangels in der Pflege können innovative Versorgungsideen eine Chance sein (Rothgang et al. 2012).

In der Pflege sind der Begriff und das Konzept der „sozialen Innovation“ bislang wenig etabliert. Nur vereinzelt werden sie in der Literatur, in Forschungsprojekten oder in der Fachöffentlichkeit mit Pflege in Verbindung gebracht. Doch auch ohne explizit den Begriff der „sozialen Innovation“ zu verwenden, gibt es eine Vielzahl von Forschungstätigkeiten und Modellprojekten, die neue Ansätze zur Verbesserung der Versorgung in der Pflege erforschen oder erproben. Bekannte Modelle mit Bezug zur pflegerischen Versorgung, die in der (Fach-)Öffentlichkeit als innovativ beschrieben werden, sind z. B. das „Bielefelder Modell“ mit einem quartiersbezogenen Ansatz des begleiteten Wohnens oder das Modell „Buurtzorg“ aus den Niederlanden, in dem in kleinen, sich selbst organisierenden Pflegeteams gearbeitet wird, die u. a. den Aufbau von professionellen und informellen Versorgungsnetzwerken forcieren (BGW o. J., Buurtzorg Deutschland Nachbarschaftspflege gGmbH 2020).

Eine häufige Herausforderung für innovative Projekte in der pflegerischen Versorgung sind allerdings fehlende Konzepte für eine Verstetigung des Projektansatzes und den Transfer in die Praxis bzw. die Regelversorgung (vgl. Köhler & Goldmann 2010). Für Letzteres, also für eine Überführung in die Regelversorgung, fehlt es zudem häufig an aussagekräftigen Nachweisen zur Effektivität und Effizienz der Innovation anhand von wissenschaftlichen Evaluationen.

Mit der Einführung des Innovationsfonds nach § 92a SGB V ist der Gesetzgeber im Bereich der Krankenversicherung einen wichtigen Schritt zur Realisierung solcher Forschungsprojekte gegangen. Mit jährlich 200 Millionen Euro werden Projekte zu neuen Versorgungsformen und zur Versorgungsforschung gefördert. Fördervoraussetzung ist dabei u. a. eine Evaluation, mit deren Ergebnissen beurteilt werden soll, ob das Projekt oder die Innovation dauerhaft in die Versorgung übernommen werden kann (GBA 2019). Allerdings wurden bislang vorrangig Projekte im Rahmen des SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) und vereinzelt Projekte an der Schnittstelle SGB V und SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) gefördert.

Ziel der vorliegenden Studie „Potenziale sozialer Innovationen in der ambulanten Langzeitpflege“ ist es, anhand einer Good-Practice-Recherche zu erforschen, welchen Beitrag soziale Innovationen zur Überwindung der aktuellen Herausforderungen in der ambulanten Pflege leisten können, wann und wo sie sinnvoll eingesetzt werden sollten und wie ihr Nutzen langfristig realisierbar wäre. Ziel ist es, projektübergreifende Merkmale sozialer Innovationen in der ambulanten Langzeitpflege zu identifizieren sowie Erkenntnisse hinsichtlich der Erfolgskriterien (u. a. beeinflussende Faktoren zur Nachhaltigkeit und zur Verstetigung von Projekten), Hemmnisse und Überführung in die Regelversorgung zu gewinnen. Dabei soll auch die Frage beantwortet werden, welche Rahmenbedingungen notwendig wären, damit soziale Innovationen in der Breite umgesetzt werden können.

Das Vorgehen der Untersuchung orientierte sich an den folgenden vier Fragen:

- I. Welche bisher noch zu wenig genutzten Innovationspotenziale gibt es in der ambulanten Langzeitpflege, durch die die aktuellen Herausforderungen besser adressiert und die Bedürfnisse von Pflegebedürftigen einerseits sowie informell und professionell Pflegenden andererseits besser befriedigt werden könnten?
- II. Durch welche projektübergreifenden Merkmale zeichnen sich soziale Innovationen in der ambulanten Langzeitpflege aus?
- III. Welche Nutzenpotenziale ergeben sich durch soziale Innovationen für Pflegebedürftige, informell und professionell Pflegenden?
- IV. Was sind (z. B. strukturelle) Voraussetzungen für die erfolgreiche Umsetzung sozialer Innovationen?

Das methodische Vorgehen umfasste mehrere Schritte. Zunächst wurde ein Überblick über die aktuellen Herausforderungen in der „Pflegelandschaft“ erstellt. Dazu dienten eine Literaturrecherche und eine Sekundärdatenanalyse zur aktuellen Situation und zu den Herausforderungen in der ambulanten Pflege. Anschließend wurde eine für diese Studie angewandte Arbeitsdefinition zu „sozialen Innovationen“ auf Basis einer Literaturrecherche erarbeitet. Mittels einer vertiefenden Good-Practice-Betrachtung folgte in einem weiteren Schritt die Recherche sozialer Innovationen in der ambulanten Langzeitversorgung. Im Speziellen dienten dazu Sondierungsgespräche mit Expert:innen aus Wissenschaft und Praxis und eine Literatur- und Internetrecherche. Identifizierte Projekte bzw. Einrichtungen wurden hinsichtlich projektübergreifender Merkmale analysiert und systematisiert. In einem weiteren Schritt folgten anschließend vertiefende Interviews mit ausgewählten Projekten bzw. Einrichtungen.

Auf Grundlage dieser Analyse wurden nun zentrale Erkenntnisse und Schlussfolgerungen abgeleitet und in einem webbasierten Expert:innenworkshop hinsichtlich ihrer Praktikabilität, Nachhaltigkeit und anderer relevanter Faktoren vertiefend diskutiert. Den Abschluss bilden eine Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse der Studie und die Formulierung von Handlungsempfehlungen.

Weiterführende Informationen zum methodischen Vorgehen sind dem Anhang A1 zu entnehmen.

2 Aktuelle Herausforderungen in der ambulanten Langzeitpflege und Identifizierung von Innovationspotenzialen

In diesem Kapitel wird überblicksartig die aktuelle Situation der ambulanten Pflege in Deutschland dargestellt, mit dem Ziel, insbesondere die Herausforderungen aufzuzeigen, vor denen die Gesellschaft derzeit und in naher Zukunft steht. Sie sind Ansatzpunkte für soziale Innovationen, um etwa unter Ausschöpfung bisher ungenutzter Ressourcen und Potenziale zur Verbesserung der Versorgung beitragen zu können.

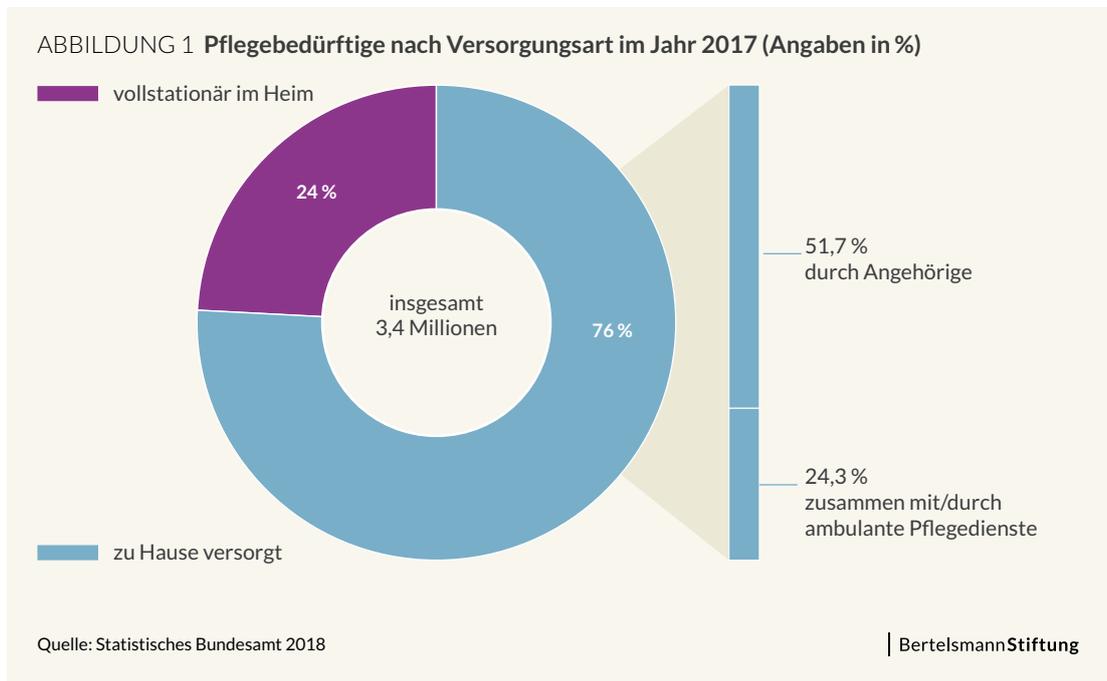
Das Kapitel ist in drei Abschnitte gegliedert: Der erste Abschnitt (2.1) stellt die Situation der Pflegebedürftigen dar. Der zweite Abschnitt (2.2) beschäftigt sich mit der informellen Pflege (auch Laienpflege genannt), d. h. mit der Situation von Familienangehörigen und weiteren Pflegepersonen, die pflegebedürftige Personen nicht erwerbsmäßig unterstützen. Im dritten Abschnitt (2.3) wird der Bereich der professionellen Pflege skizziert – das sind primär die ambulanten Pflegedienste und die beruflich Pflegenden. Jeder dieser Abschnitte gliedert sich in eine Darstellung der Situation, der zentralen Herausforderungen und der identifizierten möglichen Potenziale.

2.1 Die Situation der Pflegebedürftigen

In Deutschland lebten zum Jahresende 2017 insgesamt 3,4 Millionen Pflegebedürftige gemäß § 14 SGB XI.¹ Gegenüber dem Jahr 2015 wuchs ihre Zahl um 554.000 (19,4 %). Im Zeitraum 2007 bis 2017 stieg die Pflegeprävalenz in etwa um 60 Prozent an (von 2,9 % auf 4,6 %). Diese Entwicklung ist vorrangig auf die fortschreitende Alterung der Gesellschaft zurückzuführen, darüber hinaus aber auch auf die Erweiterung des Kreises der Anspruchsberechtigten durch gesetzliche Anpassungen der Leistungen der Pflegeversicherung in den Jahren 2008 und 2013 sowie durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2017 (Tsiasioti et al. 2020: 260 ff.).

Etwa 76 Prozent (2,6 Millionen) der Menschen mit Pflegebedürftigkeit werden in der eigenen Häuslichkeit betreut. Mehrheitlich (51,7 %; 1,76 Millionen) werden sie ausschließlich durch Angehörige, d. h. ohne regelmäßige Unterstützung professioneller Pflegedienstleister, versorgt und beziehen Pflegegeld (Abbildung 1). Ausschließlich ambulante Sachleistungen, die von Pflegedienstleistern erbracht werden, oder eine Kombination aus Sach- und Geldleistungen erhalten 24,3 Prozent der Pflegebedürftigen.

¹ „Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können“ (§ 14 SGB XI). Bei der Begutachtung zu Feststellung von Pflegebedürftigkeit werden folgende sechs Lebensbereiche betrachtet und gewichtet: Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.



Im Vergleich zu 2015 stieg die Zahl der durch ambulante Pflegedienste versorgten pflegebedürftigen Personen bis 2018 um fast 20 Prozent an. Ein noch deutlicherer Zuwachs war in diesem Zeitraum mit 27,5 Prozent bei den „reinen“ Pflegegeldempfängern zu verzeichnen. Insgesamt ergab sich bei den zu Hause versorgten Pflegebedürftigen ein Anstieg von knapp 25 Prozent in drei Jahren (Statistisches Bundesamt 2018).

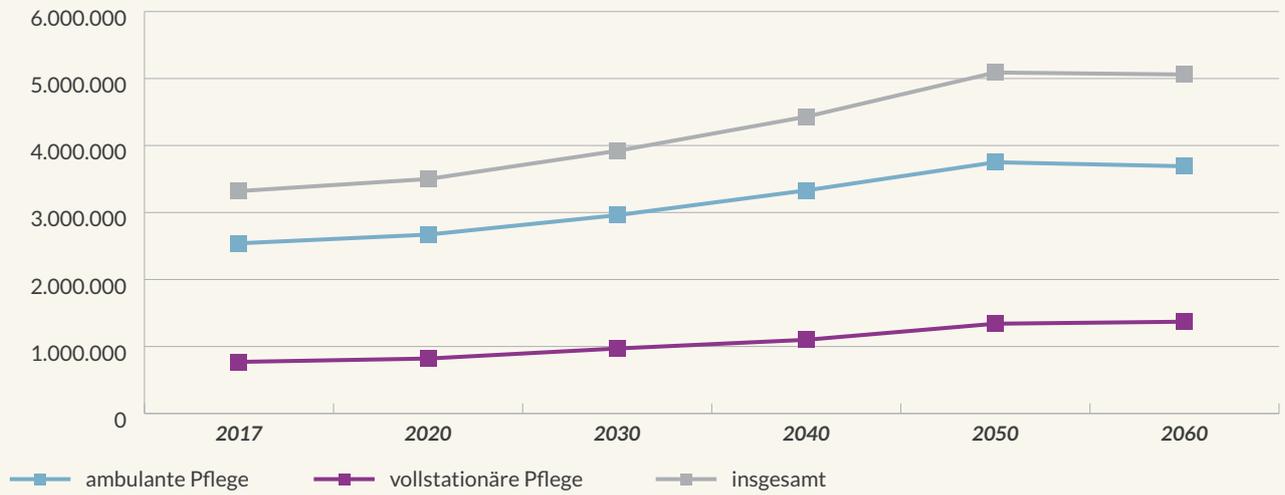
Die Zahl der Pflegebedürftigen wird auch in Zukunft wachsen (Abbildung 2) – bei einer rein demografiebasierten Fortschreibung auf voraussichtlich 3,9 Millionen Personen im Jahr 2030, auf 4,4 Millionen im Jahr 2040 und auf 5,1 Millionen im Jahr 2050 (Schwinger et al. 2020: 10). Entsprechend ist mit einer steigenden Anzahl der ambulant betreuten Pflegebedürftigen zu rechnen, die voraussichtlich im Jahr 2050 ihren Höhepunkt erreicht (ebd.).

2.1.1 Alter und Ausmaß der Pflegebedürftigkeit in der ambulanten Versorgung

Etwa die Hälfte der ausschließlich in der Häuslichkeit versorgten Pflegebedürftigen ist älter als 80 Jahre. Die größte Gruppe bilden dabei die 80- bis 90-Jährigen (Abbildung 3). Entsprechend der demografischen Entwicklung zeigte sich im Zeitverlauf auch, dass bei den in Privathaushalten versorgten pflegebedürftigen Personen ein Anstieg des Lebensalters zu verzeichnen ist (Schneekloth et al. 2017: 42). Demzufolge ist zu erwarten, dass die zu Hause versorgten Pflegebedürftigen auch künftig tendenziell ein höheres Lebensalter aufweisen.

Eine höhere Krankheitslast und weitere Einflussfaktoren wie Lebensstil und -situation, Geschlecht und Umweltbedingungen sind Ursachen für ein höheres Risiko, mit steigendem Lebensalter pflegebedürftig zu werden. Es erhöht sich nicht nur die Wahrscheinlichkeit, an einer chronischen Erkrankung zu leiden, sondern auch die, vom gleichzeitigen Vorliegen mehrerer chronischer Erkrankungen (sog. Multimorbidität) betroffen zu sein. Bei älteren Pflegebedürftigen kommen zu den chronisch-degenerativen Erkrankungen häu-

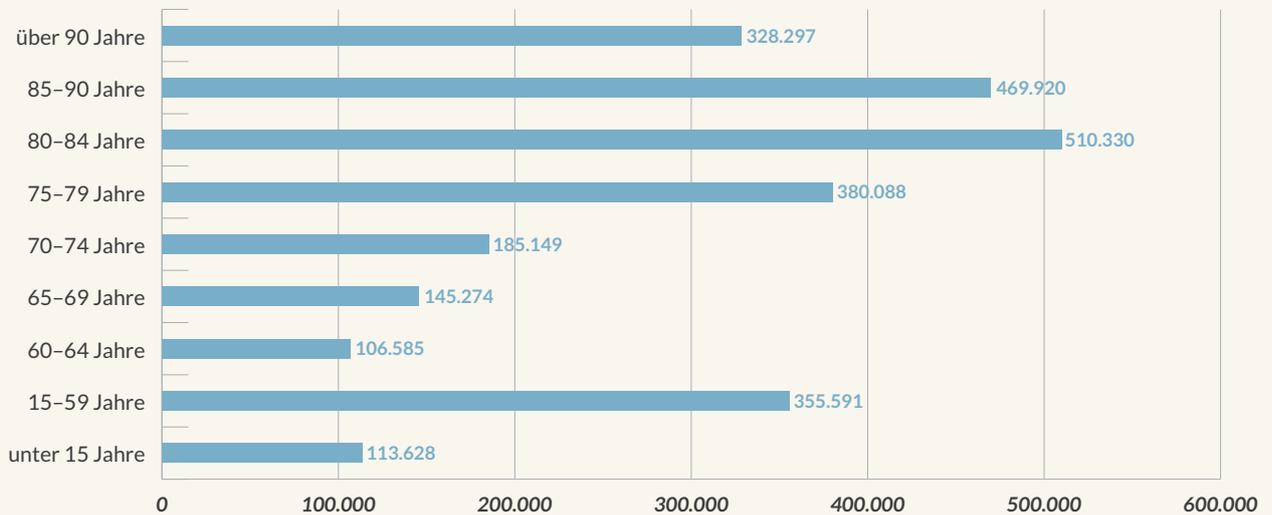
ABBILDUNG 2 Veränderung der Anzahl Pflegebedürftiger gemäß § 14 SGB XI im Zeitraum 2017 bis 2060, Fortschreibung



Quelle: Schwinger et al. 2020: 11

BertelsmannStiftung

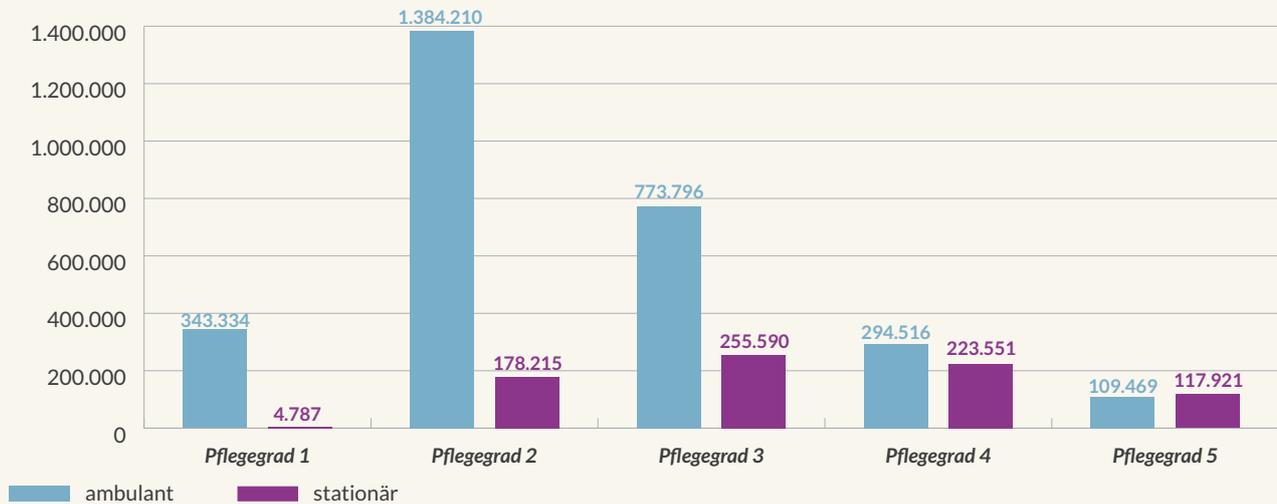
ABBILDUNG 3 Personen mit Pflegebedarf im ambulanten Setting nach Altersgruppen im Jahr 2017



Quelle: IGES, auf Grundlage von Statistisches Bundesamt 2018

BertelsmannStiftung

ABBILDUNG 4 Leistungsbezieher:innen der sozialen Pflegeversicherung nach Pflegegrad im Jahr 2018



Quelle: IGES, auf Grundlage von BMG 2020a: 1 f.

BertelsmannStiftung

figer auch kognitive und psychische Beeinträchtigungen wie etwa demenzielle Erkrankungen hinzu (Blüher et al. 2017: 4 f.). Damit hat eine höhere Anzahl an älteren und hochaltrigen Pflegebedürftigen tendenziell auch einen höheren Pflegebedarf und damit auch eine höhere Nachfrage nach professionellen Leistungen zur Folge.

Im ambulanten Setting ist der Anteil an Pflegebedürftigen mit niedrigeren Pflegegraden höher als im stationären Bereich (Abbildung 4). In der stationären Pflege beträgt der Anteil der Personen mit Pflegegrad 1 oder 2 zusammen etwa 23,5 Prozent, während es in der ambulanten Versorgung knapp 60 Prozent (Empfänger von Pflegegeld und Sach- oder Kombinationsleistung) sind.

Innovationspotenziale

Bei Personen mit niedrigeren Pflegegraden bestehen in der Regel hinsichtlich körperlicher als auch psychischer Ressourcen noch mehr Möglichkeiten, mittels geeigneter Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention einer weiteren Zunahme des Hilfebedarfs vorzubeugen. Daher sollten die noch vorhandenen physischen, psychischen und sozialen Ressourcen des Pflegebedürftigen frühzeitig identifiziert und durch geeignete Maßnahmen gestärkt werden. Ziel sind

der Erhalt von Selbständigkeit und Selbstbestimmung, die Steigerung von Wohlbefinden und Lebensqualität sowie die Verhinderung bzw. Hinauszögerung eines weiteren Ressourcenverlustes (Blüher & Kuhlmeier 2019).

Mit der Einführung des Präventionsgesetzes 2015 erhielten die Pflegekassen den Auftrag, Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen zu erbringen. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Verhältnisprävention, also auf Maßnahmen, die gesundheitsförderliche Strukturen in der Lebenswelt Pflegeheim schaffen. Die ambulante Pflege wurde im Rahmen des Gesetzes nicht berücksichtigt, da dort die Lebenswelt Pflegebedürftiger der Privathaushalt ist, der den professionellen Dienstleistern nur minimale Gestaltungsmöglichkeiten eröffnet (Blättner 2018). Zwar sollen im Rahmen der Leistungen der Krankenkasse für Gesundheitsförderung und Prävention hier, in den individuellen Lebenswelten, gezielt Maßnahmen für ältere Menschen – insbesondere für sozial Benachteiligte und Alleinlebende – gefördert und wohnortnahe sowie niederschwellige kommunale Strukturen geschaffen werden (GKV-SV 2018: 36 f.). Die Krankenkassen sind jedoch nur für die Initiierung und kurzfristige Finanzierung von Projekten zuständig. Eine langfristige Verankerung von gesundheitsförderlichen Strukturen

ist Aufgabe der Kommunen und wird je nach vorhandenen finanziellen Ressourcen, örtlichen Rahmenbedingungen und politischen Schwerpunkten unterschiedlich gehandhabt. Entsprechend haben die Kommunen eine Schlüsselrolle bei der Gestaltung einer gesundheitsförderlichen Infrastruktur, bei der Schaffung von Angeboten für Pflegebedürftige im Quartier sowie bei der Koordinierung und Vernetzung unterschiedlicher Akteur:innen – auf der kommunalen Ebene liegen also wichtige Potenziale. Um diese zu nutzen, sind jedoch neben dem entsprechenden politischen Gestaltungswillen ausreichende finanzielle Mittel notwendig. Gelingt es, den Unterstützungsbedarf bei Pflegebedürftigen durch eine Aktivierung der Gesundheitsressourcen hinauszuzögern, trägt dies zur Stabilisierung des häuslichen Settings bei. Der möglichst langfristige Einsatz informell Pflegenden ist ebenfalls eine wichtige Ressource, die es zu stärken gilt, u. a. durch eine bessere Vernetzung mit den professionellen Strukturen.

2.1.2 Familienstand, Haushaltsgröße und Wohnformen

Im Jahr 2016 lebten 34 Prozent aller pflegebedürftigen Menschen mit ambulanter Versorgung allein. Dieser Anteil steigt mit zunehmendem Lebensalter und liegt in der Altersgruppe 80 Jahre und älter bei 40 Prozent. Die Mehrheit der Pflegebedürftigen in der Häuslichkeit lebt jedoch mit mindestens einer anderen Person im selben Haushalt, davon 38 Prozent in 2-Personen-Haushalten und 28 Prozent in Haushalten mit drei oder mehr Personen. Die Anzahl der kinderlosen Personen mit Pflegebedarf ist im Verlauf der Jahre 2010 bis 2016 leicht gestiegen (von 21% auf 24%), d. h., drei Viertel haben mindestens ein Kind. Etwa 75 Prozent der Personen mit Pflegebedarf unter 60 Jahren sind ledig bzw. kinderlos, leben aber mehrheitlich in Haushalten mit drei oder mehr Personen. Dies lässt darauf schließen, dass sie auf die Unterstützung durch andere Personen zurückgreifen können, z. B. Eltern oder Geschwister (Schneekloth et al. 2017: 46 ff.).

Untersuchungen im Rahmen des Deutschen Alterssurveys (DEAS) ergaben, dass sich die Wohnentfernungen zwischen Eltern und ihren erwachsenen Kindern, bezogen auf die Gesamt-

bevölkerung, im Zeitverlauf vergrößert haben (Mahne & Huxhold 2017: 215). Wohnen 1996 noch 38,4 Prozent der erwachsenen Kinder in der Nachbarschaft bzw. im gleichen Ort, waren es 2014 nur noch etwa ein Viertel (25,8%). Bezieht man den Bildungsstatus mit ein, wird deutlich, dass insbesondere hochgebildete Eltern eher weiter entfernt wohnende erwachsene Kinder haben – 2014 besaßen nur knapp 20 Prozent Nachkommen, die in der Nachbarschaft bzw. im gleichen Ort wohnen, während es bei Eltern mit niedriger Bildung 35,6 Prozent waren.

Eine Alternative zur Privatwohnung bieten verschiedene neue Pflege-Wohnformen. Dazu zählen neben dem betreuten Wohnen das sog. Service-Wohnen, Mehrgenerationenhäuser und Pflege-Wohngemeinschaften. Bei den beiden Erstgenannten wird neben dem Mietvertrag auch ein Servicevertrag für individuelle Dienst- und Hilfeleistungen geschlossen. Die Pflegeversicherung zahlt unter bestimmten Voraussetzungen zusätzlich zu den bestehenden ambulanten Leistungen einen Wohngruppenzuschlag von 214 Euro im Monat sowie eine einmalige Förderung bei Beteiligung an einer Gründung einer Wohngemeinschaft (BMG 2020b: 67 f.).

In der jüngeren Vergangenheit ist eine Vielzahl an neuen Pflegewohnformen entstanden. Bundesweit wurde die Zahl der Angebote für betreutes Wohnen 2019 auf 4.500 bis 8.000 Wohnanlagen geschätzt (Rothgang & Müller 2019: 128 f.). Mehr als 30 Prozent des derzeitigen Bestands an entsprechenden Einrichtungen wurden in den letzten zehn Jahren errichtet, und rund 340 Einrichtungen mit 10.000 Pflegeplätzen befanden sich im Jahr 2018 im Bau. Unter Berücksichtigung von Schätzungen zu bestehenden Wohneinheiten und des Prozentsatzes der Bewohner:innen mit Pflegebedarf ergibt sich eine Spannweite von 109.000 bis 280.000 Pflegebedürftigen in betreutem Wohnen. Auch die Anzahl der Pflegebedürftigen in Pflege-WGs kann man derzeit mit rund 31.000 nur schätzen (ebd.: 130 f.). Damit stehen für ca. 7 Prozent bis 8 Prozent der ambulant versorgten Pflegebedürftigen alternative Wohnformen zur Verfügung. Mit einer künftig deutlich steigenden Nachfrage ist zu rechnen.

48,5 Prozent dieser alternativen Wohnformen haben direkt im Haus oder in unmittelbarer Nähe bei Bedarf einen ambulanten Pflegedienst verfügbar, und mehr als jede zehnte Pflege-WG hat Anbindung zu einer stationären Pflegeeinrichtung (ebd.: 128 f.). Pflegebedürftigen unterschiedlicher Bedarfe kann so ein selbstbestimmtes Leben ermöglicht werden, während gleichzeitig informell Pflegenden entlastet werden können. Allerdings gibt es noch wenige Erkenntnisse darüber, welche Pflegewohnformen für welche Zielgruppe Pflegebedürftiger besonders geeignet sind.

Innovationspotenziale

Diese Erkenntnisse weisen ebenfalls auf einen Bedarf zur Stärkung der informellen Pflege, z. B. durch informelle Netzwerkstrukturen, sowie zur Stabilisierung der Versorgung und sozialen Teilhabe von alleinlebenden und kinderlosen Pflegebedürftigen hin. Beispielsweise könnten hier Initiativen der Nachbarschaftshilfe, andere ehrenamtliche Hilfen oder auch der Einsatz von IKT-gestützten Kommunikationslösungen Ansatzpunkte für innovative Versorgungsformen sein. Neue Pflegewohnformen haben das Potenzial, das ambulante Pflegesetting zu stabilisieren sowie Selbstbestimmtheit und soziale Teilhabe zu gewährleisten. Allerdings bedarf es künftig deutlich mehr dieser kleinteiligen Angebote, ergänzt durch eine gute Vernetzung im Quartier und entsprechend angepasste Infrastrukturen (barrierearm, öffentlicher Nahverkehr und Einkaufsmöglichkeiten vor Ort).

2.1.3 Sozioökonomischer Status

Auch sozioökonomische Faktoren (Bildung, Beruf, Einkommen) haben Einfluss auf das Risiko, pflegebedürftig zu werden. Dieses ist bei Personen in Arbeiterberufen höher als in Angestelltenberufen (bei Männern 22 % höher, bei Frauen 26 % höher). Zudem haben Personen mit hohem Einkommen ein deutlich geringeres Pflegerisiko als Personen mit niedrigem Einkommen (Lampert & Hoebel 2019: 243).

In einer Studie von Möller et al. 2013 wurden Pflegekräfte von ambulanten Pflegediensten zu ihren Erfahrungen hinsichtlich sozialer Ungleichheit in

Privathaushalten ihrer Klient:innen befragt. Besonders betroffen waren Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status und schlechtem Gesundheitszustand – hier zeigten sich zum einen Schwierigkeiten bei der Umsetzung von Formalitäten, etwa dem Ausfüllen von Anträgen für die Pflegeversicherung. Dies wirkte sich u. U. auf die Inanspruchnahme aus, insofern gar keine Leistungen oder nur ein geringerer Umfang beantragt wurde. Leistungen außerhalb der Pflegeversicherung konnten aufgrund der finanziellen Einschränkungen nicht dazugekauft werden. Diese Personen lebten häufig in prekären Wohnverhältnissen. Die Situation verschärfte sich, wenn die Betroffenen allein lebten oder sich die Angehörigen nicht kümmerten, z. B. aufgrund schwieriger Familienverhältnisse. Beobachtet wurden auch fehlgeleitete Investitionen von Geldern der Pflegeversicherung (u. a. Suchtmittel und Elektronik). Auf der anderen Seite verhinderte häufig ein Schamgefühl der Pflegebedürftigen die Inanspruchnahme von Hilfe.

Bei einer Befragung von 40- bis 65-Jährigen war bei Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status die Bereitschaft, eine häusliche Pflege auf der Basis von Pflegegeld, ohne professionelle Unterstützung, zu übernehmen, höher als bei Personen mit höherem sozioökonomischem Status. Letztere bevorzugten demgegenüber die stationäre Versorgung ihrer Angehörigen: In dieser Gruppe fallen die Kosten des Verzichts auf soziale oder berufliche Möglichkeiten höher aus als bei sozioökonomisch schlechter gestellten Personen (Opportunitätskosten). Diese Unterschiede wurden auch in der tatsächlich geleisteten Pflege beobachtet. Angehörige mit regelmäßigen Pflegetätigkeiten hatten gegenüber Angehörigen, die nicht regelmäßig selbst pflegten, niedrigere Bildungsabschlüsse. Bei ihnen zeigte sich auch eine geringere Inanspruchnahme von professionellen Dienstleistungen sowie Unterstützungs- und Entlastungsangeboten, etwa Pflegekurse und Selbsthilfegruppen (Lampert & Hoebel 2019). Bei Haushalten mit höherem Einkommen, die stärker auf solche Angebote zurückgreifen, konnten Pflegearrangements auch bei schwerster Pflegebedürftigkeit aufrechterhalten werden (Hielscher et al. 2017: 11).

Innovationspotenziale

Die zentrale Herausforderung, wenn es um den Einfluss des sozialen Status geht, ist die Förderung der Gesundheitskompetenz sowie der Kompetenzen zur Beantragung von Leistungen. Hier könnte eine (zugehende) Unterstützung hilfreich sein, bei der die bereits oben angesprochene Rolle von Kommunen ebenfalls bedeutsam sein könnte. Eine zugehende Beratung ist bereits vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit sinnvoll, etwa durch präventive Hausbesuche durch Mitarbeiter:innen der Kommunen oder der Pflegekassen. Auch eine bessere Verzahnung von Pflegedienst und weiteren sozialen Hilfen für Pflegebedürftige könnte in Haushalten mit niedrigem sozioökonomischem Status und prekären Verhältnissen ein sinnvoller Ansatz sein und ein Innovationspotenzial bieten.

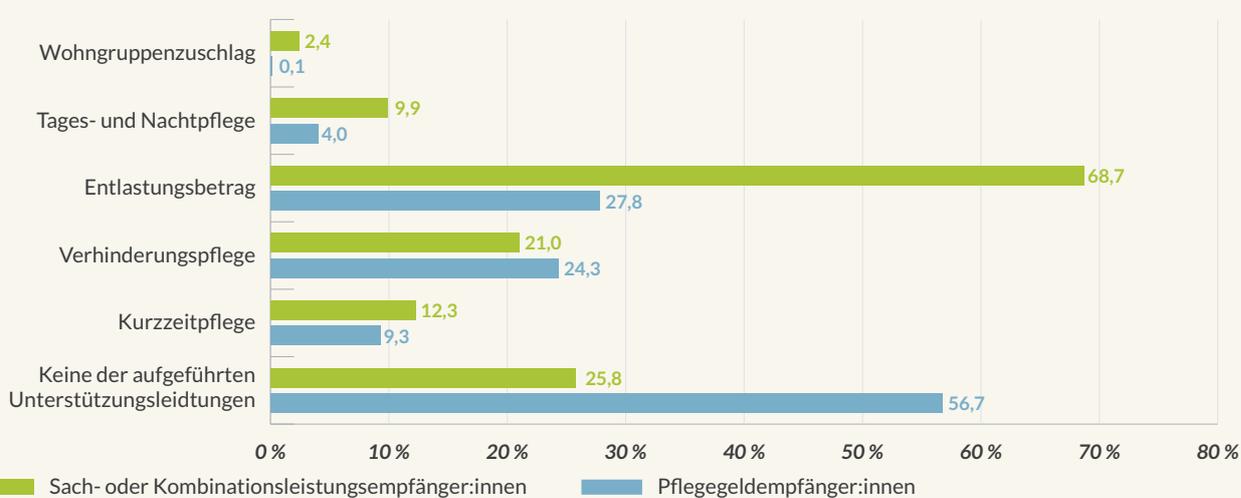
2.1.4 Zugang zu ambulanten Leistungen der Pflegeversicherung

Ambulante Leistungen der Pflegeversicherung können in Form von Pflegegeld, Sachleistungen oder einer Kombination dieser beiden in Anspruch genommen werden. Die Höhe der gewährten Leistungen richtet sich dabei nach dem festgestellten Pflegegrad. Die Bewilligung von Sachleistungen

ist mit einem höheren Leistungsbetrag verbunden als die Inanspruchnahme von Geldleistungen. Zusätzlich können ergänzende Leistungen wie Pflegehilfsmittel, Verhinderungs- und Kurzzeitpflege, teilstationäre Pflege, Entlastungsbetrag, Wohngruppenzuschlag und ein Zuschuss für Wohnraumanpassung in Anspruch genommen werden (BMG 2020b).

Im Jahr 2017 nahmen 56,7 Prozent der Pflegegeldempfänger:innen gar keine ergänzenden Unterstützungsleistungen in Anspruch (Abbildung 5). Von den ergänzenden Leistungen wiederum wurden am häufigsten der Entlastungsbetrag sowie die Verhinderungs- und Kurzzeitpflege gewählt. Beim Entlastungsbetrag unterscheidet sich die Inanspruchnahme zwischen Pflegegeldempfänger:innen und Sach- oder Kombinationsleistungsempfänger:innen besonders stark. Der Entlastungsbetrag kann u. a. für Unterstützungen im Alltag verwendet werden, etwa eine Tagesbetreuung für die Pflegebedürftigen oder Angebote zur Entlastung von Pflegenden, etwa eine Pflegebegleiter:in. Pflegebegleiter:innen arbeiten ehrenamtlich und werden u. a. von Sozialverbänden koordiniert (Tsiasioti et al. 2020: 269, BMG 2020b, Sozialverband VdK Bayern e. V. 2020).

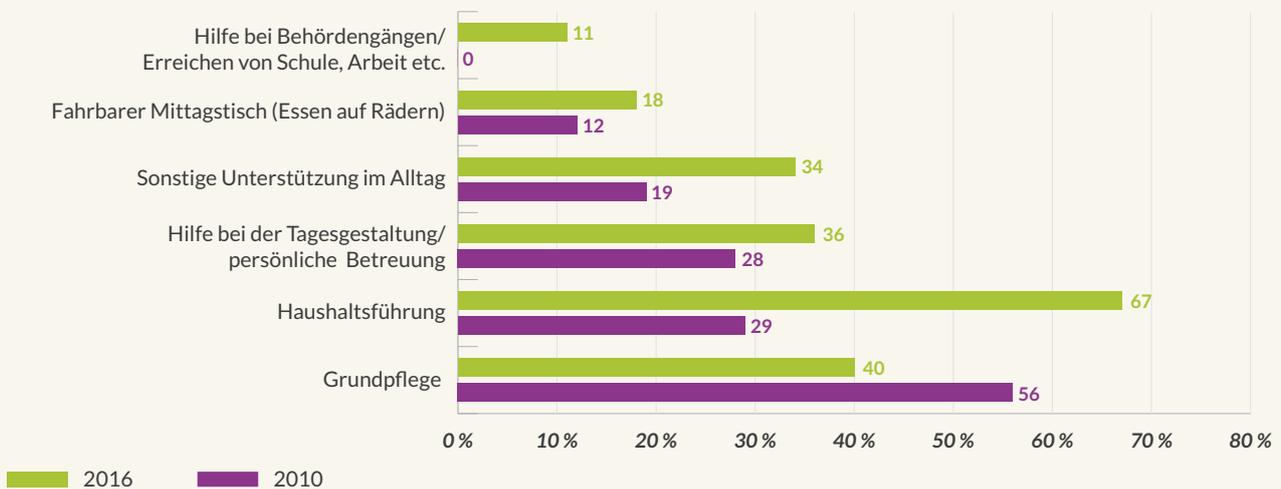
ABBILDUNG 5 Durchschnittlicher Anteil der Empfänger:innen von Pflegegeld bzw. von Sach- oder Kombinationsleistungen nach Unterstützungs- und Entlastungsleistungen im Jahr 2017 (Angaben in %)



Quelle: IGES, auf Grundlage von Tsiasioti et al. 2020: 269

BertelsmannStiftung

ABBILDUNG 6 Anteil derjenigen, die mindestens einmal pro Woche selbstfinanzierte professionelle Hilfen in Anspruch nehmen, in den Jahren 2010 und 2016 (Mehrfachnennungen, Angaben in %)



Quelle: IGES, auf Grundlage von Schneekloth et al. 2017: 158

BertelsmannStiftung

Auf der anderen Seite finanzierten rund 30 Prozent der ambulant versorgten Pflegebedürftigen, darunter am häufigsten diejenigen mit Pflegegrad 3, Leistungen selbst. Am gefragtesten waren bei diesen privat finanzierten Leistungen die Unterstützung im Haushalt, in der Grundpflege sowie in der Tagesgestaltung und Betreuung im Alltag. Abbildung 6 zeigt, in welchen Bereichen Pflegebedürftige bereit sind, Unterstützung auf eigene Kosten zu organisieren. Darunter ist mit 67 Prozent die am häufigsten eingekaufte Dienstleistung die Haushaltsführung (Schneekloth et al. 2017: 158).

Innovationspotenziale

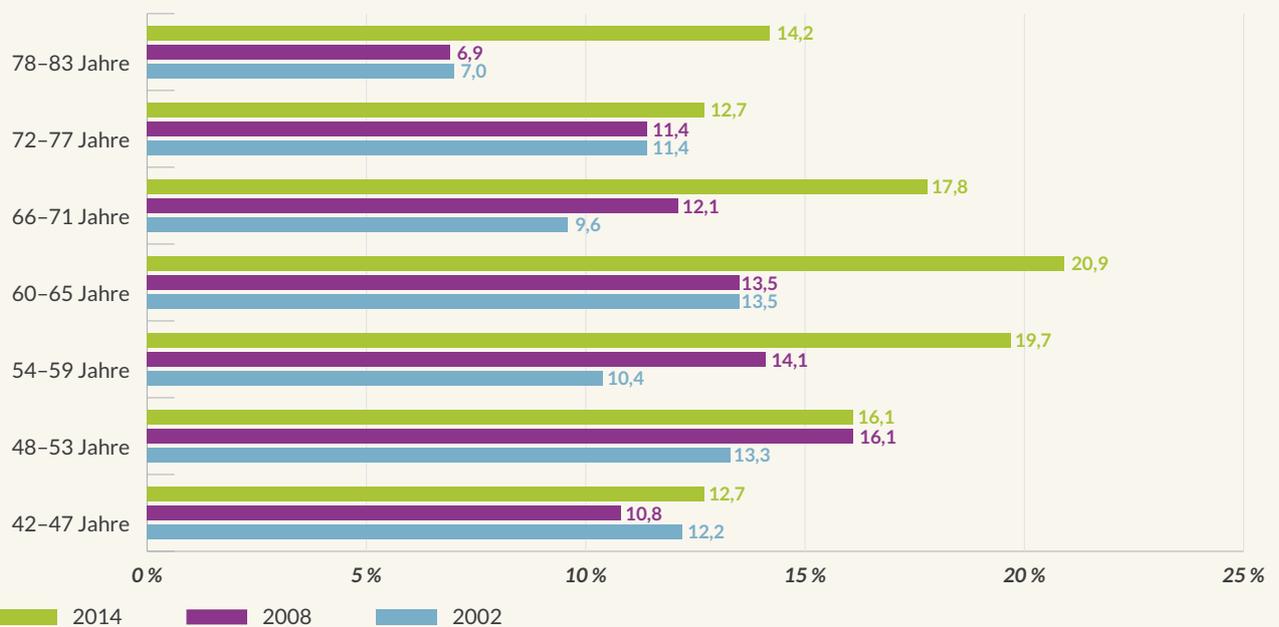
Einerseits wird das vorhandene Unterstützungs- und Entlastungsangebot der Pflegeversicherung von vielen Leistungsberechtigten nicht ausgeschöpft, andererseits werden Unterstützungsleistungen bei der Haushaltsführung, der Tagesgestaltung und der Betreuung selbst finanziert. Potenziale liegen zunächst in einer zielgerichteten Information und Beratung bezüglich des zur Verfügung stehenden Angebots. Darüber hinaus gilt es, den Bedürfnissen der Pflegehaushalte besser entsprechende Angebote (zeitlich, örtlich und inhaltlich) zu konzipieren.

Unterstützungsbedarf, der nicht durch die Pflegekasse finanziert wird, sollte möglichst unabhängig von der individuellen finanziellen Situation gedeckt werden können, z. B. durch den Ausbau von Ehrenamt oder kostengünstigen Betreuungsangeboten.

2.2 Die Situation der informell Pflegenden

Die Mehrheit pflegebedürftiger Menschen in Privathaushalten wird allein durch ihre Angehörigen oder andere informell Pflegenden versorgt. Insgesamt hat der Anteil pflegender Angehöriger in der Bevölkerung im Zeitverlauf zugenommen (Abbildung 7). Dabei war der nominale Anstieg zwischen den Jahren 2008 bis 2014 besonders hoch. Informell Pflegenden gehörten im Jahr 2014 am häufigsten den Altersgruppen der 54- bis 71-Jährigen an. Es ist ebenfalls erkennbar, dass das Alter der informell Pflegenden sich in dem kurzen Zeitraum von 2002 auf 2014 in höhere Altersgruppen verschoben hat (Klaus & Tesch-Römer 2017: 191). Der Anstieg von Unterstützungsleistungen vor allem in den hohen Altersgruppen spiegelt sowohl den steigenden Versorgungsbedarf aufgrund demografischer Faktoren wider als auch den Umstand,

ABBILDUNG 7 Anteil der Personen an verschiedenen Altersgruppen, die Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen unterstützen, in den Jahren 2002, 2008 und 2014 (Angaben in %)



Quelle: IGES, auf Grundlage von Klaus & Tesch-Römer 2017: 191

BertelsmannStiftung

dass Menschen länger bis ins höhere Alter gesund bleiben. Dass die Hilfeleistenden immer älter werden, setzt andererseits aber auch ein längeres Leben in Gesundheit voraus, um die Pflege von anderen Personen leisten zu können (ebd.).

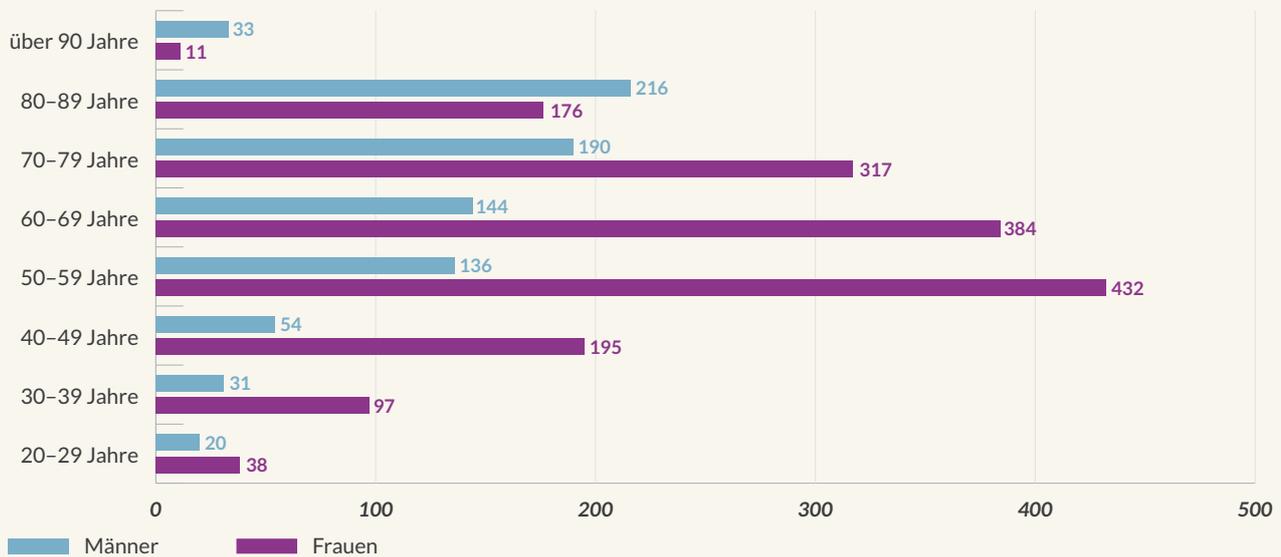
Auch im Jahr 2017 waren die Hauptpflegepersonen mehrheitlich zwischen 50 und 69 Jahre alt sowie mit 69,5 Prozent mehrheitlich weiblichen Geschlechts (Abbildung 8). Der Anteil der über 70-Jährigen betrug rund 38 Prozent. Eine deutliche Zunahme männlicher Pflegepersonen, allerdings mit deutlich geringerem zeitlichem Pflegeaufwand im Vergleich zu weiblichen Pflegepersonen, ist ebenfalls zu verzeichnen (Rothgang & Müller 2018: 113 f.).

Auffällig ist der höhere Anteil pflegender Männer im höheren Alter. Gründe dafür könnten sein, dass Frauen insgesamt eine höhere Lebenserwartung haben, jedoch anteilig mehr Lebensjahre in Krankheit verbringen als Männer. Vor allem aber sind Männer in den höheren Altersgruppen – bei gleichem Alter – seltener verwitwet als Frauen

und können dadurch auch häufiger ihre Partnerinnen pflegen (Rothgang et al. 2017: 146).

Informell Pflegende unterstützen am häufigsten die Kernfamilie, d. h. die Eltern, die Kinder oder die Partnerin bzw. den Partner. Im Jahr 2014 pflegten 36,2 Prozent ihre Mutter, 17 Prozent ihre/ihren (Ehe-)Partner:in und 13,2 Prozent ihren Vater (Klaus & Tesch-Römer 2017: 193). Außerhalb der Kernfamilie werden nur etwa 10 Prozent durch informelle Pflege versorgt (Wetzstein et al. 2015: 4). Neueste Untersuchungen zeigen die geschlechterspezifische Verteilung der Hauptpflegepersonen (Männer: 37,4%; Frauen 62,6%) zum Verwandtschaftsgrad des Pflegebedürftigen: Männer pflegen signifikant überproportional häufig die eigene Ehefrau/Lebenspartnerin oder die eigenen Eltern. Frauen hingegen übernehmen häufiger die Pflege des Schwiegervaters, der Kinder sowie Pflege in nicht verwandtschaftlichen Konstellationen (Räker et al. 2020: 69 f.). Etwa zwei Drittel der Hauptpflegepersonen lebten 2018 mit der pflegebedürftigen Person gemeinsam in einem Haushalt (Rothgang & Müller 2018: 118). Der aktu-

ABBILDUNG 8 Hauptpflegepersonen nach Geschlecht und Alter im Jahr 2017 (Anzahl in Tausend)



Quelle: Darstellung IGES, Daten Rothgang & Müller 2018: 114

BertelsmannStiftung

ellen Veröffentlichung von Raker et al. 2020 zufolge waren es Anfang 2020 weniger, nämlich nur rund die Hälfte (50,3 %).

85 Prozent der pflegenden Angehörigen kümmern sich täglich um die pflegebedürftige Person (Rothgang & Müller 2018: 123). Hauptpflegepersonen hatten 2017 je nach Pflegestufe einen Zeitaufwand von etwa 31 bis 76 Stunden pro Woche, was einem täglichen Umfang von durchschnittlich etwa 5 bis 11 Stunden entspricht. Die Zeitaufwendungen steigen kontinuierlich mit der Zunahme der Pflegebedürftigkeit und damit des Unterstützungsbedarfs (Hielscher et al. 2017: 56). Im Fokus der Unterstützung liegen Hilfen im Haushalt und die Betreuung der pflegebedürftigen Personen (Klaus & Tesch-Römer 2017: 185). Vor allem bei eintretender Pflegebedürftigkeit zeigt sich ein hoher Unterstützungsbedarf im Haushalt (durchschnittlich 13 Stunden/Woche) – er steigt auf bis zu 15 Stunden/Woche bei der Versorgung von Personen mit (der damals noch geltenden) Pflegestufe III. Mit zunehmenden funktionellen Einschränkungen der Pflegebedürftigen nehmen zudem die Unterstützungsbedarfe in den Aktivitäten des täglichen Lebens zu, etwa bei der Körperpflege (bis zu 12 Stunden/Woche) oder im Bereich der Betreuung

und Beaufsichtigung (bis zu 25 Stunden/Woche) (Hielscher et al. 2017: 56). Diese Erkenntnisse decken sich auch mit den Bedarfen nach professioneller Unterstützung von Pflegebedürftigen (siehe Abschnitt 2.1.4).

Die Bedeutung der Pflege durch Angehörige wird im Zuge des steigenden Pflegebedarfs weiter zunehmen (Geyer & Schulz 2014: 301). Gleichzeitig wird das Pflegepotenzial der Angehörigen zukünftig demografiebedingt sinken: Kamen im Jahr 1970 noch 3,8 Hochaltrige auf 100 Personen im Alter zwischen 50 und 64 Jahren, werden für das Jahr 2030 bis zu 20,6 Hochaltrige, die mit hoher Wahrscheinlichkeit Pflegebedarf aufweisen, auf 100 potenzielle Pflegepersonen im Alter zwischen 50 und 64 Jahren prognostiziert (Nowossadeck et al. 2016: 18 ff.). Die künftige Entwicklung des Potenzials an pflegenden Angehörigen ist allerdings schwierig abzuschätzen, da sie nicht nur von demografischen, sondern auch von weiteren, v. a. gesellschaftlichen Faktoren abhängt (Erwerbstätigkeit, Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, Mobilität etc.). Eine Betrachtung des Zeitraums 1996 bis 2014 hat ergeben, dass der Anteil der Personen, die jemanden unterstützen, gestiegen ist (von 12 % auf 16 % in der Altersgruppe 40 bis 85 Jahre)

und dass gleichzeitig auch der Anteil derer, die mehrere Personen versorgen, von 13 Prozent auf 24 Prozent erheblich zugenommen hat (Klaus & Tesch-Römer 2017: 185). Dies macht die Notwendigkeit deutlich, für Personen, die Pflege leisten wollen, geeignete Bedingungen zu schaffen und Angebote weiter auszubauen (u. a. betriebliche Angebote zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf).

2.2.1 Pflege und Beruf

Etwa ein Drittel der informell Pflegenden ist erwerbstätig, darunter im Vergleich zu männlichen Pflegepersonen häufiger Pflegepersonen weiblichen Geschlechts (Rothgang & Müller 2018: 115 f.). In der Rolle der Hauptpflegeperson nehmen Frauen ihre Erwerbstätigkeit jedoch zumeist in reduziertem Umfang wahr, nur etwa 25 Prozent sind vollzeiterwerbstätig (Hielscher et al. 2017: 11). In der Befragung von Schwinger et al. 2016 wurden im Vergleich dazu mit 30,1 Prozent höhere Anteile der Vollzeiterwerbstätigkeit festgestellt. Insgesamt waren in dieser Studie 63 Prozent der Befragten erwerbstätig; hier war der Anteil der weiblichen Pflegepersonen mit fast einem Drittel in Vollzeittätigkeit geringer im Vergleich zu männlichen Pflegepersonen mit 42,9 Prozent. In der aktuellen Befragung von Råker et al. 2020 (72 f.) wurden diese Ergebnisse nur zum Teil bestätigt. Ergebnissen dieser Studie zufolge ist der Unterschied des Anteils der Vollzeiterwerbstätigen zwischen männlichen und weiblichen Pflegepersonen mit 65,7 Prozent und 28,9 Prozent noch höher. Hingegen ist der erwerbstätige Anteil der weiblichen Pflegepersonen in Teilzeit bzw. auf Stundenbasis mit 32,5 Prozent im Vergleich zu männlichen Pflegepersonen (21,6 %) größer. Die Pflegeetätigkeit war bei der Hälfte der Befragten Grund für eine reduzierte Erwerbstätigkeit. Zudem fiel die pflegebedingte Arbeitszeitreduktion bei den Personen, die Pflegebedürftige mit kognitiven Einschränkungen pflegten, mit 59 Prozent höher aus als bei denen, die Personen ohne kognitive Einschränkungen pflegten (44 %). Bei den informell Pflegenden, die früher erwerbstätig waren, hatten fast 70 Prozent ihre Berufstätigkeit für die Pflegeetätigkeit aufgegeben. Je höher die Pflegestufe, desto größer war der Anteil der Befragten mit einer Reduktion der Arbeitszeit. Andererseits konnten Pflegepersonen, die nicht im Haushalt

des Pflegebedürftigen wohnten, eine Berufs- und Vollzeittätigkeit eher aufrechterhalten (Schwinger et al. 2016: 193 ff.).

In einer Untersuchung zum Zusammenhang zwischen der Übernahme familiärer Hilfe- und Pflegeetätigkeiten und der Einkommensentwicklung konnte ein substanzieller Verlust des Bruttostundenverdiensts von 2,4 Prozent bei Frauen und 3 Prozent bei Männern nachgewiesen werden (der geschlechtsspezifische Niveauunterschied ist dabei statistisch nicht signifikant) (Ehrlich et al. 2019). Signifikanten Einfluss hatte jedoch nur eine familiäre Hilfe- und Pflegeetätigkeit von bis zu 10 Stunden pro Woche. Der nicht signifikante Einfluss von mehr als 10 Wochenstunden wird damit erklärt, dass sich Erwerbstätigkeit und zeitintensive Pflege nicht vereinbaren lassen. Der Verdienstverlust hat Auswirkungen auf die spätere Rente und verschärft das Problem sozialer Ungleichheit, wobei aufgrund ihrer häufigeren Pflegeetätigkeit überwiegend Frauen betroffen sind. Dazu kommt, dass Beschäftigte mit pflegebedürftigen Angehörigen deutlich unzufriedener mit ihrer Arbeitszeit sind als andere Beschäftigte – Befragte nannten zeitlich und örtlich flexible Arbeitszeitmodelle, Telearbeit bzw. Homeoffice sowie individuelle Absprachen als zielführende und wünschenswerte Maßnahmen. Unabhängig vom Umfang der Arbeitszeit wünschen sich erwerbstätige informell Pflegenden eine flexiblere Ausgestaltung der Arbeitszeit hinsichtlich Dauer, Dienort und Rhythmus (BAFzA 2019: 24). Verschärft wird die Situation der Vereinbarkeit von Familie und Beruf wiederum durch eine Zunahme des Anteiles der erwerbstätigen informell Pflegenden über weiter entfernte räumliche Distanzen (ebd.: 18 f.).

Im Jahr 2015 wurden vom Gesetzgeber Verbesserungen hinsichtlich der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf vorgenommen. Diese umfassen mehr zeitliche Flexibilität im Sinne einer Auszeit und Freistellung von der Arbeit, eine Lohnersatzleistung (Pflegeunterstützungsgeld) sowie die Möglichkeit eines zinslosen Darlehens (BMFSEJ o. J.b). Kritisiert wird jedoch u. a. die nur kurzzeitige finanzielle Unterstützung bei Arbeitsverhinderungen. Damit bleiben finanzielle Herausforderungen bei einer längerfristigen Arbeitszeitreduzierung weiterhin bestehen (BAFzA 2019: 45 f.).

Innovationspotenziale

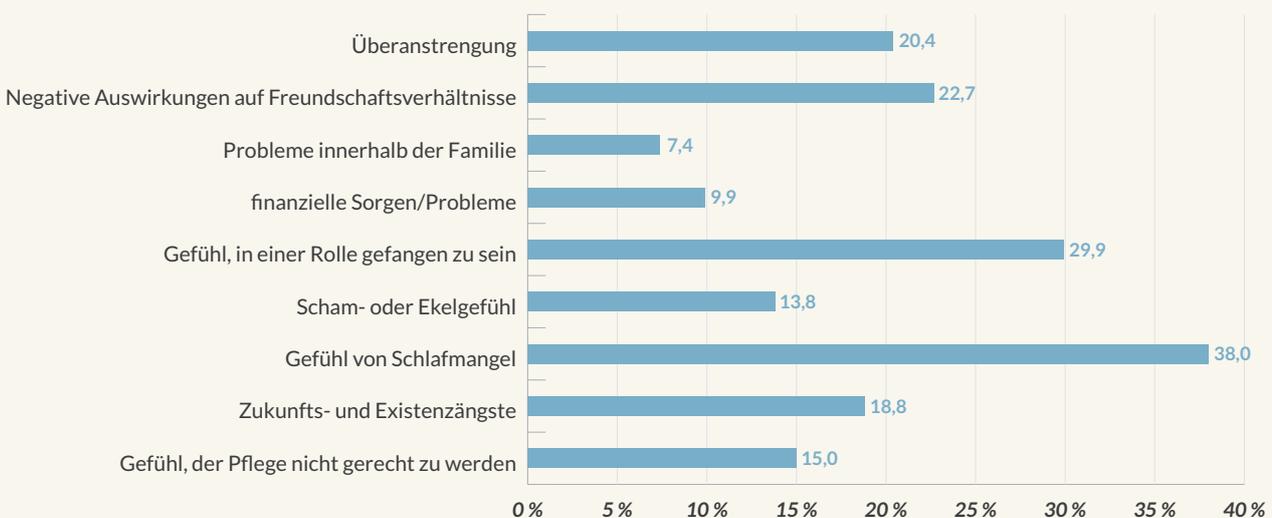
Sowohl auf gesellschaftlicher als auch auf betrieblicher Ebene ist eine stärkere Auseinandersetzung mit der Thematik der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf erforderlich. Für Arbeitgeber können innovative Lösungen und bedarfsgerechte Angebote für Beschäftigte ein Wettbewerbsvorteil auf dem Arbeitsmarkt sein. Wenn Berufstätigkeit zugunsten informeller Pflege reduziert werden muss, hat dies nicht nur unmittelbare Folgen für die Erwerbssituation der Betroffenen, sondern wirkt sich auch später negativ auf deren Alterseinkünfte aus. Darüber hinaus sind mit einem Rückzug aus dem Erwerbsleben volkswirtschaftliche Kosten verbunden, die es in Zeiten schrumpfender Erwerbsbevölkerung und zunehmenden Fachkräftemangels zu minimieren gilt. Potenziale gibt es bei diesen Haushalten neben einer Stabilisierung durch professionelle Dienstleistungen auch durch Unterstützung und Entlastung ohne finanzielle Eigenbeteiligung mittels informeller Netzwerke, etwa Nachbarschaftsnetzwerke im Quartier. Die Verzahnung informeller und formeller Hilfen könnte zur Vermeidung bzw. Minimierung von Überforderungssituationen beitragen und eine bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf fördern. Entlastung können darüber

hinaus auch technische Unterstützungssysteme zur Realisierung von Pflege auf Distanz schaffen.

2.2.2 Gesundheitliche Situation

Bei der Versorgung von Pflegebedürftigen können sowohl körperliche (z. B. durch Heben, Drehen, Lagern, Stützen, Tragen etc.) als auch psychische Belastungen (z. B. durch Sorgen, Leid, Trauer, Stress, Fremdbestimmung oder fehlende Wertschätzung) auftreten. Eine Belastung für die informell Pflegenden kann auch die Verschlechterung des kognitiven Zustands der zu pflegenden Person darstellen. In einer Befragung im Jahr 2018 gaben 87,5 Prozent der Hauptpflegepersonen an, mit der Pflege meistens oder immer gut zurechtzukommen. Gleichwohl werden einige Belastungsfaktoren genannt, darunter fehlender Schlaf, negative Auswirkungen auf das soziale Umfeld und die finanzielle Situation, eine zu anstrengende Pflege oder das Gefühl, in dieser Rolle gefangen zu sein (Abbildung 9). Dabei gaben 23,1 Prozent der Befragten an, von einer der genannten Belastungen betroffen zu sein, während es bei 43,6 Prozent mehrere Belastungsfaktoren waren. Ein Drittel der Befragten berichtete, die Pflegesituation nicht als belastend zu empfinden (Rothgang & Müller 2018: 146 f.).

ABBILDUNG 9 Anteile der Hauptpflegepersonen mit häufigen Belastungen durch die Pflege (Angaben in %)



Quelle: IGES, auf Grundlage Rothgang & Müller 2018: 147

BertelsmannStiftung

Ergebnisse einer aktuellen Befragung machen zudem deutlich, dass die Unterstützungsbedarfe je nach Bedarfskonstellation unterschiedlich sind – so haben etwa Hauptpflegepersonen demenziell Erkrankter oder von Personen mit höheren Pflegegraden höhere Unterstützungsbedarfe (Räker et al. 2020: 93). Allgemein berichtet jede vierte Hauptpflegeperson subjektiv, überlastet zu sein (ebd.).

Im Rahmen der Auswertung dokumentierter Diagnosen aus Abrechnungsdaten einer Krankenkasse im Jahr 2017 konnte festgestellt werden, dass Hauptpflegepersonen zu 48,7 Prozent von einem psychischen Leiden betroffen waren, das waren sechs Prozentpunkte mehr als sonstige Versicherte (42,5%). Im Vergleich zu Daten aus dem Jahr 2012 war dieser Anteil in beiden Gruppen (Pflegepersonen: 39,5%; Vergleichsgruppe: 36,7%) gestiegen (Tabelle 1). Weitere häufige Diagnosegruppen bei informell Pflegenden waren Erkrankungen des Muskel-Skelett-Bindegewebes (72,1%; + 5,3%), Rückenbeschwerden (54,9%; + 4,3%) und Schmerzen (48,4%; + 5,5%). Allgemein werden im Unterschied zur Vergleichsgruppe bei informell Pflegenden häufiger psychische Störungen, Belastungsstörungen, Depressionen, Rückenbeschwerden und Schmerzen diagnostiziert (Rothgang & Müller 2018: 157 f.).

Bei der Frage nach der Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustands gaben ca. 40 Prozent der Hauptpflegepersonen einen weniger guten oder schlechten Gesundheitszustand an. Rund 13 Prozent der Befragten bewerteten ihre Lebensqualität als schlecht bis sehr schlecht (Rothgang & Müller 2018: 161).

Zusammenfassend betrachtet sind folgende Gruppen der informell Pflegenden besonders stark belastet:

Zusammenfassend betrachtet sind folgende Gruppen der informell Pflegenden besonders stark belastet:

- Pflegende, die an Demenz erkrankte Personen versorgen
- Eltern, die ein pflegebedürftiges Kind pflegen
- Pflegende, welche zusätzlich weitere Personen versorgen (wie beispielsweise Kinder oder weitere Pflegebedürftige; nach Rothgang & Müller 2018 betrifft dies ca. ein Viertel der informell Pflegenden) (BAFzA 2019: 17 f.).

TABELLE 1 Häufigkeit ausgewählter Diagnosestellungen bei Hauptpflegepersonen und sonstigen Versicherten, 2012 und 2017 (Angaben in % und %-Punkten)

	Hauptpflegepersonen			sonstige Versicherte			Differenz	
	2012	2017	Differenz	2012	2017	Differenz	2017	Diff.
	in %		%-Punkte	in %		%-Punkte	%Punkte	
psychische Störungen	39,6	48,7	9,1	36,7	42,5	5,7	6,2	3,4
Belastungsstörungen	8,5	12,5	4,1	7,1	8,5	1,4	4,0	2,7
Depressionen	18,1	23,4	5,4	16,5	19,7	3,2	3,7	2,2
Schlafstörungen	1,2	1,8	0,6	1,1	1,5	0,4	0,3	0,2
Verdauung	39,2	45,9	6,7	37,6	44,6	7	1,3	-0,3
Muskel-Skelett-Bindegewebe	66,8	72,1	5,3	64,4	69,4	5	2,7	0,3
Rückenbeschwerden	50,6	54,9	4,3	47,6	51,3	3,7	3,7	0,7
Gelenkerkrankungen	20,3	23,5	3,2	19,6	22,7	3,1	0,8	0,1
Gelenkschmerzen	7,3	9	1,7	6,7	8,2	1,5	0,8	0,2
Schmerz	42,9	48,4	5,5	39,9	44,6	4,7	3,8	0,7

Quelle: IGES, auf Grundlage Rothgang & Müller 2018: 160

| BertelsmannStiftung

Innovationspotenziale

Um die informelle Pflege als tragende Säule der pflegerischen Versorgung in Deutschland zu erhalten und zu stabilisieren, ist es erforderlich, die z. T. bereits vorhandenen Möglichkeiten der Erholung und Gesundheitsförderung für pflegende Angehörige stärker zu nutzen sowie weitere Maßnahmen auch zur Steigerung der Resilienz zu implementieren. Trotz intensiver Bemühungen, die Pflegeberatung zu verbessern und die Angebotsformen (beispielsweise niedrigschwellige Angebote oder Betreuungsdienste) zur Entlastung der pflegenden Angehörigen auszuweiten, werden nicht alle Betroffenen bedarfsgerecht erreicht. Der Ausbau regionaler bzw. kommunaler Strukturen im Rahmen von Care- oder Case-Management kann hier als wichtiges Innovationspotenzial benannt werden, um das informelle Netzwerk und die gemeinschaftliche Pflege zur Entlastung der Betroffenen voranzutreiben. Die Entwicklung bedarfsorientierter Beratungsangebote wird im folgenden Abschnitt aufgegriffen.

2.2.3 Zugang zu Beratung und Unterstützung

Wie im vorherigen Abschnitt erläutert, können durch die Pflege psychische und physische Belastungen entstehen. Entsprechende Unterstützungs-, Entlastungs- und Beratungsangebote für informell Pflegende für die Sicherstellung der häuslichen Pflege sind folglich von großer Bedeutung.

Folgende Angebote können in Anspruch genommen werden:

- Unterstützungsleistungen, welche die pflegenden Angehörigen zeitweise von der Pflege und Betreuung entlasten (Sachleistungen ambulanter Pflegedienst, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege, Entlastungsbetrag)
- Beratungsangebote oder auch psychoedukative Interventionen, bei denen die Wissensvermittlung über die Krankheit des Angehörigen und über Unterstützungsmöglichkeiten sowie die Vermittlung von Bewältigungsfähig-

keiten im Vordergrund stehen (Pflegeberatung der Pflegekasse, in Pflegestützpunkten oder durch Pflegedienste; Pflegekurse und weitere Angebote der Pflegekassen)

- Austausch mit anderen pflegenden Angehörigen, z. B. in Selbsthilfegruppen
- psychotherapeutische Angebote (Rothgang & Müller 2018: 129 f.).

Für Pflegebedürftige, die Leistungen der Pflegeversicherung beziehen oder einen Antrag gestellt haben, gibt es einen gesetzlichen Anspruch auf Pflegeberatung. Mit Zustimmung der Pflegebedürftigen haben auch informell Pflegende einen solchen Anspruch. Die Beratung kann durch Pflegeberater der Pflegekassen, die ambulanten Pflegedienste, Pflegestützpunkte oder andere neutrale Beratungsstellen erfolgen und in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen durchgeführt werden (BMG 2020b: 121 ff.).

Hauptpflegepersonen nutzten am häufigsten die Beratung durch ambulante Pflegedienste (60,9 %), die Pflegekassen (45,4 %) und Pflegestützpunkte (20,3 %). Dabei waren jeweils mehr als 90 Prozent mit der Beratung zufrieden. Dessen ungeachtet werden verschiedene Hindernisse zur Nutzung der Beratungsangebote genannt, darunter die Angebotsstruktur und der Aufwand, die Beratungsstelle aufzusuchen oder die Beratung in der Häuslichkeit zu organisieren (Rothgang & Müller 2018: 141 f.). Ein weiteres, kostenfreies Angebot zur Schulung (z. B. zu Bewegungsabläufen, um die körperliche Belastung zu minimieren) und Beratung zu Unterstützungsangeboten für informell Pflegende sind die Pflegekurse der Pflegekassen. Auf Wunsch können diese Schulungen in einer Gruppe oder aber auch in der Häuslichkeit stattfinden. Bislang werden die Pflegekurse jedoch nur wenig in Anspruch genommen. In einer Versichertenbefragung wurden dafür folgende Gründe angegeben: fehlender Bekanntheitsgrad (20,6), fehlender Zugang etwa durch fehlende Angebote (7,6 %) oder nicht benötigter Bedarf (41,2 %). Des Weiteren werden der organisatorische Aufwand (5,6 % der Befragten) sowie Schwierigkeiten der zeitlichen Vereinbarkeit (5,1 % der Befragten) genannt. Insgesamt 12,6 Prozent der Befragten wür-

den sich gerne zu Hause schulen lassen, fanden aber keine passenden Angebote, oder der Aufwand war zu hoch (ebd.: 143 f.).

Insgesamt ist der Wunsch nach mehr Unterstützungsleistungen bei den Hauptpflegepersonen groß (Räker et al. 2020: 82 f.). Unter anderem wünschen sich die Befragten Unterstützung bei der Körperpflege, Ernährung und Mobilität (49 %), bei der Betreuung und Beschäftigung im Alltag (47,7 %) sowie bei der Haushaltsführung (50,1 %) oder Hilfe bei der Organisation, Koordination und Verwaltung der Pflege (32 %) (ebd.: 84).

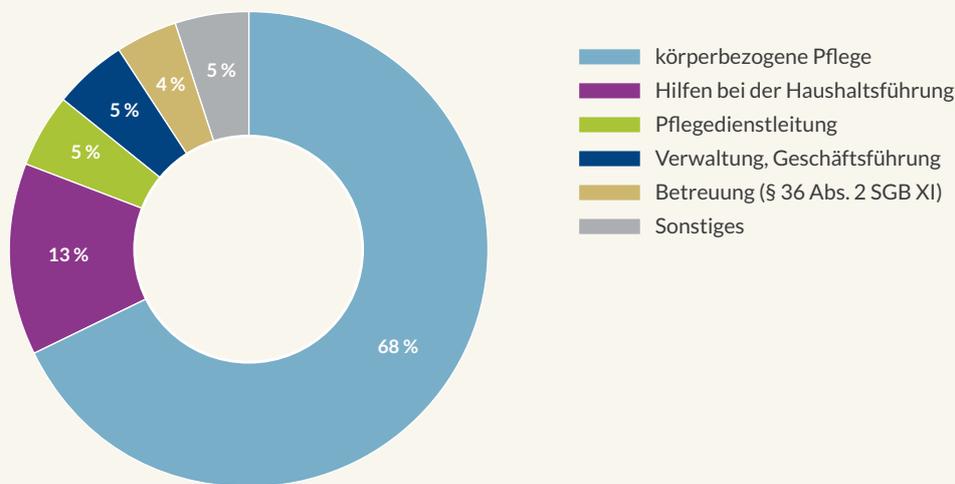
Als Fazit zu Unterstützungsleistungen für informell Pflegende allgemein sehen Rothgang & Müller 2018 Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Qualität sowie des Bekanntheitsgrades der Angebote. Diese zielen aktuell vor allem auf Wissensvermittlung und pflegerische Fähigkeiten ab; dagegen existieren derzeit nur wenige Angebote zur emotionalen und psychischen Unterstützung und oft nur in Form von Modellprojekten (ebd.: 144). Zur Stabilisierung der häuslichen Pflege gehören nach Meinung des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) gemischte Pflegearrangements sowie das produktive Zusammenwirken von professioneller und informeller Hilfe wie auch

die Schaffung und Einbeziehung neuer Informationsmedien zur Erreichung auch vulnerabler Bevölkerungsgruppen (SVR 2009: 117 f.).

Innovationspotenziale

Obwohl es eine Reihe an kostenlosen Unterstützungsmöglichkeiten der Pflegekassen für informell Pflegende gibt, besteht hier noch Optimierungsbedarf, wenn es um verfügbare Angebote, den Zugang und die Bekanntheit, bedarfsgerechte Inhalte sowie eine dauerhafte Beratung und Unterstützung geht. Mittels neuer digitaler Angebote könnten mehr Angehörige mit geringerem Personal- und Zeitaufwand unterstützt werden. Zudem sollten Angebote informeller und formeller Hilfen zukünftig in ihren Strukturen besser verzahnt sein. Der Fokus auf eine präventive Beratung und Unterstützung, um gesundheitliche Belastungen informell Pflegenden zu vermeiden bzw. zu reduzieren, ist hier von besonderer Relevanz. Es stellt sich auch die Frage nach weiteren Unterstützungsmöglichkeiten außerhalb der Pflegeversicherung, z. B. in Form von Quartiersangeboten und Nachbarschaftshilfe.

ABBILDUNG 10 Personalstruktur ambulanter Pflegedienste in Deutschland nach Tätigkeitsbereich im Jahr 2017 (Angaben in %)



Quelle: IGES, auf Grundlage Statistisches Bundesamt 2018

BertelsmannStiftung

ABBILDUNG 11 Anzahl Pflegebedürftiger je VZÄ in der ambulanten Pflege und Betreuung nach Bundesländern im Jahr 2017, bezogen auf Sachleistungsbezieher:innen



Quelle: Schwinger et al. 2020: 9, auf Grundlage der Pflegestatistik 2017

| BertelsmannStiftung

2.3 Die Situation der professionell Pflegenden

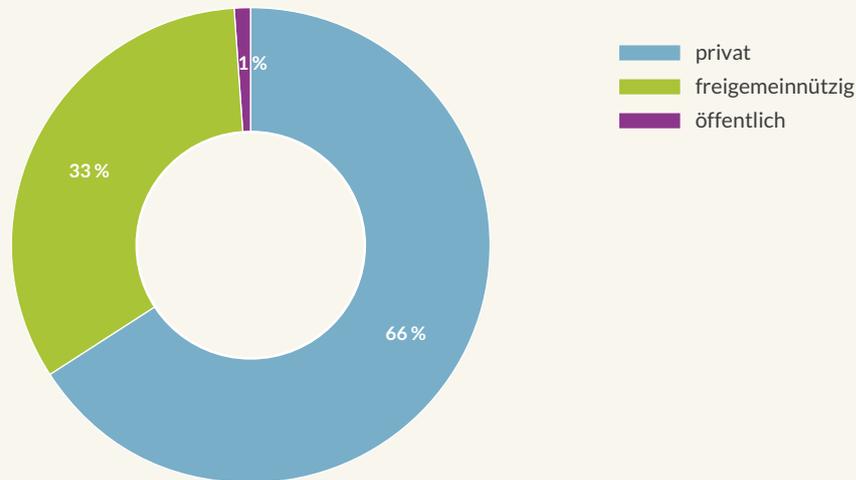
2.3.1 Entwicklung der Personalstruktur

Zum Jahresende 2017 waren insgesamt 390.322 Beschäftigte in ambulanten Pflegediensten tätig. Der Zuwachs an Beschäftigten war in den vergangenen Jahren im Durchschnitt höher als in stationären Einrichtungen; im Vergleich zum Jahr 1999 hat er sich sogar verdoppelt. Die meisten Beschäftigten sind in Vollzeit (28,1%) oder in Teilzeit (36,6%) mit mindestens 50 Prozent der Vollar-

beitszeit tätig. Die Mehrheit (68,6%) des Personals in den ambulanten Diensten arbeitet in der körperbezogenen Pflege (Abbildung 10) (Statistisches Bundesamt 2018).

Einen ähnlichen Anstieg gab es auch bei der in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) gemessenen Anzahl der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten, von 125.400 VZÄ auf 266.000 VZÄ. Dabei hat sich rein rechnerisch die durchschnittliche Zahl der zu versorgenden Pflegebedürftigen je VZÄ verbessert, da die Zahl der Pflegebedürftigen nicht in gleichem Maße gestiegen ist.

ABBILDUNG 12 Ambulante Pflegedienste nach Trägerschaft zum Jahresende 2017 (Angaben in %)



Quelle: IGES, auf Grundlage Statistisches Bundesamt 2018

| BertelsmannStiftung

Im Pflegereport 2019 stellen Schwinger et al. 2020 die Zahl der Pflegebedürftigen je VZÄ in der ambulanten Pflege und Betreuung im regionalen Vergleich dar (Abbildung 11). Die Variationen in den einzelnen Bundesländern sind vergleichsweise hoch: So wird beispielsweise im Saarland durchschnittlich die doppelte Anzahl an Pflegebedürftigen je VZÄ im Vergleich zum Land Berlin versorgt (5,7 zu 2,8 Pflegebedürftige). Grundsätzlich sind diese Zahlen jedoch mit Vorsicht zu interpretieren, da weder die Intensität der Inanspruchnahme pro Klient:in bekannt ist noch die zusätzliche Inanspruchnahme von Leistungen außerhalb der Pflegeversicherung.

Bei Fortschreibung der heutigen Pflegeprävalenzen und Beibehaltung des Personalschlüssels werden allgemein, laut Schwinger et al., im Jahr 2030 rund 130.000 Pflegekräfte mehr im Vergleich zum Jahr 2017 benötigt. Ein mögliches Szenario, um diesem Mehrbedarf entgegenzuwirken, wäre die Verlagerung der Versorgung der Pflegebedürftigen von der stationären Pflege in die ambulante Pflege sowie die Stärkung der Pflege durch Angehörige (ein Prozentpunkt bis 2030). Dies könnte, unter der Annahme, dass Pflegebedürftige anstatt im Pflegeheim unter Inanspruchnahme notwendiger Sachleistungen in der Häuslichkeit verbleiben können, zumindest kurzfristig den Personalbedarf um rund 25.000 Pflegekräfte senken und

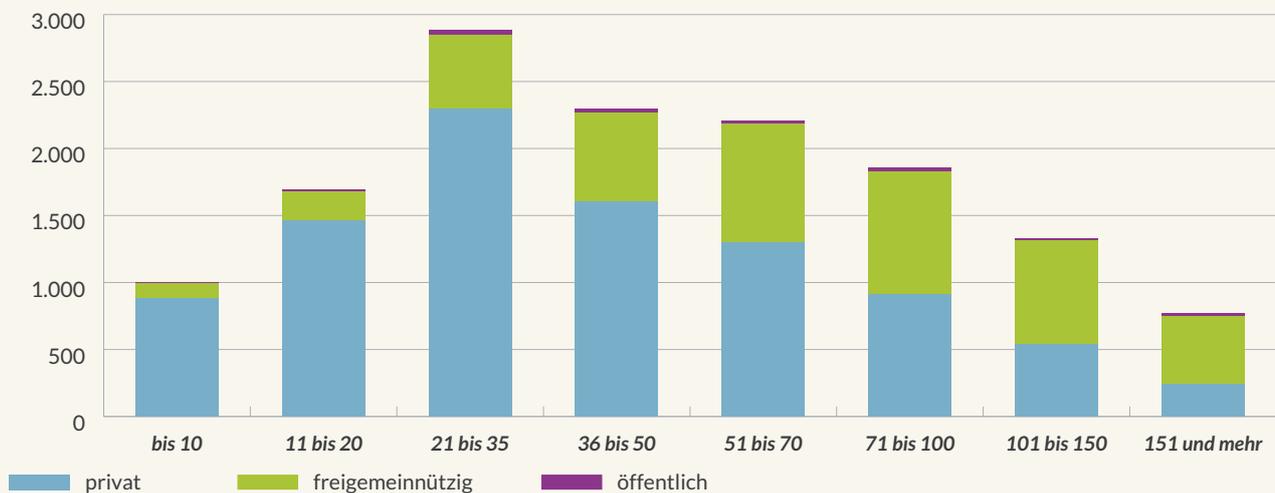
somit auf einen Mehrbedarf von rund 105.000 reduzieren (Schwinger et al. 2020: 19).

Die Entwicklung der Zahl ambulanter Dienste zeigt ergänzend die aktuellen Strukturen, in denen die professionell Pflegenden arbeiten. Insgesamt gab es 2017 in Deutschland 14.050 ambulante Pflegedienste. Mit 66 Prozent befindet sich die Mehrheit in privater Trägerschaft; öffentliche Träger spielen kaum noch eine Rolle (Abbildung 12).

Im Zeitraum 2007 bis 2017 nahm die Anzahl der ambulanten Pflegedienste um durchschnittlich 2 Prozent pro Jahr kontinuierlich zu. Die jährlichen Wachstumsraten unterscheiden sich dabei nach Trägerschaft: Am stärksten stieg die Zahl der Pflegedienste in privater Trägerschaft (+ 3 % p. a.), während bei jenen in freigemeinnütziger Trägerschaft nur ein Zuwachs von 0,4 Prozent jährlich zu verzeichnen war und öffentliche Träger nach einem Rückgang 2011 bis 2017 wieder das Niveau von 2007 erreichten (Statistisches Bundesamt 2018).

Bei Betrachtung der Größe der ambulanten Pflegedienste fällt auf, dass der Anteil der kleineren Pflegedienste im Vergleich zu den Vorjahren rückläufig ist. 2017 hatten insgesamt 7,1 Prozent aller Pflegedienste jeweils nur maximal zehn Klient:innen (2013: 8,1%; 2015: 7,7%), und knapp

ABBILDUNG 13 Anzahl der ambulanten Pflegedienste nach Größenklassen bezogen auf die Anzahl der versorgten Pflegebedürftigen im Jahr 2017



Quelle: IGES, auf Grundlage Statistisches Bundesamt 2018

BertelsmannStiftung

40 Prozent aller Pflegedienste versorgten nur bis zu 35 Klient:innen (2013: 46,3%; 2015: 44,3%). Nichtsdestotrotz ist der Anteil der Pflegedienste mit 21 bis 35 Klient:innen 2017 immer noch am größten (20,5%) (Abbildung 13).

Die Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen kann schlechter kalkuliert werden als in der stationären Pflege, da der Versorgungsumfang je Klient:in starken Schwankungen unterliegt. Pflegedienste werden in der Regel nur für jene Pflege- und Betreuungsleistungen gebucht, die informell Pflegenden selbst nicht leisten können oder wollen. Ein systematischer Zusammenhang mit dem Pflegegrad besteht daher kaum.

Im Rahmen eines Projektes, das sich mit der Entwicklung eines Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personals in Pflegeeinrichtungen befasste (Rothgang 2020), kamen die Forscher:innen zu dem Schluss, dass die Entwicklung eines Personalbemessungsverfahrens wie in der stationären Pflege für den ambulanten Bereich nicht ohne Weiteres möglich ist. Dies hat zum einen mit dem von Klient:in zu Klient:in sehr unterschiedlichen Leistungsumfang zu tun, der abhängig ist von der Situation, den Fähigkeiten sowie den Präferenzen der Pflegehaushalte. Zum anderen unterscheiden

sich die vertraglichen Bedingungen für gleiche und/oder ähnliche Leistungen sowie für die Vergütungen in den einzelnen Bundesländern (Landesrahmenverträge) deutlich, ebenso auch teilweise zwischen Trägerverbänden und einzelnen ambulanten Diensten (ebd.: 304 f.).

In Interviews zu dieser Personalbemessungsstudie berichteten Beschäftigte aus ambulanten Pflegediensten mehrheitlich, dass ihrer Ansicht nach die Versorgungssicherheit gefährdet sei. Begründet wurde dies mit aktuellen Aufnahmestopps für neue Klient:innen aufgrund überstrapazierter Kapazitäten der Pflegedienste und Verkleinerungstendenzen bei den Einzugsgebieten (so können etwa einzelne Stadtteile oder Gemeinden von dem jeweiligen Pflegedienst nicht mehr versorgt werden). Vereinzelt müssten sogar bestehende Verträge mit Pflegehaushalten wegen Personalmangel gekündigt werden (ebd.: 295 f.).

Innovationspotenziale

Die Zahlen unterstreichen die Notwendigkeit sämtlicher Maßnahmen, die zu einer Steigerung der Zahl professioneller Pflegekräfte beitragen können. Dazu gehören u. a. eine verstärkte Ausbildung in der Pflege, die Rückgewinnung von

Berufsausstieger:innen oder die Rekrutierung ausländischer Pflegekräfte. Des Weiteren werden innovative Versorgungslösungen für die professionelle häusliche Pflege zur Verringerung und Entlastung des Personaleinsatzes sowie verbesserte Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege benötigt, um vorhandenes Personal möglichst lange zu halten und attraktiv für neues Personal zu sein. Dies könnte beispielsweise durch eine (digitalisierte) pflegedienstübergreifende Tourenplanung erreicht werden. Weiteres Potenzial zur Entlastung der Pflegenden und zur Stärkung multiprofessioneller Pflege besteht weiterhin in alternativen Formen der Arbeitsorganisation (Abschnitt 2.3.3).

Darüber hinaus ist es in Deutschland mittelfristig notwendig, zur Sicherstellung der Qualität der Pflege die Anbieterstrukturen in der ambulanten Pflege in Richtung wirtschaftlicher Betriebsgrößen weiterzuentwickeln. Ein Fünftel aller ambulanten Dienste hatte 2017 bis maximal 20 Klient:innen und damit durchschnittlich nur rund fünf Vollzeitbeschäftigte in Pflege und Betreuung (bei einer durchschnittlichen Betreuungsrelation von 4:1). Für die Erfüllung sämtlicher Qualitätsanforderungen und Weiterbildungsverpflichtungen, die Umsetzung von neuen Regelungen oder Vertretungs-/Ausfallkonzepten und schließlich die Kooperation mit anderen Dienstleistern bleibt dabei wenig Spielraum. Um dies zu forcieren, wären die Anforderungen an die Zulassung als Leistungserbringer gemäß § 72 SGB XI auf Landesebene anzupassen (Mindestpersonalausstattung, Anforderungen an die technische Ausstattung sowie an Weiterbildungen und Qualitätssicherung etc.).

Die Stärkung der intersektoralen Vernetzung für einen effektiveren Arbeitseinsatz der professionell Pflegenden im gesamten Versorgungsprozess (Arbeitsteilung Ärzt:innen, Pflege, Therapeut:innen etc., integrierte Versorgung) bleibt ein bereits seit langem angemahntes, aber kurz- und mittelfristig kaum realisierbares Effizienzpotenzial in Deutschland, da dabei viele Regelungen sowohl im SGB-V- als auch SGB-XI-Bereich, aber auch im Berufsrecht und Vergütungsregelungen betroffen sind.

2.3.2 Rechtliche Rahmenbedingungen

Um die pflegerische Versorgung der Versicherten sicherzustellen, schließen die Landesverbände der Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung e. V. (MDK) sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV) Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI mit den Vereinigungen der ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen im jeweiligen Bundesland ab. Inhaltlich werden u. a. folgende Aspekte geregelt:

- die Inhalte der Pflegeleistungen
- die Bedingungen der Pflege
- Grundsätze der personellen und sächlichen Ausstattung der Einrichtungen
- Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen
- Vergütung an die Beschäftigten nach § 72 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2

Da die Vereinbarungen jeweils auf Landesebene geschlossen werden, besitzt jedes Bundesland eigene Rahmenverträge – für den stationären und ambulanten Bereich oder auch für teilstationäre Pflege und die Kurzzeitpflege.

Die vertraglichen Regelungen zur Vergütung und Personalausstattung (§ 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3, Abs. 3 SGB XI) sowie zum Personalbemessungsverfahren (§ 113c SGB XI) sollten die Änderungen im Verständnis von Pflege und Pflegebedürftigkeit nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff reflektieren, der 2017 eingeführt wurde. Pflegebedürftig sind demnach Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen (§ 14 Abs. 1 SGB XI). Nach § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB XI sind die pflegerischen Leistungen *„darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen, auch in Form der aktivierenden Pflege, wiederzugewinnen oder zu erhalten.“* In § 36 Abs. 2 SGB XI ist festgeschrieben, welche Zielrichtung mit Pflegeschleisungen verfolgt wird:

„Häusliche Pflegehilfe wird erbracht, um 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. Bestandteil der häuslichen Pflegehilfe ist auch die pflegfachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen. Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld [...]“.

Die Förderung und der Erhalt der Selbständigkeit und der Fähigkeiten pflegebedürftiger Personen als Ziele pflegerischen Handelns erfordern ein entsprechendes ganzheitliches pflegfachliches Konzept, wie beispielweise die Person-zentrierte Pflege nach Tom Kitwood (1997). Zu berücksichtigen sind bei der Versorgung nicht nur körperliche, sondern auch soziale, mentale, emotionale und spirituelle Bedürfnisse sowie die individuellen Vorlieben, Werte, Stärken und Schwächen. Die Fokussierung auf den Menschen statt auf seine Krankheiten und Beeinträchtigungen bestimmt das pflegerische Handeln.

Bereits zum 1. Januar 2017 sollten die Richtungsentscheidungen des Gesetzgebers in den Landesrahmenverträgen festgehalten und umgesetzt werden (Hoffer 2017: 20). Allerdings gibt es bis dato noch keinen Landesrahmenvertrag für die ambulante Pflege, der die gesetzlichen Neuregelungen reflektiert – der jüngste Vertrag aus Baden-Württemberg datiert vom Januar 2016, entstand also noch vor der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Auch die aktuell gültige Fassung der *„Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege“* stammt aus dem Jahr 2011 und entspricht noch nicht der neuen Rechtslage. Für die stationären und teilstationären Einrichtungen dagegen wurden Ende 2018 (stationär) bzw. im Februar 2020 (teilstationär) neue Vorgaben erarbeitet.

Eine flächendeckende Anpassung der Vergütungsvereinbarungen dagegen müsste auch im ambulanten Bereich allein schon aufgrund der Umstellung auf Pflegegrade erfolgen. Obwohl

Pflegeleistungen entsprechend dem individuellen Pflegebedarf zu erbringen sind, erfolgt die Vergütung in der Regel weiterhin auf Basis sogenannter Leistungskomplexe, in denen Unterstützungen bei einzelnen, aber inhaltlich zusammengehörenden Alltagsverrichtungen (wie große/kleine Körperpflege, An- bzw. Ausziehen und Essen zubereiten) als Pauschale zusammengefasst werden. Diese Art der Vergütung verringert den Spielraum der Leistungserbringer mit Blick auf eine Person-zentrierte und bedarfsgerechte Pflege. Eine von den Leistungserbringern bereits seit langem geforderte flexiblere, zeitbezogene Vergütung wurde zwar im Rahmen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes 2012 implementiert. In den Vergütungsverhandlungen mit den Pflegekassen wird nach Angaben der Pflegeverbände jedoch regelmäßig keine Einigung über auskömmliche Stundensätze erzielt.

Innovationspotenziale

Die derzeitige, verrichtungsbezogene Vergütung von Einzelleistungen stellt ein zentrales Hemmnis für die fachgerechte Erbringung von ambulanten Pflegeleistungen dar. Die landesrechtlichen Rahmenbedingungen müssen an die aktuelle Rechtslage auf Bundesebene angepasst werden, um die tatsächliche Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Praxis zu befördern. Weiterhin sind die Vergütungen so auszugestalten, dass eine qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte, Person-zentrierte Pflege gefördert wird. Empfehlungen und Lösungen für einen geeigneten Personal- und Skillmix in der ambulanten Pflege sind ebenso wünschenswert, mit Blick auf eine Entlastung der Pflegefachkräfte und eine bessere Sicherstellung der Personalkapazitäten. Nicht zuletzt sind auch die Qualitätsanforderungen (Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität) auf Bundesebene im Einklang mit dem gültigen Recht schnellstmöglich zu überarbeiten.

2.3.3 Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation

Charakteristisch für die Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege sind Schicht- und Wochenendarbeit, geteilte Dienste, keine festen Pausenzeiten, teilweise lange Wegezeiten zu den pflegebedürftigen Personen, eine voranschreitende Arbeitsverdichtung, viele Überstunden und die Bereitschaft zu einer vergleichsweise hohen Flexibilität (Bleses & Jahns 2016: 131 ff.).

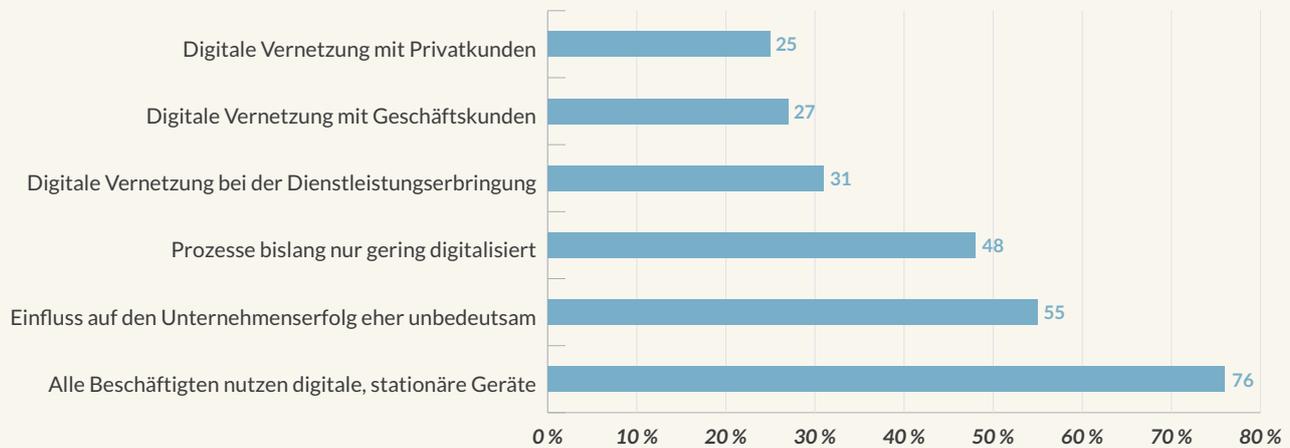
Die ambulante Pflege ist geprägt durch hohe Fluktuation und einen großen Anteil an Teilzeitbeschäftigten, nämlich 69 Prozent im Jahr 2017 (Statistisches Bundesamt 2018: 10). Ein Grund dafür sind etwa die hohen körperlichen und psychischen Belastungen, aber auch die teilweise ungünstigen Einsatzzeiten in der ambulanten Versorgung. Daher haben Beschäftigte im Vergleich zu anderen, nicht pflegebezogenen Berufen überdurchschnittlich häufige und langanhaltende Ausfallzeiten aufgrund von beispielsweise Atemwegs-, muskulo-skelettalen sowie psychischen Erkrankungen. Gründe hierfür liegen z. B. im engen Klient:innenkontakt, der schweren körperlichen Belastung sowie der Konfrontation mit schwierigen Situationen in der Häuslichkeit, auch hinsichtlich der räumlichen, ergonomischen, hygienischen und sozialen Bedingungen (Drupp & Meyer 2020: 39 ff.; Glaser & Höge 2005: 16 f.).

Diese Arbeitsbedingungen und ihre Folgen können sich wiederum negativ auf die Erholung und das Sozialleben auswirken (Fuchs-Frohnhofen et al. 2019: 5; BAuA 2014; Glaser & Höge 2005: 16 f.; Bleses & Jahns 2016: 131 ff.). Eine Folge ist neben der Fluktuation als unfreiwillige Strategie zur Bewältigung der Arbeitsanforderungen, dass viele Pflegekräfte sich gezwungen sehen, Teilzeit zu arbeiten. Der hohe Anteil an Teilzeitbeschäftigung hängt darüber hinaus auch mit den vorwiegend weiblichen Pflegekräften zusammen, die danach streben, Familie und Beruf zu vereinbaren. Vor allem kleinere Pflegedienste, die an keinen größeren Träger angebunden sind, sind häufig mit der Unternehmens- und Arbeitsorganisation überfordert. Zudem verfügen sie über einen noch geringeren Spielraum hinsichtlich personeller und finanzieller Ressourcen als größere Dienste bzw.

große Träger, wenn es beispielsweise darum geht, geeignete Maßnahmen im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) umzusetzen (Bleses & Jahns 2016: 134 f.; Krupp et al. 2020: 114).

In einer aktuellen Studie der Hans-Böckler-Stiftung und des Instituts für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) wurden Beschäftigte in stationären und ambulanten Einrichtungen sowie relevante Akteure wie Kostenträger, Genossenschaften und Berufsverbände u. a. zu den Umsetzungsbarrieren von BGF befragt (Krupp et al. 2020: 115 f.). Ein dort genanntes Hemmnis ist die strukturelle Unterfinanzierung der Pflege mit einer engen Personalausstattung. In der aktuellen Situation wird, so die Studie, diese Unterfinanzierung noch durch den Fachkräftemangel verschärft, was im Umkehrschluss den Trend zur permanenten Mehrarbeit der Beschäftigten fördert. Durch diese hohe Belastung werden krankheitsbedingte Ausfälle und instabile Erholungszeiten ebenfalls verschärft. In dieser Situation ist es für die Einrichtungen und Dienste schwer, überzeugende Angebote hinsichtlich der BGF zu machen, um die Arbeitsbelastung und die allein daraus resultierende Personalknappheit zu verringern. Die fehlenden Zeitressourcen der Beschäftigten und der Umstand, dass Interventionen, wie z. B. Anti-Stress-Kurse, eher wie eine symbolische Maßnahme wahrgenommen werden, erschweren die Umsetzung zusätzlich (ebd.: 117 f.). Der Umfang und die Vorgehensweise hinsichtlich der BGF in den Einrichtungen und Diensten sind derzeit sehr unterschiedlich. Die Unternehmen versuchen ihren Beschäftigten regelmäßige verhaltenspräventive Angebote zu ermöglichen, darunter z. B. Rückenschule oder betriebliche Sportgruppen. Größere Betriebe können noch umfassendere Angebote zur Entlastung der Mitarbeiter:innen realisieren, wie etwa Möglichkeiten zur Kinderbetreuung oder Beratungsangebote (ebd.: 113 ff.).

Oftmals treten langfristig angelegte Ziele, wie der Erhalt der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit, aufgrund des hohen Stellenwertes der Erfüllung des Versorgungsauftrages in den Hintergrund. Begründet ist dies z. B. durch den Fürsorgebedarf und die Abhängigkeit der Pflegebedürftigen von Hilfe und Unterstützung. Das daraus resultierende Dilemma, die Erfüllung des Versorgungsbedarfes

ABBILDUNG 14 **Einschätzung von Unternehmen des Gesundheitswesens zum Stand der Digitalisierung (Angaben in %)**

Quelle: IGES, auf Grundlage von BMWi 2017: 27

| BertelsmannStiftung

an erster Stelle sicherzustellen, trotz hoher Belastungen und der bewussten Kenntnis über Risiken, drängt die Kapazitäten für die BGF in den Hintergrund (Krupp et al. 2020: 118 f.). In der Studie gab es dennoch ein hohes Interesse der Befragten an Maßnahmen der BGF, um damit die Ausfälle der knappen Personalressourcen zu begrenzen. Da Einrichtungen und Dienste in der Pflege in einem Wettbewerb um die wenigen verfügbaren Arbeitskräfte stehen, werden diese quasi zu attraktiveren Arbeitsbedingungen gezwungen. Es wurde auch erkannt, dass zufriedene und gesunde Mitarbeiter:innen eher in der Einrichtung verbleiben und sich dies positiv auf die Leistungsfähigkeit auswirkt. Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf gewinnen ebenfalls an Bedeutung.

Ein weiterer Aspekt der Arbeitsbedingungen ist der Umfang des Technikeinsatzes, der naturgemäß im Dienstleistungssektor geringer ausfällt als in anderen Wirtschaftszweigen. Das Gesundheitswesen allgemein und insbesondere die Pflegebranche als personenbezogene Dienstleistungssektoren gelten als vergleichsweise niedrig technisiert und, mit Blick auf die wachsende Bedeutung moderner Informations- und Kommunikationstechnologien, auch in geringem Ausmaß digitalisiert (BMWi 2017: 27). Abbildung 14 zeigt eine Einschätzung von Branchenvertretern zum Stand der Digitalisierung im Gesundheitswesen.

Insgesamt stehen ambulante Pflegedienste den neuen Technologien eher aufgeschlossen gegenüber – aus ihrer Sicht existieren in Bezug auf die Digitalisierung mehr Chancen als Hemmnisse. Man erhofft sich u. a. eine „Reduzierung des Zeitdrucks sowie mehr Zeit für die pflegebedürftigen Personen“ (Braeseke et al. 2017: 24). Die Herausforderungen des weiteren Ausbaus der Digitalisierung in der Pflege liegen allerdings auf verschiedenen Ebenen. Auf der Systemebene muss die Pflege an die Telematik-Infrastruktur angebunden und u. a. die elektronische Abrechnung mit Pflegekassen flächendeckend ermöglicht werden. Auf betrieblicher Ebene sind Prozesse und die Kommunikation mit anderen Akteur:innen und Kund:innen digital zu unterstützen. Auf individueller Ebene schließlich gilt es, die digitalen Kompetenzen der Beschäftigten zu fördern.

Innovationspotenziale

Ambulante Pflegedienste müssen ihre Attraktivität für die wenigen auf dem Arbeitsmarkt verfügbaren Fachkräfte erhöhen. Dabei sind z. B. die Möglichkeiten betrieblicher Gesundheitsförderung, die ein Innovationspotenzial zum Erhalt und zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit darstellen, noch nicht ausgeschöpft. Es gilt insbesondere solche Angebote zu schaffen, die niedrigschwellig umgesetzt werden können und

dauerhaft Verhaltensänderungen induzieren. Um nachhaltige Effekte zu erzielen, sollten in der BGF die Verbesserung der Arbeitsorganisation, die Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung und die Stärkung persönlicher Kompetenzen erfolgen.

Hinsichtlich neuer Ansätze zur Arbeitsorganisation – zu nennen ist hier etwa die Optimierung von Strukturen und Prozessen zur Vermeidung unnötiger Arbeitsschritte, die zu Überlastungen führen können – sollten die Erfahrungen der Pflegekräfte stärker eingebunden und die Erkenntnisse aus erfolgreichen Modellprojekten im In- und Ausland für den Praxistransfer aufbereitet werden. Aufgrund der strukturellen Gegebenheiten in der ambulanten Pflege kann der Aspekt der eigenverantwortlichen, selbstständigen und selbstbestimmten Arbeitsweise und der damit verbundenen notwendigen hohen fachlichen Kompetenzen der Pflegenden als Ressource hervorgehoben werden (Bleses & Jahns 2016: 133). Dies ist ebenso relevant für das Ziel einer Optimierung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Ein wichtiges Verbesserungspotenzial in der ambulanten Pflege birgt, als zentraler Teil der Arbeitsorganisation, z. B. die Dienst- und Tourenplanung. Neben der Gewährleistung der wirtschaftlichen Leistungserbringung, der Sicherstellung der Arbeitsqualität und der Zufriedenheit der Klient:innen bietet dies auf Struktur- und Prozessebene Potenzial, Beschäftigte und ihr Erfahrungswissen stärker in die Planung mit einzubeziehen.

Weitere Innovationspotenziale ergeben sich im Zuge der Digitalisierung. Digitale Lösungen besitzen ein großes Potenzial, die Arbeitsorganisation hinsichtlich der sektoren- und einrichtungsübergreifenden interdisziplinären Zusammenarbeit der verschiedenen Akteur:innen des Gesundheitswesens – wie Ärzt:innen, Apotheker:innen, Therapeut:innen und Pflegenden – zu koordinieren und zu verbessern. Durch den erleichterten Informationsaustausch besteht die Möglichkeit, dass Schnittstellenprobleme (wie sie häufig in der Praxis vorkommen) abgebaut werden können (Deutscher Bundestag 2019: 1 ff.). Auch der Blick in die Praxis zeigt, dass z. B. über eine elektronische Dokumentation (Zeit- und Leistungsdokumentation) ein ambulanter Pflegedienst deutlich entlastet werden kann (Rösler et al. 2018:

28). Die Tourenplanung, aber auch die Leistungserfassung können situativ angepasst werden. Da die Touren oftmals gleich sind, können mittels einer Planungsautomatik Leistungen aus der vergangenen Woche in die neue Woche übernommen werden (ebd.).

3 Soziale Innovationen und ihre Potenziale in der ambulanten Langzeitpflege

Betrachtet man die Vielzahl an aktuellen Herausforderungen hinsichtlich der Situation der Pflegebedürftigen, ihrer (pflegenden) Angehörigen sowie der professionell Pflegenden, wird die Notwendigkeit nachhaltiger innovativer Versorgungskonzepte in der ambulanten Langzeitpflege deutlich. Einerseits haben die identifizierten Innovationspotenziale deutlich gemacht, dass es einer grundlegenden Anpassung der rechtlichen Rahmenbedingungen bedarf. Andererseits existieren aber auch Potenziale, die bereits unter den gegebenen Regelungen genutzt werden können. Im Mittelpunkt dieses Kapitels stehen die zentralen Ergebnisse der Recherche zu sozialen Innovationen und deren Potenziale in der ambulanten Langzeitpflege in Deutschland. Auf dieser Basis werden dann konkrete und praxisrelevante Handlungsempfehlungen abgeleitet und begründet.

Die Arbeitsdefinition „soziale Innovationen“ wird in Abschnitt 3.1 erläutert; im darauffolgenden Abschnitt 3.2 werden dann die projektübergreifend identifizierten sozialen Innovationen und ihre Potenziale vorgestellt und anhand ausgewählter Projekte und Einrichtungen illustriert.

3.1 Zur Definition „sozialer Innovationen“

Wie zu Beginn dieses Berichtes schon erwähnt, ist die Begrifflichkeit der „sozialen Innovationen“ im pflegerischen Kontext bislang wenig bekannt. Zur Entwicklung einer Definition sozialer Innovationen im Bereich der ambulanten Langzeitpflege im Sinne dieser Studie richtet sich daher der Fokus zunächst auf einschlägige Vorarbeiten aus der Forschung und Praxis.

3.1.1 Vorarbeiten in Forschung und Praxis

Im Rahmen eines vom BMBF geförderten Forschungsprojektes zu sozialen Innovationen in Deutschland wurde für die angestrebte Definition und Abgrenzung Literatur aus verschiedenen Disziplinen ausgewertet und anschließend sieben Kategorien zugeordnet. Für soziale Innovationen in der ambulanten Pflege eignen sich davon die Kategorien „Wandel der gesellschaftlichen Praktiken und/oder Strukturen“ und „Wandel im Organisieren der Arbeit“ (Müller & Kopf 2015: 9 f.). Die Erstgenannte bezieht sich auf die Änderung von sozialen Praktiken im Sinne der Frage „*Was kann man über Veränderungen in der Interaktion von Menschen sagen?*“, wobei hier beispielhaft die Definition von Howaldt & Schwarz genannt wird:

„Eine soziale Innovation ist eine von bestimmten Akteuren bzw. Akteurskonstellationen ausgehende intentionale, zielgerichtete Neukonfiguration sozialer Praktiken in bestimmten Handlungsfeldern bzw. sozialen Kontexten, mit dem Ziel, Probleme oder Bedürfnisse besser zu lösen bzw. zu befriedigen, als dies auf der Grundlage etablierter Praktiken möglich ist.“ (Howaldt & Schwartz 2010a: 89)

Diese Definition wird zum Teil auch von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) in ihrem Positionspapier zu sozialen Innovationen bestätigt. Darin werden sie als „*neue Lösungen für gesellschaftliche Probleme und Herausforderungen*“ beschrieben (BAGFW 2012: 3).

Einen ähnlichen Stellenwert wie die BAGFW weisen auch Wloka & Terstriepe 2020 den sozialen Innovationen zu: Soziale Innovationen beinhalten eine Wertorientierung; sie zielen vor allem auf die

Herbeiführung eines sozialen oder institutionellen Wandels und adressieren „Bedürfnisse, die bisher weder vom Markt noch vom Staat hinreichend erfüllt werden“ (ebd.: 2). Ferner entwickelten sie ein Indikatorenset zur Erhebung der organisationalen Innovativität und leiteten u. a. folgende charakteristische Merkmale sozialer Innovationen ab (ebd.: 7 ff.):

- Die Werteorientierung / unternehmerische Zielsetzung ist komplexer als bei gewinnorientierten Unternehmen – Organisationen verfolgen entweder ausschließlich soziale Ziele oder soziale und ökonomische Ziele mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung.
- Soziale Innovationen sind von ihrem Charakter her breiter aufgestellt als ökonomisch-technische Innovationen. Sie beziehen sich häufig eher auf Dienstleistungen als auf Produkte und umfassen außerdem neue Formen der Kooperation oder Governance.
- Soziale Innovationen erfolgen vielfach jenseits definierter Sektorengrenzen (Howaldt et al. 2016), entspringen häufig an der Basis des zivilgesellschaftlichen Engagements und nutzen oft in Netzwerken vorhandenes Know-how. Daher gehören meist Vernetzungsaktivitäten zum Konzept.
- Soziale Innovationen sind vielfach nicht rein wirtschaftlich motiviert, sondern erfolgen häufig auch aufgrund von persönlicher Betroffenheit, Markt- oder Staatsversagen oder aus dem Wunsch heraus, die Welt besser zu machen.
- Forschungsergebnisse aus SIMPACT² zeigen, dass für soziale Innovationen nicht ausschließlich der/die Nutzer:in bzw. Konsument:in zahlt (Komatsu et al. 2016). Oftmals kommt die Organisation selbst für die Kosten auf, oder ein Dritter, wie z. B. eine staatliche Institution, übernimmt die Kosten.
- Sozialinnovative Organisationen kämpfen häufig um ihr langfristiges „Überleben“.
- Sozialinnovative Organisationen stoßen bei ihrer Arbeit zum Teil auf andere Hürden als wirtschaftliche Unternehmen. Neben Bürokratie, fehlenden Fachkräften und rechtlichen Barrieren sind dies oftmals eine schwierige finanzielle Situation, eine schwache Lobby, auch mangelnde Resonanz oder fehlendes Wissen (z. B. betriebswirtschaftliche oder sektorenspezifische Kenntnisse).

Das Kompetenzzentrum soziale Innovation (KomZ) in Sachsen-Anhalt identifiziert soziale Innovationen anhand folgender Charakteristika (Land Sachsen-Anhalt 2020):

1. Ziel ist die Lösung eines gesellschaftlichen Problems zur Erhöhung der kollektiven und individuellen Wohlfahrt.
2. Eine soziale Innovation stellt räumlich, zeitlich oder kontextbezogen eine relative Neuartigkeit dar.
3. Soziale Innovationen stellen wirksamere Lösungen als bestehende Ansätze bereit.
4. Soziale Innovationen tragen zum dauerhaften sozialen Wandel bei, indem sie von der Zielgruppe angenommen werden und dadurch nachhaltig verankert sind.
5. Das Konzept einer sozialen Innovation muss potenziell übertragbar auf andere Kontexte sein.

Bei der Kategorie „Wandel im Organisieren von Arbeit“ nach Müller & Kopf 2015 geht es um Innovationen in Organisationen, bei denen jedoch keine technologischen Innovationen im Mittelpunkt stehen. Dafür wurde beispielhaft die Definition der Niederländer Pot und Vaas genannt:

2 „SIMPACT – Boosting Social Innovation in Europe through Economic Underpinnings“ war ein vom IAT in Gelsenkirchen koordiniertes europäisches Projekt, das darauf abzielte, die wirtschaftlichen Grundlagen sozialer Innovationen für marginalisierte und schutzbedürftige Gruppen in der Gesellschaft zu verstehen (Wloka & Terstriep 2020: 4).

„Soziale Innovation nach niederländischer Definition ist ein umfänglicheres Konzept als organisationale Innovationen. Es beinhaltet Dinge wie dynamisches Management, flexible Organisation, intelligenteres Arbeiten, Entwicklung von Fähigkeiten und Kompetenzen, Netzwerken zwischen Organisationen [...] es beinhaltet ebenso die Modernisierung der Arbeitgeber-Arbeitnehmer-Beziehung und des betrieblichen Personalwesens.“ (Pot & Vaas 2008: 468)

Becke et al. 2016 verstehen unter sozialen Innovationen „die Entwicklung sozialer Praktiken in der Gestaltung von Arbeit und Zusammenarbeit, welche die Fähigkeiten der sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleister erhöhen, den anstehenden Herausforderungen standhalten zu können.“ Sie sehen die Chance sozialer Innovationen in dem Erhalt, der Stärkung sowie der Mobilisierung von Ressourcen der Akteur:innen und Organisationen (ebd.: 4). Dabei können sich Ressourcen auf die Person selbst beziehen (z. B. Selbstwirksamkeit), auf die Arbeitsaufgabe (z. B. Autonomiespielräume), die Organisation (z. B. betriebliche Beteiligungsstrukturen), auf Soziales (z. B. Unterstützung, Konfliktbewältigung, Vertrauen) sowie auf institutionelle Ressourcen (z. B. neue gesetzliche Regelungen) (ebd.: 16).

Müller & Kopf 2015 entwickelten in einem Forschungsprojekt zu sozialen Innovationen in Deutschland folgende Arbeitsdefinition: „Soziale Innovationen sind neue soziale Praktiken, die gesellschaftliche Herausforderungen kontextbezogen, zielgerichtet und das Gemeinwohl fördernd adressieren“ (Müller & Kopf 2015: 13).

Auf Grundlage der vorgestellten Definitionen ist als gemeinsames Charakteristikum festzustellen, dass soziale Innovationen dazu beitragen sollen, aktuelle gesellschaftliche Herausforderungen wirksamer zu meistern als bestehende Praktiken. Enger eingegrenzt werden soziale Innovationen als „neue soziale Praktiken“ oder „neue soziale Dienstleistungen“ definiert. Dabei beziehen sie sich auf das „Soziale“, d. h. auf eine Orientierung am Gemeinwohl sowie auf die Aktivierung gesellschaftlicher Ressourcen zur Problemlösung, insbesondere mittels neuer Rollen und Beziehungen sowie neuer Arten der Kommunikation und Kooperation (Müller & Kopf 2015, BAGFW 2012, Becke et al. 2016).

3.1.2 Arbeitsdefinition für soziale Innovationen in der ambulanten Langzeitpflege

Mit Blick auf die Pflege gilt es, den aufgrund der doppelten Alterung (mehr Hochaltrige und pflegebedürftige Personen bei gleichzeitig (zahlenmäßig) sinkendem Erwerbspersonen- und Familienpflegepotenzial) entstehenden Herausforderungen bei der Sicherung der pflegerischen Versorgung im häuslichen Setting, der bevorzugten Lebensform, zu begegnen. Dabei ist sowohl die professionelle Leistungserbringung als auch die informelle Pflege und deren Zusammenwirken zu betrachten.

Bahle 2007 definiert soziale Dienstleistungen als „soziale Handlungen, die als persönliche Dienstleistungen im Rahmen institutionalisierter sozialer Beziehungen zu dem Zweck erbracht werden, die soziale Handlungskompetenz der Leistungsempfänger zu erhalten, zu verbessern oder diese im Falle einer dauerhaften Einschränkung durch geeignete Handlungen zu kompensieren.“ (ebd.: 33 ff.)

Diese Definition lässt sich auch auf die ambulante Langzeitpflege anwenden. Im Rahmen der professionellen ambulanten Pflege werden Dienstleistungen erbracht, um die (im weiteren Sinne) Handlungskompetenz von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen zu erhalten, zu verbessern und durch geeignete Hilfen ggf. verlorene Kompetenzen zu kompensieren.

Die professionell erbrachten Dienstleistungen erfolgen im Kontext des Pflegeprozesses, können jedoch nicht losgelöst von den notwendigen Strukturen und Kooperationen betrachtet werden. Die betrieblichen Prozesse und Strukturen der Organisation (Pflegedienst) sowie das Zusammenwirken mit weiteren professionellen und nicht professionellen Beteiligten (Gesundheits- und Pflegesystem, pflegende Angehörige) spielen ebenso eine wichtige Rolle bei der Leistungserbringung. Deshalb müssen neue Kooperations- und Vertragsformen sowie neue Verfahren, Prozesse und Organisationsstrukturen ebenso eingeschlossen werden (siehe auch Definition BAGFW).

Zu berücksichtigen ist hier auch Becke et al. 2016, die in sozialen Innovationen eine Chance zum Erhalt, zur Stärkung sowie zur Mobilisierung von Ressourcen der Akteur:innen und Organisationen sehen. Die Ressourcen können sich dabei auf das Individuum, Arbeitsaufgaben, die Organisationen, soziales Handeln und institutionelle Ressourcen beziehen. Auch der Aspekt der Befriedigung von gesellschaftlich anerkannten Bedürfnissen, die im Rahmen der bestehenden und etablierten Praktiken und Vorgehensweisen nicht befriedigt werden können, ist einzubeziehen (Howaldt & Schwartz 2010b).

Auf Basis dieser Vorarbeiten in der Forschung legen wir folgende Arbeitsdefinition für soziale Innovationen in der ambulanten Langzeitpflege zugrunde:

Soziale Innovationen sind neuartige Vorgehensweisen (z. B. eine neue Dienstleistung, neue Prozesse und Organisationsstrukturen, neue Kooperations- und Vertragsformen, wie z. B. der Einbezug informeller Netzwerke), die aus gesellschaftlichen Veränderungen neu erwachsende Bedarfe von Pflegebedürftigen, professionell Pflegenden oder pflegenden Angehörigen besser befriedigen, indem sie Ressourcen aktivieren oder nutzen, auf die das traditionelle Pflegesystem nicht zurückgreift. Diese sozialen Innovationen sollen im Bereich der professionellen ambulanten Pflege stattfinden bzw. diese mittelbar beeinflussen und einen direkten Bezug zum Pflegeprozess haben. Sie sollen geeignet sein, das Erbringen von (ambulanten) Pflegeleistungen im Rahmen der Pflegeversicherung angesichts wachsender demografischer Herausforderungen sicherzustellen.

3.2 Potenziale sozialer Innovationen in der ambulanten Langzeitpflege

Dieses Kapitel fasst die Inhalte und Merkmale der auf der Basis der Recherche identifizierten innovativen Projekte und Konzepte (siehe Anhang A2) einschließlich der Erkenntnisse aus den vertieften Interviews und des Expert:innenworkshops zusammen. Die Ergebnisse wurden nach folgenden zentralen Handlungsfeldern innovativer Konzepte in der ambulanten Pflege gegliedert:

- Innovative Ansätze hinsichtlich der Arbeitsorganisation (Abschnitt 3.2.1)
- Innovative Ansätze im Pflegeprozess zur Person-Zentrierung und Förderung der Selbstmanagementfähigkeiten (Abschnitt 3.2.2)
- Innovative Ansätze zur Vernetzung des Umfeldes und im Quartier sowie alternative Wohnformen (Abschnitt 3.2.3)

Bezugnehmend auf die vorab beschriebenen Innovationspotenziale in Kapitel 2 sind jeweils zusammenfassend Merkmale der sozialen Innovationen, Voraussetzungen zur Umsetzung und Nutzenpotenziale dargestellt; sie werden zudem illustrativ anhand einzelner Projekte und/oder Einrichtungen aus der Recherche veranschaulicht.

3.2.1 Arbeitsorganisation: Flexibilität und Eigenverantwortung

Angesichts der in Abschnitt 2.3 beschriebenen Herausforderungen in Bezug auf die Personalsituation und die Arbeitsbedingungen in der ambulanten Langzeitpflege bedarf es innovativer Lösungen bei der Arbeitsorganisation, um das vorhandene Personal vor Überlastung zu schützen und möglichst fachgerecht einzusetzen.

Innovationen in diesem Bereich zielen darauf ab, die Versorgung der Pflegebedürftigen personell besser abzusichern, die Arbeitsbelastung der Beschäftigten zu reduzieren sowie die Beschäftigungsfähigkeit der Pflegekräfte gezielt zu fördern und zu erhalten.

Selbstorganisierende Pflegeteams und Aktivierung informeller Hilfen

Neue Formen der Arbeitsorganisation mit sich selbst organisierenden Kleinteams von bis zu 12 Pflegekräften und gezielter technischer Unterstützung werden u. a. seit 2007 in den Niederlanden mit dem Buurtzorg-Modell („Nachbarschaftspflege“) umgesetzt. Von der Dienst- und Tourenplanung über Fort- und Weiterbildungsaktivitäten, die Einstellung neuer Pflegekräfte bis hin zur Verwaltung der Finanzen liegt die gesamte Organisation in den Händen der Pflegeteams. Da

durch diese Organisationsform das mittlere Management wegfällt, können die Verwaltungskosten erheblich reduziert werden. Eine zentrale Verwaltung ist lediglich für administrative Tätigkeiten und das Coaching der Teams zuständig. Die Pflgeteams treffen ihre Entscheidungen gemeinsam, und jedes Teammitglied erledigt in einem bestimmten Turnus auch einmal jede Aufgabe. Dass die Verantwortung für die Planung und Gestaltung des gesamten Organisations- und Pflegeprozesses den Teams überlassen wird, schafft eine besondere Vertrauens- und Verantwortungskultur. Nach Aussagen der Buurtzorg Deutschland gGmbH wird durch diese Art der Arbeitsorganisation die gesamte Bandbreite der Fähigkeiten von Pflegekräften abgerufen und das Tätigkeitsspektrum abwechslungsreicher.

Kommuniziert wird über das *Buurtzorg Web* und über Tablets miteinander; Pflegende können darüber auch ihre Erfahrungen austauschen bzw. von Teammitgliedern und anderen Teams Unterstützung erhalten. Buurtzorg nutzt das in den USA Ende der 1970er Jahre in der Gemeindecrankepflege entwickelte Pflegeklassifikationssystem *OMAHA*, mit dem sowohl Pflegediagnosen als auch Interventionen erfasst und Versorgungsergebnisse bewertet werden können. Eine weitere Aufgabe der Pflgeteams besteht darin, informelle Netzwerke zur Unterstützung der Klient:innen zu knüpfen (s. auch die Abschnitte 3.2.2 und 3.2.3). Nachbarschaftliche Kontakte und Hilfen werden aktiv gesucht und bei (leichten) pflegerischen Tätigkeiten, der Hilfe im Haushalt und der Tagesgestaltung eingebunden, wodurch sich der professionelle Versorgungsaufwand reduziert. Charakteristisch ist die hohe Qualifikation der meisten Pflegekräfte (70 Prozent haben einen Diplom- oder Bachelorabschluss).

In Deutschland gibt es bereits seit einigen Jahren Pflegedienste, die Elemente des Buurtzorg-Modells übernommen haben. Seit Anfang 2018 läuft ein Testprojekt der Buurtzorg Deutschland gGmbH in NRW, das seit Anfang 2020 durch eine wissenschaftliche Forschungsstudie der Fachhochschule Münster sowie der Hochschule Osnabrück evaluiert wird, gefördert durch den GKV-SV. Im Mittelpunkt der an Buurtzorg angelehnten, unterschiedlichen Ansätze der Pflegedienste (z. B.: Ich

und Du Pflege GmbH, Care Team GmbH oder vierbeimir Kiezpflege) steht zunächst die alternative Form der Arbeitsorganisation in kleineren, selbstorganisierten Teams ohne direkte fachliche Führung. Nach Aussagen der Projektvertreter:innen bzw. der verfügbaren Projektinformationen ist bei den Pflegekräften eine höhere Arbeitszufriedenheit zu beobachten.

„Von Kontrolle in Vertrauen, von Hierarchie in Selbstorganisation, von Vorgaben in gemeinsame Verantwortung.“ (Ich und Du Pflege GmbH)

Ebenso wie beim niederländischen Vorbild übernimmt bei vielen dieser Projekte eine Zentrale lediglich administrative Aufgaben. Die Übernahme von Elementen des Buurtzorg-Modells bzw. die Implementierung eigenverantwortlicher Arbeitsweisen und Strukturen durch ambulante Pflegedienste in Deutschland erfolgt in der Regel ohne externe Fördermittel. Die Motivation, alternative Arbeitsmodelle einzuführen, entspringt in erster Linie der angespannten Arbeitsmarktsituation in der Pflege, so dass sich innovative Unternehmen einen Wettbewerbsvorteil bei der Personalrekrutierung erhoffen. Ein Einrichtungsvertreter berichtete von einer verringerten Fluktuation infolge der neuen Arbeitsweise. Aber auch aus der Unzufriedenheit der Pflegekräfte mit der bisherigen Art und Weise der Leistungserbringung in der ambulanten Pflege (stark arbeitsteilig, teilweise fremdbestimmt, unter Zeitdruck etc.) entsteht ein Druck, nach alternativen Arbeitsmöglichkeiten zu suchen.

Aufgrund der Rahmenbedingungen in Deutschland – z. B. Vergütungsregelungen (s. u.), Anforderungen an die fachliche Leitung eines Pflegedienstes etc. – können nur einzelne Elemente des Buurtzorg-Modells umgesetzt werden, insbesondere die flachen Hierarchien und die gemeinschaftliche Arbeitsorganisation. Die Ich und Du Pflege GmbH beispielsweise hat die Pflegedienstleitung auf zwei Personen aufgeteilt und ein Pflegedienstleitungsgremium gegründet, zu dessen Sitzungen auch Mitglieder der Teams eingeladen werden. Auf diese Weise werden die in Deutschland geltenden Rahmenbedingungen mit dem Anspruch, partizipative Strukturen zu schaffen, verknüpft. Zudem wurde das Format „Kreisent-

scheidungen“ eingeführt, das darauf abzielt, eine partizipative Entscheidungsfindung zu fördern.

Der Vertreter der Buurtzorg Deutschland gGmbH gab an, der Ansatz sei prinzipiell auf alle Regionstypen übertragbar, sowohl auf städtische als auch auf ländliche Regionen. Allerdings müsse den Pflegekräften die „hohe Komplexität in der Leistungsplanung von SGB XI und SGB V“ beigebracht werden, um selbstorganisiert arbeiten zu können. Des Weiteren müssten zur flächendeckenden Übertragbarkeit die Vergütungsstruktur der unterschiedlich qualifizierten Mitarbeiter:innen besser ausgebildet, die hierarchischen Strukturen abgeschafft und stärker auf die Ergebnisqualität fokussiert werden.

Buurtzorg Deutschland gGmbH arbeitet derzeit ohne öffentliche Förderung im Rahmen der Regelfinanzierung. Im Interview wurde angemerkt, dass „wirtschaftlich arbeiten noch nicht möglich ist, ein Stundensatz von 50 € wäre dazu nötig“ bzw. müssten sich die Rahmenbedingungen wie folgt anpassen: „Zusammenlegung von SGB-V- und SGB-XI-Leistungen“ bei einer Vergütung von „60 €/Stunde“.

Nach Ansicht des Pflegedienstes Ich und Du Pflege GmbH ist die Umsetzung des Modells innerhalb der derzeitigen Rahmenbedingungen grundsätzlich möglich. Allerdings wurde auch angemerkt:

„Es wäre schön, wenn gewisse Abrechnungsfragen vereinfacht wären und Stundensätze einfach abgerechnet werden könnten, ohne die Trennung von SGB V und SGB XI (...).“ (Ich und Du Pflege GmbH)

Der Pflegedienst Ich und Du Pflege GmbH hat für die Einführung des Konzeptes „300.000 Euro eigeninitiiert zur Verfügung gestellt“ und zudem eine „Förderung über das Sozialministerium bzw. über den Innovationsfonds“ erhalten. Mit Blick auf die Nachhaltigkeit wurde geantwortet: „Auch ohne Förderung durch das Innovationsprojekt, auch wenn dies im Moment noch sehr gut tut, gehen wir davon aus, zum Projektende wirtschaftlich tragfähig zu sein.“

Des Weiteren wurde die Forderung nach einer Vereinfachung der Systeme wiederholt, um nachhaltige Entwicklungen innovativer Arbeitsstrukturen zu ermöglichen und eine bessere Übertragbarkeit

zu gewährleisten: „Einfache Lösungen suchen, statt Regelwerke zu erstellen.“ Die überregionale Übertragbarkeit des Buurtzorg-Ansatzes wurde ebenfalls bestätigt.

Auch das Born Gesundheitsnetzwerk setzt seit etwa sechs Jahren das Konzept selbstorganisierender Teams in der ambulanten Intensivpflege um. Dieses Netzwerk betreibt Pflegedienste, Wohngruppen für Intensivpflege und Tageseinrichtungen. In diesem Modell wird die Auffassung vertreten, dass vor allem in der Intensivpflege eine zentrale Führungskraft nicht erforderlich ist, da die Pflegekräfte vor Ort das Geschehen und die Anforderungen am besten kennen. Ähnlich wie bei Buurtzorg werden Personalentscheidungen, wie z. B. Neueinstellungen oder die Urlaubsplanung, von den Teams eigenständig getroffen. Neben der Zufriedenheit der Klient:innen sind weitere Ziele weniger krankheitsbedingte Fehlzeiten und eine geringere Mitarbeiterfluktuation. Mittels Strategieworkshops und internem Coaching werden die Pflegekräfte zum selbstorganisierenden Arbeiten befähigt.

Alternative Formen der Arbeitsorganisation können zur Erhöhung der Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeitenden beitragen. Das Verbundprojekt ZUKUNFT:PFLEGE hat, unter Beteiligung von Pflegeeinrichtungen, Wissenschaft und der Berufsgenossenschaft, betriebliche Lern- und Handlungskonzepte für ambulante Pflegedienste erarbeitet und für sie Handlungsleitfäden erstellt. Die Initiierung eines Steuerungskreises als Planungs- und Handlungszentrum ist dabei ein zentraler innovativer Ansatz zur systematischen und partizipativen Planung wie auch Gestaltung der Arbeitsorganisation, Gesundheitsförderung sowie Qualifizierung der Führungskräfte und Beschäftigten. Dieser Steuerungskreis sollte ca. alle vier Wochen unter Beteiligung aller Beschäftigtengruppen (Geschäftsführung/Pflegedienstleitung, Pflegekräfte, Hauswirtschaft, Funktionsträger:innen etc.) tagen und gemeinsam Entscheidungen zu Fragen der Arbeitsorganisation, Arbeitssicherheit und Gesundheitsförderung treffen. Ziel ist es, gemeinsam Bedingungen zu schaffen, um gesund, zufrieden und kompetent arbeiten zu können. Das Projekt stellt dazu eine Vielzahl an Instrumenten zur Umgestaltung

oder Optimierung der Arbeitsorganisation kostenfrei zur Verfügung, etwa Leitfäden, u. a. für den Netzwerkaufbau, zur Wirtschaftlichkeit und für eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeit, oder Dokumentationshilfen für die Dienst- und Tourenplanung oder für ein standardisiertes Vorgehen mit Musterbogen als Strukturierungshilfe für die persönliche Übergabe.

Neue Formen der Dienstplangestaltung zum institutions- oder arbeitsbereichsübergreifenden Einsatz von Pflegepersonal

Eine Reihe von Projekten nutzt innovative Ansätze zur Optimierung des Arbeitseinsatzes, insbesondere eine flexible und institutionsübergreifende Dienstplangestaltung. Das Modell der vernetzten Pflegedienste der Talea GmbH hat ein Partnernetzwerk für die Pflege mit technologischer Unterstützung etabliert, um die knappen Ressourcen des Arbeitsmarktes mittels einer pflegedienstübergreifenden Zusammenarbeit effektiver zu nutzen. Ziel ist es, die Versorgung im ambulanten Setting jederzeit sicherzustellen, aber gleichzeitig auch die Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeitenden durch gesicherte Erholungszeiten zu erhalten. Bei dem Modell wird durch die Zusammenarbeit mehrerer Pflegedienste und eine pflegedienstübergreifende Tourenplanung anhand einer digitalen Planungslösung eine Entlastung der Beschäftigten bewirkt, da Personal effizient und mit höherer Planungssicherheit eingesetzt werden kann. Konkret bedeutet dies, dass durch einen sogenannten Pflegekräftepool Ausfälle vermieden werden und somit auch die Versorgung der Pflegebedürftigen in höherem Maße sichergestellt wird.

„Geld allein reicht nicht, sondern man sollte sich auch fragen, wie man das System effizienter und innovativer gestalten kann, um die Unterversorgung signifikant minimieren zu können.“ (Talea GmbH)

Weitere Innovationen zu mehr Flexibilität in der Dienstplangestaltung und dem Einsatz von Personal sind in den Konzepten „Advita Haus“ und der „ambulanten Demenz-Wohngemeinschaft Duisburg“ enthalten. Das Advita Haus ist ein betreutes Wohnen mit einem umfangreichen Leistungsspektrum. Mitarbeiter:innen im Advita Haus können zwischen den einzelnen Bereichen (am-

bulanter Dienst, Tagespflege, betreutes Wohnen) wechseln. Durch diese Wechselmöglichkeiten kann es den Mitarbeiter:innen abwechslungsreiche Tätigkeiten und, im Gegensatz zu konventionellen Pflegeeinrichtungen, eine höhere Flexibilität in der Dienstplanung zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf bieten. Des Weiteren kann durch die Kombination ambulanter Versorgungsformen ein im Vergleich zur stationären Pflege höherer Personalschlüssel pro Pflegebedürftigen realisiert werden, was die Zeit für die Versorgung der/des Einzelnen und auch die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden erhöht. Bei Personalengpässen, etwa durch krankheitsbedingte Ausfälle, wird ein mobiles Einsatzteam im betreuten Wohnen eingesetzt. Mittels mobiler Datenerfassung und dadurch reduzierter Dokumentationszeit kann ebenfalls eine Effizienzsteigerung erreicht werden.

In der Demenz-Wohngemeinschaft Duisburg des Sozialwerkes St. Georg wird ein Großteil der Betreuungsaufgaben von geschulten Alltagsbegleiter:innen und Pflegehelfer:innen übernommen (siehe auch Abschnitt 3.2.3). Auf diese Weise können sich auch hier die examinierten Pflegekräfte mehr auf ihre pflegerischen Kernaufgaben und -kompetenzen konzentrieren, was die Attraktivität und Motivation im Beruf steigert. Unterstützt wird dieses innovative Konzept mit Technik, wie beispielsweise Aktivitätserkennung und Alarmer über Sensoren und Türkontakte.

Erkenntnisse zur Nachhaltigkeit und Wirksamkeit sowie zu notwendigen Voraussetzungen

Die meisten sozialen Innovationen in der ambulanten Langzeitpflege werden nicht wissenschaftlich evaluiert. Trotzdem gibt es Anhaltspunkte hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Nachhaltigkeit. Der Pflegedienst CareTeam gibt folgende Erfahrungswerte an: *„Gestiegene Mitarbeiterzufriedenheit, höhere Arbeitsmotivation, weniger Fehlzeiten, positives Feedback der Klienten, Zufriedenheit der Auszubildenden: Sie bleiben, anstatt abzubrechen.“* Die Finanzierung erfolge *„komplett in Eigenregie innerhalb des aktuellen Systems“*, mit einem Vergütungssystem nach Leistungskomplexen. Zudem gab es *„zusätzliche Projektkosten, v. a. in der Digitalisierung wurde aufgestockt und investiert. Beispiel: Tablets werden als Kom-*

munikationsmedium genutzt. Teilweise werden sich die Investitionen erst über einen längeren Zeitraum auszahlen.“ Der Pflegedienst Talea GmbH gibt an, dass die Produktivität in den Touren durch geringere Fahrtzeiten und durch eine stabilere Planung gestiegen ist. Zudem konnte, im Vergleich zur Situation vor Einführung der Innovation, eine höhere Mitarbeiter:innen- und Patient:innenzufriedenheit erreicht werden. Da Daten erst seit Oktober 2019 erhoben werden, seien allerdings „valide Aussagen aufgrund des kurzen Messzeitraumes noch nicht möglich.“ Der Pflegedienst Talea GmbH finanziert sich „durch Wagniskapitalgeber mit dem Ziel, den Markt zu verändern und zu verbessern, und natürlich, um auch wirtschaftlich zu sein“ und ist somit von externen Geldgebern abhängig.

Das Projekt der Buurtzorg Deutschland gGmbH wird derzeit umfassend wissenschaftlich evaluiert. Ein Vertreter dieses Pflegedienstes berichtet im Interview: „Wir beobachten so gut wie keine Fluktuation, das Gewinnen von Pflegekräften ist aufgrund des Mangels an Pflegekräften aber ebenfalls schwierig.“ Bewerber:innen würden sich aber explizit aufgrund des innovativen Arbeitsmodells melden. Des Weiteren seien die Klient:innen mit der Versorgung sehr zufrieden, und es sei eine Steigerung in der Pflegequalität zu verzeichnen. Im Gegensatz dazu berichtet der Pflegedienst Ich und Du Pflege GmbH von den folgenden Erfahrungen: „Die Fluktuation ist hoch, aber die Mitarbeiterinnen, die dabei bleiben, erhöhen oftmals die Arbeitszeit.“ Die Gründe für die hohe Fluktuation der Pflegekräfte liegen nach Ansicht des Interviewpartners im Transformationsprozess: Nicht alle Pflegekräfte seien bereit, so viel Selbstverantwortung zu tragen, und teilweise auch nicht dazu in der Lage.

Im Hinblick auf die Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit wäre aus Sicht der Talea GmbH eine „Umgestaltung der Kooperation von Pflegediensten“ von hoher Relevanz. Gemeint ist die hohe finanzielle Belastung durch die Umsatzsteuerpflicht nach EU-Recht, weil das Modell derzeit im Rahmen der Arbeitnehmerüberlassung realisiert werden muss. Jedoch könnte theoretisch auch „der Patient von verschiedenen Pflegediensten ‚geteilt‘ werden“. Dies ist bislang nicht möglich, würde aber die Umsatzsteuerpflicht umgehen. Die Übertragbarkeit des Ansatzes auf andere Regionen wurde

bestätigt. Dabei könnten „größere Effekte im städtischen Raum erzielt werden“. Für eine flächendeckende Übertragbarkeit bedürfte es zudem einer größeren „Offenheit der Pflegekräfte und Dienste gegenüber Technologie“ sowie einer „Innovationsbereitschaft bei Betreibern“.

Zusammenfassung der Potenziale

In den identifizierten Projekten können vor allem personelle Ressourcen der Pflegekräfte (durch Ausweitung der Handlungsspielräume oder optimierte Einsatzplanung) und Potenziale einer zielgerichteteren Versorgung, z. B. durch einen adäquateren Personaleinsatz (Skill-Mix), erschlossen werden. Kernelemente innovativer Praktiken hinsichtlich der Arbeitsorganisation sind:

1. selbstorganisierende Pflegeteams und flache Hierarchien: weitgehend freie Gestaltung der Zusammenarbeit und Tourenplanung, inkl. Akquise, Planung, Organisation; die Wirtschaftlichkeit wird von den Pflegeteams gesteuert; Entscheidungen werden gemeinsam getroffen
2. Administrative Aufgaben werden durch eine übergreifende Zentrale unterstützt oder übernommen
3. Coaches für die Pflegekräfte vor allem zu Beginn und bei Problemen: Teammitglieder nehmen besondere, z. T. wechselnde Rollen ein: „Organisator:in“, „Controller:in“, „Mentor:in“; regelmäßiger Austausch der Pflegeteams beispielsweise mittels Workshops auch zur Sicherstellung der Qualität und Einhaltung wichtiger Standards
4. Optimierung des Personaleinsatzes durch die Einbindung digitaler Branchenlösungen (Dienst- und Tourenplanung) und durch einrichtungsübergreifenden Personaleinsatz
5. Abgabe von Aufgaben an informell Pflegenden und andere Akteur:innen (z. B. leichte Pflegetätigkeiten, Haushalt und Tagesgestaltung)
6. Flexiblere Vergütung (Abrechnung über Stundensätze)

7. Hohes Maß an Transparenz im Unternehmen und partizipative Entscheidungsfindung mit allen Beschäftigten

In Tabelle 2 sind die zentralen Merkmale der Innovationen, Voraussetzungen für die Umsetzung und die Nutzenpotenziale zusammenfassend dargestellt.

3.2.2 Pflegeprozess: Person-Zentrierung und Kompetenzstärkung

Betrachtet man die Situation der Pflegebedürftigen und der informell Pflegenden (vgl. Abschnitte 2.1 und 2.2) sowie die mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs grundsätzlich veränderte Zielsetzung bei der Erbringung pflegerischer Hilfen (s. Abschnitt 2.3.2), werden die Notwendigkeit, aber auch die noch nicht erschlossenen Potenziale deutlich, die künftig durch eine ganzheitliche Versorgung sowie die gezielte Stärkung und Förderung der Selbstmanagementfähigkeiten pflegebedürftiger Personen realisiert werden können. Eine Person-zentrierte und stärker pflegefachlich ausgerichtete häusliche Pflege kann über eine Erhöhung der Selbständigkeit der Pflegebedürftigen hinaus auch posi-

tive Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit der professionell Pflegenden haben und zudem zur Entlastung, Resilienzsteigerung und Kompetenzstärkung informell Pflegenden beitragen.

Es wurden innovative Projekte identifiziert, in denen Pflegedienste neue Rollen übernehmen, wie z. B. das Case-Management.³ Ein umfassendes Case-Management in der Versorgung älterer, chronisch kranker sowie pflegebedürftiger Personen ist international Standard und wird seit einigen Jahren von vielen Akteur:innen, unterstützt durch die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, auch in Deutschland gefordert (Braeseke et al. 2018). Das Case- bzw. Fallmanagement führt zur Zielerreichung grundsätzlich zwei Ebenen zusammen:

- die individuelle Ebene der Klient:innen, indem durch persönliche Interaktion der/des

3 „Case Management 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“ (Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management 2012).

TABELLE 2 Soziale Innovationen im Bereich der Arbeitsorganisation

Merkmale	Voraussetzungen	Nutzenpotenziale
<ul style="list-style-type: none"> • Selbstorganisation und partizipative Entscheidungsfindung • Flexible Arbeitszeiten • Flexibler Personaleinsatz • Abwechslungsreiche Tätigkeiten • Neue Formen der Kommunikation und Dokumentation • Coaching- und Weiterbildungsangebote • Netzwerkarbeit und Einbezug informeller Hilfen • Personelle Konstanz in der Versorgung • Digitalisierung der Tourenplanung • Dienübergreifender Personaleinsatz 	<ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung und Einübung neuer (Zusammen-) Arbeitsformen • Hinreichende fachliche Qualifizierung und persönliche Eignung über pflegerisch-fachliche Kompetenzen hinaus • Technische Infrastruktur (z. B. Software) • (Um-)Verteilung der Aufgaben • Bereitschaft aller beteiligten Akteur:innen sich einzubringen • Anpassung gesetzlicher Rahmenbedingungen und veränderte Vergütungsregelungen (Abrechnung über Stundensätze, Personalüberlassung, Zusammenlegung von SGB V und SGB XI Leistungen, Umsatzsteuerrecht) • Förderung von Anfangsinvestitionen 	<p>Pflegebedürftige:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Höhere Versorgungssicherheit • Personelle Kontinuität in der Versorgung und teilweise besserer Betreuungsschlüssel <p>Informell Pflegenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entlastung durch Mobilisierung und Einbezug informeller Hilfen <p>Professionell Pflegenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Höhere Berufszufriedenheit • Geringere Fluktuation • Mehr Autonomie/Gestaltungsmöglichkeiten • Bessere Passung zwischen Arbeitsethos und Arbeitsrealität (weniger Zeitdruck/mehr zeitliche Flexibilität) • Bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf durch verbindliche und flexible Arbeitszeiten • Physische und psychische Entlastung • Informationsfluss und Qualitätssicherung effektiver und effizienter

Quelle: IGES

| BertelsmannStiftung

Fallmanager:in mit der pflegebedürftigen Person die Förderung der Selbstmanagementfähigkeiten und die Stärkung der Selbstverantwortung erreicht werden soll, und

- die institutionelle Ebene, wo es um die Unterstützung bei der Inanspruchnahme, die Koordination von Leistungen sowie den Aufbau von Kooperationsbeziehungen zu verschiedenen Leistungserbringern geht (ebd.: 22).

Ein Person-zentrierter Ansatz und der Erhalt bzw. die Stärkung gesundheitlicher Ressourcen sowie der Selbstpflegefähigkeiten⁴ von Pflegebedürftigen ist beim Buurtzorg-Modell ebenso zentral wie die sich selbst organisierenden Pflegeteams. Anstelle der Erbringung standardisierter, verrichtungsbezogener Einzelleistungen bzw. Leistungskomplexe werden zunächst die individuellen pflegerischen und sozialen Unterstützungsbedarfe der Klient:innen ganzheitlich – d. h. von medizinischen und rehabilitativen über pflegerische bis hin zu persönlichen und sozialen Aspekten – erhoben (Leichsenring 2015: 23). Dafür wird das gesamte Umfeld der Klient:innen einbezogen und auf dieser Grundlage ein individueller Versorgungsplan erstellt. Statt die Leistungen an den Defiziten der zu pflegenden Person auszurichten, liegt der Fokus auf den verbleibenden Ressourcen und auf der Frage, wie diese wieder gestärkt werden können. Abgerechnet wird nicht, wie hierzulande, nach verrichteten Tätigkeiten, sondern nach einem pauschalen Stundensatz. Hinzu kommt, dass maximal drei bis vier Pflegekräfte für eine zu pflegende Person zuständig sind, um eine möglichst ganzheitliche Bezugspflege (personelle Konstanz in der Versorgung) zu gewährleisten. Die Person-zentrierte Herangehensweise in Verbindung mit einem konsequenten Case-Management hat sowohl bei den zu versorgenden Personen als auch bei den Pflegekräften zu höherer Zufriedenheit geführt (ebd.: 25). Aber nicht nur die gesundheitliche und selbstpflegerische Kompetenz der zu Pflegenden wird von den Pflegeteams aktiv gestärkt. Auch die informellen Netzwerke und pfe-

genden Angehörigen werden in ihren Tätigkeiten zunächst professionell angeleitet und haben jederzeit die Möglichkeit, Hilfestellungen in Anspruch zu nehmen (ebd.).

Auch in den an Buurtzorg angelehnten Modellen wird die Versorgung stärker an den individuellen Bedürfnissen der pflegebedürftigen Personen ausgerichtet und das Konzept der Bezugspflege mit einem Fokus auf den Erhalt bzw. die Reaktivierung von Selbständigkeit der zu Pflegenden realisiert.

Im Projekt Daheim aktiv, das im Zeitraum 2010 bis 2013 mit Mitteln des Modellprogramms gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI gefördert wurde, wurden Maßnahmen entwickelt und erprobt, die über die damaligen (verrichtungsorientierten) Leistungen der Landesrahmenverträge hinausgingen. Ziel des Projektes waren die Förderung und der Erhalt eines selbstbestimmten Alltagslebens pflegebedürftiger Personen und deren sozialer Teilhabe. Im Zentrum standen interdisziplinär gestaltete und am Alltagsleben orientierte Aktivierungs- und Trainingsmaßnahmen (z. B. gezieltes Gehtraining), Edukation und Beratung der hilfe- und pflegebedürftigen Person sowie der pflegenden Angehörigen. Der „Aktivierungskomplex“, der in den ambulanten Pflegediensten erprobt wurde, beinhaltete pflegerische, ergotherapeutische, edukative und beratende Elemente. Kernelement war die Qualifizierung von Pflegekräften zu sogenannten Aktivierungscoaches durch Ergotherapeut:innen. Diese erstellten ein umfassendes Assessment, auf dessen Grundlage zusammen mit den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen ein Aktivierungsplan ausgearbeitet wurde. Potenziale, die durch das Projekt realisiert werden konnten, waren neben der gezielten Förderung der gesundheitlichen Ressourcen der pflegebedürftigen Personen zum einen die Entlastung pflegender Angehöriger durch Beratung und zum anderen eine im Vergleich zur Regelversorgung geringere Inanspruchnahme stationärer Versorgung.

Welche Potenziale die gezielte Bewegungs- und Gesundheitsförderung für beruflich Pflegenden und pflegebedürftige Personen birgt, hat auch das Projekt EvA in Bewegung der Stiftung Evangelisches Alten- und Pflegeheim Gemünd gezeigt, zu der ein

⁴ Der Begriff „Selbstpflege“ ist ein Schlüsselbegriff der Pflegetheorie von Dorothea Orem (1971). Unter Selbstpflege versteht man Handlungen, die auf das Selbst oder die Umwelt gerichtet sind – mit dem Zweck, den Zustand der Gesundheit so lange wie möglich aufrechtzuerhalten (Klug 2014).

ambulanter Pflegedienst gehört. Auf Basis eines speziell entwickelten Fortbildungsprogramms werden alle Mitarbeiter:innen zur Thematik Bewegung und Mobilität im Alter sowie zum Einsatz unterschiedlicher Hilfsmittel in der Pflege geschult. Mittels eines interdisziplinären Arbeitskreises mit Beschäftigten aus Pflege und Betreuung erfolgt der Transfer in den Praxisalltag, u. a. mit Beratung bei baulichen Veränderungen, mit Schulungen und Anleitungen in der Häuslichkeit, persönlichen Beratungen in besonderen Bewegungs- und Belastungssituationen und mit besonderen Themenwochen. Das Projekt wurde mit dem „AltenpflegePreis“ 2018 ausgezeichnet. Es verzeichnete eine hohe Mitarbeiter:innenzufriedenheit und -bindung sowie nach eigenen Angaben 40 Prozent weniger Erkrankungen des Bewegungsapparates bei den Beschäftigten. Die Ausbildung von Multiplikator:innen im Projekt führt zudem zu einer nachhaltigen Verankerung der Thematik in den Arbeitsprozessen und zur systematischen Weitergabe der Erkenntnisse an weitere Beschäftigte.

Mit Blick auf die hohe Prävalenz von Muskel-Skelett-Erkrankungen sowohl bei beruflich Pflegenden als auch bei pflegenden Angehörigen ist das derzeit noch laufende Projekt ExoHaptik von hoher Relevanz für die Erschließung von Verbesserungspotenzialen: Um Wohnungsanpassungen effizienter zu gestalten und ergonomisches Arbeiten mit Pflegenden durch Kraftrückkopplung via Exoskelett einzuüben, wird MR-Technologie („Multi-User-Mixed-Reality“) zur Simulation unterschiedlicher Wohnumgebungen eingesetzt. Ziel ist es, die Körperhaltung und -wahrnehmung zu verbessern und dadurch die körperliche Belastung im Alltag zu reduzieren. Mit der Technologie kann auch gezielt zur Wohnraumgestaltung beraten werden, und es können Schulungen für Pflegenden zur Kompetenzsteigerung durchgeführt werden.

Versorgung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen

Besondere Herausforderungen sind bei der Versorgung der wachsenden Zahl von Menschen mit Demenz zu verzeichnen. Die für diese Zielgruppe identifizierten innovativen Versorgungsansätze

umfassen neben speziellen Wohnformen Beratungs-, Begleitungs- und Entlastungsangebote für Angehörige, intelligente Notfallketten und ein sektorenübergreifendes Konzept.

Ein zielgruppenspezifisches Beratungsangebot für demenziell erkrankte Menschen und deren Angehörige wurde mit dem mobilen Beratungsbüro „MobiDem“ entwickelt. Das ab 2012 als Modellprojekt geförderte Angebot wurde im Rhein-Erft-Kreis von 2015 bis Ende 2019 als Regelangebot mit finanzieller Beteiligung der Kommunen umgesetzt. Das Konzept kombinierte eine trägerneutrale, kostenfreie offene „Sprechstunde“ und vereinbarte Beratungstermine im mobilen Beratungsbüro (Beratungsbus) und begleitete auf Wunsch die Ratsuchenden auch längerfristig. Dadurch ließen sich sowohl die Lebensqualität von Betroffenen steigern als auch Angehörige entlasten. Das niedrigschwellige Beratungsangebot trug dazu bei, demenziell Erkrankten einen längeren und sicheren Verbleib in der Häuslichkeit zu ermöglichen. Beratende in diesem Konzept waren einerseits professionelle Berater:innen und andererseits geschulte Freiwillige, welche ihre Tätigkeit sowohl hauptamtlich als auch ehrenamtlich durchführten. Durch den Einsatz der mobilen Beratung an 14 Standorten im Rhein-Erft-Kreis konnte der hohe Bedarf an Beratung zum Thema Demenz besser gedeckt werden. An den mehr als 1.265 Beratungen beteiligten sich 23 Kooperationspartner der Wohlfahrtspflege, von Krankenhäusern und privaten Pflegeanbietern mit über 60 Berater:innen. Da sich die Bedürfnisse der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen mittlerweile gewandelt haben, sollten im Laufe des Jahres 2020 verschiedene neue Beratungsangebote aufgebaut werden, u. a. die Einrichtung einer „Demenz-Musterwohnung“, in der Pflegebedürftige und pflegende Angehörige wichtige Informationen erhalten werden, wie der häusliche Wohnraum im Fall von Pflegebedürftigkeit und Demenz gestaltet werden kann (Rhein-Erft-Kreis 2019).

Aufgrund des deutlich höheren Betreuungs- und Zeitaufwandes in der Versorgung von demenziell erkrankten Pflegebedürftigen bieten innovative Angebote zur Entlastung und Betreuung einen hohen Mehrwert für pflegende Angehörige. Um pflegende Angehörige auch am Abend

zu unterstützen, gibt es in Essingen im Johanner-Pflegewohnhaus am Seltenbach in Kooperation mit dem Förderverein Essinger Seniorenbetreuung e. V. freitags alle zwei Wochen von 17:30 bis 21:00 Uhr ein Nachtcafé für Menschen mit Demenz. Das Betreuungsangebot folgt einem festen Programmablauf und ist gleichzeitig vielfältig: Es umfasst Aktivitäten aus dem kreativen, musischen, spielerischen sowie biografischen Bereich, gibt Möglichkeiten zu Bewegung, Gedächtnistraining oder persönlichen Gesprächen und beinhaltet ein gemeinsames Essen. Auf diese Weise wird die Lebensqualität demenziell Erkrankter gesteigert, ihre soziale Teilhabe wird gefördert und pflegende Angehörige werden am Abend entlastet. Neben professionell Pflegenden werden zur Betreuungsunterstützung auch Ehrenamtliche aus der Gemeinde eingebunden.

Ein hohes Potenzial zur Sicherstellung einer autonomen und familienorientierten Versorgung von Menschen mit Demenz, zur Unterstützung pflegender Angehöriger und zur Aufrechterhaltung der häuslichen Versorgung bietet die Qualifizierung von beruflich Pflegenden mit Berufserfahrung zur Dementia Care Nurse (DCN) im Rahmen einer Zusatzausbildung zum Advanced Nurse Practitioner. Im Vordergrund dieser besonderen Qualifizierung für Pflegefachkräfte, die bis voraussichtlich 2021 in einem Pilotprojekt an der Universität Halle-Wittenberg entwickelt und erprobt wird, stehen das eigenständige Arbeiten nach den Prinzipien evidenzbasierter Pflege und, aufgrund der Qualifikation, auch die Übernahme von Tätigkeiten anderer Professionen. Neben der Entlastung pflegender Angehöriger und der Verbesserung der Qualität in der Demenzpflege steht auch die Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs im Fokus. Die DCN berät pflegende Angehörige umfassend zu unterschiedlichen mit der Demenzerkrankung in Zusammenhang stehenden Themenbereichen, darunter beispielsweise zur Gestaltung des Alltags, zur Wohnraumgestaltung, zur Planung von Entlastungsangeboten, zur Vermittlung zu regionalen Angeboten oder zur Finanzierung von Leistungen. Damit bietet sie für pflegende Angehörige nicht nur eine kontinuierliche und kostenfreie Ansprechperson, die auf Wunsch auch in die Häuslichkeit kommt, sondern trägt durch das Case-Management zusätzlich

in hohem Maße zur Entlastung bei. Das Konzept DCN fußt auf dem Person-zentrierten Ansatz von Kitwood (1997). Ein wesentliches Versorgungsziel stellen das Vermeiden von Krankenhausaufhalten bzw. die Verringerung der stationären Verweildauer dar, da die negativen Nebenwirkungen für Menschen mit Demenz meist gravierend sind.

Auch der Einsatz innovativer Technologien kann zur Steigerung der Selbständigkeit, zur Stärkung und zum Erhalt individueller Kompetenzen und Ressourcen von demenziell erkrankten Pflegebedürftigen sowie zur Entlastung Pflegenden beitragen. Gleichzeitig können sie die längere Aufrechterhaltung des häuslichen Pflegesettings ermöglichen. Vielversprechende Potenziale für die Zielgruppe haben insbesondere Ortungs- und Monitoringsysteme.

Das Projekt Quartrback, als Teil des im nachfolgenden Abschnitt 3.2.3 beschriebenen innovativen Projektes WohnenPLUS, bietet mittels virtueller Begleitung auf Spaziergängen, Arztbesuchen oder Einkäufen Unterstützung für Menschen mit Demenz und deren Angehörige an. Über ein zentrales Service Center Pflege (SCP) erhalten sie bei Bedarf Hilfe außerhalb der eigenen Wohnung. Genutzt wird ein Ortungsgerät, mit dem eine Sprechverbindung zum SCP aufgebaut und der Standort der Person bestimmt werden kann. Auf diese Weise wird die Eigenständigkeit der pflegebedürftigen Personen gestärkt, und Angehörige werden entlastet (sowohl zeitlich als auch mental).

Erkenntnisse zur Nachhaltigkeit und Wirksamkeit sowie zu notwendigen Voraussetzungen

Um eine Person-zentrierte und ganzheitliche Bezugspflege zu gewährleisten, müsste – so führen die Vertreter:innen der an Buurtzorg angelehnten Modelle einstimmig an – eine zeitbezogene Vergütung anstelle verrichtungsbezogener Leistungskomplexe vereinbart werden:

„Das Vergütungssystem durch Fallpauschalen ist ein Hemmnis. Es soll eine bestimmte Leistung in kürzester Zeit erfolgen und daher sind die Fallpauschalen sehr niedrig. Um z. B. auf 40 Euro betrieblichen Erlös zu kommen, müssen allein vier Behandlungspflegen erfolgen. Hier fragt man sich: Wie kann man das Vergütungssystem klüger gestalten und trotzdem der Allgemeinheit nicht mehr Kosten aufbürden?“ (Care Team GmbH)

Im Rahmen der Begleitforschung zum Projekt Daheim aktiv konnte nicht nachgewiesen werden, dass die Umsetzung eines „Aktivierungskomplexes“ positive Auswirkungen in Form eines Funktionszugewinns der Pflegebedürftigen hat. Allerdings konnten eine Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation und eine deutliche Reduktion des subjektiven Schmerzempfindens nachgewiesen werden. Infolge der Intervention traten auch weniger Krisen auf bzw. konnten solche besser bewältigt werden, da es im Vergleich weniger akutstationäre Aufnahmen gab, und der Verbleib im häuslichen Setting war länger. Die Pflegequalität insgesamt verbesserte sich in Bezug auf Mobilisierung, Transfer (z. B. Rollstuhl – Bett) und Hilfsmittelversorgung. Vor allem die pflegenden Angehörigen empfanden es als entlastend, einen kontinuierlichen Ansprechpartner zu haben, was erneut auf die Vorteile eines Case-Managements hinweist (selbst wenn dies nur ansatzweise erfolgt). Die Thematik der gezielten Aktivierung und Mobilisierung pflegebedürftiger Personen in der ambulanten Versorgung ist in Anbetracht des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach wie vor aktuell. Das im Projekt Daheim aktiv entwickelte Konzept sowie die Qualifizierung von Pflegekräften zu Aktivierungscoaches sollten daher erneut bewertet werden.

Bezüglich der Finanzierung hätte sich das Modell Daheim aktiv in die Vergütungsstruktur der ambulanten Pflege nur als zusätzlicher Leistungskomplex integrieren lassen. Die Pflegekassen waren jedoch der Ansicht, dass die Leistungsinhalte die gesetzlich verankerte „aktivierende Pflege“ gemäß § 28 SGB XI übersteigen.

„Um diese Leistung in die Regelversorgung zu übernehmen, ist es daher notwendig, eine Vergütungssystematik zu entwickeln.“ (Schweizer & Kammerhoff 2013)

Dabei gäbe es zwei Formen der Realisierung:

1. die Aufnahme des Aktivierungskomplexes in den ambulanten Leistungskatalog und die Vereinbarung einer kostendeckenden Vergütung mit den Kostenträgern,
2. die Nutzung der geschaffenen Möglichkeit durch das Pflegeneuausrichtungsgesetz (§ 89 Abs. 3 SGB XI), nach Zeitaufwand abzurechnen.

Das MobiDem-Beratungsangebot wurde wissenschaftlich von der Technischen Universität Dortmund und der Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V begleitet und als übertragbar auf andere Regionen eingeschätzt, wenn sich die beteiligten lokalen Akteur:innen vernetzen sowie ein Fahrzeug zur Verfügung gestellt wird. Das Essinger Nachtcafé wird zum Teil aus der ambulanten Betreuungspauschale der Leistungsempfänger:innen nach SGB XI finanziert. Sofern die Gesamtfinanzierung und die personellen Ressourcen sichergestellt werden können, ist das Konzept einfach übertragbar. Die Weiterführung des DCN-Qualifizierungsprogrammes über die Halle School of Health Care wird angestrebt. Das Projekt Quartrback schließlich soll nach der Testphase 2020 regelhaft in den Markt eingeführt werden. Die bundesweite Übertragbarkeit ist zwar als technisch möglich zu bewerten, allerdings bleibt unklar, inwieweit die Anwendung trägerunabhängig angeboten werden kann (Träger ist derzeit die Evangelische Heimstiftung).

Zusammenfassung der Potenziale

In den identifizierten Projekten können personelle Ressourcen sowohl der pflegebedürftigen Personen und Angehörigen als auch der professionell Pflegenden aktiviert werden: durch Beratung und Techniknutzung sowie durch die Förderung und den Erhalt der körperlichen wie auch der geistigen Fähigkeiten, zudem durch die Erschließung von Präventionspotenzialen (u. a. Vorbeugung von berufsbedingten Erkrankungen).

In Tabelle 3 sind die zentralen Merkmale der Innovationen, die Voraussetzungen für ihre Umsetzung und ihre Nutzenpotenziale zusammenfassend dargestellt.

3.2.3 Vernetzung: Umfeld und Quartier

Ein Kernpunkt in vielen Modellen und Konzepten sozialer Innovationen ist die Vernetzung verschiedener am Versorgungsprozess beteiligter Akteur:innen, das sogenannte Care-Management. Dabei werden – einzelfallunabhängig – zwischen verschiedenen Leistungserbringern (z. B. Krankenhaus und niedergelassene Ärzt:innen oder Pflegedienste) verbindlich Standards bzw. Versorgungspfade für die Zusammenarbeit definiert (Festlegung von Zuständigkeiten, Einigung über die bereitzustellenden Daten, Versorgungsziele etc.). Die Zielgruppen und beteiligten Akteur:innen dieser Projekte sind vielfältig. Angesichts der sektoral gegliederten Versorgungslandschaft in Deutschland einerseits und des umfassenden Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs bei Pflegebedürftigkeit andererseits bietet eine möglichst reibungslose, integrierte Versorgung ein substantielles Effizienzpotenzial. Dies gilt auch über die Gesundheits- und Pflegeversorgung hinaus mit Blick auf soziale Bedarfe und Teilhabe.

Durch Vernetzung und Beteiligung verschiedener Akteure, wie z. B. Wohnungsbaugesellschaften, Pflegedienste, Sozialdienste oder Kommunen, werden vielfältige Angebote für Menschen in unterschiedlichen Lebensphasen sowie Möglichkeiten für Pflegebedürftige geschaffen, länger in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben. Das zentrale Ziel ist die Vermeidung oder Verzögerung der Aufnahme der Pflegebedürftigen in die stationäre Langzeitpflege.

Ein weiteres Charakteristikum vieler Modelle und Konzepte sozialer Innovationen in der ambulanten Langzeitpflege ist die Vernetzung von professionell und informell Pflegenden bzw. das Knüpfen von Netzwerken informeller Hilfen. Dadurch werden nicht nur die Pflegefachkräfte, sondern auch pflegende Angehörige entlastet. Das damit implizit stattfindende Case-Management trägt zur Optimierung der Versorgung bei, da vorhandene Leistungsangebote besser genutzt und aufeinander abgestimmt werden. Pflegedienste, die solche Konzepte umsetzen, bestätigen eine geringere Fluktuation der Beschäftigten und eine hohe Zufriedenheit der Klient:innen.

TABELLE 3 Soziale Innovationen im Bereich des Pflegeprozesses

Merkmale	Voraussetzungen	Nutzenpotenziale
<ul style="list-style-type: none"> • Person-zentrierter Ansatz • Case-Management • Förderung der Selbstständigkeit Pflegebedürftiger durch Technikeinsatz • Bezugspflege • Kompetenzstärkung und niedrigschwellige Beratungsangebote für informell Pflegenden • Kompetenzstärkung professionell Pflegenden 	<ul style="list-style-type: none"> • Finanzierungsbeteiligung der Kommunen (bspw. durch den Landkreis wie beim Projekt MobiDem) und Anschlussfinanzierungen nach Projektförderung • Bereitstellung technischer Infrastruktur und Förderung der Technikakzeptanz bei Älteren • Kostenübernahme der Pflegekassen • Vergütungsform, die flexible und bedarfsgerechte Leistungserbringung ermöglicht (z. B. zeitbezogene Vergütung) 	<p>Pflegebedürftige:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen • Förderung der Selbstständigkeit • Längerer Verbleib in der Häuslichkeit • Sicherstellung der häuslichen Pflege <p>Informell Pflegenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entlastung durch Beratung • Entlastung durch professionelle Betreuung und Förderung der Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen <p>Professionell Pflegenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Steigerung der Attraktivität des Berufsfeldes • Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen • Steigerung der Professionalität durch Weiterbildung (Case-Management, Dementia Care Nurse)

Quelle: IGES

BertelsmannStiftung

Hinzu kommen als charakteristisches Merkmal sozialer Innovationen die Bündelung knapper Ressourcen und die gemeinsame Nutzung von Wissen und Kapazitäten in informellen und formalen Netzwerken (vgl. Abschnitt 3.1). Im Netzwerk SONG haben sich soziale Dienstleister und politische Akteur:innen mit dem Ziel zusammengefunden, den aufgrund der gesellschaftlichen Entwicklung notwendigen Wandel des Sozialsystems voranzutreiben. Als Projektgrundlage diente zunächst die vergleichende Evaluation einzelner sozialer Projekte (2006–2009) der Netzwerkpartner im Altenhilfesystem. Anhand von erfolgreich in der Praxis erprobten Lösungen wurden übergreifend sechs Prinzipien identifiziert, die Erfolgsfaktoren für ein nachhaltiges Sozialmodell sind (Netzwerk SONG 2018: 9ff.):

1. **Sozialraumorientierung:** „Ausschließlich vor Ort im Sozialraum lassen sich bürgerschaftliche Teilhabe- und professionelle Versorgungsangebote in gemeinsamer Verantwortung zu einem ganzheitlichen Welfare-Mix verbinden“ (ebd.: 10). Unterschiedliche Lebensbedingungen erfordern unterschiedliche Maßnahmen.
2. **Partizipation:** Es gilt, die „Selbst- und Mitverantwortung der Menschen in ihren kleinen Lebenskreisen zu stärken“ (ebd.: 13) und gemeinsam mit den Bürger:innen und Akteur:innen vor Ort Maßnahmen zu planen und umzusetzen.
3. **Welfare-Mix:** „Das Ziel ist der Wechsel von weitgehend statischen Leistungskatalogen und in Säulen gefangenen Akteuren hin zu einem flexiblen Mix aus Generationen übergreifenden Wohn- und Betreuungsformen, Nachbarschaftshilfe, professioneller Medizin, Pflege und Rehabilitation und zivilgesellschaftlich getragenen Teilhabemöglichkeiten im öffentlichen Raum“ (ebd.: 14).
4. **Kooperation:** „Durch die Kooperation mit anderen Akteuren vor Ort, in welche die Beteiligten ihre jeweils spezifischen Fähigkeiten einbringen, entsteht ein Mehrwert für alle“ (ebd.: 17).
5. **Innovation:** Der Einsatz innovativer Technologien und digitaler Anwendungen erfolgt im „Welfare-Mix“ dort, „wo sie die Arbeit der in Assistenz und Pflege Tätigen erleichter[n] und

die Chancen auf ein selbständigeres und möglichst selbstbestimmtes Leben, mehr Teilhabe und eine bessere Lebens- und Versorgungsqualität für die Menschen erhöh[en]“ (ebd.: 18).

6. **Transformation:** „Die kooperative Produktion von Wohlfahrt [...] erfordert ein neues Rollenverständnis gemeinnütziger Träger“ und daher „den Aufbau neuer Haltungen und Kompetenzen in den eigenen Organisationen sowie die Weiterentwicklung von Arbeitsweisen und Organisationsstrukturen“ (ebd.: 20).

Die Netzwerkpartner teilen die Inhalte aus ihren Praxisprojekten, entwickeln ihre Ansätze gemeinsam in Arbeitsgruppen weiter und stellen ihre Ergebnisse der Allgemeinheit zur Verfügung. Die Broschüre „Neu denken, mutig handeln“ (Netzwerk SONG 2018) enthält einleitend ein Fallbeispiel, an dem, ausgehend von der aktuellen Versorgungssituation („Ist“), die „Soll“-Vorstellung einer ambulanten, vernetzten und quartiersbezogenen Versorgung skizziert wird. Weiterhin werden zu jedem der sechs SONG-Prinzipien ein bis zwei konkrete Praxisbeispiele vorgestellt, z. B. zum Thema „Transformation“ die gemeinsam von den SONG-Partnern geschaffenen neuen Qualifizierungsmöglichkeiten „Dienstleistungs- und Netzwerkmanagement“, „Sozialraumassistenz“ sowie „Bürgerinnen und Bürger im Quartier“. Letztere lernen Methoden und Instrumente kennen, die notwendig sind, um aktive Nachbarschaften zu gestalten, das Miteinander der Menschen im Sozialraum zu stärken und so vor allem bürgerschaftliche Potenziale zu mobilisieren (ebd.: 20). Ein Praxisbeispiel für den „Welfare-Mix“ ist das unten ausführlicher beschriebene Modell Wohnen-PLUS der Evangelischen Heimstiftung Stuttgart.

Vernetzung im Quartier und innovative Wohnkonzepte

Seit über 20 Jahren verbindet das sogenannte Bielefelder Modell die Aspekte Wohnen, (pflegerische) Versorgung und soziale Teilhabe im Quartier, damit Menschen mit und ohne Hilfe- und Pflegebedürftigkeit so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit verbleiben können. Ziele dieses Modells sind die Gewährleistung eines hohen Maßes an Versorgungssicherheit und Lebensqualität au-

ßerhalb von institutionalisierten Pflege- oder Betreuungsformen und die Schaffung eines vielfältigen Angebots für Menschen in allen Lebensphasen im Quartier. Grundlage des Bielefelder Modells ist eine verbindliche Kooperationsvereinbarung zwischen einem Wohnungsunternehmen und einem oder mehreren ambulanten Pflegediensten. Das professionelle Leistungsangebot wird ergänzt durch ehrenamtliche Unterstützung wie z. B. Nachbarschaftshilfe (Wingenfeld et al. 2020).

Kern des Bielefelder-Modells ist die Wohnanlage. Neben den Mietwohnungen umfasst sie

- das Quartiers- und Pflegebüro, das als Stützpunkt des ambulanten Dienstes, als Beratungsstelle für Quartiersbewohner:innen sowie als Anlaufstelle für Kooperationspartner dient,
- ein durch Ehrenamtliche organisiertes Wohncafé, das an jedem Standort niedrigschwellige Hilfen, Freizeitangebote oder auch Maßnahmen der Gesundheitsförderung anbietet,
- mindestens eine Pflegewohnung, die kurzfristig beleg- und befristet nutzbar ist, etwa bei Krisen, der Notwendigkeit einer Entlastung von Angehörigen oder nach Krankenhausaufenthalt (ebd.: 17).

Die ambulanten Dienste, die gemeinsam mit den Wohnungsunternehmen Träger des Standorts sind, übernehmen Case-Management-Funktionen, indem sie z. B. spezialisierte Dienste einschalten und beraten. In Notfällen ist gewährleistet, dass innerhalb weniger Minuten Hilfe geleistet wird. Allerdings können die Mieter:innen der Wohnanlage auch einen ambulanten Dienst wählen, der nicht Kooperationspartner des jeweiligen Standorts ist. Grundsätzlich gilt, dass nicht mehr als zwei Drittel der Bewohnerschaft einen dauerhaften Hilfe- und Pflegebedarf aufweisen sollten, um zu vermeiden, dass die Wohnanlage als Pflegeeinrichtung eingestuft wird und unter die Heimgesetzgebung fällt. Ziel ist es aber, den Bewohner:innen des Quartiers bzw. der Wohnanlage die Sicherheit zu geben, dass bei einsetzender Pflegebedürftigkeit direkt und ohne einen Wohnungswechsel ein stabiles Hilfenetz und profes-

sionelle Unterstützungsleistungen zur Verfügung stehen und nicht erst von Grund auf organisiert werden müssen. Die Versorgungssicherheit wird dabei ohne Betreuungs- bzw. Servicepauschale gewährleistet. Die Mischung aus frei finanzierten und öffentlich geförderten Wohnungen ermöglicht es auch Personen mit geringerem Einkommen, eine barrierefreie Wohnung zu beziehen.

„Durch das Bielefelder Modell können hochgradig Pflegebedürftige und palliative Patienten eher in ihrer eigenen Häuslichkeit leben, Grenzen der ambulanten Versorgung konnten deutlich verschoben werden.“ (BGW Bielefeld)

Zudem gibt es einen „positiven und hohen Effekt in der Prävention: Hilfebedarf wird früher erkannt, niedrigschwelliger Zugang ermöglicht frühere Intervention, durch Netzwerkarbeit weniger Einsamkeit (...)“ (ebd.). Weitere Vorteile, die sich für ambulante Pflegedienste und ihre Beschäftigten aus der Quartiersnähe ergeben, sind (vgl. Wingenfeld et al. 2020: 24):

- erheblich reduzierte Wege und Wegezeiten, die Verwendung von Fahrrädern ist prinzipiell möglich,
- dadurch Verringerung des verkehrsbedingten und durch allgemeine Zeitknappheit bedingten Stresspotenzials für beruflich Pflegende,
- vereinfachte Touren- und Dienstplanung,
- Möglichkeit des gezielteren Personaleinsatzes entsprechend der Qualifikation, da sich aus der Tourenplanung ergebende Restriktionen verringern,
- bessere Sichtbarkeit des ambulanten Dienstes im Quartier, was einen vereinfachten Zugang zu neuen Klient:innen ermöglicht.

Mittlerweile wird das Modell an 14 Standorten in Bielefeld (Stand 03/2020) und auch in anderen Städten umgesetzt (Wingenfeld et al. 2020: 4).

Die Vorteile quartiersnaher Angebotsstrukturen zur Verringerung des (Zeit-)Aufwandes für beruflich Pflegende und pflegende Angehörige haben

auch andere Pflegedienste erkannt. Als Beispiel ist hier etwa der Wiesbadener Pflegedienst Thomas Rehbein zu nennen, der es sich zum Ziel gemacht hat, neue Wege in der ambulanten wie stationären Versorgung zu finden, um den negativen Folgen des demografischen Wandels und des Fachkräftemangels entgegenzusteuern. Im Wiesbadener Quartier „Eigenheim/Komponistenviertel“ wurde eine ortsnahe, fußläufige und zukünftig technikunterstützte (beispielsweise videounterstützte Medikamentengabe) Quartierspflege etabliert.

Durch die enge Vernetzung von Pflegedienst und Quartier in einem gemeinsamen Quartiersbüro mit Nachtpflegedienst ist eine 24-stündige Versorgung (auch Schwerst-)Pflegebedürftiger in der Häuslichkeit möglich. Dies bedeutet auch weniger Stress (u. a. durch den Wegfall langer Wegezeiten) und mehr Zufriedenheit für Mitarbeitende sowie eine personelle Kontinuität für die Klient:innen.

*„Keine stationäre Einrichtung, aber den Menschen kann eine fast stationäre Sicherheit gegeben werden.“
(Pflegedienst Thomas Rehbein)*

Vernetzung und Schaffung von alternativen Wohnformen im Alter oder bei Pflegebedürftigkeit mit dem Ziel, Pflegebedürftigen eine möglichst lange selbständige, selbstbestimmte und teilhabende Wohnmöglichkeit in eigener Häuslichkeit im vertrauten Quartier oder im betreuten Wohnen zu ermöglichen: Das wird durch die innovativen Ansätze der Evangelischen Heimstiftung mit WohnenPLUS und speziell für die Zielgruppe der an Demenz Erkrankten mit der ambulanten Demenz-Wohngemeinschaft Duisburg, in freigemeinnütziger Trägerschaft, etabliert.

Das Modell WohnenPLUS beruht auf dem Prinzip der geteilten Verantwortung, d. h., Angehörige sowie Bezugspersonen aus dem persönlichen Helfernetz (z. B. Nachbar:innen, Kirchengemeinde, Vereine) arbeiten mit den professionellen Diensten zusammen („Bürger-Profi-Mix“). Um dabei verlässliche Hilfestrukturen zu schaffen, werden Teilhabevereinbarungen zwischen den Klient:innen sowie deren Bezugspersonen geschlossen. Grundsätzlich bietet WohnenPLUS zwei Möglichkeiten alternativer Wohnformen an: Zum einen gibt es für Menschen mit Pflegegrad Pflege-

wohnungen, die mit alltagsunterstützenden Assistenzsystemen ausgestattet sind. Diese umfassen technische und sensorische Komponenten sowohl für die Wohnung, z. B. einen Hausnotruf mit Aktivitätserkennung, als auch für soziale Interaktion und Teilhabe, z. B. ein „digitales schwarzes Brett“ auf einem seniorenfreundlichen Tablet. Um die Mieter:innen der Pflegewohnungen im Umgang mit der Technik zu „schulen“, wurde ein regelmäßiger Stammtisch zum gegenseitigen Austausch etabliert, bei dem auch die Anbieter für Hilfestellung zur Verfügung stehen. Durch einen 24-Stunden-Service ist eine Versorgung rund um die Uhr möglich. Darüber hinaus gibt es ambulant betreute Wohngemeinschaften für 8 bis 12 pflegebedürftige Personen mit eingeschränkten Alltagskompetenzen. Im Alltag und rund um die Uhr begleitet werden die Bewohner:innen von speziell dafür ausgebildeten Alltagsbegleiter:innen. Auch hier ist es das Ziel, Versorgungssicherheit und eine hohe Präsenz von Hilfen durch die Zusammenarbeit von Alltagsbetreuer:innen, pflegenden Angehörigen und ambulanten Pflegediensten zu schaffen. Im Rahmen eines öffentlichen Quartierstreffs und eines Veranstaltungsprogramms haben die Bewohner:innen von Wohnen-PLUS darüber hinaus die Möglichkeit, auch mit den Bürger:innen des Quartiers in Kontakt und in Austausch zu kommen.

Eine gezielte regionale Vernetzung nutzt auch die Demenz-Wohngemeinschaft Duisburg zur Sicherstellung der Versorgung: Über ein engmaschiges Vernetzungssystem kommen bei nicht mobilen Bewohner:innen die Kooperationspartner (Haus- und Fachärzt:innen, Physiotherapeut:innen und auch alle weiteren an der ambulanten Versorgung beteiligten Dienstleister) in die Wohngemeinschaft. Auf diese Weise findet ein permanenter Austausch im Rahmen der Hilfeplanung statt. Darüber hinaus sind die kommunale Vernetzung und die Zusammenarbeit mit unabhängigen Institutionen, wie insbesondere mit der Alzheimergesellschaft, weitere wichtige Bausteine der Gesamtkonzeption.

Vernetzung des Umfeldes

Die Gestaltung der pflegerischen Infrastruktur und deren bedarfsgerechte Weiterentwicklung

(Care-Management) kann durch Beratung und Vernetzung vorangetrieben werden. In Sachsen-Anhalt, wo das Land keine Pflegestützpunkte errichtet hat, sondern stattdessen das Konzept einer „vernetzten Pflegeberatung“ verfolgt wird, versorgt das Netzwerk Gute Pflege Magdeburg Ratsuchende, wie beispielsweise Pflegebedürftige, informell und formell Pflegende oder Ehrenamtliche, mit Informationen zur lokalen Hilfestruktur und versucht dabei alle regional verfügbaren Angebote (Wohnen, vorpflegerische Hilfen, Pflege, stationäre Versorgung) zu berücksichtigen. Zudem übernimmt es die Koordination der lokalen Akteur:innen im Bereich Pflege (Netzwerk Gute Pflege Magdeburg o. J.). Damit ermöglicht das Netzwerk ein individuelles Case-Management, das durch die „vernetzte Pflegeberatung“ nicht geleistet wird. Grundlage der gemeinsamen Arbeit ist dabei eine Kooperationsvereinbarung. Die Potenziale dieser Vorgehensweise und Vernetzungstätigkeiten liegen in dem niedrigschwelligem Zugang zu Beratung und Information, der damit verbundenen längeren Aufrechterhaltung der häuslichen Pflege und einem selbstbestimmten Wohnen im Quartier. So wird etwa eine sogenannte Überleitungskarte eingesetzt, um sicherzustellen, dass die/der Pflegebedürftige nach dem Krankenhausaufenthalt wenn möglich in die Häuslichkeit entlassen und die Einweisung in ein Pflegeheim vermieden wird. Darüber hinaus ist es das Ziel, Pflegebedürftigkeit durch Prävention zu vermeiden, pflegende Angehörige zu entlasten, die Teilnahme Pflegebedürftiger und deren Angehöriger am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen sowie Pflegebedürftigkeit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu etablieren. Nicht zuletzt schließlich kann durch einen derartigen vernetzten Beratungs- und Versorgungsansatz die Attraktivität von regionalen Strukturen für die Bevölkerung und für professionelle Dienstleister gesteigert werden.

Ein innovatives Konzept zur Vermeidung der Einweisung von demenziell Erkrankten in eine stationäre Einrichtung im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt ist das Projekt „SEBKam“, das bis Juni 2020 im Saarland erprobt wurde. Mittels einer sektorenübergreifenden Betreuungslösung an der Schnittstelle SGB V und SGB XI wurden Betreuungskräfte von ambulanten Diensten

(§ 45b SGB XI) im Akutkrankenhaus eingesetzt, um Demenzerkrankten dort Tagesstrukturierung, Beschäftigung, Orientierung und emotionale Unterstützung zu gewähren. Ziel des Projekts war es herauszufinden, wie eine sektorenübergreifende Kontinuität von Aktivierung und Betreuung an der Schnittstelle von ambulanter Versorgung und Akutkrankenhaus umgesetzt werden kann, um die Krankenhausaufenthalte für Demenzerkrankte schonender zu gestalten und es ihnen dadurch zu ermöglichen, anschließend in einem guten Zustand wieder in die gewohnte Umgebung zurückzukehren (iso-Institut 2019).

Auch im Buurtzorg-Modell in den Niederlanden ist die gezielte Vernetzung von informellen (z. B. Familie, Nachbarschaft, Ehrenamt) und formellen (z. B. Ärzt:innen, Apotheken, Therapeut:innen) Akteur:innenn ein wichtiger Baustein. Diese Netzwerke werden durch die selbstorganisierenden Pflegeteams im Rahmen des Case Managements aufgebaut und koordiniert. Ziel dieses Ansatzes ist es, professionell Pflegende effektiver einzusetzen und pflegende Angehörige zu entlasten. Das damit stattfindende Case-Management trägt zur Optimierung der Versorgung bei, da vorhandene Leistungsangebote besser genutzt und aufeinander abgestimmt werden. In Deutschland wird eine solche Vernetzung teilweise auch angestrebt; sie lässt sich aber aufgrund der Sektorentrennung und mangelnder Kooperationsbereitschaft vonseiten der Ärzteschaft nur schwer realisieren. Pflegedienste, die derartige Konzepte umsetzen, bestätigten eine geringere Fluktuation der Beschäftigten und eine hohe Zufriedenheit der Klient:innen.

Infolge des Rückgangs des Familienpflegepotenzials entstehen auch neue Kooperationsformen im Bereich ehrenamtlicher Unterstützung bzw. des Austauschs von Hilfeleistungen unter den Betroffenen. Hier ist die technische Entwicklung ein Treiber, der es ermöglicht, Angebot und Nachfrage kostengünstig über große Distanzen hinweg zusammenzubringen. Es bedarf dabei aber ergänzender Koordinierungs- und Schulungsleistungen sowie eines klaren Regelwerkes, damit Rechtssicherheit und Qualität gewährleistet werden können. Eines dieser innovativen, überregionalen Unterstützungsnetzwerke mit der Einbindung von

Pflegefachkräften und der Aktivierung von ehrenamtlichen Helfern ist das Helferportal deinNachbar e.V aus München. Das Online-Portal bringt Organisationen, freiwillige Helfer:innen und Hilfesuchende zusammen.

„Soziale Versorgung innerhalb von 24 Stunden in Deutschland flächendeckend kostengünstig und qualitativ hochwertig gewährleisten.“ (dein-Nachbar e.V)

Zu den Dienstleistungen zählen u. a. Pflegeberatung, Pflegeschulung, Qualitätssicherung, Hilfen im Alltag und andere Betreuungsleistungen. Hauptamtliche Pflegefachkräfte beraten hilfsbedürftige ältere Menschen und deren Angehörige rund um das Thema Pflege und schulen diese bei Bedarf in der häuslichen Umgebung. Auch ehrenamtliche Helfer:innen werden für ihren Einsatz geschult.

„Logistik und Digitalisierung werden mit dem Bereich Pflege verknüpft.“ (deinNachbar e.V)

In diesem Unterstützungsnetzwerk wird über ein Punktesystem die gegenseitige Hilfe gelenkt: Wer unterstützt, sammelt Punkte und bekommt bei Bedarf Unterstützung zurück. Über die digitale Vernetzung wird ein niederschwelliger Zugang für Ehrenamtliche via App möglich. Zudem unterstützt das Helferportal auch bei der Abrechnung mit den Leistungsträgern (u. a. Pflegekassen).

Ebenfalls technologiebasiert ist das Projekt MoCaB (Mobile Care Backup – Mobile Begleitung für pflegende Angehörige), das von der Johanner-Unfall-Hilfe e.V, der Medizinischen Hochschule Hannover und weiteren Partnern durchgeführt wird. Durch eine individuelle, persönliche Hilfe in pflegefachlichen Fragen, die Bereitstellung von Fachwissen in konkreten Pflegesituationen durch Künstliche Intelligenz (KI), ein digitales Pfl egetagebuch, eine Austauschplattform und durch psychosoziale sowie pflegefachliche Unterstützung mittels eines mobilen Assistenzsystems werden informell Pflegenden entlastet. Sensoren erfassen relevante Daten aus dem Alltag, so dass verschiedenste Situationen erkannt werden und das System gegebenenfalls Hilfestellungen geben kann. Krisen können durch dieses zeitnahe Angebot an Bewältigungsstrategien vermieden werden

– ein Effekt, der auch zur Steigerung der Resilienz bei pflegenden Angehörigen beiträgt.

Ein weiterer innovativer Ansatz mit dem Ziel, entfernt lebende pflegende Angehörige miteinander zu vernetzen und dadurch zu entlasten, ist das Projekt AniTa (Angehörige im Tausch). Der Kern der Innovation liegt darin, durch die Vernetzung eine distanzüberwindende Versorgung Pflegebedürftiger zu ermöglichen. Die Vernetzung, die über eine Website erfolgt, wird durch ein wissenschaftliches Projektteam der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg koordiniert. Die Tauschpartnerschaft umfasst z. B. Betreuungsleistungen oder Unterstützung im Alltag und bei Arztbesuchen. Ein Engagement ist in diesem Projekt auch ohne eigene Verantwortung gegenüber einem pflegebedürftigen Angehörigen möglich – das bedeutet, dass sich auch andere Ehrenamtliche im Netzwerk engagieren können. Ausgeschlossene Unterstützungsleistungen in diesem Modell sind Pflegeleistungen, finanzielle Aspekte und Unterstützung im Haushalt. Das Projekt AniTa wurde bis Juni 2020 mit Fördermitteln im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3 SGB XI durch den GKV-SV finanziert.

Auch das Projekt Vereinbarkeitslotsen Pflege und Beruf in Brandenburg vernetzte und entlastete mittels Einsatz von zwei Sozialarbeiterinnen als Vereinbarkeitskoordinatorinnen pflegende Angehörige. Ziel des Projektes war es u. a., durch zielgerichtete Beratung pflegende Angehörige länger im Beruf halten zu können, individuelle Lösungen zur Realisierung der Beschäftigungsfähigkeit zu entwickeln sowie häusliche Pflegearrangements zu stabilisieren, um die Inanspruchnahme von stationären Pflegeleistungen zu verzögern oder gar zu verhindern. Als Ergänzung der Pflegestützpunkte im Bundesland Brandenburg wurden besagte Koordinator:innen eingesetzt, um zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu beraten und interessierte Bürger:innen als Lotsen zu schulen. Diese haben dann hauptsächlich Personen aus dem näheren sozialen Umfeld (Verwandte, Kolleg:innen) beraten. Des Weiteren wurden in dem Projekt auch Unternehmen sensibilisiert, betriebliche Lotsen zu etablieren und die Notwendigkeit zu erkennen, für die Beschäftigten zielgerichtete, individuelle Maßnahmen zu ergrei-

fen und Vereinbarkeitslösungen zu entwickeln. Schließlich wurde auch ein Handbuch zur Schulung von Vereinbarkeitslotsen erarbeitet, welches die Aufgaben, Herausforderungen und Tätigkeitsfelder etc. beschreibt und im Internet zur Verfügung steht (ISG Institut für Soziale Gesundheit an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin 2014).

Erkenntnisse zur Nachhaltigkeit und Wirksamkeit sowie zu notwendigen Voraussetzungen

Das Bielefelder Modell zeigt, nach Aussage eines Verantwortlichen im vertiefenden Interview, die

„Notwendigkeit gemeinsamer Finanzierungskonzepte! Dies erfordert ein Heranziehen der Kommunen, denn viele unterschiedliche Akteure profitieren vom Modell, deshalb sollte es eine konzertierte Aktion aller Akteure geben.“ (Bielefelder Modell)

Das Bielefelder Modell hat einen umfassenden, SGB-übergreifenden Versorgungsansatz (integrierte Versorgung). Die unterschiedliche Refinanzierung einzelner Leistungen, so wurde es im Interview angesprochen, sei ein Hemmnis: *„Individuelle Leistungen haben einen rechtlichen Rahmen auch zur Finanzierung“,* hingegen besäßen *„Ehrenamt und Quartiersbezug und die Sozialraumorientiertheit (kollektiv) eine fragile Refinanzierung ohne rechtlichen Rahmen. Daher ist eine Projektmittelfinanzierung zwingend notwendig.“* Teilweise könnten nach Projektende stabile Strukturen nicht weitergeführt werden. Durch nicht vorhandene Refinanzierungen in Teilbereichen ist das Modell fragil und in der Nachhaltigkeit beschränkt. Die überregionale Übertragbarkeit wiederum wird bestätigt, wenn die notwendigen Voraussetzungen, wie z. B. barrierefreier und bezahlbarer Wohnraum oder das Vorhandensein sozialer Dienstleister, gegeben sind.

Aus der Recherche ging hervor, dass der Wiesbadener Pflegedienst Thomas Rehbein anfangs große Eigeninvestitionen vornehmen musste. Zunächst erkannten die Kassen die ambulanten Leistungen nicht im vollen Umfang an, da sie das Quartiersbüro und die fußläufig erreichbaren Klient:innen als eher stationäre Langzeitversorgung deklarieren. Nach ausführlicheren Verhandlungen werden

die Leistungen mittlerweile von der Kasse übernommen. Das Modell Eigenheim/Komponistenviertel ist nach dieser schwierigen Anlaufphase als nachhaltig zu bewerten. Im Interview wurde hervorgehoben, dass die *„Pflegekassen das Vorgehen [die Nutzung des Quartiersbüros durch den Pflegedienst] zunächst abgelehnt haben, wodurch die langen Fahrtwege weiterhin vorhanden waren“* und es somit anfangs keine Zeitersparnis gab.

„Rahmenregelungen (Rahmenvertrag) von Pflegekassen wären zukünftig von Vorteil, das schafft auch Rechtssicherheit für andere.“ (Pflegedienst Thomas Rehbein)

Zum Thema Übertragbarkeit wurde angegeben, dass *„es keine ‚Blaupause‘“* gebe, *„aber nach Anpassungen auf den jeweiligen Betrieb ist das Modell übertragbar.“* Das Modell Eigenheim/Komponistenviertel gibt hinsichtlich der Wirksamkeit eine Veränderung im Personalschlüssel bei der Versorgung an: *„vorher: 1 zu 5; jetzt: 1 zu 6“* (eine Vollzeitkraft für 5 bzw. 6 Pflegebedürftige). Zudem seien Mitarbeitende zufriedener, was einen positiven Effekt auf die Versorgung habe. *„Kunden sind zufriedener und fühlen sich sicherer. Wir beobachten einen immensen Kundenzulauf.“* Möglich sei dies durch den direkten Kontakt in den Quartiersmanagementbüros. Die erbrachten Pflegeleistungen werden im Rahmen der Regelfinanzierung abgerechnet. Allerdings gibt es aufgrund der Kooperation mit dem Wohnungsanbieter kostenfreie Mieträume für den Pflegedienst, was zu einer Mietkostensparnis führt und das Projekt finanzierbar macht.

Für eine nachhaltige Weiterführung bedarf es beim Helferportal deinNachbar e.V. einer größeren Offenheit für Digitalisierung und soziale Innovationen, um Veränderungen im *„flächendeckenden Denken“* sowie *„Denken in Service-Leveln im ambulanten Bereich“* zu bewirken. Zudem müssten neben der Optimierung der internen Prozesse, damit soziale Organisationen logistisch effizient arbeiten können, auch Anreize geschaffen werden, *„damit das Ehrenamt professionalisiert wird, z. B. mittels Schulungen, Optimierung der Prozessabläufe und [der Involvierung von] Fachkräfte[n]“.* Die regionale Übertragbarkeit wurde bestätigt. Optimal wäre es, *„wenn eine Skalierung durch die Gründung*

von weiteren Niederlassungen vorgenommen werden könnte und eine Kooperation mit anderen Organisationen stattfindet“. Zudem wären pro Niederlassung „verteilt auf drei Jahre, bis sich das Konzept selbst trägt, 300.000–350.000 € hochrisikobehaftetes Kapital nötig“. Das Helferportal deinNachbar e. V wird „aus Kostengründen“ nicht wissenschaftlich evaluiert. Der Interviewte nannte folgende Ergebnisse des vergangenen Jahres:

„Wir haben einen enormen Hebel: 2,5 Pflegefachkräfte für 1.800 Einsatzstunden und die Versorgung von 333 Patienten, das wäre (...) äquivalent zu 13 Vollzeitstellen.“ (deinNachbar e. V)

Zur Realisierung des Projektes hat der Initiator einen „privaten signifikanten sechsstelligen Darlehensbetrag“ investiert. Bislang gab es, neben einer „kleinen Förderung vom Bayerischen Landesministerium“, keine Fördermittel aus öffentlicher Hand.

MoCaB (Mobile Begleitung für pflegende Angehörige) wurde während der Laufzeit 2016 bis 2019 vom BMBF gefördert. In der derzeitigen zweijährigen Verwertungsphase werden Möglichkeiten zur Finanzierung sondiert, um „aus dem Prototypen ein marktreifes Produkt entwickeln und vermarkten zu können“. „Wenn alle Rahmenbedingungen stimmen“, sei das Projekt übertragbar, auch überregional. „Es gibt an vielen Stellen innerhalb der App die Möglichkeit zur Individualisierung, was die Übertragbarkeit steigert, z. B. für die Anwendung bei Krankenkassen als Angebot für Versicherte.“ Die Einführung der Datenschutzgrundverordnung war ein Stolperstein. Die EU-DSGVO sei „im Moment noch eine Hürde“ und bremse Projekte aus. Dadurch konnten Sensorik-Funktionen nicht wie ursprünglich geplant eingebaut werden. Aufgrund der Entwicklungen im Bereich der digitalen Gesundheitsanwendungen gibt es gute Aussichten, das Projekt über die Krankenkassen weiter zu finanzieren. Auch werden derzeit noch Partner zur Weiterentwicklung der App gesucht. Das Modellprojekt MoCaB wurde wissenschaftlich evaluiert, die Ergebnisse wurden bislang jedoch noch nicht veröffentlicht.

Das Konzept Vereinbarkeitslotsen Pflege und Beruf ist „100 Prozent übertragbar, auch überregional, da alle Indikatoren und Instrumente weiterhin vorhanden sind“. Im Projektverlauf wurde heraus-

gearbeitet, dass die rechtlichen Rahmenbedingungen „nicht mit den jeweiligen Situationen der pflegenden Angehörigen kompatibel“ waren. Aus diesen Gründen bedürfe es einer Anpassung und Flexibilisierung des Familienpflegezeitgesetzes und des zinslosen Darlehens.

„Pflege wird immer anspruchsvoller und da muss der Gesetzgeber auch mehr Möglichkeiten bereitstellen.“ Dabei sollten „nicht immer nur große Lösungen, sondern auch die kleinen Lösungen als sinnvoll betrachtet werden: Beispielsweise wurde eine Broschüre entwickelt, wo Arbeitgeber, pflegende Angehörige etc. beschrieben haben, wie ihre individuellen Lösungen aussehen (Verlängerung der Mittagszeit zum Pflegen etc.).“ (Vereinbarkeitslotsen Pflege und Beruf)

Die Finanzierung des Modellprojektes Vereinbarkeitslotsen Pflege und Beruf erfolgte aus Mitteln des SGB XII (Kostenerstattung für Modellvorhaben). Die Ergebnisse zeigten zwar, dass die Kosten für die „Hilfe zur Pflege“ des Landkreises Oderspree gesenkt werden konnten, allerdings gibt es keine Hinweise, in welchem Maße die zusätzlichen Koordinator:innen direkten Einfluss darauf hatten. Aufgrund fehlender finanzieller Mittel konnte das Modellprojekt, trotz positiver Ergebnisse, nach Beendigung 2016 nicht weitergeführt werden.

Zusammenfassung der Potenziale

Auf Grundlage der vorangegangenen Darlegung projektübergreifender Merkmale und Potenziale lassen sich folgende Kernelemente innovativer Praktiken zur Vernetzung ableiten:

1. Dauerhafte Vernetzung von sozialen Dienstleistern, um langfristig einen Wandel im Sozialsystem zu erreichen (Care-Management)
2. Trägerübergreifende Verständigung auf die Konzeption des künftigen Sozialmodells und sozialpolitische Einflussnahme auf die Weiterentwicklung des Sozialsystems
3. Überwindung von Schnittstellenproblemen (SGB V und XI sowie XII) durch integrierte Versorgung und Zusammenführung unterschiedlicher Beratungsangebote (sowie ergänzt um Case-Management)

- 4. Entwicklung neuer Angebots-, Organisations- und Qualifikationsstrukturen (v. a. quartiersbezogene Ansätze unter Beteiligung von Wohnungsbaugesellschaften, Pflege- und Sozialdiensten, Kommunen etc.)
- 5. Aktivierung sozialer Ressourcen durch Vernetzung informeller Akteur:innen („Bürger-Profi-Mix“)
- 6. Nutzung von digitalen Lösungen zur Vernetzung
- 7. Mittels eines digital gesteuerten Unterstützungsnetzwerkes Versorgungslücken bei hilfe- und pflegebedürftigen Menschen schließen
- 8. Überwindung von Distanzen durch Vernetzung von entfernt lebenden Angehörigen (Tauschpartnerschaft, um Versorgung von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen zu sichern) oder mittels Telecare fachliche Unterstützung pflegender Angehöriger
- 9. Einsatz von Koordinatoren zur Entlastung von berufstätigen pflegenden Angehörigen

In der folgenden Tabelle 4 sind die zentralen Merkmale der Innovationen, Voraussetzungen für die Umsetzung und die Nutzenpotenziale zusammenfassend dargestellt.

TABELLE 4 Soziale Innovationen im Bereich der Vernetzung von Umfeld und Quartier

Merkmale	Voraussetzungen	Nutzenpotenziale
<ul style="list-style-type: none"> • Vernetzung zwischen Angehörigen und Ehrenamtlichen • Vernetzung zwischen formeller und informeller Pflege • Vernetzung zwischen Gesundheits- und Sozialdienstleistern (Ärzt:innen, Sozialdienst, Essen auf Rädern, Physiotherapie etc.) • Vernetzung zwischen Pflege und lokalen Institutionen (Kommunen, Unternehmen wie z. B. Wohnungsbaugesellschaften, Fachhochschulen) • Quartiersbezug 	<ul style="list-style-type: none"> • Bereitschaft zur Beteiligung aller relevanten Akteur:innen • Bereitschaft von Wohnungsbaugesellschaften Räumlichkeiten zur Verfügung zu stellen • Bereitschaft zu Eigeninvestitionen • Einbindung und Schulung von Ehrenamtlichen • Anpassung der Rahmenverträge der Pflegekassen • Gemeinsame Finanzierungsmodelle bzw. Geschäftsmodelle • Bezahlbarer Wohnraum • Technische Voraussetzungen, Datenschutz • Einführung integrierter Betreuungslösungen (SGB V und SGB XI) 	<p>Pflegebedürftige:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selbstbestimmtes Leben mit hoher Versorgungssicherheit durch 24-h-Bereitschaft • Bedarfsgerechte Pflegeangebote • Längerer Verbleib in der Häuslichkeit • Soziale Teilhabe • Erhöhung der Patient:innensicherheit und Reduktion von Komplikationen im Krankenhaus <p>Informell Pflegenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entlastung durch Netzwerke • Höhere Sicherheit durch Verfügbarkeit fachlicher Anleitung (Telecare) • Entlastung durch individuelle Lösungen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf <p>Professionell Pflegenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zeiteinsparung durch kürzere Wege • Steigerung der Attraktivität des Berufes durch bessere interdisziplinäre Kooperation und Arbeitsteilung • Verringerter Personaleinsatz • Weiterentwicklung von Quartiersstrukturen und des Sozialsystems • Überwindung von Sektorengrenzen SGB V und SGB XI

Quelle: IGES

| BertelsmannStiftung

4 Fazit und Handlungsempfehlungen

Die Studie unterstreicht einmal mehr, dass die ambulante pflegerische Versorgung zukünftig vielen Herausforderungen gegenübersteht. Infolge des demografischen Wandels wird die Zahl der älteren und pflegebedürftigen Menschen deutlich steigen (von 3,4 Millionen Pflegebedürftigen 2017 auf geschätzt 5,1 Millionen bis 2050), bei gleichzeitigem Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials. Aber nicht nur die Zahl der Pflegebedürftigen, sondern auch deren durchschnittliches Alter wird künftig steigen. Aktuell liegt das Durchschnittsalter der ambulant versorgten Pflegebedürftigen bei rund 72 Jahren; etwa die Hälfte von ihnen ist älter als 80 Jahre. Die Recherchen haben zudem verdeutlicht, dass auch die familiäre Situation Auswirkungen auf die individuellen Bedarfe von Pflegebedürftigen hat. Zwar lebt die Mehrheit der Pflegebedürftigen mit einer oder mehreren Personen in einem Haushalt, aber auf ein Drittel der Personen mit Pflegebedarf trifft das nicht zu, sie leben bereits heute allein.

Diese Faktoren führen zu einem Anstieg des Pflege- und Unterstützungsbedarfs, da beispielsweise mit höherem Alter ein Anstieg der Krankheitslast sowie das vermehrte Vorliegen mehrerer Erkrankungen (Multimorbidität) verbunden sind. Zudem gilt: Je höher der Pflegegrad, desto zeitaufwendiger und intensiver ist der Unterstützungsbedarf. Daraus ergeben sich auch steigende Aufwände für informell Pflegende, was wiederum starken Einfluss auf die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf sowie die körperliche und psychische Belastung pflegender Angehöriger hat.

Da drei Viertel der Pflegebedürftigen im häuslichen Setting versorgt werden, kommt der professionellen Pflege im ambulanten Sektor eine besondere Rolle zu. Die Recherchen haben deutlich

gezeigt, dass innovative Lösungsansätze sowie Anpassungen der Rahmenbedingungen vonnöten sind, um sowohl die Pflegequalität und die Versorgung der Pflegebedürftigen sicherzustellen als auch Bedingungen zu schaffen, die geeignet sind, den Verbleib im Pflegeberuf zu stärken. Aus diesen Gründen müssen die auf allen Ebenen vorhandenen, bisher ungenutzten Ressourcen und Potenziale zur Verbesserung der ambulanten Pflege erschlossen werden. Dafür brauchen wir einen Wandel in der Versorgung sowie auch veränderte Rahmenbedingungen, unter denen neue Versorgungsformen erfolgreich umgesetzt werden können.

Die vorliegende Studie erbrachte Erkenntnisse zu Innovationspotenzialen und zum Innovationsgeschehen in der ambulanten pflegerischen Versorgung. Des Weiteren konnten mit ihr projektübergreifende Muster hinsichtlich der Erfolgskriterien und Hemmnisse herausgearbeitet werden. In einer Literatur- und Internetrecherche sowie in ergänzenden Expert:inneninterviews konnten 26 Projekte zu sozialen Innovationen in der ambulanten Langzeitpflege im nationalen Raum identifiziert und hinsichtlich ihrer Potenziale für die Bewältigung der Herausforderungen in der ambulanten pflegerischen Versorgung analysiert werden.

Die innovativen Vorgehensweisen adressieren am häufigsten die Verbesserung der Art und Weise der Leistungserbringung. Neben der Erhöhung der Produktivität in der Pflege durch eine Optimierung betrieblicher Prozesse und durch den gezielten Einsatz von Technik treten hier die Reduzierung der Arbeitsbelastung sowie die Förderung und der Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit der Pflegekräfte. Angesichts der aktuellen

Arbeitsmarktsituation ist es nicht verwunderlich, dass die Einrichtungen zunehmend Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitszufriedenheit und Mitarbeiter:innenbindung ergreifen.

Weiterhin ist es das Ziel innovativer Ansätze, die Versorgungsqualität in der Pflege zu erhöhen. Dazu finden sich Projekte mit dem Schwerpunkt Vernetzung und neuen Rollen für Pflegedienste und Pflegepersonal, wie das Case- und das Care-Management. Infolge des Rückgangs des Familienpflegepotenzials und immer weiter entfernt lebender Angehöriger entstanden auch neue, digital unterstützte Kooperationsformen im Bereich informeller Pflege. Hier ist die technische Entwicklung ein Treiber, der es ermöglicht, Angebot und Nachfrage kostengünstig über große Distanzen hinweg zusammenzubringen. Es bedarf dabei aber ergänzender Koordinierungs- und Schulungsleistungen sowie eines klaren Regelwerkes, damit Rechtssicherheit und Qualität gewährleistet werden können.

Eine wichtige, übergreifende Erkenntnis aus der Gesamtschau der Modelle und Ansätze ist, dass es vielfältige Ansatzpunkte und Potenziale für Verbesserungen gibt, die alle gleichermaßen von Bedeutung sind. Diese Erkenntnis wurde auch von den interviewten Expert:innen gespiegelt. Es wird also nur dann gelingen, die künftigen Herausforderungen zu meistern, wenn an vielen Stellen gleichzeitig Veränderungen umgesetzt werden – im Hinblick sowohl auf die bessere Nutzung personeller Ressourcen der pflegebedürftigen Personen (Gesundheitsförderung und Prävention, Edukation und Anleitung) als auch auf organisationale Ressourcen (Verbesserung der Strukturen und Prozesse, der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit) und Ressourcen auf Systemebene (neue Formen der Kooperation und Governance, bürgerschaftliches Engagement etc.). Daraus resultierend sollte die Frage leitend sein, wie die Umsetzung dieser komplexen Maßnahmen im Sinne der Benennung von Ermöglichungsstrukturen gelingen kann.

Auf Grundlage der Analysen der Projekte sozialer Innovationen und der vertiefenden Interviews konnten in der Gesamtschau folgende Ansatzpunkte für besser genutzte und aktivierte Ressourcen identifiziert werden:

- Stärkung des Selbstpflegepotenzials und der Autonomie von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen
- Gezielte Stärkung der Selbstmanagementfähigkeiten und der Gesundheitskompetenz (Health Literacy) pflegebedürftiger Personen mittels Edukation und Anleitung (auch pflegender Angehöriger)
- Präventive und gesundheitsförderliche Ausrichtung und Vorgehensweisen, auch zur Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit von Pflegekräften
- Veränderung der Arbeitsorganisation in der ambulanten Pflege (mehr Entscheidungsspielräume für Pflegekräfte, (kleine) selbstorganisierende Pflegeteams, Kompetenzerweiterung der Pflegefachkräfte, Pflegekräftepool zur Sicherstellung der Einsatzzeiten)
- Einführung von Case-Management-Tätigkeiten für professionell Pflegende
- Einbindung und Stärkung des Ehrenamts und informeller Netzwerke
- Vernetzung unterschiedlicher professioneller Akteur:innen durch verbindliche Kooperationsverträge und ein Netzwerkmanagement (Care-Management)
- Digitalisierung und/oder Technikunterstützung in der Pflege zur effektiven Umsetzung und Unterstützung innovativer Vorgehensweisen

Eine Quantifizierung der Potenziale recherchierter sozialer Innovationen auf volkswirtschaftlicher Ebene ist angesichts der meist fehlenden oder noch laufenden Evaluationen bzw. Studien nicht leistbar. Lediglich zur Illustration der möglichen Potenziale sollen noch einmal das Beispiel Buurtzorg aus den Niederlanden angeführt und auf der Grundlage von zwei Pflegediensten, Eva und Pflegedienst Rehbein, einige Beispielrechnungen vorgenommen werden.

TABELLE 5 Hochrechnung vermiedener krankheitsbedingter Fehlzeiten pro Jahr

Anzahl Pflegekräfte (Vollzeit) in ambulanten Diensten (2017)	Verringerung jährlicher Krankheits-tage/Vollzeitkräfte bei Reduktion von Erkrankungen des Bewegungsapparates um 40 % und 20 %	Vermiedene Krankheitstage gesamt	Entspricht Anzahl Vollzeitkräfte/Jahr (bei 210 Arbeitstagen)
160.000 Vollzeitkräfte	-2,22 (40 %)	-355.200 Tage	1.691 Vollzeitkräfte
160.000 Vollzeitkräfte	-1,11 (20 %)	-177.600 Tage	846 Vollzeitkräfte

Quelle: IGES, auf Basis Pflegestatistik 2017

| BertelsmannStiftung

Die Verbindung der alternativen Arbeitsorganisation mit einer Person-zentrierten Herangehensweise und einem konsequenten Case- und Care-Management hat in den Niederlanden sowohl bei den zu versorgenden Personen als auch bei den Pflegekräften zu höherer Zufriedenheit geführt und dazu beigetragen, dass sich Buurtzorg dort seit seiner Gründung zum größten Anbieter ambulanter Pflege entwickelt hat. Die bislang erzielten Erfolge des Modells zeigen dessen weitreichende Potenziale: Neben einer überdurchschnittlich hohen Zufriedenheit der Beschäftigten und Klient:innen konnte in den Niederlanden eine Kostenreduktion von rund 20 Prozent für die Sozialversicherung nachgewiesen werden. Gründe sind u. a. die konsequente Einbeziehung von informeller Pflege (z. B. nachbarschaftliche Organisation der Versorgung) und der damit verbundene geringere professionelle Versorgungsaufwand durch die Reduzierung der professionellen Pflegestunden wie auch die gezielte Förderung der Selbständigkeit der Pflegebedürftigen. Des Weiteren konnten aufgrund eines geringeren Verwaltungsaufwands höhere Löhne für Pflegefachkräfte gezahlt werden.

Aus Angaben des Projektes EvA in Bewegung ging hervor, dass infolge der Maßnahmen zur Gesundheitsförderung professionell Pflegenden am Arbeitsplatz (Schulungen mit Schwerpunkt Mobilität und Bewegung sowie Ausstattung mit Hilfsmitteln) 40 Prozent weniger Erkrankungen des Bewegungsapparates bei den Beschäftigten zu verzeichnen waren. Krankheitsbedingte Fehlzeiten aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen stehen bei Altenpflegekräften an erster Stelle: 2018 fehlten die Beschäftigten über alle Branchen hinweg im Schnitt 2,61 Tage – bei Altenpfleger:innen waren es mit 5,55 Tagen 113 Prozent mehr (Techni-

ker Krankenkasse 2019: 31). Könnte bei allen Pflegekräften (Fach- und Hilfskräften) in ambulanten Diensten eine 40-prozentige Reduktion von Erkrankungen des Bewegungsapparates erreicht werden, ergäben sich zusätzlich zur Verfügung stehende Personalressourcen von knapp 1.700 Vollzeitkräften pro Jahr. Würde nur eine 20-prozentige Verringerung erreicht, wären es immerhin noch 846 Vollzeitkräfte pro Jahr (Tabelle 5).

Ein zweites, einfaches Rechenbeispiel kann anhand der Angaben des Vertreters des Pflegedienstes Rehbein (Modell Eigenheim/Komponistenviertel) vorgenommen werden. Dort konnte, wie bereits erwähnt, folgende Veränderung des Personalschlüssels erreicht werden: „Vorher: 1 zu 5; jetzt: 1 zu 6“, d. h., je Pflegekraft kann, insbesondere durch Einsparung von Wegezeiten (Büro im Quartier, viele Klient:innen an einem Ort) eine Person mehr versorgt werden. Hochgerechnet wären das bundesweit bei rund 160.000 Vollzeitkräften 160.000 Pflegebedürftige mehr, die versorgt werden könnten; im Jahr 2017 hätte das ein Plus von 19 Prozent bedeutet (2017 wurden 830.000 pflegebedürftige Personen von ambulanten Pflegediensten versorgt).

Die Ergebnisse der Studie zeigen trotz begrenzter Möglichkeiten der Quantifizierung von Potenzialen die Notwendigkeit sozialer Innovationen zur Bewältigung der beschriebenen Herausforderungen. Dies gilt einmal mehr angesichts der aktuellen Pandemie-Situation: Interviewpartner:innen berichteten, dass durch Technikeinsatz (Video-konferenzen) und Telepflege direkte Kontakte reduziert werden konnten, ohne die Qualität der Versorgung zu gefährden – das in den selbstorganisierten Pflegeteams herrschende gegensei-

tige Vertrauen und die Verantwortungsübernahme hätten es ermöglicht, sich schnell und reibungslos auf die besondere Situation einzustellen. Durch kleine, dezentral organisierte Teams sei auch die Infektionsgefahr geringer. Im Wiesbadener Quartier „Eigenheim/Komponistenviertel“ habe die räumliche Nähe des Pflegedienstes den Bewohner:innen Sicherheit vermittelt und Ängste reduziert. Der Vertreter des Bielefelder Modells verwies auf die stärkere Nachbarschaftsbindung, die dazu geführt haben könnte, dass Einsamkeit trotz Corona nicht so stark ausgeprägt war. Die Talea GmbH kommt zu einer ähnlichen Bewertung: Die Pflegedienstübergreifende Koordination des Personaleinsatzes habe sich auch in Krisenzeiten bewährt, und es sei kaum zu Versorgungsproblemen gekommen.

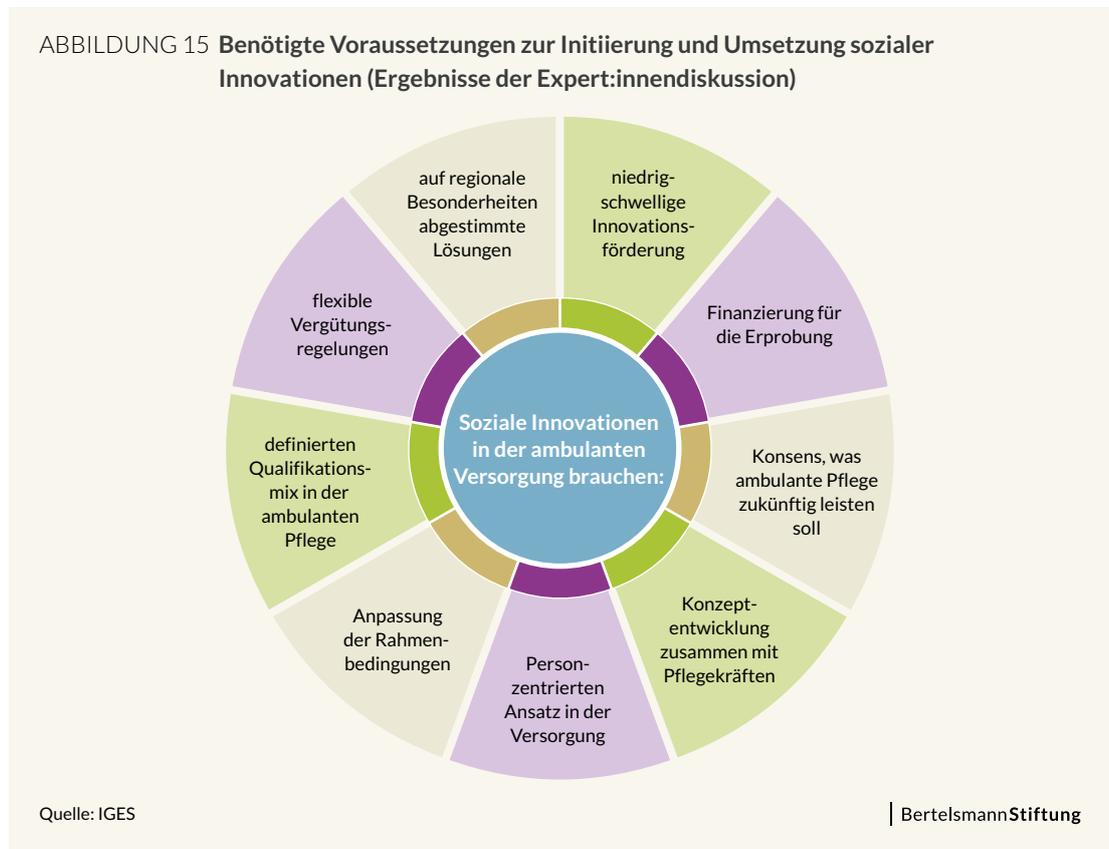
Neben der Bewertung der Wirksamkeit und Effektivität ist es notwendig, die Voraussetzungen zur Umsetzung bzw. die Ermöglichungsstrukturen näher zu betrachten. Bei den identifizierten förderlichen oder hemmenden Faktoren hinsichtlich der (langfristigen) Realisierung innovativer Ansätze steht oftmals der Finanzierungsaspekt im Mittelpunkt: Kaum eines der im Rahmen der vorliegenden Studie untersuchten Projekte sozialer Innovationen konnte bisher in die „Regelversorgung“ überführt werden. Selbst das seit über 20 Jahren mit Erfolg etablierte Bielefelder Modell hat immer noch mit mangelnder Refinanzierung zu kämpfen. Die Koordinierungsfunktion, die für eine quartiersbezogene, ganzheitliche Versorgung mit Leistungsansprüchen aus unterschiedlichen Sozialgesetzen unabdingbar ist, erfordert zusätzliches Personal, was in den einzelnen Sektoren jeweils nicht vorgesehen ist. Case- und Care-Management können von den Fachkräften nicht „nebenbei“ geleistet werden.

Um Sozialunternehmer:innen zu stärken und soziale Innovationen voranzutreiben, hat sich im Jahr 2017 das Social Entrepreneurship Netzwerk Deutschland e. V unter dem Dach des Bundesverbandes Deutsche Startups e. V (BVDS) gegründet. Im deutschen Social Entrepreneurship Monitor wird die Bewegung seit 2018 jährlich erfasst und bewertet (Scharpe & Wunsch 2019). Trotz der Innovationskraft, die von Sozialunternehmen ausgeht, stehen soziale Innovationen in Deutsch-

land noch am Anfang und müssen viele Hürden überwinden. Während die privaten Unternehmen oft aufgrund des Wettbewerbes zu Innovationen gezwungen sind, tut sich der öffentliche Sektor schwer, damit Schritt zu halten. Einzelne Regelungen in den Leistungsgesetzen oder Vereinbarungen der Selbstverwaltung hemmen die Herausbildung effizienter Anbieterstrukturen und bieten wenig Anreiz zur Optimierung betriebswirtschaftlicher Prozesse.

In der ambulanten Pflege würden insbesondere durch eine Anpassung der Vergütungsstrukturen oder mittels verstärkter Förderung mehr soziale Innovationen forciert. Im Rahmen der Expert:innendiskussion wurde dazu beispielsweise die Idee und Forderung eines „Pflege-Innovationsfonds“ vorgebracht, da der Innovationsfonds gemäß § 92a SGB V keine Projekte in der Langzeitpflege (SGB XI) berücksichtigt und darüber hinaus die Antragsverfahren und geforderten Nutznachweise für Pflegeeinrichtungen eine hohe Hürde darstellen. Denkbar wären auch Förderungen sozialer Innovationen durch die Länder, wie sie beispielsweise in Niedersachsen und Sachsen-Anhalt bereits umgesetzt werden. Niedersachsen hat 2015 mit der Richtlinie „Soziale Innovation“ eine Möglichkeit geschaffen, Modellprojekte zu den Themenfeldern Daseinsvorsorge, Digitalisierung der Arbeit, Fachkräftemangel auf dem Land etc. zu fördern. Zur Unterstützung bei der Ideenfindung und Antragstellung stehen potenziellen Projektträgern die „Stellen für Soziale Innovation“ zur Verfügung (Land Niedersachsen o.J.). Sachsen-Anhalt hat zur Gestaltung des sozialen Wandels 2014 ein von vier wissenschaftlichen Instituten getragenes Kompetenzzentrum Soziale Innovation (KomZ) gegründet. Ziel ist es, die zwei Innovationsstränge, d. h. die sozial wirksamen Effekte und Initiativen einerseits und die technologisch erzeugten Neuerungen andererseits, zusammenzuführen. Durch das Bereitstellen integrierter Wissens werden Akteur:innen in Wissenschaft und Wirtschaft, in Gesellschaft und Politik in die Lage versetzt, perspektivisch innovative Konzepte für die Gestaltung der sozialen Infrastrukturen in Sachsen-Anhalt zu entwickeln und umzusetzen (Land Sachsen-Anhalt 2020).

ABBILDUNG 15 **Benötigte Voraussetzungen zur Initiierung und Umsetzung sozialer Innovationen (Ergebnisse der Expert:innendiskussion)**



Als förderliche Faktoren zur langfristigen Etablierung der innovativen Projekte haben sich sektorübergreifende Integration, regionale Vernetzung und ein starker Sozialraumbezug (hier u. a. Buurtzorg-Modell, Bielefelder Modell) herauskristallisiert. Diese ermöglichen, trotz mangelnder Finanzierung von Ehrenamt und Quartiersarbeit, das Aufrechterhalten der Modelle bereits über viele Jahre. Zusätzlich förderlich hinsichtlich der Finanzierung zeigten sich mischfinanzierte Modelle (z. B. mit kommunaler Beteiligung). Dies ist u. a. deshalb erforderlich, da die Sicherstellung pflegerischer Versorgungsstrukturen in einigen Bundesländern vom Land den Kommunen übertragen wurde. Aber auch die enge Verbindung zur Altenhilfe als freiwillige Aufgabe der Kommunen rechtfertigt ein größeres Engagement in der ambulanten Pflege. Nicht zuletzt profitieren auch die Kommunen als Sozialhilfeträger selbst von effizienten ambulanten Versorgungsstrukturen.

Im Branchenvergleich gibt es im Gesundheits- und Sozialwesen vergleichsweise viele soziale

Innovationen bzw. innovative Unternehmensgründungen (mit 21,2% auf Platz 3) (Scharpe & Wunsch 2019: 19). Um künftig auch in der Öffentlichkeit besser wahrgenommen zu werden, bedarf es der Stärkung der Lobby der Social Entrepreneurs in der Politik (ebd.: 66), einer Regelung für gezielte Anschlussfinanzierungen für erfolgreiche innovative Projekte bzw. Organisationen und leicht nachvollziehbarer Vergabeprozesse von öffentlichen Finanzmitteln. Im Rahmen der Expert:innendiskussion identifizierte Ermöglichungsstrukturen und benötigte Rahmenbedingungen für soziale Innovationen in der ambulanten Langzeitpflege sind der folgenden Abbildung 15 zu entnehmen.

Die zusammengetragenen Beispiele sozialer Innovationen in der ambulanten Versorgung haben gezeigt, dass es künftig eines reibungsloseren **Zusammenspiels professionell und informell Pflegender** bedarf und dass die regionalen Akteur:innen dabei an einem Strang ziehen müssen. Pflege wird künftig noch weniger isoliert von

institutionellen Leistungserbringern erbracht, sondern vermehrt im Zusammenspiel mit anderen Akteur:innen im Quartier. Das erfordert in stärkerem Maße die Einbettung von Pflege in den Alltag und die Ergänzung von pflegerischer Betreuung und Unterstützung bei der Teilhabe. Dieses Ziel könnte durch die Etablierung neuer Pflege-Wohnformen, technische Assistenzsysteme (beispielsweise zur Vernetzung pflegender Angehöriger untereinander und/oder mit professionell Pflegenden) sowie ergänzende Pflegeleistungen bei ambulanter Versorgung (Kurzzeit-, Verhinderungs- und Tagespflege, Wohngruppenzuschlag etc.) erreicht werden.

Der ganzheitliche Versorgungsanspruch wurde auch auf individueller Ebene mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs 2017 leistungsrechtlich verankert: Pflegebedürftige Personen haben Anspruch auf Förderung und Erhalt ihrer Selbständigkeit und damit neben körperbezogenen Pflegemaßnahmen auch auf Anleitung und Beratung. Zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bedarf es einer zielgerichteten Ressourcenförderung, die eine eigenständige pflegerische Aufgabe darstellt und nicht im Zuge anderer pflegerischer Maßnahmen „nebenbei“ mit erfolgen kann. In ihrem Grundsatzpapier im Auftrag des BMG zur „Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ weisen Wingenfeld & Büscher explizit auf diesen Zusammenhang hin:

„Dies [erfordert] Flexibilität auf Seiten der beruflich Pflegenden, die durch die Vergütungssysteme, die auf verrichtungsbezogenen Leistungsbeschreibungen aufbauen, nicht beeinträchtigt werden sollte.“ (Wingenfeld & Büscher 2017: 8)

Angesichts dieser Entwicklungen bedarf es, auch darin waren sich die Expert:innen einig, zunächst der Klärung, welche Rolle die ambulanten Pflegedienste im Versorgungssystem künftig einnehmen sollen. Sollen weiterhin nur punktuell kleinteilig abgegrenzte Einzelleistungen erbracht werden, oder sollen künftig ein ganzheitlicher pflegerischer Ansatz verfolgt und auch Koordinations- und Steuerungsfunktionen übernommen werden?

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff impliziert eine neue Herangehensweise an die pflegerische Versorgung. Zu berücksichtigen sind dabei nicht nur körperliche, sondern auch soziale, mentale, emotionale und spirituelle Bedürfnisse sowie die individuellen Vorlieben, Werte, Stärken und Schwächen der Pflegebedürftigen, wie es auch im **Person-zentrierten Ansatz** (Kitwood 1997) postuliert wird. Die Fokussierung auf den Menschen statt auf seine Krankheiten und Beeinträchtigungen bestimmt das Handeln.

Person-Zentrierung wird in einigen innovativen Modellen, die in dieser Studie vorgestellt wurden, als Leitlinie genannt. Brandenburg (2017) stellt fest, dass Person-Zentrierung auch hierzulande „ein zentrales Anliegen einer guten Pflege“ ist, bezeichnet sie aber auch als „voraussetzungsvoll“ und herausfordernd. Ein zentraler Befund aus Studien sei: „Selbst bei ausgewählten guten Einrichtungen und intensiver Schulung des Personals ist ein Person-zentrierter Umgang dauerhaft kaum zu stabilisieren, setzt sich eine medikal geprägte Defizitperspektive sukzessive immer wieder durch“ (ebd.: 14). Ein solcher Kulturwandel in Pflege (und Medizin), der auch die konsequente Einbeziehung von Gesundheitsförderung und Prävention auf allen Ebenen einschließt, lässt sich nicht von heute auf morgen umsetzen: Dahinter steht ein anspruchsvolles Konzept, das nicht ohne Weiteres umzusetzen ist – neben einer Verankerung in Aus-, Fort- und Weiterbildung muss es auch langfristig in den Unternehmen gelebt werden. Hierfür braucht es entsprechend geschultes Personal, einen kulturellen Wandel in der Pflege und entsprechende Strukturen in den Unternehmen. Gelingt es jedoch, diesen Ansatz im Alltag zu leben, lassen sich damit personelle Ressourcen der pflegebedürftigen Personen und ihrer Angehörigen aktivieren.

In mehreren innovativen Modellen wurde ein **Case-Management** zur besseren Steuerung der pflegerischen Versorgung umgesetzt. Über die Notwendigkeit eines umfassenden Case-Managements in der Versorgung älterer, chronisch kranker sowie pflegebedürftiger Personen besteht international Konsens. Ein solches Case-Management wird seit einigen Jahren von vielen Akteur:innen, unterstützt durch die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, auch für Deutschland gefordert

(Braeseke et al. 2018). Das Case-Management besteht u. a. in einer gezielten Aktivierung der individuellen Ressourcen im Sinne von Gesundheitsförderung und Prävention und macht sich so auf der individuellen Ebene der Personen mit Pflegebedarf bemerkbar. In Deutschland ist ein systematisches Versorgungs- bzw. Case-Management bisher kaum leistungrechtlich verankert. Angestoßen von den vielen Modellprojekten zu Patientenlotsen, hatte die Patientenbeauftragte der Bundesregierung eine Studie zum Versorgungsmanagement in der Kranken- und Pflegeversicherung in Auftrag gegeben, die von der IGES Institut GmbH durchgeführt wurde (ebd.). Im Ergebnis der Untersuchung wurde festgestellt, dass die vorhandenen sozialrechtlichen Regelungen den epidemiologisch bedingt steigenden Bedarf an Case-Management entweder nur sehr pauschal und unspezifisch (§ 11 Abs. 4 SGB V) oder aber nur punktuell (für sehr eng definierte Patientengruppen bzw. nur für einzelne Schnittstellen oder Aspekte wie Beratung gemäß § 7a SGB XI) aufgreifen. Darüber hinaus kommen, so ein weiteres Ergebnis der Untersuchung, einige dieser Vorschriften in der Praxis aus unterschiedlichen Gründen (Unklarheiten bezüglich der Norminhalte und -adressaten oder mangelnde Umsetzung durch die Selbstverwaltung) kaum zum Tragen.

Im internationalen Kontext sind Case-Manager:innen regelhaft Bestandteil von Versorgungskonzepten chronisch kranker und multimorbider Personen. Eingesetzt werden meist Pflegefachkräfte oder Sozialarbeiter:innen. Im Hinblick auf die Defizite in der Versorgungssteuerung für chronisch und Mehrfachkranke sowie Pflegebedürftige hierzulande, wie sie auch vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung zum Gesundheitswesen bereits mehrfach hervorgehoben wurden, könnte, so die Schlussfolgerung, der Einsatz von Case-Manager:innen kurz- bis mittelfristig ein Weg sein, die Unzulänglichkeiten des fragmentierten Versorgungssystems für diese Zielgruppe teilweise zu überbrücken und dadurch gleichzeitig notwendige Impulse in Richtung Vernetzung und Integration der einbezogenen Leistungserbringer zu geben.

In der Praxis zeigt sich, dass ambulante Pflegedienste bereits de facto in Teilen Aufgaben des Case-Managements übernehmen – allerdings ohne dafür angemessen vergütet zu werden. Soll dies künftig auch regelhaft und umfassend von ambulanten Pflegediensten geleistet werden, ist entsprechend ausgebildetes Personal (u. a. mit Weiterbildung im Case-Management, im Detail siehe Braeseke et al. 2018: 83 ff.) vorzuhalten und angesichts des von Klient:in zu Klient:in sehr unterschiedlichen Beratungs- und Organisationsbedarfs eine zeitbezogene Vergütung vorzusehen.

Erweiterte Aufgaben für ambulante Pflegedienste, einhergehend mit einer flexibleren Vergütung, ermöglichen mehr Spielraum für innovative Herangehensweisen und fördern so die Kreativität der Pflegekräfte. Wie diese Studie, aber auch weitere Forschungsergebnisse zu sozialen Innovationen zeigen, gibt es viele unterschiedliche Lösungen zur Weiterentwicklung der Versorgung, die jeweils konkret auf regionale Gegebenheiten zugeschnitten sein müssen. Der Grund dafür liegt darin, dass z. B. Ressourcen, Akteur:innen und Anbieter von Region zu Region unterschiedlich sind. Für diese unterschiedlichen Konstellationen müssen auch **regional verschiedene Lösungen** gefunden werden; bundes- oder landesweite Vorgaben oder Regelungen sind daher wenig zielführend. Nur entsprechend **flexible Rahmenbedingungen** werden es den Akteur:innen vor Ort ermöglichen, jeweils passende Lösungen zu finden. Um deren Entwicklung zu forcieren, sollten **regionale Netzwerke** gefördert werden. Obwohl das Engagement und die Bereitschaft zur Vernetzung vieler Einrichtungen hoch sind, scheitern solche Initiativen häufig an der Administration. Hier sollte das Netzwerkmanagement in der Anfangsphase finanziell gefördert werden, etwa nach dem Vorbild der ZIM-Netzwerkförderung über einen begrenzten Zeitraum von drei Jahren mit jährlich sinkenden Fördersummen (BMWi o. J.).

Projekte wie Buurtzorg haben in den Niederlanden gezeigt, dass eine ambulante Versorgung, die neben originären Pflegeleistungen sowohl das notwendige Unterstützungsnetzwerk informeller Hilfen im Quartier organisiert als auch die Kooperation und Kommunikation mit den anderen professionellen Leistungserbringern (bei-

spielsweise Ärzt:innen, Apotheker:innen und Therapeut:innen) übernimmt, zugleich mit einer guten Versorgungsqualität, einer höheren Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte und einer höheren Zufriedenheit der Klient:innen einhergeht. Dafür war die Einführung einer zeitbezogenen Vergütung erforderlich. Um das Modell auf breiter Basis realisieren zu können, mussten allerdings auch in den Niederlanden erst Strukturen und Rahmenbedingungen verändert werden. Erst der Nachweis der Nachhaltigkeit und Kosteneffektivität führte zu dieser Anpassung. Zudem ist zu beachten, dass bei Buurtzorg rund 70 Prozent der Pflegekräfte einen Diplom- oder Bachelorabschluss haben.

Die grundsätzliche Möglichkeit einer **zeitbezogenen Vergütung** ambulanter Pflegeleistungen in Deutschland wurde ab 2013 durch das Pflege-neuausrichtungsgesetz (§ 89 Abs. 3 SGB XI) eingeführt. Die zunächst vorgesehene Verpflichtung, alle Leistungen sowohl als Leistungskomplex als auch nach Zeitaufwand auszuweisen und der/dem Pflegebedürftigen damit eine „Wahlmöglichkeit“ zu offerieren, erwies sich als unpraktikabel und wurde im Zuge des Pflegestärkungsgesetzes I (PSG I) ab 2015 geändert. Nunmehr heißt es im § 89 Abs. 3 SGB XI:

„Die Vergütungen können, je nach Art und Umfang der Pflegeleistung, nach dem dafür erforderlichen Zeitaufwand oder unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen bemessen werden.“

In der Praxis scheitert diese Vorschrift allerdings regelmäßig daran, dass es zwischen den Verbänden bzw. Einrichtungsträgern und den Pflegekasernen keine Einigung über angemessene Stundensätze gibt. Der § 89 Abs. 1 Satz 3 SGB XI gibt vor:

„Die Vergütung muss einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos.“

Die Umsetzung ist in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich. Großenteils werden

auf Landesebene weiterhin Leistungskomplexe vereinbart. Manche Träger wiederum konnten zeitbezogene Vergütungen für eine befristete Zeitperiode verhandeln. Die Verbände beklagen allerdings, dass das Unternehmerrisiko nicht in ausreichendem Maße anerkannt wird (maximal in Höhe von 2 % bis 4 %, Tews 2014).

Auch wenn ambulante Pflegedienste künftig erweiterte Aufgaben in der pflegerischen Versorgung übernehmen, ist eine **Stärkung der Rolle der Kommunen** in der Pflege zwingend notwendig. Das beginnt mit einer verbindlichen Sozialplanung, verbunden mit einer regelmäßigen Marktbeobachtung. Kernpunkt ist dann eine steuernde und vernetzende Funktion für alle Akteur:innen der Region – von Gesundheits- und Pflegedienstleistern über Wohnungsbaugesellschaften und Nahversorger bis zu Ehrenamt und freiwilligem Engagement. Hier können die vielen sozialen Vernetzungsinitiativen (Helferportale etc.) eingebunden und systematisch gefördert werden, die auch der Sicherstellung der ambulanten pflegerischen Versorgung zugutekommen.

Aus den Recherchen, Analysen, Interviews und Diskussionen mit Expert:innen hat sich herauskristallisiert, dass es an vielen Stellen in der ambulanten Pflege kreative und innovative Initiativen gibt, die auf unterschiedlichen Ebenen die gesellschaftlich vorhandenen Potenziale und Ressourcen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung nutzen. Diese auch im Branchenvergleich hohe Innovativität im Gesundheits- und Sozialwesen sollte erhalten und systematisch weiter gefördert werden, z. B. mit einem „Innovationsfonds Pflege (SGB XI)“. Nach Ansicht der Expert:innen, die am fachlichen Austausch zu dieser Studie teilgenommen haben, sind allerdings die Anforderungen, die derzeit für Antragsteller:innen des Innovationsfonds nach § 92a SGB V gelten, für die Pflege zu anspruchsvoll. Das Antragsverfahren dort ist zweistufig – mit Ideenskizze und Volantrag. Für die Erprobung einer neuen Versorgungsform in der Versorgungsrealität sollten z. B. bereits erste Erkenntnisse zur Wirksamkeit der zugrunde liegenden Intervention/Methode vorliegen und bereits im Rahmen der Ideenskizze ausgeführt werden. In der Regel ist für die Durchführung eine Krankenkasse zu beteiligen. Außerdem

ist eine unabhängige Evaluation in der Durchführungsphase sicherzustellen (vgl. GBA 2020: 7).

Es wurde aber auch deutlich, dass viele innovative Ansätze auf grundlegende Hemmnisse aufgrund der derzeitigen Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege stoßen. Diese gilt es zu beseitigen, damit sich bedarfsgerechte und innovative Versorgungsansätze künftig besser entfalten können – zum Nutzen sowohl der Pflegebedürftigen als auch der engagierten Akteur:innen.

Zusammenfassend wird empfohlen:

- Konsequente Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch Anpassung der vertraglichen Regelungen (Neufassung der Landesrahmen- und Anpassung der Versorgungsverträge),
- Klärung und Erweiterung der Rolle der professionellen ambulanten Pflege (insbesondere Case-Management),
- Abbau der Hemmnisse durch inadäquate Vergütung, stattdessen Entwicklung eines leistungsgerechten Vergütungssystems,
- Ausbau der integrierten Versorgung (insbesondere SGB V und XI),
- Innovationsförderung in der Langzeitpflege mit Beteiligung der Pflegekassen nach dem Vorbild des Innovationsfonds in der Gesundheitsversorgung und Übernahme erfolgreicher Modelle in die Regelfinanzierung,
- stärkere steuernde und koordinierende Rolle der Kommunen in der Pflege.

5 Anhang

A1 Erläuterungen zur Methodik

I. Recherche zur Identifikation nationaler und internationaler sozialer Innovationen

Die Identifizierung von Projekten erfolgte anhand einer Literatur- und Internetrecherche, über die Handrecherche, Sondierungsgespräche und über den Auftraggeber.

Die Suchstrategie wurde auf Grundlage der aus drei Perspektiven betrachteten aktuellen Situation in der ambulanten Pflege (Kapitel 2) und der Arbeitsdefinition von sozialen Innovationen (Abschnitt 3.1) entwickelt. Der Mastersuchtring wurde anhand des PICO-Schemas, bestehend aus den drei Blöcken „Population/Setting“, „Intervention“ und „Outcome“, erarbeitet. In der Suchabfrage wurden die Suchbegriffe innerhalb einer Spalte mittels des Bool'schen Operators „OR“ verknüpft. Im Anschluss konnten dann die einzelnen Spalten mittels des Bool'schen Operators „AND“ kombiniert abgefragt werden.

Die systematische Literaturrecherche wurde anschließend in der Datenbank MEDLINE über das Portal PubMed durchgeführt. Die finale Suchabfrage in Pub-Med bestand zum einen aus den englischen Schlagworten sowie zum anderen aus einer Kombination passender Schlagworte im Thesaurus von PubMed (sogenannte MeSH-Terms). Folgende Filter zur Eingrenzung der Treffer wurden genutzt:

- Veröffentlichungszeitraum von 10 Jahren
- deutsch- und englischsprachige Texte
- Eingrenzung auf Menschen (u. a. zum Ausschluss von Studien mit Tierversuchen, Computermodellen oder Laborexperimenten)

Für die Literaturrecherche wurden folgende Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt (Tabelle 6):

TABELLE 6 Systematische Literaturrecherche: Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<ul style="list-style-type: none">• Laufende oder abgeschlossene Projekte/ Modellvorhaben• Publiziert zwischen 2010 und 2020• Setting: Ambulante Langzeitpflege• Formelle und informelle Pflege• Bezug zur professionellen Leistungserbringung (Pflegedienst)• Bezug zum Pflegeprozess• Deutsche und englischsprachige Texte	<ul style="list-style-type: none">• Stationäre Pflege, stationäre Langzeitpflege, Akutpflege, Notfallversorgung• Kommentare• Digitale Produkte ohne Bezug zum Pflegeprozess z. B. Smart Home/AAL• Projekte ohne professionellen Dienstleistungsbezug wie z. B. reine Quartierslösungen oder Selbsthilfegruppen für Angehörige

Quelle: IGES

| BertelsmannStiftung

In Ergänzung zur systematischen Recherche und vor allem, um auch nationale Einrichtungen und Projekte zu identifizieren, wurde zusätzlich eine umfassende Handrecherche durchgeführt. Für Projekte zu sozialen Innovationen in der ambulanten Pflege wurde u. a. auf den Seiten des GKV-SV im Rahmen der Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI (GKV-SV 2020) oder dem „Wegweiser Demenz“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ o. J.a) recherchiert. Des Weiteren wurden über das Netzwerk Social Entrepreneurship Deutschland e. V (SEND) der „Deutsche Social Entrepreneurship Monitor 2019“ (Scharpe & Wunsch 2019) und verwandte Quellen genutzt, u. a., um damit auch Entwicklungen des Sozialunternehmertums in Deutschland und damit verbundene Rahmenbedingungen einzuordnen. Für Projekte im Zusammenhang mit Digitalisierung wurde u. a. die Publikation „Pflege und digitale Technik“ des ZQP 2019 (ZQP 2019) herangezogen. Pflegedienste oder Träger mit innovativen Vorgehensweisen wurden auch im Rahmen des „Innovationstags Pflege“ im Oktober 2019 im Johannesstift Berlin identifiziert,

veranstaltet von der BGW (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege).

Um auch soziale Innovationen zu identifizieren, die nicht über Literaturveröffentlichungen und das Internet recherchiert werden können (sogenannte graue Literatur), wurden sechs Sondierungsgespräche mit Branchenexpert:innen durchgeführt. Bei den sechs Expert:innen handelte es sich um Personen aus gemeinnützigen oder privaten Trägern von Pflegeeinrichtungen sowie aus Forschungsinstituten. Die Gespräche wurden telefonisch anhand eines Leitfadens durchgeführt. Dieser wurde zusammen mit Informationen zur Studie den Expert:innen vorab zur Verfügung gestellt. Das Telefonat wurde protokolliert, anschließend wurden die Ergebnisse in anonymisierter Form ausgewertet.

Die folgende Übersicht (Abbildung 16) veranschaulicht den Identifikationsprozess der Projekte zu sozialen Innovationen in der ambulanten Pflege.

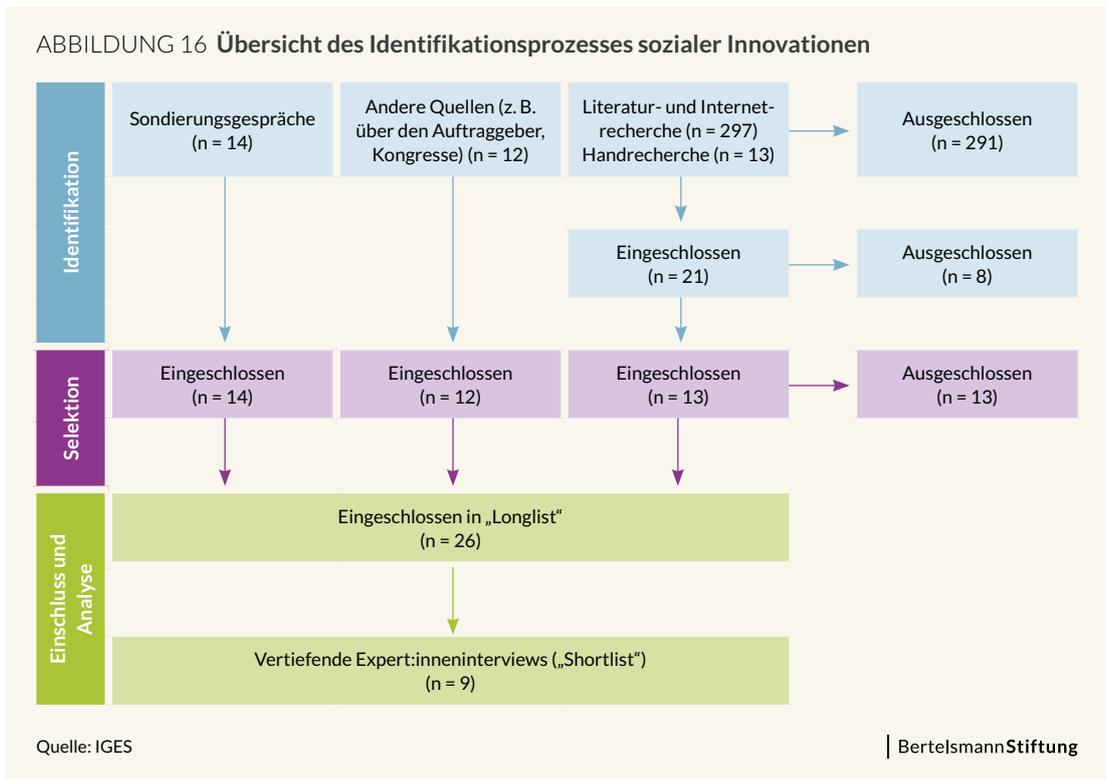


TABELLE 7 Übersicht der Expert:inneninterviews

Projekt	Institution	Name und Position der/des Interviewten
Alternative Arbeitsorganisation mit u. a. selbstorganisierenden Pfllegeteams	Pflegedienst CareTeam GmbH	Andreas Klein, Geschäftsführer
Alternative Arbeitsorganisation mit u. a. selbstorganisierenden Pfllegeteams	Pflegedienst Ich und Du Pflege GmbH	Jörn Schinzler, Geschäftsführer
Bielefelder Modell	BGW Bielefelder Gesellschaft für Wohnen und Immobiliendienstleistungen mbH	Oliver Klingelberg, Sozialmanagement
MoCaB – Mobile Care Backup	Johanniter-Unfall-Hilfe e. V.; Regionalverband Weser-Ems	Stephanie Raudies, Projektkoordinatorin
Eigenheim/Komponistenviertel	Pflegedienst Thomas Rehbein	Andreas Schmidt, Projektkoordinator, Assistenz der Geschäftsführung
Helferportal „Dein Nachbar“	Dein Nachbar e. V.	Thomas Oeben, Vorsitzender
Buurtzorg Deutschland	Buurtzorg Deutschland Nachbarschaftspflege gGmbH	k. A.
Pflegedienstübergreifendes digitales Kapazitäten Management	Pflegedienst Talea Pflege GmbH	Marcel Baltés, Gründer und Geschäftsführer
Vereinbarkeitslotsen Pflege und Beruf	Institut für soziale Gesundheit der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin	Katarina Prchal, Projektkoordinatorin

Quelle: IGES

| BertelsmannStiftung

Insgesamt konnten auf Grundlage der Recherchen 26 Projekte für eine ausführliche Darstellung ausgewählt werden („Longlist“, Anhang A2).

II. Expert:inneninterviews

Ausgewählte Projekte und Einrichtungen wurden, um vertiefende Erkenntnisse zu gewinnen, für Expert:inneninterviews angefragt. Maßgeblich bei der Auswahl waren auch die Ergebnisse der vorangegangenen Recherche über die Projekte und damit verbundene offene Fragen. Von den ausgewählten Projekten haben neun einer Interviewteilnahme zugestimmt.

Die Interviewten wurden vorab über Umfang, Ziel und Nutzen der Studie informiert und haben vor dem Interview ihre informierte Zustimmung erteilt. Für die Durchführung der Interviews wurde ein Interviewleitfaden erarbeitet, welcher strukturiert durch das Gespräch leitete. Die Themenfelder des Leitfadens orientierten sich an den Erkenntnissen der vorab durchgeführten

Literaturrecherche. Aufgrund der aktuellen Pandemiesituation wurde eine Frage zum Umgang mit SARS-COV-2 in der sozialen Innovation hinzugefügt.

Während des Interviews lief ein Tonaufnahmegerät, um die Aussagen der Interviewten in der Verschriftlichung so wahrheitsgemäß wie möglich abzubilden. Im Nachgang zum Interview wurde den Interviewten das stichpunktartige Protokoll zur Freigabe zugesandt. Nach Projektabschluss werden die Tonaufnahmen unwiderruflich gelöscht.

Die folgende Tabelle 7 umfasst eine Übersicht der Interviews, welche im Zeitraum vom 22.06.2020 bis 13.07.2020 durchgeführt wurden und im Durchschnitt 60 Minuten dauerten.

III. Expert:innenworkshop

Im Rahmen eines zweistündigen, webbasierten Workshops wurden die gewonnenen, vorläufigen Erkenntnisse der Studie vorgestellt und mit Expert:innen aus der Wissenschaft, von Verbänden sowie Vertreter:innen von Projekten und Einrichtungen sozialer Innovationen und des Auftraggebers diskutiert (insgesamt 21 Teilnehmer:innen). Vorab wurden die Erkennt-

nisse der Recherchen und Expert:inneninterviews allen Teilnehmer:innen in zusammengefasster Form zur Verfügung gestellt. Ziel des Expert:innenworkshops war es, die Rechercheergebnisse zu reflektieren sowie ergänzende Fragen zu förderlichen/hemmenden Rahmenbedingungen für soziale Innovationen, zu Nachhaltigkeit, Übertragbarkeit sowie der wissenschaftlichen Evaluierung zu diskutieren. Abschließend wurden die Handlungsempfehlungen erarbeitet.

A2 Alphabetische Liste und Quellenverzeichnis der ausgewählten Einrichtungen und Projekte

	Name der Einrichtung oder des Projektes	Quelle
1	Advita Haus	<ul style="list-style-type: none"> Sondierungsgespräch www.advita.de
2	Ambulante Demenz-Wohngemeinschaft Duisburg	<ul style="list-style-type: none"> Sondierungsgespräch https://www.sozialwerk-st-georg.de/ueber-uns/unternehmensbereiche/niederrhein/ambulante-demenz-wohngemeinschaft-duisburg/
3	AniTa (Angehörige im Tausch)	<ul style="list-style-type: none"> https://www.anita-familie.de/
4	Bielefelder Modell	<ul style="list-style-type: none"> Interview https://bielefelder-modell.de/das-bielefelder-modell/ Wingenfeld, K., et al. (2020): „Empfehlungen zum Aufbau quartiersorientierter Hilfe- und Versorgungsstrukturen nach dem Bielefelder Modell. Eine Handreichung für Kommunen, Wohnungsunternehmen, ambulante Dienste und andere Interessierte“. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/bielefelder-modell-handreichung.pdf [Abruf am 16.11.2020].
5	Buurtzorg Deutschland	<ul style="list-style-type: none"> https://www.buurtzorg-deutschland.de/ueber-buurtzorg Burtke U. (2018): Im Team mit der Nachbarschaft. Idee für häusliche Pflege: buurtzorg. Heilberufe/Das Pflegemagazin; 70 (1); 52–53. Publicworld (Hrsg.) (2016): Learning from buurtzorg: making change in zorgaccent and amstelring wijkzorg. Public World. 1–18. http://www.publicworld.org/files/Learning_from_Buurtzorg.pdf [Abruf am: 11.6.2020]. Roloff S. (2019): Pflegemodell. Viele Hände zu Hilfe holen. https://www.gg-digital.de/2019/10/viele-haende-zu-hilfe-holen/index.html [Abruf am: 31.1.2020]. Weißensteiner M. (2016): Das Modell Buurtzorg in den Niederlanden – Was können wir lernen? https://www.pflegekongress.at/html/publicpages/148059844529857.pdf [Abruf am: 17.1.2020].
6	Daheim Aktiv	<ul style="list-style-type: none"> Schweizer C. und Kammerhoff J. (2013): Abschlussbericht. Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI. „Daheim Aktiv“. Modell zur ständigen Aktivierung pflegebedürftiger Menschen in ihrem Zuhause. Iso-Institut Saarbrücken. https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte/pflege_abgeschlossene_projekte_8/daheim_aktiv.jsp
7	Dementia Care Nurse	<ul style="list-style-type: none"> Sondierungsgespräch https://dcn.medizin.uni-halle.de/ Flyer: https://dcn.medizin.uni-halle.de/wp-content/uploads/2019/12/DCN-Flyer-neu.pdf [Abruf am: 11.5.2020].

	Name der Einrichtung oder des Projektes	Quelle
8	Eigenheim/Komponistenviertel (Pflegedienst Thomas Rehbein)	<ul style="list-style-type: none"> • https://krankenpflege-rehbein.de • Kiel P., Schmidt A. (2019): Alle Bedürfnisse im Blick. <i>Altenheim</i>; 2; 40–43. • Interview
9	Essinger Nachtcafé	<ul style="list-style-type: none"> • https://www.johanniter.de/einrichtungen/altenpflegeeinrichtungen/essingen/leistungen/nachtcafe/
10	EvA in Bewegung	<ul style="list-style-type: none"> • https://eva-gepflegt.de/eva-in-bewegung/
11	ExoHaptik	<ul style="list-style-type: none"> • Sondierungsgespräch • https://www.technik-zum-menschen-bringen.de/projekte/exohaptik
12	Helferportal „deinNachbar“ e. V.	<ul style="list-style-type: none"> • Sondierungsgespräch • Interview • https://www.deinnachbar.de/helferportal/
13	MobiDem	<ul style="list-style-type: none"> • Rhein-Erft-Kreis (2019): ‚Für Sie ins Quartier‘ nach über 6 Jahren abgeschlossen – Neue Angebote in Planung“. https://www.rhein-erft-kreis.de/meldungenpresse/artikel/%E2%80%9Af%C3%BCr-sie-ins-quartier%E2%80%98-nach-%C3%BCber-6-jahren-abgeschlossen-%E2%80%93-neue-angebote [Abruf am 16.11.2020]. • Reichert M. (2015): Sachbericht zum Projekt. Mobile Demenzberatung – ein niedrigschwelliges Angebot für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz (MobiDem). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Zukunftswerkstatt_Demenz/Sachbericht_MobiDem.pdf [Abruf am: 21.2.2020]. • Reichert M. et al. (2015): Handlungsempfehlungen zur Umsetzung einer mobilen Demenzberatung am Beispiel der mobilen gerontopsychiatrischen Beratung des Rhein-Erft-Kreises „Für Sie ins Quartier“. https://www.fk12.tu-dortmund.de/cms/ISO/Medienpool/Soziale_Gerontologie/MobiDem/20150923_Handlungsleitfaden_MobiDem.pdf [Abruf am: 21.2.2020]. • Reichert M. et al. (2015): Ergebnisse der Dokumentation der Beratungsgespräche der mobilen Beratung „Für Sie ins Quartier“. https://www.fk12.tu-dortmund.de/cms/ISO/Medienpool/Soziale_Gerontologie/MobiDem/Dokumentationsbogen_Bericht_final_web.pdf [Abruf am: 21.2.2020].
14	MoCaB – Mobile Care Backup	<ul style="list-style-type: none"> • http://mocab-projekt.de • Interview • Wolff D. et al. (2017): Meeting Abstract. Mobile Care Backup (MoCaB) – Verlässliche mobile Begleitung für pflegende Angehörige. 62. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e. V. (GMDS). Oldenburg. https://www.egms.de/static/en/meetings/gmds2017/17gmds113.shtml [Abruf am: 11.5.2020]. • Wolff D. et al. (2018): Personalized Knowledge Transfer or Caregiving Relatives. <i>European Federation for Medical Informatics (EFMI) and IOS Press</i>. doi:10.3233/978-1-61499-852-5-780. • MoCaB Projektflyer: http://mocab-projekt.de/wp-content/uploads/2017/05/MoCaB-Flyer-neutral_2017.pdf [Abruf am: 11.5.2020].
15	Netzwerk Gute Pflege Magdeburg	<ul style="list-style-type: none"> • Sondierungsgespräch • www.netzwerk-gute-pflege-magdeburg.de • Lehwald M (2018): Netzwerk Gute Pflege Magdeburg.
16	Pflegedienst Born Gesundheitsnetzwerk	<ul style="list-style-type: none"> • https://www.born-pflege.de/
17	Pflegedienst CareTeam GmbH	<ul style="list-style-type: none"> • https://careteam-pflege.de/ • Interview

	Name der Einrichtung oder des Projektes	Quelle
18	Pflegedienst Ich und Du Pflege GmbH	<ul style="list-style-type: none"> • https://www.ich-und-du-pflege.de/ • Petrich L. (2019): „Buurtzorg“ –Konzept. Eine Pflegerin über ihren Beruf: „Für mich bedeutet Pflege Begegnung“. https://fudder.de/eine-pflegerin-ueber-ihren-beruf-fuer-mich-bedeutet-pflege-begegnung. [Abruf am: 4.6.2020].
19	Pflegedienst Talea GmbH	<ul style="list-style-type: none"> • https://talea.de/ • Interview
20	Pflegedienst vierbeimir Kiezpflege	<ul style="list-style-type: none"> • https://www.vierbeimir-kiezpflege.berlin/
21	QuartrBack	<ul style="list-style-type: none"> • http://www.quartrback.de/index.php?id=1 • Smeaton S (2018): Schlussbericht. QuartrBack. Intelligente Notfallkette im Quartier (Quarter) als Back-Up-Struktur für Menschen mit Demenz.
22	SEBKam	<ul style="list-style-type: none"> • https://www.iso-institut.de/projekt_sebkam/
23	Soziales neu gestalten (SONG) e. V	<ul style="list-style-type: none"> • www.netzwerk-song.de • Deutscher Städte- und Gemeindebund (Hrsg) (2019): Dokumentation Nr. 150. Vielfalt leben. Anregungen und Praxisbeispiele für das Älterwerden und Teilhaben im Quartier. Berlin. • Netzwerk Soziales neu gestalten (SONG) (Hrsg.) (2018): Neu denken mutig handeln. Wie das Sozialmodell der Zukunft wirklich funktioniert. Meckenbeuren. • Netzwerk Soziales neu gestalten (SONG) (Hrsg.) (2010): Leitlinien des Netzwerks: Soziales neu gestalten (SONG). SONG II – Neue Wege im demografischen und sozialen Wandel. Meckenbeuren. • Netzwerk Soziales neu gestalten (SONG) (Hrsg.) (2009): Zukunft Quartier Lebensräume zum Älterwerden, Band 2: Eine neue Architektur des Sozialen – Sechs Fallstudien des Welfare Mix. Gütersloh. • Netzwerk Soziales neu gestalten (SONG) (Hrsg.) (2008): Themenheft 5: Innovationen ermöglichen – Wirkungsorientiert steuern. Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden. Gütersloh.
24	Vereinbarkeitslotsen Pflege und Beruf	<ul style="list-style-type: none"> • http://www.vereinbarkeitslotsen.de/ • Interview
25	WohnenPLUS	<ul style="list-style-type: none"> • Sondierungsgespräch • https://www.ev-heimstiftung.de/leistungen/wohnen-im-alter/wohnenplus/ • Evangelische Heimstiftung (Hrsg.): Gute Pflege hat einen Namen. Betreuung und Pflege im WohnenPLUS. Information zu Leistungen und Kosten. Stuttgart.
26	ZUKUNFT:PFLEGE	<ul style="list-style-type: none"> • Bleses P. (2015): Ressourcen stärken in der ambulanten Pflege – Ergebnisse des Projekts ZUKUNFT:PFLEGE. file://ads.iges.de/use/zelle/HnL/Download/Ressourcen_strken_in_der_ambulanten_Pflege.pdf [Abruf am: 25. 2.2020]

Literaturverzeichnis

- BAFzA [Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben] (2019): „Erster Bericht des unabhängigen Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf“, Geschäftsstelle des unabhängigen Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Berlin, Juni 2019.
- BAGFW [Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege] (2012): „Soziale Innovationen in der Freien Wohlfahrtspflege“. Position der BAGFW. <https://www.bagfw.de/veroeffentlichungen/stellungnahmen/positionen> [Abruf am: 05. März 2020].
- Bahle, T. (2007): *Wege zum Dienstleistungsstaat. Deutschland, Frankreich und Großbritannien im Vergleich*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- BAuA [Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin] (2014): „Arbeit in der Pflege – Arbeit am Limit? Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche“. BIBB/BAuA-Faktenblatt 10. <https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Fakten/BIBB-BAuA-10.html> [Abruf am: 09. März 2020].
- Becke, G., P. Bleses, F. Frerichs, M. Goldmann, B. Hinding und M. K. W. Schweer (Hrsg.) (2016): *Zusammen – Arbeit – Gestalten. Soziale Innovationen in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- BGW [Bielefelder Gesellschaft für Wohnen und Immobilien-dienstleistungen mbH] (o. J.): *Das Bielefelder Modell*. <http://bielefelder-modell.de/das-bielefelder-modell/> [Abruf am: 23. Oktober 2019].
- Blättner, B. (2018): „Prävention: neue Impulse von Pflegekassen“. *GGP-Fachzeitschrift für Geriatrische und Gerontologische Pflege* (2) 04. 152–156.
- Bleses, P., und K. Jahns (2016): „Soziale Innovationen in der ambulanten Pflege“. *Zusammen – Arbeit – Gestalten. Soziale Innovationen in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen*. Hrsg. G. Becke, P. Bleses, F. Frerichs, M. Goldmann, B. Hinding und M. K. W. Schweer. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 127–144.
- Blüher, S., S. Schnitzer und A. Kuhlmeier (2017): „Der Zustand Pflegebedürftigkeit und seine Einflussfaktoren im hohen Lebensalter“. *Pflege-Report 2017: Die Versorgung der Pflegebedürftigen*. Hrsg. K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber und A. Schwinger. Stuttgart: Schattauer. 3–11.
- Blüher, S., und A. Kuhlmeier (2019): „Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitpflege“. *Bundesgesundheitsblatt* (62) 2019. 261–266.
- BMFSFJ [Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend] (o. J.a): „Wegweiser Demenz“. Berlin. <https://www.wegweiser-demenz.de/startseite.html> [Abruf am: 09. März 2020].
- BMFSFJ [Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend] (o. J.b): „Bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf“. Berlin. <https://www.wege-zur-pflege.de/familienpflegezeit.html> [Abruf am: 7. Mai 2020].
- BMG [Bundesministerium für Gesundheit] (2020a): „Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung“. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html> [Abruf am: 28. April 2020].
- BMG [Bundesministerium für Gesundheit] (2020b) (Hrsg.): „Ratgeber Pflege. Alles, was Sie zum Thema Pflege wissen sollten“. Berlin.
- BMWi [Bundesministerium für Wirtschaft und Energie] (o. J.): „Innovationsnetzwerke“. <https://www.zim.de/ZIM/Navigation/DE/Foerderangebote/Netzwerke/netzwerke.html> [Abruf am: 23. Juli 2020].
- BMWi [Bundesministerium für Wirtschaft und Energie] (2017): „Monitoring-Report Wirtschaft DIGITAL 2017“. Langfassung. Berlin.
- Braeseke, G., S. H. Meyer-Rötz, C. Pflug und F. Haaß (2017): „Digitalisierung in der ambulanten Pflege – Chancen und Hemmnisse. Abschlussbericht für das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie“ (BMWi). Berlin: IGES Institut GmbH.

- Braeseke, G., S. Huster, S. H. Meyer-Rötz, H.-D. Nolting, C. Pflug und J. Ströttchen (2018): „Studie zum Versorgungsmanagement durch Patientenlotsen.“ Im Auftrag der Patientenbeauftragten der Bundesregierung. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/IGES_Versorgungsmanagement_durch_Patientenlotsen_042018.pdf [Abruf am: 30. Juli 2020].
- Brandenburg, H. (2017): „Personenzentrierung. Möglichkeiten und Grenzen im Heim“. Jugend- und Sozialamt Frankfurt.
- Buurtzorg Deutschland Nachbarschaftspflege gGmbH (2020): „Über Buurtzorg“. <https://www.buurtzorg-deutschland.de/ueber-buurtzorg> [Abruf am: 23. Oktober 2019].
- Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (2012): „Was ist CM? Offizielle Definition der DGCC.“ <https://www.dgcc.de/case-management/> [Abruf am: 16. November 2020].
- Deutscher Bundestag (2019): „Förderung der Digitalisierung in Pflegeeinrichtungen“. Drucksache 19/6796. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Nicole Westig, Michael Theurer, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP – Drucksache 19/6473. Berlin.
- Drupp, M., und M. Meyer (2020): „Belastungen und Arbeitsbedingungen bei Pflegeberufen – Arbeitsfähigkeitsdaten und ihre Nutzung im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements“. *Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* Hrsg. K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber und A. Schwinger. Berlin, Heidelberg: Springer. 23–47. DOI: 10.1007/978-3-662-58935-9 [Abruf am: 4. Dezember 2020].
- Ehrlich, U., L. Minkus und M. Hess (2019): „Einkommensrisiko Pflege? Der Zusammenhang von familiärer Pflege und Lohn“. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* (53) 1. 22–28.
- Evangelische Heimstiftung (2018): „Betreuung und Pflege im WohnenPLUS – Informationen zu Leistungen und Kosten“. https://www.ev-heimstiftung.de/fileadmin/default/user_upload/WohnenPLUS-Broschuere.pdf [Abruf am: 16. November 2020].
- Fuchs-Frohnhofen, P., S. Scheen, D. Metzen, C. Bessin, G. Hammann, G. Palm und B. Bogert (2019): *Handlungsanregung für eine gelingende Verhältnisprävention in der stationären Altenpflege: Gesunde Arbeitsbedingungen in Pflegeeinrichtungen*. Würselen: MA&T Sell & Partner.
- GBA [Gemeinsamer Bundesausschuss] – Innovationsausschuss (2019): „Der Innovationsfonds: Stand der Dinge“. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/48/Der-Innovationsfonds-im-Ueberblick_2019-12-04.pdf [Abruf am: 28. April 2020].
- GBA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2020): „FAQ-Liste für Antragsteller zu den Förderbekanntmachungen des Innovationsausschusses“. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/207/2020-06-25_FAQ_Antragstellung.pdf [Abruf am: 16. Oktober 2020].
- Geyer, J., und E. Schulz (2014): „Who cares? Die Bedeutung der informellen Pflege durch Erwerbstätige in Deutschland“. *DIW-Wochenbericht* (81) 14. 294–301.
- Glaser, J., und T. Höge (2005): „Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften“. Dortmund, Berlin und Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- GKV-SV [GKV-Spitzenverband] (2018): „Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V“. Berlin.
- GKV-SV [GKV-Spitzenverband] (2020): „Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI“. <https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte/modellprojekte.jsp> [Abruf am: 31. März 2020].
- Haumann, W. (2020): „Versorgungspräferenzen der deutschen Bevölkerung: Die Option der betreuten Wohngruppe“. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* (53). 522–530.
- Hielscher, V., S. Kirchen-Peters und L. Nock (2017): „Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft“. STUDY Nr. 363. https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_363.pdf [Abruf am: 10. Januar 2020].
- Hoffer, H. (2017): „Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff im Recht der Pflegeversicherung – Paradigmenwechsel (auch) für die pflegerische Versorgung“. *Pflege-Report 2017: Die Versorgung der Pflegebedürftigen*. Hrsg. K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber und A. Schwinger. Stuttgart: Schattauer. 13–23.
- Howaldt, J., und M. Schwarz (2010a): „Soziale Innovation: Konzepte, Forschungsfelder und -perspektiven“. *Soziale Innovation. Auf dem Weg zu einem postindustriellen Innovationsparadigma*. Hrsg. J. Howaldt und H. Jacobsen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 87–108. DOI: 10.1007/978-3-531-92469-4 [Abruf am: 4. Dezember 2020].
- Howaldt, J., und M. Schwarz (2010b): „Social innovation: concepts, research fields and international trends“. Aachen: IMA/ZLW & IfU – RWTH Aachen University. http://www.sfs.tu-dortmund.de/cms/de/Soziale_Innovation/Publikationen/index.html [Abruf am: 09. März 2020].

- Howaldt, J., A. Schröder, C. Kaletka, D. Rehfeld und J. Terstriep (2016): "Mapping the World of Social Innovation: A Global Comparative Analysis across Sectors and World Regions". Dortmund: sfs/TU Dortmund.
- ISG Institut für Soziale Gesundheit an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin (2014): „Vereinbarkeitslotsen Pflege und Beruf. Eine Broschüre zur Schulung von Vereinbarkeitslotsinnen und -lotsen“. <https://www.vereinbarkeitslotsen.de/material/> [Abruf am: 16. November 2020].
- iso-Institut (2019): „SEBKam – Sektorenübergreifender Einsatz von Betreuungskräften an der Schnittstelle von Krankenhaus und ambulanter Versorgung“. https://www.iso-institut.de/wp-content/uploads/2019/01/Flyer_SEB_Kam_Stand_18.07.24_mit_SNH.pdf [Abruf am: 16. November 2020].
- Kitwood, T. (1997): "The experience of dementia". *Aging & Mental Health* (1) 1. 13–22. DOI: 10.1080/13607869757344 [Abruf am: 04. Dezember 2020].
- Klaus, D., und C. Tesch-Römer (2017): „Pflege und Unterstützung bei gesundheitlichen Einschränkungen: Welchen Beitrag leisten Personen in der zweiten Lebenshälfte für andere?“ *Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)*. Hrsg. K. Mahne, J. K. Wolff, J. Simonson und C. Tesch-Römer. Wiesbaden: Springer VS. 185–213. DOI: 10.1007/978-3-658-12502-8 [Abruf am: 04. Dezember 2020].
- Klug, M. (2014): „Dorothea E. Orem: Das Modell der Selbstpflege. Dialog- und Transferzentrum Demenz der Universität Witten/Herdecke gGmbH“. <http://dzd.blog.uni-wh.de/index.html%3Fp=1684.html> [Abruf am: 16. November 2020].
- Köhler, K., und M. Goldmann (2010): „Soziale Innovation in der Pflege – Vernetzung und Transfer im Fokus einer Zukunftsbranche“. *Soziale Innovation. Auf dem Weg zu einem postindustriellen Innovationsparadigma*. Hrsg. J. Howaldt und H. Jacobsen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 253–270.
- Komatsu, T., A. Deserti, F. Rizzo, M. Celi und S. Alijani (2016): "Social Innovation Business Models: Coping with Antagonistic Objectives and Assets". *Finance and Economy for Society: Integrating Sustainability*. Hrsg. S. Alijani und C. Karyotis (Critical Studies on Corporate Responsibility, Governance and Sustainability 11). 315–347. Bingley: Emerald Publishing. DOI: 10.1108/s2043-905920160000011013 [Abruf am: 4. Dezember 2020].
- Krupp, E., V. Hielscher und S. Kirchen-Peters (2020): „Betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflege – Umsetzungsbarrieren und Handlungsansätze“. *Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* Hrsg. K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber und A. Schwinger. Berlin, Heidelberg: Springer. 113–122. DOI: 10.1007/978-3-662-58935-9 [Abruf am: 04. Dezember 2020].
- Kuhlmeier, A., D. Dräger, M. Winter und E. Beikirch (2010): „COMPASS – Versichertenbefragung zu Erwartungen und Wünschen an eine qualitativ gute Pflege“. *Informationsdienst Altersfragen* (37) 4. 4–11.
- Lampert, T., und J. Hoebel (2019): „Sozioökonomische Unterschiede in der Gesundheit und Pflegebedürftigkeit älterer Menschen“. *Bundesgesundheitsblatt* 2019 62. 238–246.
- Land Niedersachsen (o. J.): „Förderung Sozialer Innovationen – Stellen für Soziale Innovationen helfen bei der Ideenfindung und Antragstellung“. Hannover. https://www.europa-fuer-niedersachsen.niedersachsen.de/startseite/aktuelles/aktuelle_meldungen/foerderung-sozialer-innovationen-173071.html [Abruf am: 18. November 2020].
- Land Sachsen-Anhalt, Staatskanzlei und Ministerium für Kultur Sachsen-Anhalt (2020): „Kompetenzzentrum Soziale Innovation – Sachsen-Anhalt“. Magdeburg. <https://soziale-innovation.sachsen-anhalt.de/> [Abruf am: 09. März 2020].
- Leichsenring, K. (2015): „„Buurtzorg Nederland“. Ein innovatives Modell der Langzeitpflege revolutioniert die Hauskrankenpflege“. *ProCare – Aktuelle Information, Fort- und Weiterbildung für die Mitarbeiter der Gesundheits- und Krankenpflege* (20) 8. 20–24.
- Mahne, M., und O. Huxhold (2017): „Nähe auf Distanz: Bleiben die Beziehungen zwischen älteren Eltern und ihren erwachsenen Kindern trotz wachsender Wohnentfernungen gut?“ *Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)*. Hrsg. M. Mahne, J.-K. Wolff, J. Simonson und C. Tesch-Römer. Wiesbaden: Springer VS. 215–230.
- Möller, A., A. Osterfeld und A. Büscher (2013): „Soziale Ungleichheit in der ambulanten Pflege“. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* (46) 4. 312–316.
- Müller, S., und H. Kopf (2015): „Schlussbericht Forschungsprojekt: Soziale Innovationen in Deutschland“. Förderkennzeichen 16 – 1626.

- Netzwerk Gute Pflege Magdeburg (o. J.): „Über uns“. <http://www.netzwerk-gute-pflege-magdeburg.de/ueber-uns/> [Abruf am: 16. November 2020].
- Netzwerk: Soziales neu gestalten (SONG) e. V (2018): „Neu denken, mutig handeln. Gemeinsame Position des Netzwerkes: Soziales neu gestalten (SONG) e. V“ Friedrichshafen: Siegl Druck & Medien.
- Nowossadeck, S. (2018): „Pflegebedürftige in Deutschland“. *Ausgewählte Aspekte zur informellen häuslichen Pflege in Deutschland* (DZA-Fact Sheet). Hrsg. C. Tesch-Römer und C. Hagen. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. 3–7.
- Pot, F., und F. Vaas (2008): „Social innovation, the new challenge for Europe“. *International Journal of Productivity & Performance Management* (57) 6. 468–473.
- Prchal, K., C. Schulz-Behrendt, K. Ortmann und R. Zimmermann (2017): „Modellprojekt Vereinbarkeitslotsen Pflege und Beruf: Abschlussbericht 01.01.2014 – 31.12.2016“. https://www.vereinbarkeitslotsen.de/wp-content/uploads/2017/08/Abschlussbericht_Vereinbarkeitslotsen-Pflege-und-Beruf_16.03.2017-1.pdf [Abruf am: 16. November 2020].
- Räker, M., A. Schwinger und J. Klauber (2020): „Was leisten ambulante Pflegehaushalte? Eine Befragung zu Eigenleistungen und finanziellen Aufwänden“. *Pflege-Report 2020: Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung*. Hrsg. K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber und A. Schwinger. SpringerOpen (eBook). 65–95. DOI: 10.1007/978-3-662-61362-7 [Abruf am: 03. September 2020].
- Rhein-Erft-Kreis (2019): „Für Sie ins Quartier‘ nach über 6 Jahren abgeschlossen. Neue Angebote in Planung“. <https://www.rhein-erft-kreis.de/meldungenpresse/artikel/%E2%80%9Af%C3%BCr-sie-ins-quartier%E2%80%98-nach-%C3%BCber-6-jahren-abgeschlossen-%E2%80%93-neue-angebote> [Abruf am: 16. November 2020].
- Rösler, U., K. Schmidt, M. Merda und M. Melzer (2018): „Digitalisierung in der Pflege. Wie intelligente Technologien die Arbeit professionell Pflegenden verändern“. Initiative Neue Qualität der Arbeit. Berlin.
- Rothgang, H., R. Müller und R. Unger (2012): *Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun?* Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Rothgang, H., R. Müller, R. Runte und R. Unger (2017): „Pflegerreport 2017“. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse 5. Berlin: BARMER.
- Rothgang, H., und R. Müller (2018): „Pflegerreport 2018“. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse 12. Berlin: BARMER.
- Rothgang, H., und R. Müller (2019): „Pflegerreport 2019. Ambulantisierung der Pflege“. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse 20. Berlin: BARMER.
- Rothgang, H. (2020): „Ergebnisse und Empfehlungen der Wissenschaft zur Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege“. Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM). Abschlussbericht. Bremen.
- Scharpe, K., und M. Wunsch (2019): „Deutscher Social Entrepreneurship Monitor 2019“. Social Entrepreneurship Netzwerk Deutschland e. V (SEND). <https://www.send-ev.de/uploads/DSEM2019.pdf> [Abruf am: 15. Juni 2020].
- Schneekloth, U., H. Rothgang, S. Geiss und M. Pupeter (2017): „Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I)“. Abschlussbericht. München: TNS Infratest Sozialforschung. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Evaluation_PNG_PSG_I.pdf [Abruf am: 10. Januar 2020].
- Schweizer, C., und J. Kammerhoff (2013): „Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI. ‚Daheim Aktiv‘ – Modell zur ständigen Aktivierung pflegebedürftiger Menschen in ihrem Zuhause“. Abschlussbericht. Iso-Institut Saarbrücken.
- Schwinger, A., C. Tsiasioti und J. Klauber (2016): „Unterstützungsbedarf in der informellen Pflege – eine Befragung pflegender Angehöriger“. *Pflege-Report 2016: Die Pflegenden im Fokus*. Hrsg. K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber und A. Schwinger. Stuttgart: Schattauer. 189–216.
- Schwinger, A., J. Klauber und C. Tsiasioti (2020): „Pflegepersonal heute und morgen“. *Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* Hrsg. K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber und A. Schwinger. Berlin Heidelberg: Springer. 3–21. DOI: 10.1007/978-3-662-58935-9 [Abruf am: 4. Dezember 2020].

- Sozialverband VdK Bayern e. V (2020): „Die VdK-Pflegebegleiter“. https://www.vdk.de/bayern/pages/68679/die_vdk-pflegebegleiter?dscc=ok [Abruf am: 30. April 2020].
- Statistisches Bundesamt (2018): „Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschland-ergebnisse“. Wiesbaden.
- SVR [Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen] (2009): „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“. Sondergutachten 2009. Kurzfassung. Bonn.
- Techniker Krankenkasse (2019): „TK-Gesundheitsreport 2019: ‚Pflegefall Pflegebranche? So geht’s Deutschlands Pflegekräften‘.“ <https://www.tk.de/resource/blob/2060908/b719879a6b6ca54c1f2ec600985fb616/gesundheitsreport-au-2019-data.pdf> [Abruf am: 28. Juli 2020].
- Tews, B. (2014): „Die Pflegereform. 1. Pflegestärkungsgesetz.“ https://www.bpa.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/BY/2014-04/141120_Folienvortrag_Tews_PSG_ambulant.pdf [Abruf am: 28. Juli 2020].
- Tsiasioti, C., S. Behrendt, K. Jürchott und A. Schwinger (2020): „Pflegebedürftigkeit in Deutschland“. *Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* Hrsg. K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber und A. Schwinger. Berlin, Heidelberg: Springer. 257–311. DOI: 10.1007/978-3-662-58935-9 [Abruf am: 18. April 2020].
- Wetzstein, M., A. Rommel und C. Lange (2015): „Pflegerische Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst“. Robert Koch-Institut. *GBE kompakt* 6 (3). Berlin. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2015_3_pflegerische_angehoerige.html?jsessionid=21DB93924C66DDD6544482FBB9FF57C6.internet062?nn=5945060 [Abruf am: 23. Oktober 2019].
- Wingenfeld, K., und A. Büscher (2017): „Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bielefeld, Osnabrück.
- Wingenfeld, K., A. Reimer, L. Tacke-Weitkamp und C. Voigt (2020): „Empfehlungen zum Aufbau quartiersorientierter Hilfe- und Versorgungsstrukturen nach dem Bielefelder Modell.“ Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). <https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/bielefelder-modell-handreichung.pdf> [Abruf am: 16. November 2020].
- Wloka, L.-F., und J. Terstriep (2020): „Messung sozialer Innovationen. Ein Blick auf die organisationale Innovativität“. *Forschung aktuell* 06/2020. Institut Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule, Gelsenkirchen. <https://www.iat.eu/forschung-aktuell/2020/fa2020-06.pdf> [Abruf am: 27. Juli 2020].
- ZQP [Zentrum für Qualität in der Pflege] (2019): „ZQP-Report Pflege und digitale Technik“. <https://www.zqp.de/produkt/report-digitale-technik/> [Abruf am: 23. Oktober 2019]. Berlin.

Impressum

© Bertelsmann Stiftung

Januar 2021

Bertelsmann Stiftung

Carl-Bertelsmann-Straße 256

33311 Gütersloh

Telefon +49 5241 81-0

www.bertelsmann-stiftung.de

Verantwortlich

Dr. Ulrike Spohn

Dr. Martina Lizarazo López

Anastasia Hamburg

Autorinnen

Dr. Grit Braeseke

Dr. Elisabeth Hahnel

Julia Neuwirth (MPH)

Freja Engelmann (B. Sc.)

Nina Lingott (M. Sc.)

IGES Institut GmbH

Friedrichstraße 180

10117 Berlin

Kontakt: grit.braeseke@iges.com

Lektorat

Helga Berger

Grafikdesign

Nicole Meyerholz, Bielefeld

Titelbild

© Photographee.eu – stock.adobe.com

DOI 10.11586/2020081

Adresse | Kontakt

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
Telefon +49 5241 81-0

Dr. Ulrike Spohn
Project Manager
Programm Megatrends
Telefon +49 5241 81-81398
ulrike.spohn@bertelsmann-stiftung.de

Dr. Martina Lizarazo López
Senior Project Manager
Programm Megatrends
Telefon +49 5241 81-81576
martina.lizarazo.lopez@bertelsmann-stiftung.de

www.bertelsmann-stiftung.de