

AMBULANTISIERUNG STATIONÄRER EINRICHTUNGEN IM PFLEGEBEREICH UND INNOVATIVE AMBULANTE WOHNFORMEN

IM AUFTRAG DES BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT

ENDBERICHT

Bremen, Mai 2018

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Projektleitung:

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann
Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)

Prof. Dr. Heinz Rothgang
Universität Bremen , SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik

Kontaktadressen:

Universität Bremen
Institut für Public Health und Pflegeforschung

Grazer Str. 4
28359 Bremen
Tel.: +49 (0)421 218-68960
E-Mail: wolf-ostermann@uni-bremen.de

Universität Bremen
SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit
und Sozialpolitik
Mary-Somerville-Straße 3
28359 Bremen
Tel.: +49 (0)421 218-58557
E-Mail: rothgang@uni-bremen.de

Studienteam:

Dr. Achim Schmid (SOCIUM)
Dominik Domhoff, M.A. (IPP)
Dr. Rolf Müller (SOCUM)
Annika Schmidt, M.Sc. (IPP)
Unter Mitarbeit von Pia Hasselder

Zitiervorschlag:

Rothgang, H; Wolf-Ostermann, K; Schmid, A; Domhoff, D; Müller, R; Schmidt, A; (2017): Ambulantisierung stationärer Einrichtungen und innovative ambulante Wohnformen. Endbericht. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Bonn.

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	1
2	Hintergrund	4
3	Auftrag und Fragestellungen	6
4	Vorgehensweise und Methoden	8
4.1	Begriffsbestimmung	9
4.2	Literaturrecherche	11
4.3	Analyse der ordnungsrechtlichen Grundlagen	12
4.4	Auswertung von Marktanalysen	14
4.5	Befragung zum Bestand betreuter Wohnformen	15
4.6	Sekundäranalyse der für die Evaluation des PNG und PSG I erhobenen Befragungs- daten	18
4.7	Analyse der Routinedaten der BARMER	19
4.8	Experteninterviews	20
4.9	Delphi-Befragung	20
5	Empirische Bestandsaufnahme	22
5.1	Erkenntnisse aus der Literatur	22
5.2	Bautätigkeit & Marktgeschehen	23
5.3	Sekundäranalyse der für die Evaluation des Pflege-Neuausrichtungsgesetz und des Ersten Pflegestärkungsgesetzes erhobenen Befragungsdaten.....	34
5.4	Bestandserhebung betreuter Wohnformen	40
5.5	Analyse der BARMER-Routinedaten	50
6	Anreize und Fehlanreize	66
6.1	Zivilrechtliche Vorgaben des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes	66
6.2	Ordnungsrechtliche landesspezifische Regelungen.....	67
6.3	Finanzielle Rahmenbedingungen in der Sozialversicherung	77
6.4	Zusammenfassung	84
7	Kontextfaktoren der Ambulantisierung.....	85
7.1	Wirtschaftliche Rahmenbedingungen	86
7.2	Ordnungsrechtliche Bestimmungen	87
7.3	Verfügbarkeit von qualifizierten Pflegekräften	88
7.4	Zusammenfassung	89
8	Mehrwert ambulant betreuter Wohnformen	90
8.1	Literaturüberblick	91
8.2	Delphi-Befragung	98

9	Finanzielle Folgen für Einrichtungen, Pflegeversicherung, Pflegebedürftige und Sozialhilfeträger	124
9.1	Mengenkomponente	124
9.2	Preiskomponente.....	129
9.3	Ausgabeneffekte	132
9.4	Zusammenfassung	135
10	Empfehlungen.....	137
10.1	Behebung von Informationsdefiziten	137
10.2	Abgrenzung innovativer Wohnformen	138
11	Literatur	142
12	Anhang.....	147
12.1	Fragebogen an die Landesbehörden	147
12.2	Fragebogen an die Heimaufsichten in Niedersachsen.....	154
12.3	Fragebogen für kommunale Beratungs-/Koordinierungsstellen	156
12.4	Fragebogen zur ersten Befragungsrunde des Delphi-Verfahrens	158
12.5	Tabellarische Zusammenfassung der Evaluationsstudien	159
12.6	Erfahrung der Teilnehmenden der Delphi-Befragung	164

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Arbeitspakete und angewandte Methodik in der Studie	8
Tabelle 2:	Age-Wohn-Matrix	9
Tabelle 2:	Typisierung von Wohnformen im Projekt „Entwicklung und Erprobung eines Konzeptes und von Instrumenten zur internen und externen Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung in neuen Wohnformen nach § 113b Abs. 4 SGB XI“	10
Tabelle 3:	Berücksichtigte Landesgesetze in jeweiliger Fassung	13
Tabelle 4:	In der Bestandserhebung befragte Landesbehörden	17
Tabelle 5:	Anzahl von Plätzen in teilstationären Pflegeeinrichtungen in den Jahren 2016 und 2017 sowie prozentuale Veränderung; Stichtag 1. Januar.	29
Tabelle 6:	Zahl der Pflegebedürftigen in ambulanten Wohngruppen.....	35
Tabelle 7:	Ausweitung der Pflegekapazitäten für ambulant betreute Wohngemeinschaften.....	36
Tabelle 8:	Anzahl der Pflegedienste, die einen Ausbau planen, nach bislang betreuten Personen in Wohngemeinschaften	36
Tabelle 9:	Stationäre Einrichtungen	37
Tabelle 10:	Einrichtungen mit und ohne vollstationäre Versorgung.....	37
Tabelle 11:	Einrichtungen mit betreutem Wohnen	38
Tabelle 12:	Umwidmung und Abbau vollstationärer Plätze.....	38
Tabelle 13:	Geplante Ausweitung nach Abbau von vollstationären Plätzen in den vergangenen 5 Jahren	39
Tabelle 14:	Geplante Ausweitung der Versorgungskapazität nach Bereichen.....	39
Tabelle 15:	Geplante Ausweitung der Versorgungskapazität als Anteil aktueller Versorgungskapazität	40
Tabelle 16:	Ergebnisse der Erhebung bei Landesbehörden und kommunalen Einrichtungen zu Anzahlen und Plätzen von ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Pflegebedürftige	41
Tabelle 17:	Gegenüberstellung aktueller Erhebungen zu ambulant betreuten Wohngemeinschaften.	43
Tabelle 18:	Ergebnisse der Befragung bei Landesbehörden zu betreutem Wohnen für Bundesländer mit entsprechenden Angaben	47
Tabelle 19:	Anzahl berichteter Umwidmungen von stationären Einrichtungen in ambulant betreute Wohnformen	48
Tabelle 20:	Pflegebedürftige mit Pflegesach- und Kombinationsleistungen sowie Wohngruppenzuschlag und/oder teilstationären Leistungen.....	53
Tabelle 21:	Pflegebedürftige mit Pflegesach- und Kombinationsleistungen sowie Wohngruppenzuschlag und/oder teilstationären Leistungen in Prozent aller Pflegesach- und Kombinationsleistungsempfänger nach Pflegestufen	56
Tabelle 22:	Neuzugänge in Pflege mit Pflegesach- und Kombinationsleistungen sowie Wohngruppenzuschlag und/oder teilstationären Leistungen nach Pflegestufe	58
Tabelle 23:	Neuzugänge in Pflege mit Pflegesach- und Kombinationsleistungen sowie Wohngruppenzuschlag und/oder teilstationären Leistungen in Prozent der Neuzugänge mit Pflegesach- und Kombinationsleistungen nach Pflegestufe.....	60
Tabelle 24:	Wechsel aus vollstationärer Dauerpflege in ambulante Pflegeformen nach Pflegestufe	62
Tabelle 25:	Wechsel aus vollstationärer Dauerpflege in ambulante Pflegeformen in Prozent aller Wechsel in Pflegesach- und Kombinationsleistungen	64
Tabelle 26:	In den Landesgesetzen definierte Wohnformen außerhalb stationärer Einrichtungen...	68
Tabelle 27:	Definitionen und Elemente ambulant betreuter Wohngemeinschaften in den Landesgesetzen	69

Tabelle 28:	Melde-/Anzeigepflicht für ambulant betreute Wohngemeinschaften und betreutes Wohnen	71
Tabelle 29:	Ordnungsrechtliche Prüfungen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften.....	71
Tabelle 30:	Förderprogramme der Länder für ambulant betreute Wohngemeinschaften und betreutes Wohnen. Datengrundlage: Befragung der Landesbehörden & eigene Recherchen	75
Tabelle 31:	Rahmenbedingungen des SGB XI.....	77
Tabelle 32:	Leistungen der Pflegeversicherung 2017.....	78
Tabelle 33:	Durchschnittliche monatliche Entgelte für die häusliche Krankenpflege nach Pflegegrad 2016	80
Tabelle 35:	Geschätzte Fallzahlen für Pflegebedürftige in Wohngemeinschaften	125
Tabelle 36:	Identifikation von "neu" entstandenen Pflegeformen „betreutes Wohnen mit Tagespflege“	127
Tabelle 37:	Anteil der Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA).....	127
Tabelle 38:	Schätzung der Nutzerzahl neuer ambulanter Pflegeformen nach Pflegegraden 2017 ..	128
Tabelle 39:	Monatliche Ausgaben für/durch Pflegebedürftige in Wohngruppe in Euro	129
Tabelle 40:	Monatliche Ausgaben für/durch Pflegebedürftige in Wohngemeinschaft mit Tagespflege in Euro.....	130
Tabelle 41:	Monatliche Ausgaben für Pflegebedürftige in „Betreutes Wohnen“ mit Tagespflege in Euro.....	131
Tabelle 42:	Monatliche Ausgaben für/durch Pflegebedürftige in stationärer Unterbringung in Euro.....	131
Tabelle 43:	Monatliche Ausgaben für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege in Euro	132
Tabelle 44:	Finanzielle Folgen neuer ambulant betreuter Wohnformen für die Sozialversicherung	133
Tabelle 45:	Einnahmeverluste durch Substitutionseffekte für stationäre Einrichtungen	135

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Ambulant betreute Wohngruppen	22
Abbildung 2:	Entwicklung der Anzahl vollstationärer Pflegeeinrichtungen seit 2010; Stichtag jeweils 1. Januar.	24
Abbildung 3:	Entwicklung der Anzahl vollstationärer Pflegeeinrichtungen seit 1999	24
Abbildung 4:	Entwicklung der Platzzahl in vollstationären Pflegeeinrichtungen seit 2010; Stichtag jeweils 1. Januar.....	25
Abbildung 5:	Entwicklung der Platzzahl in vollstationären Pflegeeinrichtungen seit 1999; Stichtag jeweils 1. Januar.....	26
Abbildung 6:	Anzahl der Plätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen je 1.000 Pflegebedürftige	26
Abbildung 7:	Anzahl der Plätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen je 1.000 Pflegebedürftige	27
Abbildung 8:	Verfügbare Plätze für Tagespflege in Pflegeheimen je 1.000 Pflegebedürftige	28
Abbildung 9:	Entwicklung der Anzahl teilstationärer Pflegeeinrichtungen seit 2010.....	29
Abbildung 10:	Teilstationäre Plätze je 1.000 Pflegebedürftige.....	30
Abbildung 11:	Versorgungsformen Pflegebedürftiger nach Bundesländern	31
Abbildung 12:	Veränderungen in den Anteilen der ambulanten und vollstationären Versorgung Pflegebedürftiger von 2005 zu 2015; (Datengrundlage: Pflegestatistik 2005 & 2015)	31
Abbildung 13:	Ausgewählte Organisationsformen von Pflegediensten und Pflegeheimen	32
Abbildung 14:	Auswertungen der Auftragsdatenbank der Bank für Sozialwirtschaft, Projekte der Altenpflege 2007-2016	33
Abbildung 15:	Anzahl von ambulant betreuten Wohngemeinschaften je 10.000 Pflegebedürftigen nach Bundesländern.....	43
Abbildung 16:	Anzahl ambulant betreuter Wohngemeinschaften nach Bundesländern	44
Abbildung 17:	Anzahl von Plätzen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften je 10.000 Pflegebedürftigen nach Bundesländern; Deutschland-Angabe auf Basis der dargestellten Werte	45
Abbildung 18:	Entwicklung neu eingerichteter ambulant betreuter Wohngemeinschaften pro Jahr für Bundesländer mit verfügbaren Daten	45
Abbildung 19:	Anteil der Pflegebedürftigen nach Leistungsarten	52
Abbildung 20:	Pflegebedürftige mit Pflegesach- und Kombinationsleistungen sowie Wohngruppenzuschlag und/oder teilstationären Leistungen in Prozent aller Pflegesach- und Kombinationsleistungsempfänger.....	55
Abbildung 21:	Pflegebedürftige mit Pflegesach- und Kombinationsleistungen sowie Wohngruppenzuschlag und/oder teilstationären Leistungen in Prozent aller Pflegesach- und Kombinationsleistungsempfänger nach Pflegestufen	56
Abbildung 22:	Anteil der Neuzugänge in Pflege nach Leistungsart	57
Abbildung 23:	Neuzugänge in Pflege mit Pflegesach- und Kombinationsleistungen sowie Wohngruppenzuschlag und/oder teilstationären Leistungen in Prozent der Neuzugänge mit Pflegesach- und Kombinationsleistungen	59
Abbildung 24:	Neuzugänge in Pflege mit Pflegesach- und Kombinationsleistungen sowie Wohngruppenzuschlag und/oder teilstationären Leistungen in Prozent der Neuzugänge mit Pflegesach- und Kombinationsleistungen nach Pflegestufe.....	60
Abbildung 25:	Wechsel aus vollstationärer Dauerpflege in Pflegesach- und Kombinationsleistungen sowie Wohngruppenzuschlag und/oder teilstationäre Leistungen.....	62
Abbildung 26:	Wechsel aus vollstationärer Dauerpflege in Pflegesach- und Kombinationsleistungen sowie Wohngruppenzuschlag und/oder teilstationäre Leistungen in Prozent aller Wechsel in Pflegesach- und Kombinationsleistungen	63

Abbildung 27: Wechsel aus vollstationärer Dauerpflege in Pflegesach- und Kombinationsleistungen sowie Wohngruppenschlag und/oder teilstationäre Leistungen in Prozent aller Wechsel in Pflegesach- und Kombinationsleistungen nach Pflegestufe	64
Abbildung 28: Entwicklung der Entgelte für die häusliche Krankenpflege	79
Abbildung 29: Vergleich der Einnahmepotenziale aus Leistungen der Sozialversicherung für exemplarische ambulante und stationäre Pflegekonzepte	81
Abbildung 30: Einnahmepotenziale aus Stapellösungen in Relation zu vollstationären Pflegeplätzen...	82
Abbildung 31: Tätigkeitsbereich der Teilnehmenden	99
Abbildung 32: Lebensqualität und Konzepte zu Pflege und Betreuung.....	100
Abbildung 33: Lebensqualität und Qualitätsstandards für innovative Wohnformen.....	100
Abbildung 34: Anbindung an Quartier und Nachbarschaft.....	101
Abbildung 35: Soziale Einbindung in innovativen Wohnformen im Vergleich zu stationären Einrichtungen.....	101
Abbildung 36: Innovative Wohnformen im urbanen Raum.....	102
Abbildung 37: Wohnraum in innovativen Wohnformen	102
Abbildung 38: Innovative Wohnformen und Einkommen	103
Abbildung 39: Steigerung der Lebensqualität durch innovative Wohnformen (1).....	103
Abbildung 40: Steigerung der Lebensqualität durch innovative Wohnformen (2).....	104
Abbildung 41: Selbstbestimmung in innovativen Wohnformen.....	105
Abbildung 42: Vertragliche Trennung von Wohnen und Pflege	105
Abbildung 43: Präferenzen Pflegebedürftiger	106
Abbildung 44: Präferenzen Angehöriger.....	106
Abbildung 45: Regulierung innovativer Wohnformen	108
Abbildung 46: Personalschlüssel für innovative Wohnformen	108
Abbildung 47: Fachkraftquote für innovative Wohnformen	109
Abbildung 48: Einbindung von Angehörigen (1)	109
Abbildung 49: Einbindung von Angehörigen (2)	110
Abbildung 50: Einbindung von Angehörigen (3)	110
Abbildung 51: Einbindung von Ehrenamtlichen (1)	111
Abbildung 52: Einbindung von Ehrenamtlichen (2)	111
Abbildung 53: Leistungsumfang innovativer Wohnformen	112
Abbildung 54: Innovative Wohnformen bei somatischen Einschränkungen	112
Abbildung 55: Innovative Wohnformen bei kognitiven Einschränkungen	113
Abbildung 56: Arbeitsumfeld innovative Wohnformen (1)	113
Abbildung 57: Arbeitsumfeld innovative Wohnformen (2)	114
Abbildung 58: Arbeitsumfeld innovative Wohnformen (3)	114
Abbildung 59: Regulierung innovativer Wohnformen	116
Abbildung 60: Ordnungsrechtliche Bestimmungen	116
Abbildung 61: Harmonisierung der Rahmenbedingungen	117
Abbildung 62: Heimrechtliche Aufsicht	117
Abbildung 63: Organisation innovativer Wohnformen.....	118
Abbildung 64: Kenntnisse über innovative Wohnformen.....	118
Abbildung 65: Innovative Wohnformen als Ersatz für vollstationäre Einrichtungen.....	119
Abbildung 66: Innovative Wohnformen als Ersatz für ambulante Pflege.....	120
Abbildung 67: Steigerung der gesellschaftlichen Akzeptanz	120
Abbildung 68: Personalsituation in der Pflege.....	121
Abbildung 69: Informelle Pflege in innovativen Wohnformen	121
Abbildung 70: Leistungen aus der Pflegeversicherung	122
Abbildung 71: Bedeutung der Kommune	122

Abbildung 72: Index der Inanspruchnahme teilstationärer Leistungen.....	126
Abbildung 73: Erfahrung der Teilnehmenden in der Pflegepraxis innovativer Wohnformen. Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie	164
Abbildung 74: Erfahrung der Teilnehmenden in der Organisation von Pflegeeinrichtungen. Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie	164
Abbildung 75: Erfahrung der Teilnehmenden im Versorgungsmanagement. Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie	165
Abbildung 76: Erfahrung der Teilnehmenden in rechtlichen Grundlagen der Sozialversicherung. Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie	165
Abbildung 77: Erfahrung der Teilnehmenden in ordnungsrechtlichen Themen. Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie	166
Abbildung 78: Erfahrung der Teilnehmenden in der Evaluation von Versorgungsangeboten. Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie	166
Abbildung 79: Erfahrung der Teilnehmenden in sozialpolitischen und ökonomischen Fragestellungen. Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie	167

Abkürzungen

BGBI	Bundesgesetzblatt
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
HKP	Häusliche Krankenpflege
PEA	Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz
PfWG	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
PG	Pflegegrad
PNG	Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz
PSG	Pflegestärkungsgesetz
SPV	Soziale Pflegeversicherung
PflegeVG	Pflegeversicherungs-Gesetz
vdek	Verband der Ersatzkassen e. V.
WG	Wohngemeinschaft
WBVG	Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz

1 Zusammenfassung

Eine grundsätzliche Zielstellung des Ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) ist es, innovative ambulante Wohnformen zu fördern (vgl. insbesondere §§ 38a, 45e, 45f SGB XI). Die Ambulantisierung vollstationärer Angebote wird als ein Innovationsschub für den Pflegemarkt gesehen (BIVA 2016) mit klaren Qualitätsverbesserungspotenzialen (CAREkonkret 2015b). Derzeit wird jedoch auch verstärkt auf Tendenzen zur Ambulantisierung von als stationär einzustufenden Versorgungssettings aufmerksam gemacht, die entweder auf der schlichten Umwandlung stationärer Einrichtungen oder – im Zuge von Neugründungen – auf der Kombination von Wohnraumüberlassung mit teilstationären Angeboten und oder mit ergänzenden ambulanten Leistungsangeboten beruhen, ohne dass ein pflegerisch-betreuerischer Zusatznutzen für die Versorgung der Betroffenen erkennbar ist (CAREkonkret 2015a).

Zur Beurteilung der aktuellen Veränderungen fehlen derzeit jedoch detaillierte, empirisch belegte Angaben über die Anzahl von umgewandelten Einrichtungen und neuen ambulanten Wohnformen sowie Abschätzungen von Kostenfolgen für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die Soziale Pflegeversicherung (SPV). Die durchgeführte Studie soll dem abhelfen und hat daher folgende übergeordnete Ziele:

- Datenerhebung zur quantitativen Entwicklung ambulanter Wohnformen, insbesondere zur Entwicklung stationär initiiert ambulanter Wohnformen mit regionalem Bezug,
- Ermittlung der Anreize und Fehlanreize durch die Regelungen auf Bundesebene sowie durch die aktuelle Ländergesetzgebung,
- Erarbeitung von Empfehlungen zur Abgrenzung innovativer ambulanter Wohnformen von Ambulantisierungen in der stationären Pflege ohne Mehrwert für die Nutzer/innen.

Zur Erreichung der Projektziele wurde ein Mixed-Methods Ansatz verwendet. Zunächst wurde eine Literaturrecherche zum aktuellen Stand der wissenschaftlichen Literatur zu Entwicklungen und zum Mehrwert ambulant betreuter Wohnformen für Pflegebedürftige durchgeführt. Weiterhin wurden quantitative Daten bei den zuständigen Aufsichtsbehörden der Bundesländer zu Bestand und Entwicklung betreuter Wohnformen sowie zu Umwidmungen stationärer Einrichtungen erhoben. Daten aus der Pflegestatistik und den abgeschlossenen Versorgungsverträgen wurden analysiert, um Markttätigkeiten im Bereich ambulant betreuter Wohnformen sowie Ambulantisierungstendenzen abzubilden. Zudem erfolgte eine Sekundäranalyse der im Rahmen der Evaluation des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes und des Ersten Pflegestärkungsgesetzes durchgeführten Befragungen von Leistungserbringern. Eine Auswertung von Abrechnungsdaten der BARMER Kranken- und Pflegekasse der Jahre 2012 bis 2016 fokussierte auf mögliche verstärkte Tendenzen zur Inanspruchnahme ambulanter Pflegeleistungen neu Pflegebedürftiger sowie den Wechsel von vollstationär versorgten Pflegebedürftigen in die ambulante Pflege.

Zur Darstellung der Anreize neuer Wohnformen wurden einschlägige Rahmenbedingungen des Heimrechtes der Länder sowie des Leistungsrechts der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung (SGB V und SGB XI) identifiziert und aufbereitet. Interviews mit Expertinnen und Experten, insbesondere aus dem Bereich der Anbieter und der Pflegekassen, dienten zur weiteren Identifikation von Anreizen zur ambulanten Leistungserbringung und Kontexten, in denen stationäre Einrichtungen umgewandelt werden. Ferner wurde eine Auswertung der Literatur zu ambulant betreuten Wohnformen sowie eine Delphi-Befragung mit Expertinnen und Experten zur Identifikation des Mehrwertes innovativer Wohnformen durchgeführt.

Es ergeben sich zusammenfassend folgende Ergebnisse und Schlussfolgerungen:

- Die Daten der Pflegestatistik und Versorgungsverträge weisen auf einen Trend zur ambulanten Erbringung von Leistungen der Pflege und Betreuung hin. Die Anzahl der vollstationären Einrichtungen und Pflegeplätze steigt weniger stark an als die Zahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen bzw. stagniert seit etwa 2-3 Jahren sogar absolut. Die Anzahl von teilstationären Einrichtungen und Plätzen für Tagespflege steigt hingegen deutlich. Im Jahr 2017 existierten 48.117 Plätze in teilstationären Einrichtungen, dies entspricht einem Anstieg von 17,4 % im Vergleich zum Vorjahr.
- Die Bestandserhebung weist für das Jahr 2017 insgesamt 3.891 ambulant betreute Wohngemeinschaften (WG) in Deutschland aus. Die Anzahl ambulant betreuter WGs variiert in Bezug auf die Bundesländer deutlich - sowohl absolut als auch bezogen auf die jeweilige Anzahl der Pflegebedürftigen. Über den Bestand von Einrichtungen des betreuten Wohnens liegen derzeit bundesweit keine verlässlichen Angaben vor, Schätzungen belaufen sich auf ca. 300.000 Wohneinheiten in Deutschland.
- Eine ordnungsrechtliche Umwidmung von stationären Pflegeeinrichtungen in ambulant betreute Wohnformen ist selten. Der Fragebogen für die Aufsichtsbehörden umfasste den Zeitraum von 2007 bis 2016. In diesem Zeitraum benannten die Aufsichtsbehörden 25 Fälle für ganz Deutschland, wobei der erste Fall im Jahr 2012 beobachtet wurde. Umwidmungen betreffen vorwiegend kleine Einrichtungen. Die Experteninterviews weisen darauf hin, dass sich Veränderungen am Markt weniger durch Umwidmungen, sondern stärker durch Neugründungen ergeben.
- Etwa 2,5 % der Empfänger/innen von Pflegesach- oder Kombinationsleistungen (§§ 36, 38 SGB XI) nahmen im Jahr 2016 den Wohngruppenzuschlag (§ 38a SGB XI) in Anspruch. Ein Wechsel aus der vollstationären Versorgung hinaus in die ambulante Pflege findet etwa 16.000 Mal im Jahr statt, zumeist bei Pflegebedürftigen der ehemaligen Pflegestufe I. Weniger als 15 % dieser Wechsler/innen nehmen danach, neben Pflegesach- oder Kombinationsleistungen, auch teilstationäre Leistungen oder den Wohngruppenzuschlag in Anspruch.
- 13,5 % der ambulanten Pflegedienste planen eine Ausweitung ihres Angebotes in ambulant betreuten Wohngemeinschaften, 10,2 % planen einen Ausbau des Angebotes im Bereich der Tagespflege.
- Betreiber von teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen bieten häufiger betreutes Wohnen (22,2 %) als betreute Wohngemeinschaften (3,3 %) an und planen im Bereich des betreuten Wohnens auch einen stärkeren Ausbau.
- Insgesamt zeigen sich unter Berücksichtigung des Ordnungs- und des Leistungsrechts deutliche Anreize zur Leistungserbringung in ambulant betreuten Wohnformen an Stelle der vollstationären Langzeitpflege. Dies resultiert nicht allein aus der möglichen Kombination mehrerer Leistungsarten des SGB XI, sondern auch aus der Möglichkeit, Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V abzurechnen, was in der vollstationären Pflege nur sehr eingeschränkt und unter besonderen Bedingungen möglich ist. Die ordnungsrechtliche Einstufung als ambulant betreute Wohnform kann auf Grund einer deutlich geringeren Regulierungsdichte zu geringeren notwendigen Aufwendungen oder größerer Flexibilität in Bezug auf den Personaleinsatz führen als eine Einstufung als stationäre Einrichtung.
- Insgesamt liegen nur wenige aussagekräftige Studien vor, die einen Mehrwert von ambulant betreuten Wohnformen gegenüber anderen Pflegesettings mit ausreichender methodischer

Qualität nachweisen könnten. Dies erschwert konkrete Aussagen zum Mehrwert ambulant betreuter Wohnformen gegenüber alternativen Pflegesettings.

- Der potenzielle Mehrwert ambulant betreuter Wohnformen wird in der verfügbaren Literatur und von Expertinnen und Experten vor allem in der hohen Ähnlichkeit zum häuslichen Umfeld, der besseren Einbindung sozialer Netzwerke, der Einbindung in das Quartier und der individuelleren Wahl von Leistungen und Leistungserbringern gesehen. Sowohl Literatur als auch Expertinnen und Experten sehen diese Vorteile in der Realität jedoch noch nicht umfassend umgesetzt.
- Durch die verstärkte Nutzung innovativer ambulanter Wohnformen entstehen bereits 2017 Mehrausgaben für die Sozialversicherungsträger im Bereich von 276 bis 608 Mio. Euro. Ein großer Teil dieser Mehrausgaben entsteht im Bereich von betreutem Wohnen mit Nutzung teilstationärer Leistungen. Die höheren Ausgaben der Sozialversicherung gehen mit geringeren Selbstbehalten der Pflegebedürftigen (und ggfs. geringeren Aufwendungen der Sozialhilfeträger) im Vergleich zur stationären Versorgung einher. Diese beachtlichen Mehrkosten sind nur gerechtfertigt, insoweit für die Pflegebedürftigen eine erhebliche Steigerung der Lebensqualität erfolgt. Bieten die neuen Versorgungsmodelle keine positiven Effekte für die Pflegebedürftigen ist angesichts dieser Mehrkosten dagegen zu prüfen, inwieweit ein weiterer Ausbau dieser Modelle gebremst werden sollte.

Hieraus können folgende Empfehlungen abgeleitet werden:

- Eine Ausweitung der Pflegestatistik und der Statistik der Pflegeversicherung auf Basis der bei den Kranken-/Pflegekassen vorhandenen Vertrags- und Leistungsdaten ist zu empfehlen, um die Marktentwicklung künftig besser abschätzen zu können. Anhand geschlossener Versorgungsverträge sollten vor allem Veränderungen im Angebotsportfolio der Leistungsanbieter dargestellt werden. Durch die Abrechnungsdaten sollte nicht nur die Inanspruchnahme der Hauptleistungsbereiche der Pflegeversicherung abgebildet werden, sondern auch zusätzlich in Anspruch zu nehmende Leistungen und Kombinationen verschiedener Leistungen.
- Innovative ambulante Wohnformen lassen sich nur schwer dem ambulanten oder stationären Sektor zuordnen. Denkbar ist daher die Einführung eines dritten „stambulanten“ Sektors. Zwar können damit Charakteristika innovativer ambulanter Wohnform besser erfasst werden. Allerdings sind dann Abgrenzungen in zwei Richtungen notwendig. Das kann vermieden werden, wenn die Sektorentrennung generell leistungs-, leistungserbringungs- und ordnungsrechtlich aufgehoben wird. Leistungsrechtlich wären – nach Pflegegraden differenzierte – ansonsten aber gleiche Leistungsbeträge für formelle Pflege vorzusehen. Zu klären wären dabei allerdings die Auswirkungen auf die vielfältigen Leistungstatbestände nach dem SGB XI. Leistungserbringungsrechtlich würde eine Vergütung von Pflegeleistungen unabhängig vom Ort der Leistungserbringung erfolgen. Hierzu könnte eine Modularisierung von Leistungen in Pflegeheimen in Leistungskomplexe erfolgen, wie sie teilweise heute schon erprobt wird. Pflegebedürftige könnten dann die Leistungskomplexe wählen, die von der Einrichtung erbracht werden, wobei Pflichtmodule für Regieleistungen vorgesehen werden könnten. Für die ambulante Pflege wäre ordnungsrechtlich ein stärkerer Einbezug in die Aufsicht bei gleichzeitiger Liberalisierung der Vorgaben für stationäre Einrichtungen anzustreben.

2 Hintergrund

Mit den jüngsten Reformen in der Sozialen Pflegeversicherung – beginnend mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) im Jahr 2012 und fortgeführt durch die Pflegestärkungsgesetze (PSG) I und II in den Jahren 2015 und 2017 – wurde die Förderung innovativer Wohnformen für Pflegebedürftige im SGB XI deutlich ausgebaut. Pflegebedürftige erhielten gemäß § 45e SGB XI zum einen Anspruch auf eine einmalige Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen sowie eine monatliche Pauschale für zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 38a SGB XI (Art. 1 Nr. 13 PNG). Ein Ziel dieser Weiterentwicklung stellt die Schaffung größerer Individualität und Selbstbestimmtheit für Pflegebedürftige bei der Wahl ihres Wohnumfeldes und der Pflege- und Betreuungsleistungen dar. Die Inanspruchnahme der Leistungen nach §§ 38a, 45e, 45f SGB XI war unmittelbar nach Einführung allerdings nur gering (Rothgang et al. 2014, S. 140ff).

Darüber hinaus wurden bereits mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) im Jahr 2008 gemäß dem Prinzip „ambulant vor stationär“ die teilstationären Leistungen der Pflegeversicherung gestärkt (vgl. BT-Drucksache 16/7439 vom 07.12.2007). In diesem Reformschritt wurde die vollständige Anrechnung von Leistungen der Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI auf Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI oder Pflegegeld nach § 37 SGB XI aufgehoben. Anstatt von 100 % der in §§ 36, 37 SGB XI festgelegten Höchstwerte konnten bei Kombination von Pflegesachleistungen, Kombinationsleistungen oder Pflegegeld mit teilstationären Leistungen 150 % der Höchstsätze in Anspruch genommen werden. Mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I) wurde diese Anrechnung dann vollständig aufgehoben (Art. 1 Nr. 11 PSG I).

Mit den Reformen einhergehend, entstanden starke Anreize für Leistungsanbieter bisher in Form einer stationären Versorgung erbrachte Leistungen nunmehr in Form einer ambulant betreuten Wohnform zu erbringen und die Wohnraumüberlassung vertraglich von den Pflege- und Betreuungsleistungen zu trennen und getrennt abzurechnen. Hinzu kommt die Möglichkeit, in betreuten Wohnformen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V abzurechnen, welches bei vollstationärer Pflege gemäß § 43 SGB XI als im Pflegesatz enthalten gilt und nur im Ausnahmefall, nämlich bei Nachweis eines besonders hohen Bedarfs medizinischer Behandlungspflege, von der Krankenkasse finanziert wird (§ 37 Abs. 2 SGB V). Somit dürften die sich ergebenden Anreize einen Einfluss auf die Investitionsentscheidung bei Neu- bzw. Umbaumaßnahmen von Pflegeeinrichtungen haben (CAREkonkret 2015b; Klemm 2017). Ambulantisierung – und damit eine Abkehr von klassischen vollstationären Versorgungsangeboten – wird als ein Innovationsschub für den Pflegemarkt und eine Chance für eine vielfältigere Versorgungslandschaft für die Pflegebedürftigen (BIVA 2016) mit klaren Qualitätsverbesserungspotenzialen (CAREkonkret 2015b) angesehen. In der Praxis sind innovative ambulante Wohnformen für pflegebedürftige Menschen anzutreffen, die einen deutlichen pflegerisch-betreuerischen Mehrwert für die Nutzerinnen und Nutzer haben (Wolf-Ostermann et al. 2014a). Derzeit wird auch verstärkt auf Tendenzen zur Ambulantisierung von als stationär einzustufenden Versorgungssettings aufmerksam gemacht, die entweder auf der schlichten Umwandlung stationärer Einrichtungen oder – im Zuge von Neugründungen – auf die Kombination von Wohnraumüberlassung mit teilstationären Angeboten und/oder mit ergänzenden ambulanten Leistungsangeboten beruhen. Diese lassen sich jedoch zum Teil nicht von vollstationären Einrichtungen unterscheiden und zeigen keinen erkennbaren pflegerisch-betreuerischen Zusatznutzen für die Versorgung der Betroffenen (CAREkonkret 2015a), führen aber zu erheblichen Mehrleistungen der Pflegeversicherung zugunsten der Betreiber und der Pflegebedürftigen, deren Selbstbehalte reduziert werden können.

Ob diese Ambulantisierung von stationären Pflegeeinrichtungen tatsächlich zu größeren Gestaltungsspielräumen bei den Pflegebedürftigen führt, ist nicht bekannt. Ebenso existieren keine Erkenntnisse darüber, in welchem Ausmaß eine Umwidmung von stationären Einrichtungen hin zu ambulant betreuten Wohnformen bei faktisch gleichbleibendem Versorgungs- und Leistungsangebot stattgefunden hat, und keine Abschätzungen der daraus resultierenden Kostenfolgen für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die Soziale Pflegeversicherung (SPV).

Die Studie „Ambulantisierung stationärer Einrichtungen im Pflegebereich und innovative ambulante Wohnformen“ (InaWo) hat daher zum Ziel, die Entwicklung ambulanter innovativer Wohnformen quantitativ zu betrachten und mögliche positive wie negative Begleiterscheinungen zu thematisieren. Der vorliegende Endbericht legt zunächst die dem Auftrag zu Grunde liegenden wissenschaftlichen Ziele und Fragestellungen dar (Abschnitt 3) und erläutert sodann übergreifend die zur Beantwortung eingesetzten Methoden (Abschnitt 4). Im Ergebnisteil erfolgt zunächst eine empirische Bestandsaufnahme zur Verbreitung betreuter Wohnformen und zu Ambulantisierungstendenzen (Abschnitt 5). Weiterhin werden die Anreize und Fehlanreize, welche sich aus den ordnungsrechtlichen Regelungen der Länder und den sozialrechtlichen Vorgaben der Sozialgesetzbücher V und XI ergeben, zusammengefasst (Abschnitt 6). Ausgehend hiervon werden Kontexte erläutert, in denen eine Ambulantisierung der Pflege stattfinden kann (Abschnitt 7). In Anbetracht der dargestellten Anreize und Entwicklungen wird dann der mögliche Mehrwert ambulant betreuter Wohnformen identifiziert (Abschnitt 8). In einem weiteren Schritt werden die Kostenfolgen durch eine ambulantisierete Pflege für die verschiedenen Akteure der Versorgung Pflegebedürftiger präsentiert (Abschnitt 9). Schließlich werden aus den gewonnenen Erkenntnissen Empfehlungen zur Weiterentwicklung bundes- und landesrechtlicher Regelungen formuliert (Abschnitt 10).

Die Studie wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durch zwei Institute der Universität Bremen gemeinsam durchgeführt: durch das Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) und das SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik. Die Projektlaufzeit begann am 15.11.2016 und endete am 14.11.2017. Um auch die Daten für das ganze Jahr 2017 berücksichtigen zu können, wurde im Frühjahr 2018 eine Aktualisierung der Ergebnisse vorgenommen, die sich in diesem Endbericht niedergeschlagen hat.

3 Auftrag und Fragestellungen

Derzeit fehlen in der Bundesrepublik Deutschland qualifizierte Angaben zu den Entwicklungen ambulanter Wohnformen, auch in Bezug auf das Phänomen der Ambulantisierung, Kontexte von Umwandlungen stationärer Einrichtungen sowie Folgekosten für die GKV und die SPV.

Auftrag der Studie war daher die Schaffung einer validen Informationsgrundlage zum Stand und zur Entwicklung ambulanter Wohnformen. Empirisch gewonnene Daten sollen einen Überblick über die Anzahl von umgewandelten stationären Einrichtungen und von neuen ambulanten Wohnformen, insbesondere im Zuge von Neugründungen, geben. Die Ziele dieser Studie basieren auf den in der Ausschreibung formulierten Erkenntnisinteressen und Fragestellungen des Auftraggebers:

- I. Datenerhebung zur quantitativen Entwicklung ambulanter Wohnformen, insbesondere zur Entwicklung stationär initiiert ambulanter Wohnformen mit regionalem Bezug:
 1. eine nach Bundesländern differenzierte Auswertung von Marktanalysen, insbesondere zu regionalen Bau- bzw. Umbaumaßnahmen im Bereich der Altenhilfe,
 2. die quantitative Erfassung zum Vorkommen unterschiedlicher Formen des ambulanten Wohnens ebenfalls differenziert nach Bundesländern sowie die Ermittlung möglicher Unterschiede in den vertraglichen Regelungen bzgl. des Wohnens, der Pflege und der Betreuung,
 3. die quantitative Erfassung von Ambulantisierungen in der stationären Pflege von bestehenden stationären Einrichtungen und neu initiierten Einrichtungen, differenziert nach Bundesländern.
- II. Ermittlung der Anreize und Fehlanreize durch die Regelungen auf Bundesebene sowie durch die aktuelle Ländergesetzgebung:
 1. die Ermittlung und Darstellung der landesrechtlichen Regelungen,
 2. die Ermittlung der Anreize bzw. ggfs. auch Fehlanreize, die sich durch die Regelungen in den §§ 38a, 45e und 45f SGB XI sowie aus ordnungsrechtlichen Bestimmungen der Länder ergeben sowie der Darstellung wirtschaftlicher Vor- bzw. Nachteile für die Einrichtungsbetreiber,
 3. die Ermittlung der Kostenfolgen für Betreiber und Bewohner/innen, die (1) bei der Umwidmung stationärer Versorgungsformen in ambulante Wohnformen oder (2) bei Neugründung innovativer ambulanter Wohnformen entstehen, sowie die Ermittlung der finanziellen Auswirkungen für GKV und SPV und die zuständigen Sozialhilfeträger entstehen. Hierbei sind die Kostenfolgen für die Beteiligten bei der Schaffung neuer Wohnformen im Vergleich zu herkömmlichen und vollstationären Leistungsformen zu betrachten.
 4. die Identifizierung der Kontexte, in denen stationäre Einrichtungen ihre Versorgungsverträge „ändern“ bzw. kündigen.
- III. Erarbeitung von Empfehlungen zur Abgrenzung innovativer ambulanter Wohnformen von steigenden Tendenzen der Ambulantisierung in der stationären Pflege auch unter Berücksichtigung ihres Mehrwertes für die Nutzerinnen und Nutzer:
 1. die inhaltliche Begründung und Darstellung des Mehrwertes von innovativen ambulanten Wohnformen unter Berücksichtigung der Art und Qualität der pflegerisch-betreuerischen Versorgung, der Selbständigkeit und Lebensqualität der Bewohner/innen sowie der Kosten für die Solidargemeinschaft und die Betroffenen,

2. das Formulieren von Empfehlungen zur Abgrenzung und Definition innovativer ambulanter Wohnformen und zwar für Regelungen auf Bundes- wie auch auf Länderebene,
3. das Formulieren von Empfehlungen, wie ein Datenaustausch der Landesverbände der Pflegekassen mit den nach Landesrecht für die Heimaufsicht zuständigen Stellen verbessert werden könnte.

Daraus lassen sich die folgenden übergeordneten Fragestellungen ableiten:

- Welche Regelungen schaffen Anreize bzw. ggf. auch Fehlanreize, die auf die Entwicklung ambulanter Wohnformen Einfluss nehmen? Welche intendierten und welche unerwünschten Wirkungen werden erzielt?
- Welche wirtschaftlichen Folgen oder Kostenfolgen ergeben sich im Falle der Umwidmung für Betreiber sowie Bewohner/innen und welche Auswirkungen hat diese Umwidmung auf GKV und SPV sowie die für die Sozialhilfe zuständigen Stellen? Welche Kostenfolgen ergeben sich für die Beteiligten bei der Schaffung neuer Wohnformen im Vergleich zu herkömmlichen Leistungsformen (hier insbesondere im Vergleich zur vollstationären Versorgung)?
- Lassen die Ergebnisse der Datenerhebung zur Entwicklung ambulanter Wohnformen Rückschlüsse zu, inwiefern ein „Mehrwert“ von innovativen ambulanten Wohnformen tatsächlich in der Versorgungsrealität ankommt? Welche Regelungen auf Länderebene unterstützen die Entwicklung und den Fortbestand innovativer ambulanter Wohnformen im Sinne der Pflege-stärkungsgesetze?

4 Vorgehensweise und Methoden

Basierend auf den zuvor formulierten Zielen dieser wissenschaftlichen Studie wurden die drei Hauptarbeitspakete

- I. Datenerhebung,
- II. Anreize und Fehlanreize sowie
- III. Empfehlungen

konzipiert und in weitere Unterarbeitspakete unterteilt (Tabelle 1).

Tabelle 1: Arbeitspakete und angewandte Methodik in der Studie

Gegenstand / Fragestellung		Methodische Vorgehensweise
I. Datenerhebung		
I.1	Regionale Marktanalysen, insbesondere Bau- und Umbaumaßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> – Beschaffung von Marktanalysen – Auswertung von Daten aus Versorgungsverträgen – Analyse der Pflegestatistik
I.2	Quantitative Erfassung zum Vorkommen unterschiedlicher Formen des ambulant betreuten Wohnens	<ul style="list-style-type: none"> – Querschnittsbefragung der zuständigen Landesbehörden, Heimaufsichten und Koordinationsstellen – Auswertung der Infratest-Befragungsergebnisse im Rahmen der PNG- und PSG I-Evaluation
I.3	Quantitative Erfassung von Ambulantisierungen	<ul style="list-style-type: none"> – Auswertung Routinedaten der Barmer
II. Anreize und Fehlanreize		
II-1	Ermittlung und Darstellung landesrechtlicher Regelungen	<ul style="list-style-type: none"> – Recherche und Zusammenstellung der Landesgesetze und Rechtsverordnungen
II-2	Ermittlung von Anreizen/Fehlanreizen	<ul style="list-style-type: none"> – Institutionenökonomische Modellierung zur Gewinnung von Verhaltensanalysen – Überprüfung der Hypothesen mittels Experteninterviews bei Anbietern und ihren Verbänden – Verifizierung/Falsifizierung anhand der Ergebnisse des Teilarbeitspakets I-2
II-3	Ermittlung von Kostenfolgen bei Umwidmung stationärer Versorgungsformen und bei Neugründung innovativer ambulanter Wohnformen	<ul style="list-style-type: none"> – Ökonomische Modellrechnungen mit Szenariotechnik aus Perspektive der Kostenträger (Pflegekassen und Sozialhilfeträger) sowie der Pflegebedürftigen
II-4	Kontexte, in denen stationäre Einrichtungen ihre Versorgungsverträge ändern/kündigen	<ul style="list-style-type: none"> – Leitfadengestützte Experteninterviews mit Kostenträgern
III. Empfehlungen		
III-1	Darstellung des Mehrwertes von innovativen ambulanten Wohnformen	<ul style="list-style-type: none"> – Literaturrecherche – Delphi-Befragung
III-2	Empfehlungen zur Abgrenzung und Definition innovativer ambulanter Wohnformen	<ul style="list-style-type: none"> – Empfehlungen basierend auf den Ergebnissen der empirischen Arbeitspakete
III-3	Empfehlungen zur Verbesserung des Datenaustauschs der Landesverbände der Pflegekassen mit den für die Heimaufsicht zuständigen Stellen	<ul style="list-style-type: none"> – Empfehlungen basierend auf leitfadengestützten semi-strukturierten Experteninterviews mit Vertretern der Heimaufsicht und von Pflegekassen

Das Forschungsdesign entspricht einer Triangulation mittels der die zugrundeliegenden Fragestellungen durch verschiedene methodische Herangehensweisen bearbeitet werden. Diese werden im Folgenden näher erläutert. Zunächst wird in Abschnitt 4.1 eine Begriffsbestimmung vorgenommen. In Abschnitt 4.2 wird die Vorgehensweise der Literaturrecherche ausgeführt. Weiterhin fand bereits einleitend die Analyse der ordnungsrechtlichen Grundlage statt (Abschnitt 4.3). Die Prüfung zur Beschaf-

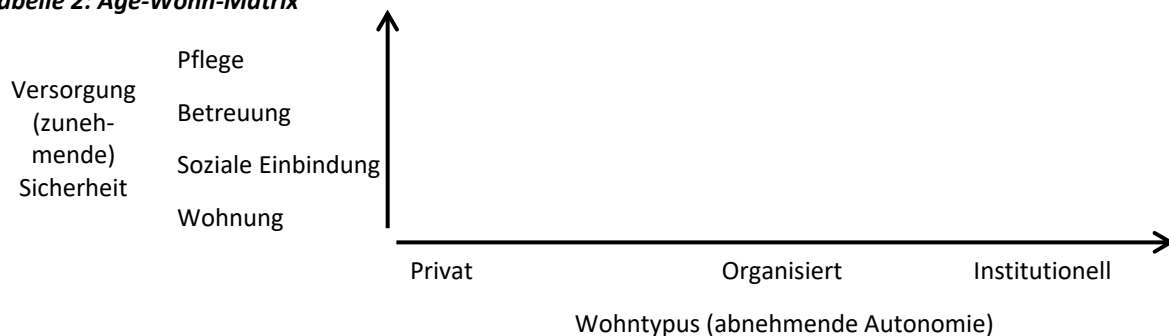
fung von Marktanalysen wird in Abschnitt 4.4 beschrieben, ebenso wie die Entscheidung zum Erschließen alternativer Datenquellen. Zur Bestandserhebung betreuter Wohnformen und deren Entwicklung wurde eine standardisierte Befragung durchgeführt (Abschnitt 4.5). Ferner erfolgte eine Sekundäranalyse der ursprünglich für die Evaluation des PNG und PSG I erhobenen Daten (Abschnitt 4.6) sowie eine Auswertung von GKV-Routinedaten der BARMER (Abschnitt 4.7). Insbesondere zur Darstellung der Anreize und Kontextfaktoren der Ambulantisierung wurden Experteninterviews durchgeführt, deren Durchführung in Abschnitt 4.8 erläutert wird. Zur Bestimmung des Mehrwertes innovativer Wohnformen wurde schließlich noch eine Delphi-Befragung mit Expertinnen und Experten durchgeführt (Abschnitt 4.9).

4.1 Begriffsbestimmung

Für die durchgeführte Studie wurden innovative bzw. neue Wohnformen für Pflegebedürftige als Versorgungsformen für Pflegebedürftige angesehen, die weder der ambulanten Pflege in der angestammten Häuslichkeit noch der traditionellen vollstationären Pflege entsprechen. In Bezug auf die Abgrenzung zu stationären Einrichtungen folgt diese Definition damit § 45f SGB XI.

Bezugnehmend auf Jann (2015), die Wohntypen für Senioren klassifiziert, kann das Spektrum von Wohnpflegesettings grundsätzlich in einer Matrix verortet werden, die den Autonomiestatus der Wohnsituation auf der einen Achse und die Versorgungssicherheit oder Pflege- und Betreuungsintensität auf der anderen abträgt (Tabelle 2).

Tabelle 2: Age-Wohn-Matrix



Quelle: Darstellung nach Jann (2015, S. 165)

Auf der horizontalen Achse variieren Wohntypen vom privaten Wohnraum auf dem regulären Wohnungsmarkt („Privat“) über speziell für Ältere entwickelte Wohnangebote („Organisiert“) zu stationären Einrichtungen, die gleichzeitig eine umfassende Pflege garantieren („Institutionell“). Auf der vertikalen Achse wird nach dem Versorgungskonzept gefragt: Wird lediglich Wohnraum angeboten oder begünstigt die Wohnsituation die Einbindung in das soziale Umfeld? Welche Betreuungsangebote und welche Pflegeleistungen sind mit dem Wohntypus verbunden? Zu *traditionellen Wohnformen* zählen nach dieser Kategorisierung der private Wohntypus, der mit großer Autonomie einhergeht sowie der institutionelle Wohntypus, zu dem Alten- oder Pflegeheime zählen. Während im Privathaushalt Betreuung und Pflege oft informell durch Angehörige geleistet oder selbst bzw. durch Angehörige über ambulante Pflegedienste organisiert werden, ist in vollstationären Einrichtungen eine umfassende Betreuung und Pflege rund um die Uhr gewährleistet. Diese Versorgungssicherheit geht meist mit einer erheblichen Einschränkung individueller Autonomie einher. Jenseits der traditionellen Wohnformen finden sich in der Age-Wohn-Matrix die *organisierten* Wohnformen. Die Kombination von „Wohnung“ und „organisierter Wohntypus“ verweist auf Wohnraum, der ausschließlich älteren Menschen zusteht

und ggfs. barrierearm gestaltet ist. Organisierte Wohntypen, die soziale Einbindung leisten, umfassen gemeinschaftliches Wohnen, wie bspw. Mehrgenerationenhäuser. In beiden genannten Typen sind Pflege- und Betreuungsleistungen nicht integriert und müssen selbst organisiert werden. Betreutes Wohnen, begleitetes Wohnen oder Wohnen mit Service finden sich im darüber liegenden Feld. Während bei diesen Konzepten ein Grundservice an Betreuungsleistungen integriert ist, müssen Pflegeleistungen individuell vereinbart oder durch Angehörige geleistet werden. *Neue/innovative Wohnformen*, werden nach dieser Typologie dort im Bereich „organisierten“ Wohnens verortet, wo ein höheres Maß an Autonomie erhalten bleiben und gleichzeitig ein hohes Maß an (Versorgungs-)Sicherheit gewährleistet werden soll. Hierunter fallen nach Jann (2015) insbesondere Seniorenwohngemeinschaften, ambulant betreute Wohngemeinschaften und ambulant betreute Wohngemeinschaften mit Demenz oder anderen Krankheitsbildern. In Tabelle 2 wären diese Wohn-Pflegekonzepte im oberen Feld der Spalte für organisierte Wohnformen einzuordnen.

Neue innovative Wohnformen sind dabei ein Begriff, der Wohn- und Versorgungsformen für Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf bezeichnet, ohne dass tatsächlich eine eindeutige Definition hierfür vorliegt. In den vergangenen 30 Jahren hat sowohl in stationären wie der ambulant betreuten Versorgungsformen eine starke Ausdifferenzierung des Angebotes stattgefunden, so dass Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf mittlerweile ein breites Spektrum an Sonderwohnformen zur Verfügung steht, bei denen die Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung nicht immer klar erkennbar ist. Im Zusammenhang der vorliegenden Studie liegt der Fokus dabei auf ambulant versorgten Wohnformen. Gemeinsam ist diesen Wohnformen in aller Regel, dass sie Selbstständigkeit durch Versorgungssicherheit gewährleisten, Lebensweltorientierung durch Selbstbestimmung sowie Teilhabe durch soziale Einbindung sichern sollen. Gleichzeitig bedeuten diese Wohnformen auch einen Paradigmenwechsel von trägergesteuerten hin zu nutzergesteuerten Wohn- und Betreuungsformen. Im derzeit laufenden Projekt „Entwicklung und Erprobung eines Konzeptes und von Instrumenten zur internen und externen Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung in neuen Wohnformen nach § 113b Abs. 4 SGB XI“ des Qualitätsausschuss Pflege e.V. wurde die nachfolgende Typisierung ambulant betreuter neuer Wohnformen entwickelt:

Tabelle 3: Typisierung von Wohnformen im Projekt „Entwicklung und Erprobung eines Konzeptes und von Instrumenten zur internen und externen Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung in neuen Wohnformen nach § 113b Abs. 4 SGB XI“

Wohnformtyp	Angebotsformen innerhalb der Konzepttypen
1. ambulante (selbständige) gemeinschaftliche Wohnformen	<ul style="list-style-type: none"> – Seniorenwohngemeinschaften – Mehrgenerationenwohnprojekte – Seniorendörfer – virtuelle Seniorenwohngemeinschaften
2. ambulante betreute Wohnformen	<ul style="list-style-type: none"> – Betreutes Wohnen/Servicewohnen – Betreute Wohngruppen für Behinderte – Abbeyfield-Hausgemeinschaften – Betreutes Wohnen zu Hause
3. ambulante Pflege-wohnformen	<ul style="list-style-type: none"> – Ambulant betreute Wohngruppen/Wohngemeinschaften – Freiburger Modell – Pflegehausgemeinschaften – Bielefelder Modell – Gastfamilienmodelle – Ambulantisierte stationäre Einrichtungen
4. ambulante integrierte Wohnformen	<ul style="list-style-type: none"> – Wohnen plus – Sozialräumliche Konzepte/Quartierskonzepte/BeWohnzonen – Misch(Pflege-)formen

Quelle: Wolf-Ostermann et al. (2017)

Ein besonderer Fokus der vorliegenden Studie liegt hierbei im Folgenden auf Angebotsformen des Wohnformtyps 2 und 3 (vgl. Tabelle 3), insbesondere den *ambulant betreuten Wohngemeinschaften* sowie dem *betreuten Wohnen*. Wohnkonzepte des betreuten (Senioren-)Wohnens sind dabei primär durch den Service- oder Betreuungsaspekt gekennzeichnet, der den Bewohnerinnen und Bewohnern eine eigene (i.d.R. barrierefreie) Häuslichkeit und die Inanspruchnahme von Beratungs- und ggf. auch Betreuungsleistungen ermöglicht. Eine umfassende Versorgungssicherheit ist in dieser Wohnform jedoch nicht immer gesichert. Bei ambulant betreuten Wohngemeinschaften hingegen steht der Aspekt der umfassenden Versorgungssicherheit, d.h. der Sicherung der Hilfe und Pflege für bedürftige Personen im Vordergrund bei gleichzeitig selbstständigem Wohnen. Typische Konzeptbausteine ambulant betreuter Wohngemeinschaften sind ein gemeinschaftliches Zusammenleben mit familienähnlichen Strukturen in einem Haushalt. Die Bewohnerinnen und Bewohner verfügen dabei über ein eigenes Zimmer, Küche und andere Gemeinschaftsflächen werden gemeinsam genutzt. Pflege- und Betreuungsleistungen werden extern hinzugekauft, wobei dies in geteilter Verantwortung der Bewohner-schaft und ihrer Angehörigen, professionellen Dienstleistern und (teilweise) zivilgesellschaftlich Engagierten erfolgt.

An die hier benannten Wohnformen können teilstationäre Einrichtungen angegliedert sein. Diese werden vom Begriff der innovativen Wohnform nicht mitumfasst, durch die bereits erläuterte Möglichkeit einer gezielten Kombination dieser Angebote werden diese jedoch im Folgenden auch mit betrachtet.

Während in § 38a SGB XI der Begriff der ambulant betreuten *Wohngruppen* verwendet wird, beziehen sich die landesrechtlichen Regelungen zumeist auf *Wohngemeinschaften*. Eine klare Definition und Abgrenzung zwischen beiden Begriffen existiert nicht, weshalb diese in der vorliegenden Studie synonym verwendet und jeweils durch WG/WGs abgekürzt werden. Zugleich existiert keine weitergehende, anerkannte Typologie zur Unterscheidung dieser Wohngemeinschaften (Klie et al. 2017a). Zur weitergehenden Differenzierung wird lediglich gemäß der in den Landesgesetzen vorgefundenen Terminologie zwischen den zwei Kategorien

- selbstorganisiert, selbstbestimmt bzw. selbstverantwortet, sowie
- trägerorganisiert, trägerverantwortet, nicht-selbstorganisiert bzw. nicht-selbstverantwortet

als Maß für den Grad der Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner unterschieden.

Die Definition von betreutem Wohnen oder Service-Wohnen folgt den heimrechtlichen Definitionen der Länder und umfasst Wohnanlagen für das Einzelwohnen älterer Menschen mit zusätzlichen allgemeinen Serviceleistungen, wie Beratung und Vermittlung weitergehender Leistungen. Als ambulant betreute Wohnformen werden solche bezeichnet, in denen die Erbringung von Pflege- und Betreuungsleistungen ambulant erfolgen kann, Art und Umfang also wählbar sind. Hierunter fallen im Folgenden vor allem ambulant betreute Wohngemeinschaften und betreutes Wohnen.

4.2 Literaturrecherche

Für die Literaturrecherche wurden die Datenbanken *PubMed* und *GeroLit* verwendet. Da mit Anderiesen et al. 2014, Fischer et al. 2011, Gräske et al. 2013, Kok et al. 2013, Verbeek et al. 2009 und Zimmermann et al. 2013 schon einige internationale wie auf Deutschland bezogene Übersichtsarbeiten zum Themenbereich vorlagen, wurde die Suche zeitlich auf Beiträge seit 2005 eingeschränkt. Berücksichtigt wurden zudem nur Artikel in Deutsch und Englisch. Suchbegriffe für Pubmed waren aufgrund der international unterschiedlichen Begrifflichkeiten für ambulant betreute Wohngemeinschaften:

Small scale living, residential groups, shared housing arrangements, group homes, group living, residential groups, jeweils mit long-term care verknüpft. In Gerolit wurde nach „ambulant betreuten Wohngemeinschaften“ gesucht. Insgesamt ergaben sich 82 Treffer aus den Datenbanken. Ausgeschlossen wurden 3 aufgrund der Sprache, 3 mit Fokus auf „Childcare“, 4 Treffer aus Gerolit waren lediglich Kurzmitteilungen zu anderweitig veröffentlichten Studien. Darüber hinaus wurden den Autoren bekannte Projektberichte von Liesenfeld et al. 2016 und Klie et al. 2017 berücksichtigt sowie Artikel aus den Zeitschriften Häusliche Pflege (Häusliche Pflege 2015, Désenfant 2015, Klemm 2016, 2017, Klemm und Deckers 2017) und Carekonkret 2015a/b.

Für die Analyse des Mehrwerts wurden 26 Studien selektiert, die einen Vergleich verschiedener Pflegesettings ermöglichen und Outcomes für Pflegebedürftige, Pflegekräfte und Angehörige berichten oder Aussagen zu den Kosten unterschiedlicher Pflegesettings treffen.

Die Studienqualität dieser Arbeiten kann überwiegend als mittlere Qualität bezeichnet werden (17), 4 erreichen eine hohe, 5 waren nur niedriger Qualität. Die Qualitätskriterien wurden Brodaty et al. (2003) entnommen:

- Design: Randomisiert, Kontrolliert (2 Punkte)
- Studienpopulation: Klar definierte Einschlusskriterien, Ausschlüsse bekannt (2 Punkte)
- Outcomes: Gut validierte reliable Instrumente, Objektive Outcomes (2 Punkte)
- Statistiken: Signifikanzniveau berichtet, Adjustierung für multiple Vergleiche, ausreichend Power (3 Punkte)
- Ergebnisse: verblindete Datenerhebung, Follow-up nach mindestens 6 Monaten (2 Punkte)

Eine hohe Studienqualität wird ab 8 Punkten erreicht. Eine mittlere bei 5-7, eine niedrige bei geringerer Punktzahl.

4.3 Analyse der ordnungsrechtlichen Grundlagen

Bis zur Föderalismusreform I im Jahr 2006 (BGBl. I S. 2034) lag die Gesetzgebungskompetenz für das Heimrecht beim Bundesgesetzgeber. Dieser hat das Heimgesetz vom 7. August 1974 ([BGBl. I S. 1873](#), Neufassung vom 5. November 2001 ([BGBl. I S. 2970](#))) und in seiner Ausführung die entsprechenden Rechtsverordnungen erlassen, nämlich

- die Heimpersonalverordnung mit Anforderungen an das Personal in Pflegeheimen,
- die Heimmindestbauverordnung mit baulichen Mindestanforderungen an Pflegeheime,
- die Heimmitwirkungsverordnung zur Bildung von Heimbeiräten als Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner sowie die
- Heimsicherungsverordnung mit den Pflichten des Trägers einer Einrichtung, der Geld oder geldwerte Leistungen zum Zwecke der Unterbringung von Bewohner/innen oder Bewerber/innen entgegennimmt.

Auch nach der Föderalismusreform liegt die Zuständigkeit für das zivilrechtliche Heimrecht beim Bund, der dieses seit dem 1. Oktober 2009 in einem eigenen Gesetz, dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) vom 29. Juli 2009 ([BGBl. I S. 2319](#)), geregelt hat. Die Gesetzgebungskompetenz für das öffentlich-rechtliche Heimrecht ist dagegen mit der Föderalismusreform auf die Länder übergegangen. Bis zum Erlass landesrechtlicher Nachfolgeregelungen behielt das Heimgesetz Gültigkeit. Bis zum Jahr 2014 erließen alle Bundesländer entsprechende Landesgesetze. Sofern nicht auf Landesebene eigene

Rechtsverordnungen erlassen wurden, behalten die oben genannten bundesweiten Rechtsverordnungen ihre Gültigkeit.

Der Geltungsbereich der neuen Landesgesetze umfasste zum Teil bereits ab Inkrafttreten – im Unterschied zum Heimgesetz – betreute Wohnformen oder wurde im weiteren Verlauf dahingehend erweitert. Somit liefern diese Landesgesetze und deren Rechtsverordnungen die wichtigsten Anhaltspunkte für Anreize zur Schaffung neuer Wohnformen, die sich aus dem Ordnungsrecht ergeben.

Tabelle 4: Berücksichtigte Landesgesetze in jeweiliger Fassung

Bundesland	Name des Gesetzes	Letzte Änderung
Baden-Württemberg	Gesetz für unterstützende Wohnformen, Teilhabe und Pflege (Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz – WTPG)	20.05.2014
Bayern	Gesetz zur Regelung der Pflege-, Betreuungs- und Wohnqualität im Alter und bei Behinderung (Pflege- und Wohnqualitätsgesetz – PflWoQG)	22.07.2014
Berlin	Gesetz über Selbstbestimmung und Teilhabe in betreuten gemeinschaftlichen Wohnformen (Wohneteilhabegesetz – WTG)	17.06.2016
Brandenburg	Gesetz über das Wohnen mit Pflege und Betreuung des Landes Brandenburg (Brandenburgisches Pflege- und Betreuungswohngesetz – BbgPBWoG)	08.07.2009
Bremen	Gesetz zur Sicherstellung der Rechte von Menschen mit Unterstützung-, Pflege- und Betreuungsbedarf in unterstützenden Wohnformen (Bremisches Wohn- und Betreuungsgesetz – BremWoBeG)	15.12.2015
Hamburg	Hamburgisches Gesetz zur Förderung der Wohn- und Betreuungsqualität älterer, behinderter und auf Betreuung angewiesener Menschen (Hamburgisches Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz – HmbWBG)	15.12.2009
Hessen	Hessisches Gesetz über Betreuungs- und Pflegeleistungen (HGBP)	19.12.2016
Mecklenburg-Vorpommern	Gesetz zur Förderung der Qualität in Einrichtungen für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung sowie zur Stärkung ihrer Selbstbestimmung und Teilhabe (Einrichtungenqualitätsgesetz – EQG M-V)	10.12.2012
Niedersachsen	Niedersächsisches Gesetz über unterstützende Wohnformen (NuWG)	14.04.2016
Nordrhein-Westfalen	Wohn- und Teilhabegesetz (WTG)	06.04.2017
Rheinland-Pfalz	Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe (LWTG)	16.02.2016
Saarland	Saarländisches Gesetz zur Sicherung der Wohn-, Betreuungs- und Pflegequalität volljähriger Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf und volljähriger Menschen mit Behinderung (Saarländisches Wohn-, Betreuungs- und Pflegequalitätsgesetz)	15.03.2017
Sachsen	Sächsisches Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetz	12.07.2012
Sachsen-Anhalt	Gesetz über Wohnformen und Teilhabe des Landes Sachsen-Anhalt (Wohn- und Teilhabegesetz – WTG LSA)	17.02.2011
Schleswig-Holstein	Gesetz zur Stärkung von Selbstbestimmung und Schutz von Menschen mit Pflegebedarf oder Behinderung (Selbstbestimmungsstärkungsgesetz – SbStG)	17.12.2010
Thüringen	Thüringer Gesetz über betreute Wohnformen und Teilhabe (Thüringer Wohn- und Teilhabegesetz – ThürWTG)	10.06.2014

Für die Auswertung wurden die aktuellen Fassungen der in Tabelle 4 genannten Gesetze zugrunde gelegt. Darüber hinaus wurden die zugehörigen Rechtsverordnungen aus den öffentlich zugänglichen Portalen für Landesrecht der jeweiligen Bundesländer einbezogen. Es wurden induktiv die folgenden Kategorien gebildet, an Hand derer die Regelungen, die die in den Gesetzen definierten Wohnformen betrafen, erfasst wurden:

- Definitionen und Kriterien zur Einordnung der Wohnform im Sinne von Ein- und Ausschlusskriterien,
- Meldepflicht,

- ordnungsrechtliche Prüfungen,
- Regelungen für das Personal,
- Mitwirkungsrechte und -pflichten der Bewohner/innen,
- räumliche Anforderungen,
- Vorhandensein einer landesrechtlichen Entsprechung der Heimpersonalverordnung, Heimmindestbauverordnung, Heimmitwirkungsverordnung und Heimsicherungsverordnung
- sowie sich aus den Rechtsverordnungen für die Wohnformen ergebende Vorgaben.

In einem ersten Schritt wurden alle gesetzlich definierten Wohnformen erfasst, sofern sie für Pflegebedürftige bestimmt, jedoch nicht als (stationäre) Einrichtung oder ambulanter Dienst definiert waren. Entsprechend der zuvor genannten Kategorien wurden dann für jede Wohnform die darunterfallenden Definitionen und Regelungen erfasst.

Die hierbei gewonnenen Erkenntnisse dienten zur Darstellung möglicher Anreize zur Leistungserbringung in diesen Wohnformen und stellten eine Grundlage für die Befragung der Landes- bzw. Aufsichtsbehörden dar (siehe Abschnitt 4.5).

4.4 Auswertung von Marktanalysen

Die Darstellung der Angebotsentwicklung im Markt der ambulant betreuten Wohnformen sollte durch die Auswertung von Marktanalysen externer Anbieter zu Bau- und Umbaumaßnahmen im Bereich der Altenhilfe erfolgen. Hierfür wurden zunächst mögliche Anbieter solcher Marktanalysen recherchiert. Als mögliche Datenhalter konnten hierzu einerseits Kreditinstitute identifiziert werden, welche entsprechende Analysen als Basis für Kreditentscheidungen durchführen, sowie andererseits Firmen, deren wirtschaftliche Tätigkeit in der Bereitstellung von Daten zur Marktsituation im Bereich der Altenhilfe und -pflege liegt. Als Ergebnis der Recherchen wurden fünf Kreditinstitute (Kreditanstalt für Wiederaufbau KfW, Bank für Sozialwirtschaft, Evangelische Bank, GLS-Bank, Europäische Investitionsbank), welche in besonderem Maße und bundesweit bei der Finanzierung von sozialen Einrichtungen beteiligt sind, sowie drei privatwirtschaftliche Firmen mit Datenprodukten zur Marktsituation im Bereich der Pflege kontaktiert. Dabei wurde die Verfügbarkeit von Daten zu Neu- und Umbautätigkeiten in den Bereichen ambulant betreute Wohngemeinschaften, betreutes Wohnen und Tagespflege sowie Verbundprojekte aus vorgenannten für wissenschaftliche Zwecke angefragt.

Von den fünf angeschriebenen Banken konnte auch nach einer zweiten Kontaktaufnahme lediglich eine Rückmeldung verzeichnet werden. Diese stellte heraus, dass die Zurverfügungstellung der gewünschten Daten durch Kreditinstitute zum einen durch das Bankgeheimnis limitiert sei, welches eine Weitergabe von Informationen über entsprechende Projekte ausschließe. Zum anderen wurde auf die höchst individuelle Durchführung von Marktanalysen im Vorfeld von Bauprojekten hingewiesen. So würden die Banken lediglich jeweils projektspezifische, regional begrenzte Recherchen zur Marktsituation und somit eventuellen Mitbewerbern durchführen. Folglich lägen keine flächendeckenden, sondern lediglich punktuelle Analysen zur Marktsituation im Bereich betreuter Wohnformen vor. Schließlich konnte in Bezug auf Investitionsaktivitäten im Bereich der Altenhilfe eine Übersicht über die Verteilung der Art der Projekte, die eine Kreditanfrage an die Bank für Sozialwirtschaft gestellt haben, im Zeitverlauf erhalten werden.

Darüber hinaus wurden Gespräche mit drei privaten Anbietern von Marktanalysen im Bereich der Pflege geführt. Einer dieser Anbieter stellt zwar kontinuierlich die Entwicklungen des Pflegemarktes in Form von Branchennachrichten dar, bereitet diese jedoch nicht systematisch auf, sodass keine Daten

zur Nutzung für die Studie geliefert werden konnten. Zwei weitere Firmen setzten automatische Internetrecherchen mit manueller Auswertung und systematischer Erfassung zur Erstellung der Datenkörper ein. Allerdings war in beiden Fällen die Art der in die Erhebung eingeschlossenen Einrichtungen beschränkt. Ein Anbieter erhob die Aktivitäten von ambulant betreuten Wohngemeinschaften und teilstationären Einrichtungen lediglich, wenn diese in Verbindung mit einem Betreiber einer vollstationären Einrichtung standen. Hinzu kam, dass die seitens des Anbieters eingesetzten Suchstrategien mit der Zeit weiterentwickelt wurden und somit keine konsistente Methodik angewendet wurde, die einen validen Zeitvergleich erlaubt hätte. Eine Eignung für die wissenschaftliche Nutzung wurde daher auch von Seiten des Anbieters angezweifelt. Der zweite Anbieter erhob zum Zeitpunkt der Anfrage noch keine Daten für Projekte des betreuten Wohnens oder ambulant betreuter Wohngemeinschaften. Hier wären lediglich Daten zu Einrichtungen der Tagespflege seit 2013 verfügbar gewesen. Auf Grund der starken Limitationen der verfügbaren Datenkörper und eines damit fehlenden Nutzens in Bezug auf die zu beantwortenden Forschungsfragen wurden diese nicht in die Studie eingeschlossen.

Ersatzweise wurden daher *verfügbare öffentliche Statistiken* zu Hinweisen auf eine veränderte Angebotsstruktur untersucht. Hierzu wurde unter anderem die zweijährlich durch das Statistische Bundesamt herausgegebene *Pflegestatistik* ausgewertet, welche neben den Anzahlen der Pflegebedürftigen und deren Versorgungsarten auch ambulante und stationäre Einrichtungen inklusive Strukturmerkmalen erfasst und nach Bundesländern differenziert zur Verfügung stellt. Diese wurde zuletzt im Dezember 2015 erhoben, ihre Angaben sind somit zum Zeitpunkt der Auswertung 1–2 Jahre alt. In Anbetracht einer dynamischen Entwicklung der rechtlichen Grundlagen der Pflegeversicherung wurde daher eine zusätzliche Nutzung der *Daten der Versorgungsverträge* der Pflegekassen geprüft. Da für sämtliche ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen der Abschluss eines solchen Vertrags zur Abrechnung gemäß § 72 SGB XI notwendig ist, kann von einer zuverlässigen Datenquelle ausgegangen werden, die zugleich eine höhere Aktualität und kürzere Auswertungsintervalle aufweist. Es wurde daher eine Anfrage an den Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) gestellt, welcher mit fast 28 Millionen Versicherten der Verband ist, welcher derzeit die meisten Versicherten vertritt (BMG 2017b). Zur Abbildung einer möglichen Substitution der stationären Pflege durch neue Angebote, wurde die Entwicklung der vollstationären Versorgung an Hand der Anzahl von vollstationären Einrichtungen und darin verfügbarer Plätze analysiert. Entsprechende Daten liegen jährlich seit 2010 jeweils zum Stichtag 1. Januar vor. Ebenso konnte für die Anzahl der teilstationären Einrichtungen ein jährlicher Stand dargestellt werden. Die Anzahl der verfügbaren Plätze in teilstationären Einrichtungen lag hier jedoch nur für die Jahre 2016 und 2017 vor. Zur Bezugnahme dieser Zahlen auf die Anzahl der Pflegebedürftigen wurden die entsprechenden Angaben der Pflegestatistik genutzt.

4.5 Befragung zum Bestand betreuter Wohnformen

Zur Erhebung des Bestandes ambulant betreuter Wohnformen wurde im Rahmen dieser Studie eine Befragung der Landesbehörden durchgeführt. Hierfür wurde zunächst ein Fragebogen entwickelt und die entsprechenden Ansprechpersonen in den zuständigen Landesbehörden recherchiert. Nach Befragung der Landesbehörden stellten sich verbleibende Informationslücken zum Bestand dar. Diese wurden durch eine Befragung von koordinierenden Institutionen und Heimaufsichten in den entsprechenden Bundesländern verringert. Ferner wurden Versuche zur Quantifizierung des Bestandes von betreutem Wohnen unternommen.

Entwicklung eines Fragebogens

Im Vordergrund der Entwicklung der Erhebungsinstrumente stand zunächst die Erstellung eines Fragebogens für die Querschnittsbefragung der zuständigen Landesbehörden. Hierbei wurde allem voran auf den Bestand und die Entwicklung ambulant betreuter Wohnformen abgestellt. Neben Fragen zu ambulant betreuten Wohngemeinschaften fanden auch Fragen zu Einrichtungen des betreuten Wohnens Eingang in den Fragebogen. Zudem wurde in Anbetracht des gestiegenen Anreizes zur Nutzung von teilstationären Leistungen die Anzahl von Tagespflegeeinrichtungen erhoben. Neben der Herleitung dieser Informationen über eine eventuell vorhandene Meldepflicht für die jeweiligen Einrichtungen, erfolgte auch eine Abfrage zum Vorhandensein eventueller Investitionsförderungen auf Landesebene sowie deren Inanspruchnahme. Weiterhin erfolgte eine Abfrage zu Erkenntnissen und Beobachtungen von Tendenzen zur Ambulantisierung der pflegerischen Versorgung in Form der Umwidmung von Einrichtungen oder bei deren Neugründung. Als Beginn des Bezugszeitraums für die Datenerhebung wurde das Jahr 2007 als Ausgangspunkt vor Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PfWG), welches bereits erste Leistungsverbesserungen in der teilstationären Pflege mit sich brachte, gesetzt. Der vollständige Fragebogen befindet sich im Anhang (Abschnitt 12.1).

Befragung der zuständigen Landesbehörden

Die telefonische Befragung der Landesbehörden fand im Zeitraum von Februar bis einschließlich April 2017 statt. Grund für diesen längeren Befragungszeitraum waren vor allem notwendige umfangreiche Absprachen innerhalb der Landesbehörden. In allen Bundesländern konnten die zuständigen Ansprechpartner kontaktiert werden. An der Erarbeitung und Befragung waren zum Teil mehrere Referate der Ministerien beteiligt. Um eine größtmögliche Konsistenz der standardisierten Befragung zu erhalten, wurde in allen Bundesländern der gleiche Fragebogen eingesetzt.

Bereits vorab wurde durch die zuständigen Ansprechpartner der Landesbehörden angekündigt, dass eine vollständige Verfügbarkeit aller angefragten Daten über einen Zeitraum ab dem Jahr 2007 nicht gegeben sei. Daher bestehen vor allem in der Historie der Zahlen zum Bestand von ambulant betreuten Wohnformen Datenlücken. Die Datenverfügbarkeit spiegelt die in den Landesgesetzen definierte Meldepflicht bzw. das Fehlen einer solchen Pflicht wider. Für zwölf Bundesländer konnte die Anzahl von ambulant betreuten Wohngemeinschaften und in fünf Bundesländern die Anzahl von Einrichtungen des betreuten Wohnens ermittelt werden. In vier Bundesländern konnten keine aussagekräftigen Zahlen zu ambulant betreuten Wohngemeinschaften gewonnen werden. In diesen Bundesländern wurde daher eine Nacherhebung auf kommunaler Ebene durchgeführt.

Über die standardisierte Befragung hinaus zeichnete sich auch ein Interesse an einem Informationsaustausch zu den behandelten und angrenzenden Themengebieten ab. Nicht explizit erfragte Aspekte, beispielsweise zu konkreten Umsetzungen einzelner Wohnprojekte, wurden daher ebenfalls erfasst und gingen in die weitere Durchführung der Studie mit ein.

Recherche der Ansprechpersonen in den Landesbehörden und Kontaktaufnahme

Für die telefonische Befragung zu Bestand und Entwicklung von ambulant betreuten Wohnformen wurden zunächst an Hand der einschlägigen Ländergesetze für Wohn- und Betreuungsleistungen, die im Rahmen der Föderalismusreform entstanden sind (siehe auch Abschnitt 4.3), die zuständigen Behörden auf Landesebene erhoben (Tabelle 5). Auf Basis von frei zugänglichen Informationen zur Organisationsstruktur wurde das zuständige Referat oder die zuständige Abteilung in der Behörde festgestellt. Diese wurden per E-Mail oder telefonisch kontaktiert. Es wurden allgemeine Informationen zur Studie sowie die für die Erhebung gewünschten Daten in Form des Fragebogens bereitgestellt (siehe

Anhang 12.1). Zugleich wurden Terminvorschläge für die telefonische Befragung im Zeitraum Ende Februar bis Anfang März 2017 gemacht.

Tabelle 5: In der Bestandserhebung befragte Landesbehörden

Bundesland	Ministerium
Baden-Württemberg	Ministerium für Soziales und Integration
Bayern	Bayerisches Staatsministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Integration
Berlin	Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung
Brandenburg	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie
Bremen	Senatorin für Soziales, Jugend, Frauen, Integration und Sport
Hamburg	Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz
Hessen	Ministerium für Soziales und Integration
Mecklenburg-Vorpommern	Ministerium für Soziales, Integration und Gleichstellung
Niedersachsen	Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
Nordrhein-Westfalen	Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter
Rheinland-Pfalz	Ministerin für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie
Saarland	Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales
Sachsen	Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz
Sachsen-Anhalt	Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration
Schleswig-Holstein	Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung
Thüringen	Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie

Nacherhebung zum Bestand ambulant betreuter Wohngemeinschaften

In vier Bundesländern konnte nach Befragung der Landesbehörden davon ausgegangen werden, dass die Angaben zum Bestand ambulant betreuter Wohngemeinschaften nicht vollständig sind bzw. in einem Fall trotz Meldepflicht dem zuständigen Ministerium nicht vorlagen. Für diese vier Bundesländer wurde daher zusätzlich eine telefonische Befragung zum Bestand und zur Entwicklung von ambulant betreuten Wohnformen sowie beobachteten Umwidmungen von stationären Einrichtungen bei

- den Heimaufsichten,
- den Pflegestützpunkten,
- sowie Koordinierungs-/Beratungsstellen für Pflege oder Sozialplanerinnen und Sozialplaner

durchgeführt. Da die Pflegestützpunkte bzw. Koordinierungs- und Beratungsstellen explizit mit der Netzwerkarbeit von regionalen Versorgungsangeboten befasst sind, kann den so erhobenen Daten eine höhere Aussagekraft in Bezug auf die vorhandene Anzahl an ambulant betreuten Wohnformen zugemessen werden als den vorliegenden Zahlen aus diesen Bundesländern. Zugleich spiegeln diese keinerlei ordnungsrechtliche Einstufung wider. Fragen zu ordnungsrechtlichen Prüfungen der Einrichtungen wurden lediglich den Heimaufsichten in einem der vier Länder gestellt. Da in einem anderen Land keine Pflegestützpunkte eingerichtet wurden, wurde hier auf Koordinationsstellen in der kommunalen Verwaltung zurückgegriffen. Für alle Landkreise in den genannten Bundesländern konnten örtlich zuständige Stellen mit Telefonnummern und E-Mail-Adressen identifiziert werden, sodass insgesamt 94 Einrichtungen befragt werden konnten.

Schriftliche Empfehlungen für die Teilnahme an der Studie wurden vom Deutschen Landkreistag und vom Deutschen Städtetag eingeholt. Ebenfalls wurde die Unterstützung des „Steuerungsausschuss Pflegestützpunkte“ für ein Land eingeholt. Diese Informationen wurden zusammen mit einer E-Mail, die über Ziele der Studie und die Inhalte der Befragung informiert, an die recherchierten Einrichtungen

gesendet. Die Befragung fand telefonisch statt. Die Einrichtungen wurden bei Nichterreichen zwei weitere Male zu unterschiedlichen Tageszeiten kontaktiert. Sofern nach drei Anrufen keine Bereitschaft zur Teilnahme festgestellt werden konnte, wurden die Einrichtungen als Ausfälle eingestuft. Die regelmäßige Dauer der Befragungen betrug zwischen 5 und 10 Minuten. Zeitraum der Feldphase war Mai bis Juli 2017 statt. Die verwendeten Fragebögen finden sich in Anhang 12.2 und 12.3. Auf Grund der deutlich erhöhten Anzahl von potenziellen Befragungsteilnehmenden, die zugleich durch ihre Beratungstätigkeit schwierig zu erreichen waren, konnten 11 Einrichtungen nicht erreicht werden. Aus einem Landkreis wurden nicht plausible Werte berichtet. Da eine Nachfrage erfolglos blieb, wurden die getätigten Angaben von der Auswertung ausgeschlossen. Ferner konnten in dieser Befragung nur in Einzelfällen Daten zur historischen Entwicklung der Anzahl von Wohngemeinschaften, zur Anzahl der in den WGs vorhandenen Plätzen sowie zur Differenzierung der Wohngemeinschaften in trägerorganisierte und selbstorganisierte Formen erhalten werden, sodass diese Angaben nicht ausgewertet werden konnten.

Bestandsaufnahme betreutes Wohnen

In den Befragungen der Landesbehörden zeigte sich, dass in den meisten Bundesländern keine Angaben zum Bestand von Einrichtungen des betreuten Wohnens vorliegen. In einem weitergehenden Schritt wurden daher alternative Möglichkeiten zur Bestandsaufnahme dieser Wohnform geprüft. Es konnte ein Internetangebot identifiziert werden, welches eine bundesweite Übersicht zu betreuten Wohnangeboten bewirbt (Terragon 2017). Eine Kontaktaufnahme mit dem Betreiber des Angebotes verdeutlichte jedoch, dass sich die vorhandenen Angaben zu den Wohnanlagen derzeit noch in der Validierung befänden und daher noch nicht für wissenschaftliche Auswertungen zur Verfügung gestellt werden konnten. Zudem konnte bei einer stichprobenartigen Überprüfung festgestellt werden, dass auch dieses Angebot keine Vollständigkeit aufweist.

4.6 Sekundäranalyse der für die Evaluation des PNG und PSG I erhobenen Befragungsdaten

Die von TNS Infratest Sozialforschung (seit September 2016 Kantar TNS) im Rahmen der PNG/PSG I Evaluation („Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes und des ersten Pflegestärkungsgesetzes“) erhobenen Daten wurden vom Bundesministerium für Gesundheit zur Verfügung gestellt. Die Befragungen zu Modul 2 „ambulante Pflegedienste“ und Modul 3 „stationäre Einrichtungen“ wurden im Hinblick auf Informationen zu ambulant betreuten Wohnformen ausgewertet. Modul 2 basiert auf einer repräsentativen, nach Bundesland und Siedlungsstrukturtyp geschichteten Zufallsstichprobe ambulanter Pflegedienste, die aus der Datenbank des BKK Pflegefinders gezogen wurde. Bei der schriftlichen Befragung ambulanter Pflegedienste zwischen 5. April und 1. August 2016 wurde eine Fallzahl gültiger Interviews von $n = 738$ realisiert. Für Modul 3 wurde ebenfalls aus der Datenbank des BKK Pflege Finders eine repräsentative Zufallsstichprobe stationärer Pflegeeinrichtungen gezogen. Die Ziehung erfolgte platzproportional geschichtet nach Ost- und Westdeutschland sowie nach Siedlungsstrukturtyp und Größenklasse. Zwischen dem 6. April und dem 20. Juni 2016 konnten $n = 422$ Interviews mit den Leitungen stationärer Pflegeeinrichtungen realisiert werden. In der vorliegenden Studie werden die erhobenen Daten für eine quantitativ-deskriptive Analyse verwendet. So können Daten zur Verbreitung ambulant betreuter Wohnformen ermittelt werden. Zudem geben die Erhebungsergebnisse über Entwicklungspläne der Pflegedienste und Einrichtungen Auskunft und lassen so zukünftige Kapazitätsentwicklungen abschätzen.

Auf eine Analyse der weiteren Module dieser Erhebung, die mit in Privathaushalten lebenden Menschen mit Pflegebedarf (Modul 1) und mit Hauptpflegekräften in Einrichtungen (Modul 4) durchgeführt wurden, wurde verzichtet. Bei der Befragung von in Privathaushalten lebenden Menschen mit Pflegebedarf waren die Fallzahlen zu gering, um Aussagen über Betreuung und Versorgung von Pflegebedürftigen zu treffen (Schneekloth et al. 2016, S. 124). Der Erhebungsbogen für Hauptpflegekräfte in Einrichtungen lässt keine Rückschlüsse auf ambulant betreute Wohnformen zu.

4.7 Analyse der Routinedaten der BARMER

Die BARMER-Routinedaten speisen sich aus einem Kreis von rund 8 Millionen Versicherten. Nach der Fusion der BARMER GEK mit der Deutsche BKK firmiert die Kasse seit dem 1.1.2017 als BARMER. Für die Analysen wurden die Daten der Versicherten genutzt, die vor der Fusion der BARMER GEK angehörten, so dass ein Beobachtungszeitraum von 2012 bis 2016 abgedeckt werden kann. Die Routinedaten bieten detaillierte Angaben zu individuellen Pflegeleistungen, Pflegeverläufen und sozio-demographischen Merkmalen. Die Stammdaten der BARMER enthalten grundlegende demografische Informationen zu Geschlecht, Geburtsjahr, Wohnregion und Mitgliedschaftszeiten. Die Pflegedaten der BARMER liefern tagesgenaue Informationen über die Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung nach SGB XI. Angegeben sind die Leistungsarten und Pflegestufen mit Beginn und Ende des jeweiligen Leistungsbezugs. Überdies sind in den Routinedaten Leistungen der medizinischen Krankenpflege nach § 37 SGB V verzeichnet (Rothgang et al. 2016a, S. 139f.). Die Routinedaten der BARMER geben damit Einblick in tatsächlich beobachtete Inanspruchnahme von Leistungen, die mit dem Phänomen der Ambulantisierung bzw. ambulant betreuter Wohnformen in Verbindung stehen.

Hierfür wurden Prävalenzen der Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI sowie die Kombination dieser Leistung mit dem Wohngruppenzuschlag (§ 38a SGB XI) und/oder teilstationären Leistungen nach § 41 SGB XI für die Jahre 2012 bis 2016 ermittelt. Die Kombination aus Pflegesachleistungen und teilstationären Leistungen operationalisiert dabei sogenannte „Stapelleistungen“, die von Betreibern in Zusammenhang mit „innovativen“ ambulanten Wohnkonzepten abgerufen werden (beispielsweise das von SeniVita propagierte Konzept „Altenhilfe 5.0“). Um die Dynamik in diesem Bereich abzubilden, wurden zudem Inzidenzen für die genannten Leistungskomponenten berechnet, da Inzidenzen „den aktuellen Rand“ der Entwicklung abbilden, während Prävalenzen immer den Bestand mitführen und daher „träger“ sind.

In einem weiteren Schritt wurden die Routinedaten auf Wechsel aus vollstationären Leistungen nach § 43 SGB XI in Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI) ggfs. mit Inanspruchnahme des Wohngruppenzuschlags und/oder der Inanspruchnahme von Stapelleistungen untersucht. Ein Wechsel der Versorgungsform von stationär zu ambulant ist ein unmittelbarer Hinweis auf Ambulantisierungstendenzen. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass Kontexte und Motive des Wechsels im Dunkeln bleiben. Zudem messen die Wechsel eine Veränderung des individuellen Inanspruchnahmeverhaltens und dürfen nicht als Ambulantisierung einer stationären Einrichtung interpretiert werden. Darüber hinaus finden die BARMER-Routinedaten Anwendung zur Bestimmung des Umfangs häuslicher Krankenpflege in unterschiedlichen ambulanten und stationären Pflegeformen.

Zur *technischen Vorgehensweise* bei der Analyse der Routinedaten ist zu bemerken, dass für die Inanspruchnahme der teilstationären Leistungen oder anderer Zusatz- oder Ersatzleistungen nicht nur der Indexmonat betrachtet wurde, sondern ebenfalls die beiden darauffolgenden Monate. Wenn im Monat Februar die Pflegebedürftigkeit eintritt, wird für die Monate Februar, März und April ermittelt, ob teilstationäre Leistungen vorliegen. Diese werden dann dem Zustand im Monat Februar zugeordnet.

Durch dieses Verfahren erhöhen sich die Anteile im Vergleich zu einer ausschließlich auf dem aktuellen Monat basierenden Auswertung. Begründet ist die gewählte Methodik damit, dass diese zusätzlichen und Ergänzungsleistungen in der Regel erst nach einer gewissen Vorlaufzeit in Anspruch genommen werden. Eine Analyseverfahren, die ausschließlich den aktuellen Monat des Leistungsbezugs im Blick hat, wird bei den ereignisbasierten Betrachtungen von Inzidenzen und Heimaustritten bzw. Wechseln aus vollstationärer Versorgung das Ausmaß der gemeinsamen Inanspruchnahme von Leistungen unterschätzen. Für die prävalenten Fälle ist dies weniger von Bedeutung. Hier wurde die Messmethodik lediglich gleich gehalten, damit die Ergebnisse vergleichbar bleiben. Ein Nachteil der Erfassung von zeitlichen Verzögerungen der Inanspruchnahme nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit liegt darin, dass Eintritte zum Jahresende nicht mit Leistungen in den Folgemonaten verknüpft werden können, da für die ersten beiden Monate im Jahr 2017 noch keine Daten vorliegen. Daher wurden für alle Jahre nur die Daten von Januar bis Oktober verwendet und diese Fallzahlen dann auf 12 Monate hochgerechnet. Des Weiteren sind die nachfolgend berichteten Daten sämtlich auf die Alters- und Geschlechterstruktur des Jahres 2015 standardisiert. Verschiebungen in der Leistungsinanspruchnahme lassen sich also nicht auf demographischen Wandel im betrachteten Zeitverlauf zurückführen.

4.8 Experteninterviews

Mit Experteninterviews sollten einerseits Anreize und Fehlanreize in der Entwicklung ambulant betreuter Wohnformen erörtert und zum anderen Kontextfaktoren der Ambulantisierung ermittelt werden: Unter welchen Rahmenbedingungen ist die Umwidmung einer stationären Versorgung in ambulante Pflege zu erwarten und welche zukünftigen Entwicklungen sind unter den bestehenden Rahmenbedingungen absehbar? Hierfür wurden 10 Anbieter- und Kassenvertreter kontaktiert. Leitfadengestützte Interviews wurden mit 4 Anbietervertretern, darunter größere Anbieter von ambulanten Pflege- und Wohnkonzepten, einem Anbieter von stationären und ambulanten Angeboten, einer Pflegefachkraft, die mehrere Pflege-Wohngemeinschaften betreute, sowie 3 Vertretern einer Pflegekasse geführt. Die Interviews dauerten zwischen 50 und 120 Minuten. Die Ergebnisse fanden vor allem Eingang in die Kapitel 6 zu Anreizen und Fehlanreizen sowie Kapitel 7 zu Kontextfaktoren der Ambulantisierung. Den Interviewpartnern wurde Anonymität zugesichert. Informationen aus den Interviews sind als Anbieter 1, Anbieter 2, Anbieter 3, Pflegekassen und Pflegekraft gekennzeichnet. Anbieter 1 und 2 sind vorwiegend in ambulant betreuten Wohnformen tätig, Anbieter 3 unterhält auch in größerem Umfang stationäre Einrichtungen.

4.9 Delphi-Befragung

Die Delphi-Befragung diente zur Bestimmung der Vorteile und Stärken von innovativen ambulanten Wohnformen im Vergleich zu den traditionellen Pflegearrangements in der vollstationären Pflege oder der ambulanten Pflege in der angestammten Häuslichkeit. Ferner wurden die Bedingungen erhoben, unter denen diese alternativen Wohnformen tatsächlich einen Mehrwert bieten.

Hierzu wurden Expertinnen und Experten aus den Gruppen Wissenschaft, Anbieter und Anbieterverbände, Kranken- und Pflegekassen, Interessensvertretungen der Bewohnerinnen und Bewohner sowie öffentliche Verwaltung bestimmt. Die Auswahl der Personen bzw. Institutionen basierte auf bekanntem Engagement im Bereich innovativer Wohnformen bzw. auf einer möglichst breiten regionalen Abdeckung, sofern es sich nicht um bundesweit tätige Institutionen handelte. Initial wurden 38 Personen zur Teilnahme an der Delphi-Befragung per E-Mail eingeladen. Sofern eine andere als die ursprünglich kontaktierte Person als Teilnehmende empfohlen wurde, wurde dieser Empfehlung entsprochen. Bei

ausbleibender Rückmeldung zur Einladung wurde nach etwa zwei Wochen eine telefonische Nachfrage durchgeführt. Sieben Personen sagten ihre Teilnahme auf Grund fehlender zeitlicher Ressourcen oder fehlenden Interesses daraufhin ab.

Die Delphi-Befragung wurde auf drei Runden angelegt und als Online-Befragung umgesetzt. In einer ersten qualitativen Befragung wurden die Teilnehmenden um die Benennung von Stärken und Vorteilen innovativer Wohnformen für verschiedene Stakeholder gebeten. Die Abgrenzung der innovativen Wohnformen erfolgte jeweils gegenüber der traditionellen vollstationären Pflege im Pflegeheim und der ambulanten Pflege in der angestammten Häuslichkeit. Zudem wurden Bedingungen erhoben, die zur Umsetzung der benannten Vorteile gegeben sein müssen. Der verwendete Fragebogen befindet sich in Anhang 12.4. Die in der ersten Runde gewonnenen Aussagen wurden vom Studienteam thematisch gruppiert. In einem weiteren Schritt wurden hieraus Thesen formuliert, die die Teilnehmenden in einer zweiten Runde auf einer vierstufigen Likert-Skala mit den Ausprägungen „trifft voll zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“ und „trifft nicht zu“ bewerten sollten. Zudem wurden die Befragten nach der Zugehörigkeit zu einem der oben genannten Tätigkeitsbereiche befragt sowie ihren subjektiven praktischen Erfahrungen und Kenntnissen in verschiedenen Aspekten, welche die Umsetzung und Entwicklung innovativer Wohnformen tangieren. Für die dritte Befragungsrunde wurde den Teilnehmenden ein identischer Fragebogen zusammen mit den Ergebnissen der zweiten Befragungsrunde zur erneuten Bewertung vorgelegt. Es wurde für jede Frage jeweils ein Säulendiagramm mit den Antworthäufigkeiten der zweiten Befragungsrunde sowie die identische Antwortskala dargestellt. Die Fragen zur Erfahrung der Teilnehmenden wurde ohne Darstellung der Ergebnisse der vorherigen Runde ebenfalls erneut gestellt.

Die Befragung fand im Zeitraum von Juni bis September 2017 statt. Jede Befragungsrunde war etwa drei Wochen zur Teilnahme geöffnet. In jeder Befragungsrunde wurde ca. eine Woche vor Beendigung eine Teilnahmeerinnerung per E-Mail versendet.

Die Präsentation der Ergebnisse erfolgt differenziert nach dem Tätigkeitsbereich der Befragten und im Vergleich der Ergebnisse der zweiten und dritten Befragungsrunde. Für die Interpretation wird jedoch insbesondere auf die Ergebnisse der abschließenden Befragungsrunde eingegangen.

5 Empirische Bestandsaufnahme

Die empirische Bestandsaufnahme umfasst zunächst eine Darstellung der Erkenntnisse zur Verbreitung ambulant betreuter Wohnformen aus der wissenschaftlichen Literatur (Abschnitt 5.1). Die Ergebnisse der Beschaffung von Marktanalysen und die Auswertung von Daten zu strukturellen Veränderungen des Pflegemarktes werden in Abschnitt 5.2 erläutert. In einem weiteren Schritt erfolgt eine Sekundäranalyse der zur Evaluation des PNG und PSG I bei Pflegeeinrichtungen erhobenen Daten (Abschnitt 5.3). Die Ergebnisse der eigenen Bestandserhebung ambulant betreuter Wohnformen folgen in Abschnitt 5.4. Auswertungen von Routinedaten der Barmer zu Veränderungen in der Inanspruchnahme ambulanter Pflegeleistungen und der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V werden in Abschnitt 5.5 dargestellt.

5.1 Erkenntnisse aus der Literatur

Nach Schätzung der AGP Sozialforschung und der Hans-Weinberger-Akademie lag die Zahl der ambulant betreuten Wohngruppen im zweiten Halbjahr 2015 bei bundesweit 3.121 (Schumacher 2016). Die Zahlen variieren erheblich nach Bundesländern (siehe Abbildung 1). Berlin und Nordrhein-Westfalen stechen mit 690 bzw. 512 Wohngruppen heraus.

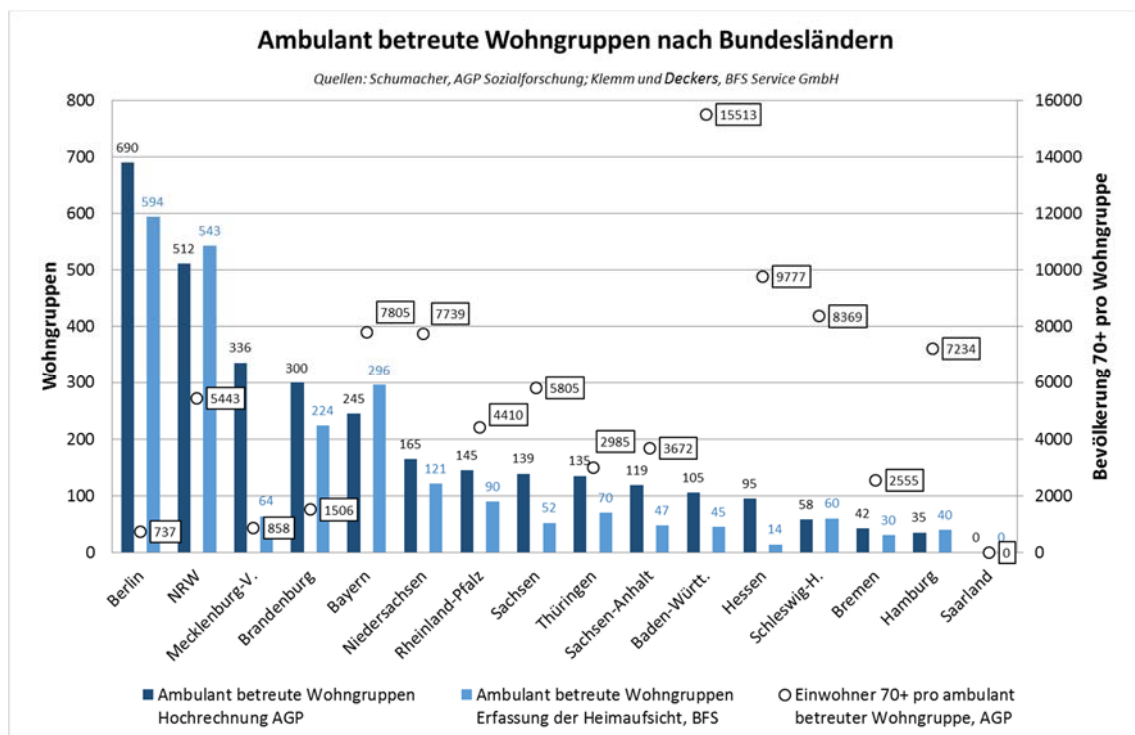


Abbildung 1: Ambulant betreute Wohngruppen

Betrachtet man – basierend auf den Hochrechnungen der AGP – die Verfügbarkeit von Wohngruppen in Relation zur Bevölkerung im Alter von 70 und mehr Jahren, lässt sich eine Konzentration dieser Wohnformen im Nordosten Deutschlands (Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern) feststellen. Der mit Abstand geringste Verbreitungsgrad ist dagegen in Baden-Württemberg vorzufinden. Für die Schätzung des Verbreitungsgrads auf Landesebene wurden in zufällig ausgewählten Regionen ambulante Wohngruppen erfasst und anschließend auf Länderebene hochgerechnet. Für das Saarland

konnten keine ausreichenden Daten erhoben werden. Die BFS Service GmbH kommt bei ihrer Befragung der Heimaufsichten zu ambulant betreuten Wohngemeinschaften zu teils abweichenden Zahlen, liefert aber insgesamt ein ähnliches Bild (Klemm & Deckers 2016, S. 28). Bei durchschnittlich 8 bis 9 Bewohner/innen pro Wohngemeinschaft ergeben sich aus diesen Abschätzungen bundesweit 25.000 bis 28.000 Plätze in ambulant betreuten Wohngruppen. Das entspricht 3,6-4,0 % aller Pflegebedürftigen, die ambulante Pflegeleistungen in Anspruch nehmen oder 2,9-3,3 % der Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen (Statistisches Bundesamt 2017, eigene Berechnung). Es wird jedoch in der Literatur vermutet, dass die Erhebungen nicht vollständig sind und nach Inkrafttreten von Meldepflichten im Rahmen neuer Wohn- und Teilhabegesetze, wie etwa in NRW, deutlich mehr Wohngemeinschaften gezählt werden (Klemm & Deckers 2017, S. 42). Analog zur Verbreitung der Wohngruppen ist auch ihr Wachstum von Bundesland zu Bundesland verschieden. Während der „Zenit der Neugründungen in Berlin“ überschritten scheint, ist die Zahl der Wohngruppen seit 2012 in NRW um 150 % und in Bayern um 120 % angewachsen. Die Zuwachsraten ambulanter Wohnformen in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz liegen dahingegen bei vergleichsweise niedrigeren rund 30 % (Klemm & Deckers 2017, S. 43). Die Schätzungen zu den Wachstumsraten verknüpfen unterschiedliche Erhebungen, so dass die Validität der Raten nicht gewährleistet werden kann und eher als grobe Tendenzaussage interpretiert werden muss. Darüber hinaus berichtet eine Analyse von im Jahr 2017 neu eröffneten Standorten, dass Tagespflegen eine immer wichtigere Rolle einnehmen und zwei Drittel der Neueröffnungen in Verbindung mit Quartierskonzepten und betreutem Wohnen betrieben werden. Sowohl ambulante Pflegediensten als auch Betreiber von Pflegeheimen ergänzen ihr Angebot demzufolge zunehmend durch teilstationäre Leistungen und betreutes Wohnen (Meißner 2018).

5.2 Bautätigkeit & Marktgeschehen

Im Folgenden werden verfügbare Daten zur Entwicklung der Strukturen des Pflegemarktes dargestellt. Im Kontext dieser Studie wird dabei vor allem auf regional differenzierte Analysen der Angebote der *vollstationären Pflege* sowie möglicher Substitutionseffekte eingegangen (Abschnitt 5.2.1). Zur Darstellung aktueller Entwicklungen, insbesondere in der teilstationären Versorgung, wurden Daten der Versorgungsverträge herangezogen, welche eine jährliche Auswertung ermöglichen und somit aktuelle Erkenntnisse liefern können (Abschnitt 5.2.2). Die Daten wurden vom Verband der Ersatzkassen (vdek) zur Verfügung gestellt und stammen aus den zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den Betreibern abgeschlossenen Versorgungsverträgen. Weiterhin werden Daten der öffentlichen Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes dargestellt, welche seit 1999 zweijährlich durchgeführt wird und einen längeren Zeitraum als die zur Verfügung stehenden Daten der Versorgungsverträge umfassen. Zudem wird die Veränderung des Versorgungsspektrums von Pflegebedürftigen in den drei Hauptleistungsarten ambulanter Pflege, vollstationärer Pflege und Pflegegeld analysiert (Abschnitt 5.2.3). In Abschnitt 5.2.4 wird ein Zwischenfazit aus diesen Ergebnissen gezogen.

5.2.1 Vollstationäre Pflege

Die *Anzahl der vollstationären Pflegeeinrichtungen* mit einem Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI stieg in der Mehrzahl der Bundesländer im Zeitraum von 2010 bis 2017 (Abbildung 2). In Bayern erhöhte sich die Zahl in diesem Zeitraum mit 43,9 % am stärksten. In den Bundesländern Hamburg, Bremen, Berlin, Niedersachsen und Schleswig-Holstein war die Anzahl der stationären Versorgungsverträge im Jahr 2017 hingegen geringer als im Jahr 2010. Eine besondere Dynamik dieser Entwicklungen zeigt sich im Zeitraum bis 2013. Nachfolgend stellten sich die jährlichen Veränderungen weniger stark

dar bzw. stagnierten. In etwa der Hälfte der Bundesländer lässt sich ein leichter Rückgang der stationären Einrichtungen von 2016 zu 2017 erkennen. Für Deutschland insgesamt kann ein Anstieg von 9,5 % zwischen 2010 und 2017 beobachtet werden.

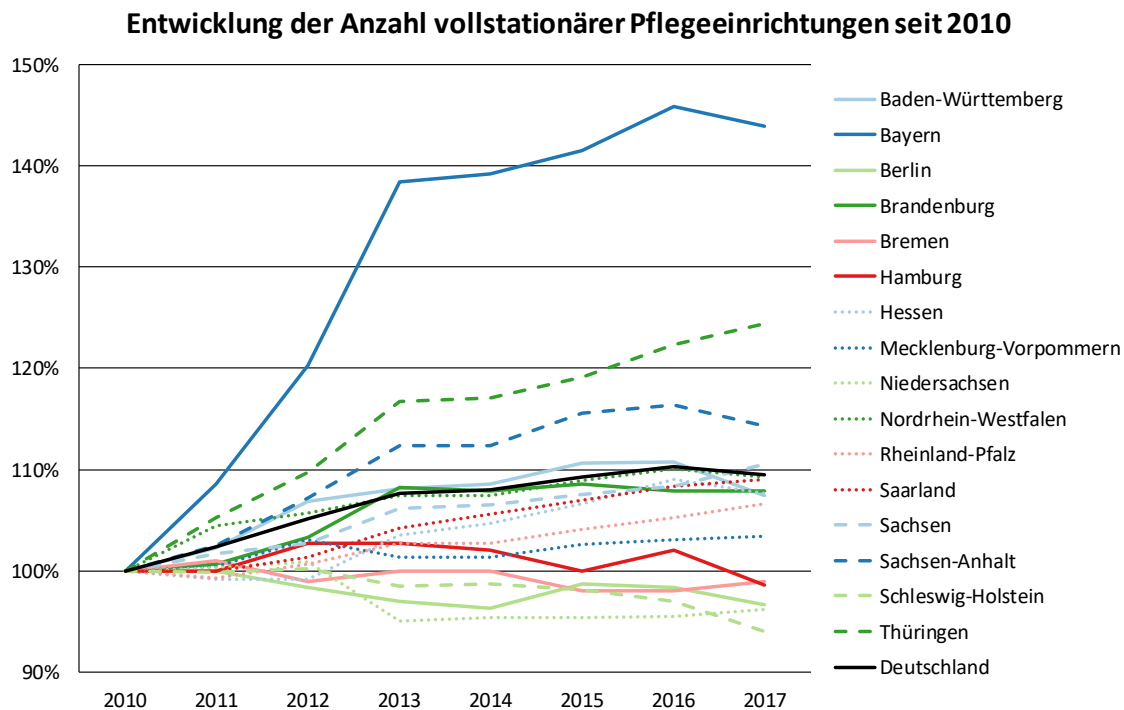


Abbildung 2: Entwicklung der Anzahl vollstationärer Pflegeeinrichtungen seit 2010; Stichtag jeweils 1. Januar.

Datengrundlage: Versorgungsverträge; Quelle: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

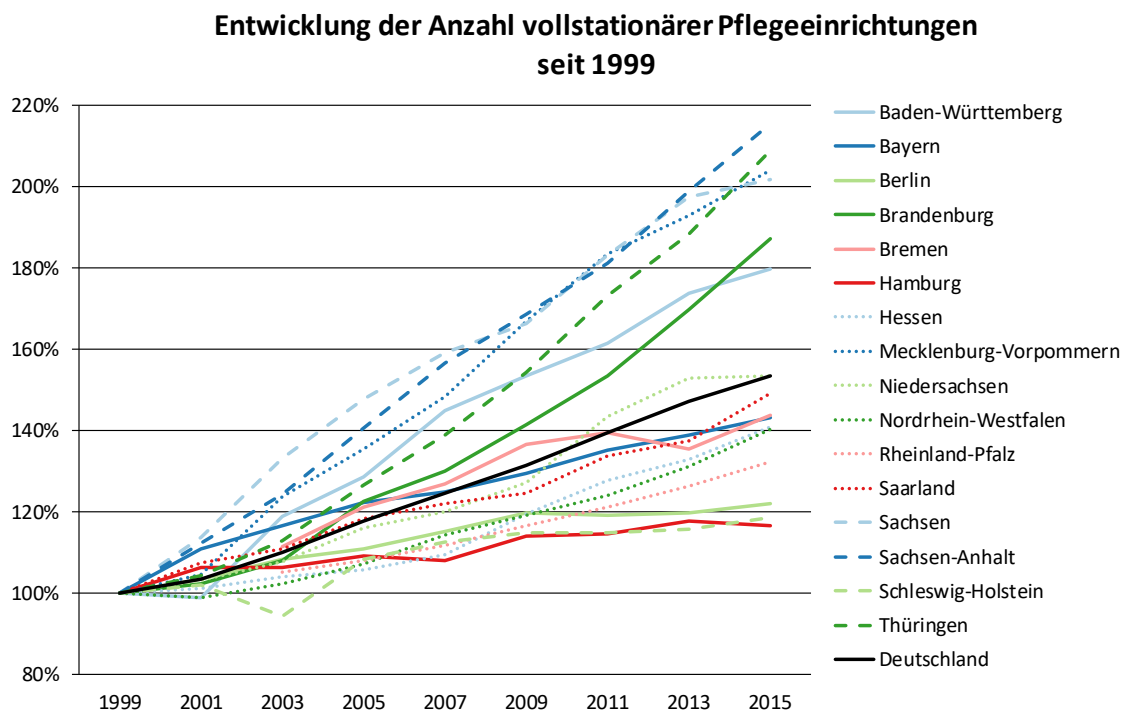


Abbildung 3: Entwicklung der Anzahl vollstationärer Pflegeeinrichtungen seit 1999

Datengrundlage: Pflegestatistik 1999-2015

Bei Betrachtung des gleichen Sachverhaltes mit den Daten der alle zwei Jahre verfügbaren Pflegestatistik ab dem Jahr 1999 (Abbildung 3) zeigt sich ebenfalls ein deutlicher Anstieg in der Anzahl der Einrichtungen und zwar um 53,3 % innerhalb von 16 Jahren. Der aktuell stagnierende Trend lässt sich dort jedoch allenfalls in geringem Umfang erkennen. Zugleich spiegelt sich das starke Wachstum der Zahl stationärer Pflegeeinrichtungen in Bayern weniger stark wieder als in Abbildung 4. Ferner zeigt sich, dass ein besonders starker Anstieg in den neuen Bundesländern stattfand. In Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen stieg die Anzahl der Einrichtungen seit 1999 auf mehr als das Doppelte an. Zugleich zeigt sich kein Rückgang des jährlichen Anstiegs der Einrichtungszahl nach dem Auslaufen der Investitionskostenförderung gemäß Artikel 52 PflegeVG in den neuen Bundesländern im Jahr 2002.

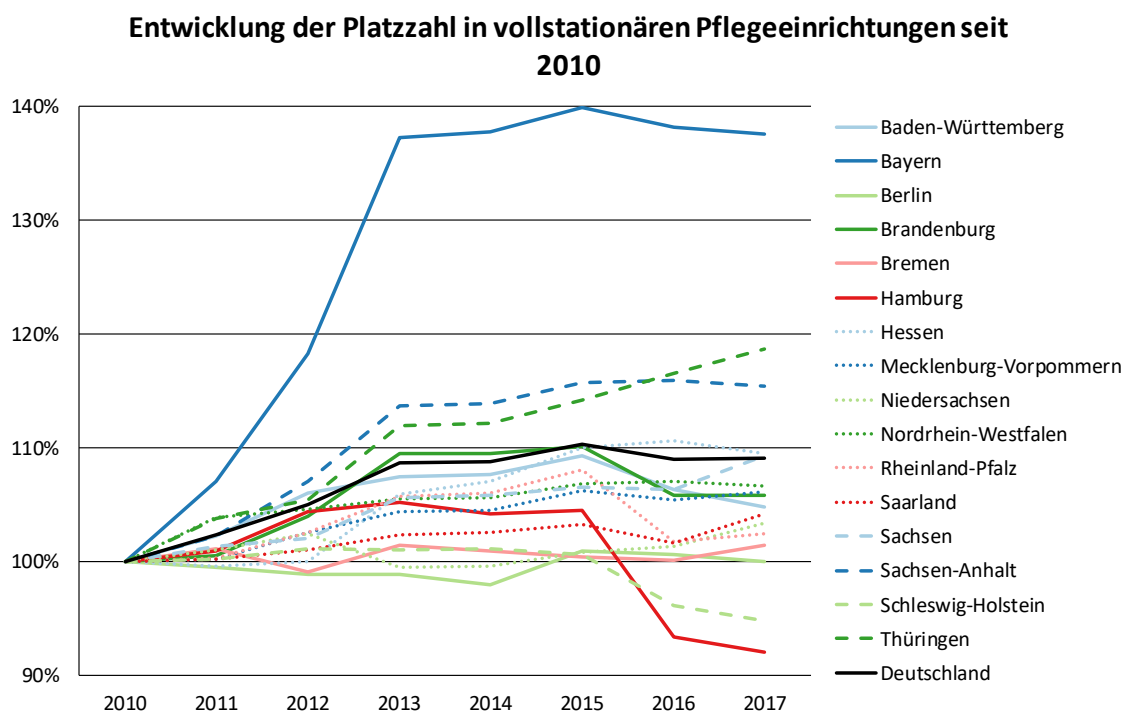


Abbildung 4: Entwicklung der Platzzahl in vollstationären Pflegeeinrichtungen seit 2010; Stichtag jeweils 1. Januar

Datengrundlage: Versorgungsverträge; Quelle: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Bei der Anzahl der Plätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen mit Versorgungsverträgen nach § 72 SGB XI lassen sich gleichartige Tendenzen feststellen (Abbildung 4). Mit einem Anstieg um 37,5 % zeigt sich in Bayern die größte Steigerung. Der entsprechende Wert im Bundesdurchschnitt beträgt 9,0 %. Die verringerte Zahl von Einrichtungen in Bremen, Niedersachsen und Berlin spiegelt sich allerdings *nicht* in der Anzahl der Plätze wider, welche sich in diesen Bundesländern im Jahr 2017 jeweils ungefähr auf dem Niveau von 2010 bewegt und in Niedersachsen sogar um 3,5 % gestiegen ist. Der mit 7,1 % stärkste Rückgang der Platzzahl innerhalb von sieben Jahren findet sich in Hamburg.

Wird die Anzahl der Plätze in stationären Einrichtungen anhand der Angaben der Versorgungsverträge erhoben, zeigt sich ein ähnliches Bild (Abbildung 5). Insgesamt stieg die Anzahl der vollstationären Plätze in Pflegeheimen in Deutschland im Zeitraum von 1999 bis 2015 um 43,9 %. Insbesondere in den neuen Bundesländern ist der Anstieg der Platzzahlen jedoch geringer als der Anstieg in der Anzahl der Einrichtungen, welches auf eine geringere Zahl von Plätzen bei neuen Einrichtungen hindeutet. Die

stagnierenden bzw. sinkenden Trends lassen sich hier – außer in Hamburg – ebenfalls nur in geringem Maße erkennen.

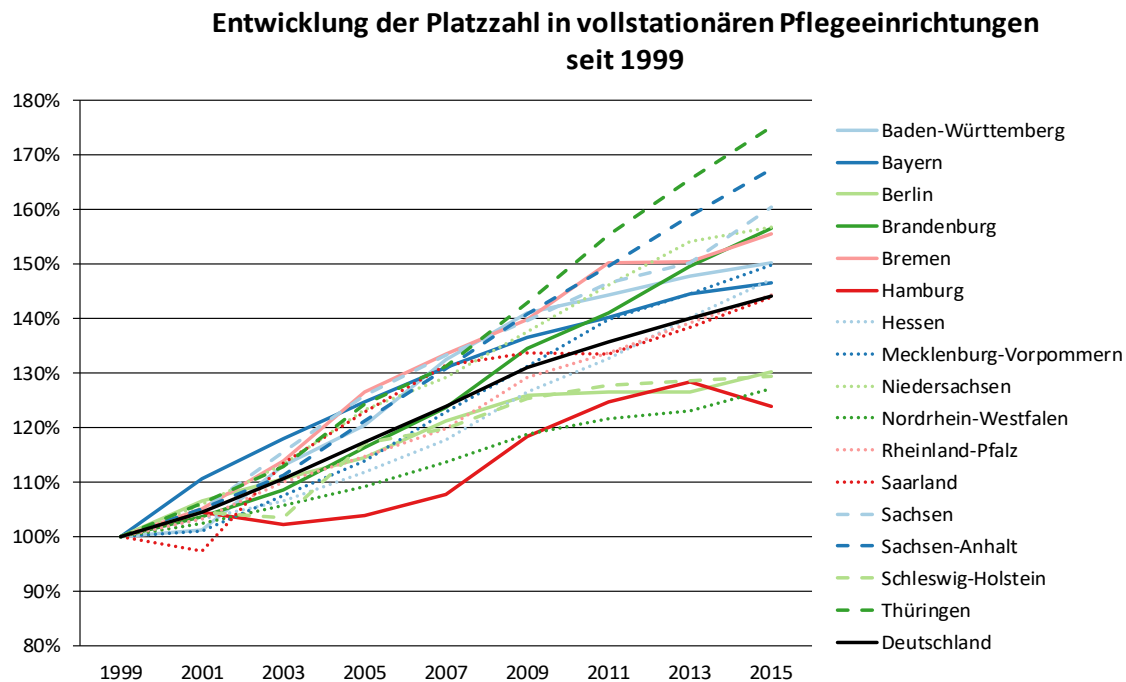


Abbildung 5: Entwicklung der Platzzahl in vollstationären Pflegeeinrichtungen seit 1999; Stichtag jeweils 1. Januar

Datengrundlage: Pflegestatistik 1999-2015

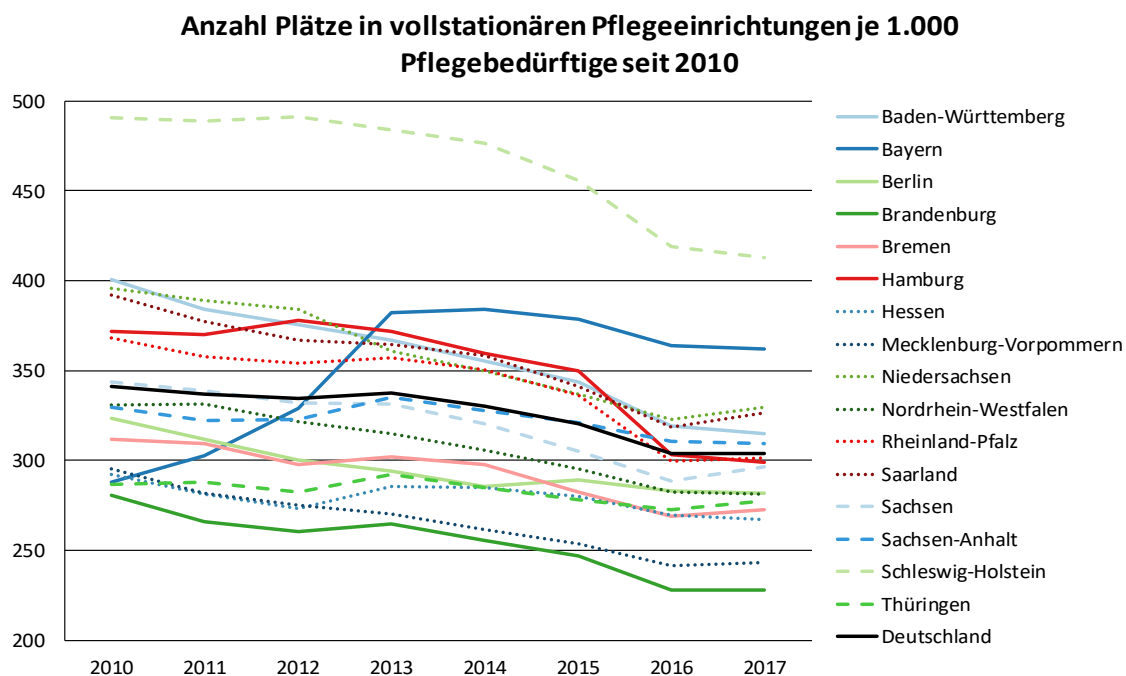


Abbildung 6: Anzahl der Plätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen je 1.000 Pflegebedürftige

Datengrundlage Platzzahlen: Versorgungsverträge; Quelle: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Stichtag jeweils 1. Januar; Datengrundlage Pflegebedürftige: Pflegestatistik 2009-2015; Werte für 2010, 2012, 2014 als Mittelwert des vorhergehenden und folgenden Jahres, bis 2017 aus 2015 fortgeschrieben

Wird die Entwicklung der verfügbaren Angebote in der vollstationären Pflege in Bezug zur Anzahl der Pflegebedürftigen gesetzt (Abbildung 6), so ergibt sich allerdings ein verändertes Bild. In allen Bundesländern bis auf Bayern stehen im Jahr 2017 pro 1.000 Pflegebedürftige weniger Plätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen zur Verfügung als noch im Jahr 2010. Mit 413 Plätzen je 1.000 Pflegebedürftige weist Schleswig-Holstein die höchste Dichte von stationären Pflegeplätzen auf. Die zweithöchste Versorgungsdichte findet sich im Jahr 2017 auf Grund des starken Anstiegs in Bayern, welches zu Beginn des Beobachtungszeitraumes 2010 lediglich den drittletzten Platz in der entsprechenden Rangfolge belegte.

Für den längeren Zeitraum von 1999 bis 2015, der mit der Pflegestatistik erfasst werden kann, lässt sich zunächst ein Anstieg der vollstationären Plätze pro 1.000 Pflegebedürftige im Bundesdurchschnitt beobachten. Zwischen 2009 und 2015 zeigen die Daten der Pflegestatistik analog zu den zuvor betrachteten Zahl der Versorgungsverträge einen rückläufigen Trend in der Anzahl der vollstationären Plätze in Pflegeeinrichtungen je 1.000 Pflegebedürftige (Abbildung 7).

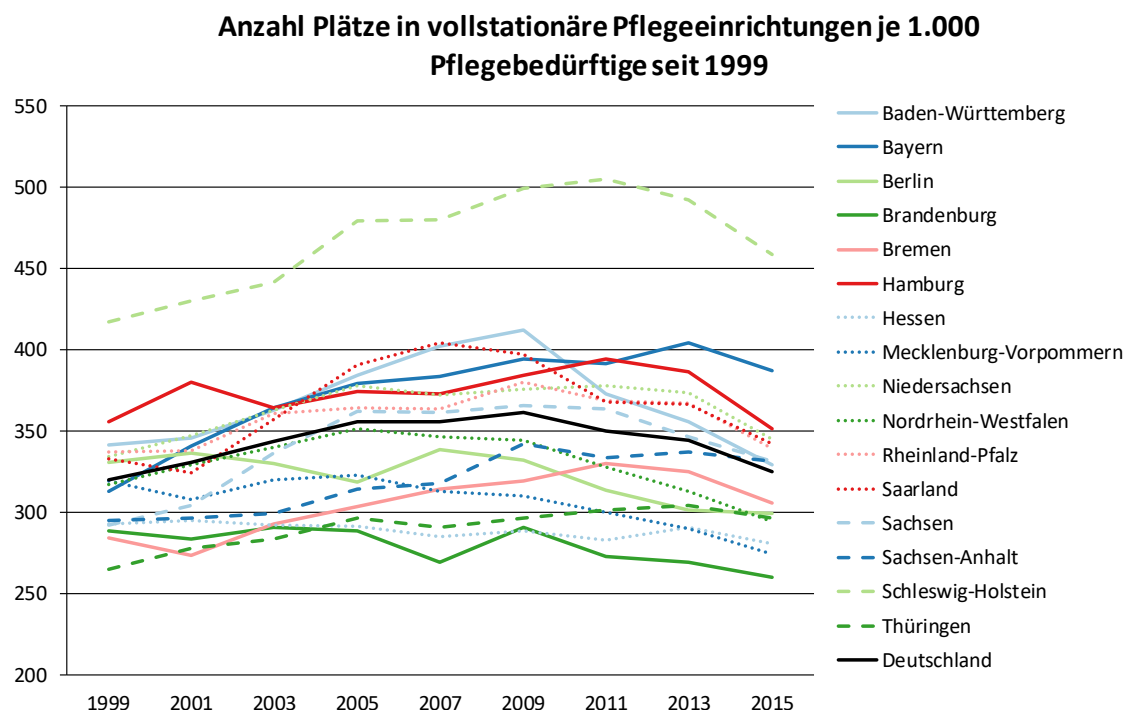


Abbildung 7: Anzahl der Plätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen je 1.000 Pflegebedürftige

Datengrundlage: Pflegestatistik 1999 bis 2015

5.2.2 Teilstationäre Pflege

Zur Betrachtung der Angebotsstrukturen in der teilstationären Pflege, also der Tages- und Nachtpflege, ist eine Differenzierung zwischen solitären Einrichtungen und teilstationären Angeboten vollstationärer Pflegeeinrichtungen notwendig. Der Pflegestatistik lassen sich die verfügbaren Plätze für Tagespflege in Pflegeheimen entnehmen (Abbildung 8). Bezogen auf die Anzahl der Pflegebedürftigen lässt sich hier seit 1999 ein kontinuierlicher Anstieg der Plätze feststellen. Im Bundesdurchschnitt stieg die Zahl der verfügbaren Plätze für die Tagespflege in Pflegeheimen von 6,6 Plätzen je 1.000 Pflegebedürftige um 171,6 % auf 18,0 im Jahr 2015. Die höchste Dichte im Jahr 2015 weist Brandenburg mit 28,3 Plätzen je 1.000 Pflegebedürftige auf, die geringste Hessen mit 12,4 je 1.000 Pflegebedürftige. Im Zeitverlauf lässt sich insbesondere ein steilerer Anstieg ab dem Jahr 2007 erkennen.

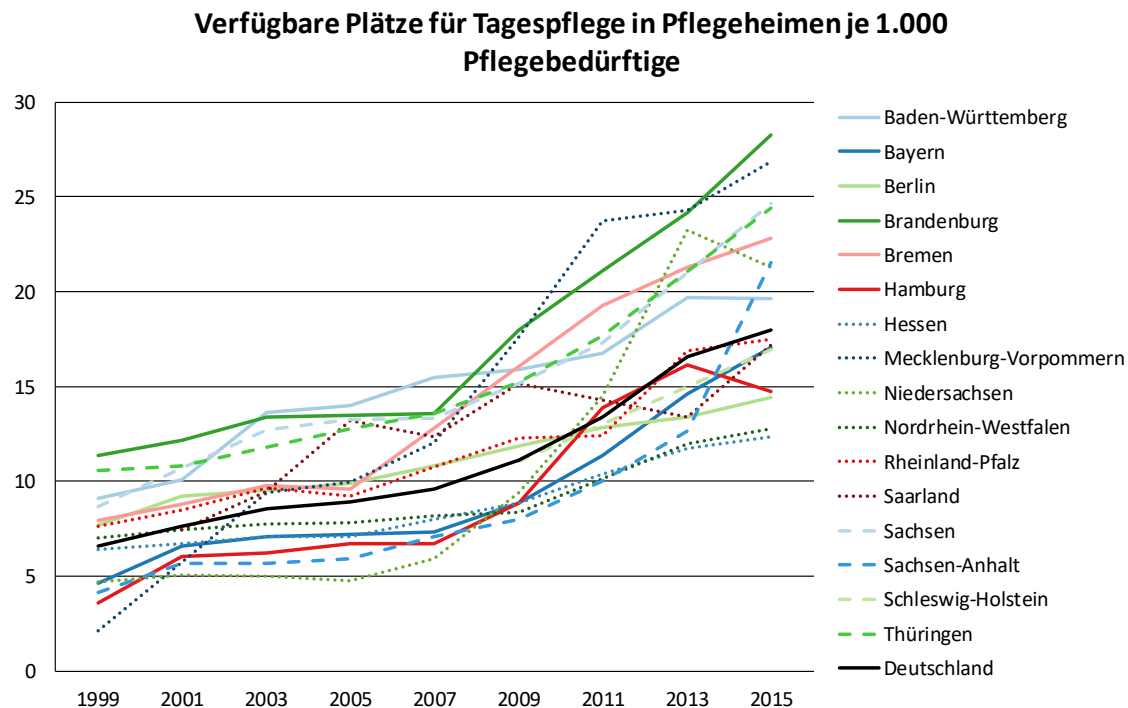


Abbildung 8: Verfügbare Plätze für Tagespflege in Pflegeheimen je 1.000 Pflegebedürftige

Datengrundlage: Pflegestatistik 1999 bis 2015

Für die Anzahl solitärer teilstationärer Einrichtungen kann zudem auf die Daten der geschlossenen Versorgungsverträge des vdek zurückgegriffen werden, die einen längeren Zeitraum bis 2017 abbilden. In Abbildung 9 zeigt sich auch für die solitären Einrichtungen ein steter Anstieg der teilstationären Angebote. In dem sieben Jahre umfassenden Zeitraum stieg die Anzahl der Versorgungsverträge mit teilstationären Einrichtungen um 86,7%. Ein über den gesamten Zeitraum starkes Wachstum zeigt sich in Sachsen, wo die Anzahl der Einrichtungen um mehr als das 3,5-fache anstieg.

Angaben zu den *Platzzahlen in solitären teilstationären Einrichtungen* stehen lediglich für die Jahre 2016 und 2017 zur Verfügung (Tabelle 6). Insgesamt standen zum 1. Januar 2017 in Deutschland entsprechend der bestehenden Versorgungsverträge ca. 160.000 Plätze in teilstationären Einrichtungen für Pflegebedürftige zur Verfügung. Der Anstieg der Plätze betrug allein im Jahr 2016 17,4 %. In Bayern verdoppelten sich innerhalb dieses Jahres die verfügbaren Plätze, welches sich auch in einem starken Anstieg in der Anzahl der Einrichtungen in dem Bundesland widerspiegelt. In den fünf Bundesländern Hamburg, Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg, Saarland und Hessen konnte demgegenüber ein Rückgang von bis zu 11,6 % verzeichnet werden, ohne dass sich jedoch eine Verringerung in der Anzahl der Einrichtungen zeigt.

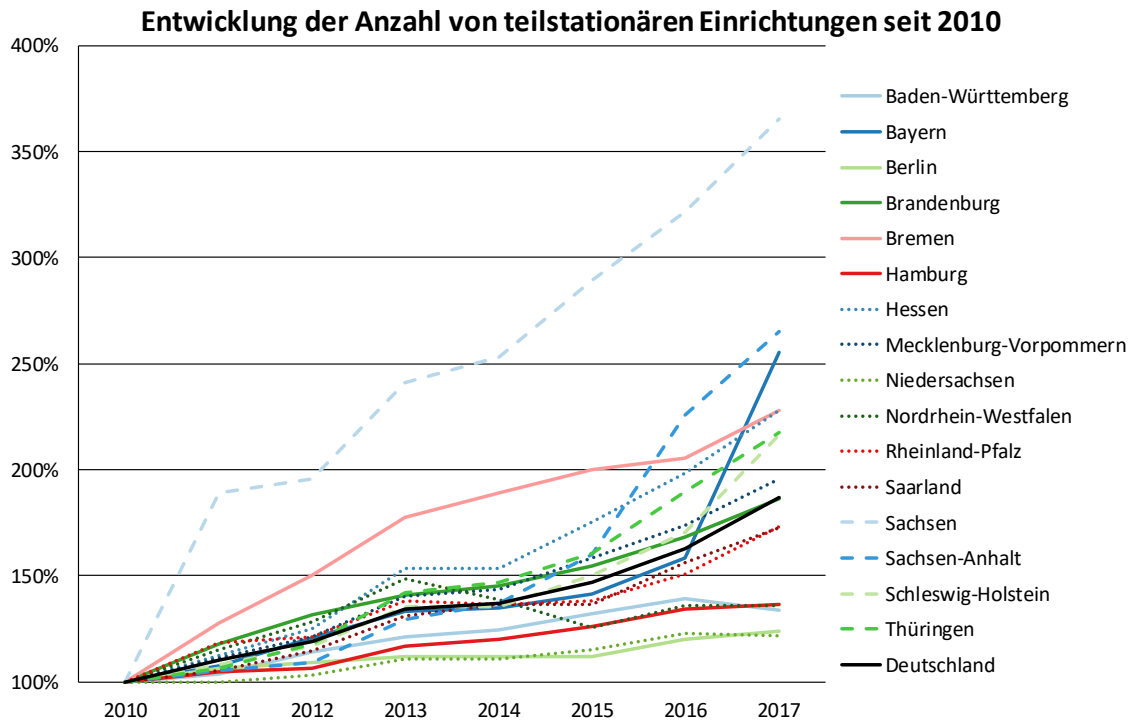


Abbildung 9: Entwicklung der Anzahl teilstationärer Pflegeeinrichtungen seit 2010

Stichtag jeweils 1. Januar. Datengrundlage: Versorgungsverträge, Quelle Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Tabelle 6: Anzahl von Plätzen in teilstationären Pflegeeinrichtungen in den Jahren 2016 und 2017 sowie prozentuale Veränderung; Stichtag 1. Januar.

Bundesland	Plätze in teilstationären Einrichtungen		
	2016	2017	Veränderung in Prozent
Bayern	22.732	48.117	+111,7%
Mecklenburg-Vorpommern	2.460	3.307	+34,4%
Schleswig-Holstein	1.697	2.042	+20,3%
Bremen	569	680	+19,5%
Deutschland	135.710	159.375	+17,4%
Sachsen	4.427	5.100	+15,2%
Niedersachsen	7.949	8.980	+13,0%
Thüringen	2.609	2.942	+12,8%
Berlin	1.659	1.831	+10,4%
Nordrhein-Westfalen	12.950	13.649	+5,4%
Brandenburg	3.460	3.596	+3,9%
Sachsen-Anhalt	5.013	5.192	+3,6%
Hamburg	859	834	-2,9%
Rheinland-Pfalz	21.483	20.394	-5,1%
Baden-Württemberg	35.633	31.913	-10,4%
Saarland	2.584	2.288	-11,5%
Hessen	9.626	8.510	-11,6%

Datengrundlage: Versorgungsverträge, Quelle Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Abbildung 10 zeigt, dass zwischen den Bundesländern bei Plätzen in teilstationären Einrichtungen je 1.000 Pflegebedürftige eine deutlich höhere Streuung vorliegt als bei den Tagespflegeplätzen in stationären Einrichtungen. Bei Letzteren zeigt sich eine Spannbreite von 12,4 Plätzen in Hamburg bis 28,3 Plätzen je 1.000 Pflegebedürftigen in Brandenburg. In teilstationären Einrichtungen sind zwischen 15,7

Plätzen in Berlin und 154,2 Plätzen in Rheinland-Pfalz je 1.000 Pflegebedürftige verfügbar. Im Bundesdurchschnitt sind somit 70,4 teilstationäre Pflegeplätze je 1.000 Pflegebedürftige vorhanden, wobei 20,9 % dieser Plätze in stationären Einrichtungen vorgehalten werden.

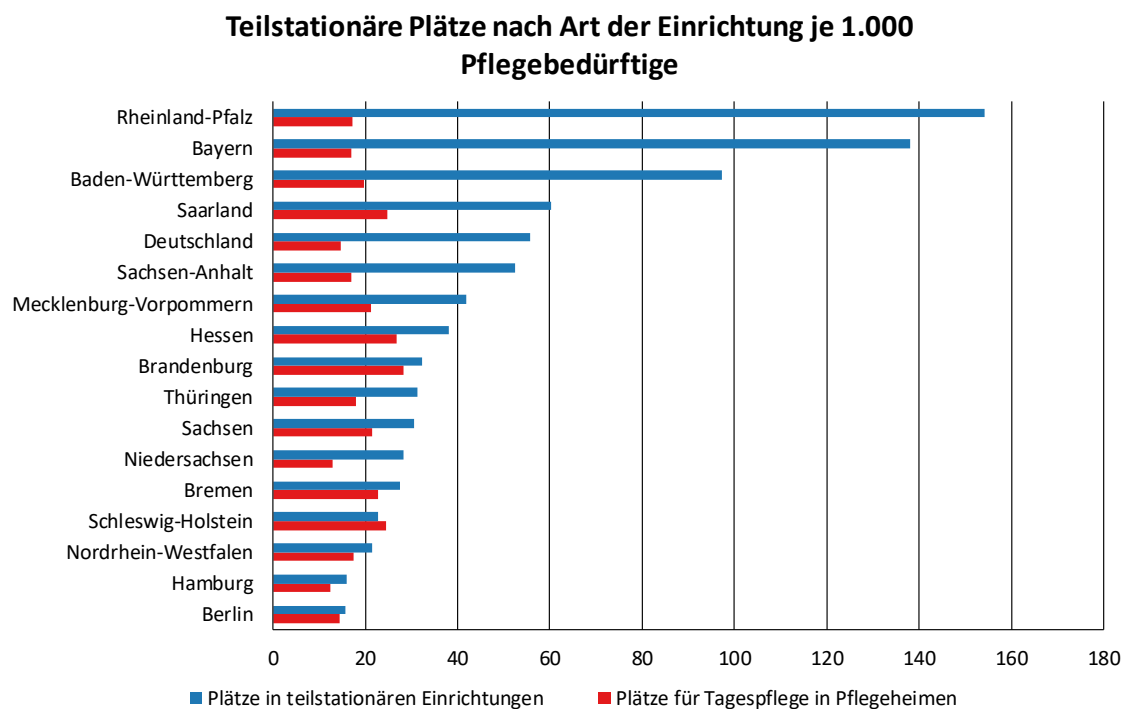


Abbildung 10: Teilstationäre Plätze je 1.000 Pflegebedürftige

Datengrundlage teilstationäre Einrichtungen: Versorgungsverträge, Quelle: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Stichtag 1. Januar 2017; Datengrundlage Plätze für Tagespflege in Pflegeheimen und Anzahl Pflegebedürftige: Pflegestatistik 2015

5.2.3 Ambulante Versorgungsformen

Neben der vollstationären Versorgung kann die Entwicklung der ambulanten pflegerischen Versorgung durch die Leistungsanspruchnahme von Pflegesachleistungen und Kombinationsleistungen professioneller ambulanter Pflege abgebildet werden. Abbildung 11 zeigt die Unterschiede in den pflegerischen Versorgungsformen zwischen den Bundesländern. Zwischen 30,0 % der Pflegebedürftigen in Hamburg und 20,1 % in Baden-Württemberg haben im Jahr 2015 professionelle ambulante Pflege in Anspruch genommen. Entsprechend der hohen Anzahl von stationären Pflegeeinrichtungen in Schleswig-Holstein befanden sich dort im Jahr 2015 mit 40,2 % auch am häufigsten Pflegebedürftige in stationärer Versorgung. Die geringste Quote vollstationärer Versorgung befindet sich mit 25,3 % in Hessen.

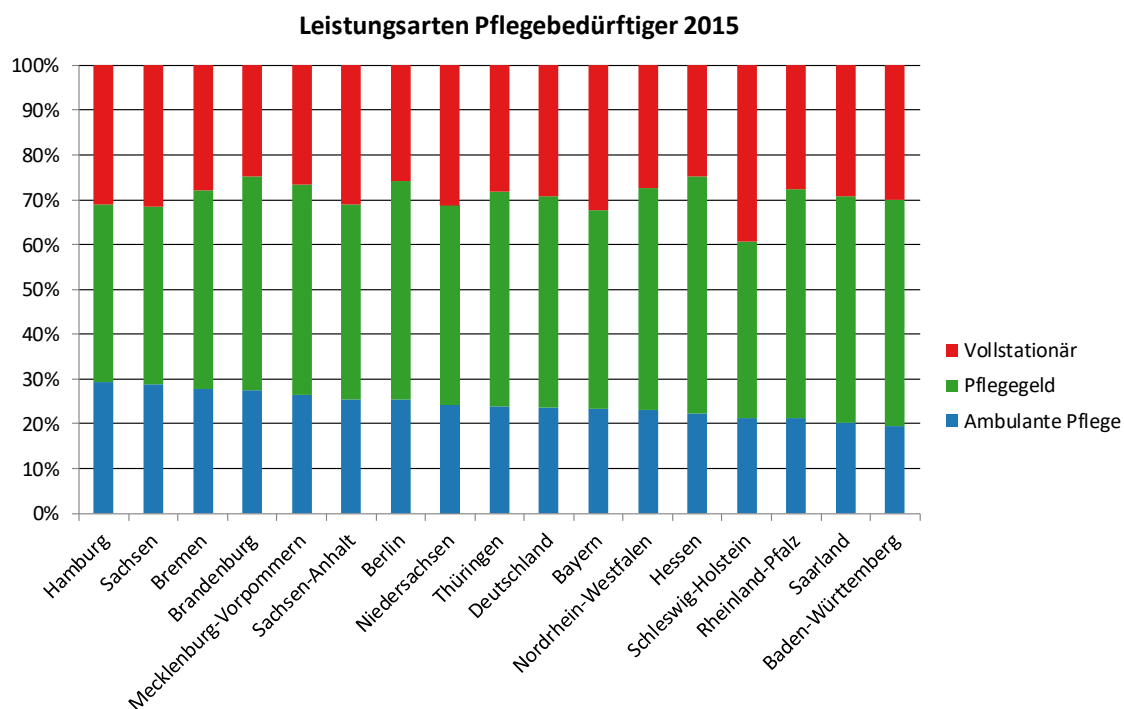


Abbildung 11: Versorgungsformen Pflegebedürftiger nach Bundesländern

Datengrundlage: Pflegestatistik 2015

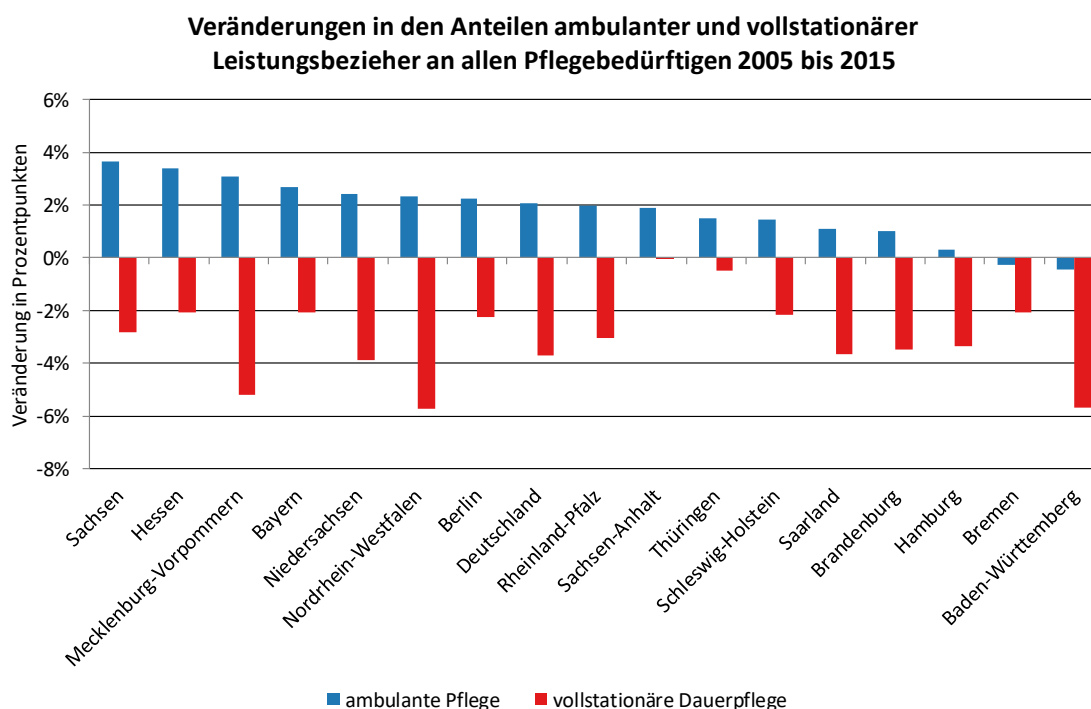


Abbildung 12: Veränderungen in den Anteilen der ambulanten und vollstationären Versorgung Pflegebedürftiger von 2005 zu 2015; (Datengrundlage: Pflegestatistik 2005 & 2015)

In der Entwicklung der Versorgungsformen Pflegebedürftiger (Abbildung 12) spiegelt sich auch die zurückgehende Dichte stationärer Einrichtungen wider. Im Zeitraum zwischen 2005 und 2015 nahm der Anteil der in stationären Pflegeeinrichtungen versorgten Personen um bis zu 5,7 Prozentpunkte in

Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg ab. In den Ländern Sachsen-Anhalt und Thüringen, die zuvor bereits eine hohe Dichte an stationären Einrichtungen zeigten, sank die Quote der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen lediglich in geringem Maße. Nahezu durchgängig stieg im Gegenzug der Anteil der durch professionelle ambulante Pflegedienste versorgten Personen, am stärksten in Sachsen um 3,6 Prozentpunkte. Lediglich in Bremen und Baden-Württemberg ging dieser Anteil zurück. Eindeutige Veränderungen in Verbindung mit einem Ausbau der teilstationären Pflege zeigen sich indes nicht. Zwar konnte in Sachsen ein starker Ausbau der teilstationären Pflege beobachtet werden mit dem zugleich stärksten Anstieg in der ambulanten Pflege, der Rückgang der vollstationären Pflege ist in diesem Bundesland hingegen nicht stärker ausgeprägt als in der Mehrzahl der übrigen Bundesländer. Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und das Saarland, welche über eine höhere Dichte an teilstationären Plätzen verfügen als der Bundesdurchschnitt, zeigen einen geringeren Rückgang im Anteil der ambulant versorgten Pflegebedürftigen als im Durchschnitt.

Die zuvor dargestellten Daten können jedoch keinen Aufschluss über die *Gründe* zu ambulanter Versorgung und verstärkter Nutzung von teilstationären Leistungen geben. Sollten ökonomische Erwägungen der Leistungsanbieter ursächlich für diese Entwicklung sein, die sich dann in neuen Versorgungskonzepten mit ambulanter Ausrichtung manifestieren, sind Informationen zur Verbindung von verschiedenen Pflegeeinrichtungen notwendig. Die Pflegestatistik liefert diesbezüglich Informationen zur Angliederung von Pflegeeinrichtungen an Wohneinrichtungen sowie andere Pflegeeinrichtungen (Abbildung 13). Hier lassen sich im Zeitverlauf von 1999 bis 2015 kaum ausgeprägte Entwicklungen erkennen. Zwar stieg bis zum Jahr 2007 der Anteil der Pflegeheime mit angeschlossenem ambulanten Pflegedienst auf 11,0 %, sank jedoch bis 2015 wieder auf 8,6 %. Auch der Anteil von ambulanten Pflegediensten in Angliederung an eine Wohneinrichtung zeigt sich konstant und betrifft einen Anteil von 10,3 % aller Pflegedienste im Jahr 2015.

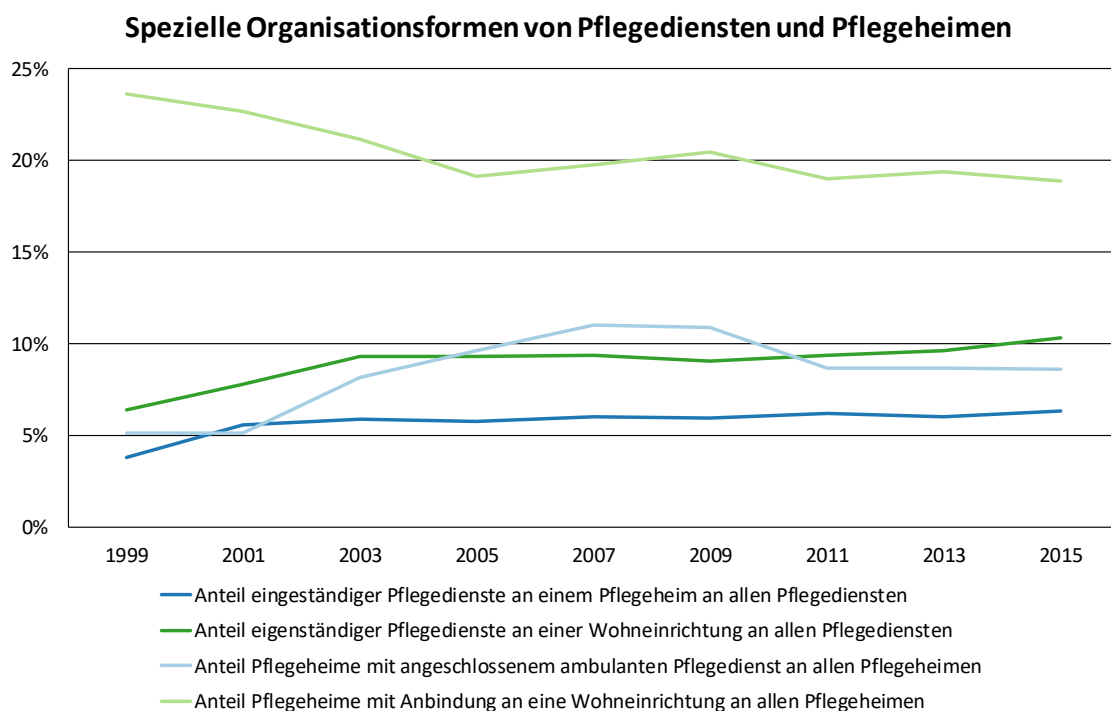


Abbildung 13: Ausgewählte Organisationsformen von Pflegediensten und Pflegeheimen

Datengrundlage: Pflegestatistik 1999 bis 2015

Anderenorts wird die Tendenz von Betreibern stationärer Einrichtungen zur Ausweitung des Leistungsspektrums in der ambulanten und teilstationären Pflege deutlich stärker betont. So werden bei den größten Betreibern Steigerungen in den Anteilen von ambulanten und teilstationären Angeboten am gesamten Angebotsportfolio von bis zu 27,2 % berichtet (Meißner 2017). Daraus lässt sich jedoch nicht ableiten, inwiefern es sich um tatsächliche Kapazitätsausweitungen oder lediglich um die Übernahme von Einrichtungen anderer Träger handelt.

Während die Auswertung der Versorgungsverträge und Pflegestatistik lediglich bereits realisierte Angebote abbilden kann, können Informationen zu *Bautätigkeiten* die zukünftige, kurzfristige Entwicklung in der Pflegeinfrastruktur abbilden. Abbildung 14 zeigt, auf Basis von Kreditanfragen zu Projekten in der Altenpflege bei der Bank für Sozialwirtschaft, die geplanten Projektinhalte (Klemm 2017). Dort lässt sich insbesondere ein starker Rückgang bei Projekten erkennen, die ausschließlich die stationäre Pflege umfassen. Während diese im Jahr 2007 noch etwa 80 % der Anfragen ausmachten, betrug der Anteil im Jahr 2015 nur noch knapp unter 30 %. Zugleich stiegen die Anfragen für Verbundprojekte, welche sowohl Wohneinrichtungen umfassten als auch voll- oder teilstationäre Pflegeeinrichtungen, Kurzzeitpflege, Ärzte oder ähnliches, auf nahezu 60 %. Etwa 15 % der Projekte sehen gar keine stationäre Pflege vor.

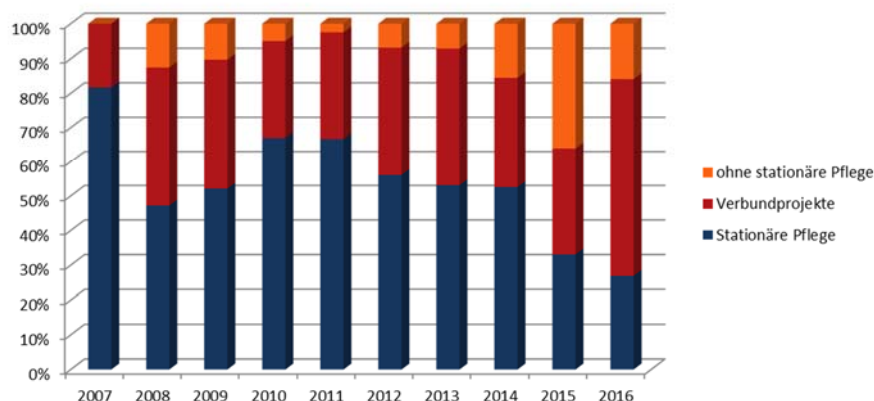


Abbildung 14: Auswertungen der Auftragsdatenbank der Bank für Sozialwirtschaft, Projekte der Altenpflege 2007-2016

Verbundprojekte: Kombinationen aus Seniorenwohnen, Betreutem Wohnen/Servicewohnen und/ oder ambulant betreuten Wohngemeinschaften mit vollstationärer Dauer- oder Kurzzeitpflege, teilstationärer Tages- oder Nachtpflege, Kita, Begegnungszentrum, Ärzte- oder Sanitätshaus etc. Quelle: BFS Service GmbH

5.2.4 Zwischenfazit

Die in diesem Abschnitt präsentierten Ergebnisse zeigen einen Wandel der pflegerischen Versorgung von der vollstationären hin zur ambulanten Pflege. Das Ausmaß dieses Wandels ist jedoch im beobachteten Zeitraum bis einschließlich 2015 als gering zu bewerten. Es zeigen sich allerdings deutliche Ausweitungen in den Angeboten der teilstationären Pflege, insbesondere bei solitären Einrichtungen der Tagespflege. Die vorliegenden Daten weisen derzeit nicht auf eine Wende in diesen Entwicklungen hin. Es zeigen sich isoliert hervorstechende Befunde und Entwicklungen in einzelnen Bundesländern in Be-

zug auf einzelne Versorgungsformen. Interaktionen zwischen einer hohen Verfügbarkeit von teilstationären Angeboten und einer stärker ambulanten Leistungserbringung zeigen sich hier nicht. In Anbetracht einer aktuell dynamischen Weiterentwicklung der gesetzlichen Grundlage der Pflegeversicherung ist jedoch auf die fehlende Verfügbarkeit *aktueller* Daten insbesondere aus der Pflegestatistik zu verweisen, die eine Abschätzung aktueller Effekte kaum ermöglicht.

5.3 Sekundäranalyse der für die Evaluation des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes und des Ersten Pflegestärkungsgesetzes erhobenen Befragungsdaten

Für die Sekundäranalyse der Erhebungen von TNS Infratest Sozialforschung (seit September 2016 Kantar TNS) zur Evaluation von PNG und PSG I wurden die Module 2 und 3 der Erhebung verwendet (siehe Abschnitt 4). Die Sekundäranalyse nimmt Bezug zu ausgewählten Ergebnissen der Evaluationsstudie zu PNG und PSG I und ergänzt diese mit eigenen Berechnungen auf Basis der zur Verfügung gestellten Daten. Die Ergebnisse sind jeweils mit den Hochrechnungsfaktoren der Erhebung gewichtet.

5.3.1 Befragung ambulanter Pflegedienste

Die Evaluationsstudie zu PNG/PSG I ermittelte, dass etwa die Hälfte der Einnahmen der ambulanten Pflegedienste aus Leistungen der Pflegeversicherung generiert wird. Andere Einkommensquellen sind die medizinische Behandlungspflege sowie Zuzahlungen oder Zusatzleistungen, die privat bezahlt werden. Es finden sich keine Angaben zur Größenordnung der Behandlungspflege. Es wurden lediglich Angaben zur Anzahl der Pflegeeinsätze nach Leistung/Abrechnung erfragt (Schneekloth et al. 2016, S. 191). Insgesamt werden 3.452 Pflegeeinsätze gezählt, davon:

- Behandlungspflege nach SGB V: 1.401;
- Pflege nach SGB XI: 1.245;
- kombinierte Leistungen SGB V und SGB XI: 716;
- privat finanzierte Leistungen: 90.

„Von der Gesamtzahl der Einsätze entfallen 41 Prozent auf Einsätze nach SGB V, 36 Prozent der Einsätze wurden nach SGB XI durchgeführt und in 21 Prozent der Fälle wurden Einsätze nach SGB V und SGB XI in Kombination durchgeführt. Nur drei Prozent der Einsätze werden privat von den Pflegebedürftigen finanziert.“ (Schneekloth et al. 2016, S. 192).

In Pflegewohngruppen wird nur eine Minderheit der Pflegebedürftigen betreut. „Im Durchschnitt betreut jeder ambulante Pflegedienst im Monat 67 Personen, die grundpflegerische Leistungen erhalten. 83 Prozent von ihnen, d.h. im Durchschnitt 56 Personen, beziehen Leistungen der Pflegeversicherung. Nur zwei von den Pflegediensten betreuten Pflegebedürftigen leben in ambulanten Wohngruppen.“ (Schneekloth et al. 2016, S. 185). Das entspricht knapp drei Prozent der ambulant betreuten Pflegebedürftigen.

Einblicke in zukünftige Entwicklungen lassen die Fragen zur Kapazitätsplanung zu. 54 % der ambulanten Dienste wollen ihre Pflegekapazitäten in den nächsten drei Jahren erweitern. „In der Repräsentativerhebung 2016 wurden die ambulanten Dienste erstmals gefragt, ob sie ihre Plätze im Bereich der ambulant betreuten Wohngruppen erhöhen möchten. Eine Erhöhung in diesem Bereich planen 37 Prozent der Pflegedienste, die ambulant betreute Wohngruppen anbieten. Bei weiteren 29 Prozent wurde diesbezüglich noch keine Entscheidung getroffen und ein Drittel dieser Dienste schließt eine zukünftige Erweiterung vorerst aus.“ (Schneekloth et al. 2016, S. 236).

Die Befragung der ambulanten Pflegedienste zur Betreuung von Pflegebedürftigen in Wohngemeinschaften ermöglicht eine Abschätzung der Zahl der Pflegebedürftigen in solchen Pflegeformen. In Tabelle 7 wird die hochgerechnete Zahl der Pflegedienste und die von ihnen betreuten Bewohner/innen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften gezeigt.

Tabelle 7: Zahl der Pflegebedürftigen in ambulanten Wohngruppen

Anteil der Pflegedienste mit ... Personen in ambulant betreuten WG	Hochrechnung Pflegedienste	Pflegedienste in %
0	10.659	80,9
1-10	1.595	12,1
11-20	452	3,4
21-30	245	1,9
31-40	85	0,6
41-50	110	0,8
>50	39	0,3
Insgesamt: 31.737	13.182	100

Quelle: Datensatz Pflegedienste, TNS Infratest Sozialforschung

Multipliziert man die Zahl der in Wohngruppen betreuten Personen mit der hochgerechneten Zahl der Pflegedienste, so erhält man knapp 32.000 Pflegebedürftige, die sich 2016 für diese Wohnform entschieden hatten. Da möglicherweise mehrere Pflegedienste an der Pflege einer Bewohnerin/ eines Bewohners beteiligt sind, kann sich hinter der Hochrechnung eine begrenzte Anzahl von Doppelnennungen verbergen, so dass die Werte als obere Grenze der Zahl der Pflegebedürftigen in Wohngemeinschaften interpretiert werden müssen. Weitere aktuelle Erhebungen zur Zahl ambulant betreuter Wohngruppen umfassen neben der vorliegenden Studie die auf detaillierten Erhebungen in einzelnen Landkreisen basierende Hochrechnung der AGP Sozialforschung (Klie et al. 2017a) und eine 2015 bis 2016 durchgeführte Befragung der Länder- und nachrangigen Aufsichtsbehörden von Klemm und Deckers (Klemm & Deckers 2016). Die Hochrechnung der AGP Sozialforschung schätzt die Zahl der Wohngruppen auf rund 3.100 bei in der Regel 6-12 Bewohner/innen pro Wohngruppe. Basierend auf dieser Schätzung und einer durchschnittlichen Anzahl von neun Bewohner/innen pro Wohngruppe lassen sich etwa 28.000 Pflegebedürftige in dieser Wohnform erwarten. In der vorliegenden Studie konnten leider nicht für alle Länder Platzzahlen in Pflege Wohngemeinschaften ermittelt werden. Legt man auch hier wiederum einen Schnitt von neun Bewohner/innen pro Wohngruppe zugrunde, so ergeben sich zwischen 25.000 und 35.000 Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen. Die große Spanne erklärt sich dabei aus noch zu validierenden Zahlen von Wohngemeinschaften in Nordrhein-Westfalen¹.

¹ Nach Auskunft des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW vom 01.02.2018 ist die ordnungsrechtliche Überprüfung hierzu noch nicht abgeschlossen, so dass die Zahlen als vorläufig zu betrachten sind. Auch im Mai 2018 gab es diesbezüglich keinen neueren Stand.

Tabelle 8: Ausweitung der Pflegekapazitäten für ambulant betreute Wohngemeinschaften

Ausbaupläne für ambulant betreute WG	Hochrechnung	in Prozent der Pflegedienste
Ja	1.784	13,5
Nein	4.027	30,6
Noch offen	2.291	17,4
Angebot nicht vorhanden	5.081	38,5
<i>Gesamt</i>	<i>13.182</i>	<i>100,0</i>

Quelle: Datensatz Pflegedienste, TNS Infratest Sozialforschung

Tabelle 8 ermöglicht einen Blick in die Zukunft der Entwicklung von Pflegewohngemeinschaften. Hier wurde danach gefragt, ob ambulante Pflegedienste ihr Angebot an Pflegediensten in Pflege-Wohngemeinschaften in den nächsten drei Jahren ausweiten wollen. Hochgerechnet 1.788 Pflegedienste bzw. 13,5 % der Pflegedienste sehen eine Ausweitung dieses Angebots vor.

Tabelle 9: Anzahl der Pflegedienste, die einen Ausbau planen, nach bislang betreuten Personen in Wohngemeinschaften

		Anzahl der Personen in ambulant betreuten WGs des Pflegedienstes							
	Personen	0	1-10	11-20	21-30	31-40	41-50	>50	Insg.
Ausbau ambulant betreuter WGs geplant	Ja	887	567	89	125	85	14	21	1.788
	Nein	3.274	569	142	19	0	24	0	4.028
	Noch offen	1.882	211	91	85	0	18	5	2.292
	Angebot nicht vorhanden	4.617	250	131	17	0	54	13	5.082
	<i>Gesamt</i>	<i>10.660</i>	<i>1.597</i>	<i>453</i>	<i>246</i>	<i>85</i>	<i>110</i>	<i>39</i>	<i>13.190</i>

Quelle: Datensatz Pflegedienste, TNS Infratest Sozialforschung

Diese Zahlen können in Tabelle 9 näher aufgeschlüsselt werden. Von den Pflegediensten, die ihr Angebot ausweiten wollen, hatten 887 Pflegedienste bislang keine Personen im Rahmen ambulant betreuter WGs gepflegt, 901 Pflegedienste hatten bereits pflegebedürftige Personen in ambulant betreuten WGs als Kunden und planen eine Ausweitung dieser Pflege Tätigkeit. Pflegedienste, die bereits pflegebedürftige in ambulant betreuten WGs versorgen, sind eher geneigt, ihr Angebot auszuweiten. So planen gut 35 % eine Ausweitung und für zusätzlich gut 15 % ist eine Ausweitung noch offen. Für etwa die Hälfte der Pflegedienste, die in WGs pflegen, steht also eine Ausweitung des Angebots zur Diskussion. Bei Pflegediensten, die bislang noch keine Kunden in Pflegewohngemeinschaften hatten, ist das Interesse an einem Ausbau in diesem Bereich mit gut 8 % bzw. 26 % unter Einschluss der Pflegedienste, bei denen die Frage noch nicht entschieden ist, geringer ausgeprägt.

5.3.2 Befragung stationärer Einrichtungen

Im Datensatz der Befragung stationärer Einrichtungen sind Informationen zu Tagespflege, Wohnanlagen mit Service, Betreuung, Pflege oder reines Wohnen sowie ambulant betreuten Wohngemeinschaften enthalten. Das Tagespflege-Angebot ist von Interesse, weil aus den Experteninterviews der vorliegenden Studie deutlich wurde, dass zunehmend Pflegekonzepte entstehen, die betreutes Wohnen mit Tagespflege unter einem Dach als innovative ambulant betreute Wohnform anbieten. Im Folgenden werden zunächst relevante Informationen aus dem Abschlussbericht zur Evaluation von PNG/PSG I zusammengefasst (Schneekloth et al. 2016).

Neben vollstationärer Pflege und Kurzzeitpflege ist die Tagespflege zu 31 % im Leistungsportfolio der stationären Einrichtungen enthalten. Am häufigsten bieten kleine Pflegeeinrichtungen mit unter 50

Bewohner/innen Tagespflege an (45 %). Darunter befinden sich viele teilstationäre Einrichtungen, die sich auf Tagespflege spezialisiert haben. „22 % aller Einrichtungen bieten Betreutes Wohnen bzw. Seniorenwohnplätze, Apartments an. Insbesondere Einrichtungen mit 50 und mehr Bewohnerinnen und Bewohnern haben Betreutes Wohnen, Apartments und Seniorenwohnplätze in ihrem Leistungsangebot, kleinere Einrichtungen bieten dies seltener an. (...) Als neues Leistungsangebot konnten die Pflegeeinrichtungen 2016 „Ambulant betreute Wohngruppen“ angeben; dies wird allerdings nur von drei Prozent der Einrichtungen angeboten.“ (Schneekloth et al. 2016, S. 300-1).

„Insbesondere im Bereich der Kurzzeitpflege, Tagespflege und in den Bereichen Altentagesstätte/ Seniorencafé sowie Apartments/ Seniorenwohnplätze/ Betreutes Wohnen haben vollstationäre Einrichtungen ihre Leistungen ausgeweitet. Heime mit 50 bis unter 75 Bewohnerinnen und Bewohnern haben häufiger als 2010 Betreutes Wohnen, Apartments und Seniorenwohnplätze in ihrem Leistungsangebot.“ (Schneekloth et al. 2016, S. 301).

Tabelle 10: Stationäre Einrichtungen

Einrichtungen	Zahl der Einrichtungen	Anteil an allen Einrichtungen in %
vollstationäre Pflege	11.604	84,1
Kurzzeitpflege	8.023	58,2
Tagespflege	4.233	30,7
Nachtpflege	91	0,7
Ambulante Pflege	2.059	14,9
Appartements/ Seniorenwohnplätze/ Betreutes Wohnen	3.062	22,2
Ambulant betreute Wohngruppen	458	3,3
Insgesamt	13.792	100

Quelle: Datensatz Stationäre Einrichtungen, TNS Infratest Sozialforschung

Die meisten Einrichtungen bieten vollstationäre Pflege an, mehr als die Hälfte (58,2 %) der Einrichtungen haben Kurzzeitpflegeplätze im Angebot. Gut 30 % bieten mit Tagespflege teilstationäre Leistungen an, während Nachtpflege sehr selten ist. Knapp 15 % der Einrichtungen bieten auch ambulante Pflegeleistungen an. Gut ein Fünftel der stationären Einrichtungen haben Betreutes Wohnen oder Seniorenwohnplätze im Angebot. Ambulant betreute Wohngruppen sind mit 3,3 % noch eine Randerscheinung (Tabelle 10).

Tabelle 11: Einrichtungen mit und ohne vollstationäre Versorgung

Einrichtungen	Einrichtungen ohne vollstationäre Pflege		Einrichtungen mit vollstationärer Pflege	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
mit Tagespflege	2.087	95,4	2.146	18,5
mit Appartements/ Seniorenwohnplätze/ Betreutes Wohnen	0	0,0	3.062	26,4
mit ambulant betreuten WG	0	0,0	458	3,9
mit Kurzzeitpflege	231	10,6	7.792	67,1
mit ambulanter Pflege	356	16,3	1.702	14,7
Einrichtungen insgesamt	2.188	100	11.604	100

Quelle: Datensatz Stationäre Einrichtungen, TNS Infratest Sozialforschung

Näher aufgeschlüsselt lässt sich erkennen, dass Einrichtungen ohne vollstationäre Versorgung in der Regel Tagespflegeeinrichtungen sind. Ein Teil der Einrichtungen hat sich auf Tagespflege spezialisiert,

allerdings, ohne dass der Träger gleichzeitig betreutes Wohnen oder andere ambulant betreute Wohnkonzepte anbietet. Wenn eine solche Kombination angeboten wird, geschieht dies in Kooperation mit anderen Trägern. Betreutes Wohnen und ambulant betreute Wohngruppen werden nur von Trägern angeboten, die gleichzeitig auch eine vollstationäre Versorgung im Portfolio haben (Tabelle 11).

Tabelle 12: Einrichtungen mit betreutem Wohnen

Einrichtungen mit ... Bewohner/innen in betreutem Wohnen und sonstigen Wohnangeboten	Zahl der Einrichtungen	In Prozent der Einrichtungen	Bewohner/innen (hochgerechnet)	Bewohner/innen prozentual
0	11.632	84,3	0	0
1-10	380	2,7	1.902	2,3
11-50	1.138	8,1	28.195	33,4
51-100	461	3,2	30.735	36,5
100-200	155	1,2	17.860	21,2
>200	27	0,2	5.616	6,7
Summe	13.793	99,7	84.308	100

Quelle: Datensatz Stationäre Einrichtungen, TNS Infratest Sozialforschung

Auf die Gesamtzahl der Einrichtungen bezogen, bieten knapp 16 % der Einrichtungen betreutes Wohnen und Seniorenwohnen an. Die meisten Betreiber haben Wohnanlagen von 11 bis zu 50 Bewohner/innen. Nur wenige Betreiber (1,4 %) bieten 100 und mehr Personen in ihren Wohnanlagen Platz. Umgerechnet auf die Zahl der Bewohner/innen entspricht dies jedoch einem Anteil von mehr als einem Viertel aller Bewohner/innen (27,9 %) (Tabelle 12).

Tabelle 13: Umwidmung und Abbau vollstationärer Plätze

Umwidmung oder Abbau von vollstationären Plätzen in den letzten 5 Jahren	Einrichtungen hochgerechnet	Einrichtungen prozentual
Nein	11.815	85,7
Ja, umgewidmet	293	2,1
<i>davon in ambulantes Wohnen</i>	10	0,1
<i>davon in Tagespflege</i>	63	0,5
<i>davon in Kurzzeitpflege</i>	220	1,6
Ja, abgebaut	1.118	8,1
keine Angabe	566	4,1
Gesamt	13.792	100

Datensatz Stationäre Einrichtungen, TNS Infratest Sozialforschung

Umwidmungen vollstationärer Plätze in ambulante Versorgungsformen sind eher selten. Wie Tabelle 14 zeigt, haben knapp 86 % der befragten Einrichtungen in den letzten 5 Jahren weder Umwidmungen noch einen Abbau vollstationärer Plätze vorgenommen. Eine direkte Umwidmung in ambulantes Wohnen wird nur bei 0,1 % der Einrichtungen beobachtet. Etwas häufiger werden Umwidmungen in Kurzzeitpflege (1,6 %) oder Tagespflege (0,5 %) berichtet. Fast viermal so häufig werden Plätze allerdings abgebaut und nicht umgewidmet (8,1 %).

Tabelle 14: Geplante Ausweitung nach Abbau von vollstationären Plätzen in den vergangenen 5 Jahren

Ausweitung	Vollstationäre Pflege		Teilstationärer Bereich		Betreutes Wohnen		Ambulant betreute Wohngruppen	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Ja	77	6,9	77	6,9	178	15,9	0	0,0
Nein	954	85,3	738	66,0	671	60,0	757	67,7
Noch offen	87	7,8	92	8,2	116	10,4	150	13,4
Angebot nicht vorhanden	0	0,0	211	18,9	153	13,7	211	18,9
<i>Gesamt</i>	<i>1.118</i>	<i>100</i>	<i>1.118</i>	<i>100</i>	<i>1.118</i>	<i>100</i>	<i>1.118</i>	<i>100</i>

Quelle: Datensatz Stationäre Einrichtungen, TNS Infratest Sozialforschung

Von den – hochgerechnet – 1.118 Einrichtungen, die in den vergangenen fünf Jahren vollstationäre Plätze abgebaut haben, planen fast 30 % eine Ausweitung der Pflegekapazitäten in den folgenden drei Jahren (Tabelle 14). Für knapp 7 % der Einrichtungen ist eine erneute Ausweitung der vollstationären Pflege geplant. Ähnlich viele Einrichtungen planen dahingegen eine Ausweitung im Bereich der Tagespflege und etwa 16 % der Einrichtungen wollen im Bereich betreutes Wohnen Kapazitäten ausweiten. Eine Ausweitung von Pflegewohngruppen ist dagegen nicht fest geplant. Hinter dem Abbau von vollstationären Plätzen verbirgt sich also zum Teil eine Verlagerung in Richtung ambulant betreuter Konzepte, insbesondere Betreutes Wohnen. Möglicherweise steht auch die Ausweitung von teilstationären Leistungen in Zusammenhang mit ambulant betreuten Wohnkonzepten.

Tabelle 15: Geplante Ausweitung der Versorgungskapazität nach Bereichen

Ausweitung	Vollstationäre Pflege		Teilstationärer Bereich		Betreutes Wohnen		Ambulant betreute Wohngruppen	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Ja	824	6,0	845	6,1	1.032	7,5	612	4,4
Nein	10.399	75,4	8.509	61,7	8.242	59,8	8.489	61,5
Noch offen	1.421	10,3	1.386	10,0	1.325	9,6	1.410	10,2
Angebot nicht vorhanden	787	5,7	2.631	19,1	2.935	21,3	3.261	23,6
Keine Angabe	361	2,6	421	3,1	258	1,9	21	0,1
<i>Gesamt</i>	<i>13.792</i>	<i>100</i>	<i>13.792</i>	<i>100</i>	<i>13.792</i>	<i>100</i>	<i>13.792</i>	<i>100</i>

Quelle: Datensatz Stationäre Einrichtungen, TNS Infratest Sozialforschung

Bezogen auf alle Einrichtungen und je nach Bereich, planen zwischen 4,4 % und 7,5 % der Einrichtungen eine Ausweitung ihrer Kapazitäten in den nächsten drei Jahren (Tabelle 15). Jeweils rund 10 % der Einrichtungen haben sich noch nicht entschieden, ob sie eine Ausweitung vornehmen. Bezogen auf die Zahl der Einrichtungen, die bereits 2016 ein Angebot vollstationärer, teilstationärer Pflege, betreutes Wohnen oder ambulant betreute WGs hatten, variiert der Anteil der Einrichtung, die eine Kapazitätsausweitung vornehmen wollen, deutlicher.

Tabelle 16: Geplante Ausweitung der Versorgungskapazität als Anteil aktueller Versorgungskapazität

Ausweitung geplant	Vollstationäre Pflege		Teilstationärer Bereich		Betreutes Wohnen		Ambulant betreute Wohngruppen	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Ja	824	7,1	845	19,5	1.032	33,7	612	133,6
Noch offen	1.421	12,2	1.386	32,1	1.325	43,3	1.410	307,9
Einrichtungen mit Angebot in 2016	11.604	100,0	4.324	100,0	3.062	100,0	458	100,0

Quelle: Datensatz Stationäre Einrichtungen, TNS Infratest Sozialforschung

So entspricht die Zahl der Einrichtungen mit Plänen zur Kapazitätsausweitung im Bereich vollstationärer Pflege 7,1 % der Einrichtungen mit vollstationärer Pflege zum Zeitpunkt der Befragung (Tabelle 16). Der Anteil der Ausweitung in Relation zu den bestehenden Tagespflegeeinrichtungen liegt bei 19,5 %, bei betreutem Wohnen bei 33,7 % und bei ambulant betreuten Wohngruppen bei 133,6 %. Überdies ist bei einer großen Zahl der Einrichtung noch offen, ob sie in den Folgejahren eine Ausweitung vornehmen. Insgesamt ist die Entwicklungsdynamik bei ambulanten Wohnformen deutlich stärker ausgeprägt als im Bereich vollstationärer Pflege, wobei das Wachstum insbesondere bei den Pflegewohngemeinschaften von einem niedrigen Ausgangsniveau aus stattfindet.

5.3.3 Zusammenfassung

Die von TNS Infratest Sozialforschung durchgeführten Befragungen ambulanter Pflegedienste und stationärer Einrichtungen geben einen repräsentativen Überblick über Stand und potenzielle Entwicklungen im Bereich ambulant betreuter Wohnformen. Anhand der Angaben der Pflegedienste zu den von ihnen betreuten Bewohner/innen von Wohngruppen lässt sich eine Zahl von knapp 32.000 Pflegebedürftigen in dieser Wohnform schätzen. Zudem zeigen Angaben zu Kapazitätsausweitungen der Pflegedienste, dass in diesem Sektor weiteres Wachstum zu erwarten ist. Die Angaben der stationären Einrichtungen zeigen, dass direkte Umwidmungen stationärer Kapazitäten in ambulante Pflegekonzepte selten zu beobachten sind. Ein Teil des Abbaus stationärer Plätze wird aber durch Ausweitungen im Bereich ambulant betreuten Wohnens oder teilstationärer Pflege indirekt in ambulante Konzepte umgewandelt. Die Angaben stationärer Einrichtungen zu Kapazitätsausweitungen legen nahe, dass ambulant betreute Wohnformen dynamischer wachsen werden als stationäre Konzepte, wenngleich dies teilweise noch auf niedrigem Niveau erfolgt.

5.4 Bestandserhebung betreuter Wohnformen

Zur Einschätzung des Ausmaßes von Tendenzen zur Verlagerung des Leistungsspektrums von stationären zu ambulanten Leistungen ist es notwendig, die Häufigkeit von Wohnformen zu erfassen, in denen eine solche Versorgung stattfinden kann und welcher Anteil von Pflegebedürftigen derzeit in einer solchen Wohnform lebt. Im Folgenden werden daher die Ergebnisse der Bestandserhebung betreuter Wohnformen mit aktuellem Stand und Zeitverlauf für ambulant betreute Wohngemeinschaften (Abschnitt 5.4.1) und betreutes Wohnen (Abschnitt 5.4.2) dargestellt. Ferner wird in Abschnitt 5.4.3 die Häufigkeit beobachteter Umwidmungen stationärer Einrichtungen in betreute Wohnformen sowie hierfür benannter Gründe berichtet. Ebenso wurden Angaben dazu erhoben, in welchen Fällen ursprünglich als betreute Wohnformen gemeldete Angebote von den Heimaufsichten als stationäre Wohnform eingestuft wurde (Abschnitt 5.4.4). Aus den gewonnenen Erkenntnissen wird in Abschnitt 5.4.5 ein Zwischenfazit gezogen.

5.4.1 Ambulant betreute Wohngemeinschaften

Zur Einordnung der Bedeutung betreuter Wohnformen im Kontext einer fortschreitenden Ausweitung der Leistungen der ambulanten Pflege in der Langzeitpflege wurde eine Erhebung des aktuellen Bestandes betreuter Wohnformen für pflegebedürftige Menschen durchgeführt. Da eine Kombination verschiedener Leistungen der Pflegeversicherung nicht allein auf ambulant betreute Wohngemeinschaften begrenzt sein muss, wurde auch das betreute Wohnen in die Erhebung eingeschlossen. Ferner wurde die historische Entwicklung der jeweiligen Wohnformen abgefragt, um zeitliche Parallelen zu veränderten Anreizen durch Gesetzesreformen herstellen zu können. Die zusammengefassten Ergebnisse sind in Tabelle 17 dargestellt.

Tabelle 17: Ergebnisse der Erhebung bei Landesbehörden und kommunalen Einrichtungen zu Anzahlen und Plätzen von ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Pflegebedürftige

Bundesland	Anzahl ambulant betreute Wohngemeinschaften				Anzahl Plätze in ambulante betreuten Wohngemeinschaften		
	gesamt	trägerorganisiert	selbstorganisiert	Anteil selbstorganisiert	trägerorganisiert	selbstorganisiert	gesamt
Baden-Württemberg	103	51	52	50,5 %	434	442	876
Bayern	300						2318
Berlin	639		639 ³			4841	4841
Brandenburg	170	170			1667		1667
Bremen	27	27	0	0,0 %	224	0	224
Hamburg	63	27	36	57,1 %	320	286	606
Hessen ¹	54						
Mecklenburg-Vorpommern	289						2293
Niedersachsen ¹	166						
Nordrhein-Westfalen ²	1579	941	638	40,4 %			
Rheinland-Pfalz	94	78	16 ⁵	17,0 %	658		658
Saarland ¹	1						
Sachsen ¹	125						
Sachsen-Anhalt	103	53	50 ⁵	48,5 %	503	487	990
Schleswig-Holstein	63	33	30 ⁵	47,6 %	299	329	628
Thüringen	115	97	18	15,7 %	1000	132	1132
Deutschland	3891	1477	1479		5105⁴	6517⁴	16233⁴

¹ Die Erhebung wurde über Einrichtungen auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte durchgeführt. Auf Grund von Antwortausfällen sind die Angaben als Mindestangaben zu betrachten;

² Die Erhebung der Wohngemeinschaften befindet sich noch in der Durchführung, nach Auskunft des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen vom 01.02.2018 sind die Zahlen als vorläufig anzusehen. Es ist von einer Mehrfachnennung bei den Einrichtungen auszugehen;

³ In Berlin werden alle Wohngemeinschaften als selbstbestimmt erachtet, es wird nicht nach Einbindung eines Trägers differenziert;

⁴ Es sind lediglich bekannte Platzzahlen berücksichtigt;

⁵ Angaben unterliegen keiner gesetzlichen Meldepflicht und sind daher als Schätzungen zu betrachten.

Datengrundlage: eigene Erhebung März–April 2017

Es konnten für alle Bundesländer Angaben erhoben werden. Bundesweit wurden dabei insgesamt 3.891 ambulant betreute Wohngemeinschaften ermittelt. Eine Differenzierung in trägerorganisierte und selbstorganisierte Wohngemeinschaften konnte in der Hälfte der Bundesländer vorgenommen werden. Die Kriterien zur Einstufung in diese Kategorien unterlagen dabei den jeweiligen Landesgesetzen, sodass keine einheitlichen Kriterien zur Abgrenzung herangezogen werden konnten.

In fünf der acht Bundesländer betrug der Anteil selbstorganisierter Wohngemeinschaften an allen ambulant betreuten Wohngemeinschaften zwischen 40 % und 60 %. In Thüringen lag der Anteil mit 15,7 % hingegen deutlich niedriger, in Bremen ist, trotz vorhandener Meldepflicht für diese Wohnformen, keine selbstorganisierte Wohngemeinschaft bekannt. Über die dargestellten Zahlen hinaus wurden von den Behörden jedoch auch solche Wohngemeinschaften benannt, die ordnungsrechtlich als (stationäre) Einrichtungen oder den (stationären) Einrichtungen gleichgestellte Wohnformen eingestuft wurden². Dies war der Fall in Brandenburg (n=105), Hessen (n=10) und Sachsen (n=5). Von einem Pflegestützpunkt in Saarland wurde – entgegen bisheriger Erkenntnisse (Klemm & Deckers 2016; Klie et al. 2017a) – die Existenz einer Wohngemeinschaft benannt.

Die Anzahl der vorhandenen Plätze konnte nicht für alle Bundesländer erhoben werden. Die elf Länder, für die dies zutraf, berichteten von 16.233 Plätzen, die auf 1.966 Wohngemeinschaften entfallen. Im Durchschnitt boten die Wohngemeinschaften in diesen Ländern somit 8,26 Plätze an. Hochgerechnet auf die Gesamtzahl von 3.891 ergäben sich für Deutschland somit 32.127 Plätze in ambulant betreuten Wohngemeinschaften. Bezogen auf die Zahl von 2.749.201 Pflegebedürftigen am 31.12.2016 (BMG 2017a) ergibt sich somit ein Versorgungsgrad von 1,2 %.

Im Vergleich zu anderen aktuellen Erhebungen, die ebenfalls die Erfassung des Bestandes von ambulant betreuten Wohngemeinschaften zum Ziel hatten, zeigen sich zum Teil deutliche Unterschiede (Tabelle 18). Während die Studie von Klie et al. (2017a) auf einer stichprobenartigen Auswahl von Regionen mit folgender intensiver eigener Recherche von Wohngemeinschaften beruht, setzten Klemm & Deckers (2016) ebenfalls auf die Angaben der Heimaufsichten. Insbesondere die Anzahl der Wohngemeinschaften in Nordrhein-Westfalen ist in der hier durchgeführten Erhebung deutlich höher. Eine entsprechende Nachfrage bei der zuständigen Behörde ergab, dass die derzeit bekannte Zahl aus Meldungen ambulanter Pflegedienste zu WGs, in denen diese Leistungen erbringen, resultiert. Insofern mehrere Pflegedienste für eine WG tätig werden, resultieren daher Mehrfachnennungen. Eine Überprüfung der gemeldeten Zahl der Wohngemeinschaften findet derzeit in NRW statt. Erst nach deren Abschluss können valide Angaben geliefert werden, in welchem Umfang es sich um Mehrfachnennungen handelt. Laut Angaben des Ministeriums sei jedoch von einem begrenzten Ausmaß auszugehen, da eine Leistungserbringung durch einen einzigen Pflegedienst effizienter und daher auch in der Regel zu erwarten sei. Die Angaben von weniger als 600 WGs für Nordrhein-Westfalen wurden hingegen als zu gering eingeschätzt.

Die zeitlich vorangehende und methodisch vergleichbare Befragung von Klemm & Deckers (2016) zeigt in den meisten Bundesländern deutlich geringere Werte als in der vorliegenden Studie. Dies kann als Hinweis auf den weiteren Ausbau von Wohngemeinschaften im Zeitverlauf interpretiert werden. Lediglich für Bremen und Brandenburg liegen die Zahlen aus dem Jahr 2016 über denen von 2017. In der hier vorliegenden Studie sind jedoch für 2017 die 105 brandenburgischen Wohngemeinschaften, die ordnungsrechtlich einer Einrichtung gleichgestellt wurden, nicht berücksichtigt. In der Studie von Klie et al. (2017a), welche mit einer anderen Erhebungsmethodik einen Anspruch auf vollständige Erfassung ambulant betreuter Wohngemeinschaften für das Jahr 2015 erhebt, liegen die errechneten Werte überwiegend über denen in dieser Studie erhobenen Anzahlen.

² Im landesspezifischen Ordnungsrecht wird der Begriff „Einrichtung“ gelegentlich auch ohne den Zusatz „stationär“ verwendet, entspricht dabei jedoch inhaltlich einem Pflegeheim.

Tabelle 18: Gegenüberstellung aktueller Erhebungen zu ambulant betreuten Wohngemeinschaften.

(1)		(2)		(3)	
Eigene Erhebung (2017)		Klie et al. (2017a)		Klemm & Deckers (2016)	
		Anzahl	Differenz =((2)-(1))/(1)	Anzahl	Differenz =((3)-(1))/(1)
Baden-Württemberg	103	105	+1,9 %	45	-56,3 %
Bayern	300	245	-18,3 %	296	-1,3 %
Berlin	639	690	+8,0 %	594	-7,0 %
Brandenburg	170	300	+76,5 %	224	+31,8 %
Bremen	27	42	+55,6 %	30	+11,1 %
Hamburg	63	35	-44,4 %	40	-36,5 %
Hessen¹	54	95	+75,9 %	14	-74,1 %
Mecklenburg-Vorpommern	289	336	+16,3 %	64	-77,9 %
Niedersachsen¹	166	165	-0,6 %	121	-27,1 %
Nordrhein-Westfalen³	1579	512	-67,6 %	543	-65,6 %
Rheinland-Pfalz	94	145	+54,3 %	90	-4,3 %
Saarland¹	1	0	-100,0 %	0	-100,0 %
Sachsen¹	125	139	+11,2 %	52	-58,4 %
Sachsen-Anhalt	103	119	+15,5 %	47	-54,4 %
Schleswig-Holstein	63	58	-7,9 %	60	-4,8 %
Thüringen	115	135	+17,4 %	70	-39,1 %
Gesamt	3891	3121	-19,79%	2290	-41,15%

¹ Die Erhebung wurde über Einrichtungen auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte durchgeführt. Auf Grund von Antwortausfällen sind die Angaben als Mindestangaben zu betrachten;

**Anzahl ambulant betreuter Wohngemeinschaften
je 10.000 Pflegebedürftige**

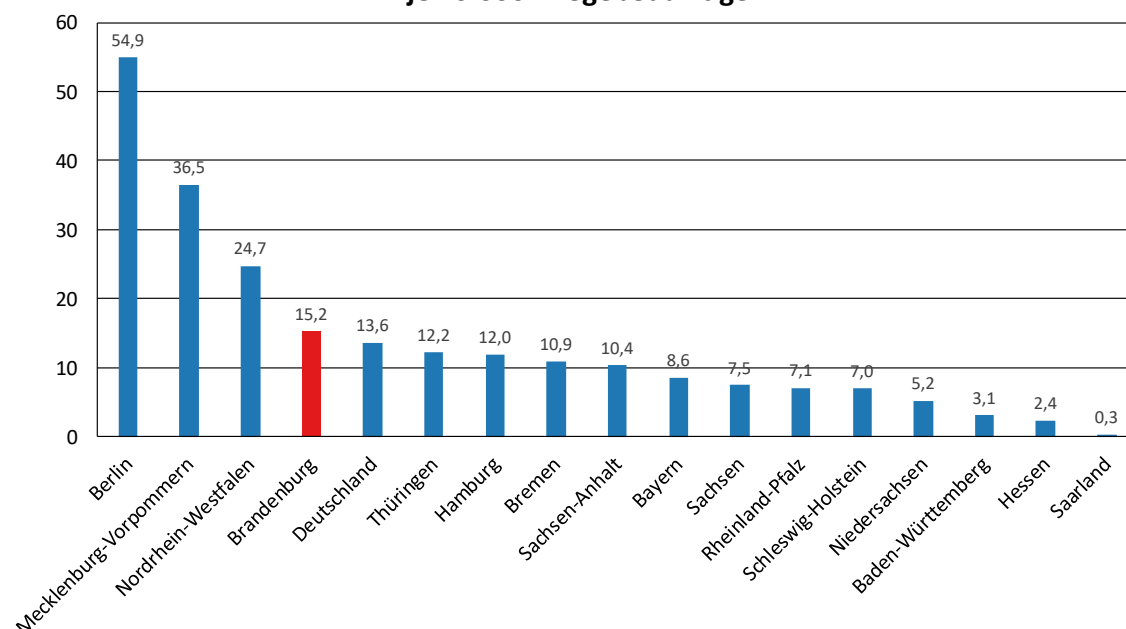


Abbildung 15: Anzahl von ambulant betreuten Wohngemeinschaften je 10.000 Pflegebedürftigen nach Bundesländern

Datengrundlagen: Wohngemeinschaften: eigene Erhebung; Pflegebedürftige: Pflegestatistik 2015

Anzahl ambulant betreuter Wohngemeinschaften

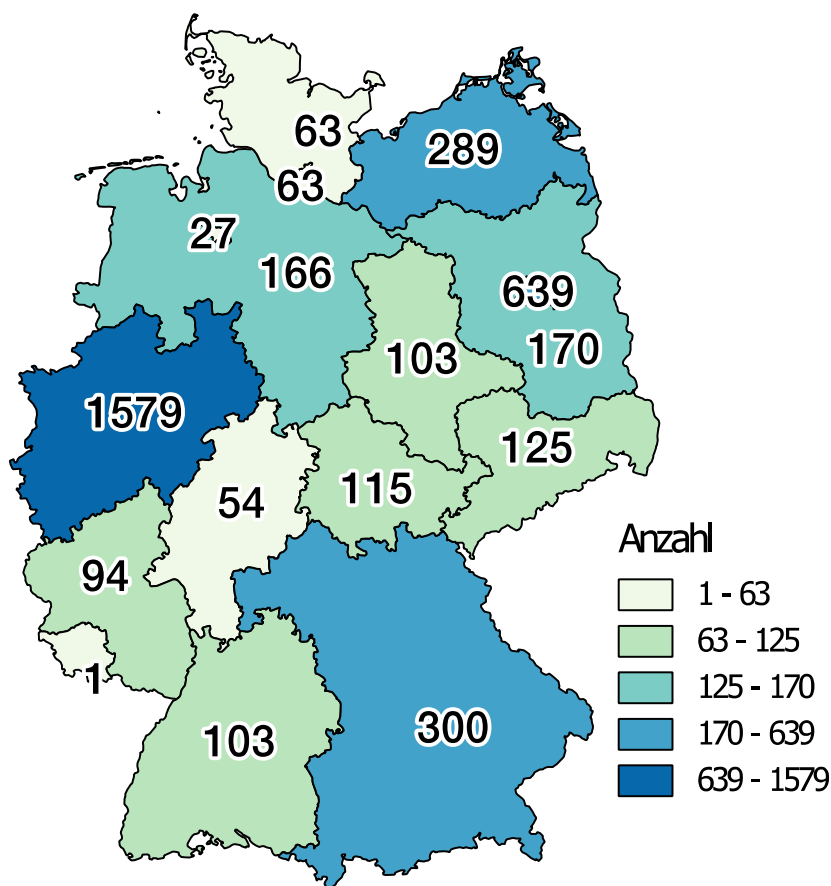


Abbildung 16: Anzahl ambulant betreuter Wohngemeinschaften nach Bundesländern

Datengrundlagen: eigene Erhebung

Bezogen auf die Anzahl der Pflegebedürftigen in den Bundesländern zeigen sich große regionale Unterschiede. Insbesondere die östlichen Bundesländer Berlin, Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg aber auch Nordrhein-Westfalen weisen eine überdurchschnittlich hohe Dichte von ambulant betreuten Wohngemeinschaften auf. Der bundesweite Durchschnitt beträgt 13,6 WGs je 10.000 Pflegebedürftige, Berlin ist Spitzenreiter mit 54,9 WGs, Hessen und das Saarland Schlusslichter mit 2,4 bzw. 0,3 Wohngemeinschaften je 10.000 Pflegebedürftige (Abbildung 15 und Abbildung 16).

Die Angaben zu verfügbaren Platzzahlen konnten lediglich für elf Bundesländer ausgewertet werden. Mit 415,8 Plätzen in WGs je 10.000 Pflegebedürftigen weist Berlin auch hier die höchste Versorgungsquote auf. Ebenfalls zeigt sich in Mecklenburg-Vorpommern mit 289,7 Plätzen eine deutlich höhere Quote als im Durchschnitt von 107,2 Plätzen je 10.000 Pflegebedürftigen bezogen auf die dargestellten Bundesländer (Abbildung 17).

**Anzahl der Plätze in ambulant betreuten Wohngemeinschaften
je 10.000 Pflegebedürftige**

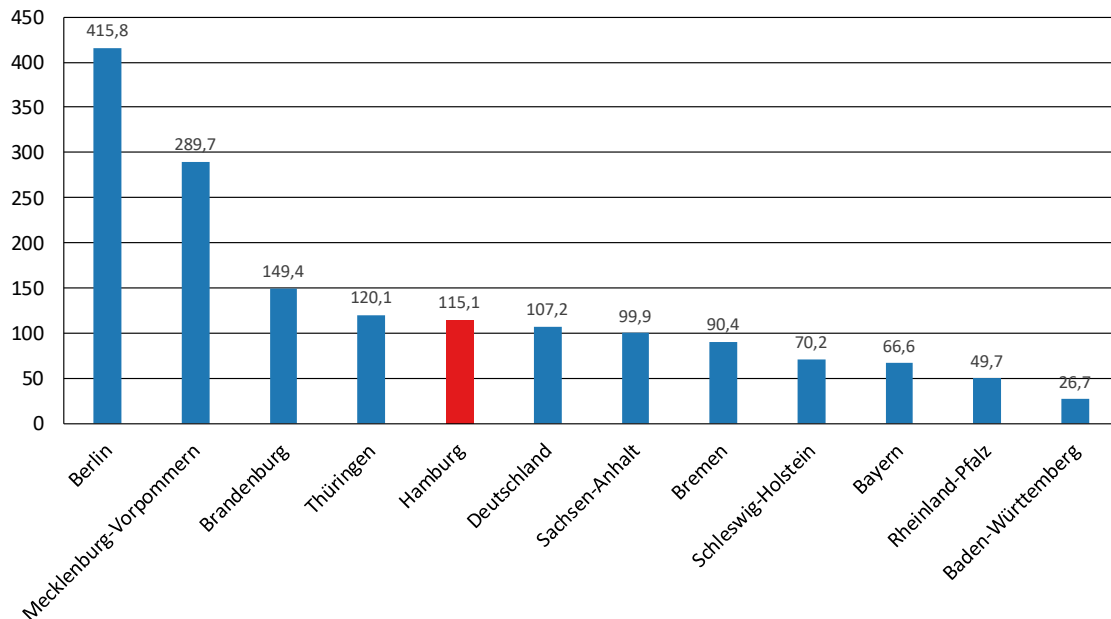


Abbildung 17: Anzahl von Plätzen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften je 10.000 Pflegebedürftigen nach Bundesländern; Deutschland-Angabe auf Basis der dargestellten Werte

Datengrundlagen: Wohngemeinschaften: eigene Erhebung bei Landesbehörden, fehlend: Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen; Pflegebedürftige: Pflegestatistik 2015

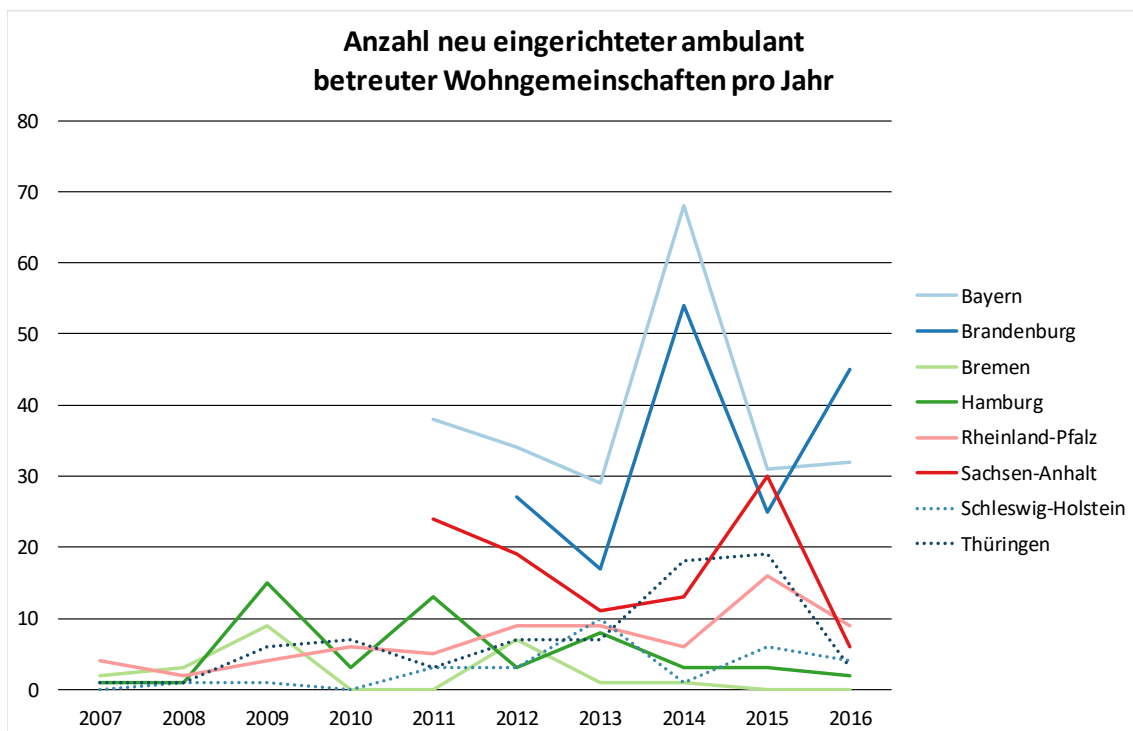


Abbildung 18: Entwicklung neu eingerichteter ambulant betreuter Wohngemeinschaften pro Jahr für Bundesländer mit verfügbaren Daten

Datengrundlage: eigene Erhebung bei Landesbehörden

Daten zur zeitlichen Entwicklung im Bereich der Wohngemeinschaften konnten lediglich in acht Bundesländern erhoben werden, dabei teilweise auch nur über einen verkürzten Zeitraum. In den Ländern Bremen, Hamburg, Schleswig-Holstein und Thüringen konnten im Jahr 2016 jeweils weniger als 5 Neugründungen verzeichnet werden. Es zeigt sich für diese Länder sowie Sachsen-Anhalt und Rheinland-Pfalz in diesem Jahr eine geringere Anzahl von Neugründungen als in den Vorjahren. Die höchste Anzahl von neu eingerichteten WGs findet sich im Jahr 2014 mit insgesamt 164 Wohngemeinschaften in diesen 8 Bundesländern, aus denen Angaben vorliegen (Abbildung 18). Die Anzahl der Wohngemeinschaften, die wieder geschlossen wurden, ist nicht bekannt. Ein eindeutiger Trend zu einer Steigerung der WG-Neugründungen zeigt sich an Hand der vorliegenden Daten nicht.

Weiterhin ist davon auszugehen, dass auch in den Bundesländern mit Anzeigepflicht weitere Wohngemeinschaften existieren, die den Behörden nicht bekannt sind. In zwei Fällen berichteten kommunale Heimaufsichten konkret, dass in ihrem Zuständigkeitsbereich Wohngemeinschaften bekannt, jedoch nicht gemeldet seien. In der Erhebung von Klie et al. (2017a), welche die eigenen hochgerechneten Ergebnisse mit Angaben aus anderweitigen Quellen verglich, zeigen sich ebenfalls Differenzen, die jedoch keine eindeutige Richtung aufweisen. Inwiefern die öffentliche Präsenz von Wohngemeinschaften und damit die Möglichkeit zum Auffinden entsprechender Angebote von den ordnungsrechtlichen Regelungen abhängig und folglich regional unterschiedlich ist, ist nicht geklärt. Schließlich erscheint es in Anbetracht divergierender Angaben wahrscheinlich, dass Wohngemeinschaften existieren, die weder den Aufsichtsbehörden noch den koordinierenden Stellen vor Ort bekannt sind.

5.4.2 Betreutes Wohnen

Im Rahmen der Befragung wurden auch Angaben zur Anzahl von betreuten Wohnanlagen (auch Service-Wohnen, Servicewohnanlagen o. ä.) sowie den darin lebenden Personen erhoben. Eine Anzeigepflicht über den Betrieb solcher Wohnformen existiert lediglich in den Bundesländern Bremen, Hamburg und Nordrhein-Westfalen. Das Land Sachsen kann auf eine Pflege-Datenbank mit durch die Landkreise und kreisfreien Städte zur Verfügung gestellten Informationen zurückgreifen, in der diese Wohnanlagen erfasst werden. In Brandenburg waren ausschließlich jene betreuten Wohnformen erfasst, welche gemäß des Brandenburgischen Pflege- und Betreuungswohngesetzes als Einrichtung oder einrichtungsgleichgestellte Wohnform eingestuft wurde.

Bezogen auf die Anzahl der Pflegebedürftigen weist Hamburg die höchste Dichte von betreutem Wohnen bzgl. der fünf Bundesländer mit verfügbaren Daten auf (Tabelle 19). Hier existieren 2,8 Wohnanlagen je 1.000 Pflegebedürftige und es leben 237,4 Personen je 1.000 Pflegebedürftigen in betreutem Wohnen. Dies entspricht etwa 84 Personen pro Anlage. In Bremen findet sich mit 2,5 betreuten Wohnanlagen je 1.000 Pflegebedürftigen zwar eine ähnlich hohe Dichte in Bezug auf die Anlagen, die Anzahl der dort lebenden Personen liegt mit 79,9 je 1.000 Pflegebedürftigen bzw. 32 Personen je betreutem Wohnen jedoch deutlich niedriger. In Sachsen und in Nordrhein-Westfalen liegen lediglich Daten zur Anzahl der Wohnanlagen vor, eine Einschätzung in Bezug auf die dort versorgten Personen ist nicht möglich. Die geringen Zahlen aus Brandenburg spiegeln die deutliche Unterschätzung des Bestandes wieder, da nur als Einrichtungen bzw. diesen gleichgestellten Wohnformen eingestufte Wohnanlagen berücksichtigt werden konnten. Ferner ist zu beachten, dass diese Wohnformen auch von nicht-pflegebedürftigen Personen genutzt werden, sodass eine Bezugnahme lediglich auf Pflegebedürftige nicht uneingeschränkt aussagekräftig in Bezug auf den Versorgungsgrad ist.

Tabelle 19: Ergebnisse der Befragung bei Landesbehörden zu betreutem Wohnen für Bundesländer mit entsprechenden Angaben

	Anzahl Anlagen für betreutes Wohnen	In betreutem Wohnen le- bende Perso- nen	Pflegebedürftige im Bundesland	Betreute Wohn- anlagen je 1.000 Pflegebedürftige	In betreutem Wohn- en lebende Perso- nen je 1.000 Pfl- egebedürftige
Brandenburg ¹	24	927	111.595	0,22	8,31
Bremen	62	1.980	24.787	2,50	79,88
Hamburg	149	12.500	52.649	2,83	237,42
Nordrhein-Westfalen	757		638.103	1,19	
Sachsen ²	468		166.792	2,81	

¹ Es handelt sich lediglich um betreutes Wohnen, welches als Einrichtung eingestuft wird (Anteil für Serviceleistung an der Miete übersteigt 20 %);

² Es besteht keine Meldepflicht, Angaben entstammen einer von den Landkreisen und kreisfreien Städten gepflegten Datenbank

Datengrundlage: Betreutes Wohnen: eigene Erhebung (März–April 2017); Pflegebedürftige: Pflegestatistik 2015)

5.4.3 Umwidmung stationärer Einrichtungen

Im Hinblick auf die Verbreitung ambulant betreuter Wohngemeinschaften wurde vermutet, dass sie von Seiten der Anbieter als eine geringer regulierte und besser vergütete Alternative zu stationären Einrichtungen angesehen werden (BIVA 2015; CAREkonkret 2015a). Damit bestünde nicht nur ein Anreiz dafür, neue Wohnanlagen als ambulant betreuten Wohnformen zu konzeptionieren, sondern auch bestehende Einrichtungen in ambulant betreute Wohngemeinschaften umzuwidmen.

Im Rahmen der Befragung der Landesbehörden wurde erhoben, ob ordnungsrechtlichen Umwidmungen bestehender stationärer Einrichtungen in jegliche Art von betreuten Wohnformen von den Aufsichtsbehörden beobachtet werden konnten.

Es zeigte sich, dass solche Umwidmungen in 14 der 16 Bundesländer stattgefunden haben und den Behörden bekannt sind (Tabelle 20). Einzig in Berlin und Nordrhein-Westfalen, die mit einer ansonsten hohen Dichte ambulant betreuter Wohngemeinschaften aufwarten, war dies nicht der Fall. Dieses Phänomen erscheint damit zunächst einmal nicht regional begrenzt aufzutreten. Dennoch bewegt sich die Anzahl der Fälle je Bundesland durchgängig im einstelligen Bereich. Bei mehreren Fällen von Umwidmungen, wie in Sachsen-Anhalt, wurde zudem von den Befragten mehrfach ergänzend angegeben, dass es sich vor allem um einzelne Träger handeln würde, die jeweils mehrere Einrichtungen umgewidmet hätten. Dementsprechend wurde häufig auch von „Einzelfällen“ gesprochen. Eine Historie solcher Umwidmungen konnte von sechs Bundesländern dargestellt werden. Der erste Fall wurde hier für das Jahr 2012 angegeben. Ferner wurden von einigen Befragten in den kommunalen Heimaufsichten bzw. Pflegestützpunkten und Koordinierungsstellen auch angedachte Umwidmungen von Einrichtungen genannt, die bisher noch nicht vollzogen seien. Auch hier handelte es sich lediglich um einzelne Fälle je Bundesland.

Tabelle 20: Anzahl berichteter Umwidmungen von stationären Einrichtungen in ambulant betreute Wohnformen

Bundesland	Umwidmung beo- bachtet	Anzahl der Fälle
Baden-Württemberg	Ja	k. A.
Bayern	Ja	k. A.
Berlin	Nein	
Brandenburg	Ja	„Einzelfälle“
Bremen	Ja	k. A.
Hamburg	Ja	1
Hessen	Ja	2
Mecklenburg-Vorpommern	Ja	1
Niedersachsen ¹	Ja	5
Nordrhein-Westfalen	Nein	
Rheinland-Pfalz	Ja	2
Saarland ¹	Ja	1
Sachsen	Ja	2
Sachsen-Anhalt	Ja	6
Schleswig-Holstein	Ja	1
Thüringen	Ja	4
Gesamt		25

k. A.: keine Angaben verfügbar; ¹ Angaben stammen aus Befragung der Heimaufsichten bzw. Pflegestützpunkte

Datengrundlage: Eigene Erhebung

Neben Umwidmungen in ambulant betreute Wohngemeinschaften wurden auch Umwidmungen stationärer Einrichtungen in ein betreutes Wohnen berichtet. In einem Fall wurde auch der Weg einer Umwandlung einer Einrichtung zunächst in eine Wohngemeinschaft und zu einem späteren Zeitpunkt in ein betreutes Wohnen beschrieben.

Die gegenüber den befragten Stellen benannten Gründe für die Umwidmungen bezogen sich häufig auf allgemeine finanzielle Vorteile durch eine bessere Vergütung der Pflege- und Betreuungsleistungen. Darüber hinaus wurden jedoch folgende Aspekte bei vollzogenen oder geplanten Umwidmungen stationärer Einrichtungen angeführt:

- Probleme mit der Einhaltung der ordnungsrechtlichen Vorgaben, auch auf Grund veränderter rechtlicher Grundlagen und auslaufender Übergangsfristen;
- Umwidmung als Möglichkeit zur Umgehung einer Fachkraftquote bei Problemen mit der Gewinnung von Fachkräften;
- Verbesserung der Pflege und Betreuung durch bessere Finanzierung und folgend bessere Personalausstattung und
- häufig kleine Einrichtung mit weniger als 20 Plätzen.

Weiterhin wurde in einzelnen Fällen die Umwidmung mit gleichzeitigem Umbau der Einrichtungen, beispielsweise um Küchenzeilen in einzelnen Zimmern, mit dem Ziel einer ambulanten Abrechnung der Pflegeleistungen begründet. Dies ist vor allem in Anbetracht der Unabhängigkeit der zu schließenden Versorgungsverträge gem. § 72 SGB XI von der ordnungsrechtlichen Einstufung einer Wohnform bemerkenswert. Da den Aufsichtsbehörden lediglich die ordnungsrechtlichen Umwidmungen bekannt sind, kann nicht abgeleitet werden, in welchem Umfang dort als stationär eingestufte Einrichtungen ambulante Pflegeleistungen nach §§ 36, 38 SGB XI abrechnen.

5.4.4 Einstufung betreuter Wohnformen als stationäre Einrichtungen

Im Umkehrschluss berichteten die zuständigen Landesbehörden aus neun Bundesländern jedoch auch, dass im Rahmen von Prüfungen in betreuten Wohnformen festgestellt wurde, dass diese ordnungsrechtlich als stationäre Einrichtung einzustufen seien bzw. die ordnungsrechtlichen Regelungen für stationäre Einrichtungen Anwendung fänden. Die am häufigsten benannten Gründe der Heimaufsichtsbehörden, die zu einer veränderten Einstufung führten waren:

- Die Wahlfreiheit der Bewohnerinnen und Bewohner in Bezug auf die Leistungserbringer war rechtlich oder tatsächlich nicht gegeben. Zu den Gründen für eine solche Beurteilung zählte sowohl die vertragliche Festlegung auf einen bestimmten Pflegedienst in Verbindung mit dem gemieteten Wohnraum als auch anderweitige Verbindungen wie
 - eine sehr deutliche Bewerbung eines bestimmten Pflegedienstes bei Vertragsabschluss zum Bezug der WG,
 - die starke Abhängigkeit der WG von einem Pflegedienst, auch ohne dass eine allgemeine vertragliche Regelung bestand, beispielsweise in Intensiv-WGs,
 - ein umfassendes Leistungsangebot (Pflege, Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung) durch einen einzelnen Anbieter oder
 - ein hoher Kostenanteil für geringfügige Serviceleistungen.
- Die Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner war nicht in ausreichendem Maße gewahrt, welches sich in
 - einer Bestimmung der Tagesstruktur und Abläufe durch den Träger der Wohngemeinschaft oder
 - nicht funktionierende Gremien der Bewohnerinnen und Bewohner zur Organisation der WG, insbesondere in Intensiv-WGs, manifestierte.

5.4.5 Zwischenfazit

Die Bestandserhebung verdeutlicht den Mangel verfügbarer, valider Daten zu ambulant betreuten Wohnformen in Deutschland. Auf Grund unterschiedlicher ordnungsrechtlicher Regelungen zur Anzeigepflicht ambulant betreuter Wohngemeinschaften und von betreuten Wohnanlagen kann nicht davon ausgegangen werden, dass die erhobenen Daten zwischen den Bundesländern problemlos vergleichbar sind.

Die vollständigsten Angaben konnten für *ambulant betreute Wohngemeinschaften* erhoben werden. Hier zeigt sich bei der eigenen Erhebung in der Summe mit 3.891 Wohngemeinschaften ein höheres Ergebnis als in bisherigen Erhebungen (Klemm & Deckers 2016; Klie et al. 2017a). Dieses Ergebnis ist allerdings auf Grund einer noch nicht abgeschlossenen Bereinigung der Daten in Nordrhein-Westfalen mit Unsicherheit behaftet. Auch unter Berücksichtigung starker regionaler Schwankungen, sowohl in absoluten Zahlen als auch in Relation zur Anzahl der Pflegebedürftigen, zeigt sich jedoch die geringe Verbreitung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften. Lediglich etwas mehr als 1 % aller Personen mit einem leistungsrechtlichen Versorgungsanspruch werden in ambulant betreuten Wohngemeinschaften versorgt.

Deutlich verbreiteter ist dagegen die *Wohnform des betreuten Wohnens*, die jedoch nicht zwingend nur von Pflegebedürftigen genutzt wird. Hier zeigt sich deutschlandweit eine Versorgungsdichte von 100 Wohneinheiten in betreutem Wohnen je 1.000 Pflegebedürftige. Da auch Personen ohne Leistungsansprüche gegen die Pflegeversicherung betreut wohnen, liegt die Versorgungsquote damit unter 10 %. Die Datenlage präsentiert sich – vor allem auf Grund einer geringeren ordnungsrechtlichen Regulierung dieses Bereiches – jedoch noch deutlich schlechter.

Eine Interpretation der *zeitlichen Entwicklung* erweist sich aufgrund der unbefriedigenden Datenlage als schwierig. Es steht zu vermuten, dass beide hier dargestellten Wohnformen, die ambulanten Wohngemeinschaften ebenso wie das betreute Wohnen, im Zeitverlauf eine weitere Verbreitung finden, jedoch kann das Ausmaß des Wachstums mit den hier vorliegenden Daten nicht quantifiziert werden.

Umwidmungen stationärer Einrichtungen in ambulant betreute Wohnformen konnten nur in Einzelfällen belegt werden. Neben der Umgehung bestimmter Vorgaben des Ordnungsrechtes scheint vor allem die höhere Vergütung der Pflege- und Betreuungsleistungen in ambulant betreuten Wohnformen ein bedeutender Grund für Umwidmungen zu sein. Ein ambulanter Versorgungsvertrag muss nicht zwingend mit einer ordnungsrechtlichen Umwidmung einhergehen. In welchem Umfang lediglich ein ambulanter Versorgungsvertrag geschlossen wurde, ohne die ordnungsrechtliche Einstufung als stationäre Einrichtung aufzugeben, konnte nicht ermittelt werden.

5.5 Analyse der BARMER-Routinedaten

Mit Hilfe der BARMER Routinedaten lassen sich Muster bei der Inanspruchnahme von Leistungen des SGB XI beobachten, die in Zusammenhang mit Ambulantisierungstrends stehen können. Zentrale empirische Fragen, denen wir in diesem Abschnitt nachgehen, sind:

- Gibt es einen Trend zu ambulanten Pflegeformen, insbesondere die Inanspruchnahme von Pflegesach- und Kombinationsleistungen?
- Gibt es einen Trend zur Inanspruchnahme von Pflegesach- und Kombinationsleistungen in Verbindung mit teilstationären Leistungen und/oder Wohngruppenzuschlag?
- Gibt es einen Trend zu Wechseln aus vollstationärer Dauerpflege in ambulante Pflegeformen, gekennzeichnet durch die Inanspruchnahme von Pflegesach- und Kombinationsleistungen sowie teilstationären Leistungen und/oder Wohngruppenzuschlag nach Beendigung der vollstationären Leistung nach § 43 SGB XI?

Der durch die Routinedaten erfasste Beobachtungszeitraum umfasst die Jahre 2012 bis 2016 und schließt damit die Effekte des 2013 in Kraft getretenen Pflege-Neuausrichtungsgesetzes und des ersten Pflegestärkungsgesetzes, das 2015 in Kraft trat, ein. Um einen potenziellen Einfluss der demographischen Alterung auf das Inanspruchnahmeverhalten zu kontrollieren, wurden die Ergebnisse auf die Alters- und Geschlechterstruktur des Jahres 2015 standardisiert.

Die BARMER-Daten enthalten nur in eng begrenztem Umfang unmittelbare Informationen über das spezifische Pflegesetting „ambulant betreutes Wohnen“. Aus dem Muster der Inanspruchnahme von Leistungen des SGB XI können dennoch relevante und interessante Informationen zur Fragestellung der Ambulantisierung gewonnen werden.

Unmittelbare Rückschlüsse auf die Verbreitung von ambulant betreuten Wohnformen lassen sich aus der Inanspruchnahme des *Wohngruppenzuschlags nach § 38a SGB XI* ziehen, der mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz zum 30. Oktober 2012 eingeführt und mit dem PSG I neu gefasst wurde. Gemäß der Fassung nach dem PSG I haben Wohngemeinschaften von 3 bis maximal 12 Bewohner/innen Anspruch auf einen Wohngruppenzuschlag, der in aller Regel zusammen mit Pflegesach- und Kombinationsleistungen abgerufen wird, wenn bestimmte Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. Eine dieser Anspruchsvoraussetzungen ist, dass „eine Person durch die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten“ (§ 38a Abs. 1. Satz 1 Ziffer 3 SGB XI). Zudem wird der

Wohngruppenzuschlag nur dann gewährt, wenn „keine Versorgungsform einschließlich teilstationärer Pflege vorliegt, in der ein Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen“ (§ 38a Abs. 1. Satz 1 Ziffer 4 SGB XI). Grundsätzlich ist vorgesehen, dass im Rahmen einer solchen ambulant betreuten Wohngemeinschaft auch eigene Ressourcen der Pflegebedürftigen und die ihres sozialen Umfelds aktiviert werden. Überdies ist mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz die gemeinsame Inanspruchnahme von Wohngruppenzuschlag und teilstationären Leistungen unter den Vorbehalt einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung gestellt worden. Diese Regelung trat allerdings erst am 1. Januar 2017 in Kraft und hat auf die hier präsentierten Daten bis 2016 nur insoweit einen Effekt als dass Pflegekonzepte, die eine Kombination von Wohngruppen und teilstationären Leistungen boten, eventuell schon im Hinblick auf das zukünftige Inkrafttreten dieser Regelung aufgegeben wurden.

Ferner ist aus den Leistungsdaten eine ambulant betreute Wohngruppe ersichtlich, wenn die *Anschubfinanzierung nach § 45e SGB XI* geltend gemacht wird. Weiterführende Indizien zur Verbreitung von ambulant betreuten Wohngruppen liefert die Anschubfinanzierung nach § 45e SGB XI jedoch nicht, weil die Leistung nur gewährt wird, wenn ein Anspruch auf den zuvor beschriebenen Wohngruppenzuschlag besteht. Der Gesamtbetrag der Anschubfinanzierung ist auf 10.000 Euro je Wohngruppe begrenzt. Außerdem ist die Gesamtförderhöhe der Leistung auf 30 Millionen Euro beschränkt.

Darüber hinaus können ambulant betreute Wohnformen auch vorliegen, wenn kein Wohngruppenzuschlag in Anspruch genommen wird. Zum einen sind hier Formen des betreuten Wohnens zu nennen, in denen Pflegebedürftige zusätzlich einen Pflegedienst für Pflegesachleistungen beauftragen. Zum anderen sind Pflegewohngemeinschaften zu berücksichtigen, die auf den Wohngruppenzuschlag verzichten oder die Voraussetzungen für den Bezug nicht erfüllen. Dies kann unter anderem der Fall sein, wenn die freie Wählbarkeit der Betreuungs- oder Pflegeleistungen eingeschränkt ist oder ein Leistungsumfang zugesichert wird, der einer vollstationären Pflege entspricht.

Ambulant betreute Wohnformen setzen professionelle Pflegeleistungen voraus, so dass Pflegesach- oder Kombinationsleistungen (§ 36 und § 38 SGB XI) in Anspruch genommen werden. Daher werden zunächst die Prävalenzen für diese Leistungsform betrachtet und untersucht, wie sich diese relativ zu Pflegegeld und vollstationärer Versorgung entwickeln. Des Weiteren nutzen ambulant betreute Wohnformen neben Pflegesach- und Kombinationsleistungen parallel Pflege und Betreuung durch teilstationäre Angebote (§ 41 SGB XI), in der Regel Tagespflege. Daher werden neben dem Wohngruppenzuschlag auch Entwicklungen der *gemeinsamen Inanspruchnahme von Pflegesach- und Kombinationsleistungen mit teilstationären Leistungen und/oder dem Wohngruppenzuschlag* berichtet. Dabei lassen die Individualdaten bei einer Inanspruchnahme ohne Wohngruppenzuschlag keine direkten Schlussfolgerungen auf ambulant betreute Wohnformen zu. Ein deutliches Wachstum in diesem Bereich kann aber als ein Indiz für die Entwicklung innovativer Konzepte in diesem Bereich gewertet werden.

In einem weiteren Schritt werden analog zu Prävalenzen Entwicklungen bei den Neueintritten in Pflegebedürftigkeit betrachtet. Die *Inzidenzen* reagieren sensibler auf neue Entwicklungen und lassen abschätzen, ob in Zukunft eine beschleunigte Zunahme der untersuchten Leistungsarten zu erwarten ist.

Schließlich sollen die *Wechsel aus vollstationärer Versorgung in Pflegesachleistungen sowie teilstationärer Leistungen und/oder Wohngruppenzuschlag* gemessen werden. Dieser Ansatz bildet am direktesten „Ambulantisierungstrends“ ab. Auch hier bleibt die Motivlage der individuellen Pflegeverläufe im Dunkeln. Zudem kann nicht davon ausgegangen werden, dass es sich bei den Wechseln um eine

Ambulantisierung von stationären Einrichtungen handelt. Die Beendigung der vollstationären Dauerpflege mit einem Wechsel in eine andere Pflegeform ist allerdings ein eher ungewöhnliches Ereignis, dem unterschiedliche Ursachen zugrunde liegen können. Dies kann sowohl eine Verbesserung der Situation der/s Pflegebedürftigen sein, so dass die Pflege in der eigenen Häuslichkeit wieder möglich ist, als auch eine Verschlechterung der Situation, die Angehörige dazu bewegt, die/den Pflegbedürftige/n bis zum Tod in der eigenen Häuslichkeit zu pflegen. Zudem können sich die Bedingungen auf Seiten der Angehörigen ändern, so dass sich die Betreuung und Pflege in der oft präferierten ambulanten Form organisieren lässt. Solche Motive sollten aber im Zeitverlauf konstante und eher seltene Wechselereignisse hervorrufen. Eine merkliche Zunahme der Wechsel interpretieren wir deshalb als Hinweis auf neue ambulante Pflegekonzepte, die einen der vollstationären Pflege vergleichbaren Leistungsumfang bieten.

5.5.1 Pflegeformen für prävalente Fälle

Zunächst ist für die Fragestellung „Ambulantisierung“ zu untersuchen, wie sich die Inanspruchnahme von Pflegesach- und Kombinationsleistungen entwickelt hat. Ambulant betreute Wohnformen setzen die Einbindung professioneller Pflege voraus. Ein Trend zu solchen Pflegeformen sollte sich mithin in der Zunahme von Pflegesach- und Kombinationsleistungen, bei gleichzeitiger Reduzierung des Anteils der Geldleistungen und der Leistungen bei vollstationärer Pflege, bemerkbar machen. Somit sollten die Prävalenzen der Inanspruchnahme von Pflegesach- und Kombinationsleistungen relativ zu den Prävalenzen von Pflegegeld und vollstationärer Dauerpflege steigen.

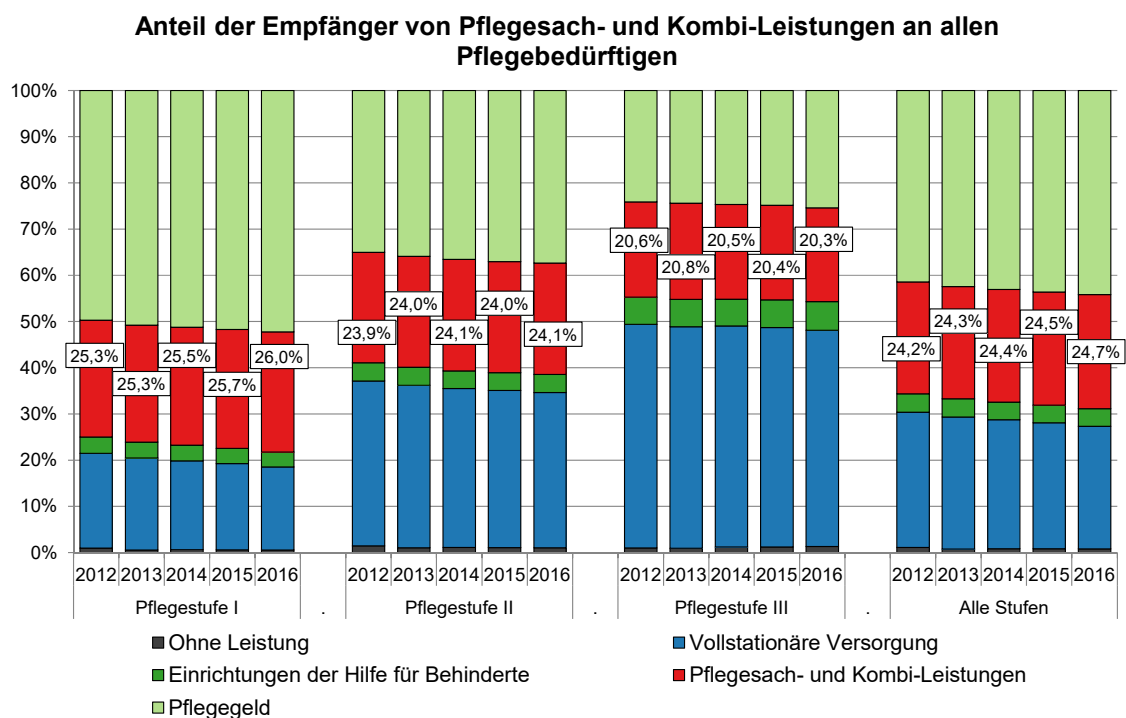


Abbildung 19: Anteil der Pflegebedürftigen nach Leistungsarten

Abbildung 19 zeigt den Anteil der Empfänger von Pflegegeld, Pflegesach- und Kombinationsleistungen sowie Pflegebedürftige in vollstationärer Versorgung als Anteil aller Pflegebedürftigen. Nachrichtlich sind Pflegebedürftige in Einrichtungen für Behinderte und sonstige Empfänger aufgeführt. Die Entwicklungen der Jahre 2012 bis 2016 werden zugleich für unterschiedliche Pflegestufen berichtet.

Anhand dieser Daten lässt sich ein „Ambulantisierungstrend“ nur in dem Sinne nachweisen, dass der Anteil der Pflegebedürftigen in vollstationärer Versorgung leicht und kontinuierlich zugunsten ambulanter Leistungsarten rückläufig ist. Der Anteil der Pflegebedürftigen im Heim nimmt im Betrachtungszeitraum über alle Pflegestufen hinweg ab. Dies geht allerdings mit einem entsprechend steigenden Anteil der Pflegegeldempfänger einher. Über den hier betrachteten Zeitverlauf nimmt also die traditionelle häusliche Pflege durch Angehörige zu. Auch hier findet die Entwicklung in allen Pflegestufen statt. Dahingegen lassen sich für die Inanspruchnahme von Pflegesach- und Kombinationsleistungen kaum Veränderungen feststellen. Über alle Stufen hinweg lässt sich nur ein schwaches Wachstum von 24,2 % auf 24,7 % messen. In Pflegestufe I fällt das Wachstum etwas stärker aus, in Pflegestufe III ist ein leichter Rückgang zu beobachten.

Eine deutlich zunehmende Inanspruchnahme von Pflegesach- und Kombinationsleistungen lässt sich anhand der Prävalenzen nicht ablesen. Gegebenenfalls müssen hier die Inzidenzen Aufschluss darüber geben, ob ein Ambulantisierungstrend zukünftig zu erwarten ist (vgl. Abschnitt 5.5.2) und sich lediglich noch nicht in den Prävalenzen niederschlägt. Zunächst sollen aber die Empfänger von Pflegesach- und Kombinationsleistungen dahingehend näher untersucht werden, ob und wie sie gemeinsam mit teilstationären Leistungen oder dem Wohngruppenzuschlag in Anspruch genommen werden.

Tabelle 21: Pflegebedürftige mit Pflegesach- und Kombinationsleistungen sowie Wohngruppenzuschlag und/oder teilstationären Leistungen

Alle Pflegestufen	2012	2013	2014	2015	2016
nur Pflegesach- und Kombileistungen	546.431	541.994	544.579	547.920	555.440
- mit WG-Zuschlag ohne teilstationäre Leistungen	425	9.535	11.907	12.899	13.156
- mit teilstationäre Leistungen ohne WG-Zuschlag	23.635	27.990	31.537	39.157	48.354
- mit teilstationäre Leistungen und mit WG-Zuschlag	39	877	1.071	1.598	2.176
Pflegestufe I	2012	2013	2014	2015	2016
nur Pflegesach- und Kombileistungen	311.356	315.400	321.459	329.974	340.246
- mit WG-Zuschlag ohne teilstationäre Leistungen	110	2.652	3.341	3.436	3.713
- mit teilstationären Leistungen ohne WG-Zuschlag	9.754	11.126	12.600	16.414	21.205
- mit teilstationären Leistungen und mit WG-Zuschlag	10	232	242	401	546
Pflegestufe II	2012	2013	2014	2015	2016
nur Pflegesach- und Kombileistungen	172.023	166.797	165.295	161.692	160.894
- mit WG-Zuschlag ohne teilstationäre Leistungen	208	4.329	5.262	5.817	5.885
- mit teilstationäre Leistungen ohne WG-Zuschlag	10.541	12.722	14.305	17.253	20.458
- mit teilstationäre Leistungen und mit WG-Zuschlag	20	392	487	755	1.042
Pflegestufe III	2012	2013	2014	2015	2016
nur Pflegesach- und Kombileistungen	63.052	59.797	57.825	56.253	54.299
- mit WG-Zuschlag ohne teilstationäre Leistungen	106	2.553	3.305	3.647	3.559
- mit teilstationäre Leistungen ohne WG-Zuschlag	3.339	4.142	4.632	5.489	6.691
- mit teilstationäre Leistungen und mit WG-Zuschlag	9	253	342	441	588

Tabelle 21 berichtet die hochgerechnete Zahl der Pflegebedürftigen mit Pflegesach- und Kombinationsleistungen. Im Vordergrund steht aber hier die *gemeinsame Inanspruchnahme dieser Leistungen mit dem Wohngruppenzuschlag und/oder teilstationären Leistungen*. Der 2012 eingeführte Wohngruppenzuschlag ist ein direkter Beleg für ambulant betreute Wohnformen. Eine gemeinsame Inanspruchnahme von Pflegesach- und Kombinationsleistungen mit teilstationären Leistungen kann auf solche Wohnformen hinweisen, lässt sich jedoch auch im Rahmen der traditionellen häuslichen Pflege vorfinden.

Insgesamt steigt die Zahl der Empfänger von *Pflegesach- und Kombileistungen* von 546.431 auf 555.440 mit einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum³ von 0,4 %. Bei der Inanspruchnahme des *Wohngruppenzuschlags* ist ein Einführungseffekt zu beobachten. Die Zahlen für Pflegebedürftige in Wohngruppen mit Inanspruchnahme des Zuschlags steigen nach Einführung am 30. Oktober 2012 im Folgejahr auf 9.535 an, was dem mehr als 22fachen des Wertes für 2012 entspricht. Anschließend zeigen sich abnehmende Wachstumsraten von etwa 25 % (2014), 8 % (2015) und 2 % (2016). *Teilstationäre Leistungen* (ohne Wohngruppenzuschlag) werden 2016 von 48.354 Pflegebedürftigen in Anspruch genommen. Auch hier zeigt sich ein deutliches durchschnittliches jährliches Wachstum von knapp 20 % von 2012 bis 2016. Insgesamt verdoppelt sich die Inanspruchnehmerzahl dabei von 2012 bis 2016. Entscheidende Anreize wurden dabei schon vor dem hier zur Verfügung stehenden Beobachtungszeitraum durch die verbesserten Anrechnungsregelungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes im Jahr 2008 gesetzt. Eine weitere Leistungsverbesserung im Rahmen des Ersten Pflegestärkungsgesetzes, das seit 2015 eine abschlagsfreie Inanspruchnahme teilstationärer Leistungen mit Pflegesachleistungen ermöglicht, führt zu einem Wachstumsschub in den Jahren 2015 und 2016. Der Anstieg von 31.537 (2014) auf 39.157 (2015) und anschließend 48.354 (2016) entspricht einem Wachstum von jeweils rund 24 %. Zuvor lagen die Wachstumsraten bei knapp 13 % (2014) bzw. 18,4 % (2013).

Schließlich zeigt sich bei der *Kombination von Wohngruppenzuschlag mit teilstationären Leistungen* sowohl der Einführungseffekt im Anschluss an das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz mit einem schnellen Anstieg auf 877 Fälle als auch die Effekte einer verbesserten Anrechnung im Rahmen des Ersten Pflegestärkungsgesetzes, das 2015 zu einem Wachstum von rund 50 % führte. Die Gesamtzahl dieser Kombination von Leistungen bleiben aber mit 2.176 für das gesamte Bundesgebiet im Jahr 2016 vernachlässigbar .

In allen Pflegestufen findet man für Versorgungsformen mit Wohngruppenzuschlag einen Einführungseffekt mit hohen Wachstumsraten, der auch damit verbunden ist, dass der Zuschlag erst seit Ende Oktober 2012 wahrgenommen werden konnte und somit für 2012 nur zwei Monate abgebildet werden. Während die Zahl der Pflegebedürftigen mit *Wohngruppenzuschlag* 2016 in Pflegestufe I immerhin noch um 8,1 % auf 3.713 wächst, steigen die Zahlen in Pflegestufe II nur noch um 1,2 % und gehen in Pflegestufe III um 2,4 % auf 3.559 Fälle zurück. *Wohngruppenfälle in Verbindung mit teilstationären Leistungen* zeigen höhere jährliche Wachstumsraten von mehr als 30 % im Anschluss an die Einführung, also von 2013-2016. Dabei ist für Pflegestufen I und II ein besonders hohes Wachstum in 2015 zu beobachten. In Pflegestufe III macht sich die verbesserte Anrechnung teilstationärer Leistungen bei Beziehen des Wohngruppenzuschlags weniger stark bemerkbar. Auch bei Pflegebedürftigen, die *teilstationäre Leistungen ohne den Wohngruppenzuschlag* wahrnehmen, finden sich in Pflegestufe I die deutlichsten Anstiege infolge des PSG I. Über den betrachteten Zeitraum 2012 bis 2016 liegen die jährlichen Wachstumsraten mit 21,4 % (Pflegestufe I), 18 % (Pflegestufe II) und 19 % (Pflegestufe III) nahe beieinander.

³ Die jährlichen durchschnittlichen Wachstumsraten sind durchgängig als geometrisches Mittel berechnet.

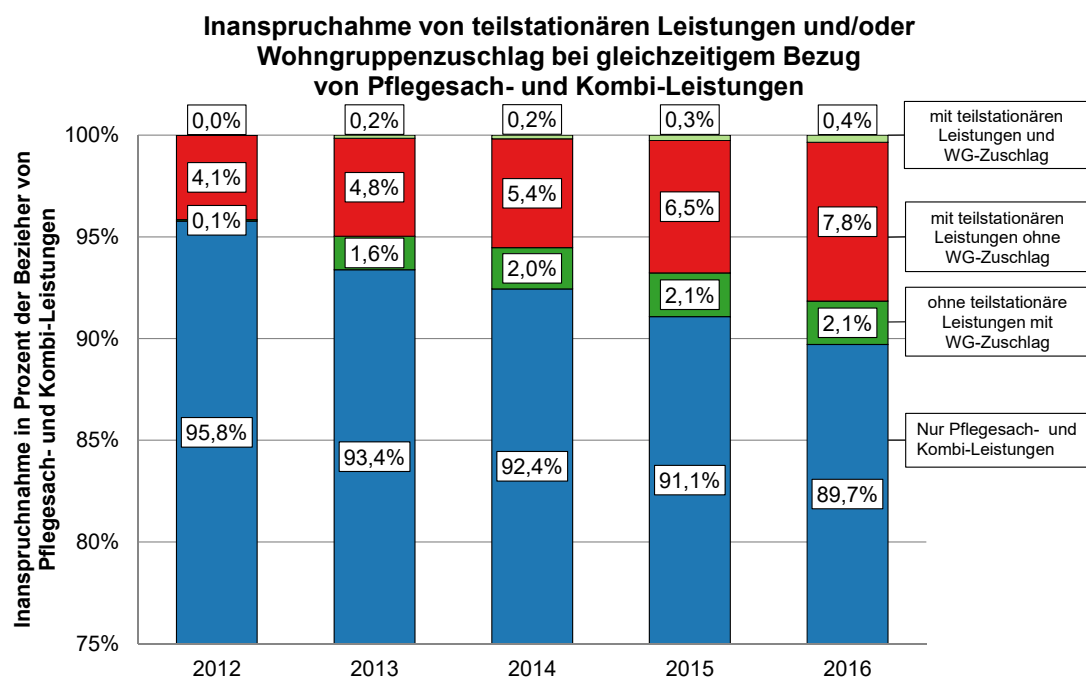


Abbildung 20: Pflegebedürftige mit Pflegesach- und Kombinationsleistungen sowie Wohngruppenzuschlag und/oder teilstationären Leistungen in Prozent aller Pflegesach- und Kombinationsleistungsempfänger

Die deutlichen Anstiege von teilstationären Leistungen und Wohngruppenzuschlag starten von relativ niedrigen Inanspruchnahmeraten. Auch 2016 nehmen noch knapp 90 % der Empfänger von Pflegesach- und Kombinationsleistungen ausschließlich diese Leistungen in Anspruch. Abbildung 20 zeigt die prozentuale Verteilung der hier untersuchten Leistungen. Der Wohngruppenzuschlag wird 2016 von 2,5 % der Sach- und Kombinationsleistungsempfänger geltend gemacht. 0,4 % nehmen gleichzeitig teilstationäre Leistungen wahr. Die Inanspruchnahmequoten ergänzender teilstationärer Leistungen – in der Regel Tagespflege – wachsen von 4,1 % auf 8,2 % bzw. 7,8 %.

Eine Aufschlüsselung nach *Pflegestufen* (Tabelle 22) zeigt, dass teilstationäre Leistungen oder der Wohngruppenzuschlag zu höheren Anteilen von Pflegestufen II und III in Anspruch genommen werden. Während in Pflegestufe I noch 93 % der entsprechenden Leistungsempfänger ausschließlich Pflegesach- und Kombinationsleistungen in Anspruch nehmen, trifft dies in Pflegestufe III nur auf 83,4 % der hier betrachteten Gruppe zu. Über die Jahre zeigt sich in allen Pflegestufen ein kontinuierlicher Wachstumstrend der Kombination mit teilstationären Leistungen und/ oder Wohngruppenzuschlag. Für die kommenden Jahre kann bei gleichen leistungs- und ordnungsrechtlichen Rahmenbedingungen von einem weiteren Anstieg der Kombination mit teilstationären Leistungen mit Pflegesachleistungen ausgegangen werden. Der gleichzeitige Bezug des WG-Zuschlags wird aufgrund der Neuregelung des § 38a SGB XI jedoch erschwert, so dass für diese Versorgungsform eine rückläufige Entwicklung erwartet werden muss.

Tabelle 22: Pflegebedürftige mit Pflegesach- und Kombinationsleistungen sowie Wohngruppenzuschlag und/oder teilstationären Leistungen in Prozent aller Pflegesach- und Kombinationsleistungsempfänger nach Pflegestufen

Alle Pflegestufen	2012	2013	2014	2015	2016	%-Punktdifferenz 2012-16
Nur Pflegesach- und Kombileistungen	95,8%	93,4%	92,4%	91,1%	89,7%	-6,1%
- mit WG-Zuschlag ohne teilstationäre Leistungen*	0,1%	1,6%	2,0%	2,1%	2,1%	2,0%
- mit teilstationären Leistungen ohne WG-Zuschlag	4,1%	4,8%	5,4%	6,5%	7,8%	3,7%
- mit teilstationären Leistungen und mit WG-Zuschlag*	0,0%	0,2%	0,2%	0,3%	0,4%	0,4%
Pflegestufe I	2012	2013	2014	2015	2016	2012-16
Nur Pflegesach- und Kombileistungen	96,9%	95,7%	95,2%	94,2%	93,0%	-3,9%
- mit WG-Zuschlag ohne teilstationäre Leistungen*	0,0%	0,8%	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%
- mit teilstationären Leistungen ohne WG-Zuschlag	3,0%	3,4%	3,7%	4,7%	5,8%	2,8%
- mit teilstationären Leistungen und mit WG-Zuschlag*	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Pflegestufe II	2012	2013	2014	2015	2016	2012-16
Nur Pflegesach- und Kombileistungen	94,1%	90,5%	89,2%	87,2%	85,5%	-8,6%
- mit WG-Zuschlag ohne teilstationäre Leistungen*	0,1%	2,3%	2,8%	3,1%	3,1%	3,1%
- mit teilstationären Leistungen ohne WG-Zuschlag	5,8%	6,9%	7,7%	9,3%	10,9%	5,1%
- mit teilstationären Leistungen und mit WG-Zuschlag*	0,0%	0,2%	0,3%	0,4%	0,6%	0,6%
Pflegestufe III	2012	2013	2014	2015	2016	2012-16
Nur Pflegesach- und Kombileistungen	94,8%	89,6%	87,5%	85,5%	83,4%	-11,4%
- mit WG-Zuschlag ohne teilstationäre Leistungen*	0,2%	3,8%	5,0%	5,5%	5,5%	5,3%
- mit teilstationären Leistungen ohne WG-Zuschlag	5,0%	6,2%	7,0%	8,3%	10,3%	5,3%
- mit teilstationären Leistungen und mit WG-Zuschlag*	0,0%	0,4%	0,5%	0,7%	0,9%	0,9%

*Der WG-Zuschlag wurde erst am 30. Oktober 2012 eingeführt.

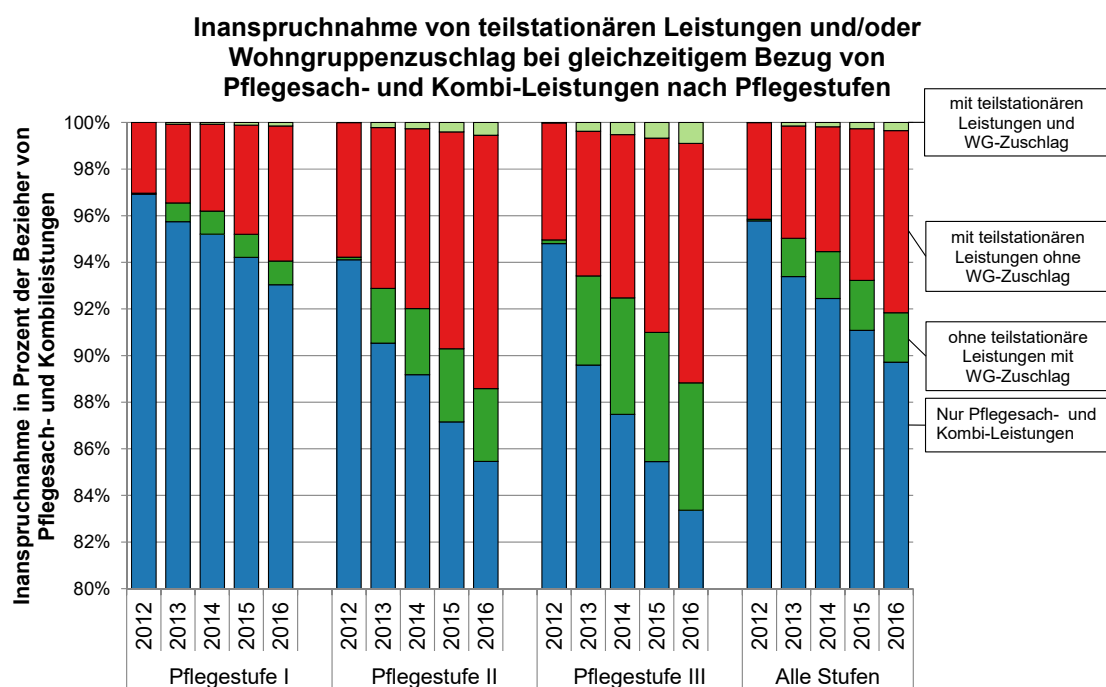


Abbildung 21: Pflegebedürftige mit Pflegesach- und Kombinationsleistungen sowie Wohngruppenzuschlag und/oder teilstationären Leistungen in Prozent aller Pflegesach- und Kombinationsleistungsempfänger nach Pflegestufen

Die Betrachtung der Prävalenzen zeigt, dass die Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen, die eine Komponente ambulant betreuter Wohnformen darstellen, *keinen Wachstumstrend* aufweist. Die Inanspruchnahme des Wohngruppenzuschlags, der *Pflege-Wohngemeinschaften* kennzeichnet, belegt die wachsende Prävalenz dieser Wohnform, zeigt aber auch deren bislang geringe Verbreitung. Die Inanspruchnahme *teilstationärer Leistungen* in Kombination mit Pflegesachleistung, die ebenfalls als eine Komponente ambulanter Wohnformen ausgemacht wurden, nimmt an Bedeutung zu und betrifft immerhin knapp 8 % der Sachleistungsbezieher. Das Wachstum findet allerdings von niedrigem Ausgangsniveau statt, so dass sich bislang keine deutlichen Verschiebungen bemerkbar machen. Um abzuschätzen, ob zukünftig deutlichere Trends zu erwarten sind, werden nachfolgend Inzidenzen ausgewertet, die sensibler auf neue Entwicklungen reagieren.

5.5.2 Pflegeformen für inzidente Fälle

Analog zu den beschriebenen prävalenten Fällen unterschiedlicher Leistungsarten sollen in diesem Abschnitt Inzidenzen berichtet werden. Zunächst wird die Entwicklung der Pflegesach- und Kombinationsleistungen in Relation zur vollstationären Pflege und Pflegegeld dargestellt. Anschließend werden die Beziehenden von Pflegesach- und Kombinationsleistungen näher untersucht und es wird die gleichzeitige Inanspruchnahme von Wohngruppenzuschlag und/oder teilstationären Leistungen bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit ausgewertet.

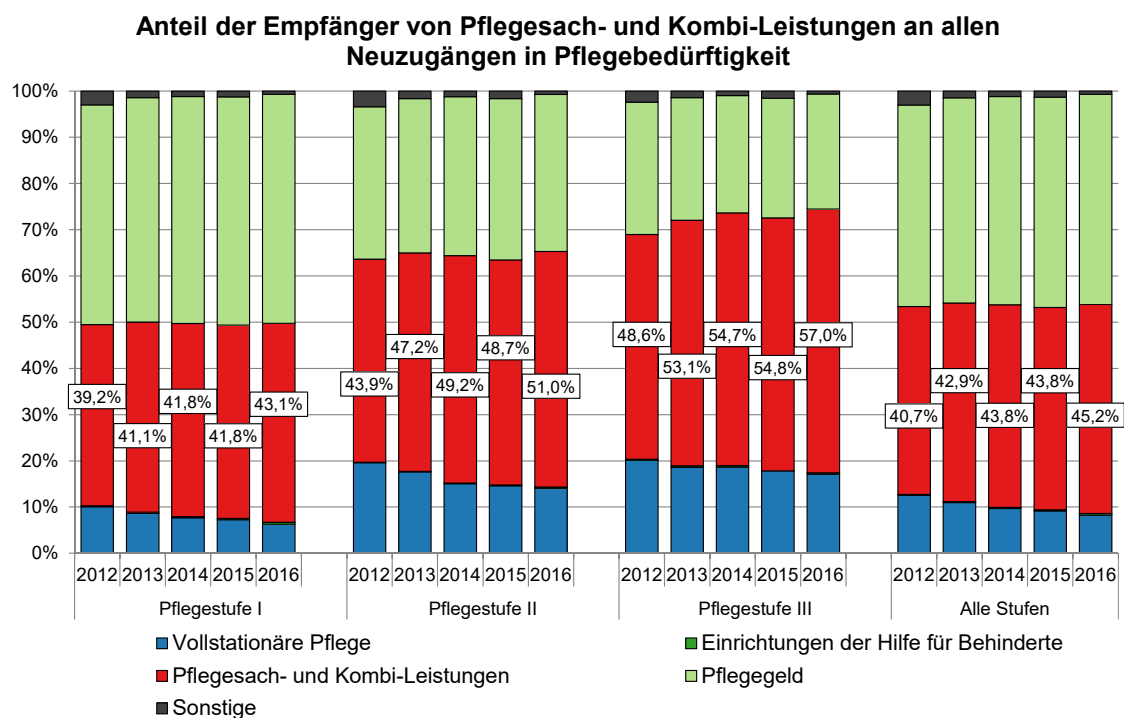


Abbildung 22: Anteil der Neuzugänge in Pflege nach Leistungsart

Abbildung 22 zeigt die Leistungsarten bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit. Im Vergleich zu den Prävalenzen nimmt hier die vollstationäre Pflege einen geringeren und Pflegesachleistungen einen deutlich höheren Anteil ein. Vor allem bei einer Einordnung in Pflegestufen II und III ist häufig professionelle Unterstützung gefragt, wie sich an den vergleichsweise hohen Anteilen der Pflegesachleistungen ablesen lässt. Im Zeitverlauf zeigt sich nun im Gegensatz zu den Prävalenzen eine wachsende Bedeutung der Pflegesachleistungen. Für alle Pflegebedürftigen wächst der Anteil der Sach- und Kombinationsleis-

tungsbezieher von knapp 41 % im Jahr 2012 auf 45,2 % im Jahr 2016. Während der Anteil der Pflegegeldbezieher über alle Stufen hinweg stabil bleibt, gehen die Neueintritte in vollstationäre Versorgung von rund 13 % (2012) auf etwa 8 % (2016) zurück. Die Inzidenzen zeigen also einen *Ambulantisierungstrend durch die Verschiebung der Leistungsanteile von vollstationärer Versorgung zu Pflegsachleistungen*. Während die Entwicklungen in Pflegestufe I dem Gesamttrend folgen, wächst der Anteil der Sach- und Kombinationsleistungsbezieher bei Pflegestufen II und III nicht nur zu Lasten der vollstationären Versorgung, sondern geht zudem einher mit einem Rückgang des Anteils der Pflegegeldbezieher.

Tabelle 23: Neuzugänge in Pflege mit Pflegesach- und Kombinationsleistungen sowie Wohngruppenzuschlag und/oder teilstationären Leistungen nach Pflegestufe

Alle Pflegestufen	2012	2013	2014	2015	2016
Nur Pflegesach- und Kombileistungen	21.048	23.025	22.905	23.882	23.521
- mit WG-Zuschlag ohne teilstationäre Leistungen	4	71	91	82	88
- mit teilstationäre Leistungen ohne WG-Zuschlag	367	425	411	653	769
- mit teilstationäre Leistungen und WG-Zuschlag	0	6	8	8	12
Pflegestufe I	2012	2013	2014	2015	2016
Nur Pflegesach- und Kombileistungen	15.043	16.490	16.404	17.266	17.139
- mit WG-Zuschlag ohne teilstationäre Leistungen	4	51	59	54	60
- mit teilstationären Leistungen ohne WG-Zuschlag	278	327	313	518	602
- mit teilstationären Leistungen und WG-Zuschlag	0	3	3	8	7
Pflegestufe II	2012	2013	2014	2015	2016
Nur Pflegesach- und Kombileistungen	4.761	5.244	5.188	5.209	5.011
- mit WG-Zuschlag ohne teilstationäre Leistungen	0	16	24	24	24
- mit teilstationäre Leistungen ohne WG-Zuschlag	77	86	90	117	154
- mit teilstationäre Leistungen und WG-Zuschlag	0	2	5	1	5
Pflegestufe III	2012	2013	2014	2015	2016
Nur Pflegesach- und Kombileistungen	1.244	1.291	1.313	1.408	1.371
- mit WG-Zuschlag ohne teilstationäre Leistungen	0	4	8	4	4
- mit teilstationäre Leistungen ohne WG-Zuschlag	12	12	8	18	13
- mit teilstationäre Leistungen und WG-Zuschlag	0	0	0	0	0

Tabelle 23 zeigt die absoluten Werte für Inzidenzen mit den ausgewiesenen Leistungskombinationen. Dabei wurde für die Eintritte ein dreimonatiges Zeitfenster betrachtet, um Wartezeiten bei der Inanspruchnahme der Leistungen zu berücksichtigen. Erwartungsgemäß nehmen die Eintritte in Pflegebedürftigkeit mit *Beanspruchung von Sachleistung* auch absolut zu. Überwiegend finden die Eintritte mit Pflegestufe I statt. Die Inanspruchnahme des *Wohngruppenzuschlags* bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit ist relativ selten. Auf Basis der BARMER-Daten werden nur 100 Fälle geschätzt, davon 12 mit gleichzeitiger Inanspruchnahme teilstationärer Leistungen. Überwiegend finden auch hier die Eintritte mit Pflegestufe I statt.

Die Zahl der Neueintritte in *Pflegesach- und Kombileistungen* wächst mit durchschnittlich rund 2,8 % jährlich. Demgegenüber entwickelt sich die zusätzliche Inanspruchnahme von *Wohngruppenzuschlag* und teilstationären Leistungen dynamischer. Nach dem Einführungseffekt kann ein jährliches Wachstum von 7,4 % von 2013 bis 2016 gemessen werden. Für diesen Zeitraum liegen die Wachstumsraten zwischen 5 % und 35 % bei Pflegestufen I und II. Für Pflegestufe III gibt es kaum Fälle. Hier sind Eintritte in Wohngemeinschaften oder teilstationäre Leistungen äußerst selten. Wenn ein Neueintritt in Pflegebedürftigkeit mit einer Eingruppierung in Pflegestufe III erfolgt, liegen vermutlich schwerwiegende Krankheitsereignisse vor, die einen Zugang zu Wohngemeinschaften oder die Kombination Pflegesachleistung und Tagespflege nahezu ausschließen.

Neuzugänge in Pflegebedürftigkeit mit Pflegesach- und Kombi-Leistungen sowie teilstationären Leistungen und/oder Wohngruppenzuschlag

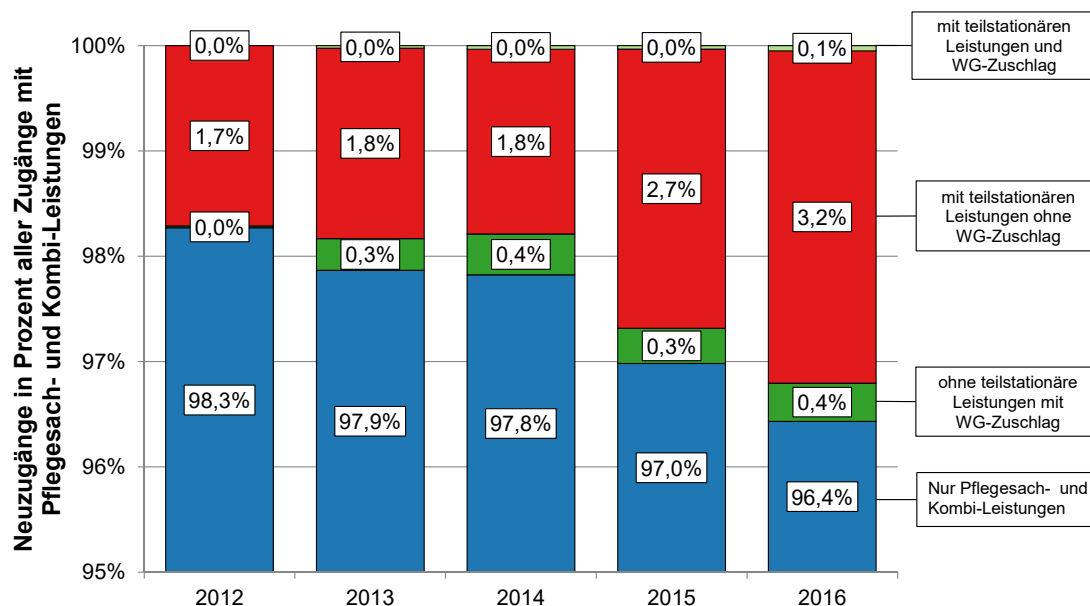


Abbildung 23: Neuzugänge in Pflege mit Pflegesach- und Kombinationsleistungen sowie Wohngruppenzuschlag und/oder teilstationären Leistungen in Prozent der Neuzugänge mit Pflegesach- und Kombinationsleistungen

Abbildung 23 berichtet die *prozentuale Verteilung der Inzidenzen*. Weit überwiegend finden Eintritte in Pflegebedürftigkeit ausschließlich mit Pflegesachleistungen statt ohne eine weitere Kombination mit Zusatzleistungen. Im Jahr 2016 sind noch 96,4 % der Eintritte ohne Zusatzleistungen, auch wenn sich vor allem der Anteil der Kombinationen mit teilstationären Leistungen von 1,7 % auf 3,2 % im Lauf des Beobachtungszeitraums nahezu verdoppelt hat. Der stärkste Wachstumsschub ist dabei dem Jahr 2015 zuzuschreiben. Dies kann durch die bereits angesprochenen verbesserten Anrechnungsmöglichkeiten teilstationärer Leistungen im Rahmen des Ersten Pflegestärkungsgesetzes begründet sein. Neueintritte in Pflegebedürftigkeit mit Wohngruppenzuschlag stagnieren nach anfänglichem Wachstum bei 0,4 %.

Tabelle 24 berichtet die prozentuale Verteilung der Inzidenzen für verschiedene Pflegestufen und Abbildung 24 veranschaulicht die Entwicklung der Inzidenzen.

Tabelle 24: Neuzugänge in Pflege mit Pflegesach- und Kombinationsleistungen sowie Wohngruppenzuschlag und/oder teilstationären Leistungen in Prozent der Neuzugänge mit Pflegesach- und Kombinationsleistungen nach Pflegestufe

Alle Pflegestufen	2012	2013	2014	2015	2016	%-Punktdifferenz 2012-16
Nur Pflegesach- und Kombileistungen	98,3%	97,9%	97,8%	97,0%	96,4%	-1,9%
- mit WG-Zuschlag ohne teilstationäre Leistungen	0,0%	0,3%	0,4%	0,3%	0,4%	0,4%
- mit teilstationäre Leistungen ohne WG-Zuschlag	1,7%	1,8%	1,8%	2,7%	3,2%	1,5%
- mit teilstationäre Leistungen und WG-Zuschlag	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%
Pflegestufe I	2012	2013	2014	2015	2016	
Nur Pflegesach- und Kombileistungen	98,2%	97,7%	97,8%	96,8%	96,2%	-2,0%
- mit WG-Zuschlag ohne teilstationäre Leistungen	0,0%	0,3%	0,4%	0,3%	0,3%	0,3
- mit teilstationären Leistungen ohne WG-Zuschlag	1,8%	1,9%	1,9%	2,9%	3,4%	1,6%
- mit teilstationären Leistungen und WG-Zuschlag	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Pflegestufe II	2012	2013	2014	2015	2016	
Nur Pflegesach- und Kombileistungen	98,4%	98,0%	97,8%	97,3%	96,5%	-1,9%
- mit WG-Zuschlag ohne teilstationäre Leistungen	0,0%	0,3%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%
- mit teilstationäre Leistungen ohne WG-Zuschlag	1,6%	1,6%	1,7%	2,2%	3,0%	1,4%
- mit teilstationäre Leistungen und WG-Zuschlag	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%
Pflegestufe III	2012	2013	2014	2015	2016	
Nur Pflegesach- und Kombileistungen	99,0%	98,8%	98,8%	98,4%	98,8%	-0,2%
- mit WG-Zuschlag ohne teilstationäre Leistungen	0,0%	0,3%	0,6%	0,3%	0,3%	0,3%
- mit teilstationäre Leistungen ohne WG-Zuschlag	1,0%	0,9%	0,6%	1,3%	1,0%	0,0%
- mit teilstationäre Leistungen und WG-Zuschlag	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

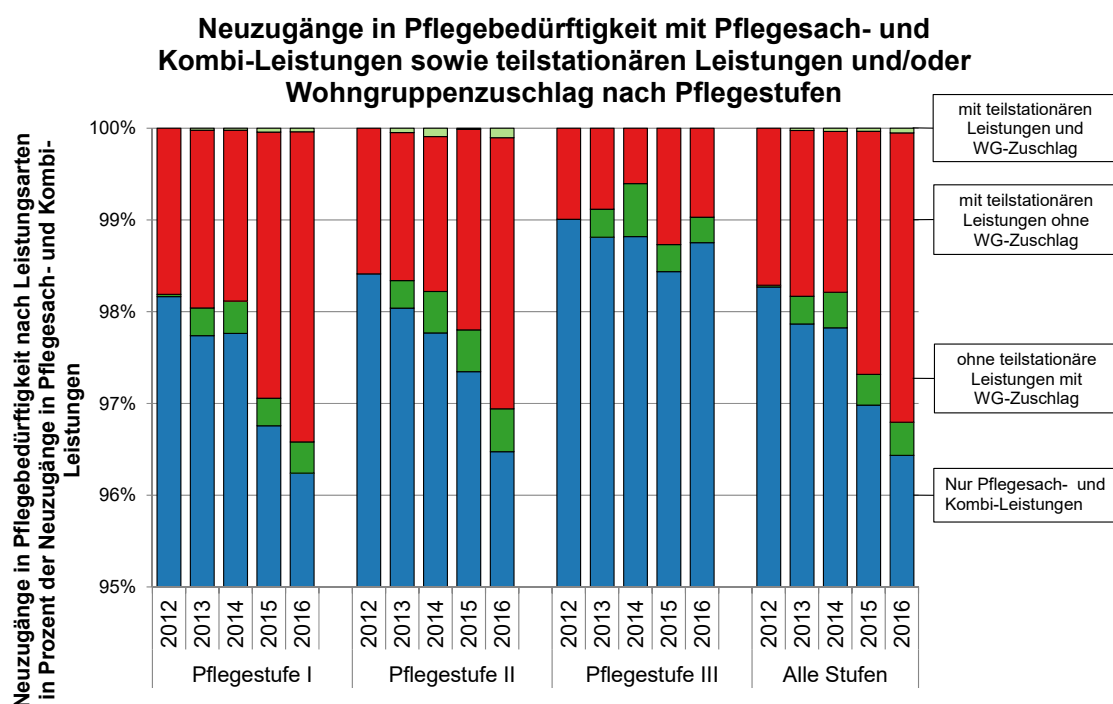


Abbildung 24: Neuzugänge in Pflege mit Pflegesach- und Kombinationsleistungen sowie Wohngruppenzuschlag und/oder teilstationären Leistungen in Prozent der Neuzugänge mit Pflegesach- und Kombinationsleistungen nach Pflegestufe

Pflegestufen I und II entwickeln sich analog zu den bereits besprochenen Zahlen für alle Pflegestufen. In Pflegestufe I sind teilstationäre Leistungen etwas ausgeprägter, bei Pflegestufe II der Wohngruppenzuschlag. In Pflegestufe III werden die Zusatzleistungen bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit deutlich seltener nachgefragt.

Insgesamt weisen die Inzidenzen auf *stärkere Ambulantisierungstrends* im Sinne einer stärkeren Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen zu Lasten vollstationärer Leistungen im Zeitverlauf hin. Die Zusatzleistungen sind jedoch schwächer ausgeprägt als dies noch bei den Prävalenzen zu beobachten war. Dennoch ist auch bei den Inzidenzen eine Dynamik bei teilstationären Leistungen infolge des ersten Pflegestärkungsgesetzes deutlich sichtbar.

Prävalenzen wie Inzidenzen betrachten Ambulantisierung als stärkere Inanspruchnahme ambulanter Leistungen im Zeitverlauf, bilden also unterschiedliche Wachstumsdynamiken ab. Dahingegen zeigen die nachfolgend zu besprechenden Wechsel aus vollstationärer Versorgung in ambulante Pflegeformen Ambulantisierung auf individueller Ebene.

5.5.3 Wechsel aus vollstationärer Pflege in ambulante Pflegeformen

Wechsel aus vollstationärer Dauerpflege in ambulante Pflegeformen bilden Ambulantisierungstrends auf individueller Ebene ab. Die Routinedaten geben dabei keine Auskunft über die Motive und Rahmenbedingungen der Wechsel. Wechsel können sowohl in ambulant betreute Wohnformen erfolgen als auch in die eigene Häuslichkeit und die Pflege durch Angehörige mit professioneller Unterstützung. Lediglich Wechsel in ambulante Pflege mit Wohngruppenzuschlag geben Auskunft über die Pflegeform. Ferner können die Wechsel ebenso aus individuellen Entscheidungen der Pflegebedürftigen oder ihrer Vertreter erfolgen als auch im Rahmen der Entscheidung von stationären Einrichtungen, ihr Angebot in eine ambulante Versorgung umzuwidmen. Abbildung 25 veranschaulicht die absoluten jährlichen Wechsel aus stationärer Dauerpflege in Pflegesach- und Kombinationsleistungen ggfs. mit Wohngruppenzuschlag und/oder teilstationären Leistungen.

Jährlich finden annähernd 16.000 Wechsel aus vollstationärer Pflege in die verschiedenen hier berichteten Pflegeformen statt. Von 2012 auf 2013 lässt sich eine Zunahme beobachten. Anschließend bleiben die absoluten Zahlen weitgehend konstant. Die meisten Wechsel erfolgen in Pflegeformen, die ausschließlich Pflegesach- und Kombinationsleistungen beanspruchen. Dies kann sowohl Übergänge in die eigene Häuslichkeit, in betreutes Wohnen oder andere ambulant betreute Wohnformen anzeigen, die keine weiteren Leistungen vorsehen. Gleichzeitig ist zu beobachten, dass die Wechsel in Pflegeformen mit teilstationären Leistungen zunehmen. Von rund 1.000 Wechseln im Jahr 2012 steigen die Zahlen auf knapp 1.600 (einschließlich der Kombination teilstationär mit Wohngruppenzuschlag) im Jahr 2016. Auch die Übergänge in Wohngemeinschaften, die den Wohngruppenzuschlag in Anspruch nehmen, haben sich seit 2013 verdoppelt. Die Wechsel bleiben aber in Relation zur Zahl der stationär versorgten Pflegebedürftigen marginal.

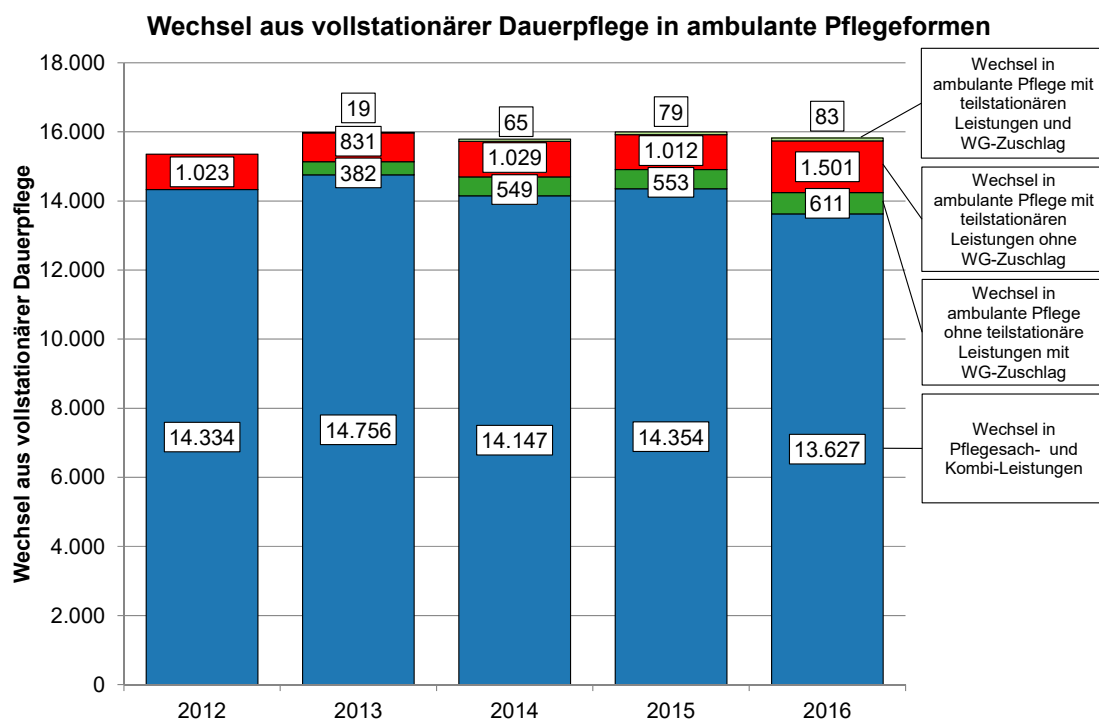


Abbildung 25: Wechsel aus vollstationärer Dauerpflege in Pflegesach- und Kombinationsleistungen sowie Wohngruppenzuschlag und/oder teilstationäre Leistungen

Tabelle 25 listet die geschätzten Wechsel pro Jahr nach Pflegestufen getrennt auf. Etwas über die Hälfte der Wechsel sind in Pflegestufe I zu beobachten, ein Drittel in Pflegestufe II und rund 12 % in Pflegestufe III. Insgesamt gewinnen dabei die Wechsel mit Zusatzleistungen im Zeitverlauf an Bedeutung, was sich auch in der prozentualen Verteilung der Pflegeformen niederschlägt.

Tabelle 25: Wechsel aus vollstationärer Dauerpflege in ambulante Pflegeformen nach Pflegestufe

Alle Pflegestufen	2012	2013	2014	2015	2016
Nur Pflegesach- und Kombileistungen	14.334	14.756	14.147	14.354	13.627
- mit WG-Zuschlag ohne teilstationäre Leistungen	0	382	549	553	611
- mit teilstationäre Leistungen ohne WG-Zuschlag	1.023	831	1.029	1.012	1.501
- mit teilstationäre Leistungen und mit WG-Zuschlag	0	19	65	79	83
Pflegestufe I	2012	2013	2014	2015	2016
Nur Pflegesach- und Kombileistungen	7.889	7.570	7.754	7.888	7.747
- mit WG-Zuschlag ohne teilstationäre Leistungen	0	101	200	180	232
- mit teilstationären Leistungen ohne WG-Zuschlag	228	236	240	291	476
- mit teilstationären Leistungen und mit WG-Zuschlag	0	19	10	12	34
Pflegestufe II	2012	2013	2014	2015	2016
Nur Pflegesach- und Kombileistungen	4.633	5.074	4.560	4.677	4.455
- mit WG-Zuschlag ohne teilstationäre Leistungen	0	206	244	291	285
- mit teilstationäre Leistungen ohne WG-Zuschlag	562	471	507	521	660
- mit teilstationäre Leistungen und mit WG-Zuschlag	0	0	17	58	10
Pflegestufe III	2012	2013	2014	2015	2016
Nur Pflegesach- und Kombileistungen	1.812	2.112	1.833	1.789	1.425
- mit WG-Zuschlag ohne teilstationäre Leistungen	0	75	104	82	94
- mit teilstationäre Leistungen ohne WG-Zuschlag	233	125	282	200	366
- mit teilstationäre Leistungen und mit WG-Zuschlag	0	0	37	10	39

Abbildung 26 zeigt die prozentuale Verteilung der Wechsel aus vollstationärer Pflege. 2012 waren in gut 93 % der Fälle ambulante Pflegesach- und Kombinationsleistungen ohne weitere Zusatzleistungen das Ziel der Wechsel in ambulante Pflegeformen. Der Wohngruppenzuschlag, der erst Ende Oktober 2012 eingeführt wurde, hatte noch keine Bedeutung. Übergänge in ambulante Pflegeformen mit teilstationären Leistungen nahmen dementsprechend knapp 7 % ein. Bis 2016 wuchsen die Wechsel in ambulante Pflegeformen mit Zusatzleistungen deutlich, nur noch rund 86 % der Wechsel erfolgen in ausschließlichen Bezug von Pflegesach- und Kombinationsleistungen. Der Anteil der Pflegeformen mit Wohngruppenzuschlag als Ziel der Wechsel stieg von 2,5 % auf 4,4 %, der Anteil der Konstellationen mit teilstationären Leistungen von knapp 7 % auf 10 % (einschließlich der Kombination teilstationär und Wohngruppenzuschlag). Die gestiegene finanzielle Attraktivität von Pflegeformen mit teilstationären Leistungen macht sich hier erst 2016 und nicht schon 2015, wie in den bisher berichteten Daten, bemerkbar.

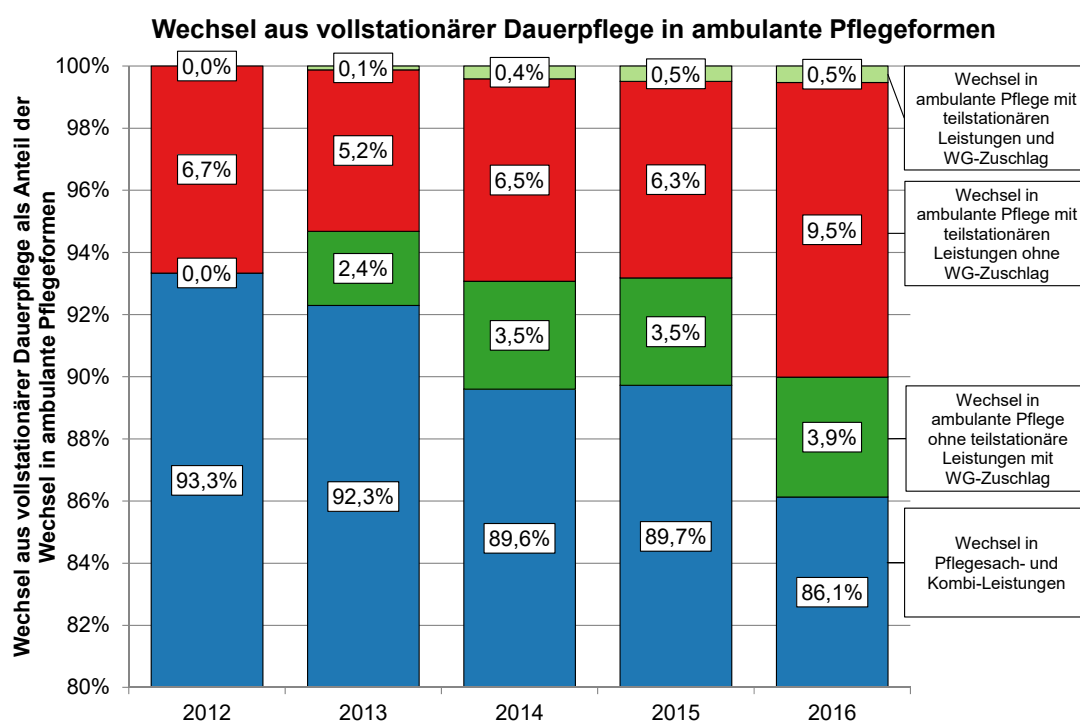


Abbildung 26: Wechsel aus vollstationärer Dauerpflege in Pflegesach- und Kombinationsleistungen sowie Wohngruppenzuschlag und/oder teilstationäre Leistungen in Prozent aller Wechsel in Pflegesach- und Kombinationsleistungen

Eine Aufgliederung nach Pflegestufen (Tabelle 26) zeigt, dass Wechsel von Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I seltener auf Pflegeformen mit Zusatzleistungen zielen. Wechsel in den höheren Pflegestufen kombinieren häufiger Pflegesachleistungen mit teilstationären Leistungen, aber auch dem Wohngruppenzuschlag. Im Zeitverlauf gewinnen die Wechsel in Pflegeformen mit Zusatzleistungen aus Tagespflege und/oder Wohngruppenzuschlag an Bedeutung, wobei die Fallzahlen insgesamt und gegenüber Wechseln in reine Pflegesach- und Kombinationsleistungen gering bleiben. Abbildung 27 veranschaulicht die in Tabelle 26 berichteten prozentualen Werte.

Tabelle 26: Wechsel aus vollstationärer Dauerpflege in ambulante Pflegeformen in Prozent aller Wechsel in Pflegesach- und Kombinationsleistungen

Alle Pflegestufen	2012	2013	2014	2015	2016	%-Punktdifferenz 2012-16
Nur Pflegesach- und Kombileistungen	93,3%	92,3%	89,6%	89,7%	86,1%	-7,2%
- mit WG-Zuschlag ohne teilstationäre Leistungen	0,0%	2,4%	3,5%	3,5%	3,9%	3,9%
- mit teilstationäre Leistungen ohne WG-Zuschlag	6,7%	5,2%	6,5%	6,3%	9,5%	2,8%
- mit teilstationäre Leistungen und WG-Zuschlag	0,0%	0,1%	0,4%	0,5%	0,5%	0,5%
Pflegestufe I	2012	2013	2014	2015	2016	2012-16
Nur Pflegesach- und Kombileistungen	97,2%	95,5%	94,5%	94,2%	91,3%	-5,9%
- mit WG-Zuschlag ohne teilstationäre Leistungen	0,0%	1,3%	2,4%	2,1%	2,7%	2,7%
- mit teilstationären Leistungen ohne WG-Zuschlag	2,8%	3,0%	2,9%	3,5%	5,6%	2,8%
- mit teilstationären Leistungen und WG-Zuschlag	0,0%	0,2%	0,1%	0,1%	0,4%	0,4%
Pflegestufe II	2012	2013	2014	2015	2016	2012-16
Nur Pflegesach- und Kombileistungen	89,2%	88,2%	85,6%	84,3%	82,4%	-6,8%
- mit WG-Zuschlag ohne teilstationäre Leistungen	0,0%	3,6%	4,6%	5,3%	5,3%	5,3%
- mit teilstationäre Leistungen ohne WG-Zuschlag	10,8%	8,2%	9,5%	9,4%	12,2%	1,4%
- mit teilstationäre Leistungen und WG-Zuschlag	0,0%	0,0%	0,3%	1,0%	0,2%	0,2%
Pflegestufe III	2012	2013	2014	2015	2016	2012-16
Nur Pflegesach- und Kombileistungen	88,6%	91,4%	81,2%	86,0%	74,1%	-14,5%
- mit WG-Zuschlag ohne teilstationäre Leistungen	0,0%	3,2%	4,6%	3,9%	4,9%	4,9%
- mit teilstationäre Leistungen ohne WG-Zuschlag	11,4%	5,4%	12,5%	9,6%	19,0%	7,6%
- mit teilstationäre Leistungen und WG-Zuschlag	0,0%	0,0%	1,6%	0,5%	2,0%	2,0%

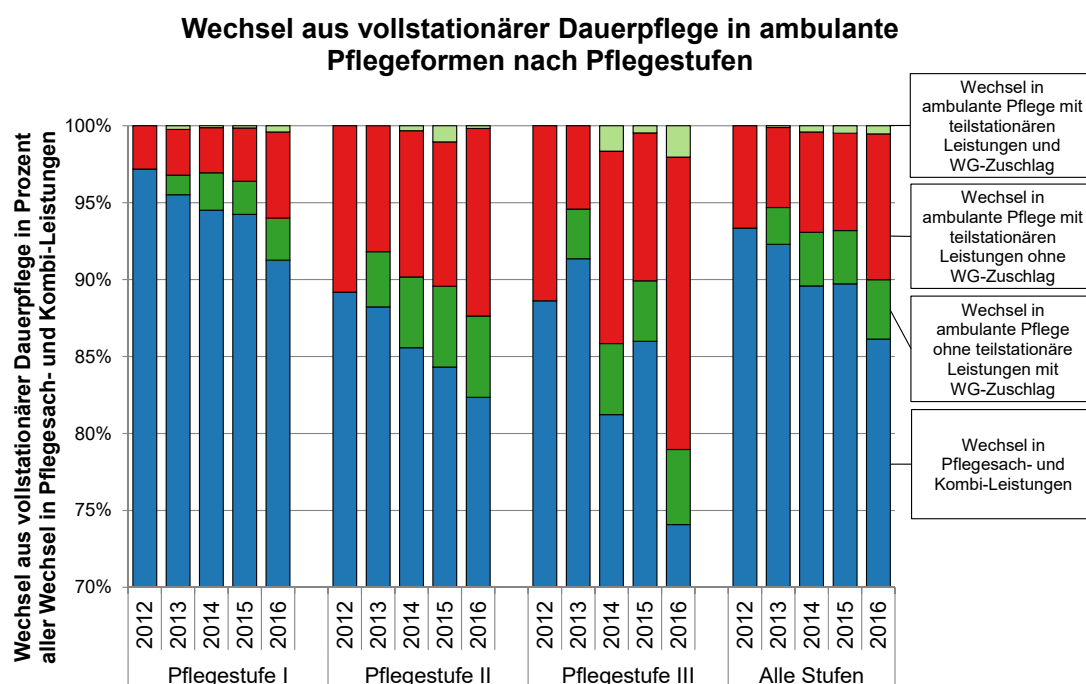


Abbildung 27: Wechsel aus vollstationärer Dauerpflege in Pflegesach- und Kombinationsleistungen sowie Wohngruppenzuschlag und/oder teilstationäre Leistungen in Prozent aller Wechsel in Pflegesach- und Kombinationsleistungen nach Pflegestufe

5.5.4 Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass bei der Entwicklung der *prävalenten Fälle* noch *kein verstärkter Bezug von Pflegesachleistungen* gegenüber anderen Leistungsarten festgestellt werden kann. Dahingegen lässt sich eine *wachsende Inanspruchnahme von Tagespflege und dem 2012 eingeführten Wohngruppenzuschlag* beobachten. Letztlich handelt es sich dabei aber um eine begrenzte Inanspruchnahme von Leistungen, die im Fall des Wohngruppenzuschlags etwa 2,5 % und bei teilstationären Leistungen knapp 8 % der pflegebedürftigen Personen mit Pflegesach- und Kombinationsleistungen betrifft. Dabei nimmt die Inanspruchnahme mit der Pflegestufe zu.

Bei den *inzidenten Fällen* ist insbesondere eine *Zunahme des Anspruchs von teilstationären Leistungen* auffällig, die auf verbesserte Anrechnungsmöglichkeiten dieser Leistung infolge des PSG I zurückgeführt werden kann.

Bei den *Wechseln aus vollstationärer Dauerpflege in ambulante Pflegeformen* ist zwar eine Zunahme der Übergänge für 2013 zu beobachten. Die Zahl der Wechsel steigt von 15.400 auf annähernd 16.000 an, bleibt aber anschließend konstant. Die Zielrichtung der Wechsel verändert sich etwas, da Wechsel in teilstationäre Leistungen und Wohngruppen an Bedeutung gewinnen. Die Fallzahlen für Wechsel in Pflegeformen mit teilstationären Leistungen bleiben mit etwa 1.500 für das Jahr 2016 allerdings ebenso begrenzt wie bei Wechseln in Pflegeformen mit Wohngruppenzuschlag (ca. 700). Die Wechsel in den ausschließlichen Bezug von Pflegesach- und Kombinationsleistung sind mit etwa 14.000 pro Jahr relativ konstant. Eine merkliche Zunahme von Wechseln aus vollstationärer Versorgung, die auf eine Expansion ambulant betreuter Wohnformen hindeuten würde, kann nicht beobachtet werden.

6 Anreize und Fehlanreize

Zur Bestimmung von Anreizen und Fehlanreizen in Bezug auf die Umsetzung ambulant betreuter Wohnformen werden zunächst die bundesweit gültigen zivilrechtlichen Regelungen des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes (Abschnitt 6.1) sowie die ordnungsrechtlichen Vorgaben aus den Landesgesetzen zur Regulierung von betreuten Wohnformen (Abschnitt 6.2) strukturiert dargestellt. Die hier von unabhängigen finanziellen Rahmenbedingungen in der Sozialversicherung, insbesondere der Sozialgesetzbücher V und XI, werden in Abschnitt 6.3 erläutert. Abschnitt 6.4 fasst diese Ergebnisse schließlich zusammen und setzt sie in den Kontext der bisherigen Ergebnisse.

6.1 Zivilrechtliche Vorgaben des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes

Das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz vom 29. Juli 2009 (BGBl I S. 2319) ist die Nachfolgeregelung für die zivilrechtlichen Bestimmungen des Heimgesetzes auf Bundesebene. Es dient dem Zweck, ältere und pflegebedürftige Menschen bei Abschluss von Verträgen über Wohnraumüberlassung und Pflege- und Betreuungsleistungen vor Benachteiligung zu schützen (Brüggen 2010). Das Gesetz ist anzuwenden, sofern zwischen einem volljährigen Verbraucher und einem Unternehmer ein Vertrag über Wohnraumüberlassung und Pflege- oder Betreuungsleistungen zur Bewältigung eines Hilfebedarfes auf Grund von Alter, Pflegebedürftigkeit oder Behinderung geschlossen wird. Hierbei ist unerheblich, ob die Pflege- und Betreuungsleistungen auch vom Unternehmer selbst erbracht werden (§ 1 Abs. 1 WBVG). Das Gesetz gilt auch, sofern der Abschluss, das Bestehen oder die Auflösung von Verträgen zur Überlassung des Wohnraumes und zur Erbringung der Pflege- oder Betreuungsleistungen voneinander abhängig sind. Lediglich wenn die Leistungen in unterschiedlichen Verträgen mit rechtlich und wirtschaftlich nicht miteinander verbundenen Unternehmern geschuldet werden, findet das Gesetz keine Anwendung (§ 1 Abs. 2 WBVG). Keine Anwendung findet das Gesetz ebenfalls, sofern zusätzlich zur Wohnraumüberlassung lediglich „allgemeine Unterstützungsleistungen wie die Vermittlung von Pflege- oder Betreuungsleistungen, Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung oder Notrufdienste“ vertraglich vereinbart werden (§ 1 Abs. 1 WBVG).

Für den Unternehmer ergeben sich aus dem WBVG vorvertragliche Informationspflichten insbesondere über die Ausstattung des Wohnraums und das enthaltene Leistungsangebot von Pflege, Betreuung und gegebenenfalls Verpflegung (§ 3 WBVG). Ebenso muss der abgeschlossene Vertrag die Art, den Inhalt und den Umfang der Wohnraumüberlassung und der Leistungen der Pflege und Betreuung sowie eventueller Verpflegung beinhalten, einschließlich der hierfür zu zahlenden Entgelte (§ 6 WBVG). Ebenso ist der Unternehmer zur Darstellung von veränderten Leistungen bei Vertragsanpassungen und daraus resultierenden Entgelten verpflichtet (§ 8 Abs. 3 WBVG). Die vertraglich vereinbarten Pflege- und Betreuungsleistungen müssen nach dem allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse erfolgen (§ 7 WBVG). Bei einer Veränderung des Pflege- und Betreuungsbedarfes des Verbrauchers ist eine Anpassung der Leistungen anzubieten (§ 8 WBVG). Auch in Bezug auf eine Vertragsauflösung stellt das WBVG die Verbraucher unter besonderen Schutz. Eine Kündigung des Vertrages durch den Unternehmer ist nur aus wichtigem Grund wie der Einstellung oder Veränderung des Betriebs des Unternehmers, eine fehlende Möglichkeit zur Erbringung fachgerechter Pflege- und Betreuungsleistungen oder eine Verletzung der Vertragspflichten durch den Verbraucher möglich (§ 12 WBVG). Dem Verbraucher steht hingegen ein regelmäßiges Kündigungsrecht zum Monatsende zu, sowie außerordentliche Kündigungsmöglichkeiten unter weiteren Voraussetzungen (§ 11 WBVG).

6.2 Ordnungsrechtliche landesspezifische Regelungen

Zur Bewertung der Anreize und möglicher Fehlanreize durch die ordnungsrechtliche Regulierung neuer Wohnformen wurden die landesbezogenen Nachfolgeregelungen des Heimgesetzes ausgewertet. Hierzu werden die in Abschnitt 4.3 genannten Landesgesetze in ihrem aktuellsten verfügbaren Stand herangezogen. Zunächst werden die in den Landesgesetzen definierten Wohnformen dargestellt (Abschnitt 6.2.1), nachfolgend werden die inhaltliche Ausgestaltung der diese betreffenden Regelungen erläutert (Abschnitt 6.2.2 bis 6.2.7) und die Ergebnisse zusammengefasst (Abschnitt 6.2.8). Vorgaben aus den erlassenen Rechtsverordnungen werden jeweils eingeschlossen, sofern sie betreute Wohnformen betreffen.

6.2.1 Erfasste Wohnformen

Tabelle 27 zeigt für jedes Bundesland die definierten Wohn- und Versorgungsformen für Pflegebedürftige der einschlägigen Landesgesetze, sofern es sich nicht um (stationäre) Einrichtungen oder ambulante Pflegedienste handelt. Es lassen sich hieraus übergreifend drei Kategorien identifizieren:

- Wohngemeinschaften für Pflegebedürftige,
- betreutes Wohnen und
- teilstationäre Einrichtungen.

Eine weitere Differenzierung der Wohngemeinschaften kann an Hand des *Grades der Selbstverantwortung* erfolgen. Sofern vorhanden, erfolgt eine solche Unterscheidung innerhalb der Gesetze in teilweise selbstverantwortete bzw. trägerorganisierte Wohngemeinschaften gegenüber vollständig selbstverantworteten bzw. selbstorganisierten Wohngemeinschaften. Eine solche Differenzierung erfolgt in den Gesetzen der Hälfte der Bundesländer, namentlich Baden-Württemberg, Brandenburg, Bremen, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen. In Bayern, Berlin, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Rheinland-Pfalz wird im Gesetz nicht nach diesen Kategorien unterschieden, sondern es wird lediglich eine einzelne Definition von Wohngemeinschaften verwendet. In Sachsen sind Wohngemeinschaften zwar ebenfalls definiert, unterliegen jedoch nicht dem Geltungsbereich des Gesetzes. Das hessische Gesetz schließt betreute Wohnformen mit allgemeinen Betreuungsleistungen explizit aus dem Anwendungsbereich aus und benennt somit als einziges Gesetz Wohngemeinschaften nicht, sondern umfasst nur Einrichtungen, in denen Wohnraum zusammen mit Pflege und Betreuungsleistungen zur Verfügung gestellt werden.

Betreutes Wohnen, auch als Servicewohnen oder ähnlich bezeichnet, wird in allen Bundesländern bis auf Berlin in den Gesetzen benannt. In den gesetzlichen Geltungsbereich fällt es jedoch lediglich in den sieben Bundesländern Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Schleswig-Holstein und Thüringen. In den übrigen Bundesländern ist dies nicht der Fall. Hervorzuheben ist die Bestimmung im Thüringer Wohn- und Teilhabegesetz, welches auch bei betreutem Einzelwohnen für volljährige Pflegebedürftige selbstorganisierte und nicht-selbstorganisierte Formen unterscheidet. Das Gesetz findet aber lediglich auf letztere Form Anwendung.

Darüber hinaus sind in allen Gesetzen Erprobungsregelungen enthalten. Diese ermöglichen auf Antrag die Ausnahme von einzelnen Bestimmungen der Gesetze, sofern dies für die Umsetzung neuer Versorgungskonzepte in Einrichtungen notwendig ist. Zumeist muss der zuständigen Behörde hierfür ein entsprechendes Konzept vorgelegt werden und die Mitbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner muss gewahrt werden.

Tabelle 27: In den Landesgesetzen definierte Wohnformen außerhalb stationärer Einrichtungen

Bundesland	Bezeichnung der Wohnform
Baden-Württemberg	<ul style="list-style-type: none"> – Ambulant betreute Wohngemeinschaften für volljährige Menschen mit Unterstützungs- und Versorgungsbedarf - teilweise selbstverantwortet – Vollständig selbstverantwortete Wohngemeinschaften (nicht Anwendungsbereich des Gesetzes) – Betreutes Wohnen für volljährige Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf (nicht Anwendungsbereich des Gesetzes)
Bayern	<ul style="list-style-type: none"> – Ambulant betreute Wohngemeinschaften – Betreutes Wohnen (nicht Anwendungsbereich des Gesetzes)
Berlin	<ul style="list-style-type: none"> – Betreute Wohngemeinschaften
Brandenburg	<ul style="list-style-type: none"> – Wohnformen mit eingeschränkter Selbstverantwortung – selbstverantwortlich geführte Wohnformen (nicht Anwendungsbereich des Gesetzes) – Betreutes Wohnen (nicht Anwendungsbereich des Gesetzes)
Bremen	<ul style="list-style-type: none"> – Trägergesteuerte Wohnformen – Selbstorganisierte Wohnformen – Service-Wohnen
Hamburg	<ul style="list-style-type: none"> – Wohngemeinschaften – Servicewohnanlagen – Gasteinrichtungen
Hessen	<ul style="list-style-type: none"> – betreute Wohnformen mit allgemeinen Betreuungsleistungen (nicht Anwendungsbereich des Gesetzes)
Mecklenburg-Vorpommern	<ul style="list-style-type: none"> – ambulant betreute Wohngemeinschaften für pflege- und betreuungsbedürftige Menschen – betreutes Wohnen (nicht Anwendungsbereich des Gesetzes)
Niedersachsen	<ul style="list-style-type: none"> – Ambulant betreute Wohngemeinschaften – Betreutes Wohnen
Nordrhein-Westfalen	<ul style="list-style-type: none"> – anbieterverantwortete Wohngemeinschaften mit Betreuungsleistungen – selbstverantwortete Wohngemeinschaften mit Betreuungsleistungen – Servicewohnen – Gasteinrichtungen
Rheinland-Pfalz	<ul style="list-style-type: none"> – betreute Wohngruppen für Menschen mit Intensivpflegebedarf oder schweren kognitiven Einschränkungen – betreute Wohngruppen für pflegebedürftige Menschen – Wohneinrichtungen für ältere Menschen – selbstorganisierte Wohngemeinschaften (nicht Anwendungsbereich des Gesetzes) – Service-Wohnen (unterliegt nicht Anwendungsbereich des Gesetzes)
Saarland	<ul style="list-style-type: none"> – nicht selbstorganisierte ambulant betreute Wohngemeinschaften – andere gemeinschaftliche Wohnformen – Servicewohnanlagen
Sachsen	<ul style="list-style-type: none"> – Wohngemeinschaften für Pflegebedürftige (nicht Anwendungsbereich des Gesetzes) – Betreutes Wohnen (nicht Anwendungsbereich des Gesetzes)
Sachsen-Anhalt	<ul style="list-style-type: none"> – Nicht selbstorganisierte ambulant betreute Wohngemeinschaften – selbstorganisierte ambulante betreute Wohngemeinschaften – Betreutes Wohnen (nicht Anwendungsbereich des Gesetzes)
Schleswig-Holstein	<ul style="list-style-type: none"> – Besondere Wohn-, Pflege- und Betreuungsformen – Selbstverantwortlich geführte ambulant betreute Wohn- und Hausgemeinschaften – Betreutes Wohnen
Thüringen	<ul style="list-style-type: none"> – nicht-selbstorganisierte ambulant betreute Wohngemeinschaften – selbstorganisierte ambulant betreute Wohngemeinschaften (nicht Anwendungsbereich des Gesetzes) – nicht-selbstorganisiertes betreutes Einzelwohnen für volljährige Pflegebedürftige – selbstorganisiertes betreutes Einzelwohnen für volljährige Pflegebedürftige (nicht Anwendungsbereich des Gesetzes)

In den Definitionen von ambulant betreuten Wohngemeinschaften lassen sich vielfach Überschneidungen zwischen den Bundesländern vorfinden (Tabelle 28).

Tabelle 28: Definitionen und Elemente ambulant betreuter Wohngemeinschaften in den Landesgesetzen

Bundesland	Definition nicht selbstorgani- sierte WG?	Definition selbstorgani- sierte WG?	Mindest- zahl Be- woh- nende	Maximale Anzahl Be- wohnende	Maximale Anzahl WGs im gleichem Gebäude	Vertragli- che Tren- nung er- forderlich	Unabhängig- keit von stati- onärer Ein- richtung ge- fordert?
Baden- Württem- berg	Ja	Ja (keine An- wendung)		12	2 WGs	Wahlfrei- heit bei Pflege	Ja
Bayern	Ja, keine Differenzierung		3	12	2 WGs	Ja	Ja
Berlin	Ja, keine Differenzierung		3	12	2 WGs	Ja	Ja
Branden- burg	Ja	Ja (keine An- wendung)				Ja	Nein
Bremen	Ja	Ja				Ja	Ja
Hamburg	Ja, keine Differenzierung		3	10		Ja	Nein
Hessen	Nein					Ja ¹	Nein ¹
Mecklen- burg-Vor- pommern	Ja, keine Differenzierung			12		Ja	Ja
Niedersach- sen	Ja, keine Differenzierung			12		Nach 1 Jahr	Nein
Nordrhein- Westfalen	Ja	Ja		12	24 Pers.	Ja	Nein
Rheinland- Pfalz	Ja	Ja (keine An- wendung)		12	24 Pers	Ja	Nein
Saarland	Ja	Ja	6			Nein ²	Ja
Sachsen	Nein					Ja ³	
Sachsen-An- halt	Ja	Ja	3	12	2 WGs	Nein ²	Ja
Schleswig- Holstein	Ja	Ja				Ja	Nein
Thüringen	Ja	Ja (keine An- wendung)	3	12	24 Pers.	Nein ²	Ja

keine Anwendung: Die Wohnform wird im entsprechenden Gesetz zwar definiert, unterliegt jedoch nicht dessen Geltungsbereich; ¹ Bezieht sich auf betreute Wohnformen mit allgemeinen Betreuungsleistungen; ² Gilt für nicht selbstorganisierte WGs; ³ WGs unterliegen nicht dem Sächsischen Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetz. Sofern Vermieter und Pflegedienstleister miteinander verbunden sind gelten Regelungen für Einrichtungen.

So wird als Zweck von WGs ähnlich lautend das Ermöglichen eines Zusammenlebens von Menschen mit Unterstützungs- und Versorgungsbedarf oder von Pflegebedürftigen in einem gemeinsamen Haushalt benannt. Eine übliche Mindestzahl der Bewohnenden einer WG liegt bei drei Personen, obgleich diese Voraussetzung nur in fünf Bundesländern formuliert wird. Einzig im Saarland werden Wohngemeinschaften erst ab 6 Personen als (nicht-selbstorganisierte) ambulant betreute Wohngemeinschaften eingestuft. In Abgrenzung hierzu existieren im Saarland auch andere gemeinschaftliche Wohnformen, welche als „den nicht selbstorganisierten Wohngemeinschaften und Servicewohnanlagen vergleichbare oder ähnliche sonstige Institutionen, die dem Zweck dieses Gesetzes entsprechen“ (§ 1b Abs. 4 Saarländisches Wohn-, Betreuungs- und Pflegequalitätsgesetz) definiert sind.

Die maximale Anzahl von Bewohnenden wird überwiegend mit 12 Personen angegeben, in Hamburg mit 10 Personen. Brandenburg, Bremen, das Saarland und Schleswig-Holstein benennen keine Obergrenze. Zusätzlich kommt in einigen Bundesländern die Beschränkung hinzu, dass sich höchstens zwei WGs (oder eine entsprechende Zahl an Bewohnerplätzen) in unmittelbarer Nähe zueinander befinden

dürfen. Ferner wird in acht Bundesländern auch festgelegt, dass eine WG nicht baulich, organisatorisch oder wirtschaftlich Bestandteil einer stationären Einrichtung sein darf.

Die vertragliche Trennung der Wohnraumüberlassung und der Erbringung von Pflege- und Betreuungsleistungen ist ein Kernelement selbstverantworteter ambulant betreuter Wohngemeinschaften. Dieses spiegelt sich in allen Landesgesetzen mit entsprechenden Regelungen wider, so dass für die selbstorganisierten Wohnformen eine freie Wahl der Art, des Umfangs und der Anbieter der Pflege- und Betreuungsleistungen eingehalten werden muss. In Sachsen-Anhalt, Thüringen sowie dem Saarland ist eine solche Abhängigkeit von Unterstützungsleistungen und Wohnraumüberlassung in nicht-selbstorganisierten Wohnformen möglich. Andere Bundesländer sehen solche Abhängigkeiten jedoch auch in trägergesteuerten oder nicht selbstorganisierten Wohngemeinschaften nicht vor. In Baden-Württemberg wird als entscheidendes Kriterium die Wahlfreiheit im Bereich der Leistungen der Pflege gewertet. In Niedersachsen muss diese Wahlfreiheit der Leistungen erst ein Jahr nach Einrichtung einer Wohngemeinschaft umgesetzt sein.

Vergleichbare Regelungen in Bezug auf betreutes Wohnen sind hierzu weniger breit gestreut. In allen Bundesländern, bis auf Thüringen, sind Mieter und Mieterinnen in diesen Wohnformen lediglich zur Abnahme von allgemeinen Unterstützungsleistungen verpflichtet. Einzig in Thüringen findet sich eine Konstellation, welche nicht-selbstorganisiertes Einzelwohnen mit vertraglich verbundenen Leistungen der Pflege und Betreuung erfasst.

6.2.2 Melde- und Anzeigepflichten

Die Pflichten zur Anzeige einer Wohnform spiegeln die Unterschiede in der Regulierung von betreutem Wohnen und ambulant betreuten Wohngemeinschaften wider. Die Länder Bremen, Hamburg, Nordrhein-Westfalen und das Saarland verlangen die Anzeige einer Betriebsaufnahme von betreutem Wohnen, sofern allgemeine Unterstützungsleistungen vertraglich mit der Wohnraumüberlassung verbunden sind. Niedersachsen und Thüringen beschränken diese Anzeigepflicht auf Wohnformen, in denen weitergehende Leistungen von einem mit dem Vermieter des Wohnraums in Verbindungen stehenden Leistungserbringer erbracht werden.

Wohngemeinschaften mit eingeschränkter Selbstverantwortung sind in allen Bundesländern, die diese definiert haben, meldepflichtig. In Brandenburg, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen sind selbstorganisierte Wohngemeinschaften hingegen nicht anzeigepflichtig. Die Pflicht zur Meldung wird auf verschiedenen Ebenen umgesetzt. Zunächst hat zumeist ein Träger die Anzeigepflicht. Darüber hinaus werden aber auch ambulante Dienste und die Bewohnerinnen und Bewohner selbst zur Anzeige verpflichtet. In Hessen und Niedersachsen ist die Erfassung von Wohngemeinschaft ausschließlich über Pflegedienste abgebildet, welche anzuzeigen haben, sofern sie in einem Haushalt mehr als zwei Personen versorgen. Tabelle 29 zeigt die Regelungen in den Bundesländern.

Tabelle 29: Melde-/Anzeigepflicht für ambulant betreute Wohngemeinschaften und betreutes Wohnen

Bundesland	Anzeigepflicht WG	Anzeigepflicht Betreutes Wohnen
Baden-Württemberg	Ja, durch Anbieter	Nein
Bayern	Ja, durch Träger, Pflegedienst oder Bewohnernde	Nein
Berlin	Ja, durch Leistungserbringer in der WG	Nein
Brandenburg	Ja, nur für Wohnformen mit eingeschränkter Selbstverantwortung	Nein
Bremen	Ja, durch Träger oder Leistungserbringer in der WG	Ja, durch Anbieter des Wohnraums und der Unterstützungsleistungen
Hamburg	Ja	Ja
Hessen	Anzeige durch Pflegedienst, sofern in einem Haushalt mehr als zwei Personen versorgt werden	Nein
Mecklenburg-Vorpommern	Ja, durch Träger	Nein
Niedersachsen	Ja, durch ambulanten Dienst sofern dieser in WGs Pflege/Betreuung für mehr als 2 Personen erbringt	Durch ambulanten Dienst, sofern betreutes Wohnen mit Dienst verbunden ist und über allgemeine Unterstützung hinausgehende Leistungen erbracht werden
Nordrhein-Westfalen	Ja	Ja
Rheinland-Pfalz	Ja, nicht für selbstorganisierte Wohngemeinschaften	Nein
Saarland	Ja	Ja
Sachsen	Nein	Nein
Sachsen-Anhalt	Ja, nur für nicht selbstorganisierte WGs durch Träger sowie Pflege/Betreuungsdienste	Nein
Schleswig-Holstein	Ja, nicht für selbstverantwortliche geführte WG	Nein
Thüringen	Ja, für nicht selbstorganisierte WGs durch Träger und ambulante Dienste	Ja, für nicht selbstorganisiertes betreutes Wohnen durch Träger und ambulante Dienste

6.2.3 Ordnungsrechtliche Prüfungen

In Bezug auf die ordnungsrechtlichen Prüfungen ambulant betreuter Wohngemeinschaften zeigt sich eine große Spannweite (Tabelle 30). So ist in manchen Bundesländern in ambulant betreuten Wohngemeinschaften *keine* anlassbezogene Prüfung im Gesetz erwähnt, während in Baden-Württemberg, Bayern und Nordrhein-Westfalen in den teilweise selbstverantworteten/anbieterverantworteten WGs eine jährliche Prüfung vorgesehen ist. Sachsen-Anhalt und Thüringen sehen eine routinemäßige Prüfung nach Betriebsaufnahme vor.

Tabelle 30: Ordnungsrechtliche Prüfungen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften

Bundesland	Bezeichnung der Wohnform	Regelungen zur Prüfung
Baden-Württemberg	Ambulant betreute Wohngemeinschaften für volljährige Menschen mit Unterstützungs- und Versorgungsbedarf - teilweise selbstverantwortet	Eine Regelprüfung je Kalenderjahr in den ersten drei Jahren nach Betriebsaufnahme; keine Prüfung in den von Bewohnerinnen und Bewohnern selbst verantworteten Bereichen
	Betreutes Wohnen für volljährige Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf	nicht Anwendungsbereich des Gesetzes
Bayern	Ambulant betreute Wohngemeinschaften	Überprüfung der Qualität der Pflege und Betreuung Jährlich, angemeldet oder unangemeldet; Zutritt zu privaten Räumen der Bewohner/innen nur mit deren Zustimmung

Berlin	Betreute Wohngemeinschaften	Anlassbezogen, wenn Hinweise auf Mängel vorliegen; Zuordnungsprüfung der Wohnform, sofern Zweifel bestehen
Brandenburg	Wohnformen mit eingeschränkter Selbstverantwortung	Anlassbezogen, angemeldet oder unangemeldet; Feststellungsprüfung, ob eine unterstützende Wohnform dem Gesetz untersteht
	selbstverantwortlich geführte Wohnformen	nicht Anwendungsbereich des Gesetzes
Bremen	Selbstorganisierte Wohnformen	Prüfung, ob Vereinbarungen zwischen Leistungsanbietern und Bewohner/innen dem Gesetz entsprechen
	Trärgesteuerte Wohnformen	Anlassbezogene angemeldete oder unangemeldete Prüfungen, ob die geltenden Anforderungen an den Betrieb erfüllt werden
Hamburg	Wohngemeinschaften	Anlassbezogen und angemeldet
Hessen	betreute Wohnformen mit allgemeinen Betreuungsleistungen	nicht Anwendungsbereich des Gesetzes
Mecklenburg-Vorpommern	ambulant betreute Wohngemeinschaften für pflege- und betreuungsbedürftige Menschen	keine
Niedersachsen	Ambulant betreute Wohngemeinschaften	keine
Nordrhein-Westfalen	selbstverantwortete Wohngemeinschaften mit Betreuungsleistungen	Regelmäßige Prüfung der Voraussetzungen zur Selbstverantwortung
	anbieterverantwortete Wohngemeinschaften mit Betreuungsleistungen	Regelprüfungen mindestens jährlich, Ausweitung auf zweijährig möglich; anlassbezogene Prüfung
Rheinland-Pfalz	betreute Wohngruppen für pflegebedürftige Menschen	Anlassbezogene Prüfungen in der Regel unangemeldet; Feststellungsprüfung, wenn Anhaltspunkte bestehen, dass Betrieb einer Einrichtung nicht ordnungsgemäß angezeigt wurde
	betreute Wohngruppen für Menschen mit Intensivpflegebedarf oder schweren kognitiven Einschränkungen	
	Wohneinrichtungen für ältere Menschen	
	selbstorganisierte Wohngemeinschaften	nicht Anwendungsbereich des Gesetzes
Saarland	nicht selbstorganisierte ambulant betreute Wohngemeinschaften	anlassbezogen
	andere gemeinschaftliche Wohnformen	
Sachsen	Wohngemeinschaften für Pflegebedürftige (nicht Anwendungsbereich des Gesetzes)	nicht Anwendungsbereich des Gesetzes
Sachsen-Anhalt	Nicht selbstorganisierte ambulant betreute Wohngemeinschaften	Prüfung und Beratung spätestens 3 Monate nach Betriebsaufnahme, dabei auch Feststellung, ob die Bedingungen der Wohnform erfüllt werden; Ansonsten anlassbezogene unangemeldete Prüfungen
	selbstorganisierte ambulante betreute Wohngemeinschaften	keine
Schleswig-Holstein	Besondere Wohn-, Pflege- und Betreuungsformen	Anlassbezogen
	Selbstverantwortlich geführte ambulant betreute Wohn- und Hausgemeinschaften	keine
Thüringen	nicht-selbstorganisierte ambulant betreute Wohngemeinschaften	Angemeldete Prüfung spätestens 6 Monate nach Aufnahme der Leistungserbringung ob Anforderungen nach dem Gesetz erfüllt werden und zur Feststellung, ob es sich um die entsprechende Wohnform handelt; darüber hinaus lediglich anlassbezogene unangemeldete Prüfungen
	selbstorganisierte ambulant betreute Wohngemeinschaften	nicht Anwendungsbereich des Gesetzes
	nicht-selbstorganisiertes betreutes Einzelwohnen für volljährige Pflegebedürftige	Angemeldete Prüfung spätestens 6 Monate nach Aufnahme der Leistungserbringung ob Anforderungen nach dem Gesetz erfüllt werden und zur Feststellung, ob es sich um die entsprechende Wohnform handelt; darüber hinaus lediglich anlassbezogene unangemeldete Prüfungen
	selbstorganisiertes betreutes Einzelwohnen für volljährige Pflegebedürftige	nicht Anwendungsbereich des Gesetzes

Im betreuten Wohnen sind Prüfungen weniger häufig vorgesehen. In Bremen erfolgt lediglich eine Prüfung, ob die Vereinbarungen zwischen Anbieter und Bewohnerinnen und Bewohnern dem Bremischen Wohn- und Betreuungsgesetz entsprechen. Im Saarland und in Hamburg findet eine Prüfung lediglich anlassbezogen, also bei Vorliegen bestimmter Informationen, die einen Verstoß gegen die einschlägigen Gesetze vermuten lassen, statt. Schleswig-Holstein behält sich eine Feststellungsprüfung vor, sofern Zweifel an der korrekten Zuordnung der Versorgungsform bestehen. Rheinland-Pfalz führt Prüfungen bei Anhaltspunkten für eine Steuerung durch Dritte durch.

6.2.4 Personalvorgaben

Bei den Vorgaben zur Personalausstattung der betreuten Wohnformen lassen sich unterschiedliche Regulierungsgrade erkennen. In Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz muss rund um die Uhr Personal in der WG vorgehalten werden. In WGs für Menschen mit Intensivpflegebedarf oder schweren kognitiven Einschränkungen in Rheinland-Pfalz muss es sich dabei sogar um eine Fachkraft handeln. Ebenso ist in Berlin die durchgängige Anwesenheit einer Hilfskraft in WGs mit schwer- oder schwerstpflegebedürftigen Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen notwendig. In Baden-Württemberg muss bei mehr als acht Bewohner/innen eine zusätzliche Präsenzkraft 12 Stunden am Tag anwesend sein. In Nordrhein-Westfalen ist die Anordnung einer 24-Stunden-Präsenz durch die zuständige Behörde in anbieterverantworteten Wohngemeinschaften möglich. Im Gegenzug werden in der Mehrzahl der Bundesländer jedoch keine konkreten Regelungen zur Personalausstattung von Wohngemeinschaften getätigt, welche über die Bestimmung zuständiger Pflegefachkräfte oder Leitungskräfte hinausgeht.

Einzig Hamburg definiert als Anforderung an betreutes Wohnen, dass dort Betreuungspersonal regelmäßig vor Ort erreichbar sein soll.

6.2.5 Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner

Die Hälfte der Landesgesetze formuliert Mitwirkungsrechte und -pflichten der Bewohnerinnen und Bewohner in den Wohnformen. Die Einrichtung eines Bewohnergremiums, dem alle Bewohnerinnen und Bewohner angehören, fordern Baden-Württemberg (für teilweise selbstverantwortete WG), Bayern, Nordrhein-Westfalen (für anbieterverantwortete WG) und Sachsen-Anhalt. In Rheinland-Pfalz ist die Bildung eines Gremiums vorgesehen, in welches in angemessenem Umfang externe Personen aus kommunalen Beiräten, Selbsthilfe, Angehörigen und Betreuenden einzubinden sind und welches sich mindestens einmal jährlich versammelt. Alternativ kann auch ein Bewohnerbeirat gebildet werden, in welchem alle Bewohnerinnen und Bewohner mitwirken. In nicht selbstorganisierten WGs in Thüringen ist die Wahl eines Bewohnerbeirates als Mitwirkungsgremium vorgesehen. Bei Fehlen dieses Gremiums wird durch die Behörde ein Bewohnerfürsprecher bestellt. In Niedersachsen hingegen ist ausschließlich die Bestellung eines Bewohnerfürsprechers durch die Heimaufsichtsbehörde und auf Antrag der Mehrheit der Bewohner/innen vorgesehen. In Hamburg wird lediglich bestimmt, dass die Bewohner/innen eine schriftliche Vereinbarung schließen sollen, in der ihre Interessensvereinbarung gegenüber Dritten hinterlegt ist und welche Regelungen über die Wahl der Leistungserbringer und Art und Umfang der Leistungen enthält.

Im betreuten Wohnen können lediglich Nutzerinnen und Nutzer in Hamburg einen Hausbeirat auf Wunsch von einem Fünftel der Bewohnerinnen und Bewohner wählen. Personen in Niedersachsen können mit einer Mehrheit der Bewohnerinnen und Bewohner einen Bewohnerfürsprecher durch die Behörde bestimmen lassen.

6.2.6 Räumliche Anforderungen

Die Bundesländer Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz geben auch in Bezug auf die räumlichen Anforderungen in Wohngemeinschaften konkrete Regelungen vor. So ist in Rheinland-Pfalz eine Wohnfläche von mind. 14 m² pro Person vorgesehen, sowie ein Sanitärbereich für jeweils maximal zwei Personen. In Nordrhein-Westfalen sind für anbieterverantwortete Wohngemeinschaften ebenfalls 14m² Wohnfläche pro Person sowie Einzelzimmer vorgesehen und ein Duschbad mit WC für höchstens vier Bewohnerinnen und Bewohner. In beiden Bundesländern sollen Voraussetzungen zur Nutzung von Rufanlage, Telefon, Fernsehen, Rundfunk und Internet gegeben sein. Baden-Württemberg schreibt ebenfalls einen Waschtisch, eine Dusche und ein WC je vier Personen vor. Die Grundfläche inklusive Küche, Flur, Sanitärbereich und Abstellflächen soll dort mindestens 25 m² pro Person betragen. Daneben bestimmen Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz auch, dass die Wohngemeinschaft in den Stadtteil oder die Gemeinde eingebunden sein soll. Lediglich Niedersachsen bezieht sich bei den räumlichen Anforderungen für betreute Wohnformen auf einzelne Elemente der Heimmindestbauverordnung. Demnach müssen Wohn- und Pflegezimmer unmittelbar von einem Flur erreichbar sein, unter bestimmten Bedingungen muss ein Aufzug vorhanden sein und eine geeignete Heizungsanlage muss eine angepasste Temperatur in den Räumen sicherstellen. Die Ausnahmeregelung für diese Vorgaben gilt ebenfalls, sofern die Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner gewahrt bleiben.

Die Länder Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland sowie Sachsen-Anhalt legen darüber hinaus fest, dass in Wohngemeinschaften keine Büroräume des Anbieters vorhanden sein dürfen. In Nordrhein-Westfalen kann für die dauerhafte Anwesenheit einer Betreuungskraft ein Dienstzimmer vorgehalten werden, ohne dass dies als Einschränkung der Lebensgestaltung der Bewohner/innen interpretiert wird und damit ordnungsrechtliche Folgen hätte.

Für das betreute Wohnen schreibt lediglich Hamburg als spezifische bauliche Gegebenheit vor, dass die technischen Voraussetzungen zur Inbetriebnahme einer Notrufanlage vorhanden sein sollen. In Niedersachsen gelten für betreutes Wohnen die gleichen ausgewählten Vorgaben der Heimmindestbauverordnung wie für ambulant betreute Wohngemeinschaften.

6.2.7 Investitionsförderprogramme

Neben gesetzgeberischen Maßnahmen ist den Bundesländern eine Einflussnahme auf die Entwicklung neuer Wohnformen auch durch eine gezielte monetäre Förderung möglich. Neben bundesweit verfügbaren Zuschüssen, wie der Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen nach § 45e SGB XI, der Förderung modellhafter Projekte im Programm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach § 45f SGB XI oder von Modellvorhaben nach § 8 Abs. 3 SGB XI, bestehen auch weniger spezifische Fördermöglichkeiten mit einem Fokus auf barrierefreien Umbau. Hierbei handelt es sich beispielsweise um wohnumfeldverbessernde Maßnahmen gemäß § 40 SGB XI oder Zuschüsse und zinsgünstige Kredite im Programm *Altersgerecht Umbauen* der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW).

Tabelle 31: Förderprogramme der Länder für ambulant betreute Wohngemeinschaften und betreutes Wohnen.
Datengrundlage: Befragung der Landesbehörden & eigene Recherchen

Bundesland	Wohngemeinschaften	Betreutes Wohnen
Baden-Württemberg	Förderung von Modellprojekten für neuartige Pflege- und Versorgungsmodelle durch Innovationsprogramm Pflege	
	Zuschuss, Darlehen und geldwerte Leistung für soziale Wohnraumförderung gemäß Landeswohnraumförderungsgesetz, Umsetzung durch Landeskreditbank Baden-Württemberg	
Bayern	Anschubfinanzierung bis 40.000 Euro zum Aufbau ambulant betreuter Wohngemeinschaften für ältere Menschen gemäß Förderrichtlinie Pflege (Wo-LeRaF)	Anschubfinanzierung innovativer ambulanter Konzepte gemäß Förderrichtlinie Selbstbestimmt Leben im Alter
Berlin	Zinsgünstige Darlehen über Programm IBB Altersgerecht Wohnen der Investitionsbank Berlin	
Brandenburg	Zinsgünstige Darlehen durch Brandenburg-Kredit Pflege der Investitionsbank des Landes Brandenburg	
Bremen	keine Angabe	keine Angabe
Hamburg	Zuschuss durch Richtlinie zur Förderung von kleinräumigen, quartiersorientierten Wohn- und Versorgungsformen der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz	
	Zuschüsse und zinsgünstige Darlehen durch Programm Besondere Wohnformen der Hamburgischen Investitions- und Förderbank	
Hessen	keine Angabe	keine Angabe
Mecklenburg-Vorpommern	Zuschuss gemäß § 6 Abs. 2 Landespflegegesetz MV - Förderung der ambulanten Pflege, insb. selbstbestimmte und neue Wohn- und Betreuungsformen für pflege- oder betreuungsbedürftige Menschen	
	Zuschuss gemäß Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen für Gemeinschaftseinrichtungen der Altenhilfe	
Niedersachsen	Zinslose Darlehen im Programm Mietwohnraum für gemeinschaftliche Wohnformen einschließlich des generationenübergreifenden Wohnens der NBank	
	Zuschuss für modellhafte Projekte durch Programm Wohnen und Pflege im Alter des Niedersächsischen Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie	
Nordrhein-Westfalen	Förderung ambulanter Pflegeeinrichtungen nach § 12 Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen	
	Darlehen für Wohnen im Alter durch die Wohnraumförderung des Ministeriums für Verkehr	
Rheinland-Pfalz	Zinslose/zinsgünstige Darlehen im Programms zur Förderung von WGs der Investitions- und Strukturbank Rheinland-Pfalz Förderung von Modellprojekten im Projekt Wohn-Punkt RLP im Zukunftsprogramm „Gesundheit und Pflege 2020“	Zinslose/zinsgünstige Darlehen für Wohnungen des betreuten Wohnens im Programm Mietwohnungen der sozialen Wohnraumförderung der Investitions- und Strukturbank Rheinland-Pfalz
Saarland	keine Angabe	keine Angabe
Sachsen	keine Angabe	keine Angabe
Sachsen-Anhalt		Zinsgünstige Darlehen zur altersgerechten Modernisierung von Wohnraum im Programm Sachsen-Anhalt modern der Investitionsbank Sachsen-Anhalt
Schleswig-Holstein	Zinsgünstige Darlehen im Programm Soziale Wohnraumförderung für Mietwohnungsmaßnahmen der Investitionsbank Schleswig-Holstein	
Thüringen	keine Angabe	keine Angabe

Am weitesten verbreitet ist eine Förderung durch zinsgünstige oder zinslose Darlehen, die sowohl im Kontext von ambulant betreuten Wohngemeinschaften als auch Wohnungen des betreuten Wohnens genutzt werden kann und durch die Förderinstitute der Bundesländer vergeben wird (Tabelle 31). Dies ist der Fall in Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein. Eine Förderung durch nicht rückzahlbare Zuschüsse für den Aufbau betreuter Wohnformen erfolgt in Baden-Württemberg, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern. In Nordrhein-Westfalen ist im Alten und Pflegegesetz (APG NRW) eine Förderung von Auf-

wendungen ambulanter Pflegedienste für Wohngemeinschaften vorgesehen, sofern diese eine Alternative zur Nutzung geförderter stationärer Einrichtungen darstellen (§ 12 APG NRW). Vergleichbar kann in Mecklenburg-Vorpommern laut Landespflegegesetz (LPflegeG M-V) eine Förderung ambulanter Pflegeeinrichtungen durch Zuschüsse zur Verbesserung der ambulanten Versorgungsstruktur und zur Vermeidung der stationären Pflege erfolgen (§ 6 LPflegeG M-V).

Die Förderung ambulant betreuter Wohngemeinschaften (durch die bayerische Förderrichtlinie Pflege (WoLeRaF)) und betreuten Wohnens (durch die Förderrichtlinie Selbstbestimmt Leben im Alter (SeLA)) erfolgt in Bayern in Form einer Anschubfinanzierung. In beiden Fällen sind insbesondere Personalkosten für die Koordination, Moderation und fachliche Begleitung, die Öffentlichkeitsarbeit sowie die seniorengerechte Ausstattung der Gemeinschaftsräume förderfähig (Art. 1.5.2 WoLeRaF; Art. 4.2 SeLA). Eine Förderung für Modellprojekte existiert darüber hinaus in Baden-Württemberg, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz. Keinerlei Informationen zur Förderung betreuter Wohnformen liegen zu Bremen, Hessen, Saarland, Sachsen und Thüringen vor.

6.2.8 Zusammenfassung

Insgesamt zeigt sich eine große Heterogenität in den landesrechtlichen Regelungen zu ambulant betreuten Wohnformen. Bundesländer wie Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz weisen in der Tendenz eine stärkere Regulierung ambulant betreuter Wohngemeinschaften auf als andere Länder, beispielsweise in Bezug auf eine durchgängige Personalpräsenz. Es zeigt sich, dass die Regelungsdichte in ambulant betreuten Wohngemeinschaften deutlich höher ist als im betreuten Wohnen. Dies ist ein möglicher Grund dafür, dass das betreute Wohnen von allen neuen Wohnformen die größte quantitative Bedeutung hat.

Mit Blick auf die Bundesländer, in denen für ambulant betreute Wohngemeinschaften keine spezifischen Vorgaben existieren, lässt sich zudem feststellen, dass hieraus keine Regelungslücke entsteht, da eine eventuell problembehaftete Verbundenheit von Wohnraumüberlassung und Erbringung von Pflege- und Betreuungsleistung dort zur Einstufung als (stationäre) Einrichtung führen würde. Durch die in diesem Bereich strengeren Vorgaben kann die fehlende Berücksichtigung in den Landesgesetzen allerdings ein Hemmnis für die Weiterentwicklung ambulant betreuter Wohnformen in diesen Bundesländern darstellen. In drei Bundesländern ist für nicht-selbstorganisierte Wohngemeinschaften keine vertragliche Trennung von Wohnraumüberlassung und Pflege- und Betreuungsleistungen vorgeschrieben. Hier ergibt sich im Vergleich zur Einstufung als stationäre Einrichtung eine geringere ordnungsrechtliche Regulierung bei gleichzeitiger umfassender Leistungserbringung durch einen Anbieter. Damit entstehen Anreize, entsprechende Einrichtungen nicht als stationäre Einrichtungen, sondern als nicht-selbstorganisierte Wohngemeinschaften zu deklarieren.

6.3 Finanzielle Rahmenbedingungen in der Sozialversicherung

Maßgebliche Anreize für die Entscheidung der Anbieter von Betreuungs- und Pflegedienstleistungen, innovative ambulante Wohnformen aufzubauen, liegen in den finanziellen Rahmenbedingungen des SGB XI sowie des SGB V, in dem die Ansprüche auf häusliche Krankenpflege geregelt sind. Die Erlöse aus Leistungen der Sozialversicherung sind entscheidende Komponenten für die wirtschaftliche Tragfähigkeit und Wettbewerbsfähigkeit dieser Pflegekonzepte. Dabei haben sich die Rahmenbedingungen zur Gestaltung und Refinanzierung ambulant betreuter Wohnformen durch die Pflegeversicherungsreformen der letzten Dekade merklich verbessert. Die Reformschritte sind in Tabelle 32 aufgelistet.

Tabelle 32: Rahmenbedingungen des SGB XI

Gesetzesreformen	Änderungen mit Bezug zu ambulant betreuten Wohnformen
Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 5/2008 (in Kraft: 01.07.08)	<ul style="list-style-type: none"> – Gesamtversorgungsvertrag (§ 72 SGB XI) erlaubt Mitarbeitern stationärer Einrichtungen ambulante Pflegeleistungen zu erbringen – Stufenweise Anhebung der Leistungssätze für ambulante Pflege (2008, 2010, 2012, Dynamisierung ab 2015) und analog Kurzzeit- sowie Tages- und Nachtpflege. Der Gesamtanspruch aus häuslicher und teilstationärer Pflege wird angehoben (auf 150 %). Der Vorrang ambulanter Leistungen wird gestärkt: Leistungssätze für stationäre Pflege steigen nur in Pflegestufe III. – Mehrere Leistungsberechtigte können Leistungsansprüchen bündeln und gemeinsam in Anspruch nehmen (§ 36 Abs. 1 SGB XI) bspw. in ambulant betreuten Wohnformen.
Pflege-Neuausrichtungsgesetz 6/2012 (in Kraft: 30.10.12/ 01.01.2013)	<ul style="list-style-type: none"> – Einführung eines pauschalen Zuschlags von 200 € monatlich für Pflegebedürftige, wenn sie in ambulant betreuten Wohngruppen in einer gemeinsamen Wohnung mit häuslicher pflegerischer Versorgung leben (§ 38a SGB XI) – Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (Demenz) erhalten auch bei Einstufung in Pflegestufe 0 Pflegegeld und Sachleistungen neben Zahlungen für zusätzliche Betreuungsleistungen. – Ambulante Pflegedienste bieten neben der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung Betreuungsleistungen für alle Pflegestufen an, nicht wie bislang nur für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. – Pflegebedürftige können neben verrichtungsbezogenen Leistungskomplexen auch bestimmte Zeitvolumen für die Pflege wählen.
Erstes Pflegestärkungsgesetz 12/2014 (in Kraft: 01.01.15)	<ul style="list-style-type: none"> – Dynamisierung der Leistungen für ambulante wie stationäre Pflege, Kurzzeitpflege und teilstationäre Pflege. – Ambulante Leistungen (§ 36 SGB XI) und teilstationäre Leistungen (§ 41 SGB XI) können gemeinsam ohne Abschläge in Anspruch genommen werden (zuvor max. 150 %). – Flexibler Einsatz der Jahrespauschalen der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege. Einsatz von 60 % des Jahresbeitrags der Kurzzeitpflege für Verhinderungspflege, umgekehrt bis zu 100 % des Jahresbeitrags der Verhinderungspflege für Kurzzeitpflege. Ausweitung der Zeiten der Kurzzeitpflege von vier auf acht, der Verhinderungspflege von vier auf sechs Wochen. – Ausbau der zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen und Ausweitung auf alle Pflegebedürftigen. Möglichkeit der Inanspruchnahme dieser Leistungen anstelle eines Teils (von bis zu 40 %) des ambulanten Pflegesachleistungsbetrags nach § 36 SGB XI (Umwidmung). – Wohngruppenzuschlag auf 214 € (§ 38a SGB XI) erhöht – Gründungszuschuss für neue Wohngruppen erweitert und Umbaumaßnahmen für altersgerechtes Wohnen und Demenzwohngruppen stärker gefördert.
Zweites Pflegestärkungsgesetz 12/2015 (in Kraft: 01.01.17)	<ul style="list-style-type: none"> – Erhöhung der Pflegesachleistungen ambulanter Versorgung für fast alle Bestandsfälle ab 2017 – Gemeinsame Inanspruchnahme von teilstationären Leistungen (§ 41 SGB XI) und Wohngruppenzuschlag (§ 38a SGB XI) vorbehaltlich der Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

Quellen: Becher et al. (2010), Bäcker (2017), Rothgang et al. (2015, 2016a)

Wesentliche Änderungen liegen in der Anhebung und Dynamisierung der Leistungssätze für ambulante Pflege, der verbesserten Anrechnung bei der gemeinsamen Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen und teilstationären Leistungen sowie spezifischen Fördermaßnahmen für Wohngemeinschaften. Zu diesen Fördermaßnahmen von ambulant betreuten Wohngemeinschaften zählen der Wohngruppenzuschlag (§ 38a SGB XI), die Anschubfinanzierung zur Gründung einer Wohngruppe nach § 45e SGB

XI, die zusätzlich zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen gewährt werden, sowie die Förderung von neuen Wohnmodellen nach § 45f SGB XI. Anreize für die Einrichtung ambulant betreuter Wohnformen ergeben sich zudem aus der erleichterten Kombination von Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI mit teilstationären Leistungen nach § 41 SGB XI. Während der Gesamtanspruch aus beiden Leistungspaketen mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz auf das 1,5-fache des einzelnen Pakets angehoben wurde, können seit dem Inkrafttreten des Ersten Pflegestärkungsgesetzes ambulante und teilstationäre Leistungen ohne Abschlüsse kombiniert werden. Insgesamt sind die Reformen weitgehend durch Leistungsverbesserungen geprägt. Erstmals findet sich aber im Zweiten Pflegestärkungsgesetz auch eine Einschränkung für Wohngruppen, da der Wohngruppenzuschlag bei gleichzeitiger Inanspruchnahme von teilstationären Leistungen unter den Vorbehalt der Zustimmung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung gestellt wird. In Tabelle 33 sind die maßgeblichen Leistungsarten und Beträge im Rahmen der Pflegeversicherung nach Pflegegraden aufgelistet. Neben den SGB XI-Leistungen muss zudem die Finanzierung der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) berücksichtigt werden, die für die Pflege im ambulanten Kontext, sei es in ambulant betreuten Wohnformen oder bei Pflege in der eigenen Häuslichkeit, von der Krankenversicherung geleistet wird, wohingegen sie im stationären Bereich nur in Ausnahmefällen übernommen wird.

Tabelle 33: Leistungen der Pflegeversicherung 2017

Leistungen in Euro	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Pflegegeld, monatlich	-	316	545	728	901
Pflegesachleistungen, monatlich	-	689	1.298	1.612	1.995
Verhinderungspflege durch nahe Angehörige für bis zu 6 Wochen pro Jahr	-	474	817,5	1.092	1.351
Verhinderungspflege durch sonstige Personen für bis zu 6 Wochen pro Jahr	-	1.612	1.612	1.612	1.612
Kurzzeitpflege für bis zu 8 Wochen pro Jahr	-	1.612	1.612	1.612	1.612
Teilstationäre Leistungen, monatlich	-	689	1.298	1.612	1.995
Entlastungsbetrag, monatlich	125	125	125	125	125
Wohngruppenzuschlag, monatlich	214	214	214	214	214
Vollstationäre Pflege, monatlich	125	770	1.262	1.775	2.005
Zusätzliche Betreuung/ Aktivierung nach § 43b SGB XI	~5 % der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft				

Quelle: BMG (2017b), eigene Darstellung

Während die maximalen Leistungsansprüche aus der Pflegeversicherung im SGB XI beziffert sind, muss der Umfang der häuslichen Krankenpflege bzw. der medizinischen Behandlungspflege empirisch bestimmt werden. Die durchschnittliche Inanspruchnahme dieser Leistung kann in der vorliegenden Studie aus den BARMER-Routinedaten ermittelt werden. Von Interesse im Zusammenhang mit ambulant betreuten Wohnformen ist hier vor allem der Umfang der häuslichen Krankenpflege von Pflegebedürftigen, die gleichzeitig Pflegesachleistungen in Anspruch nehmen, da diese eine Voraussetzung dafür sind, dass eine ambulant betreute Wohnform vorliegt.

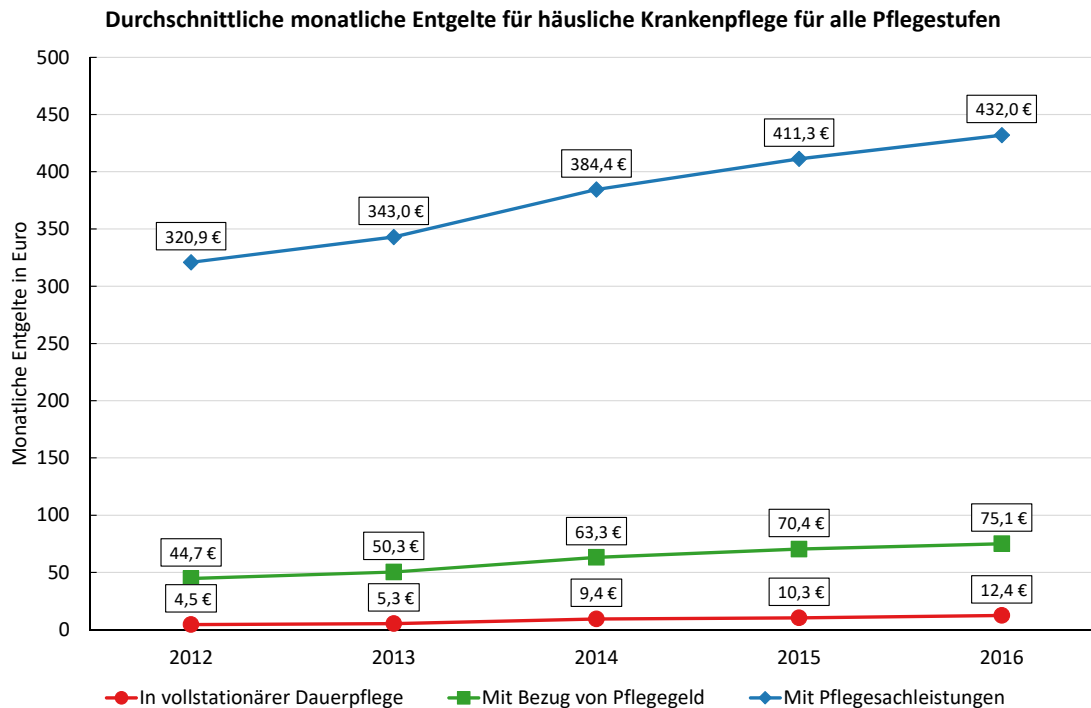


Abbildung 28: Entwicklung der Entgelte für die häusliche Krankenpflege

Quelle: BARMER, eigene Berechnungen

Abbildung 28 zeigt, dass sich die Höhe der durchschnittlichen monatlichen Entgelte für häusliche Krankenpflege erheblich unterscheidet je nachdem, ob die Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen untergebracht sind, professionell ambulant gepflegt werden und daher Pflegesachleistungen nachfragen oder von Angehörigen in der eigenen Häuslichkeit gepflegt werden und Pflegegeld beziehen. Während im ersten Fall 2016 im Durchschnitt nur rund 12 Euro für medizinische Behandlungspflege pro Heimbewohner/in aufgewendet wurden, liegen die Mittelwerte für ambulante Pflegesettings mit monatlich 75 Euro (bei Pflegegeldempfängern) und 432 Euro (bei Beziehern von Pflegesachleistungen) deutlich höher. Die Unterschiede ergeben sich in erster Linie aus der Wahrscheinlichkeit, in stationären bzw. ambulanten Pflegekonstellationen Zugang zu häuslicher Krankenpflege zu erhalten. Je nach Pflegestufe profitieren nur 1-1,4 % der Pflegebedürftigen in vollstationärer Dauerpflege von Leistungen nach § 37 Abs. 2 SGB V, da die Pflegevergütung in vollstationären Einrichtungen nach § 82 Abs. 1 Satz 3 SGB XI auch die medizinische Behandlungspflege umfasst. Bei den Beziehern von Pflegegeld liegt der Anteil häuslicher Krankenpflege zwischen 10 und 12 %. Von allen Pflegebedürftigen, die Pflegesachleistungen in Anspruch nehmen, erhalten dahingegen zwischen 58,3 % und knapp 64 % Krankenversicherungsleistungen nach § 37 SGB V.

Zu beobachten ist weiterhin eine Zunahme der monatlichen Entgelte für die häusliche Krankenpflege seit 2012. Die durchschnittlichen jährlichen Wachstumsraten betragen zwischen 7,7 % (mit Pflegesachleistungen) und rund 28 % (in vollstationärer Dauerpflege). Zugleich steigen die Aufwendungen für häusliche Krankenpflege erheblich mit der Pflegestufe. So fallen für Pflegestufe III in Pflegeheimen im Schnitt monatlich rund 27 Euro, bei Pflegegeldbezug etwa 350 Euro und bei Pflegesachleistungen 1.112 Euro pro Pflegebedürftigem im jeweiligen Pflegesetting an.

Da die in Tabelle 33 aufgezählten Leistungen der Pflegeversicherung nach Pflegegraden differenziert sind, sollen auch die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach Pflegegraden aufgeschlüsselt werden, um anschließend abzuschätzen, welche Sozialversicherungsausgaben für unterschiedliche stationäre oder ambulante Pflegesettings für 2017 zu erwarten sind. Die Umrechnung der Pflegestufen in Pflegegrade erfolgt entsprechend der gesetzlichen Überleitungsregeln mit Hilfe des Kriteriums „eingeschränkte Alltagskompetenz“ (PEA). Bei einer Pflegestufe ohne PEA wurde der Pflegegrad um eine Stufe erhöht, mit PEA um 2 Stufen (sogenannter „doppelter Stufensprung“). Pflegebedürftige mit Pflegestufe I ohne PEA wurden also Pflegegrad 2 zugeordnet, Pflegebedürftige mit Pflegestufe I und PEA dem Pflegegrad 3. Für höhere Stufen wurde entsprechend verfahren. Da 2016 keine SGB V-Leistungen für Pflegebedürftige ohne Pflegestufe ausgewiesen sind, können Krankenversicherungsleistungen für den Pflegegrad 1 nicht bestimmt werden. Tabelle 34 zeigt die Höhe der durchschnittlichen Ausgaben für die häusliche Krankenpflege nach Pflegegraden aufgeschlüsselt für die genannten unterschiedlichen Pflegekonstellationen: bei vollstationärer Dauerpflege (häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V), bei ausschließlichem Bezug von Pflegegeld und bei Pflegesachleistungsbezug (ausschließlich oder in Kombination mit Pflegegeld).

Tabelle 34: Durchschnittliche monatliche Entgelte für die häusliche Krankenpflege nach Pflegegrad 2016

Leistungen in Euro je:	Pflegebedürftige in vollstationärer Dauerpflege	Pflegebedürftige mit ausschließlichem Bezug von Pflegegeld	Pflegebedürftige mit Pflegesachleistungen
Pflegegrad 1	-	-	-
Pflegegrad 2	7,07	47,95	226,66
Pflegegrad 3	8,63	60,72	395,66
Pflegegrad 4	11,13	125,70	762,06
Pflegegrad 5	23,72	348,54	1.032,75

Quelle: BARMER, eigene Berechnungen

Die in Tabelle 34 berichteten Werte können nun dazu genutzt werden, Einnahmepotenziale aus Sozialversicherungsleistungen in unterschiedlichen ambulant betreuten Pflegesettings exemplarisch darzustellen und mit den für vollstationäre Dauerpflege verfügbaren Sozialversicherungsleistungen zu vergleichen.

Abbildung 29 zeigt beispielhafte, ambulant betreute Pflegekonstellationen und dazugehörige Sozialversicherungsleistungen. Zum Vergleich werden auch die Sozialversicherungsleistungen in vollstationärer Dauerpflege angegeben. Für die SGB XI-Leistungen ist jeweils der Maximalbetrag angesetzt, bei der häuslichen Krankenpflege die durchschnittlichen Ausgaben aus dem Jahr 2016, die dem jeweiligen Pflegegrad zugeordnet werden können. Berücksichtigt sind nur SGB V- und SGB XI-Leistungen. Einnahmepotenziale durch Eigenanteile, Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskostenpauschale im Heim oder Mietkosten, Betreuungspauschale und private Zusatzleistungen ambulanter Pflegeformen bleiben außen vor.

Für vollstationäre Pflege sind die Maximalbeträge der *vollstationären Versorgung nach § 43 SGB XI* angesetzt. Darüber hinaus sind Aufwendungen für *zusätzliche Betreuung oder Aktivierung*, mit der 5 % der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft finanziert werden, berücksichtigt. Hierfür sind pauschal 134 Euro angesetzt. Leistungen der häuslichen Krankenpflege heben mit 7 bis knapp 24 Euro pro Pflegebedürftigen je Pflegegrad die Einnahmen nur geringfügig an.

Pflegekonzepte aus Leistungen der Sozialversicherung (SGB XI und SGB V)

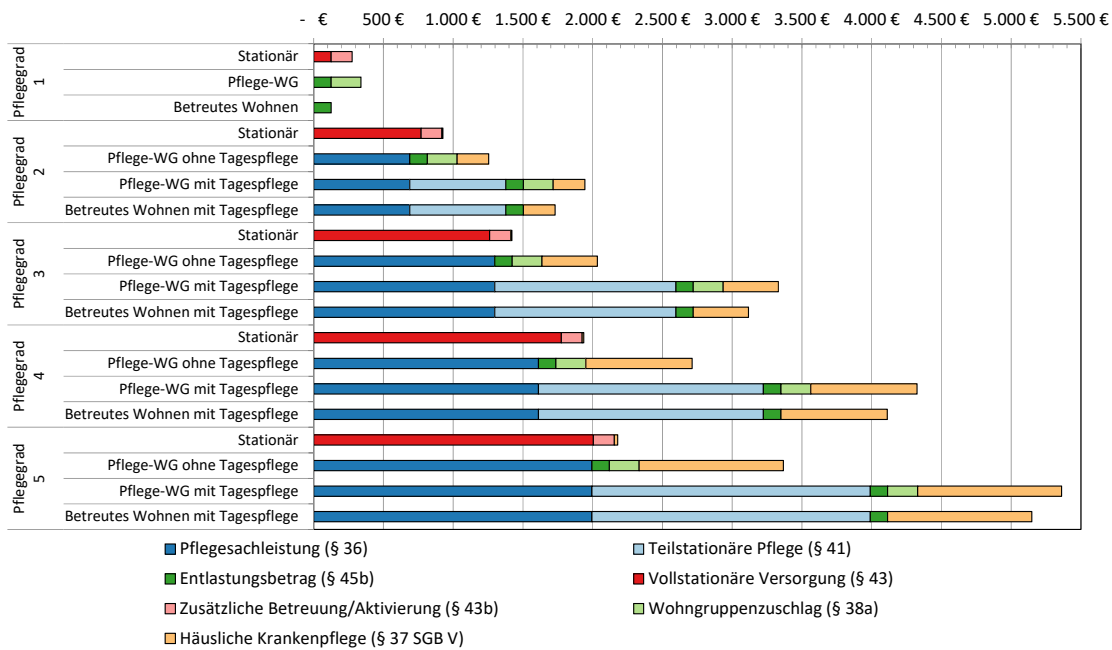


Abbildung 29: Vergleich der Einnahmepotenziale aus Leistungen der Sozialversicherung für exemplarische ambulante und stationäre Pflegekonzepte

Im ambulanten Pflegesetting können Leistungen der Sozialversicherung als sogenannte „Stapellösungen“ kombiniert werden, sofern die entsprechenden Module geleistet und abgerechnet werden können. Die gewählten Beispiele unterscheiden zwischen Pflege-Wohngemeinschaften und betreutem Wohnen sowie danach, ob teilstationäre Leistungen – in der Regel Leistungen der Tagespflege – abgefragt werden oder nicht. Zur Veranschaulichung sind daher in Abbildung 29 drei Modelle ambulant betreuten Wohnens aufgeführt:

- Pflege-Wohngemeinschaften ohne Tagespflege,
- Pflege-Wohngemeinschaften mit Tagespflege und
- Betreutes Wohnen mit Tagespflege.

Leicht abgewandelt ist dies für den Pflegegrad 1, für den teilstationäre Leistungen nicht zur Verfügung stehen. Neben Pflegesachleistungen und teilstationären Leistungen sind hier der Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI, der Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI und durchschnittliche Leistungen für häusliche Krankenpflege „gestapelt“.

Werden die jeweils maximalen Leistungshöhen der unterschiedlichen Konzepte unterstellt, ergeben sich für ambulante Stapellösungen 1,2 bis 2,5-fach höhere Leistungen aus der Sozialversicherung im Vergleich zur vollstationären Versorgung (Abbildung 30). Ursächlich hierfür sind insbesondere die zusätzliche Inanspruchnahme der Tagespflege sowie der Krankenversicherungsleistungen für die Behandlungspflege.

Dies wirft zum einen die Frage auf, inwieweit die modellhaft aufgezeigten Differenzen in der Versorgungsrealität zu beobachten sind und wie realistisch die maximale Inanspruchnahme der Leistungen aktuell zu bewerten ist. Zum andern stellt sich die Frage, wie sich die Pflegekonzepte angesichts der vorliegenden finanziellen Anreizstrukturen zukünftig entwickeln werden.

Grundsätzlich gilt bei ambulant betreuten Wohnformen, dass die Pflegebedürftigen oder ihre Vertreter den Umfang der Pflegeleistungen bestimmen. Für den Bereich der Pflege-Wohngemeinschaften zeigen die Ergebnisse der Delphi-Befragung (siehe Abschnitt 8.2), dass in der Regel ein Leistungsumfang unterstellt werden kann, der einer vollstationären Versorgung entspricht. Auch Forschungsprojekte, die gezielt betriebswirtschaftliche Kalkulationen in Fallstudien von Pflege-Wohngemeinschaften untersuchen, setzen den Maximalbetrag für *Pflegesachleistungen* (§ 36 SGB XI) an (Liesenfeld et al. 2016, S. 106ff.).

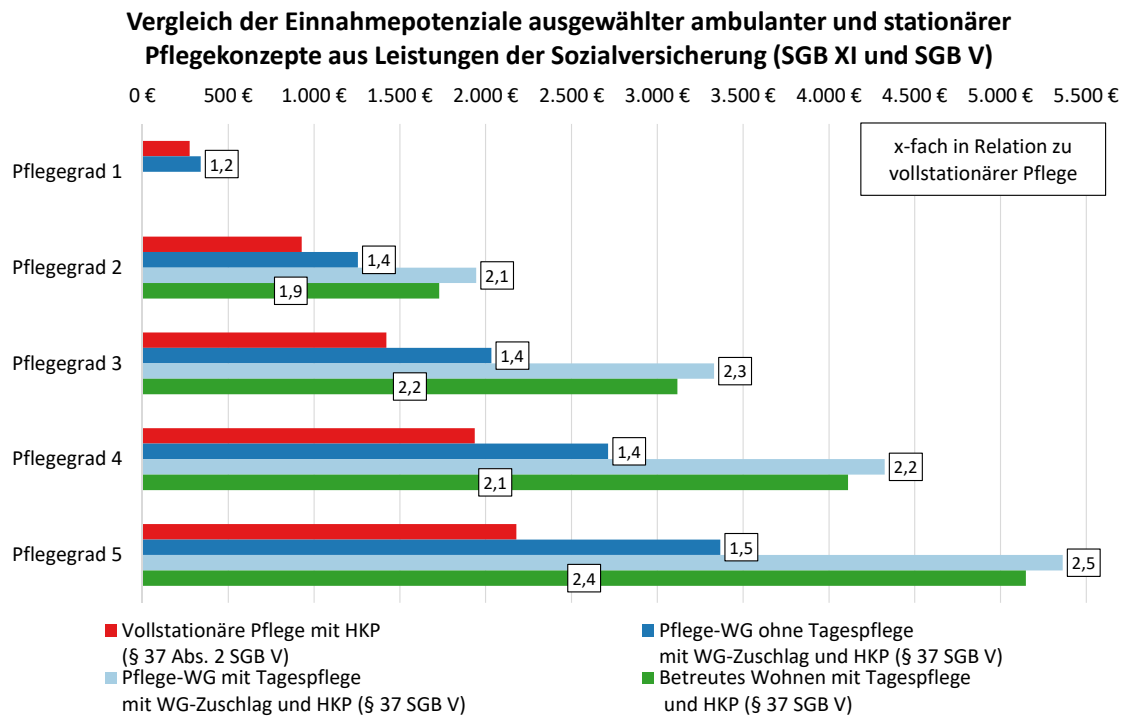


Abbildung 30: Einnahmepotenziale aus Stapellösungen in Relation zu vollstationären Pflegeplätzen

Anreize und Möglichkeiten zur Ausschöpfung der Pflegesachleistungen in Wohngruppen liegen insbesondere dann vor, wenn die Dienstleistung für die Alltagsbetreuung und die Pflege aus einer Hand erfolgen, weil dann auch allgemeine Betreuungsleistungen über § 36 SGB XI abgerechnet werden können (Interview Anbieter 3). Darüber hinaus wird grundsätzlich angenommen, dass der *Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI* beansprucht wird (Interview Anbieter 3, Pflegekasse). In der Regel sind Pflege-Wohngemeinschaften auch so organisiert, dass der *Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI* einkalkuliert werden kann. Zudem sind Leistungen der *häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V)* eine bedeutende Leistungskomponente für Pflege-Wohngemeinschaften. Dies wird durch die BARMER-Routinedaten unterstützt, die zeigen, dass bei Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen im Mittel über alle Stufen/Grade rund 430 Euro für diese Position veranschlagt werden können. Auch Experteninterviews bestätigen die finanzielle Bedeutung der häuslichen Krankenpflege für die Pflegedienste, insbesondere, weil die Tätigkeiten in der Wohngemeinschaft hocheffizient erbracht werden können. Ohne diesen Einnahmeposten sei der wirtschaftliche Betrieb einer Wohngemeinschaft auch schwer vorstellbar (Interview Pflegekraft). Daneben wurde berichtet, dass anbieterverantwortete Pflege-Wohngemeinschaften Gästezimmer unterhalten, um Verhinderungspflege anzubieten (Interview Pflegekraft, Pflegekasse). Verhinderungspflege wird aber in der Regel nicht für die ständigen Bewohner/innen geltend gemacht und ist daher in den oben präsentierten Abbildungen nicht eingeschlossen.

Die systematische Einbindung umfangreicher *teilstationärer Leistungen in Pflegekonzepte mit Wohngemeinschaften* scheint dahingegen noch eine selten verfolgte Strategie zu sein. Die BARMER-Daten zeigen, dass die Kombination aus Wohngruppenzuschlag und teilstationären Leistungen 2016 nur bei 0,4 % der Pflegebedürftigen mit Pflegesachleistungen auftrat. Dabei kann nicht generell unterstellt werden, dass diese Kombination auf eine maximale Ausschöpfung teilstationärer Leistungen im Rahmen von Wohngruppen zielt. Konzepte, die den regelmäßigen Besuch einer Tagespflege durch die Bewohner/innen einer Wohngemeinschaft vorsehen, um in dieser Zeit die Wohngruppe leer stehen zu lassen oder nur eine Minimalbetreuung aufrechtzuerhalten, werden sehr kritisch gesehen (Häusliche Pflege 2015, S. 6). Hier werden Mitnahmeeffekte bzw. eine dem Regelungszweck widersprechende Doppelfinanzierung vermutet (Interview Pflegekraft). Während von Anbieterseite der generelle Ausschluss der WG-Bewohner/innen von teilstationären Leistungen als ungerechtfertigt bezeichnet wurde (Interview Anbieter 2), bestehen auch Forderungen solche Regelungen umzusetzen, um keine Anreize zu unseriösen Geschäftspraktiken zu setzen (Häusliche Pflege 2015, S. 6). Der Gesetzgeber hat im Zweiten Pflegestärkungsgesetz bereits auf diese Kritik reagiert, indem er den Wohngruppenzuschlag bei gleichzeitiger Inanspruchnahme von teilstationären Leistungen ab 2017 unter Vorbehalt einer Genehmigung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung stellt. Jedoch ist fraglich, ob diese Korrektur die kritisierten Konzepte effektiv verhindert, da entgegen der Zielrichtung des § 38a Abs. 1, Satz 2 SGB XI auch der Verzicht des Wohngruppenzuschlags und die Beibehaltung der lukrativeren Kombination von Pflegesachleistungen und teilstationären Leistungen möglich ist.

Betreutes Wohnen ist im Vergleich zu den Wohngruppen ein länger etabliertes und weiter verbreitetes Pflegekonzept. Unter betreutem Wohnen verstehen wir Angebote, die barrierefreien Wohnraum mit allgemeinen Unterstützungsleistungen verbinden und Hilfen bei der Organisation von Pflegedienstleistungen ermöglichen. Ob und inwiefern weitere Pflege in Anspruch genommen wird, bleibt der Wahlfreiheit der Bewohner/innen überlassen. Im Vordergrund der Entscheidung für betreutes Wohnen steht oft der Zugang zu barrierefreiem Wohnraum, darüber hinaus die Sicherheit, im Notfall Ansprechpartner und Hilfen zu erhalten sowie den einfachen Zugriff auf weitere Betreuungs- oder Pflegeleistungen. Die Entscheidung für betreutes Wohnen wird von Anbietern als langfristiger Prozess beschrieben, bei dem Senioren und ihre Familienangehörigen unterschiedliche Angebote in Augenschein nehmen, auch bevor eine Pflegebedürftigkeit vorliegt. Bei akuten Fällen der Pflegebedürftigkeit würden eher stationäre Angebote in Frage kommen (Interview Anbieter 2 und 3, Pflegekraft). Sowohl die BARMER-Daten als auch die amtlichen Statistiken zeigen, dass Tagespflegeangebote zunehmend in Pflegekonzepte integriert werden (siehe Bestandsaufnahme Abschnitt 5). Bei der Kombination von ambulant betreuten Wohnformen mit Tagespflege ist der Transportaufwand zwischen beiden Orten zu berücksichtigen (Interview Anbieter 3). Ebenfalls zu beachten ist, dass häusliche Krankenpflege in der Regel nicht in der Tagespflege erbracht werden darf, sondern nur in der Häuslichkeit. Diese Form von Stapellösungen erfordert höheren Koordinationsaufwand und ist im Grunde nur praktikabel, wenn die Wohnanlagen in enger räumlicher Nähe zur Tagespflegeeinrichtung liegen. Entsprechend wurde beobachtet, dass neue Wohnanlagen für betreutes Wohnen in ländlichen Gegenden oft mit Tagespflegeeinrichtungen konzipiert werden (Interview Pflegekasse). Die interviewten Anbieter (Anbieter 2 und 3) wiesen darauf hin, dass die Mehrheit der Tagespflegenutzer aus der häuslichen Pflege komme. Tagespflege komme vor allem in Betracht, um Zeiten zu überbrücken, in denen pflegende Angehörige nicht verfügbar sind. Häufig sei das Ziel, Angehörige zu entlasten und gleichzeitig eine stationäre Unterbringung zu vermeiden. Nur eine Minderheit (bis zu einem Drittel) der Senioren in betreutem Wohnen nutze eine Tagespflege in räumlicher Nähe in ganz unterschiedlichem Umfang (Interview Anbieter 2). Die Bestandsmieter hätten ihr Verhalten auch nicht infolge besserer Anrechnungsmöglichkeiten des

Ersten Pflegestärkungsgesetzes verändert, obwohl es aus Anbietersicht naheliegend wäre, die besseren Rahmenbedingungen zu nutzen (Interview Anbieter 3). Die Kombination von betreutem Wohnen und Tagespflege mit voller Ausschöpfung beider Leistungen betreffe nur eine kleinere Minderheit der Bewohner/innen (Interview Anbieter 2).

Die Informationen aus den Experteninterviews deuten darauf hin, dass die erheblichen Differenzen mit bis zu 2,5-fachen Unterschieden der Leistungen aus der Sozialversicherung im Vergleich zur stationären Versorgung (Abbildung 30) nur bei einer Minderheit der Fälle in der Versorgungsrealität zu beobachten sind. Allerdings gehen die befragten Akteure angesichts der theoretisch erreichbaren Leistungsunterschiede davon aus, dass bei gleichbleibender Gesetzeslage zunehmend Projekte entstehen werden, die auf die Kombination ambulanter und teilstationärer Leistungen sowie deren weitreichender Ausschöpfung ausgelegt sind. Stationäre Konzepte würden demgegenüber weniger gefragt sein (Interview Anbieter 1, 2 und Pflegekassen).

6.4 Zusammenfassung

Bei Betrachtung derzeitiger ordnungs- und leistungsrechtlicher Regelungen zeigen sich deutliche Tendenzen zu Lasten der traditionellen vollstationären Langzeitpflege. Für Anbieter ist eine ambulante Erbringung der Pflegeleistungen auf Grund der höheren Vergütung im SGB XI und der Möglichkeit zur Abrechnung häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V deutlich lukrativer. Aber auch die Pflegebedürftigen können durch reduzierte Selbstbehalte profitieren. Eine ordnungsrechtliche Einstufung von Wohnformen ist auf Grund einer geringeren Regulierungsdichte, beispielsweise dem Fehlen einer Fachkraftquote, aus Sicht der Anbieter ebenfalls erstrebenswert. Die geringeren Beschränkungen der Anbieter können dazu beitragen, Aufwendungen für Baumaßnahmen oder Personal zu mindern. Hinsichtlich der personellen Besetzung besteht zudem eine größere Flexibilität, so dass die Personalrekrutierung leichter fällt.

Ordnungs- und leistungsrechtliche Aspekte sind jedoch nicht voneinander abhängig. Eine leistungsrechtliche Umstellung der Versorgungform ist für die Anbieter eine Änderung des Versorgungsvertrages mit den Pflegekassen – welche einem Kontrahierungszwang unterliegen – und den Pflegebedürftigen notwendig. Zur ordnungsrechtlichen Umwidmung müssen hingegen zumeist separate und voneinander unabhängige Verträge zwischen Anbietern und Pflegebedürftigen abgeschlossen werden, mit der Konsequenz, dass den Verbrauchern in diesem Fall auch die Möglichkeit zur Wahl eines anderen Leistungserbringers für Pflege und Betreuung eingeräumt werden muss. Ferner sind räumliche Anforderungen zu beachten, die zur Einhaltung des Ordnungsrechts Umbaumaßnahmen oder Veränderungen in der Organisation mit sich bringen können.

Die Pflegereformen der letzten Dekade haben merkliche leistungsrechtliche Verbesserungen für ambulant betreute Wohnformen mit sich gebracht. Inwieweit die leistungsrechtlichen Vorteile über die dargestellten Stapellösungen umgesetzt werden können, hängt nicht zuletzt von der Bereitschaft der Pflegebedürftigen ab, die angebotenen Module in Anspruch zu nehmen. Erkenntnisse aus den Experteninterviews legen nahe, dass die skizzierten maximalen Differenzen in der Versorgungsrealität noch selten zu beobachten sind. Gleichzeitig muss angesichts der theoretisch möglichen, leistungsrechtlichen Vorteile damit gerechnet werden, dass zunehmend ambulante Pflegeformen umgesetzt werden, die solche Erlöspotenziale ausschöpfen, zumal diese Konzepte auch noch mit ordnungsrechtlichen Vorteilen verbunden sind.

7 Kontextfaktoren der Ambulantisierung

Die Identifizierung von Kontexten der Ambulantisierung soll dazu beitragen, abzuschätzen, in welchem Ausmaß in Zukunft mit einem Ausbau neuer innovativer ambulanter Wohnformen zu rechnen ist. Informationen zu den Kontexten, in denen stationäre Einrichtungen ihre Versorgungsverträge „ändern“ bzw. kündigen, konnten einerseits im Rahmen der Befragung der Landesbehörden und Heimaufsichten zur Bestandsaufnahme ambulant betreuter Wohnformen gewonnen werden. Zum anderen wurden Kontextfaktoren im Rahmen der leitfadengestützten Interviews von Pflegekassen und Anbietern erfragt. Dabei sehen Anbieter, die ambulante Versorgungskonzepte fördern, die Umwidmung von Pflegeheimen sehr kritisch (Interview Anbieter 1, 2). Die bauliche Struktur eines Heims sei auf standardisierte Pflege ausgelegt (z.B. möglichst gleich gestaltete Zimmer) und unterscheide sich grundlegend von ambulant betreuten Wohnformen. Es sei zu bezweifeln, dass Heime mit vertretbarem Aufwand überhaupt so umgestaltet werden könnten, dass individuelle Wohnungen für betreutes Wohnen entstünden (Interview Anbieter 2).

Zunächst ist jedoch zu konstatieren, dass „Ambulantisierung“ als Umwidmung vollstationärer Plätze in ambulante Versorgung oft außerhalb der Beobachtung durch Heimaufsicht, Behörden und Kassen stattfindet. Dies tritt vor allem dann auf, wenn vollstationäre Versorgungsverträge beendet werden, und die Anbieter unter anderem Namen einen ambulanten Versorgungsvertrag eingehen oder unterschiedliche Sachbearbeiter Beendigung sowie Neuaufnahme betreuen. Darüber hinaus vollzieht sich der Trend zu ambulant betreuten Wohnformen in aller Regel nicht als direkte Umwidmung vollstationärer Pflegeplätze. Überwiegend führen unterschiedliche Dynamiken im Bereich der stationären Versorgung gegenüber ambulant betreuten Pflegekonzepten zu einer schrittweise stärkeren Bedeutung ambulant betreuter Wohnformen. Direkte Umwidmungen sind eher selten. Dies wird auch durch die Re-Analyse der TNS Infratest-Befragung von stationären Einrichtungen untermauert, die in Abschnitt 5.3 präsentiert wurden. Mit den Daten dieser repräsentativen Befragung konnten auf das Bundesgebiet nur 10 Einrichtungen hochgerechnet werden, die zwischen 2011 und dem Frühjahr 2016 die Umwidmung vollstationärer Plätze in ambulantes Wohnen vorgenommen hatten. Die Zahl der tatsächlich erfolgten Umwidmungen dürfte angesichts der von den Heimaufsichten berichteten Fälle deutlich höher als dieser Schätzwert liegen, dennoch bleibt das Ausmaß dieses Phänomens sehr begrenzt.

Da für zukünftige Entwicklungen nicht nur direkte Umwidmungen, sondern auch unterschiedliche Wachstumsdynamiken im ambulanten gegenüber dem stationären Pflegesektor von Bedeutung sind, werden nachfolgend sowohl die Faktoren beschrieben, die im Rahmen der standardisierten Befragung im Zusammenhang mit beobachteten Umwidmungen genannt wurden, als auch Faktoren, die in den leitfadengestützten Interviews deutlich wurden und sich stärker auf neu entstehende ambulant betreute Wohnformen beziehen.

Die genannten Kontextfaktoren lassen sich unter drei, teils miteinander verflochtenen, Gesichtspunkten diskutieren: Wirtschaftliche Rahmenbedingungen, ordnungsrechtliche Bestimmungen und die Verfügbarkeit von Fachkräften. Dabei ist regelmäßig die relative (Un-)Attraktivität stationärer Versorgungsformen im Vergleich zu den ambulanten Alternativen zu bedenken.

7.1 Wirtschaftliche Rahmenbedingungen

Als Hauptkontextfaktor wird der wirtschaftliche Betrieb einer Einrichtung genannt. Stationär betriebene Einrichtungen müssten eine bestimmte Mindestgröße besitzen, um wirtschaftlich tragfähig zu sein. Wenn diese nicht erreicht werden kann, bietet sich als Alternative die Umwandlung in Wohngruppen oder betreutes Wohnen mit Tagespflege an (Interview Pflegekasse). Dieses Argument findet sich auch in den Befunden der standardisierten Befragung der zuständigen Ministerien, Heimaufsichten, Pflegestützpunkte und Koordinierungsstellen (Abschnitt 5.4.3) wieder. Bei von den Aufsichtsbehörden beobachteten Umwidmungen handelte es sich zumeist um kleinere stationäre Einrichtungen, die in bis zu zwei Wohngemeinschaften umgewandelt wurden. Häufigster von Anbietern genannter Grund für die ordnungsrechtliche Umwandlung stationärer Einrichtungen in betreute Wohnformen sind finanzielle Vorteile. In mehreren Fällen wurde hierbei auch explizit die höhere leistungsrechtlich erzielbare Vergütung als Argument benannt. Dabei wurde nicht nur ein aus Anbietersicht höherer Gewinn angeführt, sondern auch der Erhalt einer Pflegeeinrichtung, welche ansonsten nicht mehr wirtschaftlich geführt werden könne und in einem anderen Fall eine mit höherer Vergütung mögliche bessere personelle Ausstattung und somit bessere Pflege und Betreuung. Die leistungsrechtlichen Vorteile, die von den Betreibern als Argument für die Umwidmung in den Vordergrund gestellt wurden, müssten nicht zwingend in eine ordnungsrechtliche Umwidmung münden. Ein ambulanter Versorgungsvertrag kann auch für ordnungsrechtlich als stationär eingestufte Einrichtung abgeschlossen werden. Angaben zum Umfang solcher, rein leistungsrechtlicher Umwidmungen konnten aus den hier zugrundeliegenden Interviews und Befragungen nicht gewonnen werden. Die Angaben zu Wechselmotiven aus der Befragung der Heimaufsichten beschränkte sich auf Einrichtungen, die eine ordnungsrechtliche Umwandlung durchgeführt oder in Erwägung gezogen hatten.

Die Hinwendung von Anbietern zu ambulanten Pflegesettings kann auch aus schwindender Attraktivität der stationären Versorgung erklärt werden, wenn die Refinanzierung von stationären Einrichtungen über Heimentgelte als zunehmend schwieriger eingeschätzt wird (Sobottke 2015). Ein Beispiel für problematische Refinanzierung in Heimen, ist die Aufnahme von Pflegebedürftigen im Anschluss an eine Krankenhausentlassung. Zunächst wird bemängelt, dass Pflegebedürftige auf Anraten der Kassen zuerst ihre Kurzzeitpflegeleistungen in Anspruch nehmen, obwohl eine Dauerpflege absehbar sei. Dies bringe einen höheren Verwaltungsaufwand mit sich. Schwerwiegender sei aber, dass Krankenhausentlassungen eine intensive Pflege und Betreuung erforderten. Maximale Leistung werde hier über eine pauschale Mischkalkulation finanziert. Da dieser Personenkreis aber oft früh versterbe, seien die Aufwendungen der stationären Einrichtung nicht durch die Refinanzierungsmöglichkeiten gedeckt. Es gebe demzufolge keine Anreize Pflegebedürftige aus dem Krankenhaus zu übernehmen (Interview Anbieter 3).

Insbesondere Wohnanlagen mit betreutem Wohnen und Tagespflegeeinrichtungen in unmittelbarer Nähe zueinander seien wirtschaftlich interessant (Interview Pflegekasse). Im ländlichen Bereich stehen hier günstige Grundstücke und die Möglichkeit, Verbundprojekte zu realisieren, im Vordergrund. Im städtischen Bereich, wo oft auf bestehende Bausubstanz zurückgegriffen werden muss, bieten kleinteilige, ambulant betreute Wohnformen Vorteile. In diesen Fällen handelt es sich aber in erster Linie um Neuprojekte, nicht um direkte Ambulantisierung durch die Umwidmung stationärer Einrichtungen.

Die *leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen* begünstigen „Strukturobjekte“, die Wohnanlage mit Tagespflege und Wohngruppen kombinieren und Komplettleistungen anbieten, also möglichst viele ab-

rechenbare Aktivitäten einplanen. Nach Erfahrungswerten der Pflegekassen werden solche Komplettpakete auch von Pflegebedürftigen und Angehörigen angenommen, weil man dann sich bzw. die Pflegebedürftigen versorgt wisse. Die Pflege- und Betreuungsqualität selbst sei dabei in aller Regel nicht zu beanstanden, aber die Zahl der Aktivitäten in manchen Fällen belastend. Es bestehe auch keine Pflicht zur Abnahme der Leistungen und Pflegebedürftige und Angehörige würden durchaus bewusst ambulante Alternativen auswählen (Interview Pflegekasse).

Aus Perspektive eines Anbieters ambulanter Pflegekonzepte ist der Haupttreiber für die Ausweitung ambulant betreuter Wohnformen die Notwendigkeit zur Produktivitätssteigerung in der Pflege. Im ländlichen Raum bestünden zunehmend Probleme weitläufig verstreute Pflegebedürftige kostendeckend ambulant zu versorgen. Eine Möglichkeit zur Verbesserung sei die Konzentration der Pflege, die dann aber nicht in einem Heim erfolge, sondern in einer eigenständigen Wohnung im am nächsten befindlichen regionalen Zentrum, das dann immer noch bekanntes Umfeld für Pflegebedürftige darstelle. Über Wohngruppen oder betreutes Wohnen mit Zugang zu Pflegedienst und Tagespflege könne dann die Pflege effizienter sichergestellt werden, während gleichzeitig Selbstbestimmung und gesellschaftliche Kontakte aufrechterhalten werden könnten (Interview Anbieter 2).

Aus der Perspektive eines Anbieters mit stationären Einrichtungen neben ambulanten Angeboten ist der Trend zu Verbundprojekten, sei es der Verbund von Pflegeheim, Wohnanlage, Wohngruppe und Tagespflege oder die Kombination betreutes Wohnen, Tagespflege und Wohngruppe, klar ausgelöst durch leistungsrechtliche Differenzen zwischen ambulantem und stationärem Sektor. Der Trend werde an Fahrt aufnehmen, weil sich vor allem Projekte, die aktuell im Entstehen oder in Planung sind, an diesen Verbundprojekten orientierten. Die neuen Projekte könnten speziell auf eine Klientel zielen, die sich auf die ambulante Versorgungsform einlassen. Bestandsbewohner/innen seien dahingegen nicht geneigt, ihre Gewohnheiten an neue ambulante Konzepte anzupassen. Oft seien diese Verbundprojekte auch „investorengetrieben“ (Interview Anbieter 1, 3).

Als eine wirtschaftliche Grenze für ambulant betreute Wohnformen werden Probleme in der Beteiligung der Sozialhilfeträger an der Finanzierung von Pflege-Wohngemeinschaften genannt. Insbesondere dort, wo höhere Ansprüche an Wohngemeinschaften gestellt werden, wie etwa in Baden-Württemberg mit einer 24-Stunden-Betreuung, und bei hohen Mietkosten verweigerten Sozialhilfeträger die Finanzierung der Plätze für Bedürftige. Hier stünden regelmäßig Entscheidungen der Sozialgerichte an. Dabei werden auch Widersprüche innerhalb der Kommunalverwaltung beklagt, die einerseits den Ausbau von Pflegewohngemeinschaften fordere, andererseits die entstehenden Sozialhilfekosten nicht tragen wolle. Die Sozialhilfeträger seien nicht bereit, das zu zahlen, was für gesetzestreue Wohn- und Beschäftigungsbedingungen (einschließlich Pflegemindestlohn in Bereitschaftszeiten in der Nacht, Mitfinanzierung von Fehlzeiten der Bewohner/innen bei Krankenhausaufenthalt, Refinanzierung von Auslastungslücken) nötig sei (Interview Anbieter 3). Der Zugang von ökonomisch schwächeren Personengruppen zu Pflege-Wohngemeinschaften ist daher je nach örtlichen Rahmenbedingungen begrenzt und wird teilweise erst dadurch ermöglicht, dass wohlhabendere Bewohner/innen bspw. die Lebensmittelpauschale für Sozialhilfeempfänger mittragen (Interview Pflegekraft). In anderen Regionen (Anbieter 2 mit Schwerpunkt in den neuen Bundesländern) werden derartige Probleme nicht berichtet.

7.2 Ordnungsrechtliche Bestimmungen

Die relative Attraktivität ambulanter Lösungen besteht auch in der geringeren Regulierungsdichte. Die Pflegekassen gaben zu bedenken, dass Pflegedienste und Tagespflegen zwar ebenfalls geprüft würden,

aber im Heimsektor strengere Vorschriften durch Heimpersonalverordnung, Wohn- und Betreuungsverordnungen, der Regulierung von Preiserhöhungen, Qualitätsprüfungen, etc. herrschten (Interview Pflegekasse). Auch in der standardisierten Befragung gaben die befragten Stellen an, dass die als zu starr wahrgenommenen ordnungsrechtlichen Bestimmungen von Betreibern als Grund für die Umwidmung stationärer Einrichtungen angeführt wurde. So wurden in Baden-Württemberg Probleme mit der Einhaltung von „baulichen, personellen oder sonstigen Vorgaben“ als Gründe für die Umwidmung genannt, unter anderem durch Änderung der *Verordnung des Sozialministeriums zur baulichen Gestaltung von Heimen und zur Verbesserung der Wohnqualität in den Heimen Baden-Württembergs* und in diesem Verfahren auslaufender Übergangsfristen. Auch in Hamburg spielten seit 2010 veränderte Rahmenbedingungen durch das *Hamburgische Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz* – ohne weitere Spezifizierung – eine Rolle in Entscheidungen zur Umwandlung stationärer Einrichtungen.

Anbieter mit stationären Einrichtungen beklagten, die Anforderungen für ambulante Pflegeformen lägen bei „etwas über Null“, während Heime maximal reguliert seien, vor allem hinsichtlich der Vorhalten von Personal, aber auch hinsichtlich baulicher Vorschriften. „Die Regulierungsunterschiede sind so frappierend, dass es auf den ersten Blick nur vernünftig sein kann, aus dem stationären Setting herauszugehen“ (Interview Anbieter 3). Dennoch seien stationäre Einrichtungen erforderlich, weil sie Versorgung garantieren, ohne dass Angehörige weiter gefordert seien, Eigenanteile klar definiert seien, die Abrechnungen einfach und eine spezielle Beratung nicht nötig.

7.3 Verfügbarkeit von qualifizierten Pflegekräften

In engem Zusammenhang mit den unterschiedlichen ordnungsrechtlichen Bestimmungen zur Vorhaltung von Pflegepersonal in stationären und ambulanten Settings steht die Verfügbarkeit von qualifizierten Pflegekräften. Die *Umgehung der Fachkraftquote* wurde von den Aufsichtsbehörden und Koordinationsstellen mehrfach als Begründung für Umwandlungsbestrebungen stationärer Einrichtungen benannt. In einem konkreten Fall resultierte diese Strategie aus der Knappheit an Pflegefachkräften. Der Betreiber konnte keine neuen Pflegefachkräfte anwerben und daher die Personalanforderungen für den stationären Sektor nicht erfüllen. In einem anderen Fall berichtet ein Betreiber von leerstehenden Heimplätzen trotz großer Nachfrage. Die Auslastung des Heimes sei aber dadurch begrenzt, dass das nach Heimrecht vorzuhaltende Personal bzw. teilweise auch das im Vergütungsvertrag mit den Pflegekassen vereinbarte Personal nicht vorhanden sei. Daher gebe es in einigen Heimen freiwillige Belegungsstopps. Diese Entwicklung werde sich in drastischer Form fortsetzen. Der aktuelle Standard mit Pauschalfinanzierung und Personalvorgaben führe zu einer Unterversorgung. Diese Auswirkungen des Engpasses im Angebot an Pflegekräften werde zunehmend auch von Investoren begriffen, die ihre Aktivitäten in der Folge auf Verbundprojekte mit ambulanten Konzepten richteten (Interview Anbieter 3). Insbesondere treten diese Probleme in Regionen auf, in denen der Arbeitsmarkt boomt und offene Stellen in Branchen bestehen, die höhere Löhne in Aussicht stellen als sie im Pflegebereich erzielbar sind.

Demgegenüber bemerkten Anbieter von ambulant betreuten Wohnformen, dass es ihnen leichter falle, Personal zu rekrutieren (Anbieter 2). Begründet wurde dies damit, dass sie ihr Angebot mit einer deutlich geringeren Anzahl an Pflegefachkräften bestreiten. Personal für Haushaltsführung und Unterstützung in den ambulanten Wohnformen könne leichter angeworben werden als Pflegefachkräfte. Aber auch bei Fachkräften seien ambulante Wohnformen gegenüber Pflegeheimen im Vorteil, weil die Arbeitsbedingungen als günstiger wahrgenommen würden. Der Grad der Pflegebedürftigkeit ist eher

durchmischt, die Pflege weit weniger durch Finalpflege bestimmt als in stationären Einrichtungen und die Arbeit kann selbständiger erledigt werden.

7.4 Zusammenfassung

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sowohl leistungsrechtliche als auch ordnungsrechtliche Rahmenbedingungen Gründe für die Umwidmung von stationären Einrichtungen liefern. Dies betrifft in der Regel kleinere Einheiten bei denen ein wirtschaftlicher Betrieb der Einrichtung nicht mehr möglich erscheint. Bei größeren Heimen ist ein wirtschaftlicher Betrieb eher gewährleistet und eine Umwidmung aufgrund der erforderlichen baulichen Umgestaltung schwerer durchführbar. Die Pflegebedürftigen in stationärer Pflege bzw. deren Angehörige sind in der Regel auch skeptisch gegenüber einer Umwidmung, die dann Miet- und Pflegevertrag entkoppelt und Pflegeleistungen über Einzelmodule abrechnet.

Langfristig sind sowohl die unterschiedlichen leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen als auch das Zusammenwirken von ordnungsrechtlichen Vorgaben mit dem Mangel an Pflegefachkräften zu berücksichtigen. Ambulante Pflegekonzepte gewinnen gegenüber stationären Einrichtungen an Attraktivität. Unter der Beibehaltung der leistungsrechtlichen Trennung von ambulantem und stationärem Sektor sowie insbesondere den Personalvorgaben werden Anbieter zunehmend ambulante Pflegekonzepte konzipieren und das Pflegeheim meiden.

8 Mehrwert ambulant betreuter Wohnformen

Im vorliegenden Kapitel soll der „Mehrwert“ ambulant betreuter Wohnformen untersucht werden. Dimensionen dieses Mehrwerts sind:

- Art und Qualität der pflegerisch-betreuerischen Versorgung sowie
- Selbständigkeit und Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner.

Zu beachten sind zudem Auswirkungen auf die Kosten für die Solidargemeinschaft und die Betroffenen. Neben den theoretisch zu erwartenden Vorzügen ambulanter Wohnformen wird auch geprüft, inwiefern ein theoretisch bestimmter „Mehrwert“ tatsächlich in der Versorgungsrealität ankommt.

Die theoretisch zu erwartenden Vorzüge ambulanter Wohnformen spiegeln sich in den zentralen Zielsetzungen solcher Pflegekonzepte. Zu diesen Zielen gehören:

- die Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen so weit wie möglich zu erhalten,
- die Lebensbedingungen im Vergleich zum Leben in der Familie möglichst wenig zu ändern,
- Angehörige in die Betreuung einzubinden,
- den Bezug zu Nachbarn und dem sozialen Umfeld zu ermöglichen,
- eine umfassende Pflege sicherzustellen und damit Selbstachtung und Autonomie zu erhöhen (Wolf-Ostermann et al. 2014b, S. 33).

Ambulant betreute Wohnkonzepte grenzen sich von ihrer Zielsetzung her von der hoch standardisierten Pflege im traditionell geführten Pflegeheim ab, das für alle Bewohner/innen einen weitgehend vorgeschriebenen Tagesablauf vorsieht. Ambulant betreute Wohnkonzepte versprechen somit einen Mittelweg zwischen dem völlig autarken Leben in der eigenen Häuslichkeit und dem eng bestimmten Leben in stationären Einrichtungen. Die Alltagsgestaltung soll stärker nach den Wünschen der Pflegebedürftigen ausgerichtet werden. Eine Teilhabe und Mitwirkung in der Wohngemeinschaft, Wohnquartier oder sozialem Umfeld soll ermöglicht werden. Neben größerer Autonomie und Selbstbestimmung sollen die Bewohner/innen ambulant betreuter Wohnkonzepte zeitgleich Zugang zu umfassender Pflege und Betreuung von hoher Qualität erhalten. In Pflege-Wohngruppen wird zudem oft ein integrativer pflegerischer Ansatz befolgt, indem Pflegekräfte neben ihrer pflegerischen Kerntätigkeit auch für weitere Unterstützungsleistungen, gemeinschaftliche Aktionen oder hauswirtschaftliche Unterstützung zuständig sind. Gegenüber der Pflege in der eigenen Häuslichkeit sollen sich ambulant betreute Wohnkonzepte durch eine höhere Versorgungssicherheit auszeichnen, indem etwa eine durchgängige professionelle Betreuung ermöglicht wird (Hasenau et al. 2016, S. 9-10).

Fraglich ist, inwieweit diese Ziele in der Versorgungsrealität umgesetzt werden. So wird aus Perspektive der Pflegekassen beklagt, dass Pflege-Wohngemeinschaften auch aufgrund leistungsrechtlicher Vorteile eines ambulanten Versorgungsvertrages entstünden, ohne die Zielsetzungen zu verfolgen, familienähnliche Strukturen zu schaffen und die Selbstbestimmung der Bewohner/innen zu fördern (Szepan 2016b). Kritisch zu betrachten seien ambulant betreute Wohnformen, die ambulante Leistungen, Tagespflege und Leistungen der häuslichen Krankenpflege verknüpfen und in denen Leistungen, Leistungsumfang und Tagesstruktur nur scheinbar frei gewählt würden, faktisch jedoch vom beteiligten Pflegedienst vorbestimmt seien (Szepan 2016a, S. 17). Der AOK-Bundesverband kritisiert hierbei „ambulante Versorgungsstrukturen im Verbund, deren Leistungsumfang sich in der Gesamtschau nicht von einer vollstationären Einrichtung unterscheiden“ (AOK-Bundesverband 2015, S. 17). Aus der Per-

spektive des Pflegepersonals oder der Pflegebedürftigen seien die Verbünde nicht von einer stationären Einrichtung zu unterscheiden. Trotz komplexer Einzelverträge, bestehe keine Wahlfreiheit für ambulante Pflegeleistungen und Pflegedienst. Für die ambulanten Konzepte seien weder Qualitätsprüfungen durch den medizinischen Dienst vorgesehen, noch würden ordnungspolitische Maßnahmen der Landesheimaufsichten greifen (AOK-Bundesverband 2015, S. 17-8).

Auch in den Medien kommen im Zusammenhang mit der Umwandlung vollstationärer Einrichtungen in ambulante Pflegeplätze kritische Stimmen zu Wort. So berichtet Report Mainz in einer Sendung vom 4.11.2014 über Umwidmungen von stationären Einrichtungen des Pflegekonzerns SeniVita. Dabei sei laut Angehörigen der einzige Unterschied, dass die Pflegebedürftigen im ambulanten Setting ein Appartement mieteten, während sie zuvor in einem Pflegezimmer lebten (SWR 2014). Heimähnliche Strukturen würden beibehalten und ein Zugewinn an Selbständigkeit für die Pflegebedürftigen bliebe aus (CAREkonkret 2015a). Zu einer ähnlichen Einschätzung kommt ein in der TAZ veröffentlichter Bericht von Angehörigen und Pflegebedürftigen, die von der Umwandlung eines Heims in ambulant betreute Wohngemeinschaften in Bremen betroffen waren. Statt einer Pauschale wird die Abrechnung in mehrere Verträge gesplittet, für Grundpflege, medizinische Versorgung, Betreuung und Zusatzleistungen. Der Heimbetreiber stellte eine bessere Versorgung in Aussicht, es würde sich für die Betroffenen jedoch konkret nichts im Vergleich zum Heim ändern. Während der Heimbetreiber positive Effekte durch neue Betreuungsassistent/innen, Ergotherapeut/innen und Alltagsbegleiter/innen sowie WG-Küchen und Aufenthaltsräume in Aussicht stellte, beklagten die Betroffenen intransparente Verträge und schwer kalkulierbare Zusatzkosten (Schnase 2015). Auch wenn es sich bei diesen in den Medien transportierten Bildern um Einzelfälle handelt, zeigt dies doch, dass ein Mehrwert ambulant betreuter Wohnformen nicht ohne weiteres unterstellt werden kann.

Es steht also in Frage, ob ein Mehrwert im Sinne einer besseren Qualität der pflegerisch betreuenden Versorgung sowie ein höheres Maß in Dimensionen der Lebensqualität und Selbständigkeit bei neuen ambulant betreuten Wohnformen gegenüber traditionellen Pflegesettings beobachtet werden kann. Des Weiteren ist von Bedeutung, mit welchen Kosten für Solidargemeinschaft und Betroffene neue ambulant betreute Wohnformen einhergehen. Mehrausgaben wären dann besonders kritisch zu sehen, wenn mit neuen Wohnformen keine Verbesserung der Versorgungsrealität verbunden wäre. Mitnahmeeffekte zu Lasten der Pflegekassen wurden mit der Umwidmung Pflegeheimen in ambulante Pflegesettings von betroffenen Pflegekassen beanstandet (SWR 2014; CAREkonkret 2015a).

Diesen Fragen soll zum einen durch die Literaturanalyse und mit Befunden aus nationalen und internationalen Evaluationsstudien beantwortet werden (Abschnitt 8.1). Im Vordergrund stehen dabei die Effekte ambulant betreuter Wohnformen, die nach den oben genannten Zielsetzungen ausgerichtet sind im Vergleich zu traditionellen Pflegesettings, in der Regel der stationären Pflege im Heim. Zum anderen soll die Delphi-Befragung (Abschnitt 8.2) von Expertinnen und Experten verschiedener Akteursgruppen Einschätzungen zum Mehrwert ambulant betreuter Wohnformen in Deutschland besteuern.

8.1 Literaturüberblick

Der Literaturüberblick fokussiert auf den Vergleich unterschiedlicher Pflegesettings und dabei insbesondere ambulant betreute Wohngruppen gegenüber der stationären Versorgung im Pflegeheim sowie der traditionellen häuslichen Pflege (siehe Abschnitt 4.2). Nur aus diesem Vergleich ist ein „Mehrwert“ neuer ambulant betreuter Wohnformen zu ermitteln. Neben den spezifizierten Dimensionen

des Mehrwertes – der Art und Qualität der pflegerisch-betreuerischen Versorgung sowie Selbständigkeit und Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner – berichten Evaluationsstudien auch Auswirkungen auf Pflegekräfte und Angehörige im Vergleich der Pflegesettings. Die Kosten für Solidargemeinschaft und Betroffene sind dahingegen nicht direkt als Dimension des „Mehrwerts“ ambulant betreuter Wohnformen zu verstehen. Sie bilden jedoch einen wichtigen Bezugsrahmen in der Diskussion um einen möglichen Mehrwert und daraus erwachsende Schlussfolgerungen. Die Ergebnisse der Literaturrecherche können danach gegliedert werden, ob sie sich auf Effekte für Pflegebedürftige (Abschnitt 8.1.1), Pflegekräfte (Abschnitt 8.1.2), Angehörige (Abschnitt 8.1.3) oder Kosten (Abschnitt 8.1.4) beziehen.

8.1.1 Pflegebedürftige

Die in den ermittelten Studien betrachteten Outcomes für die *Pflegebedürftigen* umfassen Indikatoren der Lebensqualität (insbesondere Indikatoren für Demenz- oder Alzheimerpatienten), Ernährungsstatus, Fertigkeiten des täglichen Lebens, Aktivitätslevel, die Prävalenz von Dekubitus, Stürzen oder Agitiertheit, Schlaflosigkeit und Tagesmüdigkeit sowie Verhaltensauffälligkeiten (bspw. Apathie oder Depressionen). Des Weiteren wurden die Häufigkeit der Verwendung von Psychopharmaka oder physischen Fixierungsmitteln zur Ruhigstellung der Bewohner/innen und die Zahl notwendiger medizinischer Interventionen verglichen.

Bei den in Deutschland durchgeführten Studien lag das Augenmerk neben Indikatoren der Lebensqualität auf dem Risiko der Mangelernährung sowie Dekubitus und Stürzen in unterschiedlichen Pflegesettings. Eine Längsschnittstudie zu Demenzpatienten in Berlin untersucht die Entwicklung der Lebensqualität von Pflegebedürftigen nach Zugang in eine ambulant betreute Wohngemeinschaft (Wolf-Ostermann et al. 2012). Kontrollgruppe sind Neuzugänge in stationäre Versorgung. Insgesamt werden 56 Teilnehmer in die Analyse eingeschlossen, wovon 34 in einer Wohngemeinschaft betreut werden. Lebensqualität wird mit dem Instrument QUALIDEM bei Zugang, nach 6 und 12 Monaten gemessen. Die Studie kann unter statistischer Kontrolle von Geschlecht und Grad der Demenz keine signifikanten Unterschiede der Lebensqualität zwischen den Pflegesettings feststellen. Statistisch signifikante Vorteile für Wohngemeinschaften zeigen sich nur in der Entwicklung der Pflegebeziehung, die aufgrund des günstigeren Personalschlüssels in Pflegewohngemeinschaften besser ausgebildet werden kann (Wolf-Ostermann et al. 2012, Seite 3056).

Weitere Studien befassen sich mit dem Risiko der Mangelernährung in unterschiedlichen Pflegesettings. Strupeit u.a. (2014) vergleichen Pflegewohngemeinschaften mit häuslicher Pflege. Daten von 142 Pflegebedürftigen, davon 60 in Pflegewohngemeinschaften, wurden für die Studie ermittelt. Der Ernährungsstatus wurde mit dem Mini-Nutritional Assessment (MNA) abgeschätzt. Zwar ergaben die MNA-Werte ein signifikant höheres Risiko der Mangelernährung. Eine Kovarianzanalyse zeigt aber, dass dies auf Unterschiede in den Vergleichspopulationen und dabei die stärkeren kognitiven Einschränkungen bei Pflegebedürftigen in Wohngemeinschaften zurückzuführen war, so dass sich keine Unterschiede zwischen den Settings belegen lassen. Eine ähnliche Fragestellung verfolgen Meyer et al. (2014). Kontrollgruppe bilden dabei nun Demenzpatienten im Pflegeheim. Zentraler Outcome-Indikator ist auch hier das MNA. Daten von 129 Bewohner/innen, davon 60 in ambulant betreuten Wohngemeinschaften wurden ermittelt. Dabei zeigt sich, dass unter Berücksichtigung der Teilnehmercharakteristika die Bewohner/innen von Pflege-Wohngemeinschaften einen signifikant besseren Ernährungsstatus aufwiesen. Dennoch dürfen die Risiken der Mangelernährung in Demenz-WGs nicht unterschätzt werden, da Beobachtungen über Zeiträume hinweg eine Verschlechterung des Ernährungsstatus in Wohngruppen nahe legen (Meyer et al. 2015). Zuletzt vergleichen Klingelhöfer-Noe u.a. (2015).

Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen und in betreutem Wohnen. Die Querschnittsanalyse umfasst Daten von 3.001 Pflegebedürftigen, wovon 1.823 in Pflegeheimen untergebracht waren. Neben dem Body-Mass-Index (BMI) und Malnutrition-Universal-Screening-Tool als Indikatoren für die Ernährungssituation wurden hier auch Dekubitus und Stürze abgefragt. Hierbei wurde ein signifikant höheres Risiko der Mangelernährung und von Stürzen im betreuten Wohnen festgestellt, während Dekubitus in Pflegeheimen signifikant häufiger auftrat. Die Analysen blieben dabei deskriptiv. Aufgrund der unterschiedlichen Klientel in beiden Pflegesettings können die Unterschiede nicht auf die Wohnformen zurückgeführt werden (Klingelhöfer-Noe et al. 2015).

Während die Studienqualität nach den Kategorien von Brodaty et al. (2003) für die zuletzt genannte Studie als niedrig eingestuft werden muss, kann den anderen Studien eine mittlere Qualität bescheinigt werden, da sie 5-7 der geforderten 11 Kriterien erfüllen (siehe Abschnitt 4.2).

Des Weiteren lassen sich aus internationalen Studien Auswirkungen unterschiedlicher Wohnformen berichten. Vier niederländische bzw. niederländisch-belgische Studien vergleichen Outcomes für Pflegebedürftige in Pflegewohngruppen mit der Pflege im traditionellen Pflegeheim. Die Studien wählen ein vergleichbares quasi-experimentelles Design mit Datenerhebungen beim Zugang in Wohngruppe oder Heim und sowie nach 6 Monaten (te Boekhorst et al. 2009) bzw. 6 und 12 Monaten (Verbeek et al. 2010, 2014, de Rooij et al. 2012). Die Studien umfassen zwischen 164 und 259 Teilnehmer/innen. Zentrale Outcome-Indikatoren sind neben Indikatoren der Lebensqualität, die mit dem Instrument QUALIDEM erhoben wurden, zudem die Verwendung von Psychopharmaka und physischen Fixierungen. Drei der Studien erfüllen mit 8 der Qualitätskriterien nach Brodaty et al. (2003) ein hohes Niveau der Studienqualität. Die Studie von te Boekhorst (2009) erreicht aufgrund der geringeren Fallzahlen und nicht berichteten statistischen Power mit 7 Kriterien ein mittleres Niveau. Die Ergebnisse sind weitgehend konsistent, da keine signifikanten Unterschiede der Lebensqualität festgestellt werden können. In den Pflege-Wohngruppen kommen aber physische und pharmakologische Mittel zur Ruhigstellung der Bewohner/innen signifikant seltener zum Einsatz als dies in traditionellen Heimen der Fall ist (te Boekhorst et al. 2009; Verbeek et al. 2014).

Zuletzt liegen drei Studien aus Japan (Suzuki et al. 2008, Nakanishi et al. 2012, Kasai et al. 2014) und eine aus den USA (Samus et al. 2005) vor. Eine Längsschnittstudie von Suzuki et al. (2008) beobachtet eine kleine Gruppe von 13 Bewohner/innen einer Demenz-WG über ein Jahr. Messungen erfolgen zu Beginn, nach einem, drei und 12 Monaten. Kontrollgruppe sind 13 Demenzpatienten im Pflegeheim. Kognitive Funktionen wurden mit „Gottfries-Brane-Steen Scale“ sowie MiniMental State Examination und Verhaltensstörungen mit dem „Disability assessment for dementia“ gemessen. Über den beobachteten Zeitraum konnten kognitive Funktionen in den Demenz-WGs signifikant besser aufrechterhalten werden als in der Kontrollgruppe. Nakanishi et al. (2012) untersuchen, wie sich die Einrichtung von Wohngruppen mit einer familienähnlichen Atmosphäre und stabilerem Bezug zu Pflegekräften im Vergleich zu traditionellen stationären Einrichtungen auswirkt. Hierfür werden Daten für 1.366 Bewohner/innen, davon 438 in Wohngruppen analysiert. Daten wurden bei Zugang in die Pflegeformen und nach 12 Monaten ermittelt. Zentraler Outcome-Indikator war ein für Japan entwickeltes Instrument zu Messung der Lebensqualität von Demenzkranken (*Quality of Living with Dementia in Japan*). Die Studie findet eine signifikant höhere Lebensqualität in Wohngruppen. Insbesondere die Interaktion der Demenzpatienten mit ihrer Umgebung wird besser bewertet und negatives Verhalten wird seltener beobachtet als in traditionellen Pflegeheimen (Nakanishi et al. 2012). Kasai et al. (2014) untersuchen 74 Alzheimer-Patienten, davon jeweils 37 in Wohngruppen und der häuslichen Pflege. Outcome

ist die „Behavioral Pathology in Alzheimer’s Disease Rating Scale“. Auch hier zeigen sich positive Befunde von Wohngruppen im Vergleich zur häuslichen Pflege. Vorzüge gegenüber der häuslichen Pflege zeigen sich darin, dass weniger demenzbedingte Verhaltensauffälligkeiten, Aggressivität und Beklemmung beobachtet werden (Kasai et al. 2014). Schließlich analysieren Samus et al. (2015) Daten der Maryland Assisted Living Study, einer nach Größe stratifizierten Zufallsstichprobe von Pflege-Einrichtungen, die in unterschiedlichem Ausmaß eine familienähnliche Umgebung für Demenzpatienten bieten. 134 Bewohner/innen mit Demenz in 22 Einrichtungen wurden in die Querschnittstudie eingeschlossen. Eine lineare Regression mit Interaktionseffekten kann keine Effekte einer familienähnlichen Umgebung („Hopkins Homelike Environment Rating Scale“) auf die Lebensqualität der Demenzpatienten nachweisen. Ein schwacher Interaktionseffekt wird für die Größe der Wohneinheiten ermittelt: Bei Agitiertheit bieten kleinere Wohneinheiten bessere Rahmenbedingungen und können die Lebensqualität für betroffene Personengruppen erhöhen (Samus et al. 2005). Die Studien für Japan und die USA erreichen dabei eine mittlere bis hohe (Nakanishi et al. 2012) Studienqualität.

Insgesamt ergeben sich aus den nationalen wie internationalen Evaluationsstudien keine eindeutigen Belege für Vorteile von Pflege-Wohngemeinschaften und familienähnlichen Wohngruppen für die Lebensqualität der Bewohner/innen. Nur für japanische Wohngruppenkonzepte konnte ein Vorteil gegenüber Pflegeheimen und der häuslichen Pflege festgestellt werden. Bei weiteren Outcome-Variablen gibt es Hinweise auf Vorteile für Wohngruppenkonzepte. Diese können dazu beitragen, dass Fixierungen und pharmakologische Ruhigstellung seltener zum Einsatz kommen.

8.1.2 Pflegekräfte

In einer qualitativen Studie aus Deutschland berichten Pflegekräfte über bessere Arbeitsbedingungen und eine höhere Arbeitszufriedenheit in Wohngruppen im Vergleich zur Pflege in stationären Einrichtungen (Reimer & Riegraf 2015). Inwieweit diese Befunde aus retrospektiven Befragungen als Beleg für generelle Vorteile für Pflegekräfte in ambulant betreuten Wohnformen tauglich sind, müsste weiter untersucht werden. Auch die Befunde einer höheren Zufriedenheit der Angehörigen mit Wohnbedingungen und Pflegekräften in Pflegeheimen, die eine stationäre Hausgemeinschaft eingerichtet haben, gegenüber der traditionellen Unterbringung im Heim sind limitiert, weil Selektionseffekte nicht ausgeschlossen werden konnten (Simon 2014). Die verfügbaren Studien aus Deutschland haben eher explorativen Charakter und eine niedrige Studienqualität für die Bestimmung von Arbeitszufriedenheit in unterschiedlichen Settings, weil sie nicht für weitere Einflussfaktoren kontrollieren. Erfahrungen anderer Länder deuten durchaus darauf hin, dass Pflegewohngemeinschaften ein angenehmeres Umfeld für Pflegekräfte bieten können. Eine explorative Studie von van Zadelhoff et al. (2011) beobachtet, dass Pflege in kleinteilig strukturierten Pflegesettings stärker an individuellen Bedürfnissen der Bewohner/innen ausgerichtet ist. Der Anteil von examinierten Pflegekräften ist im Rahmen von „Green House“-Projekten höher und auch die Zeit, die für Pflege aufgewendet werden kann, übersteigt die Pflegezeit in traditionellen Heimen (Sharkey et al. 2011). Während Verbeek et al. (2010a) nur dann signifikant bessere Arbeitsbedingungen von kleinteiligen Einrichtungen finden, wenn das idealtypische „Small-scale-living“-Projekt mit der idealtypischen traditionell geführten stationären Einrichtung verglichen wird, weisen weitere niederländische Studien auf generelle Vorteile kleinteiliger Strukturen hin. Die Arbeitsbelastung wird als geringer wahrgenommen, Burnout ist weniger prävalent, die Pflegekräfte besitzen eine größere Entscheidungsautonomie und sehen eine individuellere und persönlichere Pflege eher ermöglicht (te Boekhorst et al. 2008b; Verbeek et al. 2012; Willemse et al. 2014). Die Stu-

dien aus den Niederlanden, die ein quasi-experimentelles Design verfolgen und signifikante Unterschiede von Indikatoren der Arbeitszufriedenheit berichten können, deuten auf Vorteile von kleinteilig organisierten Pflegekonzepten hin.

8.1.3 Angehörige

Bezogen auf die Erfahrung von Angehörigen weisen Studien darauf hin, dass über eine stärkere Einbindung von Angehörigen in ambulanten Wohnformen die Lebensqualität der Bewohner/innen gesteigert werden kann (Gräske et al. 2015). Das beobachtete Engagement blieb jedoch hinter den Erwartungen zurück und war nicht stärker ausgeprägt als bei Spezialwohnbereichen für Menschen mit Demenz in Heimen (Wolf-Ostermann et al. 2012). Ähnliche Befunde liefern auch niederländische Studien. Angehörige sind zufriedener mit der Unterbringung von Pflegebedürftigen in kleinteiligen Einrichtungen, die ein familienähnliches Umfeld schaffen wollen, die Einbindung der Angehörigen in Betreuung und Pflege fällt jedoch schwer. Das Potenzial, im Rahmen dieser Pflegekonzepte zur Verbesserung der Lebensqualität der Bewohner/innen beizutragen, kann nicht ausgeschöpft werden (Verbeek et al. 2010a; van Zadelhoff et al. 2011). Stressfaktoren und Belastung der Angehörigen im Zusammenhang mit der Unterbringung von Pflegebedürftigen im Heim oder in anderen Pflegesettings weisen keine Unterschiede in Abhängigkeit vom Wohnkonzept auf (te Boekhorst et al. 2008a).

8.1.4 Kosten

Bei der Beurteilung der Kosten unterschiedlicher Pflegesettings, gilt es neben den gesamtgesellschaftlichen Kosten auch die unterschiedlichen Perspektiven von Nutzern und weiteren Kostenträgern zu unterscheiden. Ein gesamtgesellschaftlicher Mehrwert ambulant betreuter Pflegesettings läge hier in einem im Vergleich zur Heimpflege geringeren Kostenaufwand bei gleichwertiger Pflege- und Betreuungsleistung. Von ambulant betreuten Wohngruppen als Alternative zum Heim war auch eine geringere finanzielle Eigenbeteiligung und damit ein geringeres Sozialhilferisiko für die Pflegebedürftigen erhofft worden (Klie & Pfundstein 2010).⁴ In einer bundesweiten Befragung ermittelten Wübbeler et al. (2015) durchschnittliche Kosten von Demenz-WGs, die sich ohne Berücksichtigung der häuslichen Krankenpflege auf etwa 3.265 Euro im Monat beliefen. Dabei wurden die Höhe der Kalt- und Warmmiete, Verpflegungs- und Haushaltskosten, Taschengeld, zusätzlichen Betreuungsleistungen erfragt. Die im Schnitt relativ hohen Pflegestufen der WGs werden als Indiz dafür angeführt, dass „*ambulant betreute Wohngemeinschaften mindestens ähnlich leistungsfähig wie vollstationäre Einrichtungen*“ sind (Wübbeler et al. 2015, S. 841). Von den Aufwendungen müssen rund 65 % als Eigenanteil finanziert werden (unter der Annahme zusätzlicher Betreuungsleistungen nach § 45 b SGB XI von 125 Euro). Als Referenz für diesen Mittelwert der Gesamtaufwendungen werden die Kosten einer vollstationären Unterbringung mit Pflegestufe II genannt, die bei 3.210 Euro liegen. Der Eigenanteil unter Berücksichtigung der Leistungen der Pflegeversicherung für die Pflegestufe II beläuft sich ebenfalls auf rund 65 %. Gesamtaufwendungen und Eigenanteil unterscheiden sich in der Durchschnittskalkulation also kaum. Allerdings zeigen die Befragungsdaten einen im Vergleich zu Heimbewohner/innen höheren Anteil an

⁴ Sofern über ambulant betreute Pflegesettings, professionelle Pflegeleistungen besser individuell angepasst und gleichzeitig informelle Pflege durch Angehörige, Freunde oder Ehrenamtliche besser eingebunden werden, könnte ein im Vergleich zur vollstationären Versorgung geringerer Personalbedarf und möglicherweise auch geringere Kosten realisiert werden (Rothgang et al. 2016b). Die Einbindung informeller Pflege hatte sich im Rahmen von Pflegewohngemeinschaften allerdings als problematisch herausgestellt (siehe 3.3).

Sozialleistungsbezieher/innen (Wübbeler et al. 2015, S. 843). Zudem streuen vor allem die Aufwendungen für Betreuung im Bundesgebiet stark (Variationskoeffizient von etwa 80 %). Die Aufwendungen für Behandlungspflege nach SGB V konnten im Rahmen der Studie nicht ermittelt werden.

Im Auftrag des Gesundheitsministeriums NRW (MGEPA) wurden ebenfalls Vergleiche der Kosten von Pflegewohngemeinschaften mit Pflegeheimen angestellt (Liesenfeld et al. 2016, S. 119). Als Beispiel dient ein Komplex von drei anbieterverantworteten Wohngemeinschaften in städtischem Gebiet mit jeweils acht demenzkranken Bewohner/innen. Die Aufwendungen fallen hier vor allem für Betreuungsleistungen höher aus als die von Wübbeler et al. (2015) angegebenen durchschnittlichen Werte. Ferner sind hier zusätzlich Wohngruppenzuschlag (205 Euro) und die häusliche Krankenpflege (650 Euro) als Aufwendungen verbucht. Die Kosten eines WG-Platzes liegen demnach bei 3.843 Euro in Pflegestufe I, 4.494 Euro in Pflegestufe II und 4.830 Euro in Pflegestufe III. Die Eigenbeteiligung wird pauschal auf 2.090 Euro festgesetzt, liegt damit anteilig zwischen etwa 43 und 54 Prozent. Demgegenüber werden für die Heimkosten Aufwendungen von 3.307 (PS I), 3.953 (PS II) und 4.625 (PS III) Euro veranschlagt. Hier wird der Eigenanteil noch nach Pflegestufen differenziert (PS I: 2.083, PS II 2.463 und PS III 2.853 Euro) (Liesenfeld et al. 2016, S. 120). Die Gesamtaufwendungen fallen einschließlich häuslicher Krankenpflege für die WGs also etwas höher aus als eine Heimunterbringung. Die Eigenanteile der Bewohner/innen sind in Pflegestufe I vergleichbar, fallen für die höheren Pflegestufen aber in der WG niedriger aus. Dementsprechend ist die Belastung für Sozialhilfeträger bei Heimbewohner/innen in den Pflegestufen II und III höher als in der WG, sofern die Bewohner/innen anspruchsberechtigt sind.

8.1.5 Zusammenfassung der Studienergebnisse

Insgesamt liegen nur wenige aussagekräftige Studien vor, die einen Mehrwert von ambulant betreuten Wohnformen gegenüber anderen Pflegesettings mit ausreichender methodischer Qualität nachweisen könnten. Einige Punkte lassen sich festhalten:

- Indikatoren-Sets für Lebensqualität zeigen in der überwiegenden Zahl der Studien *keine* Vorteile ambulant betreuter Wohngemeinschaften gegenüber der Pflege im Heim. Einige Studien weisen jedoch auf Vorteile hinsichtlich einzelner Outcomes für Pflegebedürftige hin. Das Risiko der Mangelernährung bei Demenz kann gegenüber der stationären Pflege reduziert werden. Niederländische Studien zeigen, dass die Anwendung von Fixierungen und pharmakologische Eingriffe zur Ruhigstellung in Wohngruppenkonzepten gegenüber der stationären Versorgung seltener zum Einsatz kommen. Durch günstigere Personalschlüssel können Pflegebeziehungen besser ausgebildet werden.
- Pflegekräfte nehmen die Arbeit in Pflegewohngemeinschaften als *weniger belastend* wahr. Während die Ergebnisse für Deutschland hier validiert werden müssen, unterstützen Erfahrungen mit vergleichbaren Konzepten aus dem Ausland die positiven Effekte auf Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte.
- Die Einbindung von Angehörigen in Betreuung und Pflege zu organisieren, erweist sich generell als *problematisch*. Studien aus Deutschland sowie anderen Ländern zeigen, dass dieser potenzielle Vorteil ambulanter Wohnformen nicht ausgeschöpft werden kann.
- Nach den wenigen vorliegenden Studien bieten Pflegewohngemeinschaften in Deutschland gegenüber stationärer Versorgung *keine finanziellen Vorteile* im Sinne geringerer Gesamtauf-

wendungen. Unter Berücksichtigung häuslicher Krankenpflege muss von durchschnittlich sogar etwas höheren Aufwendungen für Pflegewohngemeinschaften ausgegangen werden. Pflegemodelle für Wohngruppen, die Pflegesachleistungen mit Tagespflege kombinieren, sind in den Evaluationsstudien nicht belegt. Die Aufwendungen für solche Pflegemodelle könnten insbesondere für die Pflegekassen die finanziellen Belastungen in Relation zu den Kosten eines Pflegeheimplatzes nochmals deutlich verstärken. Bewohner/innen und ggfs. auch Sozialhilfeträger könnten in der Folge jedoch von den höheren Ausgaben der Kassen profitieren.

Die dünne Studienlage erschwert konkrete Aussagen zum Mehrwert ambulant betreuter Wohnformen gegenüber alternativen Pflegesettings. Diese Ergebnisse stehen in Einklang mit den vorliegenden internationalen und auf Deutschland bezogenen Übersichtsarbeiten von Anderiesen et al. (2013), Gräske et al. (2013) und Kok et al. (2013), die jeweils Aussagen zu den Outcomes unterschiedlicher Pflegesettings treffen.

8.2 Delphi-Befragung

Zur Bestimmung eines potentiellen Mehrwertes von neuen Wohnformen und den Bedingungen, die zur Realisierung eines Mehrwerts gegeben sein sollten, wurde eine Delphi-Befragung durchgeführt. Die Befragung fokussierte zum einen auf die aktuelle Umsetzung von neuen Wohnformen und zum anderen auf das Entwicklungspotenzial der Wohnformen und deren Rahmenbedingungen. Die Definition neuer Wohnformen erfolgte dabei in Abgrenzung zu den Settings der traditionellen vollstationären Pflege in einem Pflegeheim und der professionellen ambulanten Pflege in der angestammten Häuslichkeit.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der beiden quantitativen Befragungsrunden (Runden 2 & 3) dargestellt, in denen die Expertinnen und Experten Aussagen bewerteten (Abschnitt 8.2.1). Diese Aussagen wurden aus einer einführenden qualitativen Befragungsrunde (Runde 1) generiert und den Fragekomplexen:

- Lebensqualität (Abschnitt 8.2.2),
- Selbstständigkeit (Abschnitt 8.2.3),
- Art und Qualität der pflegerisch-betreuerischen Versorgung (Abschnitt 8.2.4),
- Rahmenbedingungen und Kontextfaktoren (Abschnitt 8.2.5), sowie
- gesellschaftliche Auswirkungen (Abschnitt 8.2.6)

zugeordnet. In der zweiten Runde wurden die Aussagen den Teilnehmenden zur quantitativen Bewertung vorgelegt, inwiefern sie diesen Aussagen zustimmen. In einer dritten Runde wurden den Expertinnen und Experten die Aussagen zusammen mit den Ergebnissen der zweiten Runde zur erneuten Bewertung vorgelegt, um eine stabilere Einschätzung zu erhalten.

8.2.1 Teilnehmende

Es erklärten sich 26 Expertinnen und Experten aus den Bereichen Wissenschaft, Anbieterverbände innovativer Wohnformen, Kranken- und Pflegekassen, Interessensverbänden der Bewohnerinnen und Bewohner sowie der öffentlichen Verwaltung zur Teilnahme an der Delphi-Befragung bereit. An der ersten Befragungsrunde nahmen 23 dieser Personen teil, an den folgenden quantitativen Runden jeweils 18 Personen. Die Verteilung auf die einzelnen Tätigkeitsbereiche ist in Abbildung 31 dargestellt. Demnach verteilten sich die Teilnehmenden ungefähr gleich auf alle Gruppen, lediglich die öffentliche Verwaltung nahm in der zweiten und dritten Runde mit nur jeweils zwei Personen teil.

Die eigenen Angaben der Teilnehmenden zu ihren Kenntnissen und Erfahrungen in Bezug auf innovative Wohnformen sind in Anhang 12.6 aufgeführt. Die Expertinnen und Experten stuften insbesondere ihre Kenntnisse in den rechtlichen Grundlagen der Sozialversicherung und sozialpolitischen und ökonomischen Fragestellungen als „eher hoch“ oder „hoch“ ein (Abbildung 76, Abbildung 79). Im Versorgungsmanagement (Abbildung 75), ordnungsrechtlichen Themengebieten (Abbildung 77), der Evaluation von Versorgungsangeboten (Abbildung 78) und der Organisation von Pflegeeinrichtungen (Abbildung 74) gaben jeweils auch vier bis sechs Personen eine „eher geringe“ oder „geringe“ Erfahrung an. Die eigenen Kenntnisse in der Pflegepraxis in innovativen Wohnformen bewertete in der dritten Runde nur die Hälfte der Teilnehmenden als „hoch“ oder „eher hoch“ (Abbildung 73).

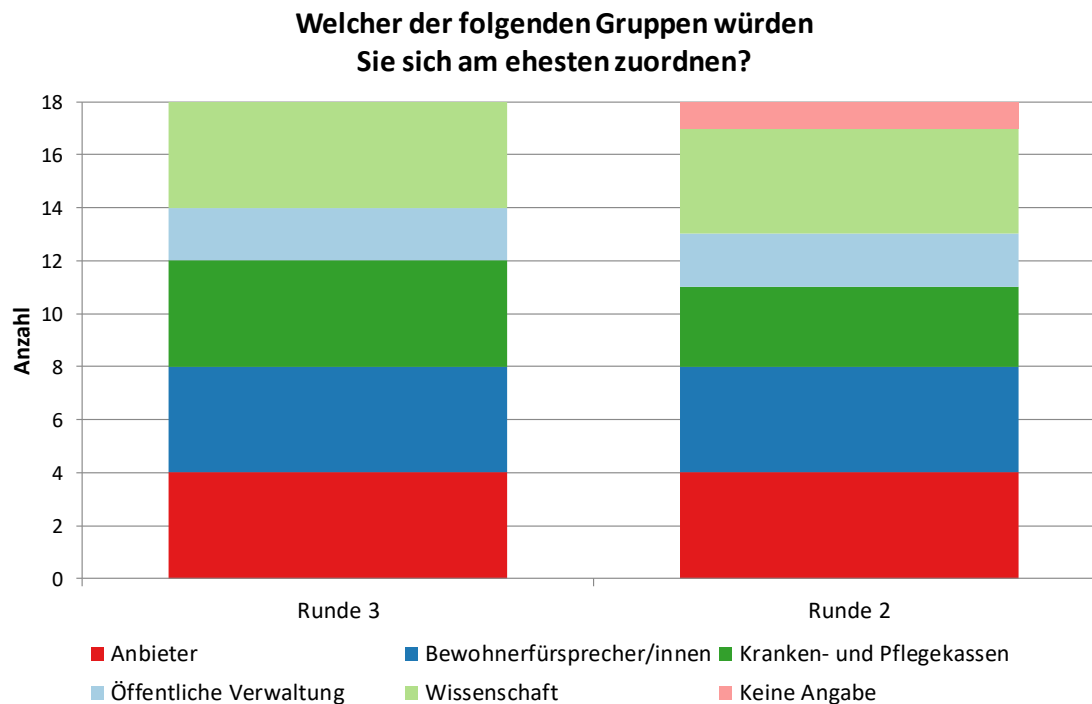


Abbildung 31: Tätigkeitsbereich der Teilnehmenden

Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

8.2.2 Lebensqualität

In Bezug auf die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner neuer Wohnformen wiesen die Befragten einrichtungsspezifischen Konzepten zur Pflege und Betreuung eine bedeutsame Rolle zu (Abbildung 32). Zugleich wurde die Entwicklung von Qualitätsstandards für innovative Wohnformen als maßgeblicher Einflussfaktor für die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner als insgesamt weniger wichtig eingestuft (Abbildung 33). Die soziale Einbindung der Bewohnerinnen und Bewohner innovativer Wohnformen wird zwar als eher stärker ausgeprägt betrachtet als in vollstationären Pflegeeinrichtungen (Abbildung 35), dennoch gaben die Expertinnen und Experten am häufigsten an, dass eine enge Anbindung an das Quartier oder die Nachbarschaft derzeit in innovativen Wohnformen eher nicht erreicht werde (Abbildung 34). In diesem Kontext zeigt sich auch, dass die innovativen Wohnformen nicht nur als Modelle für den urbanen Raum erachtet werden (Abbildung 36). Eine leichte Tendenz zeigt sich in der Frage, ob derzeit in Projekten innovativer Wohnformen ausreichend geeigneter Wohnraum vorhanden ist, die überwiegend mit „trifft eher nicht zu“ oder „trifft nicht zu“ beantwortet wurde (Abbildung 37). Bemerkenswert in Anbetracht der ökonomischen Anreize zeigt sich die Einschätzung, dass die innovativen Wohnformen eher nicht vorrangig von einkommensschwächeren Personen genutzt werden (Abbildung 38). Letztlich stimmte die überwiegende Mehrzahl der Befragten jedoch zu, dass es Personengruppen gebe, deren Lebensqualität steigen würde, sofern sie statt einer vollstationären Einrichtung eine innovative Wohnform wählen würde (Abbildung 39). Der Anteil der Pflegebedürftigen, die dies betreffe, bewege sich aber eher unterhalb von 50 % (Abbildung 40), wobei die Bewohnerfürsprecher und Wissenschaftler diesen Anteil höher einschätzen als Anbieter und Kostenträger.

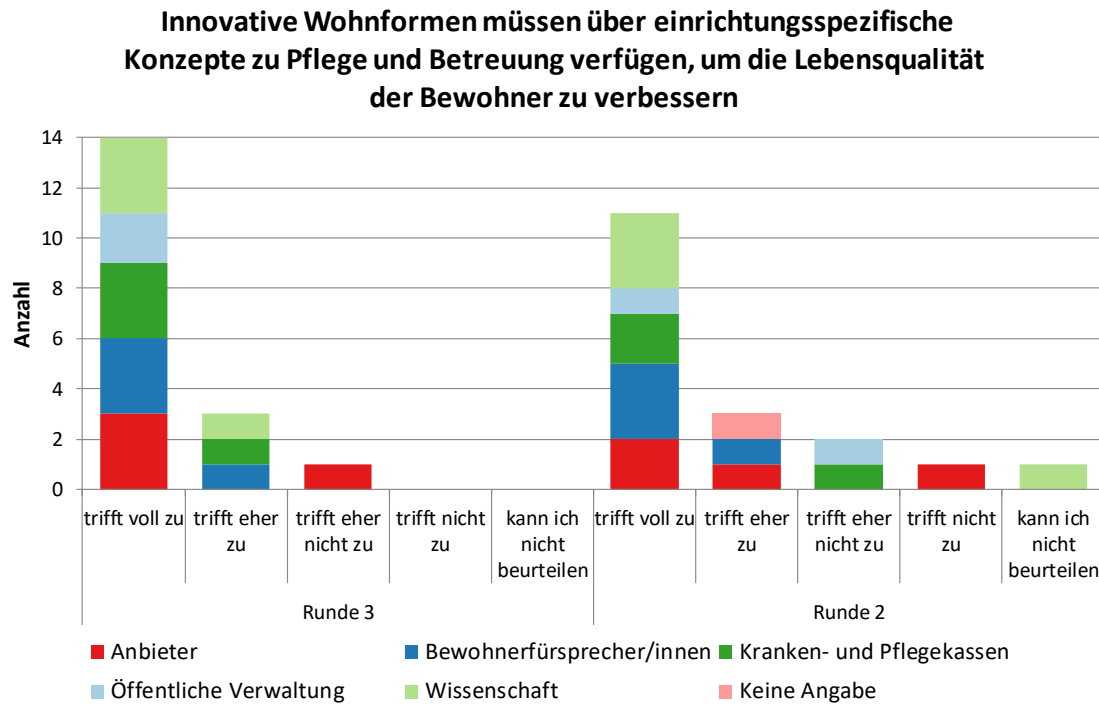


Abbildung 32: Lebensqualität und Konzepte zu Pflege und Betreuung

Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

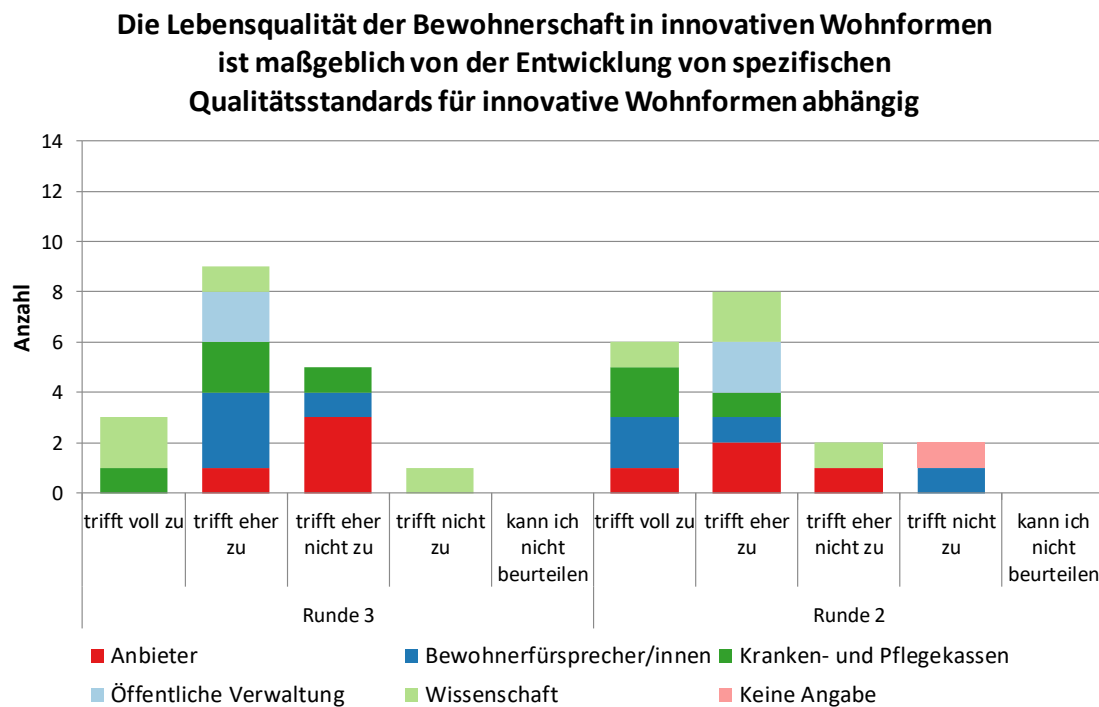


Abbildung 33: Lebensqualität und Qualitätsstandards für innovative Wohnformen

Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

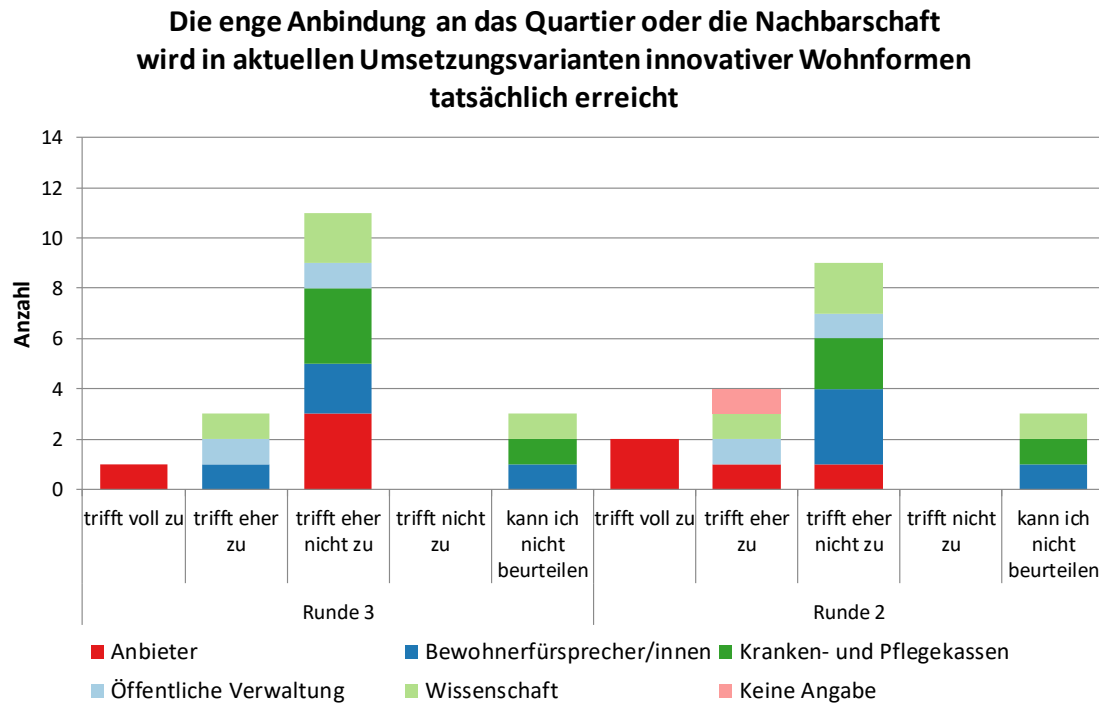


Abbildung 34: Anbindung an Quartier und Nachbarschaft

Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

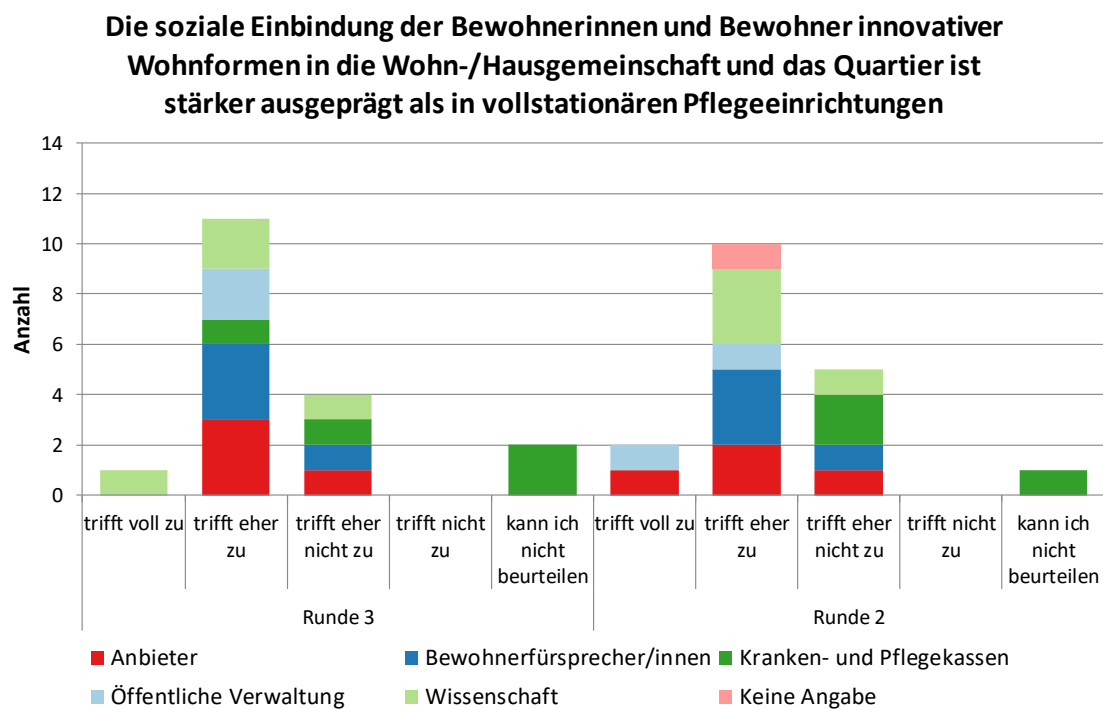


Abbildung 35: Soziale Einbindung in innovativen Wohnformen im Vergleich zu stationären Einrichtungen

Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

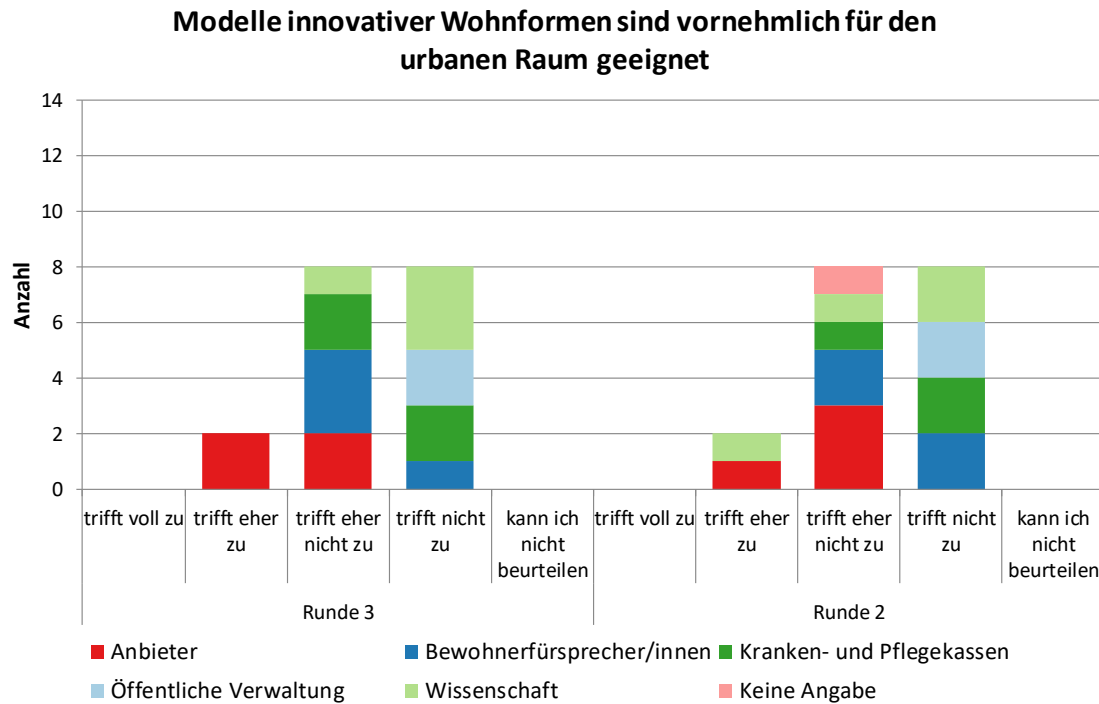


Abbildung 36: Innovative Wohnformen im urbanen Raum

Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

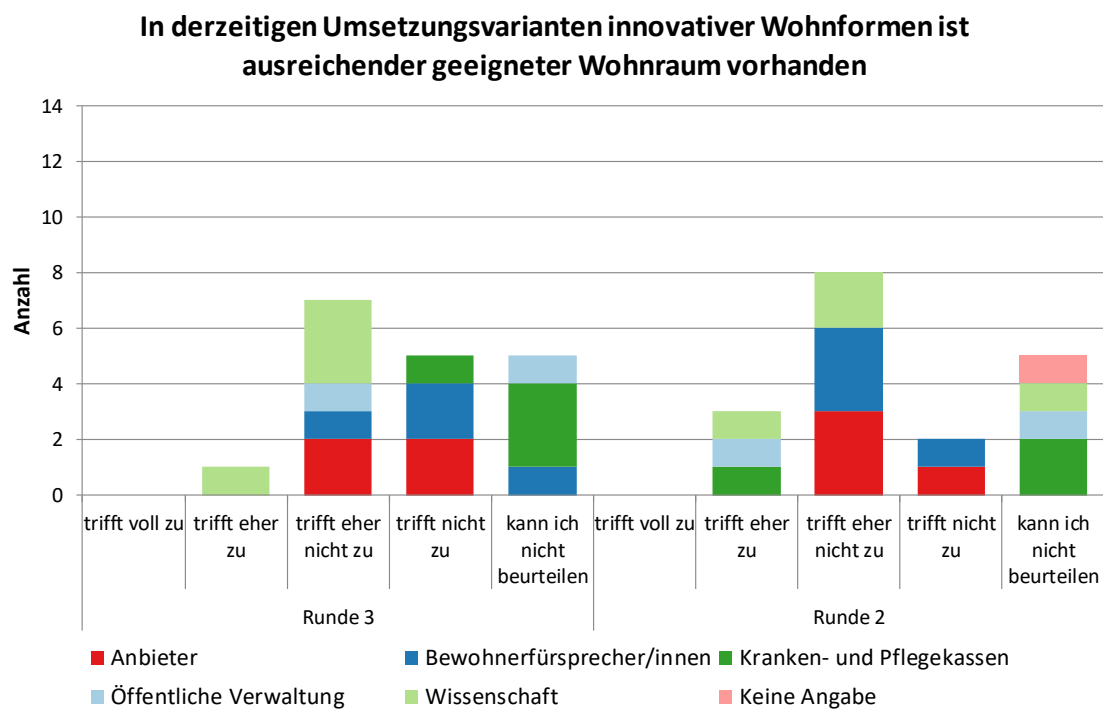


Abbildung 37: Wohnraum in innovativen Wohnformen

Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

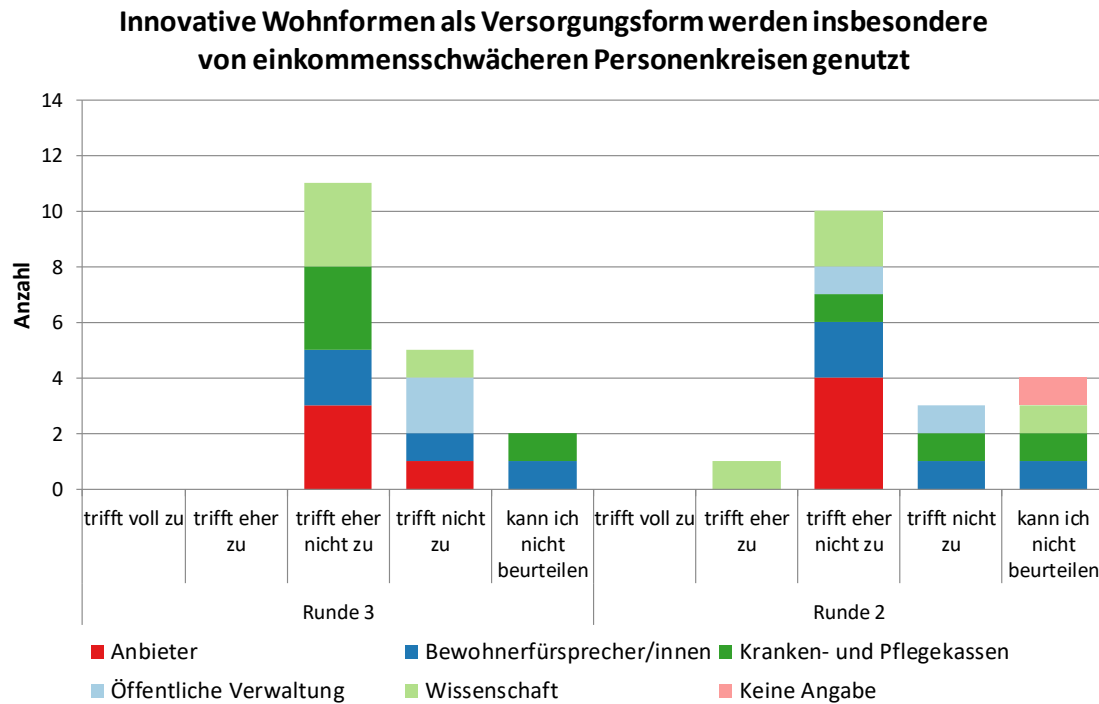


Abbildung 38: Innovative Wohnformen und Einkommen

Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

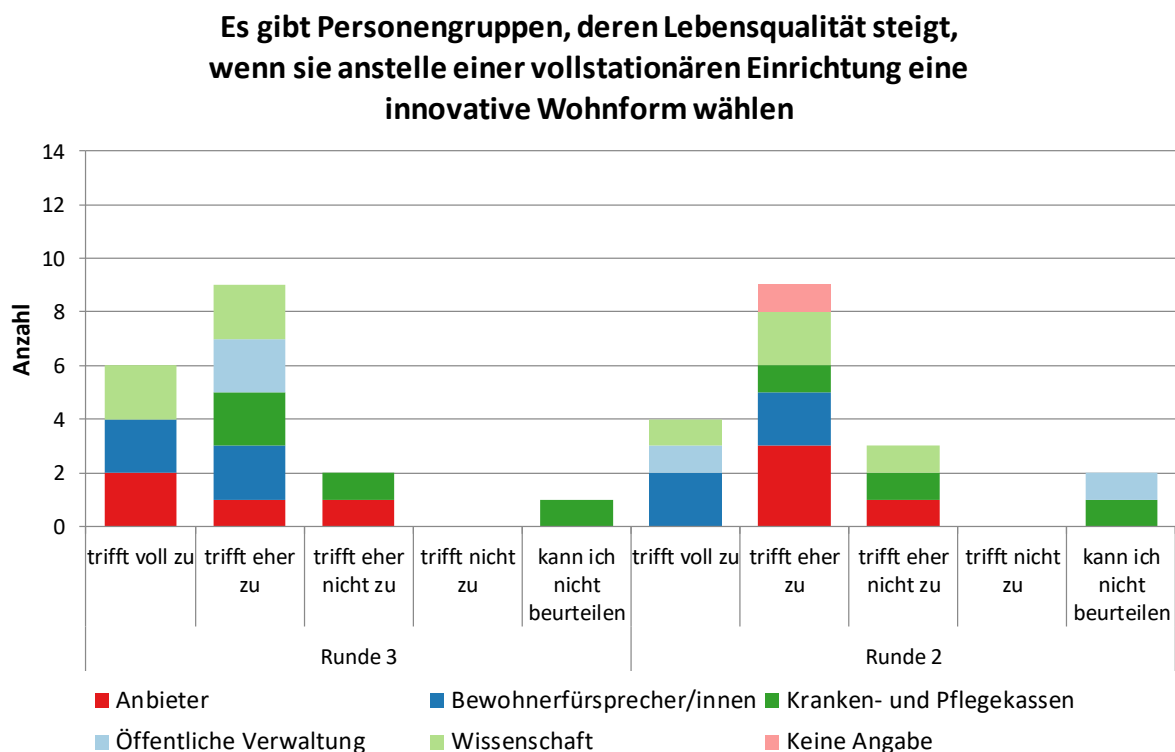


Abbildung 39: Steigerung der Lebensqualität durch innovative Wohnformen (1)

Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

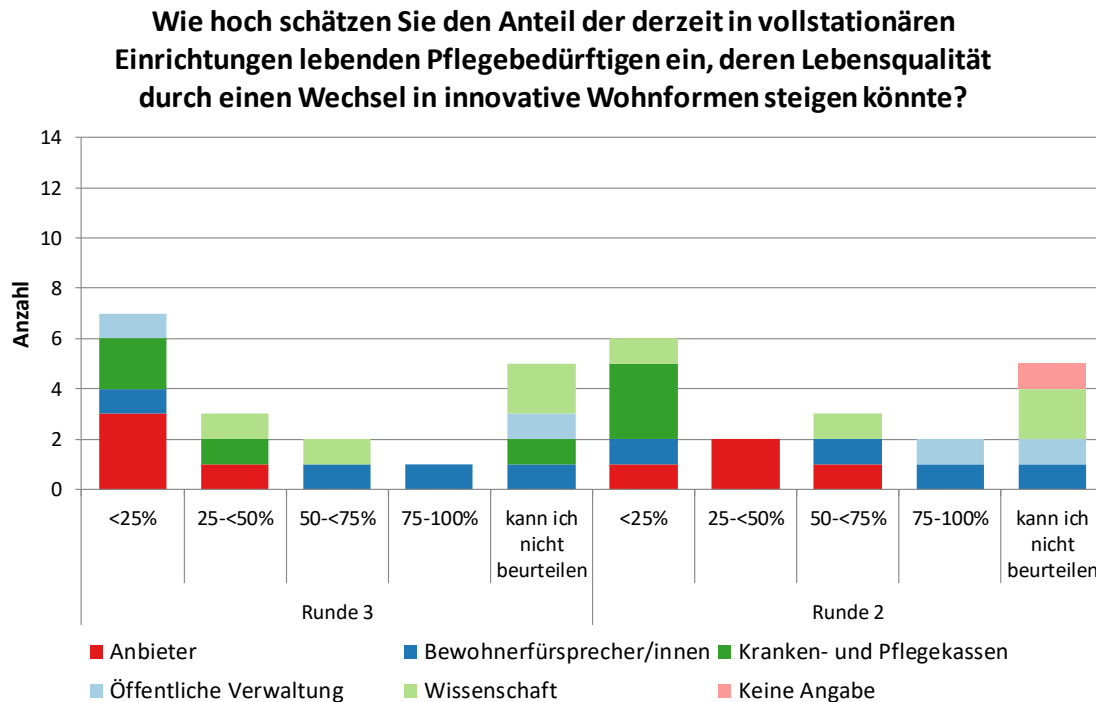


Abbildung 40: Steigerung der Lebensqualität durch innovative Wohnformen (2)

Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

8.2.3 Selbstständigkeit

Zum Thema „Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen“ zeigen sich in der Delphi-Befragung deutliche Tendenzen. So wird dem Leben in innovativen Wohnformen eine eher höhere Selbstbestimmung und Individualität beigemessen als es in vollstationären Einrichtungen der Fall ist (Abbildung 41). Von Bedeutung ist dabei auch die vertragliche Trennung der Wohnraumüberlassung und der Erbringung der Pflegeleistungen (Abbildung 42).

Die Mehrzahl der Expertinnen und Experten schätzt, dass Pflegebedürftige eher innovative Wohnformen bevorzugen würden als die Unterbringung in einer vollstationären Einrichtung (Abbildung 43). Die angenommene Präferenz der Angehörigen von Pflegebedürftigen für ein Leben in einer innovativen Wohnform erhielt sogar eine noch etwas größere Zustimmung (Abbildung 44).

Innovative Wohnformen bieten Pflegebedürftigen in ihren aktuellen Umsetzungsvarianten tatsächlich eine höhere Selbstbestimmung und Individualität als vollstationäre Einrichtungen

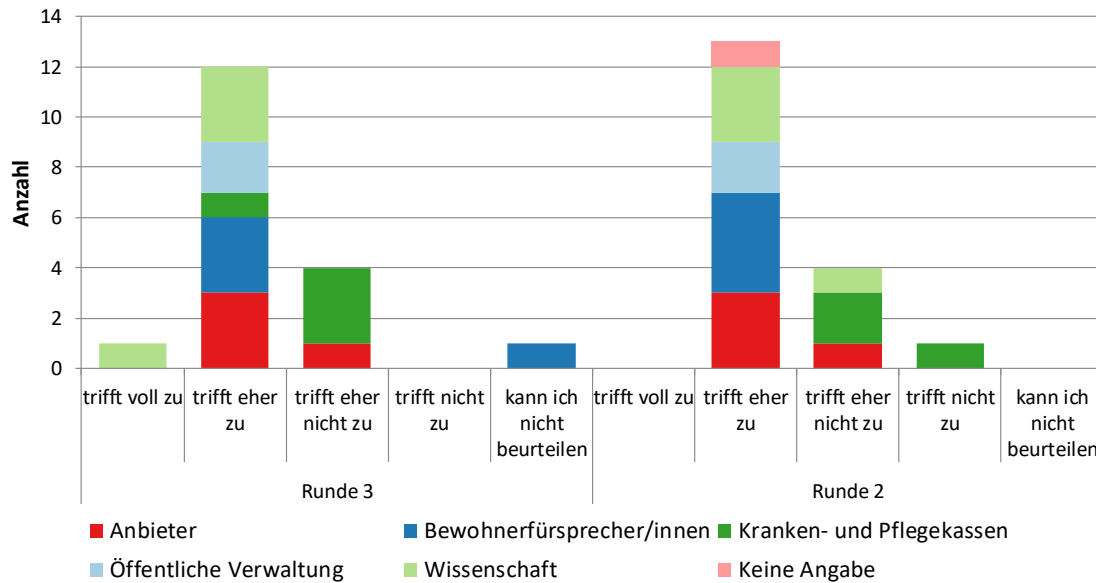


Abbildung 41: Selbstbestimmung in innovativen Wohnformen

Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

Die vertragliche Trennung zwischen Wohnen und Pflege stärkt die Wahlfreiheit in der Versorgung und damit die Selbstbestimmung der Bewohnenden

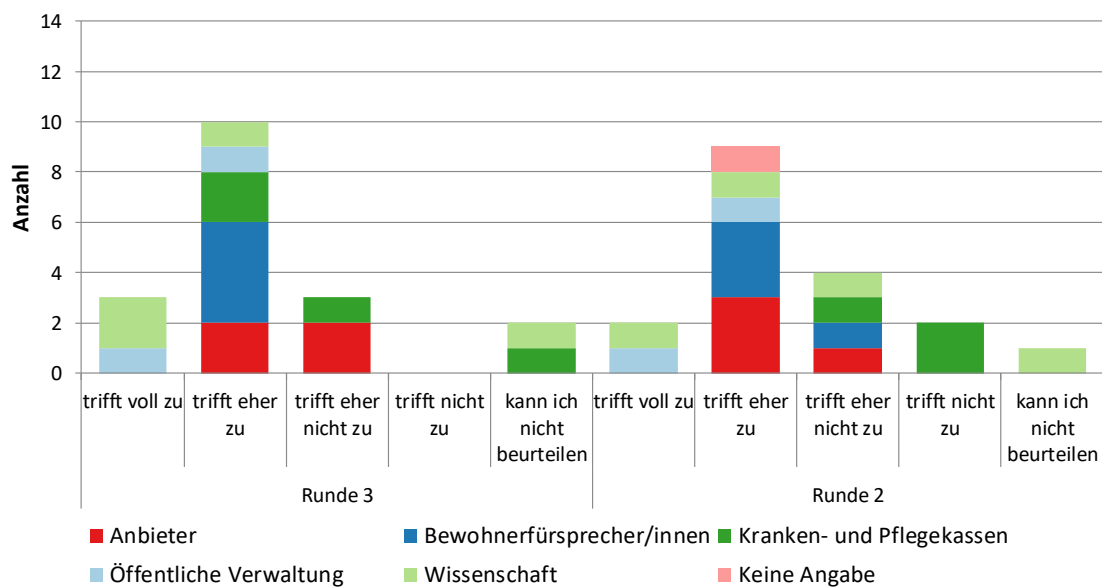


Abbildung 42: Vertragliche Trennung von Wohnen und Pflege

Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

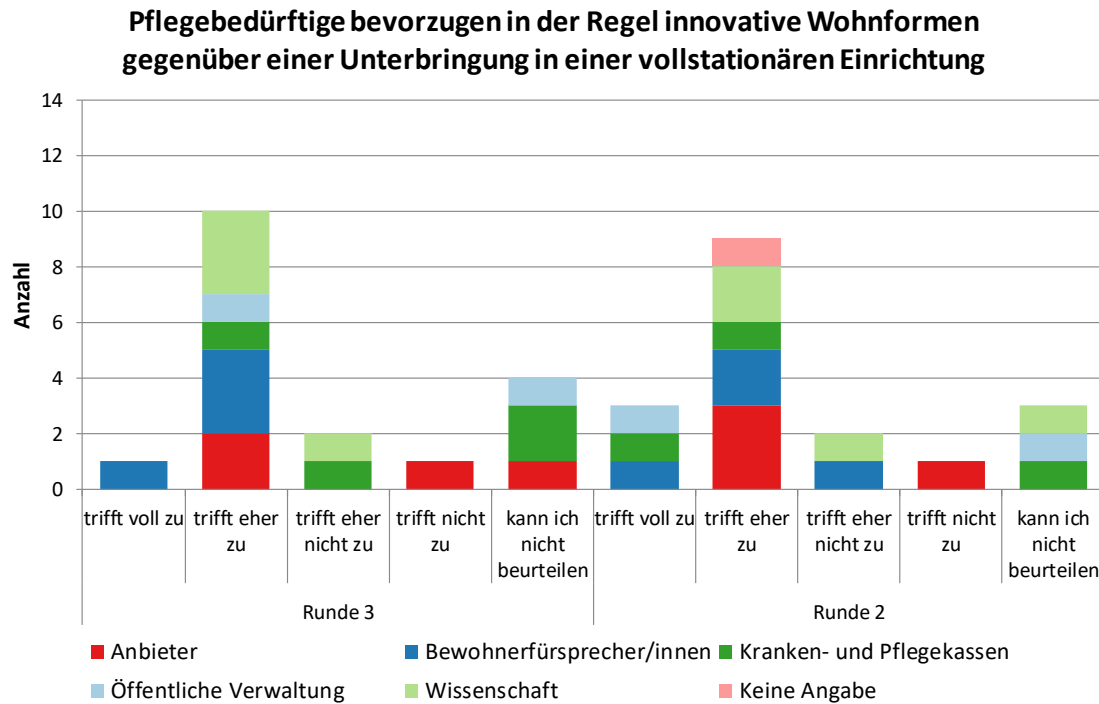


Abbildung 43: Präferenzen Pflegebedürftiger

Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

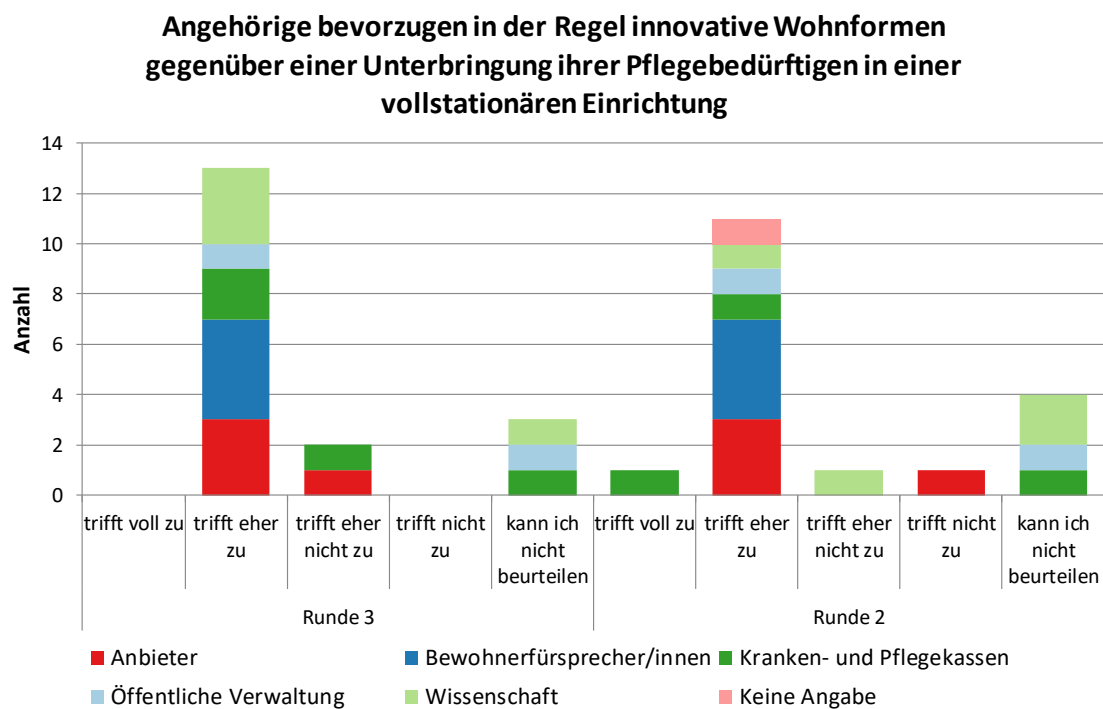


Abbildung 44: Präferenzen Angehöriger

Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

8.2.4 Art und Qualität der pflegerisch-betreuerischen Versorgung

Keine der befragten Personen lehnte eine stärkere Regulierung der Qualität in innovativen Wohnformen strikt ab. Darüber hinaus zeigt sich jedoch ein gemischtes Bild in den Antworten zwischen vollständiger Zustimmung (5 Nennungen) eingeschränkter Zustimmung (5 Nennungen) und teilweiser Ablehnung einer stärkeren Regulierung (5 Nennungen). Insbesondere die Vertreterinnen und Vertreter der Kranken- und Pflegekassen stimmen dabei vollständig der Aussage zu, dass die Qualität von innovativen Wohnformen stärker reguliert werden solle, während die Anbietervertreter dies eher ablehnen (Abbildung 45). Mögliche Ausprägungen dieser Regulierung sind die Festlegung eines Personalschlüssels bzw. einer Fachkraftquote. Während die rechtliche Festlegung eines Personalschlüssels für innovative Wohnformen noch von der Mehrheit der Befragten unterstützt wird (Abbildung 46) zeigt sich das Meinungsbild in Bezug auf eine Fachkraftquote ausgeglichen, mit gleichermaßen Zustimmung wie Ablehnung (Abbildung 47). Dabei unterstützen alle Bewohnerfürsprecherinnen und –fürsprecher einen verbindlichen Personalschlüssel, während die Anbieter diesen mehrheitlich ablehnen (Abbildung 46), während hinsichtlich der Fachkraftquote eine solche Blockbildung nicht erkennbar ist.

Die weit überwiegende Mehrzahl der Teilnehmenden erachtet die Einbindung von Angehörigen als eine notwendige Voraussetzung für die Qualität der Pflege und Betreuung in innovativen Wohnformen (Abbildung 48). Zugleich zeigt sich ein deutlich zurückhaltenderes Bild zu den tatsächlichen Gestaltungsmöglichkeiten von Angehörigen in den Wohnformen (Abbildung 49). Insgesamt stimmen die Expertinnen und Experten der Aussage, dass die Einbindung von Angehörigen derzeit größtenteils erfolgreich praktiziert wird, eher nicht zu (Abbildung 50). Die Aussagen zur Einbindung von Ehrenamtlichen stellen sich analog dar: Zwar werden diese weit überwiegend als notwendige Voraussetzung für die Qualität der Pflege und Betreuung erachtet (Abbildung 51), jedoch würden diese Einbindung derzeit eher nicht erfolgreich praktiziert (Abbildung 52).

In Bezug auf den Leistungsumfang wird den innovativen Wohnformen von den Expertinnen und Experten – mit einer Ausnahme – einhellig attestiert, dass diese derzeit eher vollstationären Pflegeeinrichtungen entsprächen. Dieser Aussage stimmten auch die Anbieter selbst zu (Abbildung 53). Die differenzierte Frage nach der Eignung innovativen Wohnformen für bestimmte Gruppen von Pflegebedürftigen zeigt deutlich, dass eine Eignung eher für Personen mit kognitiven Einschränkungen (Abbildung 55) gesehen wird, hingegen eher nicht für Personen mit somatischen Einschränkungen (Abbildung 54). Bei beiden Fragen zeigte sich zudem zwischen den Befragungsrunden deutliche Konvergenztendenzen hin zu einer größeren Übereinstimmung.

Hohe Übereinstimmungen zeigen sich auch bei den Fragen zur Durchführung der Pflege. So werden die innovativen Wohnformen eher als ein attraktiveres Arbeitsumfeld für Pflegekräfte bewertet als die traditionellen Pflegesettings der ambulanten Pflege oder der vollstationären Pflege (Abbildung 56). Ein möglicher Grund hierfür kann in der individuelleren und ganzheitlicheren Versorgung der Pflegebedürftigen gesehen werden (Abbildung 57). Zudem wird den Wohnformen auch eine vorteilhaftere Pflegeorganisation zugestanden (Abbildung 58). Als Beispiele hierfür wurden in der ersten Befragungsrunde reduzierte Fahrzeiten, die Möglichkeiten der Einsatzplanung oder Teamarbeit angeführt.

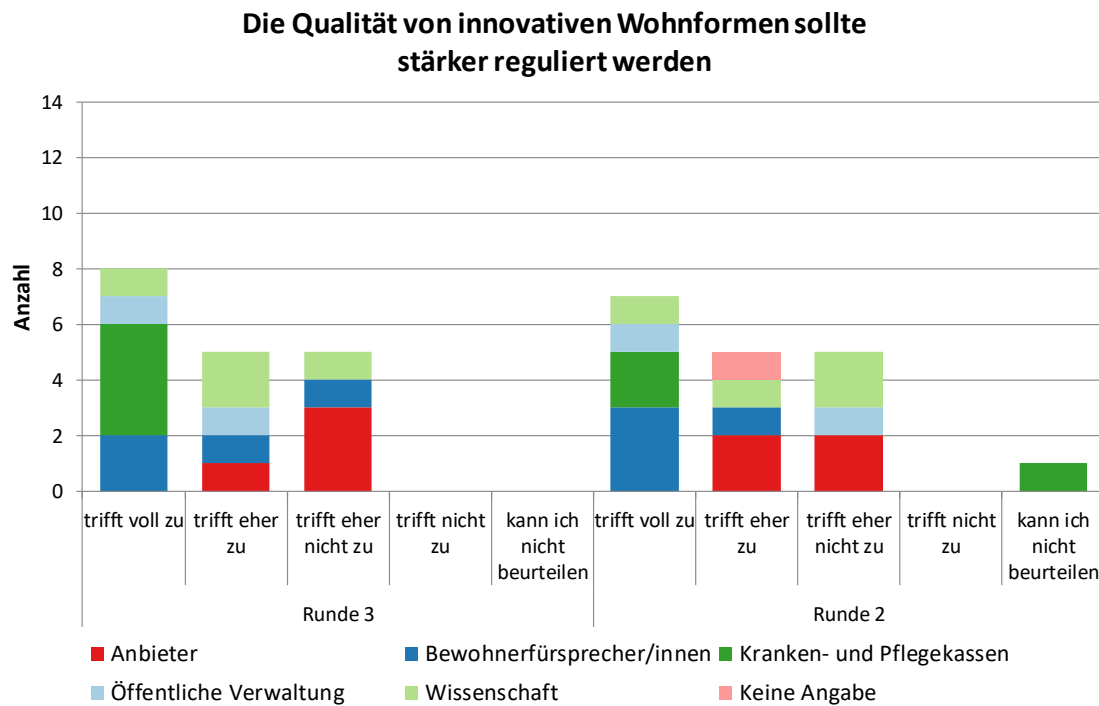


Abbildung 45: Regulierung innovativer Wohnformen

Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

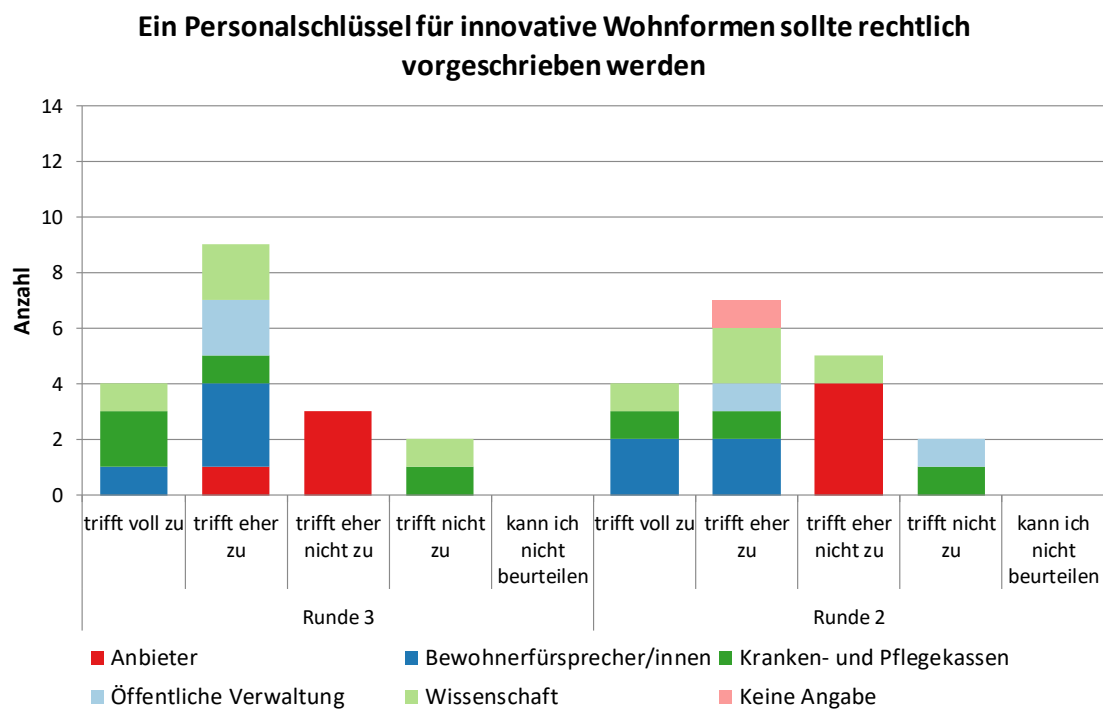


Abbildung 46: Personalschlüssel für innovative Wohnformen

Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

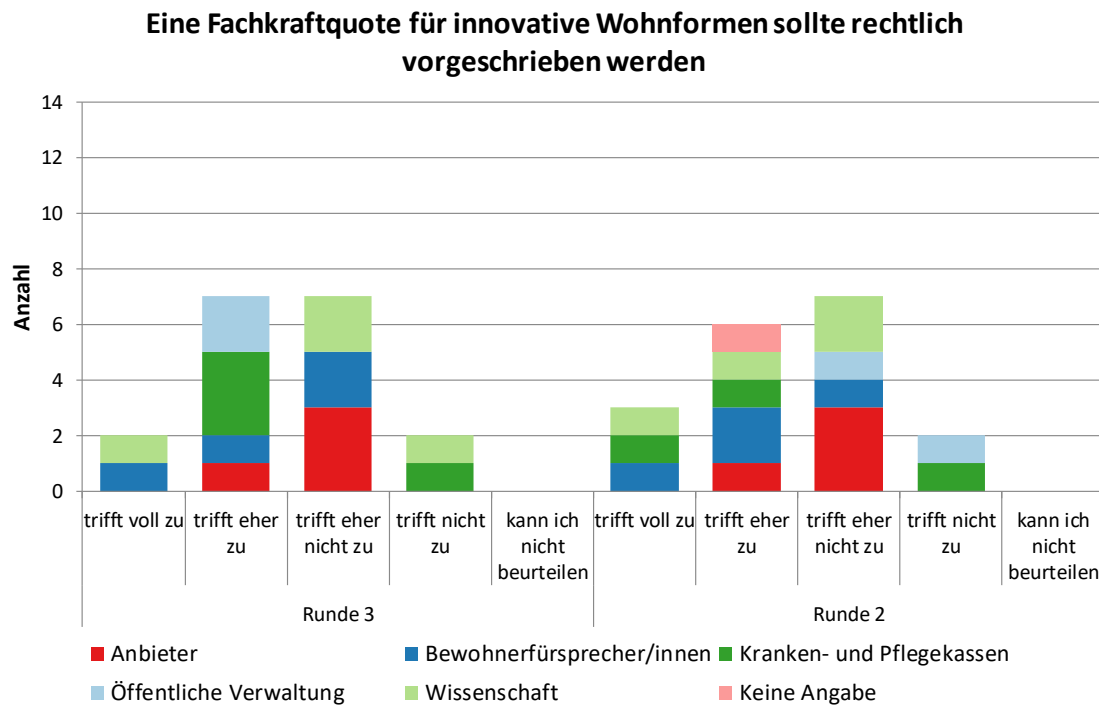


Abbildung 47: Fachkraftquote für innovative Wohnformen

Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

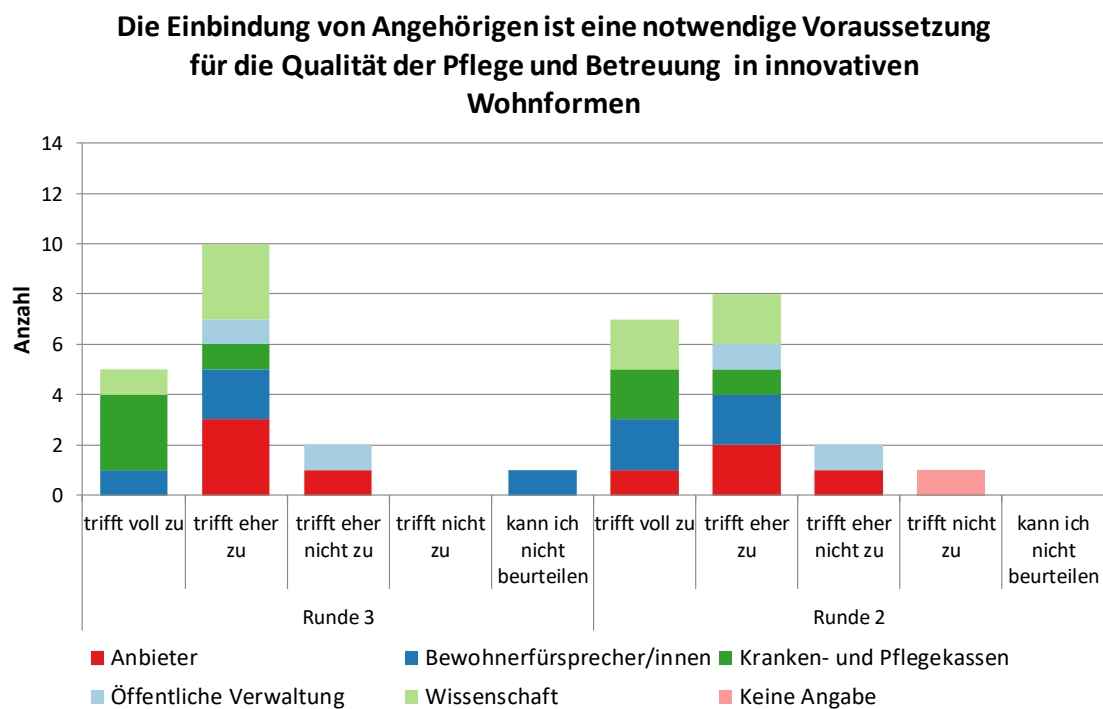


Abbildung 48: Einbindung von Angehörigen (1)

Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

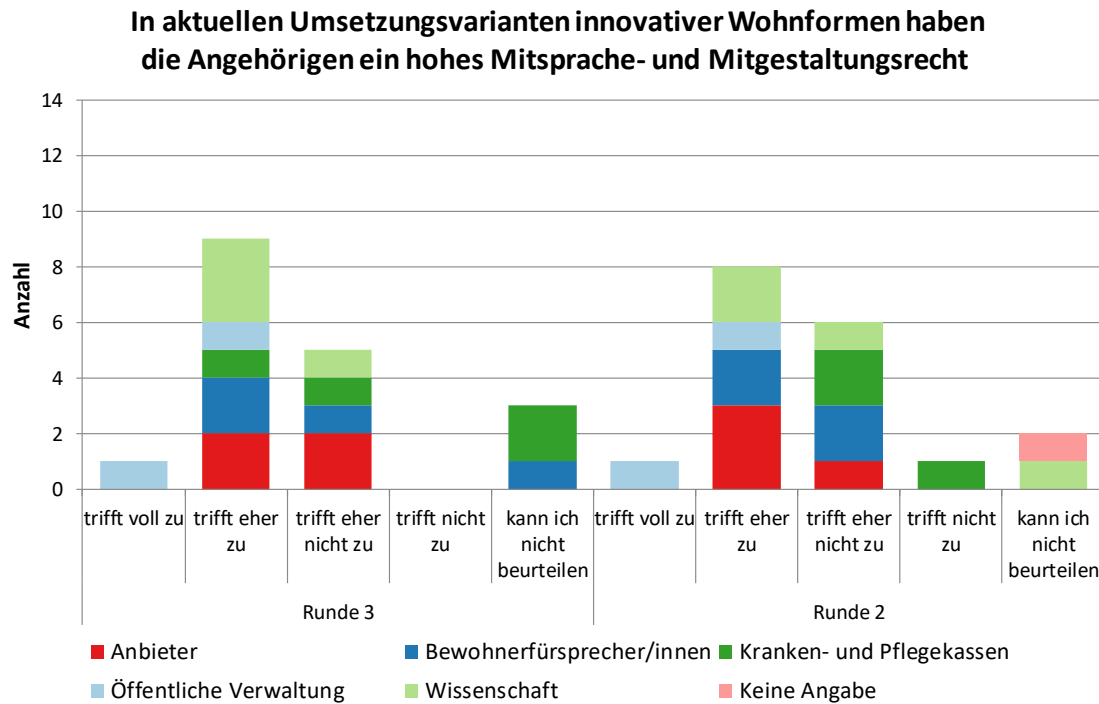


Abbildung 49: Einbindung von Angehörigen (2)

Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

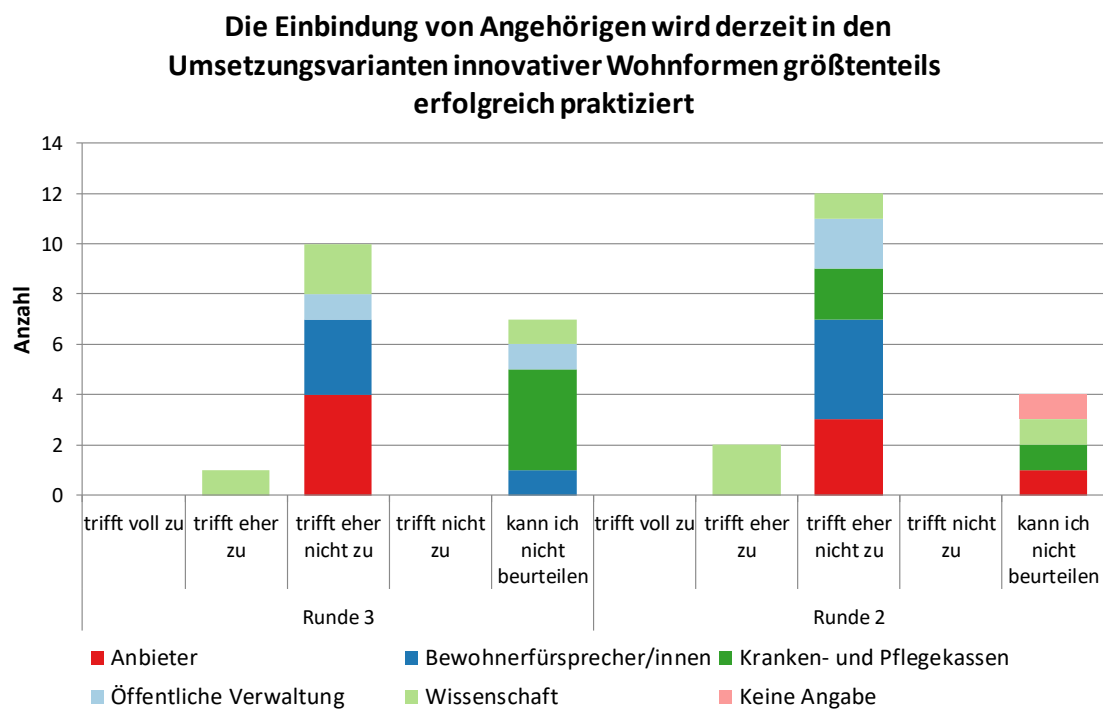


Abbildung 50: Einbindung von Angehörigen (3)

Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

Die Einbindung von ehrenamtlich Tätigen ist eine notwendige Voraussetzung für die Qualität der Pflege und Betreuung in innovativen Wohnformen

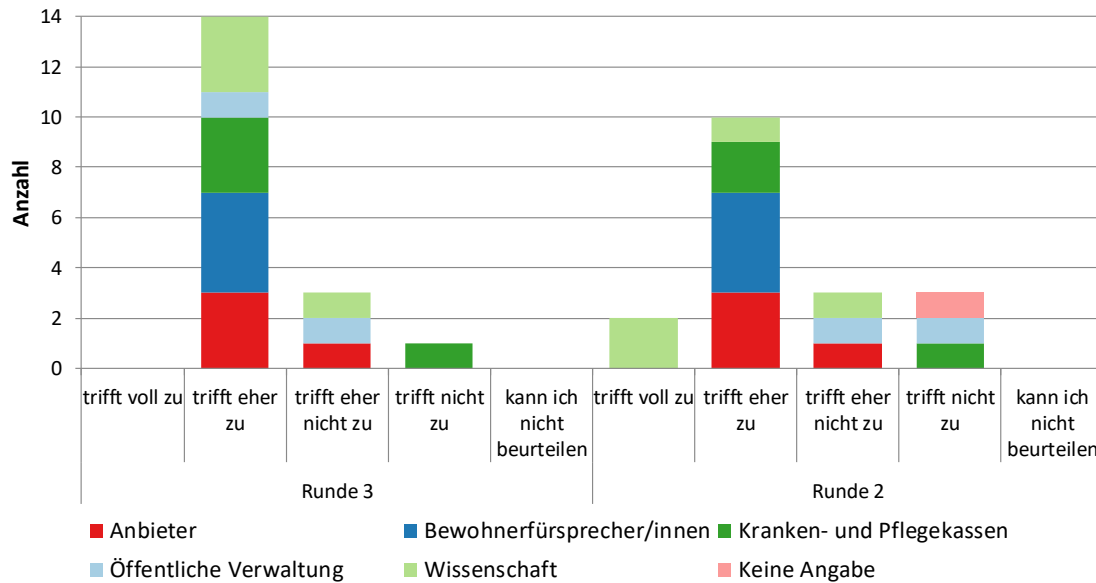


Abbildung 51: Einbindung von Ehrenamtlichen (1)

Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

Die Einbindung von Ehrenamtlichen wird derzeit in den Umsetzungsvarianten innovativer Wohnformen größtenteils erfolgreich praktiziert

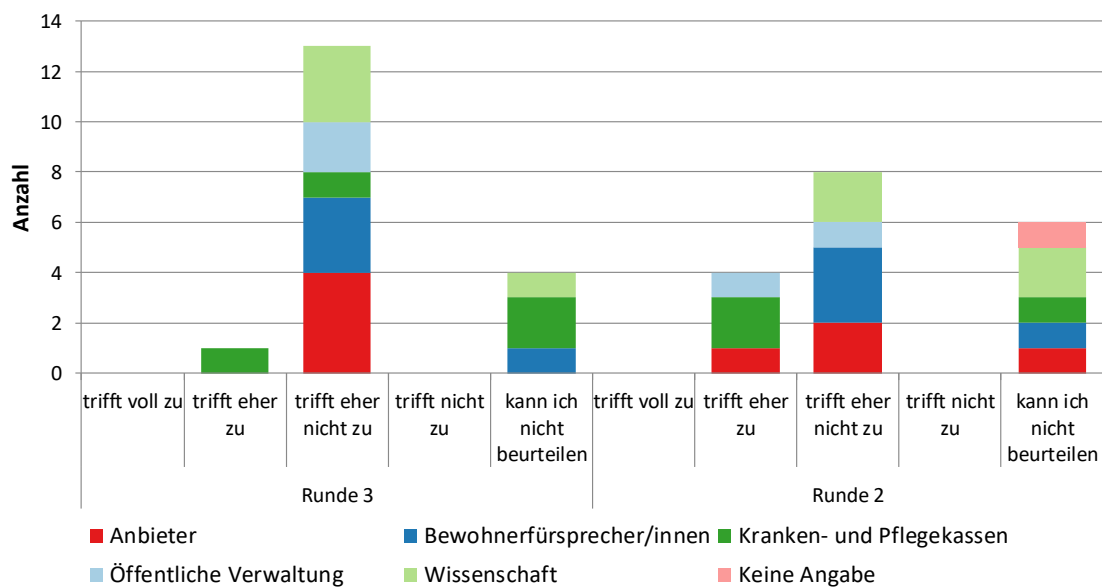


Abbildung 52: Einbindung von Ehrenamtlichen (2)

Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

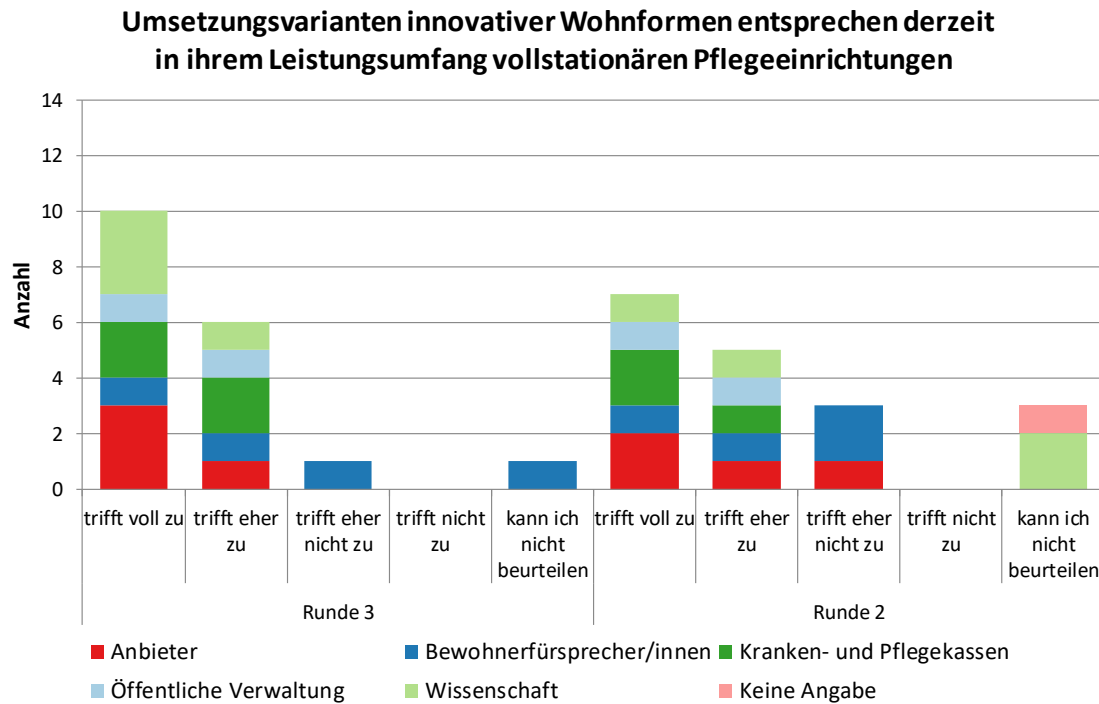


Abbildung 53: Leistungsumfang innovativer Wohnformen

Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

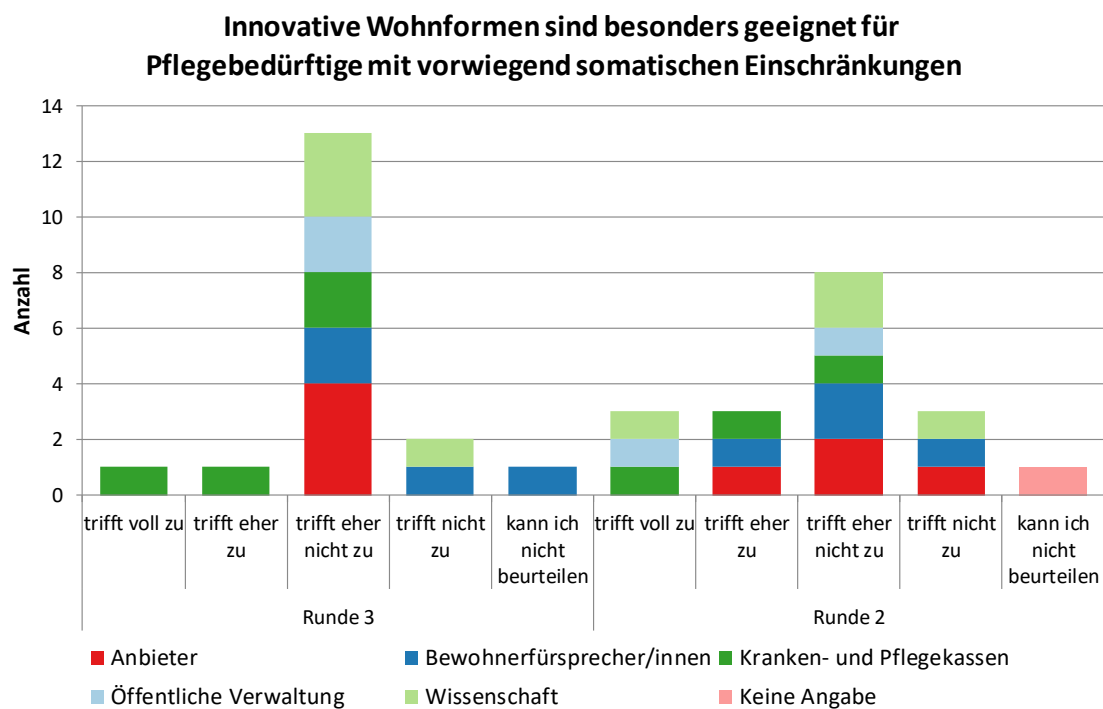


Abbildung 54: Innovative Wohnformen bei somatischen Einschränkungen

Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

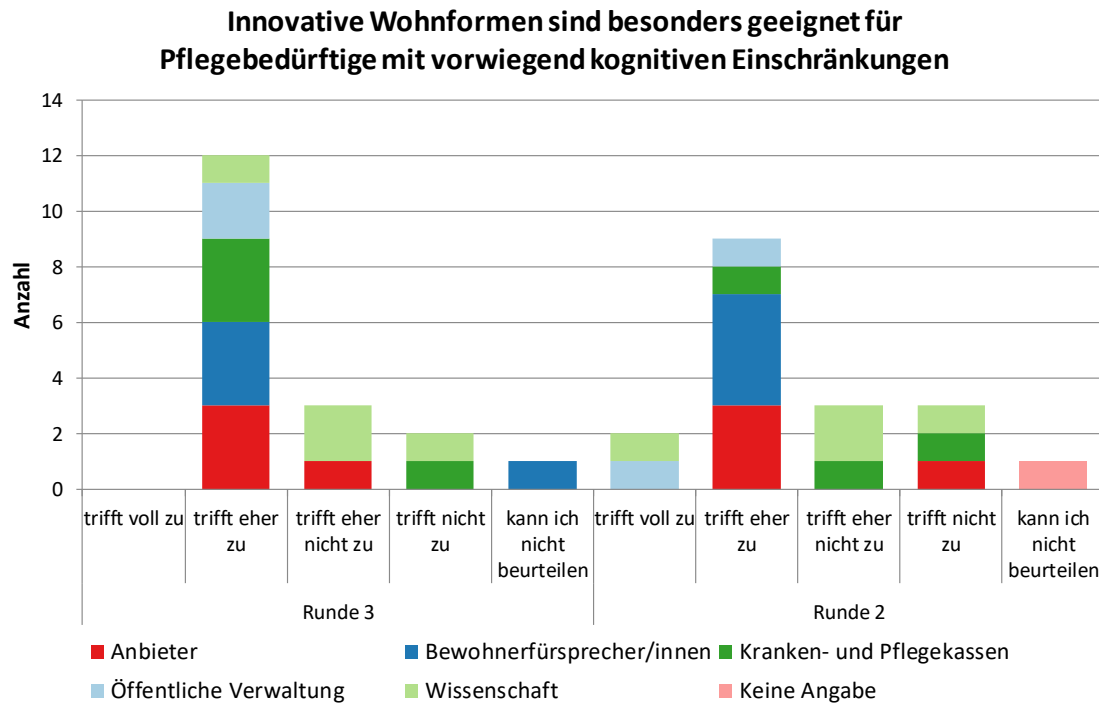


Abbildung 55: Innovative Wohnformen bei kognitiven Einschränkungen

Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

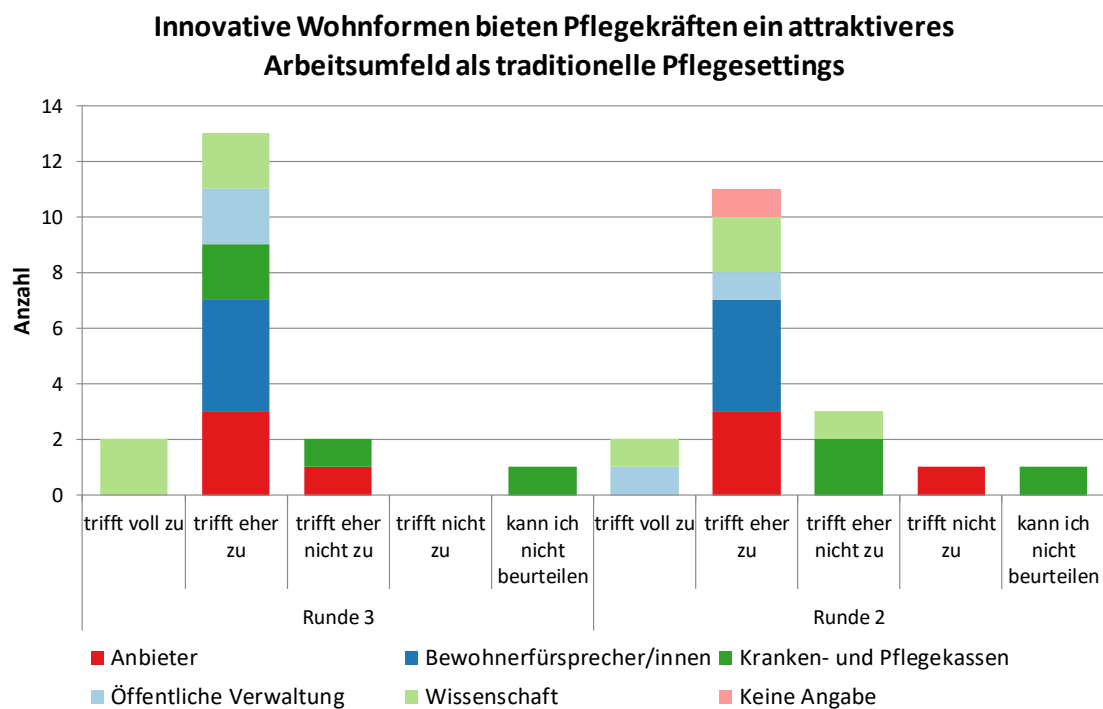


Abbildung 56: Arbeitsumfeld innovative Wohnformen (1)

Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

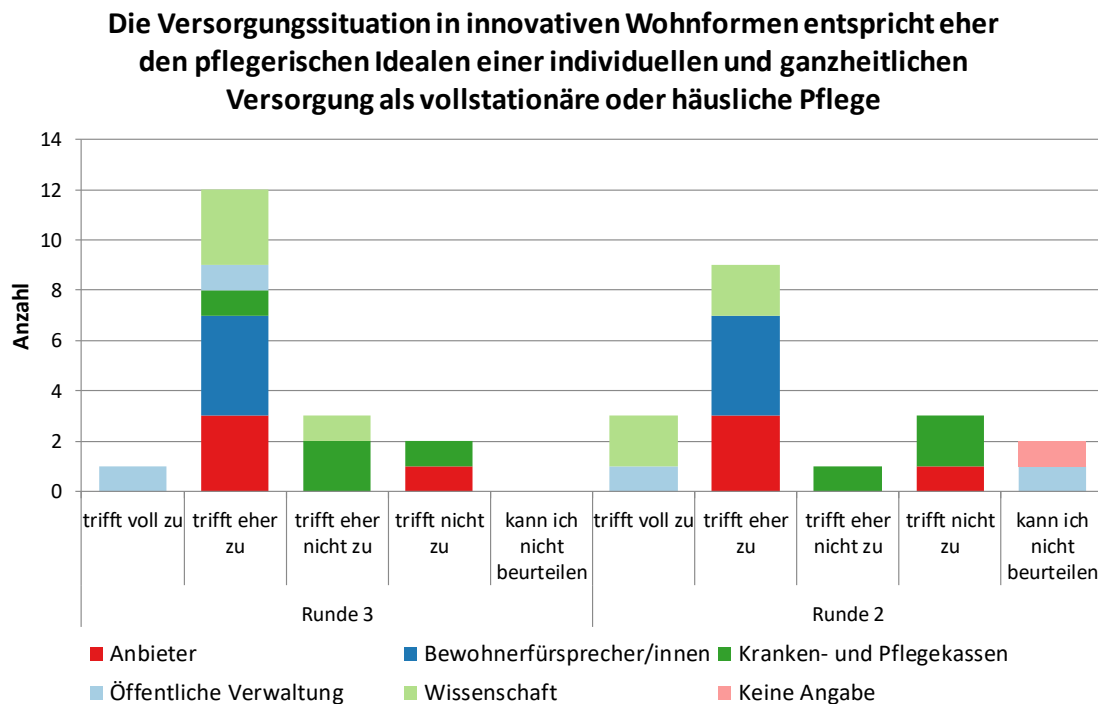


Abbildung 57: Arbeitsumfeld innovative Wohnformen (2)

Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

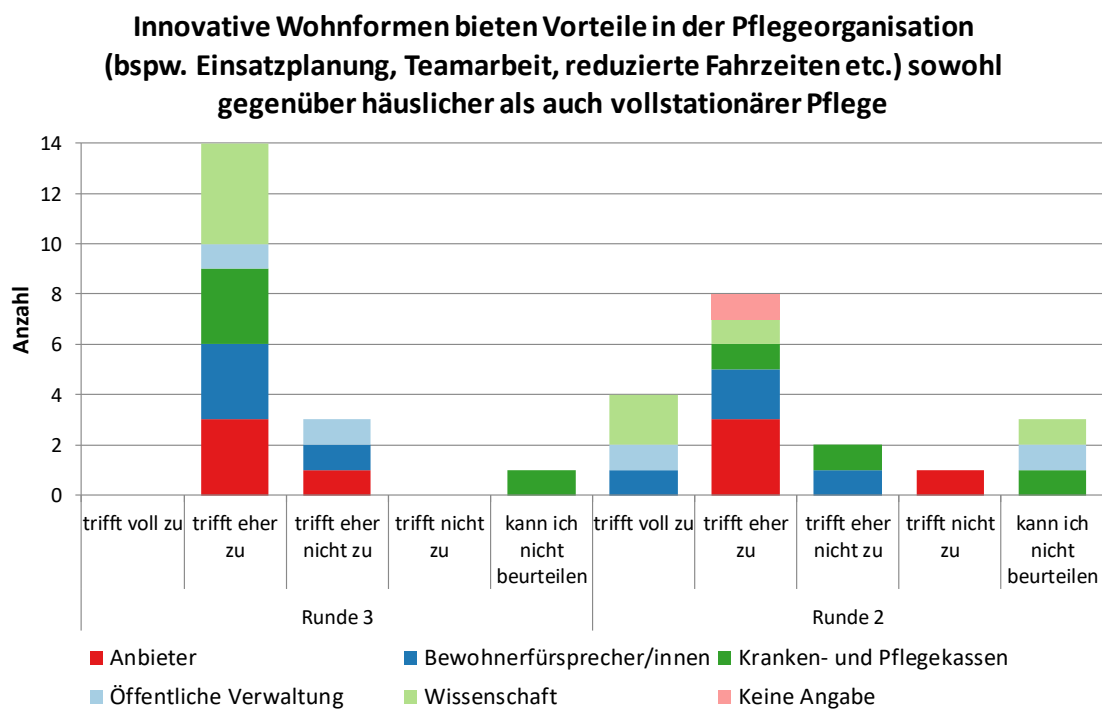


Abbildung 58: Arbeitsumfeld innovative Wohnformen (3)

Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

8.2.5 Rahmenbedingungen und Kontextfaktoren

In Bezug auf die Rahmenbedingungen innovativer Wohnformen kommen die befragten Expertinnen und Experten zu keinem eindeutigen Schluss, ob eine möglichst geringe Regulierung angestrebt werden sollte, um die innovativen Potenziale der Wohnformen auszuschöpfen. Die Befragten stimmen diesem mehrheitlich eher zu oder lehnen es eher ab, eine vollständige Zustimmung oder Ablehnung dieser These wurde nur selten benannt. Insbesondere die Vertreterinnen und Vertreter der Anbieter stimmten eher für eine geringere Regulierung, während die Befragten der Kranken- und Pflegekassen diesem eher nicht zustimmten (Abbildung 59). Zugleich stimmen die Teilnehmenden jedoch der Aussage, dass Unsicherheiten in den ordnungsrechtlichen Bestimmungen derzeit die Weiterentwicklung und den Ausbau innovativer Wohnformen beschränken würden, weit überwiegend eher oder vollständig zu (Abbildung 60). Eine bundesweite Harmonisierung der Rahmenbedingungen wird von den Befragten in der Tendenz befürwortet, wobei etwas mehr als ein Viertel der Teilnehmenden dieses eher ablehnen würde (Abbildung 61). Interessanterweise stimmen alle Anbietervertreter dieser Aussage eher zu. Ausgeglichen stellt sich hingegen die Bewertung einer regelmäßigen heimrechtlichen Aufsicht von innovativen Wohnformen dar. Vor allem die Vertreterinnen und Vertreter der Pflegekassen und der öffentlichen Verwaltung würden dieses befürworten, während die Anbieter dieses mehrheitlich eher ablehnen (Abbildung 62).

Ebenso zeigt sich die Position der befragten Gruppe in Bezug auf die Einrichtung und Organisation innovativer Wohnformen durch Angehörige weniger eindeutig. In der dritten Runde stimmten vor allem die Befragten der Kranken- und Pflegekassen und Bewohnerfürsprechende der Aussage zu, dass Angehörige die Organisation und Initiierung der Wohnformen übernehmen sollten. Die Anbieter stimmten dieser Aussage mehrheitlich eher nicht zu. Außerdem zeigt sich eine Entwicklung, die von einer mehrheitlichen Zustimmung zu der Aussage in der zweiten Runde hin zu einer eher ausgeglichenen Position in der dritten Runde führt (Abbildung 63). Die Einbindung der Angehörigen sollte dabei vor allem in Anbetracht der Kenntnisse potenzieller Nutzerinnen und Nutzer innovativer Wohnformen über deren Angebot betrachtet werden, welches von den Expertinnen und Experten durchgängig als gering bewertet wurde (Abbildung 64).

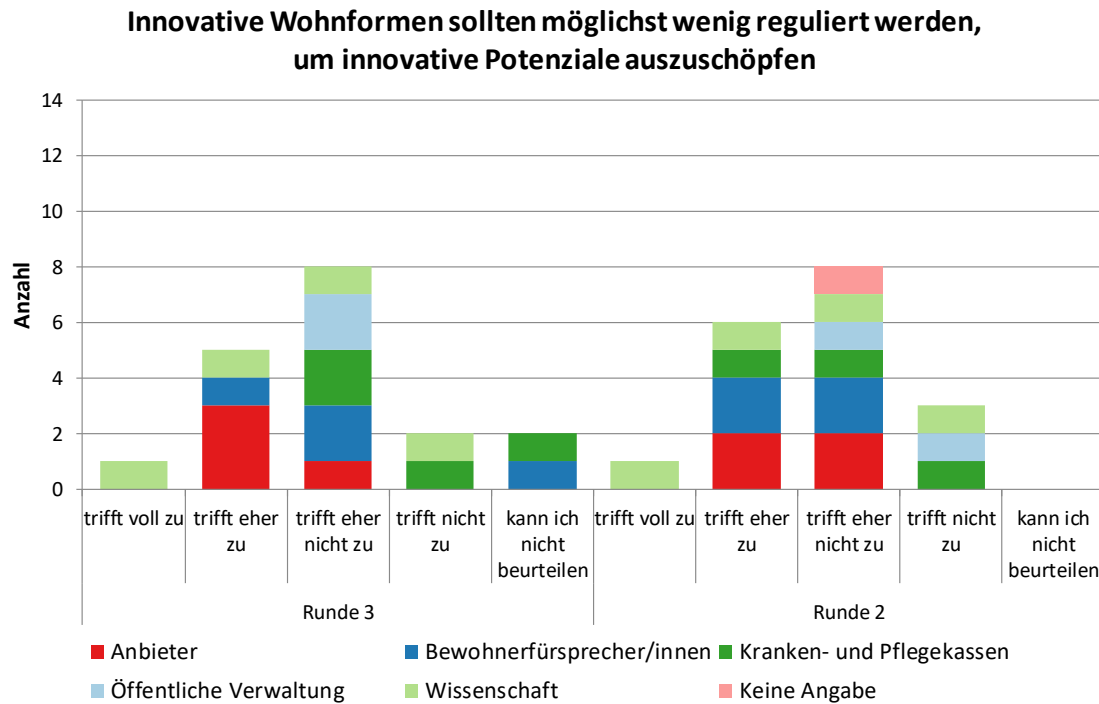


Abbildung 59: Regulierung innovativer Wohnformen

Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

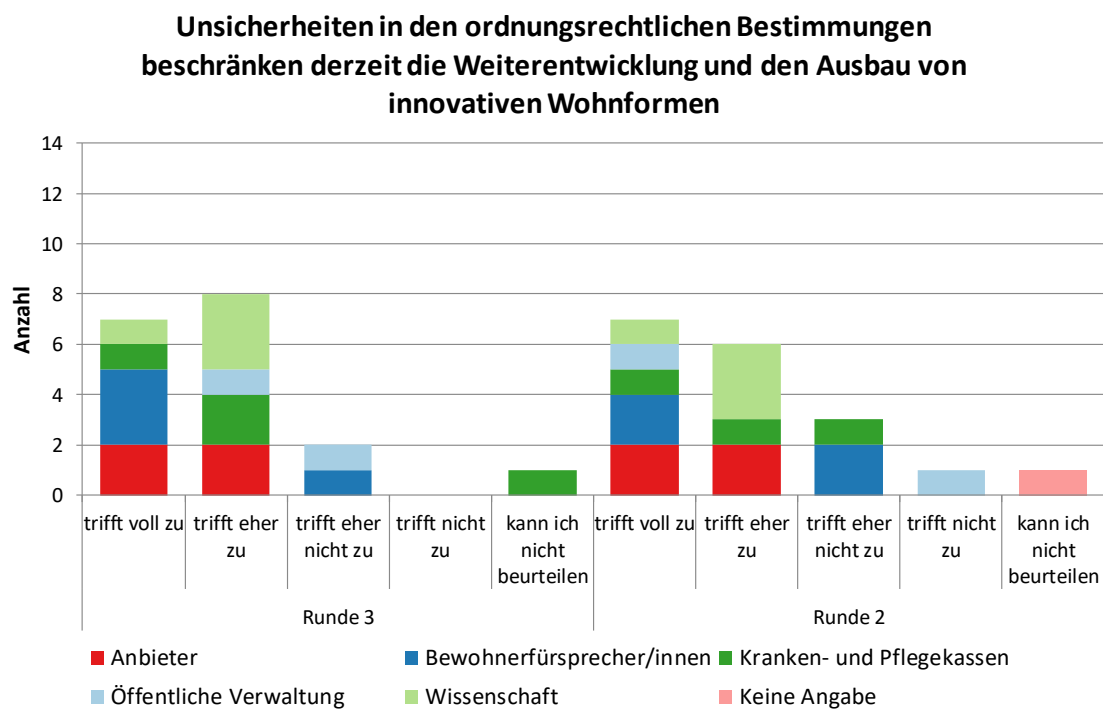


Abbildung 60: Ordnungsrechtliche Bestimmungen

Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

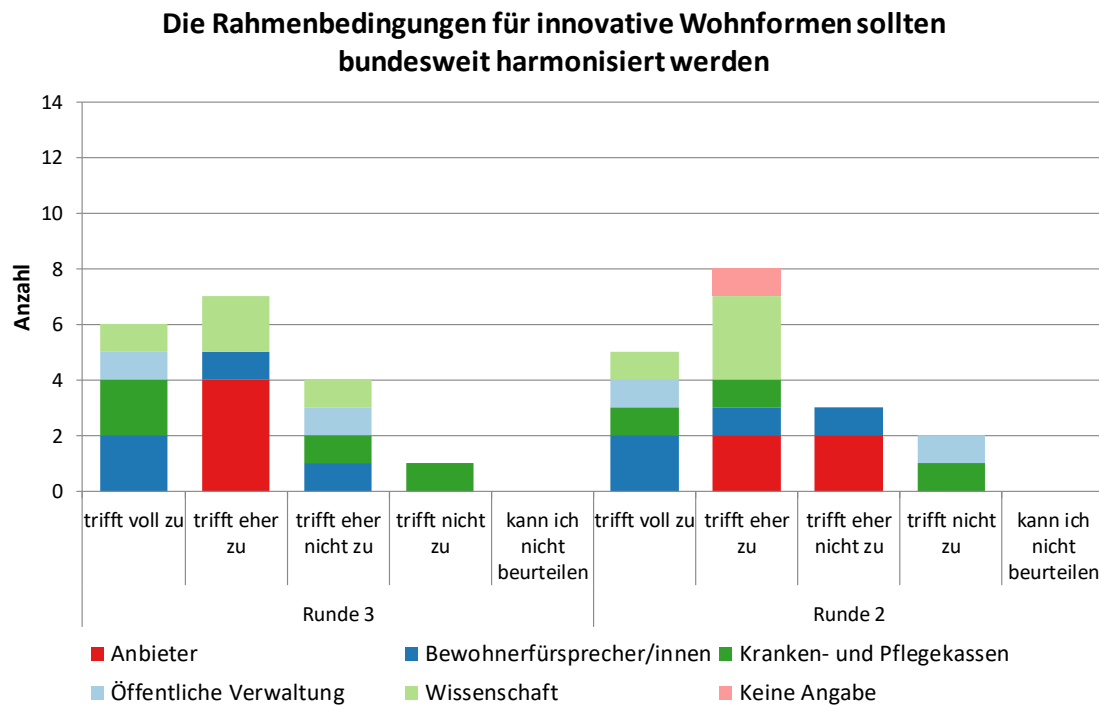


Abbildung 61: Harmonisierung der Rahmenbedingungen

Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

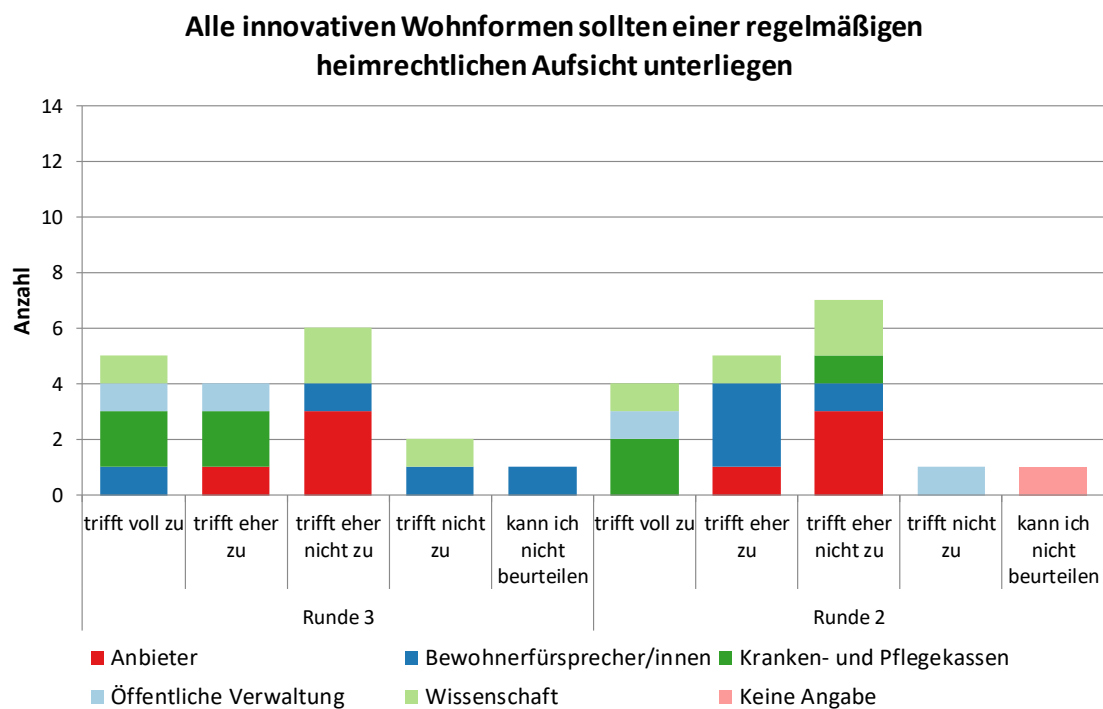


Abbildung 62: Heimrechtliche Aufsicht

Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

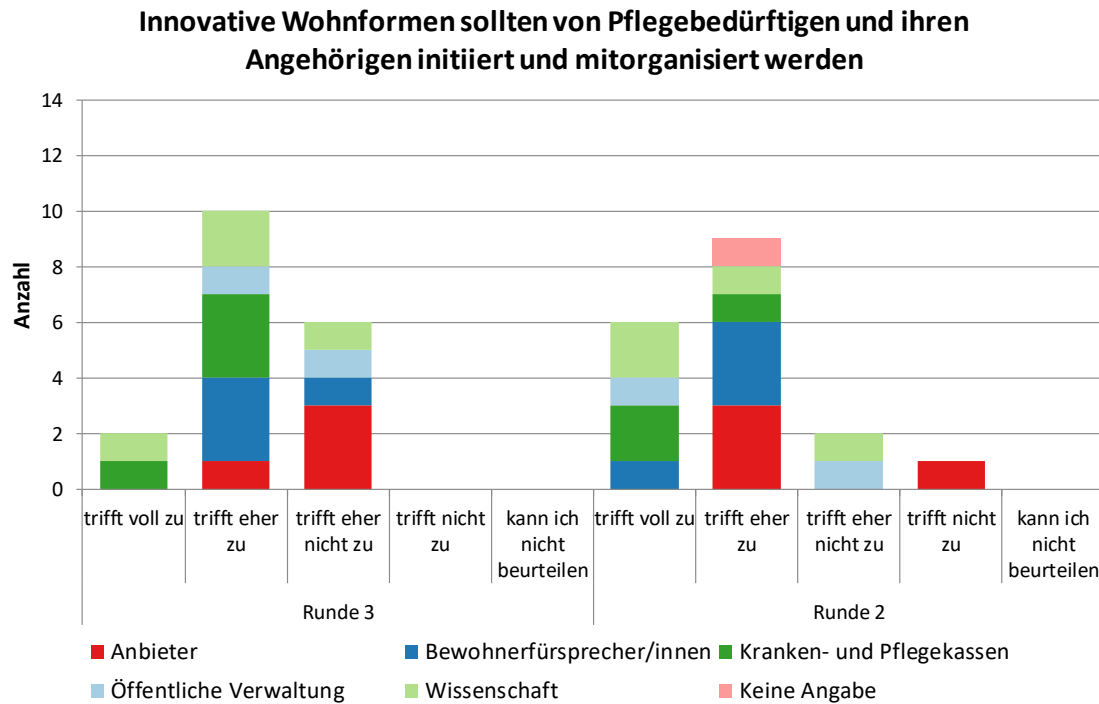


Abbildung 63: Organisation innovativer Wohnformen

Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

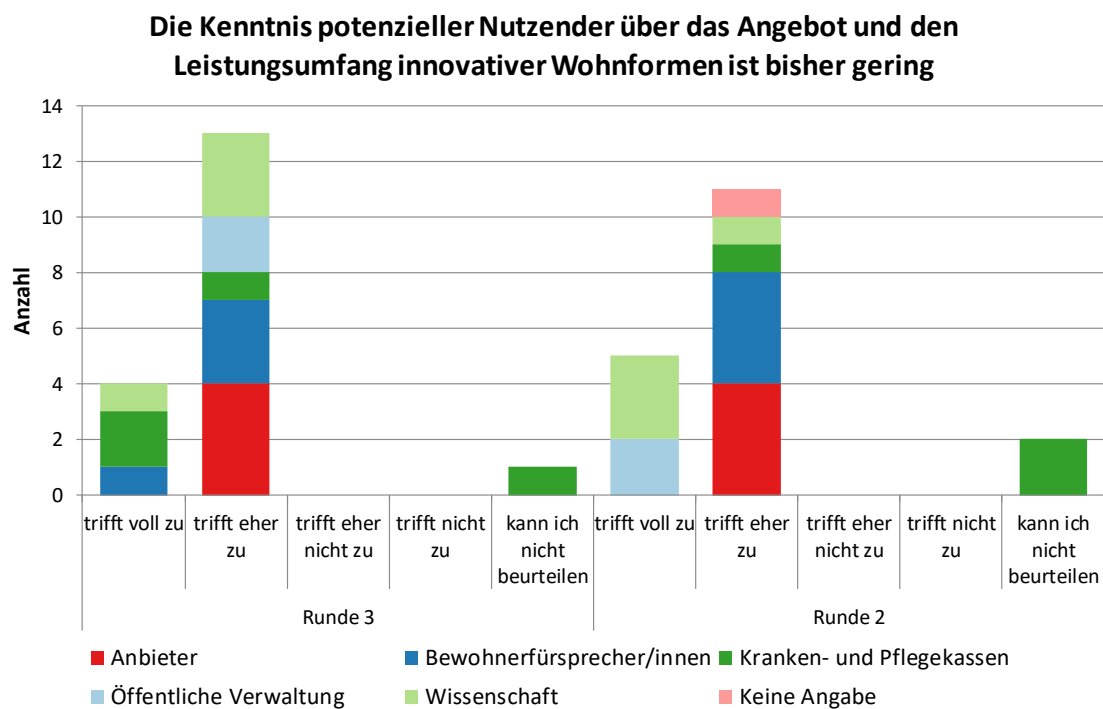


Abbildung 64: Kenntnisse über innovative Wohnformen

Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

8.2.6 Gesellschaftliche Auswirkungen

Bei Betrachtung der Auswirkungen neuer Wohnformen zeigt sich zunächst, dass keineswegs eindeutig festzustellen ist, ob diese eher die Pflege in vollstationären Einrichtungen (Abbildung 65) oder die Pflege in der eigenen Häuslichkeit (Abbildung 66) ersetzen. Als mögliche positive Entwicklungen werden die Steigerung der gesellschaftlichen Akzeptanz von Pflege und Pflegebedürftigkeit durch innovative Wohnformen (Abbildung 67) sowie eine Entlastung der Personalsituation in der Pflege genannt (Abbildung 68). Etwa ein Drittel der Befragten stimmten diesen beiden Aspekten jedoch eher nicht zu. Eine flexible Einbindung der informellen Pflege aus volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten fanden zwei Drittel der Teilnehmenden erstrebenswert, hierunter vor allem Vertreterinnen und Vertreter der Kranken- und Pflegekassen, der Wissenschaft aber auch die Hälfte der Anbieter (Abbildung 69).

Die derzeit höheren zu erzielenden Leistungsbeträge aus der Pflegeversicherung für innovative Wohnformen werden sehr unterschiedlich bewertet. Insbesondere die Befragten der Kranken- und Pflegekassen, aber auch ein Teil der Anbieter empfinden diese nicht als gerechtfertigt. Ein anderer Teil der Anbieter findet diese eher gerechtfertigt, ebenso die Mehrzahl der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler. Bewohnerfürsprechende geben eine teilweise Zustimmung bzw. Ablehnung dieser Aussage an (Abbildung 70). Schließlich zeigt sich jedoch, dass innovative Wohnformen von einer großen Mehrheit der Befragten als Möglichkeit zur Steigerung der Lebensqualität in der Kommune angesehen werden (Abbildung 71).

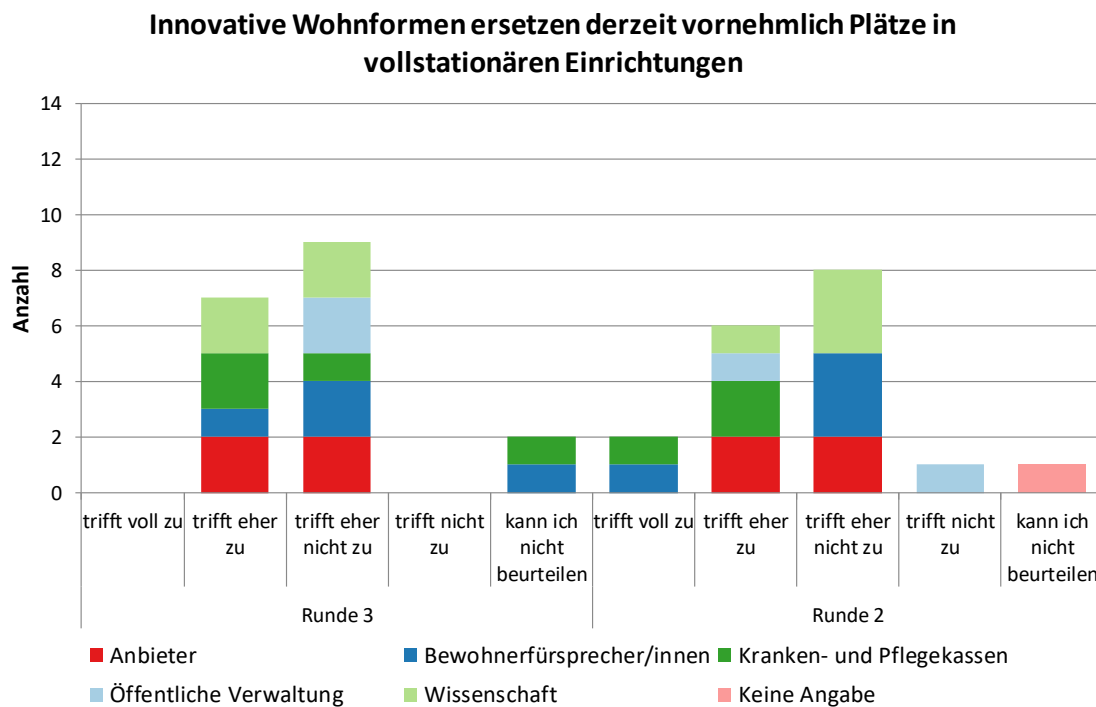


Abbildung 65: Innovative Wohnformen als Ersatz für vollstationäre Einrichtungen

Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

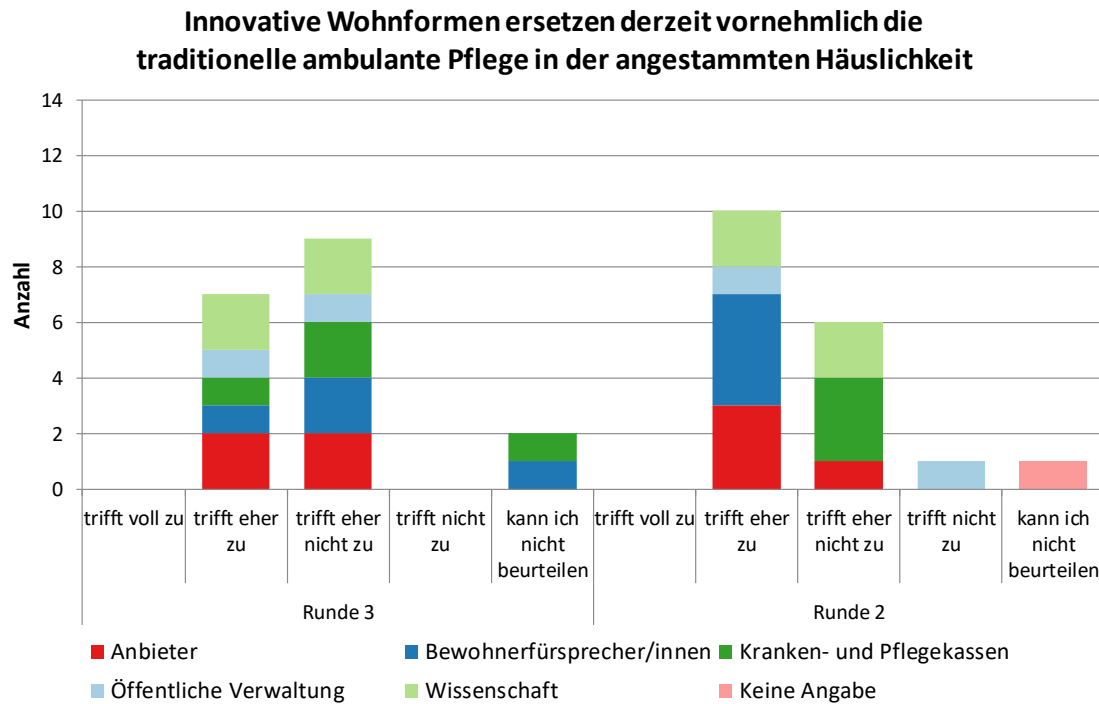


Abbildung 66: Innovative Wohnformen als Ersatz für ambulante Pflege

Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

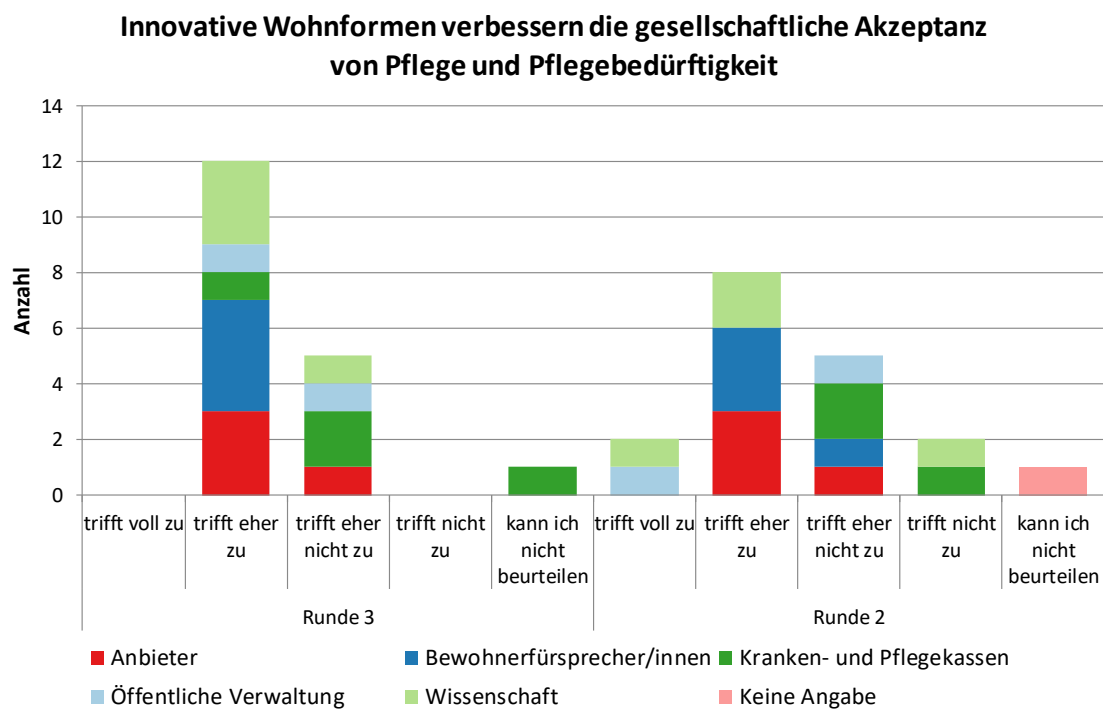


Abbildung 67: Steigerung der gesellschaftlichen Akzeptanz

Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

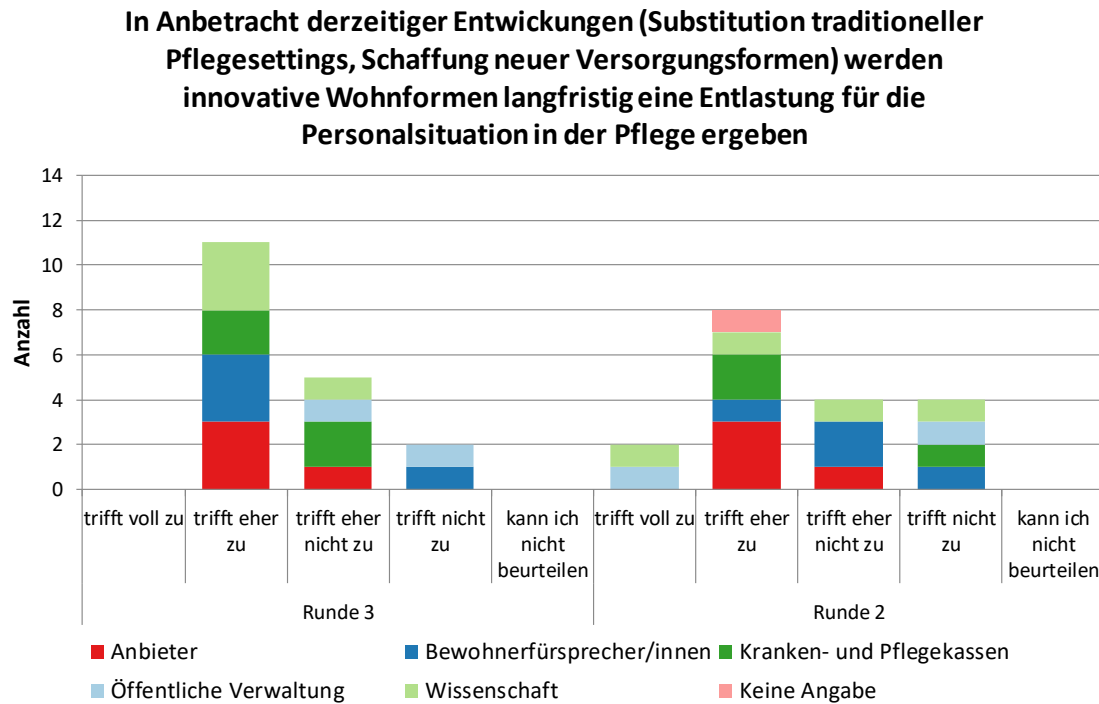


Abbildung 68: Personalsituation in der Pflege

Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

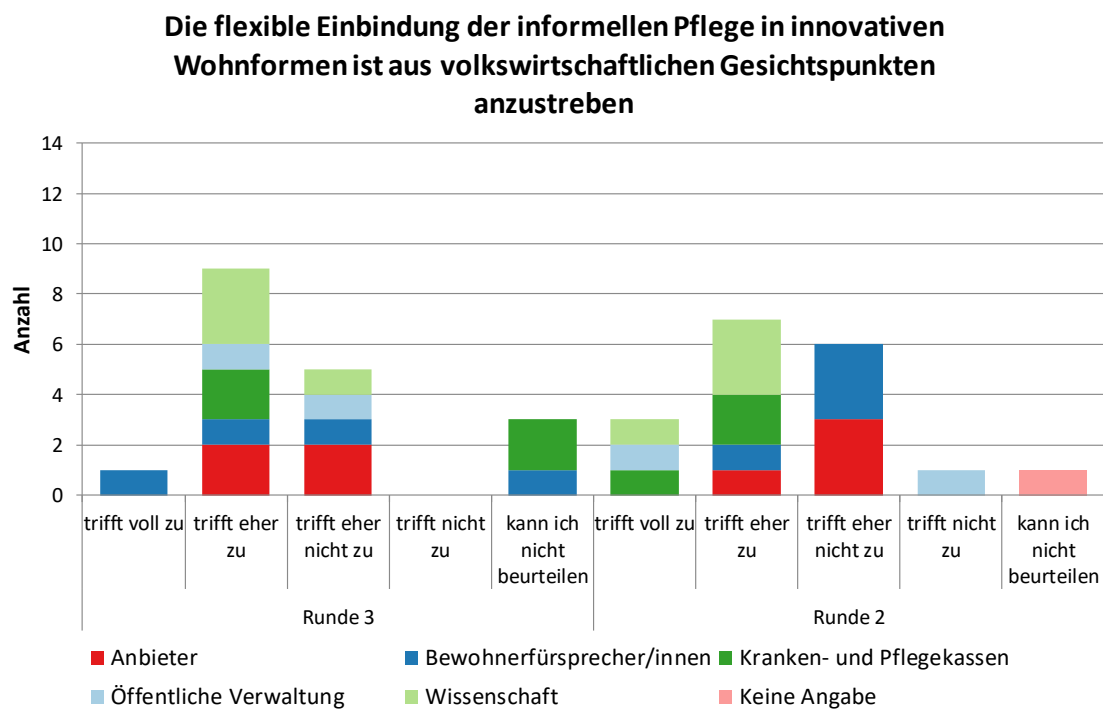


Abbildung 69: Informelle Pflege in innovativen Wohnformen

Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

Die höheren Leistungsbeträge der Pflegeversicherung für Pflege in innovativen Wohnformen im Vergleich zur vollstationären Versorgung sind gerechtfertigt

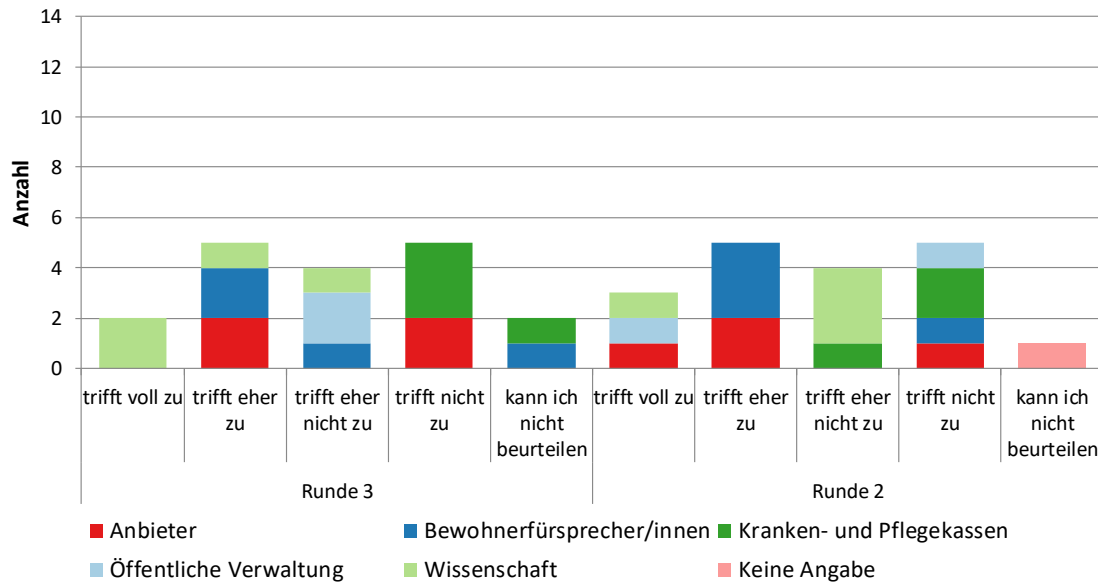


Abbildung 70: Leistungen aus der Pflegeversicherung

Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

Die Förderung von innovativen Wohnformen ist geeignet, die Lebensqualität in der Kommune zu erhöhen

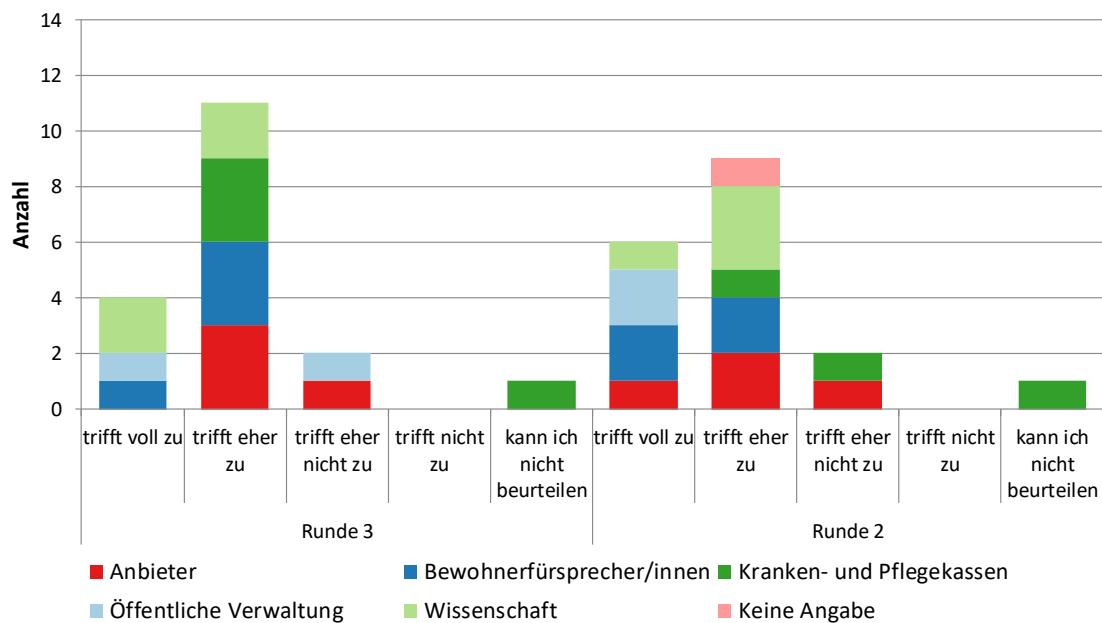


Abbildung 71: Bedeutung die Kommune

Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

8.2.7 Zusammenfassung

Zusammenfassend deuten die Ergebnisse der Delphi-Befragung darauf hin, dass innovative Wohnformen in verschiedenen Bereichen Vorteile gegenüber den traditionellen Pflegesettings der professionellen ambulanten Pflege in der angestammten Häuslichkeit sowie der vollstationären Pflege aufweisen. Dies äußert sich vor allem darin, dass für bestimmte Personengruppen eine höhere Lebensqualität in innovativen Wohnformen als in vollstationären Einrichtungen erwartet wird. Zudem wird die höhere Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen und stärkere soziale Einbindung als Vorteil gesehen. Auch über die Lebensqualität der Pflegebedürftigen hinaus werden Stärken innovativer Wohnformen in der Steigerung der gesellschaftlichen Akzeptanz der Pflegebedürftigkeit und besserer Bedingungen für das Personal und die Pflegeorganisation gesehen.

Verbesserungspotenziale lassen sich insbesondere bei den Kenntnissen potenzieller Nutzender über innovative Wohnformen vorfinden. Ebenso findet sich eine Diskrepanz zwischen der als wichtig erachteten Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen, die jedoch in derzeitigen Umsetzungsvarianten noch nicht erfolgreich praktiziert werden. Trotz der positiven Aussagen zur potentiellen sozialen Einbindung wurde den innovativen Wohnformen derzeit keine enge Anbindung an das Quartier oder die Nachbarschaft und das Fehlen von ausreichendem und geeignetem Wohnraum attestiert. Hieraus lässt sich Verbesserungspotenzial ableiten, welches für die tatsächliche Umsetzung der benannten Vorteile als wichtige Voraussetzung angesehen werden kann.

Insgesamt zeigt sich auch, dass innovative Wohnformen nicht lediglich als neue Form der vollstationären Pflegeeinrichtung erachtet werden. So stuften die Expertinnen und Experten das derzeitige Leistungsangebot der innovativen Wohnformen zwar ähnlich dem Angebot vollstationärer Einrichtungen ein, benannten aber zugleich, dass innovative Wohnformen nicht eindeutig die traditionelle stationäre oder ambulante Pflege ersetzen würden und auch eine höhere Selbstbestimmung mit sich brächten. Deutlich wurde dies auch in den Aussagen zu den angenommenen Präferenzen von Pflegebedürftigen, Angehörigen und professionellen Pflegekräften, denen jeweils eine Bevorzugung innovativer Wohnformen zugeschrieben wurde.

In Bezug auf die Veränderung der Bewertung im Vergleich von der zweiten zur dritten Runde lässt sich nur bei wenigen Fragen eine Tendenz zu einer einheitlicheren Meinung der Teilnehmenden vorfinden. Unterschiedliches Antwortverhalten aus verschiedenen Akteursgruppen kann mehrfach beobachtet werden, insbesondere zeigt sich diese Diskrepanz zwischen den Vertreterinnen und Vertretern der Anbieter sowie der Kranken- und Pflegekassen. Zugleich ist jedoch auch innerhalb der einzelnen Gruppen eine Heterogenität zu erkennen, die auf unterschiedliche Erfahrungen oder Ansichten schließen lässt.

9 Finanzielle Folgen für Einrichtungen, Pflegeversicherung, Pflegebedürftige und Sozialhilfeträger

Der Aufbau neuer innovativer ambulanter Versorgungsstrukturen und der Umbau stationärer Kapazitäten zu ambulanten Strukturen führen zu finanziellen Effekten bei Einrichtungsträgern, Pflegekassen und Pflegebedürftigen bzw. dem Sozialhilfeträger. Diese Effekte entstehen aus dem Produkt von veränderten Mengen und Ausgaben pro Fall. Bezüglich der „*Mengenkomponente*“ ist zunächst abzuschätzen, in welchem Umfang sich die Zahl der Personen, die innovative ambulante Wohnformen in Anspruch nehmen, aufgrund der Reformen verändert hat (Abschnitt 9.1). Dieser Mengeneffekt speist sich sowohl aus Personen, die aus einem traditionellen Versorgungskonzept (sei es ambulant oder stationär) in innovative ambulante Wohnformen wechseln („Altfälle“) als auch aus „Neufällen“, die aufgrund der Reformen in einer innovativen ambulanten Wohnform versorgt werden, ansonsten aber ein traditionelles Versorgungskonzept gewählt hätten. Bezüglich der „*Preiskomponente*“ ist zu erheben, um welchen Betrag sich die Ausgaben der Kranken- und Pflegekasse, der Pflegebedürftigen und des zuständigen Sozialhilfeträgers verändert, wenn ein Pflegebedürftiger in einer innovativen ambulanten Wohnform versorgt wird und nicht in einem traditionellen Setting (Abschnitt 9.2). Durch Multiplikation der Fallzahl und der Ausgabeneffekte pro Fall lassen sich die Gesamtausgabeneffekte für die drei interessierenden Gruppen, Sozialversicherungsträger, Sozialhilfeträger und pflegebedürftige Person, modellhaft abschätzen (Abschnitt 9.3). Die so ermittelten potenziellen Mehrausgaben werden soweit möglich anhand von Aggregatdaten aus der Finanzstatistik auf Plausibilität getestet.

9.1 Mengenkomponente

Die Identifikation innovativer ambulanter Versorgungskonzepte muss sich auf empirisch messbare Kategorien beschränken. Analog zu den Analysen der BARMER-Daten (Abschnitt 5.5) werden als neue ambulante Versorgungskonzepte zum einen Pflege-Wohngemeinschaften und zum anderen Konzepte betrachtet, die Tagespflege mit betreutem Wohnen oder Wohngruppen kombinieren. Insbesondere betreutes Wohnen und Tagespflege unter einem Dach wird in den aktuellen Konzepten häufig angeboten (vgl. Kapitel 7). Untersucht werden als innovative ambulante Wohnformen nachfolgend also:

1. Pflege-Wohngemeinschaften ohne Tagespflege,
2. Pflege-Wohngemeinschaften mit Tagespflege und
3. Betreutes Wohnen mit Tagespflege.

Zur Schätzung der Zahl der *Pflegebedürftigen in Pflegewohngemeinschaften* können verschiedene Ansätze verfolgt werden. So kann sie über die Inanspruchnahme des Wohngruppenzuschlags operationalisiert werden. Entsprechende Informationen liegen in den BARMER-Daten vor und können den Ergebnissen aus Abschnitt 5.5 entnommen werden. Ein Vorteil der BARMER-Daten ist, dass die Inanspruchnahme nach Pflegestufen aufgeschlüsselt werden kann. 2016 haben nach Informationen der BARMER-Routinedaten hochgerechnet 15.332 Pflegebedürftige den Wohngruppen-Zuschlag erhalten (Abschnitt 5.5.1). Dieser Wert unterschätzt die tatsächliche Zahl der Wohngruppenbewohner, da ein Teil der Pflege-Wohngemeinschaften nicht die Anforderung erfüllt, um den Wohngruppenzuschlag beziehen zu können, oder es aus anderen Gründen versäumt, die Leistung in Anspruch zu nehmen. Nach Schätzungen von Klie und Kollegen (2017b, S. 104) trifft dies auf gut ein Viertel der Bewohner/innen von Pflege-Wohngemeinschaften zu. Wird diese systematische Unterschätzung berücksichtigt, ergibt sich ein Wert von etwa 20.000 Pflegebedürftigen in Wohngruppen.

Demgegenüber konnte die Zahl der Pflegebedürftigen in Wohngemeinschaften anhand der Erhebung von TNS Infratest Sozialforschung in der vorliegenden Studie auf bundesweit 31.737 hochgerechnet werden (Abschnitt 5.3.1). Dieser Wert ist durch eine begrenzte Zahl an Doppeltzählungen womöglich nach oben verzerrt (siehe Abschnitt 5.3). Auch die standardisierte Befragung der vorliegenden Studie zur Zahl der ambulant betreuten Wohngemeinschaften lässt auf mehr als 25.000 Bewohner/innen von Pflege Wohngemeinschaften schließen. Um diese Differenzen zu berücksichtigen, wird nachfolgend mit einem Wert von 20.000 als Untergrenze (gemäß dem bereits korrigierten Wert aus den BARMER-Daten) und einem Wert von 30.000 als Obergrenze (gemäß der Infratesterhebung, reduziert um einen kleinen Teil Doppeltzählungen) gerechnet.

Tabelle 35: Geschätzte Fallzahlen für Pflegebedürftige in Wohngemeinschaften

Untergrenze		2012	2013	2014	2015	2016	2017
Pflegebedürftige in Wohngruppen	Pflegestufe I	127	3.053	3.846	3.955	4.274	4.725
	Pflegestufe II	239	4.983	6.057	6.696	6.774	7.631
	Pflegestufe III	122	2.939	3.804	4.198	4.097	4.726
	Zusammen	488	10.974	13.707	14.849	15.145	17.082
Pflegebedürftige in Wohngruppen mit teilstationären Leistungen	Pflegestufe I	12	267	279	462	628	726
	Pflegestufe II	23	451	561	869	1.199	1.409
	Pflegestufe III	10	291	394	508	677	785
	Zusammen	45	1.009	1.233	1.838	2.505	2.920
Obergrenze		2012	2013	2014	2015	2016	2017
Pflegebedürftige in Wohngruppen	Pflegestufe I	190	4.579	5.769	5.933	6.411	7.088
	Pflegestufe II	359	7.475	9.085	10.044	10.161	11.446
	Pflegestufe III	183	4.408	5.706	6.297	6.145	7.089
	Zusammen	732	16.462	20.561	22.273	22.717	25.623
Pflegebedürftige in Wohngruppen mit teilstationären Leistungen	Pflegestufe I	17	401	418	692	943	1.089
	Pflegestufe II	35	677	841	1.304	1.799	2.113
	Pflegestufe III	16	437	591	761	1.015	1.178
	Zusammen	67	1.514	1.849	2.757	3.757	4.380

Quelle: BARMER-Daten, eigene Berechnungen, lineare Fortschreibung für 2017

Tabelle 35 zeigt die geschätzte Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in Wohngruppen entsprechend der definierten Ober- und Untergrenzen. Die geringen Werte für 2012 liegen darin begründet, dass der Wohngruppenzuschlag, der Basis dieser Schätzung ist, erst Ende Oktober 2012 eingeführt wurde, dementsprechend nur die Inanspruchnahme über gut zwei Monate des Jahres 2012 abbildet. Für die Abschätzung der finanziellen Folgen wird die Pflegestufenstruktur der Bezieher des Wohngruppenzuschlags gemäß der BARMER-Daten zugrunde gelegt. Die Zahlen für 2017 sind eine lineare Fortschreibung der Jahre 2013 bis 2016. Aufgrund der Neuregelung des Wohngruppenzuschlags mit Wirkung zum 1.1.2017 wird die gleichzeitige Inanspruchnahme dieser Leistung mit teilstationären Leistungen nach § 41 SGB XI unter Vorbehalt einer Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung gestellt (§ 38 a Abs. 2 SGB XI). Dies wird bei der nachfolgend ermittelten Preiskomponente für die betreffende Wohnform berücksichtigt.

Neben der Zahl der Bewohner/innen von Pflege Wohngemeinschaften sollen auch Entwicklungen im Bereich „Wohnen mit Tagespflege“ als innovative ambulante Pflegeform betrachtet werden. Es gibt allerdings keine Daten, um Entwicklungen in diesem Bereich direkt abzuschätzen. Über die BARMER-

Daten kann die Kombination von Pflegsach- und teilstationären Leistungen bestimmt werden. In diesem Kreis finden sich auch Pflegebedürftige in der „traditionellen“ häuslichen Pflege, die Tagespflegeeinrichtungen beispielsweise in Zeiten nutzen, in denen die häusliche Betreuung durch Pflegepersonen nicht gewährleistet ist. Angebote der Kombination von *betreutem Wohnen mit Tagespflege* wurden insbesondere durch die im PfwG und dem PSG I verbesserten Anrechnungsmöglichkeiten der SGB XI-Leistungen gefördert. Hilfsweise berechnen wir zunächst alle Inanspruchnahmen, die über den bis 2008 vorherrschenden und linear fortgeschriebenen Trend der Inanspruchnahme von teilstationären Leistungen hinausgehen, um den Policy-Effekt der Reformen seit 2008 einzugrenzen. Die Inanspruchnahme teilstationärer Leistungen ist infolge großzügigerer Anrechnungsregeln seit 2008 beträchtlich angestiegen (Abbildung 72). Basis für die Fallzahlschätzung ist die mit BARMER-Daten ermittelte Zahl der Pflegebedürftigen, die Pflegesachleistungen in Kombination mit teilstationären Leistungen in Anspruch nehmen.

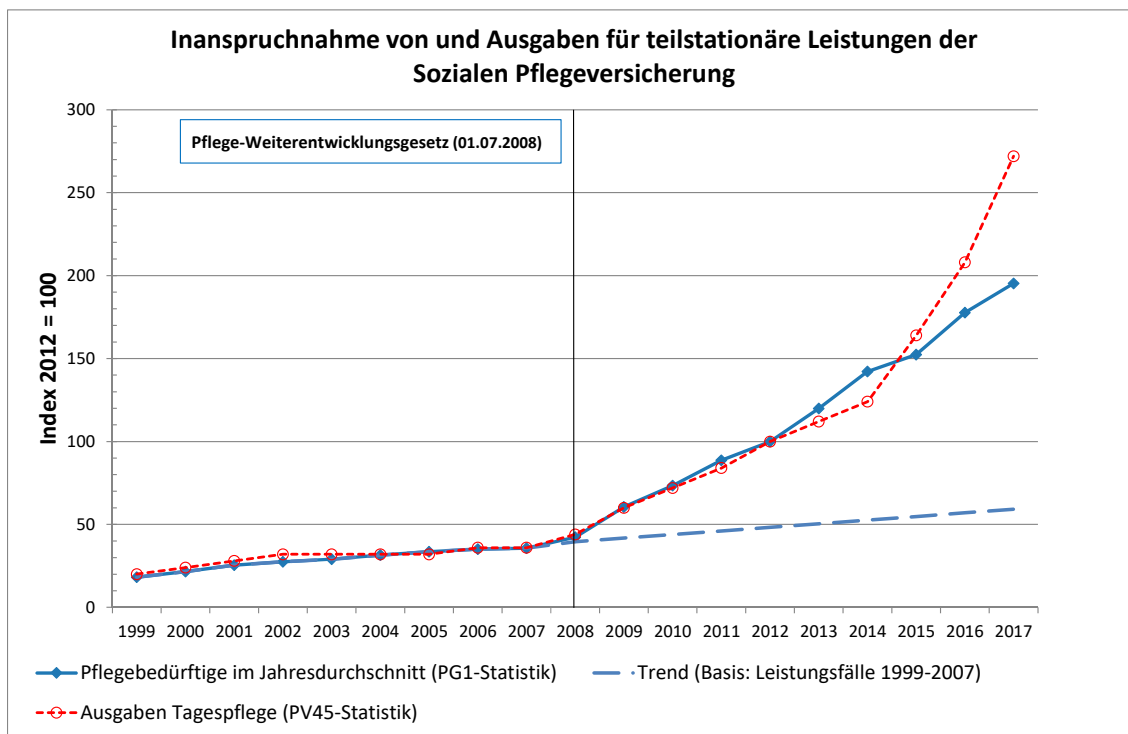


Abbildung 72: Index der Inanspruchnahme teilstationärer Leistungen

Quelle: Leistungstage- und Finanzstatistik der Sozialen Pflegeversicherung, eigene Berechnung und Darstellung

Abbildung 72 zeigt die Entwicklung der Inanspruchnahme teilstationärer Leistungen und der damit einhergehenden Ausgaben seit 1999 wie sie der Leistungstage- und der Finanzstatistik der Sozialen Pflegeversicherung entnommen werden können. Deutlich zu sehen ist der rapide Anstieg im Anschluss an die Verbesserungen des PfwG. Seit 2008 haben sich die Fallzahlen mehr als vervierfacht. Die Ausgaben sind im gleichen Zeitraum um das Sechsfache angestiegen. 2017 wurden rund 680 Mio. Euro für teilstationäre Leistungen ausgegeben. Die gestrichelte Linie schreibt den vor der Gesetzesreform vorherrschenden Trend der Leistungsfälle von 1999 bis 2007 linear fort. Diese Fortschreibung entspricht einer kontrafaktischen Entwicklung ohne Reformeingriffe. Die Differenz zwischen beobachteter Inanspruchnahme und der linearen Fortschreibung kann als Policy-Effekt verbesserter Anrechnungsregeln des SGB XI für die Nutzer von Tagespflegeeinrichtungen interpretiert werden.

Tabelle 36 berichtet die prävalenten Fälle für die Inanspruchnahme von Pflegesach- und Kombinationsleistungen mit teilstationären Leistungen (siehe Abschnitt 5.5). Die Fälle werden mit Hilfe des in Abbildung 72 dargestellten linearen Trends aufgeteilt in die entsprechend des Wachstums vor 2008 erwarteten Fälle und die infolge der Pflegereformen von 2008 und 2015 anhand der BARMER-Daten beobachtbare Zunahme der Fallzahlen dieser Pflegeformen. Die über den Trend hinausgehenden Fälle werden als Reformfolgen interpretiert, die für die Abschätzung der finanziellen Folgen berücksichtigt werden müssen. Die Kombination von Pflegesach- und Kombinationsleistungen mit teilstationären Leistungen ist eine Bedingung für ambulant betreute Wohnformen mit Tagespflege, aber dieses Inanspruchnahme-Muster liegt auch im Rahmen der häuslichen Pflege vor. Die als Reformfolge erfasste Zunahme der Leistungskombination kann nicht alleine auf „betreutes Wohnen mit Tagespflege“ zurückgeführt werden. Mangels besserer Daten wird die hier vorgenommene Schätzung als Basis für unterschiedliche Szenarien genutzt. Dabei wird einmal unterstellt, dass nur 10 % der oberhalb des Trends liegenden Fälle tatsächlich mit betreutem Wohnen verbunden sind und die überwiegende Zahl der reform-induzierten Tagespflegenutzer in der eigenen Häuslichkeit gepflegt werden. Ein zweites Szenario unterstellt, dass sich die neu entstandenen Leistungsfälle, die Pflegesach- und teilstationäre Leistungen gemeinsam beanspruchen, je zur Hälfte in betreutem Wohnen und in der eigenen Häuslichkeit befinden. Bei einer geschätzten Zahl von im Mittel rund 250.000 Wohneinheiten im betreuten Wohnen (vgl. Wolf-Ostermann et al. 2017) ergibt sich aus den hier getroffenen Annahmen, dass zwischen 1,5 und 8 % der Pflegebedürftigen im betreuten Wohnen Pflegesach- und teilstationäre Leistungen zusammen nutzen (siehe Tabelle 36 und Tabelle 38).

Tabelle 36: Identifikation "neu" entstandener Pflegeformen mit Pflegesachleistungen und Tagespflege

		2012	2013	2014	2015	2016	2017
Trend (Basis 1999-2007)	Pflegestufe I	4.707	4.739	4.969	5.430	5.906	6.061
	Pflegestufe II	5.087	5.419	5.641	5.707	5.698	5.978
	Pflegestufe III	1.611	1.764	1.827	1.816	1.864	1.944
	Zusammen	11.405	11.922	12.437	12.953	13.468	13.983
Fälle oberhalb des Trends	Pflegestufe I	5.047	6.387	7.631	10.984	15.299	16.616
	Pflegestufe II	5.454	7.303	8.664	11.546	14.760	16.387
	Pflegestufe III	1.728	2.378	2.805	3.673	4.827	5.330
	Zusammen	12.229	16.068	19.100	26.203	34.886	38.333

Quelle: BARMER-Daten, eigene Berechnungen, lineare Fortschreibung für 2017

Da seit 2017 Leistungshöhen der Pflegeversicherung anhand von Pflegegraden bestimmt werden, die Daten bislang aber nur nach Pflegestufen gelistet werden können, erfolgt eine Umrechnung anhand der gesetzlichen Überleitungskriterien und des durchschnittlich ermittelten Personenanteils mit dem Merkmal „Person mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ (PEA), die in Tabelle 37 verzeichnet sind.

Tabelle 37: Anteil der Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA)

	Pflegebedürftige in ambulanter Versorgung		Pflegebedürftige in stationärer Versorgung	
	mit PEA in Prozent	ohne PEA in Prozent	mit PEA in Prozent	ohne PEA in Prozent
Pflegestufe I	27	73	46	54
Pflegestufe II	46	54	69	31
Pflegestufe III	4	96	88	12

Quelle: Rothgang et al. (2016a, S. 32)

Anteilig werden die Pflegebedürftigen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz dem jeweils nächsthöheren Pflegegrad zugeordnet, also beispielsweise die Pflegebedürftigen der Pflegestufe I dem Pflegegrad 2. Entsprechend wird der Anteil der Pflegebedürftigen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz dem um zwei Schritte höheren Pflegegrad zugeordnet. Für die Wechsel aus vollstationärer Pflege sowie die Bezieher von Wohngruppenzuschlag wird eine Verteilung entsprechend der stationären Kategorie in Tabelle 37 unterstellt. Für die Bewohner/innen von Pflege Wohngemeinschaften begründet sich dies durch den höheren Anteil von Demenzpatienten in Wohngemeinschaften im Vergleich zu anderen ambulanten Pflegeformen. Aus der Literaturübersicht liegen zudem Befunde vor, dass der Grad der Pflegebedürftigkeit der Bewohner/innen vergleichbar mit den Bewohner/innen stationärer Einrichtungen ist. Für Pflegeformen mit teilstationären Leistungen wird die Verteilung der PEA-Merkmale in ambulanter Versorgung unterstellt.

In Tabelle 38 sind die resultierenden Schätzwerte für die Verteilung nach Pflegegraden für das Jahr 2017 enthalten. Pflegegrad 1 ist nicht besetzt, weil hierfür keine Überleitung möglich ist. Die so in Pflegegrade eingruppierten Fälle „neuer“ ambulanter Pflegeformen können nun mit den Aufwendungen verschiedener Kostenträger in den unterschiedlichen Pflegekonstellationen verknüpft werden, um kurzfristige Finanzeffekte abzuschätzen.

Tabelle 38: Schätzung der Nutzerzahl neuer ambulanter Pflegeformen nach Pflegegraden 2017

Neue Pflegeformen	Pflegegrade				Summe
	2	3	4	5	
Wohngruppe (Untergrenze)	2.552	4.539	5.832	4.159	17.083
Wohngruppe (Obergrenze)	3.827	6.809	8.748	6.239	25.624
Wohngruppe mit Tagespflege (Untergrenze)	392	771	1.066	691	2.919
Wohngruppe mit Tagespflege (Obergrenze)	588	1.156	1.600	1.036	4.379
Betreutes Wohnen mit Tagespflege (Szenario 10 %)	913	1.278	1.176	466	3.833
Betreutes Wohnen mit Tagespflege (Szenario 50 %)	4.565	6.388	5.882	2.331	19.167
Zusammen (Untergrenze, Szenario 10 %)	3.857	6.587	8.075	5.316	23.835
Zusammen (Obergrenze, Szenario 50 %)	8.980	14.353	16.230	9.607	49.169

Quellen BARMER-Daten, eigene Berechnungen

Die geschätzte Verteilung nach Pflegegraden für Wohngruppen ist im Vergleich zu der für 2017 anhand der Statistik der Sozialen Pflegeversicherung (PG 1 Leistungstagestatistik) in der stationären Versorgung gemessenen Verteilung (Pflegegrad 2: 20 %; Pflegegrad 3: 30 %, Pflegegrad 4: 31 % und Pflegegrad 5: 19 %) in den unteren Pflegegraden um jeweils 4-5 Prozentpunkte geringer und in den höheren Pflegegraden entsprechend stärker besetzt. Bei dem Vergleich der Pflegegradstruktur in teilstationärer Versorgung (Pflegegrad 2: 24 %; Pflegegrade 3: 39 %, Pflegegrad 4: 29 % und Pflegegrad 5: 8 %) mit der hier geschätzten Verteilung für „betreutes Wohnen mit Tagespflege“, sind Pflegegrad 2 um 7,5 Prozentpunkte und Pflegegrad 4 um 4,0 Prozentpunkte stärker besetzt, während Pflegegrad 3 um 3,8 Prozentpunkte und Pflegegrad 5 um 7,8 Prozentpunkte geringer besetzt sind. Da die Pflegegradstrukturen der Statistik der Sozialen Pflegeversicherung nur für einzelne Leistungsformen, nicht jedoch für Kombinationen der Versorgungsarten vorliegen, werden hier die anhand der BARMER-Daten und der in Tabelle 37 nach den Überleitungsregeln geschätzten Werte verwendet.

9.2 Preiskomponente

Zur Abschätzung der finanziellen Folgen werden für die verschiedenen Pflegesettings Leistungen der Sozialversicherung zugeordnet und weitere Aufwendungen zugewiesen. Basis hierfür sind die Leistungen aus SGB XI und SGB V, die in der vorliegenden Studie in Abschnitt 6.3 „Finanzielle Rahmenbedingungen der Sozialversicherung“ dargestellt wurden. Zudem kann auf die Studie zu den Finanzierungsstrukturen ambulant betreuter Wohngemeinschaften in NRW (Liesenfeld et al. 2016) zurückgegriffen werden. Durchschnittswerte für die Aufwendungen einer Unterbringung im Pflegeheim sind Rothgang et al. (2017, S. 27ff.) entnommen. Kosten für Miete, Unterkunft, Verpflegung sowie etwaige Investitionskosten können nur für die stationäre Versorgung als bundesweite Durchschnittswerte angegeben werden. Für Pflege-Wohngemeinschaften werden Durchschnittswerte für NRW zugrunde gelegt (Liesenfeld et al. 2016, S. 41).

Tabelle 39 enthält die Sozialversicherungsleistungen und die privat aufzubringenden Aufwendungen der Pflegebedürftigen in *Wohngemeinschaften*.

Tabelle 39: Monatliche Ausgaben für/durch Pflegebedürftige in Wohngruppe in Euro

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Pflegesachleistungen § 36 SGB XI		689	1.298	1.612	1.995
Entlastungsbetrag § 45b SGB XI	125	125	125	125	125
Wohngruppenzuschlag § 38a SGB XI	214	214	214	214	214
Häusliche Krankenpflege § 37 SGB V		227	396	762	1033
Summe Sozialversicherung	339	1.255	2.033	2.713	3.367
Betreuungspauschale	1.312	1.312	1.312	1.312	1.312
Miete	336	336	336	336	336
Sonstige Aufwendungen	149	149	149	149	149
Summe privater Aufwendungen	1.797	1.797	1.797	1.797	1.797
Gesamtsumme	2.136	3.052	3.830	4.510	5.164

Quellen: SGB XI, BARMER-Daten, Liesenfeld u.a. (2016) für Betreuungskosten

Hierzu wurden entsprechend der Ausführungen zu den finanziellen Rahmenbedingungen der Sozialversicherung der vorliegenden Studie die maximalen Leistungen der Pflegeversicherung für Pflegesachleistungen sowie der Entlastungsbetrag und Wohngruppenzuschlag berücksichtigt. Hinzu kommen Durchschnittswerte für die häusliche Krankenpflege (siehe Abschnitt 6.3). Entsprechend der Analysen von Liesenfeld u.a. (2016, S. 41) sind zudem Aufwendungen für die Betreuung der Bewohner/innen berücksichtigt, die von den Bewohner/innen selbst zu tragen ist bzw. ggfs. ganz oder teilweise vom Sozialhilfeträger übernommen wird. Für rund zwei Drittel der Wohngemeinschaften in NRW ist eine solche Betreuungspauschale, mit der bspw. eine 24h-Präsenz gewährleistet wird, vereinbart. Damit ist im Fall der Sozialhilfebedürftigkeit auch eine Übernahme durch den Sozialhilfeträger geregelt. Bei einem Drittel der Wohngemeinschaften liegen keine Erkenntnisse über zusätzliche Kosten der Betreuung vor (Liesenfeld et al. 2016, S. 42). Entsprechend der Schätzung von Klie et al. (2017b) wird angenommen, dass nur 75 % der Wohngemeinschaften den Wohngruppenzuschlag beanspruchen.

Tabelle 40: Monatliche Ausgaben für/durch Pflegebedürftige in Wohngemeinschaft mit Tagespflege in Euro

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Pflegesachleistungen § 36 SGB XI		689	1.298	1.612	1.995
Entlastungsbetrag § 45b SGB XI	125	125	125	125	125
Wohngruppenzuschlag § 38a SGB XI	214	214	214	214	214
Häusliche Krankenpflege § 37 SGB V		227	396	762	1.033
Teilstationäre Leistungen § 41 SGB XI (durchschnittliche Höhe)		608	608	608	608
Summe Sozialversicherung (ohne § 38a SGB XI)	339	1.649	2.427	3.107	3.761
Betreuungspauschale (privat, verrechnet mit Tagespflege)	1.312	704	704	704	704
Miete	336	336	336	336	336
Sonstige Aufwendungen	149	149	149	149	149
Summe privater Aufwendungen	1.797	1.189	1.189	1.189	1.189
Gesamtsumme (ohne § 38a SGB XI)	2.136	2.838	3.616	4.296	4.950

Quellen: SGB XI, BARMER-Daten, Liesenfeld u.a. (2016, S. 119) für Betreuungspauschale

Wohngemeinschaften, die gleichzeitig systematisch Tagespflegeeinrichtungen nutzen, sind nach Angaben in den Experteninterviews selten anzutreffen (siehe Abschnitt 6.3 und 7). Die BARMER-Daten belegen eine gleichzeitige Inanspruchnahme von Wohngruppenzuschlag und teilstationären Leistungen. Allerdings war über die Routinedaten nicht zu ermitteln, in welchem Umfang eine Tagespflege genutzt wird. Da bislang Pflegekonzepte, die auf eine weitgehende Ausschöpfung der Leistungen ausgelegt sind, noch nicht verbreitet zu sein scheinen (siehe Abschnitt 6.3 und 7), werden für die Preiskomponente teilstationäre Leistungen in durchschnittlicher Höhe veranschlagt. Aus den Empfängerzahlen teilstationärer Leistungen nach der Leistungstagestatistik und der Finanzstatistik der Sozialen Pflegeversicherung lässt sich für 2017 ein Wert von monatlich 608 Euro ermitteln. Durch die Einbindung einer Tagespflege kann der Betreuungsaufwand in der Wohngruppe reduziert werden. Daher wurde der angesetzte Aufwand für Betreuung mit den Erlösen aus teilstationären Leistungen der Pflegeversicherung verrechnet (Tabelle 40). Des Weiteren ist für dieses Versorgungsmodell die Neuregelung des § 38 a SGB XI von Bedeutung. Seit 1.1.2017 kann der Wohngruppenzuschlag nur vorbehaltlich einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zusammen mit teilstationären Leistungen bezogen werden. Dies kann zur Folge haben, dass die Integration von teilstationären Leistungen in WG-Konzepte seltener anzutreffen ist oder dass die betroffenen Wohngruppen auf den Wohngruppenzuschlag verzichten. Für die Abschätzung der Ausgabeneffekte wird letzterer Fall unterstellt.

In den Experteninterviews wurde deutlich, dass erhebliche Anreize für den Ausbau von Versorgungskapazitäten im Bereich betreuten Wohnens mit Tagespflege liegen (siehe Abschnitt 6.3 und 7), da die Rahmenbedingungen der Pflegeversicherung die Möglichkeit bieten, die gemeinsame Inanspruchnahme von Sachleistungen und teilstationären Leistungen auszuschöpfen. Auch hier wird für die Ausgabeneffekte die durchschnittliche Leistungshöhe teilstationärer Ausgaben veranschlagt. Da neu geplante Einrichtungen, die betreutes Wohnen mit Tagespflege verbinden, eher darauf ausgelegt sein werden, höhere Leistungen der Tagespflege auszuschöpfen und eine Klientel anzusprechen, die solche Pflegekonzepte nachfragt, liegen in dieser Preiskomponente Wachstumspotenziale. Ein Trend zu höheren Ausgaben pro Leistungsfall in der teilstationären Pflege lässt sich aus Abbildung 72 ablesen. Für dieses Pflegekonzept liegen keine Durchschnittswerte zu Unterkunft und Verpflegung vor (Tabelle 41).

Tabelle 41: Monatliche Ausgaben für Pflegebedürftige in „Betreutes Wohnen“ mit Tagespflege in Euro

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Pflegesachleistungen § 36 SGB XI		689	1.298	1.612	1.995
Entlastungsbetrag § 45b SGB XI	125	125	125	125	125
Häusliche Krankenpflege § 37 SGB V		227	396	762	1.033
Teilstationäre Leistungen § 41 SGB XI (maximal)		689	1.298	1.612	1.995
Teilstationäre Leistungen § 41 SGB XI (durchschnittlich)		608	608	608	608
Summe Sozialversicherung (§ 41 SGB XI, durchschnittlich)	125	1552	2330	3010	3664
Summe Sozialversicherung (§ 41 SGB XI, maximal)	125	1.730	3.117	4.111	5.148

Quellen: SGB XI, BARMER-Daten

Sollen die Mehrausgaben der Sozialversicherungsträger bzw. die Mehr-/Minderausgaben der Pflegebedürftigen in den neuen Wohnformen mit traditionellen Settings verglichen werden, müssen dazu die entsprechenden Ausgaben herangezogen werden. Während Wechsel aus vollstationärer Dauerpflege in ambulante Pflegeformen die Referenzgröße stationäre Pflege nahelegen, muss beim Aufbau „neuer“ ambulanter Pflegekapazitäten, zu denen hier die Versorgungskonzepte mit Wohngemeinschaften bzw. teilstationärer Pflege zählen, auch berücksichtigt werden, dass im kontrafaktischen Fall häusliche Pflege gewählt werden kann. Nachfolgend sind daher das ambulante und das stationäre Setting berücksichtigt. Tabelle 42 enthält die Ausgaben für bzw. die Ausgaben durch Pflegebedürftige wie sie sich gemäß der Leistungen nach § 43 SGB XI und der bundesweiten Durchschnittssätze für 2017 ergeben.

Tabelle 42: Monatliche Ausgaben für/durch Pflegebedürftige in stationärer Unterbringung in Euro

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Vollstationäre Pflege § 43 SGB XI	125	770	1.262	1.775	2.005
Zusätzliche Betreuung § 87b SGB XI	150	150	150	150	150
Häusliche Krankenpflege § 37 Abs. 2 SGB V		7	9	11	24
Summe Sozialversicherung	275	927	1.421	1.936	2.179
Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil	587	587	587	587	587
Unterkunft	419	419	419	419	419
Verpflegung	289	289	289	289	289
Investitionen	401	401	401	401	401
Summe privater Aufwendungen	1.696	1.696	1.696	1.696	1.696
Nachrichtlich: Gesamtsumme	1.971	2.623	3.117	3.632	3.875

Quelle: SGB XI, BARMER-Daten, eigene Berechnungen, bundesdurchschnittliche Vergütungsdaten und bundesdurchschnittlicher einrichtungseinheitlicher Eigenanteil für Mai 2017 aus Rothgang u.a. (2017, S. Kapitel 1).

Tabelle 43: Monatliche Ausgaben für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege in Euro

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Pflegegeld § 37 SGB XI		316	545	728	901
Pflegesachleistung § 36 GB XI		689	1.298	1.612	1.995
Entlastungsbetrag § 45b SGB XI	125	125	125	125	125
Verhinderungspflege § 39 SGB XI		134	134	134	134
Häusliche Krankenpflege § 37 SGB V Pflegegeldbezieher		48	61	126	349
Häusliche Krankenpflege § 37 SGB V Sach- und Kombileistungsbezieher		227	396	762	1.033
Gewichtete Summe Sozialversicherung	125	726	1109	1540	2035

Quelle: SGB XI, BARMER-Daten, eigene Berechnungen (Entgelte für häusliche Krankenpflege bei Bezug von Pflegegeld), Vergütungsdaten aus Rothgang (2017, S. Kapitel 1)

Für die häusliche Pflege wird als Referenzmodell ein gewichteter Wert aus Pflegegeldbeziehern sowie Sach- und Kombileistungsbezieher gebildet. Für die Kombileistungen wird dabei vereinfachend unterstellt, dass Geld- und Sachleistungen zu jeweils 50% in Anspruch genommen werden. Zudem werden unterschiedliche Werte für Leistungen nach § 37 SGB V berücksichtigt. Die entsprechenden Leistungen für Pflegegeld-, Sach- und Kombileistungsbezieher werden aufsummiert und entsprechend der in der Leistungstagestatistik für 2017 berichteten relativen Fallzahlen pro Pflegegrad gewichtet. Je nach Pflegegrad beziehen etwa 6% bis 11% ausschließlich Sachleistungen, zwischen 62% und gut 75% erhalten Pflegegeld und zwischen rund 18% und 27% nehmen Kombileistungen in Anspruch (Leistungstagestatistik der sozialen Pflegeversicherung, eigene Berechnung).

Tabelle 43 listet die betreffenden SGB XI-Leistungen sowie die durchschnittlichen Ausgaben für häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V auf und berichtet die gewichtete Summe dieser Sozialversicherungsausgaben.

9.3 Ausgabeneffekte

Zur Ermittlung der Ausgaben werden Mengen und Preiskomponente der jeweiligen Pflegeformen multipliziert. Da in den Fallzahlen durch die Umrechnung von Pflegestufen auf Pflegegrade der Pflegegrad 1 nicht ausgewiesen ist, liegen nur Ergebnisse für die Pflegegrade 2-5 vor.

Die Ausgabeneffekte der „neuen ambulant betreuten Pflegeformen“ müssen im Vergleich zu einer kontrafaktischen Situation, in der es diese Pflegeformen nicht gäbe, ermittelt werden. Da die Ergebnisse der Delphi-Befragung in der vorliegenden Studie keine klaren Hinweise darauf gab, ob die neuen ambulant betreuten Pflegeformen eher die vollstationäre Pflege oder die traditionelle häusliche Pflege ersetzen, basiert die Schätzung auf der Annahme, dass die neuen Formen jeweils *zur Hälfte* stationäre und häusliche Pflege substituieren. Da die Ausgaben der Sozialversicherungsträger für stationäre und ambulante Pflege inzwischen nicht mehr so stark differieren wie in der Vergangenheit, ist die damit verbundene Unsicherheit für die Kostenfolgen für die Sozialversicherungsträger von geringerer Bedeutung. Zunächst werden die Ausgabeneffekte für die Sozialversicherung berichtet (Abschnitt 9.3.1), anschließend Auswirkungen auf Pflegebedürftige oder Sozialhilfeträger (Abschnitt 9.3.2). und finanzielle Folgen für die Einrichtungen beschrieben (Abschnitt 9.3.3). Abschließend werden die Ergebnisse des Kapitels zusammengefasst (Abschnitt 9.3.4). Anhand tatsächlicher Ausgaben für 2017 wird zudem – wenn möglich – überprüft, ob die getroffenen Annahmen zu plausiblen Ergebnissen führen.

9.3.1 Finanzielle Folgen für die Sozialversicherung

Zur Berechnung der Ausgabeneffekte für die Sozialversicherung werden die Ergebnisse zu den Fallzahlen für 2017 (Tabelle 38) mit den Aufwendungen, die der Sozialversicherung in dem jeweiligen Setting zugerechnet werden können (Tabelle 40 und Tabelle 41), multipliziert, um die Gesamtausgaben für diese Personengruppe zu ermitteln. Für die *Wohngruppen* werden entsprechend der Szenarien der Mengenentwicklung Untergrenzen und Obergrenzen der erwarteten Ausgaben berechnet. Für die Kategorie *betreutes Wohnen mit Tagespflege* wird bei der Preiskomponente in einer Variante unterstellt, dass teilstationäre Leistungen in durchschnittlicher Höhe in Anspruch genommen werden. In der anderen Variante werden die Werte berichtet, die sich im Fall einer maximalen Inanspruchnahme teilstationärer Leistungen ergeben. Die Ausgaben, die durch die reformbedingte Mehrnutzung der „neuen ambulant betreuten Wohnformen“ entstehen, werden sodann – kontrafaktisch – mit den Ausgaben verglichen, die entstünden, wenn die entsprechenden Personenkreise traditionell versorgt würden (Tabelle 42 und Tabelle 43). Hierbei wird – wie bereits erwähnt – vereinfachend angenommen, dass sich die Pflegebedürftigen jeweils hälftig auf häusliche und vollstationäre Pflege verteilen würden. Die Differenz der Ausgaben für neue ambulant betreute Wohnformen und dem Referenzszenario beziffert die Ausgabeneffekte für die Sozialversicherung.

Tabelle 44: Finanzielle Folgen neuer ambulant betreuter Wohnformen für die Sozialversicherung

Zeilen	Pflegesettings und Annahmen zur Inanspruchnahme	Ausgaben in Mio. Euro pro Monat					pro Jahr
		PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	PG 2-5	
(1)	Wohngruppe (Untergrenze)	3,1	9,0	15,5	13,8	41,3	496,1
(2)	Wohngruppe (Obergrenze)	4,6	13,5	23,3	20,7	62,0	744,2
(3)	Wohngruppe mit Tagespflege (Untergrenze)	0,6	1,9	3,3	2,6	8,4	101,1
(4)	Wohngruppe mit Tagespflege (Obergrenze)	1,0	2,8	5,0	3,9	12,6	151,7
(5) = (1)+(3)	Summe Wohngruppen (Untergrenze)	3,7	10,9	18,8	16,4	49,8	597,2
(6) = (2)+(4)	Summe Wohngruppen (Obergrenze)	5,6	16,3	28,2	24,6	74,7	895,9
(7)	Referenzwerte für traditionelle häusliche und stationäre Pflege (Untergrenze WG)	2,4	6,7	12,0	10,2	31,4	376,3
(8)	Referenzwerte für traditionelle häusliche und stationäre Pflege (Obergrenze WG)	3,6	10,1	18,0	15,3	47,0	564,4
(9) = (5)-(7)	Ausgabeneffekt Wohngruppen (Untergrenze)	1,3	4,1	6,8	6,2	18,4	221,0
(10) = (6)-(8)	Ausgabeneffekt Wohngruppen (Obergrenze)	1,9	6,2	10,3	9,2	27,6	331,5
(11)	Betreutes Wohnen mit Tagespflege (Szenario 10 %)	1,5	3,1	3,7	1,8	10,0	120,2
(12)	Betreutes Wohnen mit Tagespflege (Szenario 50 %)	7,5	15,5	18,3	8,8	50,1	600,9
(13)	Referenzwerte für traditionelle häusliche und stationäre Pflege (Szenario 10 %)	0,8	1,6	2,0	1,0	5,4	64,8
(14)	Referenzwerte für traditionelle häusliche und stationäre Pflege (Szenario 50 %)	3,8	8,1	10,2	4,9	27,0	323,8
(15) = (11)-(13)	Ausgabeneffekt betreutes Wohnen mit Tagespflege (Szenario 10 %)	0,8	1,5	1,6	0,8	4,6	55,4
(16) = (12)-(14)	Ausgabeneffekt betreutes Wohnen mit Tagespflege (Szenario 50 %)	3,8	7,4	8,1	3,9	23,1	277,1
(17) = (9)+(15)	Ausgabeneffekt insgesamt: Untergrenze	2,0	5,6	8,5	6,9	23,0	276,4
(18) = (10)+(16)	Ausgabeneffekt insgesamt: Obergrenze	5,7	13,6	18,3	13,1	50,7	608,6

Die für die Sozialversicherung berechneten Referenzwerte der Preiskomponente bei häuslicher und stationärer Versorgung liegen deutlich unter den geschätzten Ausgaben für neue Wohnformen. Dem entsprechend muss von *Mehrausgaben* für die Sozialversicherung ausgegangen werden. Da vor allem

hinsichtlich der Mengenkomponte unterschiedliche Unsicherheiten der Schätzung zu berücksichtigen sind, werden die Ausgabeneffekte für Wohngruppen sowie betreutes Wohnen mit Tagespflege in Tabelle 44 separat aufgeführt. Für Wohngruppen ergeben sich je nach Mengenszenario (Ober-/ Untergrenze) jährliche Ausgaben zwischen 597 und 896 Mio. Euro (Zeilen 5 und 6, Tabelle 44). Entsprechend der Tabellen zu den Preiskomponenten in Kapitel 9.2 wurden die vollen Sätze für Pflegesachleistungen und eine durchschnittliche Leistungshöhe für Tages- und Nachtpflege sowie die häusliche Krankenpflege nach SGB V verbucht. Zudem wurde unterstellt, dass nur 75 % der Pflegebedürftigen den Wohngruppenzuschlag beanspruchen bzw. bei gleichzeitiger Nutzung teilstationärer Pflege kein Wohngruppenzuschlag gezahlt wird. Zieht man von den so ermittelten Ausgaben die für die Sozialversicherung in traditionellen Pflegesettings veranschlagten Aufwendungen ab, so ergibt sich für die Wohngruppen ein Ausgabeneffekt von etwa 221 bis 332 Mio. Euro, wobei die Spannbreite ausschließlich in der Mengenkomponte begründet liegt.

„Betreutes Wohnen mit Tagespflege“ wurde über zwei Szenarien berechnet, wobei einmal 10 % und einmal 50 % des reforminduzierten Anstiegs der Leistungsfälle mit der Kombination von Pflegesachleistungen und teilstationären Leistungen unter betreutes Wohnen veranschlagt wurden. Die Fallzahlen entsprächen 1,5-8 % einer mittleren Schätzung für betreute Wohneinheiten in Deutschland. Aus diesen Annahmen ergeben sich Mehrausgaben von 55 bis 277 Mio. Euro gegenüber traditionellen Versorgungsformen.

Gemäß dem unteren Szenario lassen sich somit insgesamt Mehrausgaben von etwa 276 Mio. Euro für 2017 auf ambulant betreute Wohnformen zurückführen. Im oberen Szenario sind dagegen ambulant betreute Wohnformen für Mehrausgaben von rund 608 Mio. Euro verantwortlich. Der Mittelwert dieser Szenarien liegt bei etwa 442 Mio. Euro. Die Leistungskomponenten, die zu Mehrausgaben führen, kann bei der häuslichen Krankenpflege, den teilstationären Leistungen sowie dem Entlastungsbetrag und Wohngruppenzuschlag verortet werden. Insbesondere die Ausgaben für teilstationäre Leistungen und die häusliche Krankenpflege sind in den letzten Jahren auch insgesamt deutlich angestiegen. Zwischen 2012 und 2017 haben sich die Ausgaben für Tages- und Nachtpflege um 430 Mio. Euro auf 680 Mio. Euro vermehrt (PV 45 Statistik). Die Ausgaben für Häusliche Krankenpflege sind im selben Zeitraum um 2,1 Mrd. Euro angewachsen (KV 45 Statistik).

9.3.2 Finanzielle Folgen für Pflegebedürftige und Sozialhilfeträger

Die finanziellen Folgen für Pflegebedürftige können zunächst anhand der Preiskomponenten abgeschätzt werden, die in Abschnitt 9.2 vorgestellt wurden. Für Pflegebedürftige in Wohngruppen ergeben sich dabei durchschnittliche Kosten von knapp 1.800 Euro, wenn die Studie zu Wohngruppen in NRW zugrunde gelegt wird (Liesenfeld et al. 2016). Die Höhe der Ausgaben ist vor allem durch die Betreuungspauschale bestimmt. Bei gleichzeitiger, umfangreicher Nutzung einer Tagespflege kann der Betreuungsaufwand in die Tagespflege verlagert werden, so dass hier finanzielle *Entlastungen* für die Bewohner/innen und zulasten der Pflegeversicherung möglich sind.

Werden die privaten Aufwendungen im Rahmen von Wohngemeinschaften mit den durchschnittlichen privaten Kosten für die vollstationäre Pflege verglichen, so liegen diese mit knapp 1.700 Euro nur um 100 Euro niedriger. Ein Wechsel aus stationärer Versorgung hat also im Durchschnitt nur geringe finanzielle Folgen für Pflegebedürftige. Sofern sich teilstationäre Leistungen sinnvoll in das Pflegekonzept integrieren und damit die Betreuungskosten der Wohngruppe senken lassen, können finanzielle Vorteile für Pflegebedürftige im Vergleich zur stationären Pflege entstehen. Insgesamt weisen die hier präsentierten Durchschnittswerte durch die geringe Differenz beider Konzepte für private Ausgaben

zunächst auch geringe finanzielle Implikationen für die Sozialhilfeträger auf. Dies kann je nach regionalen Unterschieden in der Höhe der Betreuungskosten bzw. 24-Stunden-Präsenz jedoch auch anders gelagert sein.

9.3.3 Stationäre Einrichtungen

Stationäre Einrichtungen sind von Ambulantisierungstrends und neu entstehenden ambulanten Pflegeformen betroffen, wenn die ambulanten Formen stationäre Pflege direkt – durch Umwandlung – oder indirekt – durch sektoral differenziertes Wachstum – ersetzen. Bei Wechseln aus vollstationärer Pflege in ambulante Pflegeformen ist dieser Substitutionseffekt eindeutig. Bei neu entstehenden ambulanten Pflegeformen ist nicht eindeutig zu beurteilen, ob diese vollstationäre Pflege ersetzen oder die traditionelle häusliche Pflege. Analog zu den vorhergehenden Analysen wird hier angenommen, dass die neuen ambulant betreuten Wohnformen zur Hälfte zulasten der stationären Pflege entstehen. Zur Berechnung möglicher Substitutionseffekte kann die Zahl der ermittelten neuen ambulanten Pflegeformen abzüglich der ermittelten Wechsel aus vollstationärer Dauerpflege⁵ in diese Wohnformen zur Hälfte und die Wechsler voll angerechnet werden. Die Fallzahlen werden mit durchschnittlichen Gesamtheimentgelten multipliziert, um den Umsatz zu bestimmen, der potenziell bei Einrichtungsbetreibern hätte anfallen können. Die Gesamtheimentgelte lagen 2017 monatlich bei 2.057 Euro für Pflegegrad 2, 2.551 Euro für Pflegegrad 3, 3.064 Euro für Pflegegrad 4 und 3.294 Euro für Pflegegrad 5 (Rothgang et al. 2017). Die Ergebnisse sind in Tabelle 45 dargestellt.

Tabelle 45: Einnahmeverluste durch Substitutionseffekte für stationäre Einrichtungen

In Mio. Euro	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5	Pflegegrad 2-5	Mio. Euro pro Jahr
Entgangener Umsatz bei Fallzahlen in Höhe der Untergrenze	4,4	9,2	13,5	9,5	36,6	439,0
Entgangener Umsatz bei Fallzahlen in Höhe der Obergrenze	9,7	19,1	26,0	16,5	71,3	855,9

Quelle: BARMER-Daten, eigene Berechnungen, Vergütungsdaten (Rothgang et al. 2017)

Bezogen auf ein Jahr entstehen den stationären Einrichtungen demnach Umsatzverluste von rund 439 bis 856 Mio. Euro. Dem stehen aber Mehreinnahmen in der formellen Pflege insgesamt entgegen, die die hier quantifizierten Mindereinnahmen der Heimträger bei weitem überschreiten.

9.4 Zusammenfassung

Gemäß den in diesem Kapitel vorgenommenen Abschätzungen entstehen den Sozialversicherungsträgern bereits für das Jahr 2017 Mehrausgaben von 276 bis 608 Mio. Euro durch die verstärkte Nutzung innovativer ambulanter Wohnformen. Ein Teil dieser Mehrausgaben entsteht im Bereich von betreutem Wohnen mit Nutzung teilstationärer Leistungen, wobei das Wachstum in diesem Segment aufgrund fehlender Daten über zwei Szenarien geschätzt wurde. Gemäß den Interviewaussagen (Abschnitt 6.3 und 7) sind viele Einrichtungen, die betreutes Wohnen mit Tagespflege verbinden, derzeit im Bau bzw. in der Planung, so dass mit einem weiteren Fallzahlwachstum in dieser Versorgungsform

⁵ Die geschätzte Zahl der Wechsel aus vollstationärer Dauerpflege in Wohngruppen oder ambulant betreutes Wohnen mit Tagespflege in der Definition dieses Kapitels lag bei 2.231 Fällen, davon 411 in Pflegegrad 2, 655 in Pflegegrad 3, 738 in Pflegegrad 4 und 427 in Pflegegrad 5 (Quelle: BARMER-Daten, eigene Berechnung, lineare Fortschreibung für 2017).

zu rechnen ist, die vor allem dann mit erheblichen Mehrausgaben der Sozialversicherung verbunden wäre, wenn die Angebote darauf ausgerichtet sind, teilstationäre Leistungen auszuschöpfen. Diese beachtlichen Mehrkosten sind nur gerechtfertigt, insoweit für die Pflegebedürftigen eine erhebliche Steigerung der Lebensqualität erfolgt. Bieten die neuen Versorgungsmodelle keine positiven Effekte für die Pflegebedürftigen ist angesichts dieser Mehrkosten dagegen zu prüfen, inwieweit ein weiterer Ausbau dieser Modelle gebremst werden sollte.

10 Empfehlungen

Die in der Auftragsbeschreibung angelegten und im Angebot unterbreiteten Arbeitspakete zur Entwicklung von Empfehlungen zielen zum einen auf Vorschläge zur Verbesserung des Informations- bzw. Datenaustauschs zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den nach Landesrecht für die Heimaufsicht zuständigen Stellen. Zum andern zielen sie auf sinnvolle Definitionen innovativer ambulanter Wohnformen, die mit einem Mehrwert für Nutzerinnen und Nutzer verbunden sind. Dementsprechend gliedern sich die nachfolgenden Empfehlungen in zwei Abschnitte. Abschnitt 10.1 geht auf Informationsdefizite im Zusammenhang mit der Entwicklung innovativer ambulanter Wohnformen und Ambulantisierungstrends ein. Abschnitt 10.2 befasst sich mit den Abgrenzungsproblemen innovativer ambulant betreuter Wohnformen von „traditionellen Pflegesettings“ unter Berücksichtigung eines Mehrwerts der ambulant betreuten Wohnformen. Diese Abgrenzungsprobleme sind eng verwoben mit der leistungs- und ordnungsrechtlichen Differenzierung von ambulanter und stationärer Pflege, so dass an dieser Stelle auch grundsätzliche Fragen zu sektoraler Fragmentierung in der Pflege aufgeworfen werden.

10.1 Behebung von Informationsdefiziten

Die vorliegende Studie zeigt an verschiedenen Stellen Lücken in der Verfügbarkeit von Daten zu ambulant betreuten Wohnformen auf, die als Grundlage für die Beobachtung von ordnungs- und sozialrechtlichen Entwicklungen auf den Markt genutzt werden können. Zwar ist in einer Vielzahl der Landesgesetze eine Kooperation der Aufsichtsbehörden mit den Aufsichtsorganen der Kranken- und Pflegekassen, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen und weiteren Akteuren festgeschrieben, diese hat jedoch nicht die systematisierte Erfassung von Daten zum Ziel. Empfehlenswert ist daher die Etablierung eines kontinuierlichen *Monitorings* zur Beobachtung des Marktes und Angebotsspektrums insbesondere zu ambulant betreuten (Pflege-)Wohngemeinschaften. Dies kann mittels vorhandener Datengrundlagen entwickelt werden, so dass keine zusätzlichen Erhebungen notwendig sind. Ausgangspunkt hierfür sind drei Datenquellen, auf die nachstehend kurz eingegangen wird.

1. Vertragsdaten der Kranken- und Pflegekassen

Gemäß § 72 SGB XI dürfen lediglich Einrichtungen, mit denen die Pflegekassen einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben, Leistungen gegenüber der Pflegeversicherung abrechnen. In den Versorgungsverträgen ist auch die Art der Leistungen spezifiziert. Im Hinblick auf die in dieser Studie bearbeiteten Fragestellungen könnten diese Angaben daher für eine regelmäßige Berichterstattung genutzt werden. Zu empfehlen ist insbesondere die Erfassung und Auswertung der

- unterjährigen Entwicklung des Versorgungsumfangs der Einrichtungen, insbesondere des Anteils und Ausmaßes einer Erhöhung oder Verringerung von Platzzahlen innerhalb bestehender Versorgungsverträge. Hierdurch könnten Erkenntnisse geliefert werden, inwiefern sich die verfügbaren Plätze in Einrichtungen nicht nur durch Neueröffnungen und Schließungen verändern, sondern auch durch Umstrukturierungen innerhalb der Einrichtungen;
- Anzahl, Plätze und Auslastung teilstationärer Einrichtungen, welche bisher noch nicht in der Pflegestatistik berücksichtigt werden, für die jedoch ebenfalls Daten auf Basis der geschlossenen Versorgungsverträge vorliegen;

- Angebotsstrukturen der Träger unter Berücksichtigung der Leistungsbereiche, in denen von denselben Trägern Leistungen angeboten werden, um Marktentwicklungen auf Ebene der Betreiber verfolgen zu können.

2. Leistungsdaten der Kranken- und Pflegekassen

Die den Kostenträgern vorliegenden Leistungsdaten bieten die Möglichkeit einer Erweiterung der Pflegestatistik (Statistiken PG 1 und PG 2) um weitere Leistungsarten neben der Dreiteilung in Pflegegeld, Pflegesachleistungen und vollstationäre Pflege. Die entsprechenden Statistiken sollten folgende Daten beinhalten:

- zusätzliche Leistungen wie den Entlastungsbetrag gemäß § 45b SGB XI, die zusätzliche Betreuung und Aktivierung n. § 43b SGB XI und den Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI,
- die Kombination oben genannter sowie teilstationärer Leistung mit den Hauptleistungsbereichen der Pflegeversicherung sowie
- Beziehende von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V unter den Pflegebedürftigen.

Vergleichbare Forderungen zu Erweiterung der Pflegestatistik, einschließlich einer jährlichen Periodizität, wurden auch bereits von Walendzik et al. (2015) formuliert.

3. Aufsichtsbehörden

Im Hinblick auf die Datenverfügbarkeit bei den Landesbehörden zeigten sich in der hier durchgeführten Befragung kaum Potenziale, welche durch die Etablierung eines weitergehenden Datenaustausches zwischen den Heimaufsichtsbehörden und den Pflegekassen ausgeschöpft werden könnten. Zumeist verfügten Landesbehörden selbst über die Angaben zum Bestand der Wohnformen aus den gesetzlichen Melde- und Anzeigepflichten. Lediglich in einem Bundesland lagen dem zuständigen Ministerium die Angaben zu ambulant betreuten Wohngemeinschaften trotz Meldepflicht bei den kommunal angesiedelten Heimaufsichten nicht vor.

Eine systematische Nutzung der bei den Aufsichtsbehörden vorliegenden Daten für Zwecke der Weiterentwicklung der Sozialversicherung erscheint in Anbetracht divergierender ordnungsrechtlicher Regelungen und unterschiedlicher Abgrenzungen der Wohnformen im Leistungsrecht allerdings nicht zielführend. 14 Bundesländer berichteten in der durchgeführten Befragung, dass bereits regelmäßig oder in Ausnahmefällen ein Austausch zwischen den Aufsichtsbehörden und Kranken-/Pflegekassen stattfindet. Demnach erscheint die in vielen Landesgesetzen vorgesehene Kooperation zwischen den Behörden sowie den Organen der Kostenträger als derzeit ausreichend.

10.2 Abgrenzung innovativer Wohnformen

Gemäß dem gestellten Auftrag sollen auf Basis der Studienergebnisse weiterhin Empfehlungen zur Abgrenzung und Definition innovativer ambulanter Wohnformen sowohl auf Bundes- wie auch auf Länderebene erarbeitet werden. Zur Erfassung des Spektrums neuer Wohnformen konnte auf eine Typisierung im Rahmen des Projektes „Entwicklung und Erprobung eines Konzeptes und von Instrumenten zur internen und externen Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung in neuen Wohnformen nach § 113b Abs. 4 SGB XI“ zurückgegriffen werden (Wolf-Ostermann et al. 2017). Neue Wohnformen umfassen dementsprechend je nach Konzeption und schwerpunktmäßiger Leistungsstrukturierung vier Typen: ambulante (selbständige) gemeinschaftliche Wohnformen, ambulante betreute Wohnformen, ambulante Pflegewohnformen und ambulante integrierte Wohnformen.

Bei der Abgrenzung hinsichtlich leistungs- und ordnungsrechtlicher Einstufungen stehen nun grundsätzlich drei Optionen im Raum, die nachfolgend skizziert werden sollen:

- die Abgrenzung von zwei Sektoren (ambulant und stationär) und eine Zuweisung neuer Wohnformen in die jeweilige Kategorie mit unterschiedlichen Rahmenbedingungen und Anforderungen;
- die Abgrenzung von drei Sektoren (ambulant, „stambulant“ und stationär) mit der Institutionalisierung des Graubereichs zwischen traditioneller häuslicher Pflege und stationärer Versorgung in Leistungs- und Ordnungsrecht sowie
- eine Aufhebung der sektoralen Fragmentierung in einen ambulanten und einen stationären Sektor.

1. Zwei-Sektoren-Lösung

Die Zwei-Sektoren-Lösung hält an der aktuellen Unterscheidung zwischen ambulanter Pflege in der angestammten Häuslichkeit und stationärer Versorgung fest und erfordert klare Zuordnungskriterien, um innovative ambulant betreute Wohnformen im einen oder anderen Sektor zu verorten. In diesem Rahmen können ambulante Versorgungsformen entsprechend § 3 SGB XI bevorzugt werden. Basierend auf den in dieser Studie gewonnen Erkenntnissen erweist sich jedoch eine trennscharfe Abgrenzung von innovativen Wohnformen gegenüber sowohl ambulanter Pflege in der angestammten Häuslichkeit als auch der vollstationären Langzeitpflege als problematisch.

Zwischen ambulantem und stationärem Sektor besteht eine erhebliche Heterogenität hinsichtlich leistungsrechtlicher Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Pflegesach- und Kombinationsleistungen (§§ 36 und 38 SGB XI), ggfs. in Verbindung mit teilstationären Leistungen (§ 41 SGB XI) sowie häuslicher Krankenpflege (§ 37 Abs. 2 SGB V), Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) und Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI) gegenüber der vollstationären Versorgung, in der eine solche Kombination von Leistungsarten nicht vorgesehen ist. Zudem liegen deutliche Unterschiede in der leistungs- und ordnungsrechtlichen Regulierung vor, die im stationären Bereich strikter und aufwändiger gestaltet ist. Die innovativen ambulanten Wohnformen bilden einen Graubereich, der sich nur schwer eindeutig dem einen oder anderen Sektor zuordnen lässt. Dies führt zu einer unspezifischen Abgrenzung mit möglichen Verwerfungen zwischen leistungs- und ordnungsrechtlicher Zuordnung, zumal hier unterschiedliche Akteure die Regulierungskompetenz besitzen und zudem noch die Umsetzung der Einstufungen regional unterschiedlich gehandhabt werden.

Der starre Rahmen begünstigt Ungerechtigkeiten zwischen den Sektoren. Durch die Inanspruchnahme von sogenannten Stapelleistungen – insbesondere die Verbindung von Pflegesach- und teilstationären Leistungen sowie Leistungen der medizinischen Behandlungspflege – im ambulanten Sektor sowie der geringeren ordnungs- und leistungsrechtlichen Regulierungen ambulant betreuter Wohnformen gegenüber stationären Angeboten, können im Bereich der ambulanten Versorgung Leistungen äquivalent zu einer vollstationären Pflege mit deutlich höherer Vergütung bei gleichzeitig geringerer Regulierung erbracht werden. In diesem Zusammenhang begründen die Unterschiede zwischen den Sektoren Anreize, Versorgungsmodelle so zu gestalten, dass sie formal dem ambulanten Sektor zugeordnet werden können, auch wenn faktisch große Ähnlichkeiten zur vollstationären Pflege bestehen.

Die Einteilung in zwei Sektoren mit divergierendem Regulierungsrahmen, die erhebliche Implikationen für die wirtschaftliche Tragfähigkeit von Versorgungsmodellen besitzt, ist aus Sicht der Gutachterinnen und Gutachter als weniger innovationsfreundlich einzustufen.

2. Die Drei-Sektoren-Lösung

Eine Drei-Sektoren-Lösung sieht vor, den Graubereich zwischen traditioneller häuslicher Pflege und der traditionellen vollstationären Pflege zu spezifizieren und damit in Leistungs- und Ordnungsrecht als eigenständige Kategorie zu institutionalisieren. Die Ausdifferenzierung einer Kategorie „stambulant“ kann zu höherer Rechtssicherheit beitragen und begünstigt gegenüber der zuvor skizzierten Zwei-Sektoren-Lösung innovative Ansätze. Mit einer Institutionalisierung des Graubereichs kann über die Sektoren hinweg die Regulierungsdichte schrittweise erhöht werden. Die erheblichen Unterschiede bei den Rahmenbedingungen zwischen ambulant und stationär werden dabei abgemildert.

Mit diesem Ansatz ist auch eine Förderung innovativer Angebote durch eine höhere Vergütung möglich, um eine vollstationäre Unterbringung und die oft damit einhergehenden Einschränkungen der Selbstbestimmung zu vermeiden. Die Förderung impliziert jedoch das Risiko einer höheren Vergütung stambulanter Versorgungsmodelle trotz geringerer Leistungen im Vergleich zur stationären Vollversorgung. Höhere Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung für ambulant betreute Wohnformen gegenüber der vollstationären Unterbringung sind nur dann zu rechtfertigen, wenn sie mit einer höheren Versorgungsqualität einhergehen. Die Messbarkeit relevanter Qualitätsdimensionen ist jedoch bekanntermaßen schwierig. Lediglich wenn eine Erhöhung der Teilhabe und Selbstbestimmung per se als Qualitätsgewinn definiert werden, ist in der Regel davon auszugehen, dass innovative ambulant betreute Wohnformen Vorteile gegenüber der vollstationären Versorgung mit sich bringen.

Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass eine Ausdifferenzierung in drei Sektoren die grundsätzlichen Zuordnungsprobleme zwar reduzieren, aber an den neuen Schnittstellen der Sektoren nicht gänzlich beseitigen können wird.

3. Die Aufhebung der Sektorengrenzen

Eine weitere, stärker einschneidende Handlungsalternative besteht darin, die Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung aufzuheben und die Vergütung von Pflegeleistungen unabhängig vom Ort der Leistungserbringung zu definieren (vgl. Rothgang/Kalwitzki 2017 für Details).

In diesem Falle würden in der häuslichen Pflege weiterhin die jeweils vereinbarten Leistungen erbracht und vergütet. Für die derzeitige stationäre Langzeitpflege ergäbe sich hieraus die Möglichkeit zur Wahl der in Anspruch zu nehmenden Leistungen, also explizit die Möglichkeit zur Abwahl einer pflegerischen Vollversorgung. Die zusätzliche Nutzung von teilstationären Leistungen wäre somit auch für derzeit stationär Gepflegte möglich. Ebenso würde die häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V) zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung allen Pflegebedürftigen mit entsprechendem Bedarf zustehen. Diese Maßnahmen würden bestehende Abgrenzungs- bzw. Einstufungsprobleme umgehen und eine den Leistungen entsprechende Vergütung schaffen. Die Leistungserbringung und Leistungsabrechnung sowohl im Rahmen der SGB XI Leistungen als auch des SGB V müssten in diesem Szenario auf Basis von identischen Modulen erfolgen. Ein einheitlicher maximaler Leistungsbetrag nach Pflegegraden würde ungleiche Leistungen, die lediglich im Ort der Leistungserbringung begründet sind, beseitigen. In diesem Rahmen ist der Einbezug professioneller Pflegeleistungen bedarfsorientiert je nach gewählter Wohnform und zivilgesellschaftlichen Ressourcen möglich. Dadurch wird der Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen im höchsten Umfang Rechnung getragen.

Gleichzeitig würde die hier skizzierte Alternative die Etablierung sektorübergreifender Regelungen im Heimrecht vorsehen, welche abgestuft unter Berücksichtigung von Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner und Einbindung professioneller Pflege zur Anwendung kommen. Damit wären

innovative ambulante Wohnformen vom Risiko der ordnungsrechtlichen Einordnung als Heim befreit. Durch die mögliche Abwahl von Leistungen ergibt sich auch die Aufhebung einer umfassenden pflegerischen Gesamtverantwortung durch die stationäre Einrichtung, welches im Ordnungsrecht zu berücksichtigen wäre. Die Erbringungsverantwortung würde beim jeweiligen Leistungserbringer liegen. Mit der Aufhebung der Sektorengrenzen wäre eine umfangreiche Neuordnung der Rahmenbedingungen für die Leistungserbringung verbunden, aber gleichzeitig Chancen, Ungerechtigkeiten und Fehlanreize abzubauen sowie einen innovationsfreundlichen Gestaltungsrahmen herzustellen.

Insgesamt ist die Zwei-Sektoren-Lösung die mit der geringsten Eingriffstiefe, die daher am leichtesten realisierbar ist, gleichzeitig aber nicht als innovationsfördernd angesehen werden kann. Demgegenüber bietet aus Sicht der Gutachterinnen und Gutachter die Ein-Sektoren-Lösung das Potenzial, bestehende Abgrenzungsprobleme dauerhaft zu lösen und innovative Wohnformen so zu fördern. Ungerechtigkeiten im Verhältnis von ambulanten und stationären Angeboten werden beseitigt und ansonsten rein durch die rechtliche Ausgestaltung ausgelöste Verwerfungen am Pflegemarkt vermieden. Allerdings wirft auch diese Lösung durchaus nicht unerhebliche systematische als auch finanzielle Folgefragen auf. Die Ein-Sektorenlösung erscheint dennoch aus Sicht der Gutachterinnen und Gutachter als wünschenswerte Option.

11 Literatur

- Anderiesen H, Scherder EJ, Goossens RH, Sonneveld MH (2014). A systematic review--physical activity in dementia: the influence of the nursing home environment. *Appl Ergon* 45(6): 1678-86.
- AOK-Bundesverband (2015). Stellungnahme des AOK-Bundesverbands zur Anhörung des Gesundheitsausschusses des Bundestages am 30.09.2015 zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz - PSG II) Bundestagsdrucksache 18/5926. Berlin, AOK-Bundesverband.
- Bäcker G (2017). Dauerbaustelle Sozialstaat. Chronologie gesetzlicher Neuregelungen in der Sozialpolitik 1998-2016. Universität Duisburg-Essen. Duisburg, sozialpolitik-aktuell.de.
- Becher B, Hayer J, Kunstmann F, Sobottke M (2010). Ambulant betreute Wohngemeinschaften. Konzepte, Rechtsgrundlagen und Finanzierungsaspekte. Köln, Bank für Sozialwirtschaft AG.
- Becher B, Hölscher M (2015). Der Markt für das Wohnen und die Pflege von Senioren: Entwicklung, gesetzliche Rahmenbedingungen, Gestaltungserfordernisse. In: Becher B, Hölscher M: Wohnen und die Pflege von Senioren. Hannover, Vincentz: 15-37.
- BIVA (2015). BIVA befürchtet Aushöhlung der Heimmitwirkung durch Ambulantisierung. Verfügbar unter: <https://www.biva.de/biva-befuerchtet-aushoehlung-der-heimmitwirkung-durch-ambulantisierung/> [Zugegriffen: 06.11.2017]
- BIVA (2016). Ambulantisierung der Pflege. Verfügbar unter: <http://www.biva.de/ambulantisierung-der-pflege/> [Zugegriffen: 12.11.2017]
- BMG (2017a). Soziale Pflegeversicherung. Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegestufen am 31.12.2016. Bonn, Bundesministerium für Gesundheit.
- BMG BfG (2017b). Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2017 an die Pflegeversicherung im Überblick. Stand: 17.02.2017. Berlin, Bundesministerium für Gesundheit.
- Brodaty H, Green A, Koschera A (2003). Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society* 51(5): 657-64.
- Brüggen G (2010). Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz mit Erläuterungen. Dresden.
- CAREkonkret (2015a). AOK: Missbrauch nimmt zu. *CAREkonkret* 18(42).
- CAREkonkret (2015b). Die Unerträglichkeit der Theorie für die Praxis. *CAREkonkret* 18(47).
- de Rooij AH, Luijckx KG, Schaafsma J, Declercq AG, Emmerink PM, Schols JM (2012). Quality of life of residents with dementia in traditional versus small-scale long-term care settings: a quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud* 49(8): 931-40.
- Désenfant C (2015). Die eigene Vision umsetzen. Ambulante Wohngemeinschaften. *Häusliche Pflege* 24(9): 42-5.
- Dürmann P (2015). Das Seniorenzentrum Holle: Ein Leben so normal wie möglich. In: Becher B, Hölscher M: Wohnen und die Pflege von Senioren. Neue Versorgungsarrangements, neue Geschäftsmodelle. Hannover, Vincentz: 122-33.
- Fischer T, Worch A, Nordheim J, Wulff I, Pannasch A, Meyer S, Kuhlmeier A, Wolf-Ostermann K (2011). Ambulant betreute Wohngemeinschaften für alte, pflegebedürftige Menschen – Entwicklung und Struktur. *Pflegezeitschrift* 24(2): 97-109.
- Gennrich R, Hölscher M (2014). Was bleibt für Heime? *Altenheim* 2014(12): 18-23.
- Grabow J (2015). Stationäre Pflegeeinrichtungen. Wirtschaftliche Lage und Perspektiven. In: Becher B, Hölscher M: Wohnen und die Pflege von Senioren. Neue Versorgungsarrangements, neue Geschäftsmodelle. Hannover, Vincentz: 70-87.
- Gräse J, Meyer S, Worch A, Wolf-Ostermann K (2015). Family visits in shared-housing arrangements for residents with dementia--a cross-sectional study on the impact on residents' quality of life. *BMC Geriatr* 15(14).
- Gräse J, Worch A, Meyer S, Wolf-Ostermann K (2013). Ambulant betreute Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt* 56(10): 1410-7.

- Hackmann T, Kremer-Preiß U (2017). Wo zeichnen sich Innovationen ab? Innovationspotenziale aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung. Zwischenbilanz zum Modellprogramm nach § 45f SGB XI. Berlin.
- Hasenau C, Hastedt I, Michel LH, Müller T (2016). Überblick: Wohngemeinschaften im Reigen der serviceorientierten Lebens- und Wohnformen für ältere und pflegebedürftige Menschen. In: Hasenau C, Michel LH: Ambulant betreute Wohngemeinschaften. Gestalten, finanzieren, umsetzen. Hannover, Vincentz: 9-26.
- Hasenau C, Michel LH (2016). Ambulant betreute Wohngemeinschaften. Gestalten, finanzieren, umsetzen. Hannover, Vincentz.
- Häusliche Pflege (2015). PSG II puscht die ambulante Pflege. Häusliche Pflege 24(8): 5-6.
- Jann A (2015). Age-Wohnmatrix. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 48(2): 164-8.
- Kasai M, Meguro K, Akanuma K, Yamaguchi S (2014). Alzheimer's disease patients institutionalized in group homes run by long-term care insurance exhibit fewer symptoms of behavioural problems as evaluated by the Behavioural Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale. Psychogeriatrics.
- Klemm B (2017). Den richtigen Weg finden. Altenheim 2017(1): 16-20.
- Klemm B, Deckers B (2016). Unterschiedlich verbreitet. Häusliche Pflege 25(12): 26-9.
- Klemm B, Deckers B (2017). Auf Erfolgskurs. Häusliche Pflege 26(1): 42-5.
- Klie T, Heislbez C, Schuhmacher B, Keilhauer A, Rischard P, Bruker C (2017a). Ambulant betreute Wohngruppen. Bestandserhebung, qualitative Einordnung und Handlungsempfehlungen. Berlin, Bundesministerium für Gesundheit.
- Klie T, Heislbez C, Schuhmacher B, Keilhauer A, Rischard P, Bruker C (2017b). Ambulant betreute Wohngruppen. Bestandserhebung, qualitative Einordnung und Handlungsempfehlungen. Abschlussbericht. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin, Bundesministerium für Gesundheit.
- Klie T, Pfundstein T (2010). Kommunale Pflegeplanung zwischen Wettbewerbsneutralität und Bedarfsorientierung. Am Beispiel der Pflegestrukturplanung des Landes Rheinland-Pfalz. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 43(2): 91-7.
- Klie T, Rischard P, Ziller H, Bøggild N, Gädckens C, Sauter EM (2017c). Evaluation des Hamburgischen Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetzes (HmbWBG). Abschlussbericht. Freiburg, AGB-Sozialforschung.
- Klingelhöfer-Noe J, Dassen T, Lahmann NA (2015). Vollstationäre Pflegeeinrichtungen vs. „betreutes Wohnen mit ambulanter Versorgung“. Ergebnisqualität bezogen auf Dekubitus, Sturz und Mangelernährung. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 48(3): 263-9.
- Kochskämper S, Pimpertz J (2015). Herausforderungen an die Pflegeinfrastruktur. Vierteljahresschriften zur empirischen Wirtschaftsforschung 42(3): 59-75.
- Kok JS, Berg IJ, Scherder EJ (2013). Special care units and traditional care in dementia: relationship with behavior, cognition, functional status and quality of life - a review. Dement Geriatr Cogn Dis Extra 3(1): 360-75.
- Kremer-Preiß U, Mehnert T (2014). Wohnatlas – Rahmenbedingungen der Bundesländer beim Wohnen im Alter. Teil 1: Bestandsanalyse und Praxisbeispiele. Köln/Ludwigsburg, Kuratorium Deutsche Altershilfe/Wüstenrot Stiftung.
- Liesenfeld J, Loss K, Stachowiak J, Weigel R, Bölting T, Hoffmann S, Michel LH (2016). Wissenschaftliche Studie zu den Finanzierungsstrukturen ambulant betreuter Wohngemeinschaften. Abschlussbericht. Düsseldorf, Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW (MGEPA).
- Meißner S (2017). Ambulantisierung der Pflegheimbetreiber. Verfügbar unter: <https://www.pflegemarkt.com/2017/02/27/ambulantisierung-der-pflegeheimbetreiber-in-deutschland/#> [Zugegriffen: 24.10.2017]
- Meißner S (2018). Ambulant oder stationär. Wer gründet was in der Pflege? CarInvest 6.18: 10-11.
- Meyer S, Fleischer-Schlechtiger N, Gräske J, Worch A, Wolf-Ostermann K (2014). Vergleich der Ernährungssituation von Bewohner/innen aus ambulant betreuten Wohngemeinschaften und

- einer stationären Einrichtung anhand des Mini Nutritional Assessments (MNA). *Pflegezeitschrift* 67(4): 224-9.
- Meyer S, Gräske J, Worch A, Wolf-Ostermann K (2015). Nutritional status of care-dependent people with dementia in shared-housing arrangements--a one-year follow-up. *Scandinavian Journal of Caring Science* 29(4): 785-92.
- Michel LH (2017). WG-Merkmal Hauswirtschaft. *Häusliche Pflege* 26(1): 16-7.
- Nakanishi M, Hattori K, Nakashima T, Sawamura K (2014). Health care and personal care needs among residents in nursing homes, group homes, and congregate housing in Japan: why does transition occur, and where can the frail elderly establish a permanent residence? *J Am Med Dir Assoc* 15(1): 76 e1-6.
- Nakanishi M, Nakashima T, Sawamura K (2012). Quality of life of residents with dementia in a group-living situation: an approach to creating small, homelike environments in traditional nursing homes in Japan. *Nihon Koshu Eisei Zasshi* 59(1): 3-10.
- Niejahr E, Spiewak M (2017). Bis zum letzten Atemzug. Todkranken werden häufig Therapien zugemutet, die ihnen nichts mehr nützen - wohl aber den Ärzten und Kliniken. *Die Zeit*. Hamburg, Zeitverlag.
- Rao V, Spiro J, Samus QM, Steele C, Baker A, Brandt J, Mayer L, Lyketsos CG, Rosenblatt A (2008). Insomnia and daytime sleepiness in people with dementia residing in assisted living: findings from the Maryland Assisted Living Study. *Int J Geriatr Psychiatry* 23(2): 199-206.
- Reimer R, Riegraf B (2015). Geschlechtergerechte Care-Arrangements in Wohn-Pflege-Gemeinschaften? Studie zur Neuverteilung formeller, informeller, professioneller und semiprofessioneller Pflegeaufgaben. Paderborn, Universität Paderborn.
- Rothgang H, Kalwitzki T (2017). Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung – Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur. Gutachten im Auftrag der Initiative Pro-hhhhPflegereform.
- URL: [https://www.pflegereform.de/fileadmin/default/user_upload/Gutachten_Rothgang_Kalwitzki - Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung.pdf](https://www.pflegereform.de/fileadmin/default/user_upload/Gutachten_Rothgang_Kalwitzki_-_Alternative_Ausgestaltung_der_Pflegeversicherung.pdf).
- Rothgang H, Kalwitzki T, Müller R, Runte R, Unger R (2016a). Barmer GEK Pflegereport 2016. Siegburg, Asgard-Verlagsservice.
- Rothgang H, Kalwitzki T, Unger R, Amsbeck H (2016b). Pflege in Deutschland im Jahr 2030 - regionale Verteilung und Herausforderungen. Gütersloh, Bertelsmann Stiftung.
- Rothgang H, Müller R, Mundhenk R, Unger R (2014). BARMER GEK Pflegereport 2014. Schwerpunkt: Zahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. St. Augustin, Asgard-Verlag.
- Rothgang H, Müller R, Runte R, Unger R (2017). Pflegereport 2017. Siegburg, Asgard Verlagsservice.
- Samus QM, Rosenblatt A, Steele C, Baker A, Harper M, Brandt J, Mayer L, Rabins PV, Lyketsos CG (2005). The association of neuropsychiatric symptoms and environment with quality of life in assisted living residents with dementia. *Gerontologist* 45 Spec No 1(1): 19-26.
- Schnase S (2015). Vorgetäuschte Eigenständigkeit. Pflege zuhause statt im Heim. TAZ. Bremen, TAZ.
- Schneekloth U, Rothgang H, Geiss S, Pupeter M, Kalwitzki T, Müller R (2016). Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin, Bundesministerium für Gesundheit.
- Schuhmacher B (2016). Sachstand zu der bundesweiten Studie „Bestehende Konzepte und Handlungsbedarfe hinsichtlich der weiteren Stärkung ambulant betreuter Wohngruppen“. *Journal für Wohn-Pflegegemeinschaften* 5: 46-7.
- Sharkey SS, Hudak S, Horn SD, James B, Howes J (2011). Frontline caregiver daily practices: a comparison study of traditional nursing homes and the Green House project sites. *J Am Geriatr Soc* 59(1): 126-31.
- Simon A (2014). Subjective quality of care in nursing homes following the group-living principle: a pilot study to measure and validate relative satisfaction. *Gesundheitswesen* 76(6): 344-50.

- Smit D, de Lange J, Willemse B, Pot AM (2012). The relationship between small-scale care and activity involvement of residents with dementia. *Int Psychogeriatr* 24(5): 722-32.
- Sobottke M (2015). Steuerung und Versorgungsstrukturen für Senioren und pflegebedürftige Menschen durch den Bund und die Bundesländer. In: Becher B, Hölscher M: Wohnen und die Pflege von Senioren. Hannover, Vincentz: 38-54.
- Staatsministerium für Gesundheit und Pflege Bayern (2016). Antwort des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege auf die schriftliche Anfrage der Abgeordneten Kathrin Sonnenholzner vom 09.12.2015 zur Ambulantisierung vollstationärer Pflegeeinrichtungen. Landtag B. München, Bayerischer Landtag.
- Statistisches Bundesamt (2017). Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.
- Strupeit S, Meyer S, Buss A, Gräse J, Worch A, Wolf-Ostermann K (2014). Influence of living situation on vulnerable elderly: focus on nutritional status. *J Nutr Health Aging* 18(9): 787-91.
- Suzuki M, Kanamori M, Yasuda M, Oshiro H (2008). One-year follow-up study of elderly group-home residents with dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Dement* 23(4): 334-43.
- SWR S (2014). Report Mainz. Pflege: Einrichtungen wandeln stationäre Pflegeplätze in ambulante Pflege um. Sendung vom 4.11.2014. Mainz, Südwestrundfunk.
- Szezan N-M (2016a). Flexibilisierung des Leistungsrechts der Pflegeversicherung durch das PSG I/II. Kongress Pflege 2016. Springer Medizin. Berlin, Springer Medizin.
- Szezan N-M (2016b). Neue Angebotsstrukturen erfordern neue Spielregeln. Die starre Sektorisierung des Leistungs- und Vertragsrechts stößt an Grenzen. 4. Berliner Runde zur Zukunft der Pflege. Ambulant und stationär – Kategorien aus der Vergangenheit!?, Berlin, MGEPA, Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter, Nordrhein-Westfalen
- MSAGD, Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie, Rheinland-Pfalz.
- te Boekhorst S, Depla MF, de Lange J, Pot AM, Eefsting JA (2009). The effects of group living homes on older people with dementia: a comparison with traditional nursing home care. *Int J Geriatr Psychiatry* 24(9): 970-8.
- te Boekhorst S, Pot AM, Depla M, Smit D, de Lange J, Eefsting J (2008a). Group living homes for older people with dementia: the effects on psychological distress of informal caregivers. *Aging Ment Health* 12(6): 761-8.
- te Boekhorst S, Willemse B, Depla MF, Eefsting JA, Pot AM (2008b). Working in group living homes for older people with dementia: the effects on job satisfaction and burnout and the role of job characteristics. *Int Psychogeriatr* 20(5): 927-40.
- Terragon (2017). Wegweiser Betreutes Wohnen. Verfügbar unter: <https://www.wegweiser-betreutes-wohnen.de> [Zugegriffen: 08.11.2017]
- TNS Emnid (2011). Wohnwünsche im Alter. Grafikreport. Emnid T. Bielefeld, TNS Emnid GmbH & Co. Kg.
- van Zadelhoff E, Verbeek H, Widdershoven G, van Rossum E, Abma T (2011). Good care in group home living for people with dementia. Experiences of residents, family and nursing staff. *J Clin Nurs* 20(17-18): 2490-500.
- Verbeek H, van Rossum E, Zwakhalen SM, Kempen GI, Hamers JP (2009). Small, homelike care environments for older people with dementia: a literature review. *Int Psychogeriatr* 21(2): 252-64.
- Verbeek H, Zwakhalen SM, van Rossum E, Ambergen T, Kempen GI, Hamers JP (2010a). Dementia care redesigned: Effects of small-scale living facilities on residents, their family caregivers, and staff. *J Am Med Dir Assoc* 11(9): 662-70.
- Verbeek H, Zwakhalen SM, van Rossum E, Ambergen T, Kempen GI, Hamers JP (2010b). Small-scale, homelike facilities versus regular psychogeriatric nursing home wards: a cross-sectional study into residents' characteristics. *BMC Health Serv Res* 10: 30.
- Verbeek H, Zwakhalen SM, van Rossum E, Ambergen T, Kempen GI, Hamers JP (2014). Effects of small-scale, home-like facilities in dementia care on residents' behavior, and use of physical restraints and psychotropic drugs: a quasi-experimental study. *Int Psychogeriatr* 26(4): 657-68.

- Verbeek H, Zwakhalen SM, van Rossum E, Kempen GI, Hamers JP (2012). Small-scale, homelike facilities in dementia care: a process evaluation into the experiences of family caregivers and nursing staff. *Int J Nurs Stud* 49(1): 21-9.
- Walendzik A, Lux G, Linde Kvd, Wasem J (2015). Datenlage in der Gesetzlichen Pflegeversicherung (Soziale Pflegeversicherung und Private Pflegepflichtversicherung). IBES Diskussionsbeitrag. Essen, Universität Duisburg-Essen.
- Willemse BM, Depla MF, Smit D, Pot AM (2014). The relationship between small-scale nursing home care for people with dementia and staff's perceived job characteristics. *Int Psychogeriatr* 26(5): 805-16.
- Wolf-Ostermann K, Gräske J, Eds. (2014). Ambulant betreute Wohngemeinschaften. Praxisleitfaden zur Qualitätsentwicklung. Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer.
- Wolf-Ostermann K, Gräske J, Worch A, Fischer T, Wulff I (2012). Health outcomes and quality of life of residents of shared-housing arrangements compared to residents of special care units – results of the Berlin DeWeGE-study. *Journal of Clinical Nursing* 21: 3047–60.
- Wolf-Ostermann K, Kremer-Preiß U, Hackmann T, Seibert K, Stiefler S, Bahr M, Sulzer L (2017). Entwicklung und Erprobung eines Konzeptes und von Instrumenten zur internen und externen Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung in neuen Wohnformen nach § 113b Abs. 4 SGB XI. 1. Zwischenbericht, Universität Bremen. unveröffentlicht.
- Wolf-Ostermann K, Worch A, Meyer S, Gräske J (2014a). Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Pflegebedarf. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 47(7): 583-9.
- Wolf-Ostermann K, Worch A, Meyer S, Gräske J (2014b). Quality of care and its impact on quality of life for care-dependent persons with dementia in shared-housing arrangements: results of the Berlin WGQual-study. *Appl Nurs Res* 27(1): 33-40.
- Wübbeler M, Aßmann G, Blaut S, Lueke S, Hoffmann W, Fleßa S (2015). Ambulant betreute Demenz-Wohngemeinschaften in Deutschland – Pflegepotenzial und Kosten. *Gesundheitswesen* 77(11): 839-44.
- Zimmerman S, Anderson WL, Brode S, Jonas D, Lux L, Beeber AS, Watson LC, Viswanathan M, Lohr K, Sloane PD (2013). Systematic Review: Effective Characteristics of Nursing Homes and Other Residential Long-Term Care Settings for People with Dementia. *Journal of American Geriatric Society* 61: 1399-409.

12 Anhang

12.1 Fragebogen an die Landesbehörden

Befragung zu ambulant betreuten Wohnformen

Ambulant betreute Wohngemeinschaften

1. Wie viele WG für pflegebedürftige Menschen sind derzeit in Ihrem Bundesland gemeldet?
trägerorganisiert: _____
selbstorganisiert: _____
2. Wie viele Betreuungsplätze existieren insgesamt in diesen WG?
trägerorganisiert: _____
selbstorganisiert: _____
3. Wie viele dieser Plätze sind derzeit belegt?
trägerorganisiert: _____
selbstorganisiert: _____
4. Wie viele WG wurden seit 2007 pro Jahr neu eingerichtet, differenziert nach selbst- und trägerorganisierte Wohngruppen?
trägerorganisiert/(gesamt, wenn nicht differenzierbar):
2007: _____ 2008: _____
2009: _____ 2010: _____
2011: _____ 2012: _____
2013: _____ 2014: _____
2015: _____ 2016: _____
selbstorganisiert:
2007: _____ 2008: _____
2009: _____ 2010: _____
2011: _____ 2012: _____
2013: _____ 2014: _____
2015: _____ 2016: _____

5. Existieren oder existierten in Ihrem Bundesland Investitionsförderung für ambulant betreute Wohngemeinschaften, außerhalb des Bundesrechtes?

- ☐ Nein
☐ Ja, objektbezogen
☐ Ja, personenbezogen

6. Wenn Investitionsförderung existierte, wer war jeweils Mittelgeber?

7. Wenn Investitionsförderung existierte, wie häufig wurde diese seit 2007 pro Jahr in Anspruch genommen?

2007: _____	2008: _____
2009: _____	2010: _____
2011: _____	2012: _____
2013: _____	2014: _____
2015: _____	2016: _____

8. Gibt es aktuell in Ihrem Bundesland Modellvorhaben, die ambulant betreute Wohnformen fördern?

- ☐ Nein
☐ Ja, Anzahl der geförderten Projekte: _____

Betreutes Wohnen

9. Wie viele Anlagen für betreutes Wohnen sind derzeit gemeldet?

10. Wie viele Wohneinheiten existieren bzw. wie viele Personen leben in diesen Anlagen?

Wohneinheiten: _____ Personen: _____

11. Wie viele Anlagen wurden seit 2007 pro Jahr neu eingerichtet?

2007: _____	2008: _____
2009: _____	2010: _____
2011: _____	2012: _____
2013: _____	2014: _____
2015: _____	2016: _____

12. Existiert in Ihrem Bundesland eine Investitionsförderung für Anlagen des betreuten Wohnens, außerhalb des Bundesrechtes?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, objektbezogen
- ☐ Ja, personenbezogen

13. Wenn Investitionsförderung existierte, wer war jeweils Mittelgeber?

14. Wenn Investitionsförderung existierte, wie häufig wurde diese seit 2007 pro Jahr in Anspruch genommen?

2007: _____	2008: _____
2009: _____	2010: _____
2011: _____	2012: _____
2013: _____	2014: _____
2015: _____	2016: _____

Tagespflege

15. Wie viele Tagespflegeeinrichtungen sind derzeit gemeldet?

16. Wie viele Plätze existieren in diesen Tagespflegeeinrichtungen?

17. Wie viele Tagespflegeeinrichtungen wurden seit 2007 pro Jahr neu eingerichtet?

2007: _____	2008: _____
2009: _____	2010: _____
2011: _____	2012: _____
2013: _____	2014: _____
2015: _____	2016: _____

18. Existiert in Ihrem Bundesland eine Investitionsförderung für Einrichtungen der Tagespflege, außerhalb des Bundesrechtes?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, objektbezogen
- ☐ Ja, personenbezogen

19. Wenn Investitionsförderung existierte, wer war jeweils Mittelgeber?

20. Wenn Investitionsförderung existierte, wie häufig wurde diese seit 2007 pro Jahr in Anspruch genommen?

2007: _____	2008: _____
2009: _____	2010: _____
2011: _____	2012: _____
2013: _____	2014: _____
2015: _____	2016: _____

Ambulantisierung

21. Sind in Ihrem Bundesland Fälle bekannt, in denen stationäre Pflegeeinrichtungen in betreute Wohnformen (betreutes Wohnen oder WG) umgewidmet wurden?

- ☐ Ja ☐ Nein

22. Wenn ja, was waren Gründe für die Umwidmung?

23. Um wie viele Fälle handelt es sich seit dem Jahr 2007 pro Jahr?

2007: _____	2008: _____
2009: _____	2010: _____
2011: _____	2012: _____
2013: _____	2014: _____
2015: _____	2016: _____

24. Fiel im Rahmen von ordnungsrechtlichen Prüfungen auf, dass als ambulant betreute Wohnform gemeldete Einrichtungen gemäß des geltenden Gesetzes als stationäre Einrichtungen einzustufen seien? Wie oft wurde dies seit dem Jahr 2007 pro Jahr beobachtet?

- ☐ Nein, konnte nicht beobachtet werden
- ☐ Konnte beobachtet werden, aber keine Zahlen verfügbar
- ☐ Ja:

2007: _____	2008: _____
2009: _____	2010: _____
2011: _____	2012: _____
2013: _____	2014: _____
2015: _____	2016: _____

25. Was waren hauptsächliche Gründe, die zu einer veränderten Einstufung als stationäre Einrichtung führten?

26. Findet bei der ordnungsrechtlichen Prüfung von Einrichtungen eine Prüfung der leistungsrechtlichen Grundlagen, insb. der Versorgungsverträge, statt?

☐ Ja

☐ Nein

27. Wenn ja, welche Bedeutung hat dies für die Prüfung bzw. die ordnungsrechtliche Einstufung einer Einrichtung?

28. Findet bezüglich der ordnungs- und leistungsrechtlichen Einstufung der Einrichtungen in Ihrem Bundesland ein Austausch zwischen den Behörden und den Kranken- und Pflegekassen statt?

☐ Nein

☐ Ja

29. Von wem wird dieser Austausch initiiert?

30. Konnten Sie beobachten, dass betreute Wohneinrichtungen oder ambulant betreute WG in unmittelbarer räumlicher Nähe zu einer Tagespflegeeinrichtung neu errichtet wurden? Wie oft konnte dies seit 2007 pro Jahr beobachtet werden?

☐ Nein, konnte nicht beobachtet werden

☐ Konnte beobachtet werden, aber keine Zahlen verfügbar

☐ Ja

2007: _____ 2008: _____

2009: _____ 2010: _____

2011: _____ 2012: _____

2013: _____ 2014: _____

2015: _____ 2016: _____

Weitere Fragen

31. Gibt es in Ihrem Bundesland weitere ambulant betreute Wohnformen, die nicht von diesem Fragebogen umfasst wurden? Welche sind dies?

--

12.2 Fragebogen an die Heimaufsichten in Niedersachsen

«Gebietskörperschaft»

«Institution»

Bundesland: «Bundesland»

«Telefon» «Anmerkung_Telefon»

1. Anruf Datum: _____ 2. Anruf Datum: _____ 3. Anruf Datum: _____

--

Befragung zu ambulant betreuten Wohnformen

FB für Heimaufsichten

Ambulant betreute Wohngemeinschaften

1. Wie viele WG für pflegebedürftige Menschen sind Ihnen derzeit in Ihrem Einzugsgebiet bekannt?
 trägerorganisiert: _____ selbstorganisiert: _____

wenn jetzt oder später keine Zahlen verfügbar: weiter bei Frage 4

2. Wie viele Betreuungsplätze existieren insgesamt in diesen WG?
 trägerorganisiert: _____ selbstorganisiert: _____

3. Wie viele WG wurden seit 2007 pro Jahr neu eingerichtet, differenziert nach selbst- und trägerorganisierten Wohngruppen?

trägerorganisiert/(gesamt, wenn nicht differenzierbar):

2007: _____

2008: _____

2009: _____

2010: _____

2011: _____

2012: _____

2013: _____

2014: _____

2015: _____

2016: _____

selbstorganisiert:

2007: _____

2008: _____

2009: _____

2010: _____

2011: _____

2012: _____

2013: _____

2014: _____

2015: _____

2016: _____

Ambulantisierung

4. Sind in Ihrem Einzugsgebiet Fälle bekannt, in denen stationäre Pflegeeinrichtungen in betreute Wohnformen (betreutes Wohnen oder WG) umgewidmet wurden?

☐ Ja

☐ Nein

5. Wenn ja, was waren Gründe für die Umwidmung?

6. Um wie viele Fälle handelte es sich bisher?

7. Fiel im Rahmen von ordnungsrechtlichen Prüfungen auf, dass als ambulant betreute Wohnform gemeldete Einrichtungen gemäß dem geltenden Gesetz als stationäre Einrichtungen einzustufen seien? Wie oft wurde dies seit dem Jahr 2007 pro Jahr beobachtet?

☐ Nein, konnte nicht beobachtet werden

☐ Ja:

8. Was waren hauptsächliche Gründe, die zu einer veränderten Einstufung als stationäre Einrichtung führten?

12.3 Fragebogen für kommunale Beratungs-/Koordinierungsstellen

«Gebietskörperschaft»

«Institution»

Bundesland: «Bundesland»

«Telefon» «Anmerkung_Telefon»

1. Anruf Datum: _____ 2. Anruf Datum: _____ 3. Anruf Datum: _____

Befragung zu ambulant betreuten Wohnformen

FB für Pflegestützpunkte o.ä.

Ambulant betreute Wohngemeinschaften

1. Wie viele WG für pflegebedürftige Menschen sind Ihnen derzeit in Ihrem Einzugsgebiet bekannt?
 trägerorganisiert: _____ selbstorganisiert: _____

wenn jetzt oder später keine Zahlen verfügbar weiter bei Frage 4

2. Wie viele Betreuungsplätze existieren insgesamt in diesen WG?
 trägerorganisiert: _____ selbstoporganisiert: _____

3. Wie viele WG wurden seit 2007 pro Jahr neu eingerichtet, differenziert nach selbst- und trägerorganisierten Wohngruppen?

trägerorganisiert/(gesamt, wenn nicht differenzierbar):

2007: _____

2008: _____

2009: _____

2010: _____

2011: _____

2012: _____

2013: _____

2014: _____

2015:

2016:

selbstorganisiert:

2007: _____

2008: _____

2009: _____

2010: _____

2011: _____

2012: _____

2013: _____

2014: _____

2015: _____

2016: _____

Ambulantisierung

4. Sind in Ihrem Einzugsgebiet Fälle bekannt, in denen stationäre Pflegeeinrichtungen in betreute Wohnformen (betreutes Wohnen oder WG) umgewidmet wurden?

☐ Ja

☐ Nein

5. Wenn ja, was waren Gründe für die Umwidmung?

6. Um wie viele Fälle handelte es sich bisher?

7. Auf welche Kreise bzw. kreisfreien Städte können Sie Ihre Aussagen beziehen?

12.4 Fragebogen zur ersten Befragungsrunde des Delphi-Verfahrens

1. Sehen Sie Stärken und Vorteile bei alternativen Wohnformen (Pflege-Wohngemeinschaften, betreutes Wohnen, Mehrgenerationenwohnen etc.) **gegenüber der traditionellen vollstationären Pflege im Pflegeheim** für nachfolgend aufgelistete Akteure?

Ich sehe Stärken und Vorteile für...	Wenn ja, folgende:
Bewohnerinnen & Bewohner	
Leistungserbringer oder Träger von Einrichtungen	
Kostenträger (Kranken-/Pflegekassen, Kommunen etc.)	
Angehörige von Pflegebedürftigen	
Beschäftigte in der Pflege und Betreuung	
Solidargemeinschaft	

2. Sehen Sie Stärken und Vorteile bei alternativen Wohnformen (Pflege-Wohngemeinschaften, betreutes Wohnen, Mehrgenerationenwohnen etc.) **gegenüber der ambulanten Pflege in der angestammten Häuslichkeit** für nachfolgend aufgelistete Akteure?

Ich sehe Stärken und Vorteile für...	Wenn ja, folgende:
Bewohnerinnen & Bewohner	
Leistungserbringer oder Träger von Einrichtungen	
Kostenträger (Kranken-/Pflegekassen, Kommunen etc.)	
Angehörige von Pflegebedürftigen	
Beschäftigte in der Pflege und Betreuung	

3. Welche Bedingungen sollten gegeben sein, damit die zuvor genannten Stärken und Vorteile umgesetzt werden können?

12.5 Tabellarische Zusammenfassung der Evaluationsstudien

Studie	Nation	Outcomes	Design	Befund
A systematic review – physical activity in dementia: the influence of the nursing home environment (Anderiesen et al. 2014)	INT	Aktivitäten des täglichen Lebens, (Activities of Daily Living, ADL)	<u>Übersichtsarbeit</u> , Systematic Review, Studien 1993 bis 2012 zu stimulierenden Interventionen für Demenzerkrankte. Nur Studien mit mittlerer bis hoher methodischer Qualität eingeschlossen	Pflege-Wohnformen, die eine häusliche Umgebung schaffen, haben positive Effekte auf ADL und soziale Beteiligung.
Ambulant betreute Wohngemeinschaften für alte, pflegebedürftige Menschen - Merkmale, Entwicklung und Einflussfaktoren (Fischer et al. 2011)	DEU	Merkmale ambulant betreuter Wohnformen, Entwicklung und Ziele	<u>Übersichtsarbeit</u> : Literaturübersicht für Deutschland	Kein Vergleich von Pflegesettings. Zentrale Zielsetzungen ambulant betreuter WG aus der Literatur: Familienähnliche Strukturen, Angehörige einbeziehen, Umfeldbezug herstellen, Versorgungssicherheit, Selbstbestimmung erhalten,
Ambulant betreute Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen in Deutschland (Gräse et al. 2013)	INT/ DEU	Bewohner- und Versorgungsstruktur; Versorgungs-Outcomes; Qualitätsmanagement	<u>Übersichtsarbeit</u> , Literaturübersicht zu Demenz-WGs mit Bezug zu Deutschland	Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Outcomes in unterschiedlichen Pflegesettings (Qualität der begutachteten Studien oft mittel oder schwach)
Special care units and traditional care in dementia: relationship with behavior, cognition, functional status and quality of life – a review (Kok et al. 2013)	INT	Lebensqualität, Verhaltensauffälligkeiten, kognitive Funktion, ADL,	<u>Übersichtsarbeit</u> , Literaturübersicht, Studien zwischen 1990 und 2012 zu verschiedenen Wohnkonzepten für Demenzpatienten (small-scale-living)	Nur wenige Studien verglichen ambulant betreute Wohnformen mit Pflegeheimen. Meistens werden traditionelle Heime mit Intensivpflegeeinheiten im Heim verglichen. Bei den meisten Outcomes gibt es keine signifikanten Differenzen zwischen ambulant betreuten Wohnformen und Heimen. Nur bei soziale Beteiligung und Agitiertheit schneiden ambulant betreuten Wohnformen besser ab.
Small, homelike care environments for older people with dementia: a literature review (Verbeek et al. 2009)	INT	Charakteristika von ambulant betreuten Wohnformen (Small-scale-living): Räumlichkeiten, Bewohnerstruktur, Häuslichkeit, Pflegekonzept/ Organisation	<u>Übersichtsarbeit</u> , Literaturübersicht, Englisch-, Deutschsprachige und Niederländische Publikationen von 1970-2008	Charakteristika von „small-scale-living“: private Wohnräume, gemeinschaftliche Aktivitäten, Gruppen von meist 5-9 Bewohner/innen, Heterogene Bewohnercharakteristika, Tagesablauf individuell, Ziele: Lebensqualität und Selbstständigkeit fördern, Angehörige beteiligen. Unterschiedliche Pflegekonzepte.
Systematic Review: Effective Characteristics of Nursing Homes and Other Residential Long-Term Care Settings for People with Dementia (Zimmerman et al. 2013)	USA	Pflegequalität anhand von Gesundheit und psychosozialen Outcomes	<u>Übersichtsarbeit</u> , Systematic Review, Studien 1990-2012, beschränkt auf Studien in den USA mit mindestens ausreichender Studienqualität (überwiegend RCT).	Eingeschlossene Pflegesettings waren: Pflegeheim, „Special Care Units“ in Heimen, betreutes Wohnen/häusliche Pflege. Fazit: keine Unterschiede zwischen Pflegesettings hinsichtlich der meisten berichteten Outcomes. Ausnahme: Personen mit milder Demenz mussten aus betreutem Wohnen häufiger ins Krankenhaus eingewiesen werden. Fixierungen wurden im Heim bei sterbenden Pflegebedürftigen häufiger angewendet als bei betreutem Wohnen/häuslicher Pflege.

Studie	Nation	Outcomes	Design/Studienqualität	Befund
Quality of life of residents with dementia in traditional versus small-scale long-term care settings: a quasi-experimental study (de Rooij et al. 2012)	NDL/ BEL	Lebensqualität (Qualidem)	Kohortenstudie, quasi-experimentelles Design, 5 Wohn-Settings in der Langzeitpflege, 179 Bewohner/innen in verschiedenen Settings, Ein/Ausschlüsse dokumentiert. Messpunkte: 0, 6 und 12 Monate; Signifikanz berichtet; kontrolliert, teilw. Verblindet Studienqualität: Hoch	Anfängliche Vorteile von kleinräumigen Wohnformen (small-scale-Living s. Verbeek 2009) bzgl soziale Beziehung und Vermeidung von Langeweile schwinden mit weiteren Befragungen. Nach einer Eingewöhnung lassen sich keine systematischen Vorteile gegenüber traditionellen Heimen belegen. Fokus sollte auf Pflege, nicht Art der Einrichtung liegen.
Family visits in shared-housing arrangements for residents with dementia – a cross-sectional study on the impact on residents' quality of life (Gräske et al. 2015)	DEU	Lebensqualität (QUALIDEM), Besuche von Angehörigen	Befragung von Demenz-WG; 396 Bewohner/innen von 58 WGs, Vergleich mit anderen Pflegesettings über Referenzen in der Literatur; Signifikanz des Einflusses von Angehörigen berichtet. Studienqualität: Mittel	WG-Konzepte fördern die Einbindung von Angehörigen; die Unterstützung von Betreuung und Pflege durch Angehörige steht in positivem Zusammenhang mit der Lebensqualität
Alzheimer's disease patients institutionalized in group homes run by long-term care insurance (Kasai et al. 2014)	JPN	Verhaltensauffälligkeiten, psychologische Symptome (Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale); Grad von Pflege- und Unterstützungsbedarf	Vergleich von 74 Alzheimer-Patienten in Wohngruppen (37) mit Patienten in häuslicher Pflege (37). Matching nach Alter, Bildung, Geschlecht, Mini-Mental State Examination. Signifikanz berichtet. Ein/Ausschlüsse dokumentiert. Studienqualität: Mittel	Höherer Pflege- und Unterstützungsbedarf von Menschen in WG. Seltenerer demenzbedingte Verhaltensauffälligkeiten in WG. Bei Kontrolle individueller Charakteristika leiden WG-Bewohner/innen seltener unter Aggressivität, Störungen, Beklemmung etc. Insbesondere günstig sind WG für mittelgradig an Demenz erkrankte
Vollstationäre Pflegeeinrichtungen vs. „betreutes Wohnen mit ambulanter Versorgung“ (Klingelhöfer-Noe et al. 2015)	DEU	Dekubitus, Mangelernährung, Aktivität	Analyse der Pflegedokumentation und eigene Messungen in Heimen und betreutem Wohnen, Kontrollfaktoren bspw. BMI – freiwillige Teilnahme. Signifikanz berichtet: Studienqualität: niedrig	Höheres Risiko für Mangelernährung und Stürze in WG, geringeres Risiko von Dekubitus – Selektionseffekte beim Zugang in WG und Heterogenität der Gruppen lässt keine klare Aussage zu Pflegesettings zu
Vergleich der Ernährungssituation von Bewohner/innen aus ambulant betreuten Wohngemeinschaften und einer stationären Einrichtung (Meyer et al. 2014)	DEU	Ernährungsstatus, Mini-Nutritional Assessment (MNA)	Sekundärdatenanalyse und standardisierte Interviews, Kontrollfaktoren (Demographie, Pflegegrad, Demenzgrad), 45 WG-Bewohner/innen, freiwillige Teilnahme, Signifikanz berichtet, Messpunkte 0/12 Monate. Studienqualität: Mittel	Der Ernährungsstatus ist in WG besser als in stationären Einrichtungen, wenn Kontrollfaktoren berücksichtigt werden.
Quality of life of residents with dementia in a group-living situation: an approach to creating small, homelike environments in traditional nursing homes in Japan (Nakanishi et al. 2012)	JPN	Lebensqualität von Demenzpatienten (Quality of Living with Dementia in Japan, QLDJ)	Evaluation der Umwandlung von traditionellen Heimen in Wohngruppen/ ambulant betreute Wohneinheiten und Vergleich mit traditionellen Pflegeheimen. Kontrollfaktoren über Regressionsanalysen berücksichtigt. Randomisierte Stichproben, kontrolliert, 1366 Bewohner/innen in Heimen und Wohngruppen, Signifikanz berichtet, follow-up nach 12 Monaten, Studienqualität: Hoch	Signifikant höhere Lebensqualität (bzgl. Interaktionen mit Umgebung oder Erfahrungen mit negativem Verhalten) in Wohngruppen im Vergleich zu traditionellen Heimen.

Studie	Nation	Outcomes	Design/Studienqualität	Befund
Health care and personal care needs among residents in nursing homes, group homes, and congregate housing in Japan (Nakanishi et al. 2014)	JPN	Wechsel des Pflegesettings, Notwendigkeit medizinischer Interventionen und Pflegeaufwand in verschiedenen Settings (med. Einrichtung, Reha, Heime für Intensivpflege, WG, betreutes Wohnen)	Auswertung von Pflegedokumentation. Logistische Regression zu Wechseln des Pflegesettings. Querschnittstudie, 70.519 Menschen in verschiedenen Pflegesettings. Effekte statistisch kontrolliert, Signifikanz berichtet, Studienqualität: Mittel	Geringere medizinische Eingriffe in der Intensivpflege im Vergleich zu anderen Settings. Geringerer Pflegebedarf in Heimen für Intensivpflege im Vergleich zu medizinischen Einrichtungen. Höherer Pflegebedarf in stationären Einrichtungen (Selektionseffekt).
Insomnia and daytime sleepiness in people with dementia residing in assisted living (Rao et al. 2008)	USA	Schlaflosigkeit und Tagesmüdigkeit	Subanalyse der Maryland Assisted Living Study. Zufallsauswahl von Bewohner/innen aus 22 Einrichtungen des betreuten Wohnens. Vergleich mit Befunden aus Pflegeheimen. Randomisiert, kontrolliert, Signifikanz berichtet, kein follow-up, Studienqualität: Mittel	Kein Unterschied bei Schlaflosigkeit und Tagesmüdigkeit zwischen betreutem Wohnen und Heimen.
Geschlechtergerechte Care-Arrangements in Wohn-Pflege-Gemeinschaften? (Reimer & Riegraf 2015)	DEU	Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte	Befragung von Pflegekräften in WG, retrospektiver Vergleich zur Beschäftigung in Pflegeheimen. Keine Angaben zu statistischen Unterschieden, keine Kontrolle unterschiedlicher Pflegegrade, kein follow-up, Studienqualität: Niedrig	Höhere Zufriedenheit in WG gegenüber vorheriger Beschäftigung in Pflegeheimen
The association of neuropsychiatric symptoms and environment with quality of life in assisted living residents with dementia (Samus et al. 2005)	USA	Lebensqualität; Alzheimer's Disease-Related Quality of Life Scale; Neuropsychiatric Inventory	Regression von Lebensqualität auf eigenheimähnliche Charakteristika der Wohnsituation in 22 Einrichtungen des betreuten Wohnens (Maryland Assisted Living Study). Randomisierte und kontrollierte Studie, kein follow-up, Signifikanzen berichtet, Studienqualität: Mittel	Kein direkter Zusammenhang zwischen Lebensqualität und Wohncharakteristika. Kleinere Wohneinheiten sind bei Agitiertheit mit einer höheren Lebensqualität verbunden. Nur schwacher Zusammenhang.
Frontline caregiver daily practices: a comparison study of traditional nursing homes and the Green House project sites (Sharkey et al. 2011)	USA	Indikatoren der Pflegestruktur (Fachkräfte, zeitlicher Aufwand von Fach- und Hilfskräften)	Befragung in Green House Projekten (WG-Konzept) und traditionellen Pflegeheimen. Kontrolliert, Signifikanzen berichtet, kein follow-up, Studienqualität: Mittel	Green House Projekte verfügen über mehr examinierte Pflegekräfte. Die Fachkräfte sind auch für allgemeine Betreuung und Hauswirtschaft zuständig. Insgesamt kann mehr Pflegezeit pro Bewohner/innen erzielt werden im Vergleich zum Heim.
Subjective quality of care in nursing homes following the group-living principle: a pilot study to measure and validate relative satisfaction (Simon 2014)	DEU	Zufriedenheit der Angehörigen mit WG	Befragung in Pflegeheimen, die eine stationäre Hausgemeinschaft eingerichtet haben im Vergleich zu Ergebnissen aus der stationären Altenpflege. Keine systematische Kontrolle unterschiedlicher Bewohnerstrukturen. Studienqualität: Niedrig	Höhere Zufriedenheit mit Wohnbedingungen und Mitarbeitern im Vergleich zu traditionellen stationären Einrichtungen. Ergebnisse eingeschränkt durch Selektionseffekte bzw. unterschiedliche Bewohnerstruktur.
The relationship between small-scale care and activity involvement of residents with dementia (Smit et al. 2012)	NDL	Activity Pursuit Pattern	Erhebung in 136 Pflegeeinrichtungen, 1.327 Bewohner/innen, statistisch kontrolliert, kein follow-up, Signifikanz berichtet, Studienqualität: Mittel	Förderung des Gruppenlebens bezieht Bewohner/innen in mehr Aktivitäten ein. Keine Unterschiede bei Größe der Einheiten
Influence of living situation on vulnerable elderly: focus on nutritional status (Strupeit et al. 2014)	DEU	Ernährungsstatus, Mini-Nutritional Assessment (MNA)	Sekundärdatenanalyse von Screenings und Bewertung von MNA und kognitiven Fähigkeiten (Mini Mental State Examination, MMSE) von Pflegebedürftigen in WG (60) und in häuslicher Pflege (82), kein follow-up, Unterschiede statistisch kontrolliert, Studienqualität: Mittel	Mehr Ernährungsmängel in WG als bei häuslicher Pflege. Die Charakteristika der Pflegebedürftigen wurden statistisch kontrolliert. Hinsichtlich kognitiver Status handelt es sich aber um ganz unterschiedliche Populationen, so dass die Ernährungsmängel darin begründet liegen (=kein Matching möglich)

Studie	Nation	Outcomes	Design/Studienqualität	Befund
One-year follow-up study of elderly group-home residents with dementia (Suzuki et al. 2008)	JPN	Mini-Mental-State Examination, Gottfries-Brane-Steen-Scale (Demenzsymptome), Disability Assessment for Dementia	Vergleich 13 Bewohner/innen aus Demenz-WG und 13 Patienten im Pflegeheim für Demenzzranke. Längsschnittanalyse, Messpunkte bei 0, 1, 3 und 12 Monaten. Signifikanz berichtet. Studienqualität: Mittel	Kognitive Funktionen können in WG besser erhalten werden.
Group living homes for older people with dementia: the effects on psychological distress of informal caregivers (te Boekhorst et al. 2008a)	NDL	Stress, Kompetenz, Belastung von Angehörigen	Quasi-experimentelles Design, Vergleich von WG (67 Bewohner/innen) und traditionellem Pflegeheim (99). Befragung bei Umzug in WG oder Wohnheim und Follow-up nach 6 Monaten. Signifikanz berichtet. Studienqualität: Mittel	Keine Unterschiede zwischen den Wohnkonzepten
Working in group living homes for older people with dementia: the effects on job satisfaction and burnout and the role of job characteristics (te Boekhorst et al. 2008b)	NDL	Arbeitszufriedenheit und Burnout von Pflegekräften	Mehrebenenanalyse; Mediatoreffekte (Arbeitsanforderungen, Handlungsspielräume, soziale Unterstützung); Vergleich von Demenz-WG (183 Bewohner/innen) und Pflegeheim (197), Signifikanz berichtet, kein follow-up. Studienqualität: Mittel	Höhere Arbeitszufriedenheit, geringere Belastung, selteneres Burnout in Pflege-WG durch weniger belastende Arbeitsanforderungen und mehr Handlungsfreiheiten und soziale Unterstützung
The effects of group living homes on older people with dementia: a comparison with traditional nursing home care (te Boekhorst et al. 2009)	NDL	Lebensqualität, DQOL und Quidem; Psychopharmaka, Fixierung von Demenzpatienten	Quasi-experimentelles Design, 19 WG (67 Bewohner/innen) im Vergleich zu 7 traditionellen Heimen (97 Bewohner/innen), Basiserhebung und Follow-up nach 6 Monaten; Kontrolle von Bewohnercharakteristika, Signifikanz berichtet Studienqualität: Mittel	Keine generellen Vorteile von Wohngruppen gegenüber Pflegeheimen, aber Vorteile in einzelnen Kategorien: weniger Hilfen bei ADL, mehr Aktivität, stärkeres Interesse für das Wohnumfeld, seltener Fixierung der Patienten (alles bei Kontrolle der Bewohnercharakteristika)
Good care in group home living for people with dementia (van Zadelhoff et al. 2011)	NDL	Wahrnehmung der Pflege durch Pflegebedürftige, Angehörige und Pflegekräfte	Qualitativ-explorative Studie, teilnehmende Beobachtung über 6 Monate, keine objektiven Outcomes, Studienqualität: Niedrig	Positive Erfahrungen mit Pflege, die an individuellen Bedürfnissen ausgerichtet ist. Problem bei der Einbindung von Angehörigen (kein Vergleich der Pflegesettings)
Dementia care redesigned: Effects of small-scale living facilities on residents, their family caregivers, and staff (Verbeek et al. 2010a)	NDL	u.a. Lebensqualität, Agitiertheit; Belastung der Angehörigen; Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte	Quasi-experimentelles Design; Messung zu 0,6 und 12 Monaten. Vergleich von kleinteiligen Einrichtungen und traditionellen Heimen. 259 Bewohner/innen werden in unterschiedlichen Settings. Signifikanzen berichtet, Power berichtet, Matching-Verfahren. Studienqualität: Hoch	Keine Unterschiede in den Effekten auf Bewohner/innen. Höhere Zufriedenheit der Angehörigen in WG bzw. kleinteiligen Einrichtungen. Keine stärkere Beteiligung der Angehörigen in WG. Unterschiede bei der Arbeitszufriedenheit sind nur dann signifikant, wenn man ein stark traditionelles Heim mit einer idealtypischen kleinteiligen Einrichtung vergleicht.
Small-scale, homelike facilities versus regular psychogeriatric nursing home wards: a cross-sectional study into residents' characteristics (Verbeek et al. 2010b)	NDL	Charakteristika der Pflegebedürftigen	Querschnittstudie, Vergleich Heim (586 Pflegebedürftige) und kleinteilige Einrichtungen (183), Signifikanz berichtet, kein follow-up, Studienqualität: Mittel	Unterschiedliche Charakteristika bei Kontrolle von Alter und Geschlecht: körperlicher Zustand und kognitive Fähigkeiten in kleinteiligen Einrichtungen besser
Small-scale, homelike facilities in dementia care: a process evaluation into the experiences of family caregivers and nursing staff (Verbeek et al. 2012)	NDL	Erfahrungen von Angehörigen und Pflegekräften, Selbsteinschätzung, eigens entwickelte Skalen	Prozessevaluation, Vergleich kleinteilige Konzepte mit traditionellem Heim, 130 Angehörige und 309 Pflegepersonen, detaillierte Interviews mit zufällig ausgewählten Personen. Signifikanzen berichtet, kein follow-up. Studienqualität: Mittel	Individuellere und persönlichere Pflege in kleineren Einheiten, mehr Autonomie der Pflegekräfte, höhere Zufriedenheit

Studie	Nation	Outcomes	Design/Studienqualität	Befund
Effects of small-scale, home-like facilities in dementia care on residents' behavior, and use of physical restraints and psychotropic drugs (Verbeek et al. 2014)	NDL	Verwendung von Psychopharmaka und Fixierungen zur Ruhigstellung von Demenzpatienten	Quasiexperimentelles Design, Messung zu 0, 6, 12 Monaten in kleinteiligen, häuslichen Pflegeeinheiten/Wohngruppen. Kontrollgruppe sind Demenzkranke in Pflegeheimen. Matching-Verfahren zur Kontrolle unterschiedlicher Charakteristika, Power und Signifikanz berichtet. Studienqualität: Hoch	Signifikant weniger Beschränkungen durch physische Eingriffe oder pharmakologische Intervention in der „Treatment“ Gruppe gegenüber der Kontrollgruppe. Bzgl. Sozialer Beteiligung gab es im Schnitt keine Unterschiede zwischen WG-Konzepten und Heimen.
The relationship between small-scale nursing home care for people with dementia and staff's perceived job characteristics (Willemse et al. 2014)	NDL	Wahrgenommene Jobcharakteristika	Vergleich von kleinteiligen Pflegeeinrichtungen mit Heimen. Befragung von Pflegekräften in 136 Einrichtungen, Zufallsauswahl der Teilnehmer, wenn Zahl der Pflegekräfte pro Einrichtung die Zielgröße übersteigt, Kontrolle von Bewohnercharakteristika, kein follow-up. Studienqualität: Mittel	Je kleinteiliger (je eher nach dem Small-scale-living-Konzept) die Pflegeeinrichtungen konzipiert sind, desto geringer wird die Arbeitsbelastung empfunden, desto mehr Entscheidungsautonomie wird wahrgenommen. Keine Unterschiede bei Supervision und Unterstützung
Health outcomes and quality of life of residents of shared-housing arrangements compared to residents of special care units (Wolf-Ostermann et al. 2012)	DEU	Lebensqualität (Qualidem), ADL, Demenz, Agitiertheit	Längsschnittuntersuchung, Messung bei 0, 6 und 12 Monaten in Pflege-WG im Vergleich zu stationären Einheiten (65 Teilnehmer), Signifikanz berichtet. Studienqualität: Mittel	Keine Unterschiede zwischen den Pflegesettings
Ambulant betreute Demenz-Wohngemeinschaften in Deutschland – Pflegepotenzial und Kosten (Wübbeler et al. 2015)	DEU	Monatliche Kosten	Vergleich von Demenz-WG mit Daten aus der Pflegestatistik zu stationären Einrichtungen. Studienqualität: Niedrig	Monatliche Kosten sind vergleichbar mit den Kosten von Heimen
BEL = Belgien, DEU = Deutschland; INT = International; JPN = Japan; NDL = Niederlande; USA = Vereinigte Staaten				

12.6 Erfahrung der Teilnehmenden der Delphi-Befragung

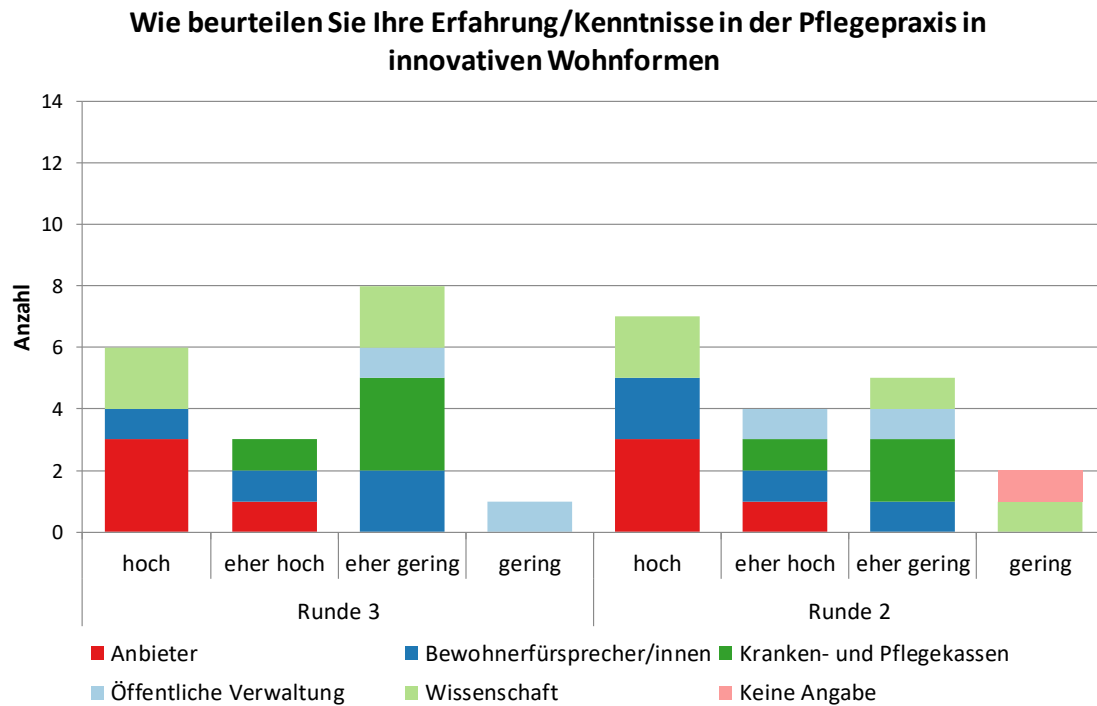


Abbildung 73: Erfahrung der Teilnehmenden in der Pflegepraxis innovativer Wohnformen. Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

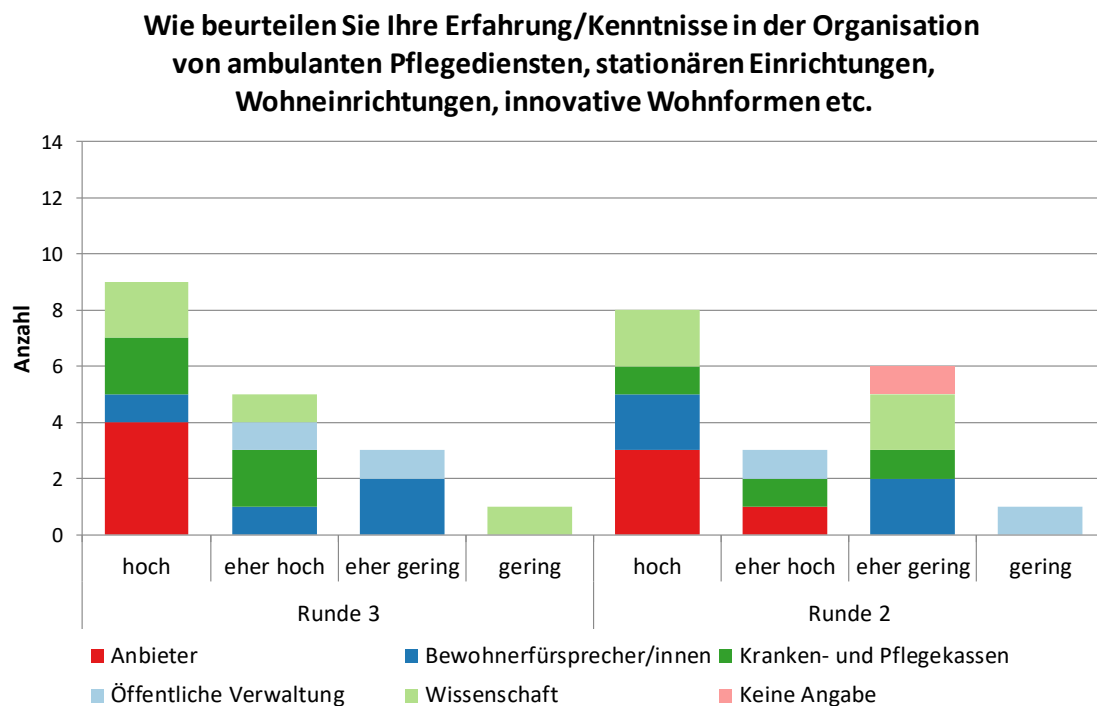


Abbildung 74: Erfahrung der Teilnehmenden in der Organisation von Pflegeeinrichtungen. Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

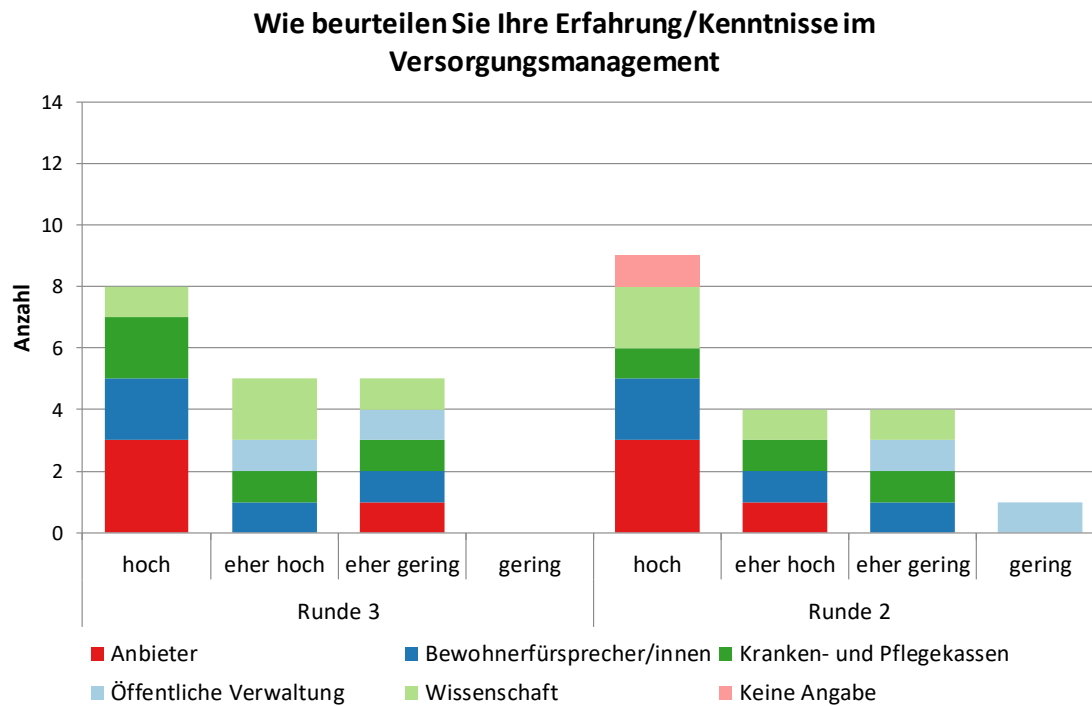


Abbildung 75: Erfahrung der Teilnehmenden im Versorgungsmanagement. Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

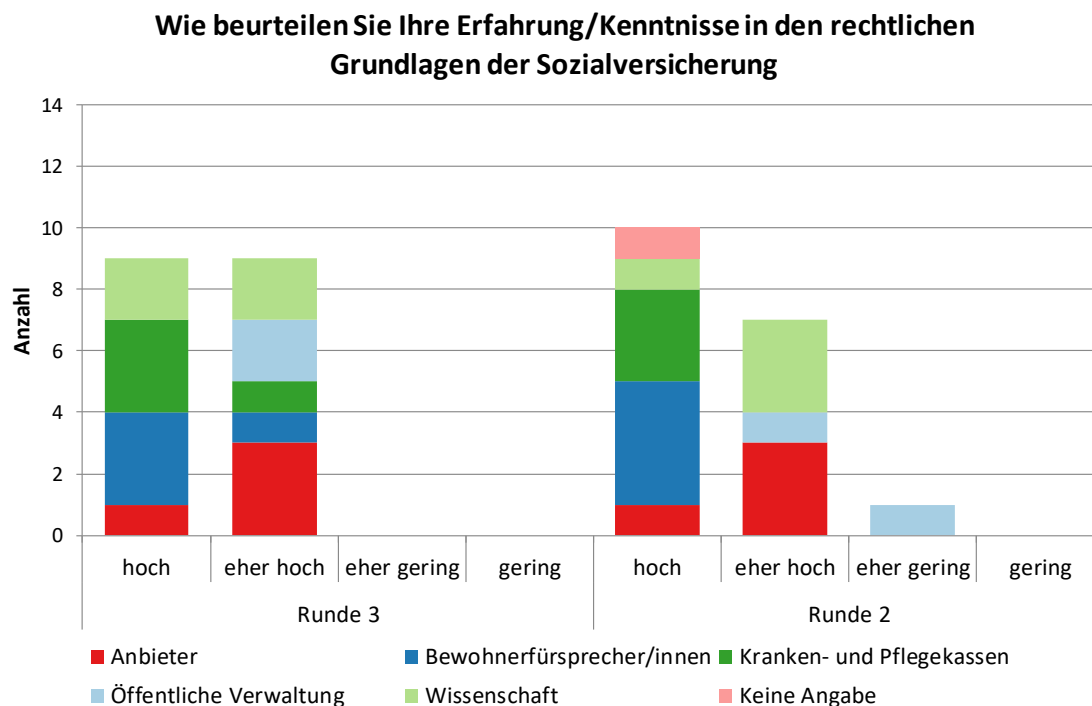


Abbildung 76: Erfahrung der Teilnehmenden in rechtlichen Grundlagen der Sozialversicherung. Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

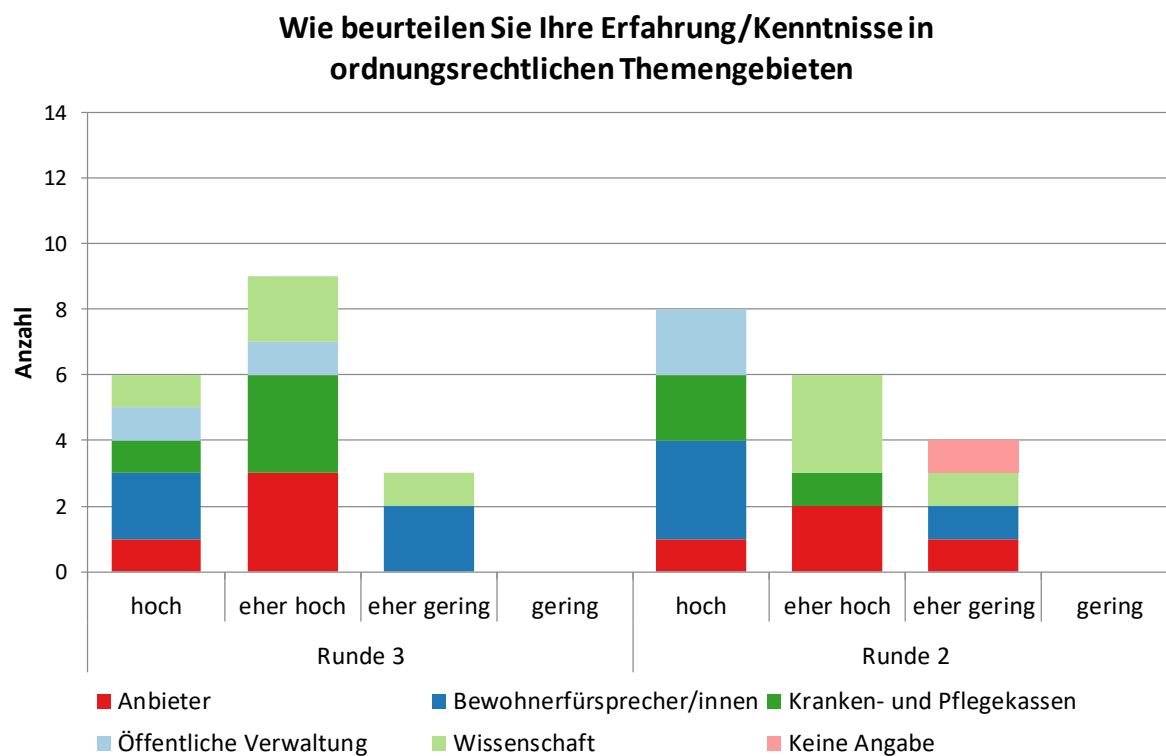


Abbildung 77: Erfahrung der Teilnehmenden in ordnungsrechtlichen Themen. Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

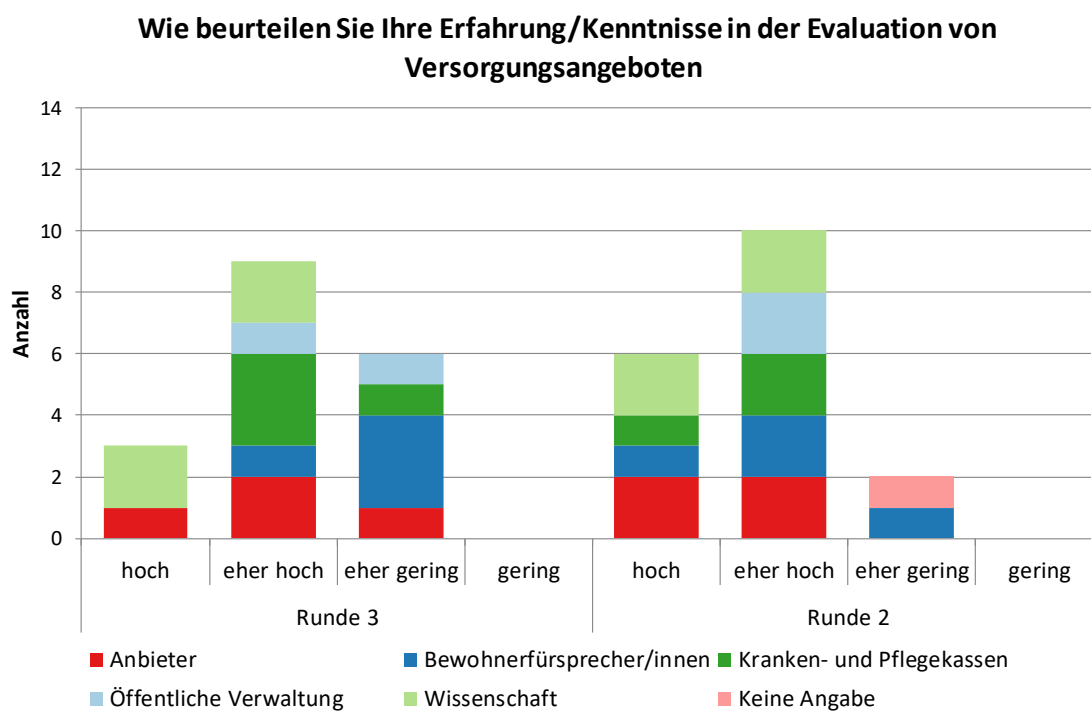


Abbildung 78: Erfahrung der Teilnehmenden in der Evaluation von Versorgungsangeboten. Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie

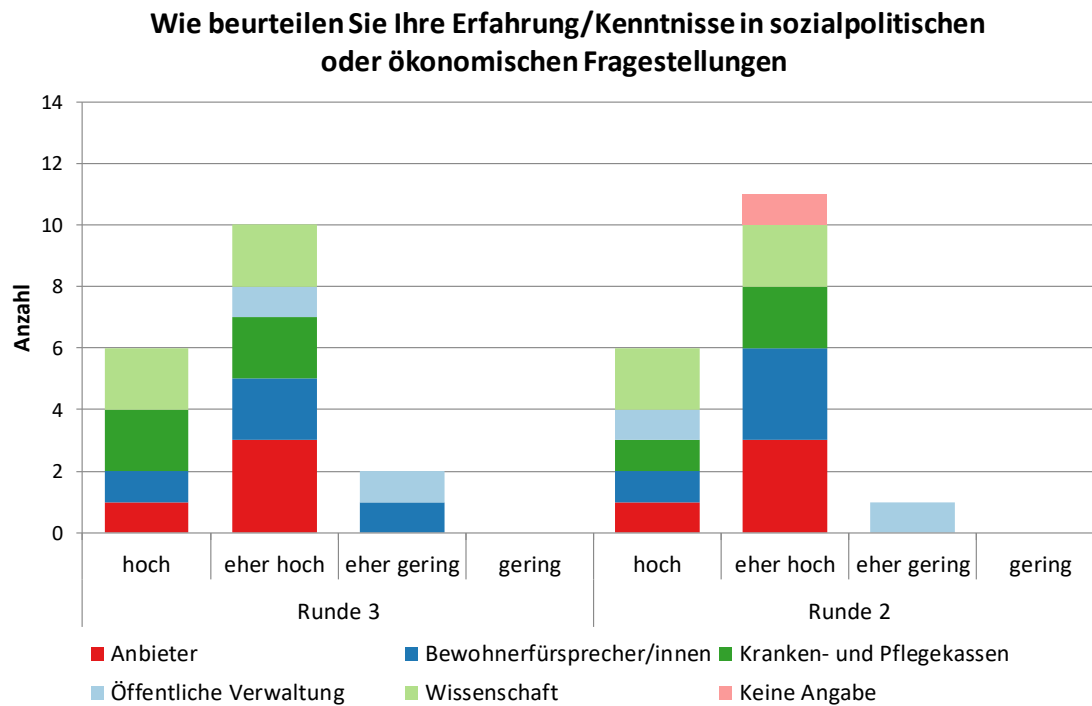


Abbildung 79: Erfahrung der Teilnehmenden in sozialpolitischen und ökonomischen Fragestellungen. Ergebnisse der Delphi-Befragung Runden 2 und 3, Anzahl der Nennungen nach Antwortkategorie