



LGL

Schnittstellen in der Versorgung von pflege- und hilfebedürftigen älteren Menschen

Probleme und Lösungsansätze aus Sicht der Pflege

Unter Mitwirkung der Landesarbeitsgemeinschaft
Gesundheitsversorgungsforschung (LAGeV)

Band 3 der Schriftenreihe Versorgungsforschung

Für eine bessere Lesbarkeit haben wir bei manchen Personenbezeichnungen auf ein Ausschreiben der weiblichen Form verzichtet. Selbstverständlich sind in diesen Fällen Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

Herausgeber: Bayerisches Landesamt für
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)
Eggenreuther Weg 43, 91058 Erlangen

Telefon: 09131 6808-0
Telefax: 09131 6808-2102
E-Mail: poststelle@lgl.bayern.de
Internet: www.lgl.bayern.de

Druck: osterchrist druck und medien GmbH, Nürnberg
Bildnachweis: Bayerisches Landesamt für
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
Fotolia.com - © Clemens Schüßler

Stand: April 2017
Autoren: Prof. Dr. Strupeit, S., Prof. Dr. Boldt, C., Buss, A.

Unter Mitwirkung der AG2 der LAGeV: Dr. Begemann, E., Clarner, A., Dr. Dietz-Bachinger, E., Ellmaier, A., Frischmann, A., Prof. Dr. Gräßel, E., Prof. Dr. Hausen, A., Dr. von Hayek, J., Dr. Müller-Barna, P., Prof. Dr. Müller, M., Nordgauer-Ellmaier, E., Raible, N., Prof. Dr. Reuschenbach, B., Zellner, A., Prof. Dr. Holleder, A.

Bei fachlichen Fragen wenden Sie sich bitte an:

Prof. Dr. Alfons Holleder
Telefon: 09131 6808-2910
E-Mail: lagev@lgl.bayern.de

© Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
alle Rechte vorbehalten

Gedruckt auf Papier aus 100 % Altpapier

ISSN 2510-3881	Druckausgabe
ISSN 2510-0815	Internetausgabe
ISBN 978-3-96151-001-6	Druckausgabe
ISBN 978-3-96151-002-3	Internetausgabe

Diese Druckschrift wird kostenlos im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Bayerischen Staatsregierung herausgegeben. Sie darf weder von den Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern im Zeitraum von fünf Monaten vor einer Wahl zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags-, Kommunal- und Europawahlen. Missbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zweck der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Staatsregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden. Bei publizistischer Verwertung – auch von Teilen – wird um Angabe der Quelle und Übersendung eines Belegexemplars gebeten.

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte sind vorbehalten. Die Broschüre wird kostenlos abgegeben, jede entgeltliche Weitergabe ist untersagt. Diese Broschüre wurde mit großer Sorgfalt zusammengestellt. Eine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit kann dennoch nicht übernommen werden. Für die Inhalte fremder Internetangebote sind wir nicht verantwortlich.



BAYERN | DIREKT ist Ihr direkter Draht zur Bayerischen Staatsregierung. Unter Telefon 089 122220 oder per E-Mail unter direkt@bayern.de erhalten Sie Informationsmaterial und Broschüren, Auskunft zu aktuellen Themen und Internetquellen sowie Hinweise zu Behörden, zuständigen Stellen und Ansprechpartnern bei der Bayerischen Staatsregierung.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
2	Ziele des Gutachtens	4
3	Problemstellung	4
4	Methodik	7
4.1	Systematische Literaturstudie	7
4.2	Rückblick auf abgeschlossene nationale Projekte	9
5	Ergebnisse	10
5.1	Systematische Literaturstudie	10
5.2	Rückblick auf abgeschlossene nationale Projekte	33
6	Schlussfolgerung	40
6.1	Systematische Literaturstudie	40
6.2	Rückblick auf abgeschlossene nationale Projekte	43
7	Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgung an den Schnittstellen zwischen Pflege und ambulanter Versorgung	45
7.1	Anforderungen zur Förderung der intersektoralen Zusammenarbeit	45
7.2	Empfehlungen für Modellprojekte	48
7.3	Herausforderungen und Bedingungen im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation	50
7.4	Zukünftige innovative Entwicklungsfelder zur Verbesserung der bayerischen Strukturen im ländlichen Raum	51
8	Zusammenfassung	53
9	Literaturverzeichnis	55

1 Einleitung

Aufgrund des demografischen Wandels wird die Anzahl an Pflegebedürftigen bzw. chronisch Erkrankten, multimorbiden Patient/innen und Menschen mit funktionalen Mobilitätseinschränkungen in Deutschland weiter steigen (Sachverständigenrat, 2014). Die Versorgung dieser Menschen erfordert einen hohen Koordinierungsaufwand an den Schnittstellen zwischen den einzelnen Versorgern. Dies betrifft insbesondere die Schnittstelle zwischen Pflegenden und den ambulanten ärztlichen Versorgern. Ein besonderer Bedarf besteht dabei in ländlichen Regionen, da sich dort die demografische Entwicklung besonders stark abzeichnet und die Strukturen schwächer sind als in den Ballungsräumen. Zurzeit kommt es in diesen Bereichen immer noch zu Defiziten zulasten einer kontinuierlichen und koordinierten Versorgung der Betroffenen. In der Folge kann es zu einer Unter- oder Überversorgung (z. B. durch ungeplante Wiedereinweisungen) mit hohen Kosten kommen. Obwohl es Ideen und Konzepte, die eine Verbesserung der intersektoralen Versorgung zum Ziel haben gibt, ist trotz Bemühungen im Zuge von Gesetzesreformen und entsprechender Umsetzungen in der Praxis die Lage längst nicht gelöst (Sachverständigenrat, 2012). Es fehlt u. a. an Innovationsvorhaben mit geeigneten wissenschaftlichen Evaluationen.

2 Ziele des Gutachtens

Ziel dieses Gutachtens ist zum einen die Abbildung des aktuellen Wissensstandes zum Thema „Probleme an der Schnittstelle zwischen ambulanter Versorgung und Pflege“. Zum anderen sollen darauf aufbauende Empfehlungen zur Umsetzung von Modellprojekten zum Thema gegeben werden.

3 Problemstellung

Das deutsche Gesundheitssystem ist traditionell in verschiedene Sektoren unterteilt (z. B. akut-stationäre Versorgung, ambulant ärztliche Versorgung oder ambulante Pflege). Entsprechend dieser sektoralen Ordnung erfolgt die Versorgung bzw. Betreuung von Patient/innen, Bewohner/innen oder Klient/innen hauptsächlich innerhalb der Sektoren. Die Finanzierung der Leistungserbringungen ist entsprechend strukturiert. Da in vielen Fällen eine sektorenübergreifende Versorgung notwendig ist (z. B.

bei der Versorgung von Menschen mit komplexen chronischen Erkrankungen), entstehen zwangsläufig Schnittstellen zwischen den einzelnen Sektoren. Davon sind insbesondere die Schnittstellen zwischen den Pflegesektoren (ambulant, stationär bzw. teilstationär) und der ärztlichen ambulanten Versorgung vor allem in ländlichen Regionen betroffen (Sachverständigenrat, 2014). Die für die Versorgung Pflegebedürftiger notwendige Kooperation zwischen Pflegenden und Ärzten ist traditionell von Schwierigkeiten gekennzeichnet (Buss et al., 2013, Büscher & Horn, 2010).

Insbesondere sind Patient/innengruppen betroffen, bei denen eine Überleitung zwischen den Sektoren oder aber eine transsektorale Koordination der Versorgung notwendig werden. Betroffen sind vor allem Patient/innen mit Weiterversorgungsbedarf nach einer stationären Behandlung und Menschen mit chronischen Erkrankungen bzw. Erkrankungen, die eine komplexe Versorgung erforderlich machen. Folglich sind in erster Linie ältere vulnerable bzw. multimorbide Patient/innen betroffen.

Seit Einführung der Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, DRGs) in die Krankenhausfinanzierung im Jahr 2003 haben sich die Liegezeiten deutlich verkürzt, was dazu führt, dass Patient/innen häufig in einem Zustand entlassen werden, in dem noch Versorgungsbedarf besteht. Dadurch steigt der Anteil an Betroffenen, die nach dem Krankenhausaufenthalt weitere Versorgung bzw. Pflege bedürfen (Sachverständigenrat, 2012). Dies betrifft vor allem ältere Menschen mit komplexen bzw. chronischen Erkrankungen, multimorbide Patient/innen bzw. Menschen mit Mobilitätseinschränkungen (Grill et al., 2015), deren Weiterversorgung eine organisierte, koordinierte Entlassung bzw. Überleitung bedarf. In der Praxis kann es hierbei zu teilweise schwerwiegenden Folgen kommen. So kann es zu ungeplanten Wiedereinweisungen kommen, welche zudem hohe Kosten nach sich tragen (Jencks et al., 2009). Weiterhin beinhaltet die Überleitung vom ambulanten in den stationären Sektor (und umgekehrt) gewisse Risiken und Schwachstellen. So werden ambulante Verordnungen bei Einweisung bzw. Entlassung verändert (Himmel et al., 2004, Mansur et al., 2008), Patient/innen ohne detaillierte hausärztliche Dokumentation aufgenommen (Ommen et al., 2007), zu wenig Information und Unterstützung bei der Nachbetreuung gegeben oder widersprüchliche Angaben zwischen den Versorgern

zu Prognose und Therapieverlauf gemacht (Ludt et al., 2014). Probleme treten besonders bei der Überleitung von vulnerablen Patient/innengruppen auf (La Mantia et al., 2010).

Die transsektoral koordinierte Versorgung betrifft vor allem Patient/innen mit komplexen Krankheitsbildern, wie z. B. Menschen mit Demenz, Menschen mit chronischen Wunden oder onkologische Patient/innen. Denn die gleichsam komplexe Versorgung dieser Gruppen erfordert ein breites Leistungsspektrum unter koordinierter Beteiligung verschiedener Sektoren und Professionen (Grill, 2015). Auch hier kann es zu Problemen an den Schnittstellen zwischen den beteiligten Sektoren kommen.

Aufgrund von aktuellen Veränderungen in der Gesundheitsversorgung sind die verschiedenen Professionen vor Herausforderungen gestellt: alte, bestehende Strukturen und Rollen müssen überdacht und den derzeitigen Erfordernissen angepasst werden. So müssen z. B. Zuständigkeitsbereiche und Tätigkeiten, wie etwa bei der Verordnung von Leistungen, teilweise neu verteilt werden. Dies betrifft vor allem die interprofessionelle und -sektorale Versorgung. Um an den jeweiligen Schnittstellen effektiv zusammenarbeiten zu können, ist ein reibungsloses Ineinandergreifen notwendig. So scheint es vor allem zwischen Pflegenden (aus dem nicht akuten stationären Sektor) und (Haus-)Ärzten Probleme bei der Zusammenarbeit zu geben (Buss et al., 2013, Büscher & Horn, 2010). Dies mag darin begründet sein, dass teilweise ein gewisser Mangel an Akzeptanz gegenüber Pflegenden vorherrscht. Es scheinen hier zum Teil immer noch tradierte Vorstellungen und Verhaltensweisen zu herrschen, ggf. begleitet von Konkurrenzgefühlen, Ängsten oder Vorbehalten. So wird Pflegefachkräften nicht immer die nötige Kompetenz in bestimmten Bereichen, z. B. in der Wundversorgung, zugesprochen. Pflegende hingegen sehen sich häufig traditionell in der Rolle eines Hilfsberufes, der Medizin untergeordnet. Diese Denkmuster und Verhaltensweisen gilt es aufzulösen, wenn eine Zusammenarbeit an den Schnittstellen der Versorgung reibungslos funktionieren soll (Sachverständigenrat, 2007).

Im Krankenhausmanagement sind Modelle zum Überleitungs- bzw. Entlassungsmanagement (meist durch krankenhauserinterne Koordinierungsstellen) inzwischen weit verbreitet. Laut einer Befragung besteht in rund 80% der Krankenhäuser ein Entlassungs- bzw. Überleitungsmanagement. Allerdings fehlt es bisher an geeigneten Validierungen, um die Qualität und den Erfolg der Modelle festzustellen (Sachverständigenrat, 2012).

Für die Umsetzung transsektoraler, koordinierter Versorgung existieren Modelle, wie das Disease Management, die Integrierte Versorgung sowie Modelle für Patient/innen mit komplexen, schwer therapierbaren oder seltenen Erkrankungen (§ 116b SGB V in der Neufassung von 2012, Richtlinie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung). So wurden in Bayern bis zum Jahr 2008 619 Verträge der Integrierten Versorgung mit insgesamt 1,8 Mio. Versicherten abgeschlossen (Registrierungsstelle, 2009). Typische Zielgruppen waren Menschen mit Erkrankungen von Muskeln, Skelett und Bindegewebe und psychiatrischen Erkrankungen, ältere, multimorbide Patient/innen, Palliativpatient/innen und onkologische Patient/innen (Grill, 2015). Allerdings werden durch Selektivverträge, wie bei der Integrierten Versorgung, nur Versicherte der beteiligten Krankenkassen integriert, während weitere potentielle Patient/innen in einer Region ohne diese Voraussetzung nicht berücksichtigt werden.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass an den Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung sowie im Rahmen der intersektoralen Koordination Schwachstellen und Risiken bestehen, die zum Teil zu schwerwiegenden Problemen führen können. Laut Expertenmeinung sind die Probleme längst nicht gelöst (Sachverständigenrat, 2012).

4 Methodik

4.1 Systematische Literaturstudie

Ziel des vorliegenden Literaturüberblicks ist es, die Wirksamkeit von Interventionen an den Schnittstellen zwischen ambulanter und pflegerischer Versorgung bei pflege- und hilfebedürftigen älteren Menschen zu ermitteln. Damit soll der aktuelle Stand der

internationalen Forschung zu dieser Fragestellung abgebildet werden, um eine möglichst aussagekräftige Grundlage für die abschließenden Empfehlungen zu liefern. Die Studie ist zum einen begrenzt auf das ambulante Setting, da der Forschungsstand zu den Schnittstellen zwischen stationärer Versorgung und Pflege, bzw. das Entlassungsmanagement oder die Überleitung, im Rahmen des Expertenstandards „Entlassungsmanagement in der Pflege“ bereits umfassend recherchiert wurde. Zum anderen konzentrierte sich die Suche auf die Population der pflege- und hilfebedürftigen älteren Menschen, denn diese Gruppe stellt die von der Problematik am häufigsten betroffene Gruppe dar und ist folglich Gegenstand dieses Gutachtens. Des Weiteren wurde gezielt nach randomisiert-kontrollierten Studien gesucht, um quantifizierbare und somit belastbare Ergebnisse heranziehen zu können. Studien, in welchen ausschließlich ökonomische Endpunkte berichtet werden, wurden ausgeschlossen, da das Ziel dieser Literaturstudie die Ermittlung der Wirksamkeit von Interventionen, nicht die Effizienz war.

Demzufolge ergaben sich folgende Ein- und Ausschlusskriterien.

Einschlusskriterien:

- Interventionen zur Verbesserung der Versorgung an den Schnittstellen zwischen ambulanter Versorgung und Pflege
- randomisiert-kontrolliertes Studiendesign
- Beteiligung von Pflegenden und Ärzten
- Zielgruppe pflege- und hilfebedürftige ältere Menschen
- Artikel in deutscher oder englischer Sprache
- Veröffentlichungszeitraum in den Jahren 2005 bis 2015

Ausschlusskriterien:

- Interventionen an den Schnittstellen zwischen stationärer Versorgung und Pflege
- Studien mit ausschließlich qualitativem Design
- andere Zielgruppen als pflege- und hilfebedürftige ältere Menschen

- Studien mit ausschließlich ökonomischen Endpunkten
- keine Beteiligung von Pflegenden und Ärzten

Suchstrategie

Die Recherche erfolgte in den Datenbanken Pubmed und Cinahl im Januar 2016. Die Suchstrategie umfasste eine Kombination von Begriffen zur Umschreibung der relevanten Akteure (Pflegende), dem Setting (ambulant, Häuslichkeit bzw. Pflegeheim), der Zielgruppe (ältere Menschen; die Eingrenzung auf eine ältere Population erfolgte aufgrund des oben dargestellten besonderen Risikos für ältere, insbesondere vulnerable, Gruppen) sowie Begriffen zur Umschreibung des Kernthemas (z. B. „Schnittstellen“, „Zusammenarbeit“, „Kommunikation“, „intersektoral“).

Um die aktuelle Wirksamkeit von Interventionen abzubilden, wurde die Suche anhand entsprechender Filter eingegrenzt. Neben Sprachfilter (Englisch und Deutsch) und Eingrenzung des Datums der Publizierung (letzten 10 Jahre), fand der spezifische Therapiefilter von Wilczinski et al. (2007) Anwendung.

Die Suche ergab eine Trefferanzahl von 393 Artikeln. Nach einer ersten Sichtung der Titel und Abstracts wurden 109 Studien vorläufig eingeschlossen. Aus diesen erfolgte eine erneute Auswahl anhand der Volltexte. Schließlich wurden 75 Studien in die Literaturstudie eingeschlossen.

4.2 Rückblick auf abgeschlossene nationale Projekte

Zur Ermittlung von Projekten wurden in den Datenbanken des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) sämtliche dort eingeschlossene Projekte (N = 508) gesichtet. Das ZQP unterhält u. a. Datenbanken zu Forschungs- und Praxisprojekten zum Thema Pflege und Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Deutschland seit dem Jahr 2000 (Projektbeginn). In die Auswahl wurden alle Projekte eingeschlossen, die sich thematisch mit der Schnittstellenproblematik auseinandersetzen. Der Anspruch auf Vollständigkeit wird mit der folgenden Auswahl nicht verfolgt, da nicht ausgeschlossen werden kann, dass Veröffentlichungen zu themenrelevanten Projekten nicht in die Datenbank eingepflegt wurden.

5 Ergebnisse

5.1 Systematische Literaturstudie

Zielgruppen

In den Studien wurden zu einem Großteil ältere Populationen mit chronischen Krankheiten bzw. ältere vulnerable Gruppen untersucht. Darunter waren z. B. Untersuchungen an Patient/innen mit Herzinsuffizienz (Leventhal et al., 2011, Weintraub et al., 2010, Stromberg et al., 2006), Typ II Diabetes (Welch et al., 2011, Blackberry et al., 2013), Krebs-Patient/innen (van der Peet et al., 2009, Mooney et al., 2014) oder Menschen mit Demenz (Joling et al., 2012, Callahan et al., 2006, Huang et al., 2013).

Andere Studien untersuchten ältere chronisch kranke Menschen bzw. ältere vulnerable bzw. multimorbide Gruppen im Allgemeinen, ohne die Eingrenzung auf ein bestimmtes Krankheitsbild (Boult et al., 2013, Melis et al., 2008, Boyd et al., 2008, Boult et al., 2008, Stone et al., 2010).

In weiteren Studien zielten die Interventionen auf pflegende Angehörige bzw. Familien von Betroffenen ab, z. B. auf pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz (Gaugler et al., 2011, Mittelman et al., 2008) oder Familienmitgliedern von älteren allein lebenden Menschen (Ganong et al., 2013).

Teilweise wurden ältere Menschen ohne hohen Versorgungsbedarf (Harris et al., 2015, Ploeg et al., 2010) oder andere Gruppen mit bestimmten Merkmalen, z. B. ältere Menschen mit geringem Einkommen (Counsell et al., 2007, Szanton et al., 2011) oder „Medicare“- Patient/innen (Zillich et al., 2014), untersucht.

Eine hohe Gewichtung in der vorliegenden Literatur liegt folglich auf Zielgruppen mit einem Bedarf an Versorgungskoordination und entsprechender Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Akteuren an den Schnittstellen in der Versorgung.

Interventionen

In den vorliegenden Studien fanden verschiedene Formen von Interventionen, hinsichtlich ihrer Organisation, Anwender, beteiligter Akteure, Setting und Konzeptionen sowie ihrer Anwendung. Sie werden im Folgenden, geordnet nach ihrer Benennung durch die Originalautoren, zusammenfassend beschrieben.

Guided Care

Das Guided Care Modell zielt auf den Bedarf von Menschen mit chronischen Krankheiten ab. Dabei arbeitet eine geschulte Pflegefachperson, im Rahmen einer koordinierten und Patient/innenzentrierten Versorgung, eng mit den Patient/innen, Hausärzten und anderen Beteiligten zusammen (www.guidedcare.org, 2013).

Beim Ansatz des Guided Care steht eine proaktive, koordinierte und umfassende Versorgung im Vordergrund. Das Programm besteht im Wesentlichen aus einem initialen Assessment, einer Evidenz-gestützten Versorgungsplanung, eines proaktiven Monitoring und der Koordinierung von Versorgungsleistungen. Dabei werden bedarfsweise Komponenten zur Unterstützung der Empfänger integriert, z. B. Selbstmanagement oder Unterstützung pflegender Angehöriger (Boult et al., 2013). Das Guided Care Team besteht in der Regel aus einer Pflegefachkraft und den beteiligten Hausärzten. Die Zielgruppe waren in allen Studien generelle ältere vulnerable Gruppen (Boult et al., 2008, Boyd et al., 2008).

Disease Management

Bei Disease-Management-Programmen (DMP) handelt es sich um strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen. DMP sollen Behandlungsabläufe und die Qualität der Versorgung für die Patient/innen verbessern. Zudem sollen durch die strukturierte und fortwährende medizinische Betreuung Komplikationen vermieden und die Lebensqualität der Patient/innen erhalten oder verbessert werden. Ebenfalls sollen DMP auch ggf. langfristig entstehende Kosten, zum Beispiel für die Therapie von Spätschäden, senken (AOK Bundesverband, 2012).

Die in den Studien untersuchten Disease-Management-Programme enthielten in der Regel Hausbesuche mit telefonischem Follow-up, die Versorgungsplanung und koordinierte Versorgung der Patient/innen. Die Interventionen wurden hauptsächlich von Pflegefachkräften, teilweise in Kooperation mit anderen Fachexperten, z. B. Ernährungsberatern (Welch et al., 2011), durchgeführt. Dabei erfolgte stets eine Kooperation mit dem Hausarzt bzw. mit entsprechenden Fachärzten oder anderen beteiligten Professionen. Die einzelnen Programme waren auf Patient/innen mit bestimmten Krankheitsbildern ausgerichtet, z. B. Patient/innen mit COPD (Kruis et al., 2014) oder Herzinsuffizienz (Leventhal et al., 2011, Weintraub et al., 2010).

Case Management

Bei Case Management handelt es sich um eine Verfahrensweise, die individuell und bedarfsentsprechend eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen ermöglicht. Weiteres Ziel des Case Managements ist die effektive und effiziente Steuerung der Leistungsprozesse im Versorgungssystem (Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management, 2012).

Case Management Interventionen umfassten Komponenten der Beratung und des Monitorings in Form von Hausbesuchen und telefonischem Follow-up. Dabei wurden zum Teil Methoden aus der Telemedizin verwendet (Luchsinger et al., 2011). Die Case Manager waren entweder Pflegefachkräfte (Luchsinger et al., 2011), Arzthelfer/innen (Peters-Klimm et al., 2010) oder Apotheker (McAlister et al., 2014), die jeweils mit dem zuständigen Hausarzt kooperierten. Zielgruppen waren Patient/innen mit Diabetes (Luchsinger et al., 2011), Herzinsuffizienz (Peters-Klimm et al., 2010) oder Schlaganfallpatient/innen (McAlister et al., 2014).

Care Management

Das Ziel des Care Managements (Versorgungsmanagement) ist es v. a. bei komplexen Krankheitsbildern aufeinander abgestimmte Versorgungsstrukturen zu implementieren, um eine effiziente Gestaltung von sektoren- und disziplinübergreifenden Versorgungsabläufen zu ermöglichen (Schmidt, 2012).

Die Care Manager (meist Pflegefachkräfte) übernahmen Versorgungskordinierung, z. B. in Form von Disease Management (Stone et al., 2010), in Zusammenarbeit mit beteiligten Versorgungsleistern in der Gemeinde. Abhängig von der Zielgruppe erfolgte eine Zusammenarbeit mit bestimmten Anbietern, z. B. präventive Angebote (Stone et al. 2010) oder Sozialarbeiter (Counsell et al., 2007). Die Zielgruppen waren ältere chronisch kranke Menschen (Stone et al., 2010), ältere Menschen mit geringem Einkommen (Counsell et al., 2007) oder ältere Menschen mit Depression (Bruce et al., 2015).

Edukation/Beratung (Komm-Struktur)

Als Edukation bzw. Beratung wurden jene Interventionen definiert, welche im Kern die Beratung bzw. Edukation von Patient/innen umsetzen und dabei ambulant, im Gegensatz zu den unten stehenden Hausbesuchen, durchgeführt wurden.

Eine Reihe von Studien überprüfte die Wirksamkeit von Interventionen zur Edukation bzw. Beratung von Betroffenen bzw. ihren Angehörigen, welche, in Abgrenzung zu Hausbesuchen, in der Regel im ambulanten Setting angeboten wurden. Logsdon et al. (2010) führten eine Intervention für pflegende Angehörige (individuell) und zusammen mit Menschen mit Demenz durch. Andere Studien zur Edukation/Beratung untersuchten verschiedene Populationen in der Primärversorgung, z. B. Menschen mit Bluthochdruck (Niiranen et al., 2014) oder Männer mit Krebsrisiko (Myers et al., 2011). Chan et al. (2015) untersuchten die Wirksamkeit einer kurzen telefonischen (vor einem Klinikbesuch) und persönlichen (während des Besuches in der Klinik) Edukation bei älteren chronisch kranken Menschen.

Hausbesuche

Interventionen zu Hausbesuchen wurden im häuslichen Umfeld der Patient/innen durchgeführt, ggf. ergänzt durch telefonische Nachverfolgung.

Eine Reihe von Studien zur Wirksamkeit von Hausbesuchen wurde an generellen älteren vulnerablen Gruppen durchgeführt (Szanton et al., 2011, Imhof et al., 2012, Melis et al., 2008). Die Interventionen enthielten Komponenten, wie Assessment,

Schulung, Beratung, Anleitung, Versorgungsplanung/Management und Telefon Follow-ups. Gegebenenfalls erfolgte eine Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen. Huss et al. (2008) untersuchten in einem systematischen Review die Wirksamkeit von multidimensionalen präventiven Hausbesuchen. In zwei Studien wurden Hausbesuche bei Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen durchgeführt (Gitlin et al., 2010, Huang et al., 2013). Darin wurden die pflegenden Angehörigen geschult, beraten bzw. informiert. Drei Studien untersuchten die Wirksamkeit von Hausbesuchen bei Krebs-Patient/innen (Molassiotis et al., 2009, van der Peet et al., 2009).

Tele-/ E-Health

Tele- bzw. E-Health Interventionen umfassen Interventionen zur Überwachung von Patient/innen anhand von Telekommunikation bzw. jegliche Interventionsformen, bei welchen im Kern elektronische Hilfsmittel eingesetzt wurden.

Interventionen zur Wirksamkeit von Telemedizin bzw. E-Health wurden hauptsächlich an Menschen mit bestimmten chronischen Erkrankungen, z. B. Typ II Diabetes (Stone et al., 2010), COPD (Berkhof et al., 2015) oder Herzinsuffizienz (Madigan et al., 2013) durchgeführt. Zusammenfassend lassen sich Interventionen zum Monitoring und solche mit Technik-gestützter Unterstützung unterscheiden. Bei Monitoring-Interventionen erfolgte die Überwachung der Patient/innen (z. B. bestimmter Körperfunktionen) durch eine Kontaktperson (meist eine Pflegefachkraft), ggf. unter Anwendung von technischen Geräten für die Häuslichkeit der Patient/innen. Im Bedarfsfall (z. B. bei unerwünschten Blutdruckwerten) unternahm die Kontaktperson notwendige Schritte, z. B. Kontaktaufnahme mit dem Patient/innen, dem Haus- bzw. Facharzt und/oder anderen beteiligten Akteuren. Technik-gestützte Interventionen enthielten z. B. Edukation bzw. Unterstützung durch interaktive Websites, Computerprogramme oder Videokonferenzen.

Collaborative Care

Collaborative Care ist eine spezielle Form der Integrierten Versorgung zur Behandlung verbreiteter psychischer Erkrankungen, wie Depression oder Angstzuständen.

Collaborative Care erfordert eine systematische Nachsorge aufgrund des chronischen Verlaufs dieser Erkrankungen. Umgesetzt wird die Versorgung durch geschulte Akteure in der Primärversorgung und aus der Psychologie, welche evidenzbasierte Medikation oder psychosoziale Behandlungen anwenden (Aims Center Collaborative Care, 2016).

Der Collaborative Care Ansatz beinhaltet im Kern eine Patient/innenzentrierte Versorgung unter Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Akteure. Studien, die erkennbar diesen Ansatz verfolgten, untersuchten unterschiedliche Populationen. Drei der Studien wurden an Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen durchgeführt (Eloniemi-Sulkava et al., 2009, Callahan et al., 2006, Tanner et al., 2015). Andere Studien untersuchten ältere nicht-vulnerable Gruppen (Ploeg et al., 2010, Hogg et al., 2009) oder Menschen mit Depression (Chew-Graham et al., 2007).

Selbstmanagement

Selbstmanagement betrifft die Aufgaben, die Individuen übernehmen müssen, um mit einer chronischen Erkrankung zu leben. Diese Aufgaben schließen das Vertrauen ein, mit dem krankheitsbezogenen Management, dem Rollenmanagement und dem emotionalen Management der Erkrankungen umgehen zu können (Institute of Medicine Committee on the Crossing the Quality Chasm: Next Steps Toward a New Health Care, 2004).

Interventionen zum Selbstmanagement beinhalten im Kern die Befähigung der Patient/innen mit ihrer Krankheit umzugehen. Zwei Studien (Moriyama et al., 2009, Cockayne et al., 2014) führten Interventionen zur Unterstützung bzw. Edukation zum Selbstmanagement, im Rahmen von persönlichen bzw. telefonischen Edukationseinheiten durch eine Pflegefachkraft, durch. Die Zielgruppen waren Patient/innen mit Typ II Diabetes (Moriyama et al., 2009) und Patient/innen mit Herzinsuffizienz (Cockayne et al., 2014).

Integrierte Versorgung

Unter "Integrierte(r) Versorgung (IV)" versteht man die Vernetzung der unterschiedlichen Versorgungssektoren. Beispielsweise arbeiten ambulant niedergelassene Haus- oder Fachärzte mit stationären Institutionen bei der Behandlung von Patient/innen zusammen. Dies kann auch bedeuten, dass sie sich das Budget für die Behandlung teilen. (AOK Bundesverband, o. J.).

In zwei Studien bezeichneten die Autoren ihre Interventionen als Community-based Integrated care (Hernandez et al., 2015) bzw. Integrated care intervention (Garcia-Aymerich et al., 2007). Beide Interventionen beinhalteten die Versorgungsplanung durch ein interdisziplinäres Team (Primärversorgung) sowie die Beteiligung einer zuständigen Pflegefachkraft (Case Management). Die Zielgruppe waren jeweils Patient/innen mit COPD.

Von Pflegenden geleitete Interventionen (Nurse-led Interventions)

Als von Pflegenden geleitete Interventionen (Nurse-led Interventions) wurden Interventionen definiert, welche die Rolle der Pflegefachkraft als leitende Akteurin in den Fokus setzten. In den meisten Fällen waren entsprechende Begriffe Teil der Bezeichnung der Interventionen.

In vier Studien lag der Kern der Intervention auf der Rolle der verantwortlichen Pflegefachkraft, z. B. „Nurse coordinator“ (Elley et al., 2008) oder „Nurse-led care“ (Ndosi et al., 2014). In allen Interventionen übernahm die verantwortliche Pflegefachkraft das initiale Assessment und darauf aufbauende Planung und Durchführung bedarfspezifischer Maßnahmen (z. B. Edukation oder Anleitung). Die Pflegefachkraft koordinierte darüber hinaus die Versorgung und überwies bei Bedarf die Patient/innen an andere Dienstleister. Die untersuchten Zielgruppen waren Patient/innen mit Inkontinenz (Albers-Heitner et al., 2011), Menschen mit Sturzrisiko (Elley et al., 2008), Pflegebedürftige (Markle-Reid et al., 2006) und Patient/innen mit rheumatischer Arthritis (Ndosi et al., 2014).

Schulung pflegender Angehöriger

In diese Kategorie wurden Studien eingeordnet, deren Interventionen ausschließlich für die Schulung von pflegenden Angehörigen bzw. Familien von Patient/innen konzipiert waren.

Zur Schulung von pflegenden Angehörigen wurden unterschiedliche Interventionen durchgeführt. Ganong et al. (2013) wendeten Fallvignetten zur Schulung pflegender Angehöriger von älteren allein lebenden Menschen an, während Elliott et al. (2009) Schulungen im Rahmen von Hausbesuchen und Telefon Follow-ups für Angehörige von älteren Frauen mit starken Einschränkungen durchführten.

In mehreren Veröffentlichungen (Gaugler et al., 2011, Joling et al., 2012, Mittelman et al., 2008, Brodaty et al., 2009, Gaugler et al., 2008, Chien & Lee, 2011) wurde die Wirksamkeit der Beratung von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz untersucht. Dabei führten Berater (mit einem Abschluss in Pflege, Soziale Arbeit, Psychologie o. ä.) individuelle Beratungseinheiten mit pflegenden Angehörigen sowie Gruppenberatungen mit anderen Familienmitgliedern durch (Gaugler et al., 2011, Joling et al., 2012, Mittelman et al., 2008, Brodaty et al., 2009, Gaugler et al., 2008). In einer Studie (Chien & Lee, 2011) wurde ein umfassendes Programm zur Information und Unterstützung pflegender Angehöriger entwickelt, einschließlich der Integration von sozialen und Versorgungsnetzwerken in der Umgebung der Patient/innen.

Tabelle 1: Laieninterventionen

Autor (Jahr)	Intervention	Verantwortliche/r Akteur/in	Zielgruppe	Setting	Outcomes
Partridge et al. (2016)	Asthma Self-Management Education	Geschulte Laien	Asthma Patient/-innen	Primärversorgung	Ungeplanter Versorgungsbedarf

Tabelle 2: Guided Care

Autor (Jahr)	Intervention	Verantwortliche/r Akteur/in	Zielgruppe	Setting	Outcomes
Boult et al. (2013)	Guided Care	Pflegefachkräfte	Ältere Patient/innen mit hohem Risiko (für hohe Versorgungsausgaben)	Community	Versorgungsqualität, Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen, funktionale Gesundheit
Boyd et al. (2008)	Guided Care	Pflegefachkräfte	Ältere chronisch Kranke	Community	Versorgungsqualität, Zufriedenheit
Boult et al. (2008)	Guided Care	Pflegefachkräfte	Ältere multimorbide Patient/innen	Community	Versorgungsqualität, Zufriedenheit

Tabelle 3: Disease Management

Autor (Jahr)	Intervention	Verantwortliche/r Akteur/in	Zielgruppe	Setting	Outcomes
Kruis et al. (2014)	Disease Management	Hausärzte Pflegerkräfte Physiotherapeuten	COPD Patient/innen	Primary care	Gesundheitsbezogene Outcomes, Lebensqualität, körperliche Aktivität, Level der integrierten Versorgung, Alltagsaktivitäten
Laventhal et al. (2005)	Management Programm	Pflegefachkraft	Patient/innen mit Herzinsuffizienz nach Krankenhausaufenthalt	Primary care	Lebensqualität
Weintraub et al. (2010)	Telephone Disease Management + Home Monitoring	Pflegefachkraft	Patient/innen mit Herzinsuffizienz, kürzlich entlassen aus dem KH	Community	Rehospitalisierung
Welch et al. (2011)	Diabetes Management Programm	Pflegefachkraft, Ernährungsexperte	Patient/innen mit Typ II Diabetes	Primary care	HbA1c Werte, Zielerreichung (klinisch), „Leid“, Zufriedenheit

Tabelle 4: Case Management

Autor (Jahr)	Intervention	Verantwortliche/r Akteur/in	Zielgruppe	Setting	Outcomes
Luchsinger et al. (2011)	Case Management	Pflegefachkraft	Ältere Diabetes Patient/innen	Community	HbA1c Wert, Kognition

Schnittstellen in der Versorgung pflege- und hilfebedürftiger älterer Menschen aus Sicht der Pflege

Autor (Jahr)	Intervention	Verantwortliche/r Akteur/in	Zielgruppe	Setting	Outcomes
Peters - Klimm et al. (2010)	Case Management	Arzthelfer/in	Patient/innen mit chronischer Herzinsuffizienz	Primary care	Gesundheitsbezogene Outcomes, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen
McAlister et al. (2014)	Case Management	Pflegefachkraft, Pharmazeut/in	Schlaganfallpatient/innen	Community	Risikoreduktion

Tabelle 5: Care Management

Autor (Jahr)	Intervention	Verantwortliche/r Akteur/in	Zielgruppe	Setting	Outcomes
Stone et al. (2010)	Care Management	Pflegefachkraft	Ältere chronisch Kranke	Community	Mortalität
Counsell et al. (2007)	Geriatric Care Management	Pflegefachkraft, Sozialarbeiter/in	Ältere mit geringem Einkommen	Community	Versorgungsqualität Inanspruchnahme von Leistungen, Lebensqualität, ADLs, Mortalität, Krankenhauswieder-einweisungen
Bruce et al. (2015)	Depression CAREPATH	Pflegefachkraft	Ältere Patient/innen mit Depression	Community	Depression

Tabelle 6: Beratung/Edukation

Autor (Jahr)	Intervention	Verantwortliche/r Akteur/in	Zielgruppe	Setting	Outcomes
Joling et al. (2012)	Family Meeting	Akteure mit Abschluss im Bereich Pflege, Soziale Arbeit, Psychologie oder verwandte Berufe	Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen	Community	Heimeinweisung
Harris et al. (2015)	Beratung zu Schrittzahl-, Geschwindigkeitszählern	Pflegefachkraft	Ältere Menschen, fähig die Laufgeschwindigkeit zu erhöhen	Primary care	Schrittzahl, intensive körperliche Aktivität

Schnittstellen in der Versorgung pflege- und hilfsbedürftiger älterer Menschen aus Sicht der Pflege

Autor (Jahr)	Intervention	Verantwortliche/r Akteur/in	Zielgruppe	Setting	Outcomes
Gaugler et al. (2011)	Psychosoziale Caregiver Intervention – Begleitung bei Überleitung in eine Einrichtung bzw. Krankheitsverlauf	Akteure mit Abschluss in den Bereichen Soziale Arbeit, Psychologie, Beratung oder Gerontologie	Pflegende Angehörige von Menschen mit Alzheimer	Community	Belastung, Depression
Mittelman et al. (2008)	Family Counseling	Berater	Pflegende Angehörige von Menschen mit Alzheimer	ambulant	siehe Studie oben
Brodaty et al. (2009)	Family Counseling	Berater	Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen	ambulant	Heimeinweisung, Mortalität
Gaugler et al. (2008)	Family Counseling	Berater	Pflegende Angehörige von Menschen mit Alzheimer	ambulant	Belastung, Depression, Heimeinweisung
Logsdon et al. (2010)	Support Groups bei Gedächtnisverlust im Anfangsstadium (Alzheimer Demenz)	Gruppe aus Akteuren (mind. 2 mit Master Abschluss und Erfahrung mit Zielgruppe und Intervention)	Menschen mit AD und pflegende Angehörige	Community	Lebensqualität, Depression, Kommunikation in der Familie
Kaczorowski et al. (2011)	Health Awareness Programm (Herz-Kreislauf-Erkrankung)	Pflegfachkraft, Pharmazeut	Ältere Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Community	Krankenhauseinweisungen
Lukas et al. (2012)	Initiales Case Management	Pflegfachkräfte, Ärzte	Menschen mit Demenz und pflegende Angehörige	Community	Lebensqualität, Belastung, Depression bei pflegenden Angehörigen
Niiranen et al. (2013)	Lifestyle Intervention	Pflegfachkraft	Patient/innen mit Bluthochdruck	Primary care	Bluthochdruck

Autor (Jahr)	Intervention	Verantwortliche/r Akteur/in	Zielgruppe	Setting	Outcomes
Myers et al. (2011)	Decision Counseling	Pflegefachkraft	Männer vor einem Screening ohne Krebs-, Screening-Geschichte	Primary care	Wissen der Patient/innen, Einfluss auf informierte Entscheidungsfindung und Screening
Chan et al. (2015)	Nurse-delivered brief Health Education Intervention	Pflegefachkraft	Ältere chronisch kranke Patient/innen	ambulant	Pneumokokken-Impfungsrate

Tabelle 7: Hausbesuche

Autor (Jahr)	Intervention	Verantwortliche/r Akteur/in	Zielgruppe	Setting	Outcomes
Gitlin et al. (2010)	Biobehavioral Home-based Intervention	Ergotherapeuten	Menschen mit Demenz und pflegende Angehörige	Community	funktionale Abhängigkeit, IADL, „Engagement“ bei Menschen mit Demenz, Wohlbefinden, Selbstvertrauen bei Aktivitäten
Szanton et al. (2011)	Biobehavioral Home-based Intervention	Ergotherapeuten, Pflegefachkraft, Hausmeister	Ältere mit Schwierigkeiten in mindestens 1 ADL oder 2 IADL mit geringem Einkommen	Community	Akzeptanz, Machbarkeit
Imhof et al. (2012)	Nurse in-Home Health Consultation Program	Pflegefachkraft	Ältere Menschen	Community	Lebensqualität, Sturzereignisse, -folgen, Hospitalisierung
Molassiotis et al. (2009)	Home Care Nursing Program	Pflegefachkraft	Patient/innen mit Kolorektal- oder Brustkrebs, die orale Chemotherapie erhalten	Home care	Symptome, ungeplante Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen

Schnittstellen in der Versorgung pflege- und hilfsbedürftiger älterer Menschen aus Sicht der Pflege

Autor (Jahr)	Intervention	Verantwortliche/r Akteur/in	Zielgruppe	Setting	Outcomes
Melis et al. (2008)	Multidisciplinary Program	Pflegefachkraft	Vulnerable ältere Menschen	Community	Funktionale Fähigkeiten, psychisches Wohlbefinden
Huss et al. (2008)	Multidimensional Preventive Home Visit Programs	Systematic Review	ältere Menschen	Community	-
van der Peet et al. (2009)	Nursing based Pain Education Program	Pflegefachkraft	Krebspatient/innen mit Schmerzen	Community	Schmerzreduktion, Wissen
Ross et al. (2009)	Home Psychosocial Intervention	Pflegefachkraft/Arzt	Patient/innen mit Kolorektalkrebs	Community	Überlebensrate, Immunparameter
Huang et al. (2013)	Home-based Caregiver Training Program	Pflegefachkraft	Menschen mit Demenz und pflegende Angehörige	Community	Kompetenz, Selbstwirksamkeit bei pflegenden Angehörigen, Reduktion körperlicher Aggressivität bei Menschen mit Demenz

Tabelle 8: Tele-/E-Health

Autor (Jahr)	Intervention	Verantwortliche/r Akteur/in	Zielgruppe	Setting	Outcomes
Kerry et al. (2013)	Home Blood Pressure Monitoring + Telephone Support	Pflegefachkraft	Patient/innen nach Schlaganfall mit Bluthochdruck	Community	Senkung des systolischen Blutdrucks
Stone et al. (2010)	Home Telemonitoring + Active Care Management	Study Nurse (unter Supervision des Endokrinologen)	Veteranen mit Typ II Diabetes	Community	HbA1c Wert
Berghof et al. (2015)	Telemedicine Care	Pflegefachkraft	Patient/innen mit COPD	Community	Gesundheitsstatus, Inanspruchnahme von Leistungen

Schnittstellen in der Versorgung pflege- und hilfebedürftiger älterer Menschen aus Sicht der Pflege

Autor (Jahr)	Intervention	Verantwortliche/r Akteur/in	Zielgruppe	Setting	Outcomes
Mooney et al. (2014)	Automated Monitoring	-	Krebspatient/innen in ambulanter Chemotherapie	Community	Nutzung der Informationen durch die Ärzte/Pflegefachkräfte, Linderung der Symptome
DuBenske e al. (2014)	Comprehensive Health Enhancement Support System	-	Pflegende Angehörige von Lungenkrebspatient/innen im fortgeschrittenen Stadium	Community	Belastung, negative Stimmung
Madigan et al. (2013)	Home Health Care + Telemonitoring	Pflegefachkraft	Patient/innen mit Herzinsuffizienz, kürzlich entlassen	Community	Gesundheitsstatus, Rehospitalisierung, Notfälle
Menon et al. (2011)	Phone-based Intervention	-	Ältere Menschen ohne Fälle von Kolorektalkrebs in der Familie	Primary Care	Inanspruchnahme Screenings
Pedone (2015)	Multiparametric Monitoring	Facharzt	Ältere Patient/innen mit Herzinsuffizienz	Ambulant	Mortalität, Hospitalisierung
Gellis et al. (2014)	Integrated Telehealth Care	Pflegefachkräfte	Ältere Menschen	Home Care	Depression, Problemlösungsfähigkeiten, Selbstwirksamkeit, Inanspruchnahme Notaufnahme, Hospitalisierung
Zillich et al. (2014)	Telephonic Medication Therapy Management	Pharmazietechniker, Pharmazeut	Medicare-Patient/innen	Home Care	Hospitalisierung
Blackberry et al. (2013)	Telephone Coaching	Pflegefachkraft	Patient/innen mit Typ II Diabetes	Primary Care	HbA1c Werte

Schnittstellen in der Versorgung pflege- und hilfsbedürftiger älterer Menschen aus Sicht der Pflege

Autor (Jahr)	Intervention	Verantwortliche/r Akteur/in	Zielgruppe	Setting	Outcomes
Rinfret et al. (2009)	Multidisciplinary Information Technology-supported Program	Study Nurse	Patient/innen mit Bluthochdruck	Primary Care	Blutdruckwerte
McDonald et al. (2012)	Virtual Pain Coach	-	Ältere Menschen mit Osteoarthritis und Schmerzen	Community	Schmerzintensität, Beeinflussung durch Schmerzen bei Aktivitäten, Gebrauch von Schmerzmedikation
Simon et al. (2011)	Online Messaging	Pflegefachkraft	Patient/innen mit Depression	Primary care	Adhärenz bzgl. Antidepressiva, Depression, Zufriedenheit mit Behandlung
Strömberg et al. (2006)	Computer-based Education	Pflegefachkraft (Einweisung)	Ältere Patient/innen mit Herzinsuffizienz	Ambulant	Wissen, Compliance, Selbstpflege, Lebensqualität
Elliot et al. (2008)	Problem-solving Training via Video-Conferencing	-	pflegende Angehörige von Patient/innen mit Rückenmarksverletzung	Home Care	Depression, soziale Kompetenz
Liddy et al. (2008)	Telehomecare	Pflegefachkraft (Einweisung)	Chronisch Kranke	Family Health Network	Machbarkeit, Versorgungsqualität
Schillinger et al. (2009)	Self-Management Support	Pflegefachkraft, Hausarzt, Gesundheitsberater	Patient/innen mit Diabetes	Ambulant	Versorgungsstruktur, Selbstmanagement Verhalten, Versorgungsprozess, im Bett verbrachte Zeit, ADL, HbA1c Werte

Tabelle 9: Collaborative Care

Autor (Jahr)	Intervention	Verantwortliche/r Akteur/in	Zielgruppe	Setting	Outcomes
Elomieni- Sulkava et al. (2009)	Multicomponent Support Program	Pflegefachkraft, Facharzt	Menschen mit Demenz und Angehörige	Community	Institutionalisierung, Inanspruchnahme von Leistungen

Schnittstellen in der Versorgung pflege- und hilfebedürftiger älterer Menschen aus Sicht der Pflege

Autor (Jahr)	Intervention	Verantwortliche/r Akteur/in	Zielgruppe	Setting	Outcomes
Ploeg et al. (2010)	Preventive Primary Care Outreach	Pflegefachkraft	Ältere Menschen ohne Pflegebedarf	Primary care	Mortalität, Kosten und Inanspruchnahme von Gesundheits- und Sozialdiensten, funktionaler Status, Gesundheit
Chew- Graham et al. (2007)	Collaborative Care Model	Pflegefachkraft	Ältere Menschen mit Depression	Community	Depression
Callahan et al. (2006)	Collaborative Care	Pflegefachkraft	Alzheimer Patient/innen und pflegende Angehörige	Primary care	Versorgungsqualität, Symptome, Distress und Depression bei pflegenden Angehörigen, Depression, Kognition, ADL, Hospitalisierung/Institutionalisierung, Mortalität
Tanner et al. (2015)	Community-based Dementia Care Coordination Intervention	Sozialarbeiter (Eduktion), interdisziplinäres Team (Pflegefachkraft, Facharzt) (Monitoring)	Menschen mit Demenz und pflegende Angehörige	Community	Unmet caregiver needs, Belastung pflegender Angehöriger, Lebensqualität, Depression, mit dem Menschen mit Demenz verbrachten Stunden
Hogg et al. (2009)	Anticipatory and Preventive Multidisciplinary Team Care	Pflegefachkraft	Ältere Menschen (50+) mit Risiko zu unerwünschten gesundheitsbezogenen Outcomes	Bestehendes Family Health Netzwerk/Community	Versorgungsqualität, präventive Versorgung, Lebensqualität, funktionaler Status, Inanspruchnahme von Leistungen

Tabelle 10: Selbstmanagement

Autor (Jahr)	Intervention	Verantwortliche/r Akteur/in	Zielgruppe	Setting	Outcomes
Green et al. (2014)	Nurse Navigator Follow-up	Pflegefachkraft	Patient/innen (50-74) mit positivem Bluttest (Kolorektalkrebs)	Primary care	Koloskopie

Schnittstellen in der Versorgung pflege- und hilfsbedürftiger älterer Menschen aus Sicht der Pflege

Autor (Jahr)	Intervention	Verantwortliche/r Akteur/in	Zielgruppe	Setting	Outcomes
Moriyama et al. (2009)	Self Management Education Program	Pflegefachkraft	Patient/innen mit Typ II Diabetes	Ambulant	Gewicht, HbA1c, Selbstwirksamkeit, Diät, Übungen, Lebensqualität, diastolischer Blutdruck, Cholesterinwert
Cockayne et al. (2014)	Nurse Facilitated Self Management Support	Pflegefachkraft	Patient/innen mit Herzinsuffizienz	Ambulant	Hospitalisierung, Lebensqualität, Selbstpflege, Angst

Tabelle 11: Integrierte Versorgung

Autor (Jahr)	Intervention	Verantwortliche/r Akteur/in	Zielgruppe	Setting	Outcomes
Hernandez et al. (2005)	Community-based Integrated Care	Arzt, Pflegefachkraft, Sozialarbeit	Ältere Patient/innen mit COPD (frail)	Ambulant	Selbstmanagement, Angst-Depression, Gesundheitsbezogene Lebensqualität, Notfallaufnahme, Mortalität, Hospitalisierung
Garcia - Aymerich et al. (2007)	Integrated Care Intervention	Pflegefachkraft	Ältere Patient/innen mit COPD (nach KH Entlassung)	Ambulant	Body Mass Index, Selbstmanagement, Dyspnoe, Lungenfunktion, Lebensqualität, Lifestyle, medikamentöse Behandlung

Tabelle 12: Nurse-led interventions

Autor (Jahr)	Intervention	Verantwortliche/r Akteur/in	Zielgruppe	Setting	Outcomes
Boyd et al. (2014)	Residential Aged Care Intervention Program	Pflegefachkraft	Pflegeheimbewohner	Pflegeheim	Hospitalisierung
Albers- Heitner et al. (2011)	Involving a Nurse Specialist in Primary Care	Pflegefachkraft	Patient/innen mit Inkontinenz	Primary care	Schwere und Einfluss von Urininkontinenz

Autor (Jahr)	Intervention	Verantwortliche/r Akteur/in	Zielgruppe	Setting	Outcomes
Elley et al. (2008)	Nurse Coordinator	Pflegefachkraft	Ältere Menschen mit Sturzgeschichte	Community	Sturzereignisse
Markle-Reid et al. (2005)	Proactive Nursing Health Promotion	Pflegefachkraft	Ältere Menschen (≥75) mit Pflegebedarf	Home care	Psychische Gesundheit, Depression, erweiterte Wahrnehmung sozialer Unterstützung
Ndosi et al. (2014)	Nurse-led Care	Pflegefachkraft (CNS), Rheumatolgie	-	-	-

Tabelle 13: Schulung pflegender Angehöriger

Autor (Jahr)	Intervention	Verantwortliche/r Akteur/in	Zielgruppe	Setting	Outcomes
Ganong et al. (2013)	Intervention to Train Family Members	Gerontologen, Pflegefachkräfte	Familienmitglieder von älteren allein lebenden Menschen	Community	Veränderungen an Wohnumgebung und am Verhalten
Chien & Lee (2011)	Care Program for Families	Case Manager	Familien von Menschen mit Demenz	Community	Symptome, Institutionalisation, Lebensqualität und Belastung pflegender Angehöriger
Elliot et al. (2009)	Problem Solving Training	Dr. of Business Administration	Pflegende Angehörige von älteren Frauen mit schweren Einschränkungen	Community	Depression, Gesundheit und Zufriedenheit bei pflegenden Angehörigen

Wirksamkeit von Interventionen

Auf der Grundlage der Ergebnisse der vorliegenden Studien zur Wirksamkeit von Interventionen an der Schnittstelle zwischen Pflege und ambulanter Versorgung können folgende Aussagen zur Effektivität getroffen werden.

Guided Care

Zusammengefasst hatten die Interventionen mit Guided Care Ansatz positive Effekte auf die Beurteilung der Versorgungsqualität aus Sicht der Patient/innen (Boult et al.,

2013), die Arzt- Patient/innen-Kommunikation aus Sicht der Ärzte (Boult et al., 2008) und auf eine Reduktion der Inanspruchnahme von Leistungen der häuslichen Pflege (Boult et al., 2013).

Allerdings konnte keine Verbesserung der funktionalen Gesundheit oder eine Reduktion der Inanspruchnahme anderer Leistungen als die häusliche Pflege nachgewiesen werden (Boult et al., 2013).

Disease Management

Disease-Management-Programme hatten positive Effekte auf die (kurzfristige) Reduktion der Rehospitalisierungsrate (Weintraub et al., 2010), die Beurteilung der integrierten Versorgung und Alltagsaktivitäten (Selbstauskunft durch die Patient/innen) (Kruis et al., 2014) sowie auf die HbA1c-Werte, die Zielerreichung und die Zufriedenheit von Teilnehmer/innen mit Typ II Diabetes.

Keine Effekte hingegen waren im Hinblick auf gesundheitsbezogene Outcomes, die Lebensqualität oder körperliche Aktivität zu beobachten (Kruis et al., 2014, Leventhal et al., 2011).

Case Management

Studien mit Case Management-Interventionen konnten positive Effekte auf die Kognition (Luchsinger et al., 2011), auf die Risikoreduktion (McAlister et al., 2014) und die Selbsteinschätzung durch Patient/innen (Peters-Klimm et al., 2010) nachweisen.

Effekte auf gesundheitsbezogene Outcomes sowie die Reduktion der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen konnten nicht gezeigt werden (Peters-Klimm et al., 2010).

Care Management

Care Management-Programme hatten positive Effekte auf die Versorgungsqualität, die Reduktion der Inanspruchnahme von Leistungen der Akutversorgung, sowie teilweise auf die Lebensqualität (Counsell et al., 2007) und depressive Symptome bei Patient/innen mit moderater bis schwerer Depression (Bruce et al., 2015).

Während Stone et al. (2010) eine Reduktion der Gesamtmortalität in der Interventionsgruppe feststellten, konnten Counsell et al. (2007) diese in ihrer Studie nicht nachweisen.

Es gab keine Effekte auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und Krankenhauswiedereinweisungen (Counsell et al., 2007)

Edukation/Beratung (Komm-Struktur)

Interventionen zur Edukation bzw. Beratung konnten die Schrittzahl und intensive körperliche Aktivität bei funktional nicht eingeschränkten älteren Menschen (Harris et al., 2015), die Kommunikation in der Familie und depressive Symptome (Logsdon et al., 2010), das Wissen der Patient/innen und ihre Entscheidungsfindung (Myers et al., 2011) verbessern.

Die Ergebnisse zur Lebensqualität sind widersprüchlich: Während Logsdon et al. (2010) eine Verbesserung in der Interventionsgruppe feststellten, konnten Lukas et al. (2012) keine Effekte nachweisen.

Keinerlei Verbesserungen waren hinsichtlich der Belastung und Depression bei pflegenden Angehörigen (Lukas et al., 2012) zu verzeichnen.

Hausbesuche

Hausbesuche hatten positive Effekte auf die funktionale Abhängigkeit, die instrumentellen Alltagsaktivitäten, das Wohlbefinden und Selbstvertrauen bei Aktivitäten (Gitlin et al., 2010), Symptome, ungeplante Inanspruchnahme von Leistungen (Molassiotis et al., 2009), funktionale Fähigkeiten, psychisches Wohlbefinden (Melis et al., 2008), Schmerzreduktion, Wissen (van der Peet et al., 2009), Kompetenzen, Selbstwirksamkeit bei pflegenden Angehörigen sowie die körperliche Aggressivität bei Menschen mit Demenz (Huang et al., 2013) und Sturzereignisse, -folgen und Hospitalisierung (Selbstauskunft durch Patient/innen) (Imhof et al., 2012).

Es konnten keine Effekte auf die Lebensqualität nachgewiesen werden (Imhof et al., 2012).

In ihrem Review schlussfolgerten Huss et al. (2008), dass multidimensionale präventive Hausbesuche das Potential haben, die Belastung (durch Gesundheitseinschränkungen) zu reduzieren, wenn sie auf einem klinischen Assessment und einer klinischen Untersuchung basieren. Effekte auf Pflegeheimeinweisungen sind Huss et al. (2008) zu Folge heterogen und abhängig von multiplen Faktoren.

Tele-/ E-Health

Monitoring-Interventionen hatten positive Effekte auf die Mortalität (Pedone et al., 2015), den HbA1c Wert bei Patient/innen mit Typ II Diabetes (Stone et al., 2010), depressive Symptome, Problemlösungsfähigkeiten und Selbstwirksamkeit.

Die Verbesserung von Blutdruckwerten konnte von Rinfret et al. (2009) beobachtet werden, während Kerry et al. (2013) hierfür keine Nachweise fanden. Auch Ergebnisse zur Verbesserungen des Gesundheitsstatus waren uneinheitlich: In der Studie von Madigan et al. (2013) konnten positive, in der Arbeit von Berkhof et al. (2015) negative Effekte nachgewiesen werden. Während Pedone et al. (2015) die Hospitalisierungsrate in der Interventionsgruppe reduzieren konnten, war in anderen Studien kein Effekt auf Krankenhauseinweisungen oder -wiedereinweisungen zu beobachten (Gellis et al., 2014, Madigan et al., 2013). Dies gilt ebenso für die Häufigkeit von Notfällen (Madigan et al., 2013, Gellis et al., 2014).

Keine Effekte hingegen waren hinsichtlich der Nutzung von Informationen durch Ärzte und Pflegekräfte, Linderung von Symptomen (Mooney et al., 2014) zu beobachten.

Negative Effekte hatte die Intervention von Berkhof et al. (2015) auf die Inanspruchnahme von Leistungen der Primär- und Sekundärversorgung.

Technisch-gestützte Interventionen hatten positive Effekte auf Belastung, negative Stimmung (DuBenske et al., 2014), Inanspruchnahme von Krebs screenings (Menon et al., 2011), erhöhten Opioidgebrauch bei Schmerzen (McDonald et al., 2012), Ad-

härenz bzgl. Antidepressiva, Zufriedenheit mit der Behandlung (Simon et al., 2011), depressive Symptome (Simon et al., 2011, Elliott et al., 2008), das Wissen der Patient/innen (Stromberg et al., 2006) und soziale Kompetenz (Elliott et al., 2008). Keine Effekte waren hinsichtlich Schmerzintensität und Schmerzbeeinflussung (McDonald et al., 2012), der Compliance, Selbstpflege oder der Lebensqualität (Stromberg et al., 2006) zu verzeichnen.

Collaborative Care

Interventionen mit Collaborative Care-Ansatz konnten die Symptome bei Menschen mit Demenz (Callahan et al., 2006) lindern, die Versorgungsqualität verbessern (Callahan et al., 2006, Hogg et al., 2009) und Disstress und Depression bei pflegenden Angehörigen lindern (Callahan et al., 2006).

Zur Linderung der Depression bei Patient/innen konnten Interventionen zum einen für eine Verbesserung sorgen (Chew-Graham et al., 2007). Zum anderen konnte dies nicht nachgewiesen werden (Callahan et al., 2006, Tanner et al., 2015). Ebenso wurden hinsichtlich der Inanspruchnahme von Leistungen sowohl positive (Eloniemi-Sulkava et al., 2009) als auch keine Effekte (Hogg et al., 2009) nachgewiesen. Dies gilt ebenso für die Institutionaliserungsrate (Eloniemi-Sulkava et al., 2009, Callahan et al., 2006).

Keine Effekte wurden hingegen auf die Kognition, Alltagsaktivitäten, Mortalität, Bedürfnisse und Belastung pflegender Angehöriger (Callahan et al., 2006), Lebensqualität (Tanner et al., 2015, Hogg et al., 2009) oder den funktionalen Status (Hogg et al., 2009) nachgewiesen.

Selbstmanagement

Interventionen zum Selbstmanagement hatten positive Effekte auf die Selbstwirksamkeit und krankheitsspezifische Outcomes bei Patient/innen mit Typ II Diabetes (Moriyama et al., 2009).

Positive Effekte auf die Lebensqualität konnten sowohl nachgewiesen (Moriyama et al., 2009) als auch widerlegt werden (Cockayne et al., 2014).

Andererseits waren keine Effekte hinsichtlich der Hospitalisierung, Selbstpflege oder Angst zu verzeichnen (Cockayne et al., 2014).

Integrierte Versorgung

Integrierte Versorgungsmodelle konnten Selbstmanagement (Garcia-Aymerich et al., 2007, Hernandez et al., 2015), Angst und Depression, die gesundheitsbezogene Lebensqualität, Häufigkeit der Notfälle und die Mortalität (Hernandez et al., 2015) günstig beeinflussen.

Die Interventionen hatten keine Effekte auf die Hospitalisierung, krankheitsspezifische Outcomes bei COPD, Lebensqualität, Lifestyle und medikamentöse Behandlung (Garcia-Aymerich et al., 2007).

Von Pflegenden geleitete Interventionen (Nurse-led Interventions)

Sogenannte Nurse-led Interventionen hatten positive Effekte auf Hospitalisierung (akute Behandlung) (Boyd et al., 2014), Schwere und Einfluss bei Urininkontinenz (Albers-Heitner et al., 2011), psychische Gesundheit, depressive Symptome, Wahrnehmung sozialer Unterstützung (Markle-Reid et al., 2006) und Krankheitsaktivitäten (Ndosi et al., 2014).

Keine Effekte waren hinsichtlich der Hospitalisierung (Chirurgie) (Boyd et al., 2014) und der Reduktion von Sturzereignissen (Elley et al., 2008) zu beobachten.

Schulung pflegender Angehöriger

Positive Effekte der Interventionen zeigten sich auf die Reduktion der depressiven Symptome pflegender Angehöriger (Mittelman et al., 2008, Elliott et al., 2009), die Symptome generell, Institutionalisierung, die Lebensqualität, die Belastung pflegender Angehöriger (Chien and Lee, 2011) sowie bzgl. sicherer Planung und Veränderung der Wohnumgebung (Ganong et al., 2013).

Die Studien zeigten sowohl positive (Chien and Lee, 2011) als auch keine Effekte bezüglich der Reduktion der Heimeinweisungsrate (Joling et al., 2012, Brodaty et al., 2009).

Eine Intervention hatte keine Effekte auf Gesundheit und Zufriedenheit bei pflegenden Angehörigen (Elliott et al., 2009).

5.2 Rückblick auf abgeschlossene nationale Projekte

Nach einer ersten Auswahl wurden die Ergebnisseiten des ZQP und bei Bedarf die Internetpräsenzen der jeweiligen Projekte gesichtet. Schließlich wurden 39 Projekte in die Darstellung einbezogen, die im Zeitraum von 2000 bis 2015 veröffentlicht wurden.

In der folgenden Übersicht (Tab. 14 bis 20) werden die verschiedenen Forschungsprojekte nach ihrem thematischen Schwerpunkt (Case/Care Management, Krankheitsbild Demenz, Überleitung, Netzwerke, Pflegestützpunkte, Technik/Telemedizin, spezifische Populationen) geordnet abgebildet. Dabei wurden die laut Projekttitel angeführten Begriffe herangezogen. Dadurch ergab sich eine Kategorisierung, die von jener in der Ergebnisdarstellung zur systematischen Literaturstudie abweicht. Projekte, die sich auf die Gruppe Menschen mit Demenz konzentrieren, bilden eine separate Gruppe, da es sich hierbei um ein spezifisches Krankheitsbild handelt, das eine gesonderte Rolle in der Thematik einnimmt und relativ umfassend erforscht wird.

Projekte zum Thema Case Management

Es konnten sechs Projekte zu diesem Thema identifiziert werden. Insgesamt zeigt sich ein heterogenes Bild beim Vergleich der einzelnen Projekte. Teilweise wurde das Konzept Case Management zur Sicherung der Versorgungskontinuität nach einem Krankenhausaufenthalt eingesetzt (Projekt SEVERAM). In anderen Projekten lagen die Primärversorgung oder die häusliche Versorgung im Mittelpunkt. In den meisten Projekten wurden Methoden zur quantitativen Evaluation angegeben. Regional sind alle Projekte in westlichen Bundesländern verortet.

Projekte zum Thema Demenz

Zum Thema Demenz wurden neun Projekte eruiert. In nahezu allen Projekten stand die Entwicklung bzw. Etablierung und Evaluation von Netzwerken zur Sicherung der Versorgungskontinuität im Zentrum. Die meisten Projekte beinhalteten eine Evaluation im Rahmen der Methodologie. Die Projekte sind zusammengenommen regional relativ breit gefächert. So ist ein Großteil der Vorhaben auch dem „Leuchtturmprojekt Demenz“ des Bundesministeriums für Gesundheit zuzuordnen.

Projekte zum Thema Überleitung

Die hier aufgeführten neun Projekte befassen sich in der Mehrzahl mit der Überleitung zwischen Krankenhaus und Häuslichkeit bzw. Pflegeheim oder Kurzzeitpflege. Die wenigsten führten nachweislich eine Evaluation durch.

Projekte zum Thema Regionale Netzwerke

Sieben Projekte wurden identifiziert, welche v. a. im Hinblick auf Schwerpunkte in der Konzeption Unterschiede aufweisen. So wurden teilweise Netzwerke in Regionen aufgebaut und evaluiert, teilweise wurden einzelne Elemente (z. B. Assessments oder niedrigschwellige Angebote) umgesetzt. Die meisten Projekte führten keine Evaluation durch.

Projekte zum Thema Pflegestützpunkte

In einem Projekt wurden Pflegestützpunkte und andere Beratungsstellen in einer städtischen Region evaluiert. Dabei wurde auf bestehende Strukturen zurückgegriffen.

Projekte zum Thema Digitalisierung

Zwei Projekte wurden identifiziert, welche jeweils technikgestützte Hilfsmittel zur Vernetzung implementieren. Zu möglichen Evaluationen konnten keine Informationen ermittelt werden.

Projekte zu spezifischen Zielgruppen

In zwei Projekten wurden onkologische Schmerz-Patient/innen bzw. chronisch kranke ältere Menschen untersucht. Während in einem Projekt (Schmerz-Patient/innen) eine interdisziplinäre Betreuungsintervention untersucht wurde, wurden im Rahmen des anderen die Versorgungsverläufe analysiert.

Tabelle 14: Projekte zum Thema Case Management

Projekttitlel	Ansatz	Population	Region
Entwicklung, Erprobung und Evaluation eines Case Management Konzept	Entwicklung, Erprobung, Evaluation	Patient/innen	Bremen
Entwicklung und Etablierung der sektorenübergreifenden Versorgung älterer Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt in Potsdam (SEVERAM)	Entwicklung und Etablierung	Ältere	Berlin
Evaluation der Effektivität und Effizienz eines integrierten Versorgungssystems für ältere und hilfsbedürftige Menschen am Beispiel der Pflege- und Wohnberatung in Ahlen	Quantitative Vergleichsstudie	Pflegebedürftige	NRW, Berlin, Saarland, NDS
Förderung der Entwicklung und Erprobung von Steuerungselementen und Beratungsangeboten institutionsübergreifender Pflege- und Behandlungsprozesse	Evaluation	Pflegende Angehörige	NRW
Individualisiertes Case-Management in der geriatrischen Primärvorsorgung zum Erhalt von Autonomie bei zu Hause lebenden vulnerablen älteren Menschen (OMAHA II)	Vergleichsstudie	Vulnerable ältere Menschen	Berlin
Innovative Konzepte für Pflegeberatung und Case/Care Management	Evaluationsforschung	Pflegebedürftige	NDS

Tabelle 15: Projekte zum Thema Demenz

Projekttitlel	Ansatz	Population	Region
Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern (IDOB)	Evaluation	Menschen mit Demenz	Bayern
Interdisziplinäre Implementierung von Qualitätsinstrumenten zur Versorgung von Menschen mit Demenz in Altenheimen (InDemA)	-	Menschen mit Demenz in Pflegeheimen	NRW
Interdisziplinäres Betreuungs- und Behandlungsnetz für Demenz-Patient/innen im Landkreis Uckermark (IDemUck)	Evaluationsforschung	Menschen mit Demenz	Brandenburg
Optimierung der Kooperation von Hausärzten und ambulanten Pflegediensten in der Versorgung von Demenzkranken (KOVERDEM)	Interventionsstudie	Menschen mit Demenz	Hamburg

Schnittstellen in der Versorgung pflege- und hilfebedürftiger älterer Menschen aus Sicht der Pflege

Projekttitle	Ansatz	Population	Region
Qualitätsentwicklung settingübergreifender Kommunikation Menschen mit Demenz zwischen Häuslichkeit und Kurzzeitpflege (CareSafeD)	Beschreibung, Analyse	Menschen mit Demenz	NRW
Sektorübergreifende Basisversorgung Demenzkranker (CM4DEMENZ)	Evaluation	Menschen mit Demenz	Rheinland-Pfalz
Untersuchung der Effektivität der vernetzten Versorgung demenzkranker Menschen im Demenz-Netzwerk Kreis Mettmann	Evaluation	Menschen mit Demenz	NRW
Improving health services for European citizens with dementia: Development of best practice strategies for the transition from formal professional public home care to institutional long-term care facilities	Survey	Menschen mit Demenz und Angehörige	NRW
Frühdemenz aus Subjektsicht und Anforderungen an die kommunale Vernetzung	-	Frühbetroffene von Demenz und Angehörige	Schleswig-Holstein

Tabelle 16: Projekte zum Thema Überleitung

Projekttitle	Ansatz	Population	Region
Entwicklung einer gerontopsychiatrischen Verbundstruktur in einer ländlichen Region und in einer kreisfreien Stadt - Cottbus	Schaffung von Strukturen zur Vernetzung	Menschen mit Demenz	Brandenburg
Evaluation des Intensivierten Rehabilitations-Nachsorgeprogramms (IRENA) der Deutschen Rentenversicherung Bund	Evaluation	Reha-Patient(innen)	Sachsen-Anhalt
Förderung rehabilitationsorientierter Betreuung im Seniorenpflegeheim durch Entwicklung eines praxisnahen Kooperationsmodells zwischen Seniorenheim und geriatrischer Rehabilitation	Evaluation	Pflegeheimbewohner	Bayern
Nachsorge, Überleitungs- und Zugangsmanagement an der Schnittstelle von Akutversorgung und geriatrischer Rehabilitation	-	Ältere hilfsbedürftige Menschen	Baden-Württemberg
Neue Herausforderungen am Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Pflege	-	Pflegedürftige, Angehörige	NRW
Pflegeüberleitungsmanagement in der Stadt Worms	-	Pflegedürftige	NRW
Poststationäre Laienunterstützung für Patient/innen (PLUS_P)	Evaluation	Ältere, bedürftige Patient/innen	Saarland
ProPASS (Probe-Wohnen, Patient/innen-/Angehörigenschulung &	-	Chronisch Kranke, Angehörige	NRW

Schnittstellen in der Versorgung pflege- und hilfsbedürftiger älterer Menschen aus Sicht der Pflege

Projekttitle	Ansatz	Population	Region
Selbstinformations-/Selbstlernzentrum) - Ressourcen- und Selbstmanagementförderung für den Übergang von der stationären in die häusliche Versorgung			
Untersuchung zur Strukturveränderung der Inanspruchnahme in der Kurzzeitpflege (KZP) nach dem PflegeVG unter besonderer Berücksichtigung der KZP nach Krankenhausaufenthalt	-	Betroffene	Bremen

Tabelle 17: Projekte zum Thema Regionale Netzwerke

Projekttitle	Ansatz	Population	Region
Altersgerechte Quartiersentwicklung und quartiersnahe Versorgung Hilfe- und Pflegebedürftiger: Eine Bestandsaufnahme von Quartiersprojekten und Unterstützungsangeboten zur Quartiersentwicklung	Synopse	Ältere	NRW
Bedarfe und Evaluation pflegerischer Versorgungsstrukturen im ambulanten Sektor – Am Beispiel niedrigschwelliger Angebote	Evaluation der Umsetzung in der Praxis	Pflegebedürftige/pflegende Angehörige	Bremen
Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines Assessments zur Primärprävention in vernetzten Strukturen (Prima)	Entwicklung, Anwendung und Bewertung eines Assessments	Pflegende Angehörige	Berlin
Gesundheitliche und pflegerische Versorgungsinfrastruktur und Lösungsansätze für demografisch bedingte Versorgungsengpässe (StrateGIN 1)	Entwurf eines strategischen Konzepts (Roadmap)	-	NRW
INTE-GER: Integrierte Versorgungsmodelle für geriatrisch zu versorgende Menschen	Bestands-/Bedarfsanalyse	Alte/ältere Menschen	NRW
Kleinräumige morbiditäts- und demographiegestützte prospektive, sektorübergreifende Bedarfsplanung der Stadt Bremen	Bedarfsplanung	Ältere Menschen	Bremen
Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation - GeReNet.Wi	Wirkungsanalyse	Ältere, hilfsbedürftige, zu Hause lebende Menschen	Baden-Württemberg

Tabelle 18: Projekte zum Thema Pflegestützpunkte

Projekttitlel	Ansatz	Population	Region
Innovationsförderung und Strukturverbesserung - Evaluation der Pflegestützpunkte und weiterer Beratungsstellen im Lande Bremen	Evaluation	Pflegebedürftige und Angehörige	Bremen

Tabelle 19: Projekte zum Thema Digitalisierung

Projekttitlel	Ansatz	Population	Region
Integrierte pflegerische Versorgung im ländlichen Raum durch technikgestützte Assistenz und Koordination	Konzeptentwicklung	Pflegebedürftige	Baden-Württemberg

Tabelle 20: Projekte zum Thema Spezifische Zielgruppen

Projekttitlel	Ansatz	Population	Region
Alltagsautonieförderung für onkologische Schmerz-Patient/innen durch einrichtungsübergreifende pflegerisch-interdisziplinäre Betreuung: eine cluster-randomisierte Multicenterstudie	Intervention	Onkologische Schmerz-Patient/innen	Sachsen-Anhalt
Versorgungsverläufe bei chronisch kranken älteren Menschen: eine Patient/innenorientierte Analyse zur bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Steuerung des Versorgungsgeschehens	Retrospektive Befragung, Fallstudien	Chronisch kranke ältere Menschen	Berlin

6 Schlussfolgerung

6.1 Systematische Literaturstudie

Insgesamt konnte eine Vielzahl von Studien positive Effekte auf eine Reihe von Outcomes nachweisen. Zur Eingrenzung auf die oben dargelegte erforderliche Evidenz zu relevanten Endpunkten, sollen an dieser Stelle die Ergebnisse der vorliegenden Interventionsstudien zur Vermeidung von Hospitalisierung und Institutionalisierung, Mortalität und Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen (z. B. Häusliche Pflege, Notfallversorgung) sowie relevante quantifizierbare Outcomes bei Patient/innen (Lebensqualität, Mobilität und Depression) und pflegenden Angehörigen (Belastung und Depression) zusammengefasst werden. Auf konkrete Schlussfolgerungen bzw. Empfehlungen für Forschung und Praxis wird bewusst verzichtet, da die zu Grunde liegenden Studien hinsichtlich ihrer Methodik und der untersuchten Populationen eine zu hohe Heterogenität aufweisen.

Hospitalisierung/Rehospitalisierung

Zur Reduktion der Hospitalisierungs- bzw. Rehospitalisierungsrate konnten vereinzelte Studien positive Effekte von Disease-Management-Programmen, Hausbesuchen, Telemonitoring und von Pflegenden geleiteten Interventionen (Nurse-led) nachweisen, wobei Studien mit Telemonitoring- und Nurse-led Interventionen auch konträre Ergebnisse berichten.

Alle Interventionsformen haben bestimmte Komponenten gemeinsam. Dazu zählen die Koordinierung durch einen verantwortlichen professionellen Akteur, üblicherweise eine Pflegefachperson, ein initiales Assessment, eine Versorgungsplanung sowie die Zusammenarbeit mit anderen beteiligten Berufsgruppen, in der Regel mit Hausärzten, bzw. Überweisungen an andere Sektoren. Zudem erfolgte meist ein persönlicher Kontakt mit den Patient/innen, begleitet von Edukation und telefonischer Nachverfolgung.

Pflegeheimweisung

Die Reduktion der Institutionaliserungsrate konnte lediglich in Studien mit Collaborative Care-Interventionen und Schulungen von pflegenden Angehörigen festgestellt werden. Allerdings gab es zu beiden Interventionsformen auch gegensätzliche Ergebnisse.

Beiden Interventionsformen gemeinsam waren die Integration der Versorgung in ein Netzwerk aus Leistungsanbietern und die Beteiligung eines multiprofessionellen Teams. In beiden Fällen wurden Menschen mit Demenz und ihre pflegenden Angehörigen untersucht.

Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen

Wirksamkeiten auf die Reduktion der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen zeigten sich in Studien mit Guide Care-, Care Management-Interventionen sowie infolge von Hausbesuchen und Modellen der Integrierten Versorgung.

Bei allen Interventionsformen war in der Regel eine Pflegefachkraft verantwortlich für die Durchführung. Zudem beinhalteten die Konzepte die Koordinierung von Versorgungsleistungen sowie die Kooperation mit beteiligten Akteuren.

Mortalität

Eine Reduktion der Mortalitätsrate wurde in Studien zu Interventionen nach dem Konzept des Care Management, integrierten Versorgungsmodellen und Telemonitoring-Interventionen ermittelt.

Sowohl im Care Management als auch in der Integrierten Versorgung sind die Koordinierung der Versorgung durch eine verantwortliche Person (meist Pflegefachkräfte) sowie die Kooperation mit an der Versorgung beteiligten Akteuren Kernbestandteil der Versorgung.

Patient/innenoutcomes

Lebensqualität

Die Lebensqualität konnte durch Care Management, Edukation/Beratung, Selbstmanagement, Integrierte Versorgung und durch Schulung pflegender Angehöriger verbessert werden.

Allerdings zeigen Studien mit Interventionen zur Edukation/Beratung, zum Selbstmanagement und der Integrierten Versorgung auch konträre Ergebnisse.

Mobilität

Die Alltagsaktivitäten (ADL) bzw. instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) konnten durch Disease-Management-Programme bzw. Hausbesuche verbessert werden.

Bei beiden Interventionsformen sind die Koordinierung durch einen verantwortlichen professionellen Akteur, üblicherweise eine Pflegefachkraft, ein initiales Assessment, eine Versorgungsplanung sowie die Zusammenarbeit mit anderen beteiligten Berufsgruppen, in der Regel mit Hausärzten, bzw. Überweisungen an andere Sektoren elementare Bestandteile.

Depression

Auch eine Verbesserung der depressiven Symptome konnte infolge einer Reihe von Interventionsformen ermittelt werden, darunter Care Management, Edukation/Beratung, Telemonitoring, Technik-gestützte Interventionen, Collaborative Care, Integrated Care und Nurse-led Interventionen.

Outcomes pflegender Angehöriger

Positive Effekte auf die Belastung pflegender Angehöriger konnten nur in einer Studie zur Schulung von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz gezeigt werden. Depressive Symptome wurden sowohl in Studien zur Schulung von pflegenden Angehörigen als auch infolge von Collaborative Care gelindert.

Individuelle persönliche Edukation von pflegenden Angehörigen bzw. anderen Familienmitgliedern ist Kernbestandteil von Interventionen zur Schulung pflegender Angehöriger. Die Anwender waren sowohl Akteure aus dem Pflegebereich als auch aus anderen Professionen. Collaborative Care enthält ein Mehrkomponentenprogramm, einschließlich der Patient/innenzentrierten Koordinierung aller Versorgungsleistungen durch ein multiprofessionelles Team.

6.2 Rückblick auf abgeschlossene nationale Projekte

Aufgrund der mangelnden Verfügbarkeit entsprechender Publikationen war es nicht möglich die Ergebnisse aller Projekte abzubilden, in denen quantifizierbare Ergebnisse zur Wirksamkeit von Interventionen erhoben wurden. So können lediglich Ergebnisse von fünf Projekten zu Grunde gelegt werden.

Es lassen sich vereinzelt Wirksamkeitsannahmen aus drei Projekten zu den Themen „Überleitung“ (2 Projekte) und „Pflegestützpunkte“ ableiten. So konnten im Rahmen des Projektes „Evaluation des Intensivierten Rehabilitations-Nachsorgeprogramms der Deutschen Rentenversicherung Bund (IRENA)“ positive Auswirkungen des Nachsorgeprogramms auf die körperliche Funktionsfähigkeit der Patient/innen festgestellt werden (Lamprecht et al., 2012). Demgegenüber ergab die Evaluation des Projektes „Förderung rehabilitationsorientierter Betreuung im Seniorenpflegeheim durch Entwicklung eines praxisnahen Kooperationsmodells zwischen Seniorenheim und geriatrischer Rehabilitation“ keine messbaren Effekte der Intervention (Universität Würzburg, o. J.). In einem Projekt zur Evaluation von Pflegestützpunkten in Bremen („Innovationsförderung und Strukturverbesserung – Evaluation der Pflegestützpunkte und weiterer Beratungsstellen im Lande Bremen“) konnte eine häufigere Höherstufung sowie eine höhere Inanspruchnahme von Pflegediensten bei Nutzer/innen von Pflegestützpunkten beobachtet werden (Rothgang H et al., 2012). Basierend auf diesen Ergebnissen lassen sich keine allgemeingültigen Wirksamkeitsannahmen bestimmter Ansätze ableiten – dafür liegen zu wenige verwertbare Ergebnisse vor. Vielmehr sollte hier auf die Verstetigung der Vorhaben in den jeweiligen Regionen gesetzt werden, v. a. wenn positive Effekte nachgewiesen werden konnten. So könnten weitere Ergebnisse erzielt bzw. vorhandene Erkenntnisse untermauert werden, um die Evidenz für bestimmte Interventionen zu stärken.

Etwas anders stellt es sich bei Projekten zum Thema Demenz dar. Hier hat es mittlerweile eine positive Entwicklung hinsichtlich der Umsetzung und Verwertbarkeit von Forschungsvorhaben gegeben. Beide hier einbezogenen Projekte sind Teil des bundesweiten Forschungsprojektes „Leuchtturmprojekt Demenz“ des Bundesgesundheitsministeriums. Beide Projekte brachten verwertbare Ergebnisse zur Wirksamkeit

hervor. Im Rahmen des Projektes „DemUck“ konsultierten Patient/innen der Interventionsgruppe öfter einen Neurologen, was zu häufigeren ärztlichen Demenzdiagnosen in der Gruppe führte (Institut für Community Medicine, o. J.). Die Evaluation der „CM4DEMENZ“ ergab positive Effekte der Intervention auf die Förderung von Ressourcen, den Abbau von Problemlagen sowie Interventionsbedarfen bei Nutzer/innen der Intervention (Arnold J et al., 2014). Die Umsetzung von Konzepten/Interventionen zur Förderung der professions- und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit scheint, im Vergleich zu anderen Themenfeldern, vorangeschritten, sodass sich durchaus allgemeine Wirksamkeitsannahmen ableiten ließen. Dazu sollten sämtliche nationale Projekte zum Thema im Hinblick auf ihre Methodik und Ergebnisse analysiert werden, um festzustellen, inwieweit sich die Interventionen auf Bundesebene anwenden lassen. Auch hier ist eine Verstetigung unbedingt anzustreben.

Fasst man den Stand der Innovationsforschung hinsichtlich der vorliegenden Evidenzlage zusammen, so lässt sich ein Mangel an quantifizierbaren Ergebnissen feststellen, der es schwer bzw. unmöglich macht Aussagen zur Wirksamkeit von Interventionen zu treffen. Somit fehlen wichtige Grundlagen zur Entwicklung von Innovationsideen, die auf evidenzbasiertem Wissen fußen. Die eingeschränkte Verfügbarkeit von Forschungsergebnissen trägt ihren Teil dazu bei. Allerdings wurden zu verschiedenen Themenschwerpunkten Projekte umgesetzt, die eine Implementierung, Bedarfs- bzw. Bestandsanalysen, Zufriedenheitsumfragen oder qualitative Analysen zu Interventionen beinhalten. Hier ließe sich mit entsprechenden quantitativen Methoden ansetzen, welche sich auf die vorherigen Analysen in den jeweiligen Regionen stützen und die Wirksamkeit der Interventionen überprüfen. Dazu wäre allerdings eine Verstetigung bzw. Weiterführung der Projekte erforderlich.

7 Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgung an den Schnittstellen zwischen Pflege und ambulanter Versorgung

7.1 Anforderungen zur Förderung der intersektoralen Zusammenarbeit

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) hat in seinem Gutachten „Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche“ (Sachverständigenrat, 2014) folgende Empfehlungen zu pflegerischen Versorgungskonzepten im Rahmen der intersektoralen Versorgung in ländlichen Regionen gegeben, die sich auf die Problematik an den Schnittstellen zwischen ambulanter Versorgung und Pflege anwenden lassen.

Gesundheitsförderung im Alter / Prävention von bzw. bei Pflegebedürftigkeit

Ältere Populationen bzw. Pflegebedürftige stellen eine besondere Herausforderung für eine bedarfsgerechte Versorgung dar. Gesundheitsförderung bzw. Prävention bei und von Pflegebedürftigkeit sind auch in diesen Gruppen von entscheidender Bedeutung, da Krankheitsverläufe positiv beeinflusst und Beeinträchtigungen verhindert bzw. verzögert werden können und die Förderung der Autonomie und Teilhabe ein zentrales Anliegen der Versorgung sein muss. Empirische Befunde zur Gesundheitsförderung und Prävention liegen jedoch vornehmlich für die Gruppe der jüngeren Alten vor. Forschung an vulnerablen Gruppen wird vergleichsweise selten umgesetzt. Dabei bieten innovative Konzepte (z. B. präventive Hausbesuche) ein Potential zur Entwicklung in diesem Bereich. Der Sachverständigenrat (2014) sieht in verhältnisorientierten Ansätzen, im Gegensatz zu verhaltensorientierten, und der Konzentration auf das Gemeinde-Setting und ländliche Regionen mögliche Ansätze.

Verbesserung der Pflegeberatung und -information

Die Pflegeberatung von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen stellt einen wichtigen Bestandteil für die präventiv orientierte Versorgung dar. Allerdings sind be-

stehende Konzepte (z. B. Pflegestützpunkte) bislang nicht ausreichend evaluiert bzw. stoßen teilweise auf mangelnde Akzeptanz. Die Herausforderung bei der Verbesserung von Pflegeberatung und -information liegen in der fehlenden Einheitlichkeit und Zugänglichkeit. Dagegen ist eine einheitliche, niedrighschwellige, umfassende und integrierte Form der Pflegeberatung anzustreben. Auch hier herrscht ein besonderer Bedarf in ländlichen Regionen. Zusätzlich ist in diesem Zusammenhang der Ausbau von telefonischer Beratung und Digitalisierung von Nutzen.

Förderung von Hilfen durch Angehörige, soziale Netzwerke und informelle Hilfen

Insbesondere in Regionen mit Abwanderungstendenzen spielen pflegende Angehörige, soziale Netzwerke und informelle Hilfen eine entscheidende Rolle für die Versorgung von Pflegebedürftigen. Aufgrund der sich verändernden Familiensituationen und den sich daraus ergebenden neuen Pflegekonstellationen sind hier neue Formen der Unterstützung und Förderung gefragt. Pflegende Angehörige bzw. informelle Helfer sollten bei der Entwicklung von neuen Konzepten beteiligt werden.

Gesundheitsförderung und Prävention für pflegende Angehörige

Entsprechend der Gruppe Pflegebedürftiger ist auch ein Ausbau der Gesundheitsförderung und Prävention pflegender Angehöriger erforderlich, um Gesundheitsrisiken und Überlastung vorzubeugen. Dazu zählen verhaltensorientierte Maßnahmen, edukative und verhältnisorientierte Ansätze und der Ausbau von Monitoringstrukturen. Aufgrund der mangelnden Akzeptanz gegenüber bestehenden Konzepten sind neue, bedarfsgerechte Konzepte zu entwickeln.

Förderung ambulanter Pflege und häuslicher Versorgung

Die Prämisse „ambulant vor stationär“ hat zu einem anhaltenden Wachstum der ambulanten Pflege bzw. der häuslichen Versorgung geführt. Der Verbleib in der Häuslichkeit ist auch künftig zu fördern. Aufgrund des steigenden komplexen Versorgungsbedarfs sind ambulante Pflegedienste gefordert, ihr Leistungsspektrum auszu-differenzieren. Information und Beratung, Selbstmanagementunterstützung, Kompetenzförderung, Monitoring und der Ausbau von Fall- und Versorgungsstrukturen (z. B. durch Care Management) gewinnen an Bedeutung. Eine Vernetzung mit anderen Leistungserbringern ist insbesondere in ländlichen Regionen anzustreben.

Weiterentwicklung der stationären Langzeitversorgung

Trotz des Ausbaus des ambulanten Sektors besitzt die stationäre Langzeitversorgung auch weiterhin Relevanz. Insbesondere bestehen Herausforderungen bei der ärztlichen Diagnostik, der Verordnung von Psychopharmaka und Heilmitteln zur nichtmedikamentösen Behandlung von Demenz, der Wechselwirkung von Medikamenten und der Präsenz von Ärzten in Pflegeheimen. Demzufolge ist eine Kooperation mit an der Versorgung Beteiligten, insbesondere Ärzten, erforderlich. Dies kann anhand entsprechender Organisationskonzepte, idealerweise durch die Anwendung von Prinzipien des „Primary Nursing“ umgesetzt werden. Eine entsprechende Qualifizierung der zuständigen Pflegefachkräfte ist Voraussetzung. Informelle Hilfen und die Teilhabe an einer Quartiersentwicklung sollten ebenso Bestandteil der Weiterentwicklung der stationären Langzeitpflege sein.

Monitoring zur Sicherstellung der Versorgung und Pflege

Die Implementierung eines fortlaufenden Monitorings zur Erfassung der demografischen und epidemiologischen Entwicklung, soziale und ökonomische Situationen einzelner Gruppen, der Identifizierung vulnerabler Gruppen und der Versorgungsstruktur in einer Region soll dazu dienen Versorgungsentpässe und Qualitätsdefizite ausfindig zu machen. Ein entsprechendes evidenzbasiertes Instrument für ein systematisches Assessment der örtlichen Bedarfs- und Versorgungssituation gilt es zu entwickeln. Bisher fehlt es in Deutschland an solchen Instrumenten und nützlichen Daten.

Neue pflegerische Versorgungskonzepte und -modelle

Angesichts der demografischen und epidemiologischen sowie strukturbedingten Engpässe sollten neue pflegerische Versorgungskonzepte und -modelle entwickelt werden. Lokale Gesundheitszentren zur Basisversorgung, in Kooperation mit anderen Versorgern in städtischen Regionen, werden als sinnvolle Alternative für eine integrierte und gebündelte Versorgung gesehen. Dabei sollten entsprechende Konzepte und Modelle sozialraumorientiert und auf örtliche Bedingungen zugeschnitten sein und an bestehenden Strukturen anknüpfen.

Für eine integrierte, multiprofessionelle Gesundheitsversorgung werden folgende Lösungsansätze angeführt (Sachverständigenrat, 2014):

Sogenannte lokale Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung im ländlichen Raum werden vorgeschlagen, um eine integrierte multiprofessionelle und intersektorale Versorgung zu gewährleisten. Zwei Typen werden als Alternative angeführt: ein praxisgestützter Typ, bei dem primär die ambulante Versorgung das Zentrum bildet sowie ein klinikgestützter Typ, bei dem die Entwicklung zu einem Gesundheitszentrum von stationären Einrichtungen (z. B. Krankenhäusern oder Pflegeheimen) ausgeht. Die Kernzielgruppen sollten ältere und chronisch kranke Gruppen sein. Alle an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer (pflegerische, medizinische und soziale) sind in die Versorgung zu integrieren bzw. damit zu assoziieren. Zu möglichen Kooperationspartnern gehören Einrichtungen der häuslichen Versorgung, Netzwerke aus niedergelassenen Haus- und Fachärzten, Einrichtungen der Langzeitpflege, Geriatrie, Psychiatrie, Palliativversorgung etc. Zur Fall- und Versorgungssteuerung können Case Manager eingesetzt werden. Um die Erreichbarkeit und Zugänglichkeit zu fördern, sollten entsprechende Mobilitätsangebote (z. B. durch mobile Dienste und Hol- und Bringdienste) integriert werden. Entscheidend ist auch die Einbindung ländlicher Quartierskonzepte. Unterstützend können Methoden der Telemedizin bzw. Digitalisierung eingesetzt werden.

7.2 Empfehlungen für Modellprojekte

Bezug nehmend auf die Empfehlungen des Sachverständigenrates (Sachverständigenrat, 2014) und vorangegangenen Darstellungen, sollen zunächst grundlegende allgemeine Empfehlungen zur Umsetzung von Modellprojekten gegeben werden, nach denen sich Akteure richten sollten, um eine möglichst bedarfsgerechte Orientierung zu erreichen.

- **Ländliche Regionen.** Aufgrund der dargelegten demografischen und epidemiologischen Entwicklung und der strukturbedingten Risiken besteht ein besonderer Bedarf an Innovationen in ländlichen Regionen. Daher sollten Modellprojekte vornehmlich in diesen Regionen umgesetzt werden.

- **Ältere, vulnerable Gruppen.** Menschen, deren Situationen einer komplexen Versorgung bedürfen, sind insbesondere auf eine funktionierende sektorenübergreifende, koordinierte und integrierte Versorgung angewiesen. Demzufolge sollten Populationen aus entsprechenden Gruppen untersucht werden (z. B. chronisch kranke Menschen, Menschen mit Einschränkungen in der Funktionsfähigkeit, multimorbide bzw. vulnerable ältere Gruppen).
- **Datengestützte Versorgungsplanung.** Anhand eines evidenzbasierten Instruments sollte zunächst die demografische und epidemiologische Entwicklung sowie soziale, funktionsfähigkeitsbezogene und ökonomische Situation einzelner Gruppen erfasst und vulnerable Gruppen identifiziert werden. So können Vorhaben auf den Bedarf vor Ort abgestimmt, geplant und evaluiert werden.
- **Sektorenübergreifende Versorgung.** Der institutionelle Kern eines Vorhabens sollten sowohl Einrichtungen der ambulanten ärztlichen Versorgung als auch Pflegeeinrichtungen sein. Idealerweise sollten Einrichtungen aus allen an der Versorgung beteiligten Sektoren beteiligt sein (z. B. Hausärzte, niedergelassene Fachärzte, Pflegeheime und ambulante Pflegedienste, soziale Dienste, etc.).
- **Multiprofessionelle Kooperation.** Aufgrund des Bedarfs an mehr Kooperation und Koordination ist der Einsatz von multiprofessionellen Teams unbedingt notwendig. Daher sollten die in Modellprojekten eingesetzten Akteure aus möglichst allen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen bestehen, mindestens aber aus niedergelassenen Ärzten und Pflegenden. Die jeweiligen Kompetenzen und die gemeinsame Verantwortung und eine entsprechende Zusammenarbeit mit optimiertem Informationsaustausch sollten gefördert werden.
- **Fall- und Versorgungssteuerung.** Zur Vermeidung von Unter-, Über- bzw. Fehlversorgung ist eine sektorenübergreifende Koordinierung notwendig. Entsprechende Strategien (z. B. Case oder Care Management, Disease Management) sollten Bestandteil der Interventionen im Rahmen von Modellprojekten sein.
- **Einbindung in bestehende Strukturen.** Zugunsten eines effektiven und effizienten Ressourceneinsatzes sollten vorhandene Strukturen genutzt bzw. weiterentwickelt werden. So können z. B. bestehende Arzt-Netzwerke oder informelle Netzwerke in ein Projekt integriert bzw. es kann darauf aufgebaut werden.

7.3 Herausforderungen und Bedingungen im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation

Für die Nutzbarmachung von Projektergebnissen ist eine strukturierte wissenschaftliche Evaluation anhand validierter Qualitätsindikatoren unabdingbar. Fehlen entsprechende Ergebnisse, können die Erfahrungen aus Projekten nur schwer auf andere Regionen übertragen oder generelle Aussagen zur Wirksamkeit nicht gemacht werden. Darüber hinaus werden Ressourcen verschwendet. In der Vergangenheit wurden vermehrt Projekte in dem Bereich Schnittstellenmanagement ohne eine wissenschaftliche Evaluation durchgeführt (Sachverständigenrat, 2012).

Zunächst sollten Qualitätsindikatoren zur Evaluation festgelegt werden, um eine Übertragbarkeit zu gewährleisten. Dabei sollten sowohl die Ziele des einzelnen Projektes als auch netzwerk- oder regionenübergreifende Ziele überprüft werden.

Zur Messung der Ergebnisqualität sollten Indikatoren herangezogen werden, die relevant für die intersektorale Zusammenarbeit und die relevanten Zielgruppen sind. So sollte z. B. die Anzahl an Wiedereinweisungen in ein Krankenhaus ein Teil des Kriterienkatalogs sein (Brand et al., 2004). Bei bestimmten Zielgruppen sollten spezifische Indikatoren gemessen werden, z. B. die demenzspezifische Lebensqualität bei Menschen mit Demenz oder Mobilitätsmessungen bei Schlaganfall-Patient/innen. Darüber hinaus sollte die Kosteneffektivität festgestellt werden, um die Chancen für eine Verstärkung zu erhöhen.

Die Evaluation sollte daneben unter der Anwendung geeigneter quantitativer Erhebungsmethoden und unter Einsatz validierter Instrumente erfolgen; ungeachtet möglicher zusätzlicher Erhebungen (z. B. qualitative Auswertungen). Um eine möglichst hohe Evidenzstufe zu erreichen, sollten prospektive Längsschnittdesigns, möglichst mit Kontrollgruppen, verwendet werden.

7.4 Zukünftige innovative Entwicklungsfelder zur Verbesserung der bayerischen Strukturen im ländlichen Raum

Idealerweise sind Verbundprojekte mit mehreren Antragstellern und an verschiedenen (ländlichen und städtischen) Standorten anzustreben.

1. Bedarfsgerechte Versorgung bei gleichzeitig pflegerischer und ärztlicher Behandlung in der häuslichen Versorgung von Patient/innen

- Kooperative Zusammenschlüsse auf regionaler Ebene zwischen Arzt und Pflegedienst zur Versorgung spezieller Patient/innengruppen bzw. Krankheitsbilder oder Behinderungen. Pflegerische Übernahme von Verantwortung und Tätigkeiten (beispielsweise Rundum-Versorgung von Diabetes-Patient/innen: BZ-Optimierung durch variable Insulingabe, Einschätzung und Versorgung von diab. Wunden). Gelegentliche gemeinsame Visite bei Patient/innen zuhause.
- Verbesserte Kommunikation aller beteiligten Berufsgruppen (speziell Pflege, Physiotherapie und Arzt): Durch eine Patient/innendokumentation in einer für alle Berufsgruppen zugänglichen gemeinsamen Akte und in einer gemeinsamen berufsgruppenübergreifenden Sprache, wie beispielweise die „Internationale Klassifikation für Gesundheit, Behinderung und Funktionsfähigkeit (ICF)“.
- Verbesserte Kooperation aller beteiligten Berufsgruppen: Durch regelmäßige gemeinsame Visiten von Pflegenden und Hausarzt beim Patient/innen zuhause. Bessere Absprache der Problematiken, Ressourcen und Behandlungsmöglichkeiten.

2. Eine verbesserte Informationsweitergabe beim Übergang von stationärer zur ambulanten Versorgung (oder umgekehrt)

- Interdisziplinäre und standardisierte Kurzdokumentation: Entwicklung einer standardisierten Informationsweitergabe, die sowohl medizinische, als auch pflegerische und sozial relevante Informationen enthalten. Dadurch wird für eine reibungsarme und sichere Versorgung bei Verlegungen gesorgt.

3. Die Bedürfnisse, Bedarfe und die Erwartungen der Betroffenen in den Mittelpunkt stellen

- Speziell in der häuslichen Versorgung, bei der die Gesundheitsfachberufe nur zu Gast sind, muss auf die Bedürfnisse, Bedarfe und die Erwartungen der Patient/innen, aber auch deren Angehörige vermehrt eingegangen werden. Geeignete Abfragen von Bedürfnissen, Bedarfen und Erwartungen sind zu entwickeln.

4. Den medizinischen, pflegerischen und psycho-sozialen Unterstützungsbedarf bei Patient/innen und Angehörigen wahrnehmen und wohnortnah bedienen

- Kombinierte medizinische und pflegerische Beratungsangebote für Patient/innen und deren (pflegende) Angehörige bei besonderem Krankheits- und/oder Pflegebedarf entwickeln und evaluieren.
- Geeignete Interventions-Schulungen für pflegende Angehörige bei besonderem Krankheits- und/oder Pflegebedarf entwickeln und evaluieren.
- Nicht-interessengeleitete und unabhängige Beratung interprofessionell initiieren. Für spezielle Patient/innengruppen bzw. Krankheitsbilder ein umfassendes Angebot entwickeln, damit die Betroffenen nicht mehrere Anlaufstellen benötigen.

5. Bedarfsgerechte ambulante Versorgung von Patient/innen mit komplexen Versorgungsbedarfen durch rehabilitative Pflege, die mit Ärzten und Physiotherapie abgestimmt ist

- Die Ziele einer Rehabilitation sind u. a. die Verbesserung der Funktionsfähigkeit und die Prävention von Pflegebedürftigkeit. In der post-akuten Phase ist in vielen Fällen eine sogenannte Anschlussrehabilitation z. B. in stationären oder tagesklinischen Rehabilitationszentren notwendig. In Langzeitversorgungseinrichtungen wird die rehabilitative Versorgung zur Verbesserung oder zum Erhalt der bestehenden Funktionsfähigkeit eingesetzt (Fialka-Moser, 2013, S. 16f). Durch aufeinander abgestimmte ambulante Physiotherapie und rehabilitative Pflege sollte ein besseres Outcome erzielt werden. Überprüft werden könnte dies mit Ergebnisparametern, wie Berufstätigkeits- bzw. return-to-work-Quoten, Erwerbsminderungsrentenzahlungen oder Arbeitsunfähigkeitstage.

6. Vermehrte Digitalisierung in Gesundheit und Pflege (hier nicht Telemedizin gemeint!)
7. Versorgung von Personen ohne Pflegestufe, die trotzdem einen (akuten/kurzzeitigen) pflegerischen Bedarf haben, wie etwa nach Krankenhausentlassung nach Hause.
8. Aufbau von intersektoralen Netzwerken bzw. medizinischen Zentren für Gesundheitsförderung und Prävention. Interprofessionelle Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe für nachhaltigen Erwerb von Gesundheitskompetenzen in der Bevölkerung (oder bei ausgewählten Bevölkerungsgruppen, z. B. Themen wie altersgerechte Ernährung, Erhalt der Mobilität, Sturzprävention etc.)

8 Zusammenfassung

Ziel dieses Gutachtens war es, den aktuellen Wissensstand zum Thema „Probleme an der Schnittstelle zwischen ambulanter Versorgung und Pflege“ abzubilden und darauf aufbauend, Empfehlungen zur Umsetzung von Modellprojekten zum Thema zu geben.

Aufgrund des aktuellen und steigenden Bedarfs an Strategien zur Bewältigung von Schnittstellenproblemen in der Versorgung von Patient/innen mit chronischen Erkrankungen bzw. Erkrankungen, die eine komplexe Versorgung erforderlich machen, ist die Erprobung und Evaluation entsprechender Interventionen als zentrale und entscheidende Aufgabe der Versorgungsforschung anzusehen.

Die in diesem Gutachten angeführten wissenschaftlichen Erkenntnisse sowie der Rückblick auf abgeschlossene nationale Forschungsvorhaben lassen Aussagen zur Wirksamkeit von bestimmten Strategien bzw. zum aktuellen nationalen Forschungsbedarf zu. So konnte gezeigt werden, dass Interventionen an den Schnittstellen zwischen den Sektoren ambulante Versorgung und Pflege, bei denen eine verantwortliche Person (in der Regel Pflegefachkräfte) die Versorgung der Patient/innen, in Kooperation mit den anderen Beteiligten (z. B. Hausärzte) koordiniert, relevante Out-

comes, wie Hospitalisierung, die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen, Mobilität oder die Mortalität bei den Patient/innen positiv beeinflussen können. Es ist in diesem Zusammenhang allerdings zu erwähnen, dass ein Großteil der zugrunde liegenden Studien im Ausland durchgeführt wurde und somit die Voraussetzungen (z. B. das Qualifikationsniveau verantwortlicher Pflegekräfte) bei den Umsetzungen in Deutschland beachtet werden müssen.

Es wurde eine Reihe von nationalen Projekten zum Thema „Probleme an der Schnittstelle zwischen ambulanter Versorgung und Pflege“ durchgeführt. Diese bieten durchaus interessante Lösungsansätze, denen innovative Ideen zugrunde liegen. Allerdings ist zu bemängeln, dass, im Hinblick auf die Nutzbarmachung und Verstärkung, in den wenigsten Fällen belastbare Ergebnisse zu relevanten Endpunkten vorliegen bzw. zugänglich sind, die es als Voraussetzung braucht, um die dargestellten Probleme in der Praxis anzugehen und zu bewältigen.

Um die Umsetzung von notwendigen Forschungsprojekten voran zu bringen, lassen sich grundlegende Empfehlungen zu einigen Eckpunkten geben. Dazu gehören die Konzentration auf ländliche Regionen und Zielgruppen (ältere vulnerable Gruppen), die Umsetzung einer datengestützten Versorgungsplanung, einer sektorenübergreifenden Versorgung und multiprofessionellen Kooperation, die Integration einer Fall- und Versorgungssteuerung sowie die Einbindung bestehender Strukturen. Eine geeignete wissenschaftliche Evaluation sollte geeignete Qualitätsindikatoren, die Nutzung validierter Instrumente sowie geeignete Studiendesigns (bevorzugt randomisiert-kontrollierte Studien) berücksichtigen. Konkreter sind beispielsweise Projekte zu den Themen bedarfsgerechte Versorgung bei gleichzeitig pflegerischer und ärztlicher Behandlung in der häuslichen Versorgung, verbesserte Informationsweitergabe beim Übergang von stationärer zur ambulanten Versorgung, bedarfsgerechte ambulante Versorgung von Patient/innen mit komplexen Versorgungsbedarfen durch rehabilitative Pflege oder eine vermehrte Digitalisierung in Gesundheit und Pflege vorstellbar.

9 Literaturverzeichnis

- ALBERS-HEITNER, P. C., LAGRO-JANSSEN, T. A., JOORE, M. M., BERGHMANS, B. L., NIEMAN, F. F., VENEMA, P. P., SEVERENS, J. J. & WINKENS, R. R. 2011. Effectiveness of involving a nurse specialist for patients with urinary incontinence in primary care: results of a pragmatic multicentre randomised controlled trial. *Int J Clin Pract*, 65, 705-12. *Pract*, 65, 705-12.
- ARNOLD J, EMME VON DER AHE H, HERMSEN T & P, L. 2014. Effektivität und Effizienz des Case Managements in der ambulanten, sektorübergreifenden Basisversorgung Demenzerkrankter. *Case Management*, 1, 31-38.
- BERKHOF, F. F., VAN DEN BERG, J. W., UIL, S. M. & KERSTJENS, H. A. 2015. Telemedicine, the effect of nurse-initiated telephone follow up, on health status and health-care utilization in COPD patients: a randomized trial. *Respirology*, 20, 279-85.
- BLACKBERRY, I. D., FURLER, J. S., BEST, J. D., CHONDROS, P., VALE, M., WALKER, C., DUNNING, T., SEGAL, L., DUNBAR, J., AUDEHM, R., LIEW, D. & YOUNG, D. 2013. Effectiveness of general practice based, practice nurse led telephone coaching on glycaemic control of type 2 diabetes: the Patient Engagement and Coaching for Health (PEACH) pragmatic cluster randomised controlled trial. *Bmj*, 347, f5272.
- BOULT, C., LEFF, B., BOYD, C. M., WOLFF, J. L., MARSTELLER, J. A., FRICK, K. D., WEGENER, S., REIDER, L., FREY, K., MROZ, T. M., KARM, L. & SCHARFSTEIN, D. O. 2013. A matched-pair cluster-randomized trial of guided care for high-risk older patients. *J Gen Intern Med*, 28, 612-21.
- BOULT, C., REIDER, L., FREY, K., LEFF, B., BOYD, C. M., WOLFF, J. L., WEGENER, S., MARSTELLER, J., KARM, L. & SCHARFSTEIN, D. 2008. Early effects of "Guided Care" on the quality of health care for multimorbid older persons: a cluster- randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 63, 321-7.
- BOYD, C. M., SHADMI, E., CONWELL, L. J., GRISWOLD, M., LEFF, B., BRAGER, R., SYLVIA, M. & BOULT, C. 2008. A pilot test of the effect of guided care on the quality of primary care experiences for multimorbid older adults. *J Gen Intern Med*, 23, 536-42.

- BOYD, M., ARMSTRONG, D., PARKER, J., PILCHER, C., ZHOU, L., MCKENZIE-GREEN, B. & CONNOLLY, M. J. 2014. Do gerontology nurse specialists make a difference in hospitalization of long-term care residents? Results of a randomized comparison trial. *J Am Geriatr Soc*, 62, 1962-7.
- BRAND, C. A., JONES, C. T., LOWE, A. J., NIELSEN, D. A., ROBERTS, C. A., KING, B. L. & CAMPBELL, D. A. 2004. A transitional care service for elderly chronic disease patients at risk of readmission. *Aust Health Rev*, 28, 275-84.
- BRODATY, H., MITTELMAN, M., GIBSON, L., SEEHER, K. & BURNS, A. 2009. The effects of counseling spouse caregivers of people with Alzheimer disease taking donepezil and of country of residence on rates of admission to nursing homes and mortality. *Am J Geriatr Psychiatry*, 17, 734-43.
- BRUCE, M. L., RAUE, P. J., REILLY, C. F., GREENBERG, R. L., MEYERS, B. S., BANERJEE, S., PICKETT, Y. R., SHEERAN, T. F., GHESQUIERE, A., ZUKOWSKI, D. M., ROSAS, V. H., MCLAUGHLIN, J., PLEDGER, L., DOYLE, J., JOACHIM, P. & LEON, A. C. 2015. Clinical effectiveness of integrating depression care management into medicare home health: the Depression CAREPATH Randomized trial. *JAMA Intern Med*, 175, 55-64.
- BUNDESVERBAND, A. 2012. [URL: http://www.aok-bv.de/lexikon/d/index_00296.html 2016].
- BUNDESVERBAND, A. o. J. [URL: <http://aok-bv.de/gesundheit/behandlungsprogramme/iv/index.html>, 25.03. 2016].
- BÜSCHER, A. & HORN, A. 2010. Bestandsaufnahme zur Situation in der ambulanten Pflege - Ergebnisse einer Expertenbefragung *In: (IPW), I. F. P. A. D. U. B. (ed.) Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)*. Bielefeld.
- BUSS, A., STRUPEIT, S. & LAHMANN, N. 2013. Hauptprobleme an den Schnittstellen der Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden. *Zeitschrift für Wundheilung*, 1, 9- 14.

- CALLAHAN, C. M., BOUSTANI, M. A., UNVERZAGT, F. W., AUSTROM, M. G., DAMUSH, T. M., PERKINS, A. J., FULTZ, B. A., HUI, S. L., COUNSELL, S. R. & HENDRIE, H. C. 2006. Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care: a randomized controlled trial. *Jama*, 295, 2148-57.
- CARE, A. C. C. 2016. [URL: <https://aims.uw.edu/collaborative-care>, 25.03.2016].
- CHAN, S. S., LEUNG, D. Y., LEUNG, A. Y., LAM, C., HUNG, I., CHU, D., CHAN, C. K., JOHNSTON, J., LIU, S. H., LIANG, R., LAM, T. H. & YUEN, K. Y. 2015. A nurse-delivered brief health education intervention to improve pneumococcal vaccination rate among older patients with chronic diseases: a cluster randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*, 52, 317-24.
- CHEW-GRAHAM, C. A., LOVELL, K., ROBERTS, C., BALDWIN, R., MORLEY, M., BURNS, A., RICHARDS, D. & BURROUGHS, H. 2007. A randomised controlled trial to test the feasibility of a collaborative care model for the management of depression in older people. *Br J Gen Pract*, 57, 364-70.
- CHIEN, W. T. & LEE, I. Y. 2011. Randomized controlled trial of a dementia care programme for families of home-resided older people with dementia. *J Adv Nurs*, 67, 774-87.
- COCKAYNE, S., PATTENDEN, J., WORTHY, G., RICHARDSON, G. & LEWIN, R. 2014. Nurse facilitated Self-management support for people with heart failure and their family carers (SEMAPHFOR): a randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*, 51, 1207-13.
- COUNSELL, S. R., CALLAHAN, C. M., CLARK, D. O., TU, W., BUTTAR, A. B., STUMP, T. E. & RICKETTS, G. D. 2007. Geriatric care management for low-income seniors: a randomized controlled trial. *Jama*, 298, 2623-33.
- DUBENSKE, L. L., GUSTAFSON, D. H., NAMKOONG, K., HAWKINS, R. P., ATWOOD, A. K., BROWN, R. L., CHIH, M. Y., MCTAVISH, F., CARMACK, C. L., BUSS, M. K., GOVINDAN, R. & CLEARY, J. F. 2014. CHES improves cancer caregivers' burden and mood: results of an eHealth RCT. *Health Psychol*, 33, 1261-72.

- ELLEY, C. R., ROBERTSON, M. C., GARRETT, S., KERSE, N. M., MCKINLAY, E., LAWTON, B., MORIARTY, H., MOYES, S. A. & CAMPBELL, A. J. 2008. Effectiveness of a falls-and-fracture nurse coordinator to reduce falls: a randomized, controlled trial of at-risk older adults. *J Am Geriatr Soc*, 56, 1383-9.
- ELLIOTT, T. R., BERRY, J. W. & GRANT, J. S. 2009. Problem-solving training for family caregivers of women with disabilities: a randomized clinical trial. *Behav Res Ther*, 47, 548-58.
- ELLIOTT, T. R., BROSSART, D., BERRY, J. W. & FINE, P. R. 2008. Problem-solving training via videoconferencing for family caregivers of persons with spinal cord injuries: a randomized controlled trial. *Behav Res Ther*, 46, 1220-9.
- ELONIEMI-SULKAVA, U., SAARENHEIMO, M., LAAKKONEN, M. L., PIETILA, M., SAVIKKO, N., KAUTIAINEN, H., TILVIS, R. S. & PITKALA, K. H. 2009. Family care as collaboration: effectiveness of a multicomponent support program for elderly couples with dementia. Randomized controlled intervention study. *J Am Geriatr Soc*, 57, 2200-8.
- GANONG, L. H., COLEMAN, M., BENSON, J. J., SNYDER-RIVAS, L. A., STOWE, J. D. & PORTER, E. J. 2013. An intervention to help older adults maintain independence safely. *J Fam Nurs*, 19, 146-70.
- GARCIA-AYMERICH, J., HERNANDEZ, C., ALONSO, A., CASAS, A., RODRIGUEZ-ROISIN, R., ANTO, J. M. & ROCA, J. 2007. Effects of an integrated care intervention on risk factors of COPD readmission. *Respir Med*, 101, 1462-9.
- GAUGLER, J. E., ROTH, D. L., HALEY, W. E. & MITTELMAN, M. S. 2008. Cancounseling and support reduce burden and depressive symptoms in caregivers of people with Alzheimer's disease during the transition to institutionalization? Results from the New York University caregiver intervention study. *J Am Geriatr Soc*, 56, 421-8.
- GAUGLER, J. E., ROTH, D. L., HALEY, W. E. & MITTELMAN, M. S. 2011. Modeling trajectories and transitions: results from the New York University caregiver intervention. *Nurs Res*, 60, S28-37.

- GELLIS, Z. D., KENALEY, B. L. & TEN HAVE, T. 2014. Integrated telehealth care for chronic illness and depression in geriatric home care patients: the Integrated Telehealth Education and Activation of Mood (I-TEAM) study. *J Am Geriatr Soc*, 62, 889-95.
- GITLIN, L. N., WINTER, L., DENNIS, M. P., HODGSON, N. & HAUCK, W. W. 2010. A biobehavioral home-based intervention and the well-being of patients with dementia and their caregivers: the COPE randomized trial. *Jama*, 304, 983-91.
- HARRIS, T., KERRY, S. M., VICTOR, C. R., EKELUND, U., WOODCOCK, A., ILIFFE, S., WHINCUP, P. H., BEIGHTON, C., USSHER, M., LIMB, E. S., DAVID, L., BREWIN, D., ADAMS, F., ROGERS, A. & COOK, D. G. 2015. A primary care nurse-delivered walking intervention in older adults: PACE (pedometer accelerometer consultation evaluation)-Lift cluster randomised controlled trial. *PLoS Med*, 12, e1001783.
- HERNANDEZ, C., ALONSO, A., GARCIA-AYMERICH, J., SERRA, I., MARTI, D., RODRIGUEZ-ROISIN, R., NARSAVAGE, G., CARMEN GOMEZ, M. & ROCA, J. 2015. Effectiveness of community-based integrated care in frail COPD patients: a randomised controlled trial. *NPJ Prim Care Respir Med*, 25, 15022.
- HIMMEL, W., KOCHEN, M. M., SORNS, U. & HUMMERS-PRADIER, E. 2004. Drug changes at the interface between primary and secondary care. *Int J Clin Pharmacol Ther*, 42, 103-9.
- HOGG, W., LEMELIN, J., DAHROUGE, S., LIDDY, C., ARMSTRONG, C. D., LEGAULT, F., DALZIEL, B. & ZHANG, W. 2009. Randomized controlled trial of anticipatory and preventive multidisciplinary team care: for complex patients in a community-based primary care setting. *Can Fam Physician*, 55, e76-85.
- HUANG, H. L., KUO, L. M., CHEN, Y. S., LIANG, J., HUANG, H. L., CHIU, Y. C., CHEN, S. T., SUN, Y., HSU, W. C. & SHYU, Y. I. 2013. A home-based training program improves caregivers' skills and dementia patients' aggressive behaviors: a randomized controlled trial. *Am J Geriatr Psychiatry*, 21, 1060-70.

- HUSS, A., STUCK, A. E., RUBENSTEIN, L. Z., EGGER, M. & CLOUGH-GORR, K. M. 2008. Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 63, 298-307.
- IMHOF, L., NAEF, R., WALLHAGEN, M. I., SCHWARZ, J. & MAHRER-IMHOF, R. 2012. Effects of an advanced practice nurse in-home health consultation program for community-dwelling persons aged 80 and older. *J Am Geriatr Soc*, 60, 2223-31.
- INSTITUT FÜR COMMUNITY MEDICINE, A. V. U. C. H., ERNST-MORITZ-ARNDT-UNIVERSITÄT GREIFSWALD o. J. Interdisziplinäres Betreuungs- und Behandlungsnetz für Demenzpatienten im Landkreis Uckermark (IDemUck) - Ergebnisbasierte Evaluationsstudie.
- INSTITUTE OF MEDICINE COMMITTEE ON THE CROSSING THE QUALITY CHASM: NEXT STEPS TOWARD A NEW HEALTH CARE, S. 2004. In: ADAMS, K., GREINER, A. C. & CORRIGAN, J. M. (eds.) *The 1st Annual Crossing the Quality Chasm Summit: A Focus on Communities*. Washington (DC): National Academies Press (US) Copyright 2004 by the National Academy of Sciences. All rights reserved.
- JENCKS, S. F., WILLIAMS, M. V. & COLEMAN, E. A. 2009. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *N Engl J Med*, 360, 1418-28.
- JOLING, K. J., VAN MARWIJK, H. W., VAN DER HORST, H. E., SCHELTENS, P., VAN DE VEN, P. M., APPELS, B. A. & VAN HOUT, H. P. 2012. Effectiveness of family meetings for family caregivers on delaying time to nursing home placement of dementia patients: a randomized trial. *PLoS One*, 7, e42145.
- KERRY, S. M., MARKUS, H. S., KHONG, T. K., CLOUD, G. C., TULLOCH, J., COSTER, D., IBISON, J. & OAKESHOTT, P. 2013. Home blood pressure monitoring with nurse-led telephone support among patients with hypertension and a history of stroke: a community-based randomized controlled trial. *Cmaj*, 185, 23-31.

- KRUIS, A. L., BOLAND, M. R., ASSENDELFT, W. J., GUSSEKLOO, J.,
TSIACHRISTAS, A., STIJNEN, T., BLOM, C., SONT, J. K., RUTTEN-VAN
MOLKEN, M. P. & CHAVANNES, N. H. 2014. Effectiveness of integrated
disease management for primary care chronic obstructive pulmonary dis-
ease patients: results of cluster randomised trial. *Bmj*, 349, g5392.
- LAMANTIA, M. A., SCHEUNEMANN, L. P., VIERA, A. J., BUSBY-WHITEHEAD, J.
& HANSON, L. C. 2010. Interventions to improve transitional care between
nursing homes and hospitals: a systematic review. *J Am Geriatr Soc*, 58,
777-82.
- LAMPRECHT, J., BEHRENS, J., MAU, W. & SCHUBERT, M. 2012. Das Intensivier-
te Rehabilitationsnachsorgeprogramm (IRENA) der Deutschen Rentenversi-
cherung Bund: Therapiesgeschehen und Ein-Jahres-Verlauf gesundheitsbe-
zogener Parameter bei Rehabilitanden mit muskuloskelettalen Erkrankungen.
Phys Med Rehab Kuror, 22, 253-257.
- LEVENTHAL, M. E., DENHAERYNCK, K., BRUNNER-LA ROCCA, H. P.,
BURNAND, B., CONCA-ZELLER, A., BERNASCONI, A. T., MAHRER-
IMHOF, R., FROELICHER, E. S. & DE GEEST, S. 2011. Swiss Interdiscipli-
nary Management Programme for Heart Failure (SWIM-HF): a randomised
controlled trial study of an outpatient inter-professional management pro-
gramme for heart failure patients in Switzerland. *Swiss Med Wkly*, 141,
w13171.
- LOGSDON, R. G., PIKE, K. C., MCCURRY, S. M., HUNTER, P., MAHER, J.,
SNYDER, L. & TERI, L. 2010. Early-stage memory loss support groups: out-
comes from a randomized controlled clinical trial. *J Gerontol B Psychol Sci
Soc Sci*, 65, 691-7.
- LUCHSINGER, J. A., PALMAS, W., TERESI, J. A., SILVER, S., KONG, J.,
EIMICKE, J. P., WEINSTOCK, R. S. & SHEA, S. 2011. Improved diabetes
control in the elderly delays global cognitive decline. *J Nutr Health Aging*, 15,
445-9.
- LUDT, S., HEISS, F., GLASSEN, K., NOEST, S., KLINGENBERG, A., OSE, D. &
SZECSENYI, J. 2014. [Patients' perspectives beyond sectoral borders be-
tween inpatient and outpatient care - patients' experiences and preferences
along cross- sectoral episodes of care]. *Gesundheitswesen*, 76, 359-65.

- LUKAS, A., KILIAN, R., HAY, B., MUCHE, R., VON ARNIM, C. A., OTTO, M., RIEPE, M., JAMOUR, M., DENKINGER, M. D. & NIKOLAUS, T. 2012. [Maintenance of health and relief for caregivers of elderly with dementia by using "initial case management": experiences from the Lighthouse Project on Dementia, Ulm, ULTDEM-study]. *Z Gerontol Geriatr*, 45, 298-309.
- MADIGAN, E., SCHMOTZER, B. J., STRUK, C. J., DICARLO, C. M., KIKANO, G., PINA, I. L. & BOXER, R. S. 2013. Home health care with telemonitoring improves health status for older adults with heart failure. *Home Health Care Serv Q*, 32, 57-74.
- MANAGEMENT, D. G. F. C. U. C. 2012. [URL: <http://www.dgcc.de/case-management/>, 25.03.2016].
- MANSUR, N., WEISS, A., HOFFMAN, A., GRUENEWALD, T. & BELOOSESKY, Y. 2008. Continuity and adherence to long-term drug treatment by geriatric patients after hospital discharge: a prospective cohort study. *Drugs Aging*, 25, 861-70.
- MARKLE-REID, M., BROWNE, G., WEIR, R., GAFNI, A., ROBERTS, J. & HENDERSON, S. R. 2006. The effectiveness and efficiency of home-based nursing health promotion for older people: a review of the literature. *Med Care Res Rev*, 63, 531-69.
- MCALISTER, F. A., GROVER, S., PADWAL, R. S., YOUNGSON, E., FRADETTE, M., THOMPSON, A., BUCK, B., DEAN, N., TSUYUKI, R. T., SHUAIB, A. & MAJUMDAR, S. R. 2014. Case management reduces global vascular risk after stroke: secondary results from the The preventing recurrent vascular events and neurological worsening through intensive organized case-management randomized controlled trial. *Am Heart J*, 168, 924-30.
- MCDONALD, D. D., WALSH, S., VERGARA, C., GIFFORD, T. & WEINER, D. K. 2012. The effect of a Spanish virtual pain coach for older adults: a pilot study. *Pain Med*, 13, 1397-406.
- MELIS, R. J., VAN EIJKEN, M. I., TEERENSTRA, S., VAN ACHTERBERG, T., PARKER, S. G., BORM, G. F., VAN DE LISDONK, E. H., WENSING, M. & RIKKERT, M. G. 2008. A randomized study of a multidisciplinary program to intervene on geriatric syndromes in vulnerable older people who live at home (Dutch EASYcare Study). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 63, 283-90.

- MENON, U., BELUE, R., WAHAB, S., RUGEN, K., KINNEY, A. Y., MARAMALDI, P., WUJCIK, D. & SZALACHA, L. A. 2011. A randomized trial comparing the effect of two phone-based interventions on colorectal cancer screening adherence. *Ann Behav Med*, 42, 294-303.
- MITTELMAN, M. S., BRODATY, H., WALLEN, A. S. & BURNS, A. 2008. A three-country randomized controlled trial of a psychosocial intervention for caregivers combined with pharmacological treatment for patients with Alzheimer disease: effects on caregiver depression. *Am J Geriatr Psychiatry*, 16, 893-904.
- MOLASSIOTIS, A., BREARLEY, S., SAUNDERS, M., CRAVEN, O., WARDLEY, A., FARRELL, C., SWINDELL, R., TODD, C. & LUKER, K. 2009. Effectiveness of a home care nursing program in the symptom management of patients with colorectal and breast cancer receiving oral chemotherapy: a randomized, controlled trial. *J Clin Oncol*, 27, 6191-8.
- MOONEY, K. H., BECK, S. L., FRIEDMAN, R. H., FARZANFAR, R. & WONG, B. 2014. Automated monitoring of symptoms during ambulatory chemotherapy and oncology providers' use of the information: a randomized controlled clinical trial. *Support Care Cancer*, 22, 2343-50.
- MORIYAMA, M., NAKANO, M., KUROE, Y., NIN, K., NIITANI, M. & NAKAYA, T. 2009. Efficacy of a self-management education program for people with type 2 diabetes: results of a 12 month trial. *Jpn J Nurs Sci*, 6, 51-63.
- MYERS, R. E., DASKALAKIS, C., KUNKEL, E. J., COCROFT, J. R., RIGGIO, J. M., CAPKIN, M. & BRADDOCK, C. H., 3RD 2011. Mediated decision support in prostate cancer screening: a randomized controlled trial of decision counseling. *Patient Educ Couns*, 83, 240-6.
- NDOSI, M., LEWIS, M., HALE, C., QUINN, H., RYAN, S., EMERY, P., BIRD, H. & HILL, J. 2014. The outcome and cost-effectiveness of nurse-led care in people with rheumatoid arthritis: a multicentre randomised controlled trial. *Ann Rheum Dis*, 73, 1975-82.
- NIIRANEN, T. J., LEINO, K., PUUKKA, P., KANTOLA, I., KARANKO, H. & JULA, A. M. 2014. Lack of impact of a comprehensive intervention on hypertension in the primary care setting. *Am J Hypertens*, 27, 489-96.

- OMMEN, O., ULLRICH, B., JANSSEN, C. & PFAFF, H. 2007. [The ambulatory-stationary interface in medical health care: problems, model of explanation, and possible solutions]. *Med Klin (Munich)*, 102, 913-7.
- PEDONE, C., ROSSI, F. F., CECERE, A., COSTANZO, L. & ANTONELLI INCALZI, R. 2015. Efficacy of a Physician-Led Multiparametric Telemonitoring System in Very Old Adults with Heart Failure. *J Am Geriatr Soc*, 63, 1175-80.
- PETERS-KLIMM, F., CAMPBELL, S., HERMANN, K., KUNZ, C. U., MULLER-TASCH, T. & SZECSENYI, J. 2010. Case management for patients with chronic systolic heart failure in primary care: the HICMan exploratory randomised controlled trial. *Trials*, 11, 56.
- PLOEG, J., BRAZIL, K., HUTCHISON, B., KACZOROWSKI, J., DALBY, D. M., GOLDSMITH, C. H. & FURLONG, W. 2010. Effect of preventive primary care outreach on health related quality of life among older adults at risk of functional decline: randomised controlled trial. *Bmj*, 340, c1480.
- REGISTRIERUNGSSTELLE, G. 2009. Bericht zur Entwicklung der integrierten Versorgung 2004–2008. Bericht gemäß § 140d SGB V auf der Grundlage der Meldungen von Verträgen zur integrierten Versorgung. Düsseldorf: Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung.
- RINFRET, S., LUSSIER, M. T., PEIRCE, A., DUHAMEL, F., COSSETTE, S., LALONDE, L., TREMBLAY, C., GUERTIN, M. C., LELORIER, J., TURGEON, J. & HAMET, P. 2009. The impact of a multidisciplinary information technology-supported program on blood pressure control in primary care. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*, 2, 170-7.
- ROTHGANG H, BOHNS S, BAUKNECHT M & S, S. 2012. Evaluation der Pflegestützpunkte im Kontext weiterer Beratungsstellen im Land Bremen – gefördert durch Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales Land Bremen - Abschlussbericht. Bremen.
- SACHVERSTÄNDIGENRAT 2007. Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen Kooperation und Verantwortung– Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung.
- SACHVERSTÄNDIGENRAT 2012. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung - Sondergutachten 2012.

- SACHVERSTÄNDIGENRAT 2014. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche - Gutachten 2014.
- SCHMIDT, R. 2012. Koordination, Kooperation und Vernetzung. *BdW Blätter der Wohlfahrtspflege*. BdW.
- SIMON, G. E., RALSTON, J. D., SAVARINO, J., PABINIAK, C., WENTZEL, C. & OPERSKALSKI, B. H. 2011. Randomized trial of depression follow-up care by online messaging. *J Gen Intern Med*, 26, 698-704.
- STONE, R. A., RAO, R. H., SEVICK, M. A., CHENG, C., HOUGH, L. J., MACPHERSON, D. S., FRANKO, C. M., ANGLIN, R. A., OBROSKY, D. S. & DERUBERTIS, F. R. 2010. Active care management supported by home telemonitoring in veterans with type 2 diabetes: the DiaTel randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 33, 478-84.
- STROMBERG, A., DAHLSTROM, U. & FRIDLUND, B. 2006. Computer-based education for patients with chronic heart failure. A randomised, controlled, multicentre trial of the effects on knowledge, compliance and quality of life. *Patient Educ Couns*, 64, 128-35.
- SZANTON, S. L., THORPE, R. J., BOYD, C., TANNER, E. K., LEFF, B., AGREE, E., XUE, Q. L., ALLEN, J. K., SEPLAKI, C. L., WEISS, C. O., GURALNIK, J. M. & GITLIN, L. N. 2011. Community aging in place, advancing better living for elders: a bio-behavioral-environmental intervention to improve function and health-related quality of life in disabled older adults. *J Am Geriatr Soc*, 59, 2314-20.
- TANNER, J. A., BLACK, B. S., JOHNSTON, D., HESS, E., LEOUTSAKOS, J. M., GITLIN, L. N., RABINS, P. V., LYKETSOS, C. G. & SAMUS, Q. M. 2015. A randomized controlled trial of a community-based dementia care coordination intervention: effects of MIND at Home on caregiver outcomes. *Am J Geriatr Psychiatry*, 23, 391-402.
- VAN DER PEET, E. H., VAN DEN BEUKEN-VAN EVERDINGEN, M. H., PATIJN, J., SCHOUTEN, H. C., VAN KLEEF, M. & COURTENS, A. M. 2009. Randomized clinical trial of an intensive nursing-based pain education program for cancer outpatients suffering from pain. *Support Care Cancer*, 17, 1089-99.

- WEINTRAUB, A., GREGORY, D., PATEL, A. R., LEVINE, D., VENESY, D., PERRY, K., DELANO, C. & KONSTAM, M. A. 2010. A multicenter randomized controlled evaluation of automated home monitoring and telephonic disease management in patients recently hospitalized for congestive heart failure: the SPAN-CHF II trial. *J Card Fail*, 16, 285-92.
- WELCH, G., ALLEN, N. A., ZAGARINS, S. E., STAMP, K. D., BURSELL, S. E. & KEDZIORA, R. J. 2011. Comprehensive diabetes management program for poorly controlled Hispanic type 2 patients at a community health center. *Diabetes Educ*, 37, 680-8.
- WÜRZBURG, U. o. J. Förderung rehabilitationsorientierter Betreuung im Seniorenpflegeheim durch Entwicklung eines praxisnahen Kooperationsmodells zwischen Seniorenheim und geriatrischer Rehabilitation [Online]. [URL: http://www.psychotherapie.uni-wuerzburg.de/forschung/projekte-koop_6.html, 25.03.2016].
- WWW.GUIDEDCARE.ORG. 2013. [URL: <http://www.guidedcare.org/>, 25.03.2016].
- ZILLICH, A. J., SNYDER, M. E., FRAIL, C. K., LEWIS, J. L., DESHOTELS, D., DUNHAM, P., JAYNES, H. A. & SUTHERLAND, J. M. 2014. A randomized, controlled pragmatic trial of telephonic medication therapy management to reduce hospitalization in home health patients. *Health Serv Res*, 49, 1537-54.

Schriftenreihe Versorgungsforschung

Bisher sind in dieser Schriftenreihe folgende Bände erschienen:

Band 1: Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf unter besonderer Berücksichtigung des ländlichen Raums (November 2016)

Band 2: Neue Formen der Zusammenarbeit im ambulanten und stationären Sektor (Februar 2017)

sowie der vorliegende Band:

Band 3: Schnittstellen in der Versorgung von pflege- und hilfebedürftigen älteren Menschen – Probleme und Lösungsansätze aus Sicht der Pflege (April 2017)

**Bayerisches Landesamt für
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)**

Eggenreuther Weg 43
91058 Erlangen

Telefon: 09131 6808-0

Telefax: 09131 6808-2102

E-Mail: poststelle@lgl.bayern.de

Internet: www.lgl.bayern.de