

# Thesenpapier Digitale Pflegeanwendungen - Pflegerischer Nutzen

Ein gemeinsames Thesenpapier von:

bayern  innovativ

dm   MEDICAL VALLEY  
DIGITAL HEALTH  
APPLICATION CENTER

 **FINSOZ** e.V.  
Digitalverband Sozialwirtschaft

 **MedTech**  
Pharma

 **HARTMANN**

 **HEALTHCARE**  
Innovations

 **Hochschule**  
**Hof**  
University of  
Applied Sciences

Mensch, Technik & Ökonomie  
im Gesundheits- und  
Sozialmarkt  **IDC**  
StH Wilhelm-Löbe Hochschule

 **NÜRNBERG**  
NürnbergStift

 **PIZ**

 **PPZ.**  
PFLEGEPRAXISZENTRUM  
NÜRNBERG



## Inhalt

Einleitung .....	2
These 1: Sektorenübergreifender Nutzen.....	3
These 2: Pflegerisch-organisatorischer Nutzen .....	3
These 3: Mehrperspektivische Betrachtung pflegerischen Nutzens.....	4
These 4: Pflegekompetenz der Nutzenden .....	4
These 5: Messung und Bewertung pflegerischen Nutzens .....	5
These 6: Erprobung von DiPAs .....	6
These 7: Finanzierung von DiPAs .....	6
Autor:innen .....	VII
Assoziierte Partnerorganisationen:.....	VII

## Einleitung

Apps und digitale Anwendungen sollen nach den Zielsetzungen des Gesetzgebers Pflegebedürftige dabei unterstützen, selbständiger mit Anforderungen des täglichen Lebens zurecht zu kommen, verbunden mit der eindeutigen Intention, die soziale Teilhabe zu ermöglichen und zu verbessern. Aus diesem Grund wurde im Sommer 2021 das Digitale-Versorgungs-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) verabschiedet. Mit dem DVPMG wird nach den Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs) nun die Einführung von Digitalen Pflegeanwendungen (DiPAs) gestartet.

Das Ziel von DiPAs ist es, die Pflegeversorgung von Pflegebedürftigen durch digitale Technologien zu verbessern. Exemplarisch können hier Lösungen im Kontext des präventiven Sturzmonitorings oder auch die Förderung des Gedächtnistrainings genannt werden. Ergänzend dazu ist mit DiPAs vorgesehen, diese zur Verbesserung der Kommunikation des Pflegebedürftigen mit Angehörigen und Pflegefachkräften einzusetzen. Die damit einhergehende Entlastung der Pflegenden – pflegerisch wie auch organisatorisch – soll zu einer Reduzierung der physischen und psychischen Belastung führen. Weiterhin können digitale Angebote die Transparenz über Versorgungsoptionen erhöhen und somit eine höhere Kosten-Leistungs-Effizienz schaffen.

Im Rahmen des Zulassungsverfahrens einer DiGAs ist neben weiteren Kriterien ein positiver Versorgungseffekt nachzuweisen. Für die Prüfung der Erstattungsfähigkeit von digitalen Pflegeanwendungen und zur Aufnahme in ein entsprechendes Verzeichnis wird ein neues Verfahren geschaffen, das bisher durch eine Verordnung noch nicht näher spezifiziert wurde. Dem DVPMG ist lediglich zu entnehmen, dass sich DiPAs am "pflegerischen Nutzen" messen lassen sollen.

Im Gegensatz zum positiven Versorgungseffekt aus dem Kontext DiGAs, ist der pflegerische Nutzen bisher kaum bzw. nicht einheitlich und allgemeingültig definiert. Aus diesem Grund haben sich Expertinnen und Experten aus verschiedenen Bereichen zusammengeschlossen, um in sieben Thesen Anregungen bzw. Vorschläge für die Ausführung der Definition des pflegerischen Nutzens von DiPAs zu geben. Die nachfolgenden Thesen gehen aber auch über den pflegerischen Nutzen hinaus und fordern von den politisch Verantwortlichen eine Überarbeitung der Ausgestaltung von DiPAs.

## These 1: Sektorenübergreifender Nutzen

**Digitale Pflegeanwendungen ermöglichen den Erhalt der Selbstbestimmung von Pflegebedürftigen, wenn sie sektorenübergreifend Zugriff auf die DiPAs haben und diese anwenden können. Hierfür gilt es, Schnittstellen vom ambulanten Setting hin zur stationären Versorgung zu schaffen.**

Pflegebedürftige haben grundsätzlich das Recht auf Selbstbestimmung (SGB XI § 2 Abs. 1 und 2). Die DiPAs sollten daher so angewendet werden können, dass eine Übertragung von einem Setting in ein anderes möglich ist. Selbst der Grundsatz „ambulant vor stationär“ ist weitgehend auch bezüglich der DiPAs einzuhalten. Gleichzeitig ist der präventive Ansatz (SGB XI § 5 Abs. 1 S. 1) ebenfalls in der stationären Langzeitpflege verankert. Aufzuführen ist hier beispielsweise das Mobilitätsmanagement, welches in allen Settings der Gesundheitsfürsorge zu unterstützen und möglichst aufrechtzuerhalten ist. Gleichwohl bedeutet ein Umzug aus der eigenen Häuslichkeit in ein anderes Pflegesetting nicht automatisch den Verlust der Eigenverantwortung (SGB XI § 6 Abs. 2). Allein aufgrund der gesetzlichen Vorgaben ist eine Erweiterung der DiPAs auf weitere Settings unabdingbar. Die Schnittstellen sind daher so zu erstellen, dass ein sektoren- und systemübergreifender Nutzen für den Pflegebedürftigen gewährleistet ist.

## These 2: Pflegerisch-organisatorischer Nutzen

**Im Rahmen der Zulassung müssen DiPAs technische wie auch organisatorische Schnittstellen zu anderen IT-Systemen und Anwendergruppen nachweisen können, damit Kommunikations- und Abstimmungsprozesse zwischen den unterschiedlichen Akteuren, wie z. B. pflegenden Angehörigen, Pflegediensten, Pflegeberatern und Pflegebedürftigen ermöglicht werden.**

Die Versorgungssituationen in der häuslichen Pflege sind oftmals komplex. Zahlreiche Faktoren, wie z. B. ungenügende Kommunikation, fehlendes Wissen, Zeitdruck, unklare Abstimmungsprozesse oder technische und räumliche Hindernisse, stellen ein Risiko für die Sicherheit von Pflegebedürftigen dar. Nur ein umfassender Informationsaustausch über den aktuellen Gesundheitszustand, die medizinische Behandlung sowie die pflegerische Versorgung mittels einer digitalen Anwendung gewährleistet und erhöht die Sicherheit der Pflegebedürftigen. Hierdurch können beispielsweise Infektionen, Dekubitus, Mangelernährung sowie unerwünschte Arzneimittelwirkungen vermieden werden. Weiterhin können entsprechende Schnittstellen Pflegenden bei Planung und Organisation des häuslichen Versorgungsnetzwerkes entlasten und führen zu mehr zeitlicher Kapazität für eine qualitativ hochwertige Pflege und Betreuung.

## These 3: Mehrperspektivische Betrachtung pflegerischen Nutzens

**Der pflegerische Nutzen bietet allein in einer dyadischen Form – d. h. beidseitige Berücksichtigung der Belange von Pflegenden und Pflegebedürftigen in Abhängigkeit des jeweiligen Settings – einen sinnvollen Ansatz für die Implementierung von digitalen Technologien.**

Pflege als Sorgeprozess ist im ambulanten wie stationären Setting durch Interaktionsbeziehungen gekennzeichnet. DiPAs sollen zwar daran ansetzen, die Selbstpflegefähigkeit Pflegebedürftiger im selbstbestimmten, häuslichen Umfeld zu stärken, gleichwohl wird die ausschließliche Fokussierung auf den Nutzen für Pflegebedürftige der ambulanten Versorgungsrealität nicht gerecht. Schließlich bewegen sich Pflegebedürftige gemeinhin in wechselseitigen Sorgebeziehungen zu diversen pflegenden Akteuren. Hierzu gehören insbesondere pflegende Angehörige wie auch ehrenamtlich und professionell Pflegenden. Somit kommt der Passung von DiPAs in die möglichen Lebenskontexte – Haushaltsgröße, (soziale) Vulnerabilität sowie lokale Verfügbarkeit von personellen, technischen und organisatorischen Sorgeangeboten – ein entscheidender Stellenwert für die Implementierung und den potenziell entfaltbaren Nutzen der Technologie zu.

## These 4: Pflegekompetenz der Nutzenden

**Wenn DiPAs die Selbständigkeit von Pflegebedürftigen nachhaltig stärken sollen, muss die Pflegekompetenz der potenziell Nutzenden bereits bei der DiPA-Zulassung adressiert werden. Hier greift das Verständnis, den Nutzenden in den Blick zu nehmen und niedrigschwellige Zugänge bereit zu stellen und anzubieten.**

DiPAs zielen im Gegensatz zu DiGAs noch stärker auf eine ältere Bevölkerungsgruppe ab. Zudem ist die Anwendung von DiPAs unter Umständen nur mit entsprechendem pflegerischen Wissen effektiv und effizient umsetzbar. Um die im Kontext der DiPAs vorhandenen Pflegeinformationen und -empfehlungen verstehen zu können, ist das individuelle pflegerische Wissen des Anwendenden zu berücksichtigen. Je nach kognitiver, physischer und emotionaler Ausgangslage des potentiell Nutzenden sind zielgruppengerechte Handlungsempfehlungen zur Stärkung der Pflegekompetenz – barrierefrei und in einfacher Sprache – z. B. in Form eines verständlichen „Beipackzettels“, unabdingbar, um digitale Pflegeanwendungen bedarfsgerecht implementieren zu können.

## These 5: Messung und Bewertung pflegerischen Nutzens

**Positive pflegerische Versorgungseffekte digitaler Technologien sollten im Sinne einer wertorientierten Pflegeverbesserung von Pflegebedürftigen und Pflegenden durch einen direkten pflegerischen Nutzen oder einer verbesserten Organisation und Bewältigung des pflegerischen Alltags erbracht werden.**

Die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen wird über die Trichotomie von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erreicht. Während strukturelle Voraussetzungen eine Anforderung an die Umsetzbarkeit für den Einsatz digitaler Technologien darstellen, ergibt sich sowohl für Pflegebedürftige als auch für Pflegenden aus dem Zusammenspiel versorgungsrelevanter Dienstleistungen, ausgerichtet auf pflegerische Zielerreichungen, ein pflegerischer Versorgungseffekt. Positive Versorgungseffekte können sich in einem konkreten Nutzen oder strukturellen Verbesserungen des pflegerischen Alltags zeigen. Relevante Endpunkte der Leistungsempfänger von DiPAs sollten sich daher aus personenzentrierten und fallspezifischen Zielgrößen, wie etwa Autonomie, Alltagskompetenz, Teilhabe, Lebensqualität, Zugang zur Versorgung, Verbesserung/Erhalt von Körperfunktionen und der Entlastung von informell oder professionell Pflegenden ergeben.

Folgend der Logik aus dem DVPMG zur Nachweiserbringung von Versorgungseffekten in der pflegerischen Praxis sowie dem Grundsatz der wertorientierten Gesundheitsverbesserung (value-based healthcare), sind die Effekte mit qualitativen, interventionellen und vergleichenden Methoden in kontrollierten Studien nachzuweisen, deren Schwerpunkt auf dem Nachweis des Mehrwertes der DiPAs liegt.

## These 6: Erprobung von DiPAs

**Analog zu den DiGAs sollte auch für die DiPAs eine modellhafte Erprobung im Zulassungsverfahren vorgesehen werden, um eine beschleunigte Bewertung, aber auch evidenzgesicherte Qualität im Rahmen der praktischen Anwendung erreichen zu können.**

Es ist kritisch anzumerken, dass eine Erprobungszeit für DiPAs trotz weitgehend fehlender, validierter Messinstrumente sowie der Komplexität in Aufwand, Zeit und finanzieller Mittel zur Erbringung geforderter Evidenzen nicht vorgesehen ist. Alternative Vorgehensweisen im Sinne einer refinanzierbaren, modellhaften Erprobung sind ratsam und wünschenswert. Ziel ist es, valide, versorgungsrelevante Daten erheben zu können und gleichzeitig pflegerische Leistungserbringer, denen bereits jetzt Kapazitäten für die alltägliche Versorgung fehlen, nicht zu stark zu belasten. Die modellhafte Erprobung sollte durch rechtliche Vorgaben vereinfacht werden. Keinesfalls darf dadurch die Einführung der DiPAs an einer zu starken Zusatzbelastung der Pflegenden scheitern. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass in pflegerischen Settings andere Parameter als in der Medizin relevant sind und die Bewertungssysteme von DiPAs und DiGAs klar voneinander unterschieden werden sollten.

## These 7: Finanzierung von DiPAs

**Die Finanzierung von DiPAs sollte ausschließlich auf der Grundlage von objektiven, wissenschaftsbasierten Bewertungskriterien erfolgen. Diese sollten sich an einem ex ante definierten Raster pflegerischen Nutzens, welches Ausprägungen des Nutzens ins Verhältnis zu verschiedenen Preiskategorien setzt, orientieren.**

Für eine faire Preisbildung zur Verwendung solidarisch-finanzierter Mittel ist ein transparentes Bewertungsverfahren, welches den pflegerischen Nutzen möglichst objektiv nachweist, erforderlich. Für die Preisfindung muss ein im Voraus definiertes Raster pflegerischen Nutzens Verwendung finden (z. B. das NAAM-Modell), das überprüfbare Kategorien pflegerischen Nutzens definiert. Das Raster sollte als Grundlage für die Preisverhandlungen zwischen Herstellern und GKV-Spitzenverband dienen. Wünschenswert hierbei ist eine erweiterbare und offene Preisgestaltung, um Erkenntnisse zum pflegerischen Nutzen aus der Versorgungsforschung aufzugreifen und implementieren zu können.

## Autor:innen

Tanja Dittrich - PPZ Nürnberg / NürnbergStift  
 Till Gladow - Medical Valley Digital Health Application Center  
 Sebastian Hilke - Themenplattform Digitale Gesundheit/Medizin - Bayern Innovativ GmbH  
 Marlene Klemm - PPZ Nürnberg / NürnbergStift  
 Tobias Krick - Universität Bremen / Healthcare Innovations  
 Désirée Neeb - Institut für Informationssysteme der Hochschule Hof  
 Anna-Kathleen Piereth - Forschungsinstitut IDC, SRH Wilhelm Löhe Hochschule Fürth  
 Helmut Ristok - Finsoz e.V.  
 Heike Walliser-Zott - PAUL HARTMANN AG  
 Raphaela Wallner - Forum MedTech Pharma e.V.  
 Prof. Dr. Dietmar Wolff - Hochschule Hof  
 Jacqueline Würdig - PPZ Nürnberg / NürnbergStift  
 Prof. Dr. Jürgen Zerth - Forschungsinstitut IDC, SRH Wilhelm Löhe Hochschule Fürth

## Dieses Papier wird unterstützt von:



Deutscher Evangelischer Verband  
 für Altenarbeit und Pflege e.V. (DEVAP)  
<https://www.devap.de/>



Diakonie Hochfranken Altenhilfe gGmbH  
<https://www.diakonie-hochfranken.de/>



Fraunhofer-Institut für Integrierte  
 Schaltungen IIS  
<https://www.iis.fraunhofer.de/>



Medical Valley EMN e. V.  
<https://www.medical-valley-emn.de/>



Pflegepraxiszentrum Freiburg  
<https://www.uniklinik-freiburg.de/ppz-freiburg.html>



**ProCurement**

ProCurement GmbH

<https://procurement.com/>



**Spitzenverband**

**Digitale**

**Gesundheitsversorgung**

Spitzenverband Digitale

Gesundheitsversorgung e.V.

<https://digitalversorgt.de/>



**VdDD**

Verband diakonischer Dienstgeber  
in Deutschland

Verband diakonischer Dienstgeber in

Deutschland e.V. (VdDD)

<https://www.v3d.de/>

**vediso**

Verband für Digitalisierung in der

Sozialwirtschaft e.V.

<https://vediso.de/>