

VII

Sektorisierung stößt an ihre Grenzen

Neue Rahmenbedingungen für die Pflege

Nadine-Michèle Szepan

Als Folge des sozialpolitischen Postulats „Ambulant vor stationär“ entwickeln die Leistungserbringer zunehmend lukrative ambulante Wohn- und Versorgungsformen auf dem Pflegemarkt, die sich jedoch kaum von einer vollstationären Versorgung unterscheiden. Wie sollte eine passende Neuausrichtung der Pflegeversicherung gestaltet werden?

VII

Auf dem Pflegemarkt zeichnen sich zwischenzeitlich vielfältige alternative – zwischen „Heim“ und „Häuslichkeit“ etablierte – Versorgungsmodelle für hilfe- und pflegebedürftige Menschen ab. Diese vielfältigen Angebotsstrukturen werden nach dem Pflegeversicherungsrecht der ambulanten Versorgung zugeordnet, wohl wissend, dass sich diese in der Gestaltung des Versorgungssettings und in der Versorgungsrealität der Pflegenden und zu Pflegenden teilweise kaum von vollstationären Settings unterscheiden; aber ordnungsrechtlich je nach Bundesland werden auch sie unterschiedlich klassifiziert.

Ausgehend von der sozialpolitischen Intention „Ambulant vor stationär“ und deren Umsetzung in gesetzliche Normierungen auf Bundes- und Landesebene hinterfragt dieser Beitrag den leistungsrechtlichen Sonderstatus ambulanter Wohnformen und liefert eine Diskussionsgrundlage für Weiterentwicklungsansätze des Leistungs- und Vertragsrechts der Pflegeversicherung. Dabei werden die aktuellen Entwicklungen auf dem Pflegemarkt mit den intendierten Wirkungen des Grundsatzes „Ambulant vor stationär“ bewertet und gleichzeitig als Maßstab für jegliche Weiterentwicklung genutzt.

1 Sozial- und gesundheitspolitisches Postulat „Ambulant vor stationär“

Das Prinzip, dass zuerst alle ambulanten Möglichkeiten ausgeschöpft werden sollen, bevor eine stationäre Aufnahme erfolgt, gibt es nicht erst seit Einführung der Pflegeversicherung, dient es doch seit mehreren Jahrzehnten als Leitsatz für die Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). In der GKV wird davon ausgegangen, dass ambulante Versorgungsformen im Vergleich zu stationären Versorgungsformen fiskalische Einspareffekte erzielen.

In der Pflegeversicherung wird zwar auch von Einsparungen ausgegangen, insbesondere weil in der ambulanten Versorgung sowohl der informelle

als auch der bürgerschaftliche Sektor stärker einbezogen werden kann. Aber dem Grunde nach geht es in der Pflegeversicherung nicht primär um fiskalische Einspareffekte der Kostenträger und damit der Beitrags- und Steuerzahler, sondern dahinter verbirgt sich auch eine gesellschaftliche Überzeugung, nämlich bei Pflegebedürftigkeit weiter zu Hause leben zu wollen. Daher sind alle Möglichkeiten einer ambulanten Versorgung auszuschöpfen, bevor ein pflegebedürftiger Mensch in einer vollstationären Pflegeeinrichtung versorgt wird; entsprechend wird der häuslichen Pflege in § 3 des Elften Sozialgesetzbuches (SGB XI) der Vorrang eingeräumt. Wenn aber eine Versorgung in der eigenen Häuslichkeit nicht mehr

Drei Kernaussagen

Bund und Länder setzen in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) und mit den Wohn- und Teilhabegesetzen erhebliche Anreize für den Pflegemarkt, ambulante Versorgungssettings mit umfassendem Versorgungsangebot zu etablieren. So werden ambulante Wohnformen gegründet, deren innovativer Mehrwert gegenüber vollstationären Pflegeeinrichtungen fraglich ist und – damit verbunden – auch ihre leistungsrechtliche Sonderstellung.

Sofern die Rahmenbedingungen unverändert fortgeführt werden und die Träger nur noch umfassende Versorgungssicherheit durch ambulante Wohnformen in Verbindung mit Tagespflege anbieten, steigen die Ausgaben für die SPV um mehr als sieben Milliarden Euro, die der GKV um knapp sechs Milliarden Euro.

Die Unterscheidung von ambulanter und stationärer Versorgung in der SPV bietet keine adäquate Antwort auf die dynamische Pflegemarktentwicklung. Die Weiterentwicklung des Pflegeversicherungsrechts muss sicherstellen, dass für gleiche Versorgungsrealitäten auch gleiche Leistungsansprüche aus der SPV realisiert werden und gleiche Qualitätsstandards gelten.

sichergestellt werden kann, sei es weil es die Infrastruktur (fehlende Barrierefreiheit) nicht zulässt oder Vereinsamung droht, hat der Gesetzgeber in Anlehnung an Deinstitutionalisierungsbestrebungen mit dem Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI und mit der Anschubfinanzierung ambulanter Wohnformen nach § 45e SGB XI im Pflegeausrichtungsgesetz 2012 Anreize für gemeinschaftliche Pflege und Organisation in alternativen Versorgungsformen gesetzt.

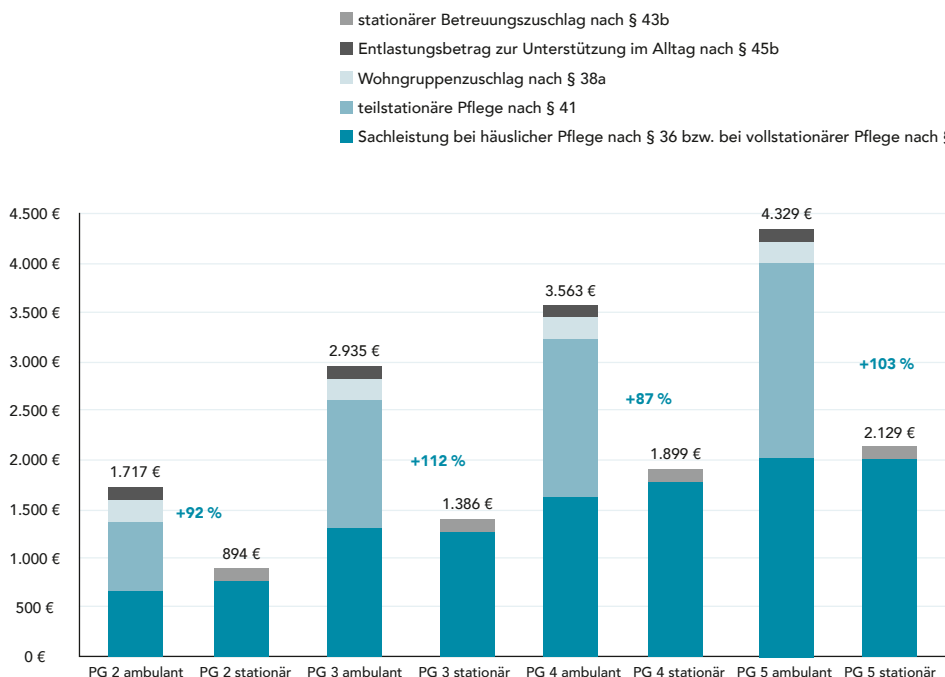
Ambulant betreute Wohngemeinschaften sollen dem Wunsch nach privater und häuslicher Pflege und Betreuung Rechnung tragen. Vor allem den Menschen, die ihren Lebensalltag nicht mehr allein bewältigen können oder möchten, soll eine gemeinschaftliche Pflege in der Nähe ihr angestammtes Wohnumfeld erhalten.

Ziel des Gesetzgebers auf Bundes- wie auf Landesebene ist es, Gemeinschaftsorientierung und die Beteiligung unterschiedlicher Akteure aus dem formellen, informellen und bürgerschaftlichen Sektor in der Gestaltung von Unterstützungsleistungen für die WG-Bewohner zu fördern, um so möglichst Normalität und Selbstständigkeit wie auch soziale Kontakte zu erhalten. Nicht die pflegerischen Versorgungsabläufe, sondern eine möglichst große Alltagsorientierung sollen dabei im Vordergrund stehen. Alle alternativen Wohnformen werden bundesrechtlich dem ambulanten Sektor zugeordnet, losgelöst davon, ob in der Versorgungsrealität eine Teil- oder Vollversorgung vom Pflegebedürftigen in Anspruch genommen wird. Für die leistungs- und vertragsrechtliche Zuordnung im Pflegeversicherungsrecht spielt es dabei auch keine Rolle, ob die alternative Wohnform ordnungsrechtlich nach dem Wohn- und Teilhabegesetz des Landes als vollstationäre Versorgung eingestuft wurde.

Alle alternativen Wohnformen werden bundesrechtlich dem ambulanten Sektor zugerechnet – losgelöst davon, ob die Pflegebedürftigen eine Teil- oder Vollversorgung in Anspruch nehmen.

Anreize für ambulantes Wohnen hat der Bundesgesetzgeber ausschließlich über das Leistungsrecht der Pflegeversicherung geschaffen. Vergleicht man nur die monatlichen Leistungsansprüche im ambulanten Bereich – Pflegeleistung (§ 36 SGB XI), Entlastungsbetrag zur Unterstützung im Alltag (§ 45b SGB XI), den Wohngruppenzuschlag (§ 38a SGB XI) und den Leistungsbetrag für die Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI) – mit dem Leistungsanspruch für die vollstationäre Versorgung (§ 43 SGB XI) einschließlich des Betreuungszuschlages (§ 43b SGB XI) haben Hilfe- und Pflegebedürftige bei der Auswahl eines ambulanten Pflegesettings nahezu

Abb. 1: Leistungsansprüche der Pflegeversicherung, unterschieden nach ambulant und stationär – dargestellt ist die Summe der Leistungsbeiträge nach Versorgungssetting und Pflegegrad



Quelle: eigene Darstellung

Die Abbildung verdeutlicht, dass die Leistungsansprüche aus der Pflegeversicherung für die ambulante Versorgung zwischen 87 und 112 Prozent höher liegen als für eine vollstationäre Versorgung.

doppelt so hohe Leistungsansprüche; egal für welchen Pflegegrad (vgl. Abbildung 1).

Dabei sind noch nicht die Leistungsansprüche aus der Pflegeversicherung berücksichtigt, die sich auf ein Kalenderjahr beziehen – wie die Verhinderungs- und Kurzzeitpflege (§§ 39 respektive 42 SGB XI) mit jeweils 1.612 Euro jährlich – oder zum Beispiel auf eine wohnumfeldverbessernde Maßnahme (§ 40 SGB XI) oder Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohngemeinschaften (§ 45e SGB XI). Darüber hinaus werden die Unterschiede noch größer, wenn man die Kosten der häuslichen Kran-

kenpflege und der allgemeinen Hilfsmittel hinzuzieht – im ambulanten Setting werden sie von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen, in der stationären Versorgung sind sie im Pflegesatz eingepreist respektive in den Investitionskosten abgebildet.

Der Grundsatz „Ambulant vor stationär“ wurde vom Bundesgesetzgeber im Pflegeversicherungsrecht konsequent durch die unterschiedlichen leistungsrechtlichen Ansprüche für ambulante und vollstationäre Pflege umgesetzt. Insbesondere das Pflegestärkungsgesetz I setzt massive Anreize für ambulant organisierte Pflegearrangements in Verbindung mit teilstationärer Pflege.

Im Pflegeversicherungsrecht ist die Qualitätssicherung ausschließlich auf zugelassene Pflegeeinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag ausgerichtet; die Qualitätsüberprüfung bezieht sich dabei auf einrichtungsbezogene Struktur- und Prozesskriterien von Pflegediensten, teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen sowie auf bewohnerbezogene Kriterien durch Inaugenscheinnahme des Pflegebedürftigen mit dessen Einverständnis. Keine Qualitätssicherungsinstrumente hingegen liefert das Pflegeversicherungsrecht derzeit für alternative Wohnformen. Obwohl sie bei einem umfassenden Versorgungsangebot in der Versorgungsrealität einer vollstationären Pflegeeinrichtung gleichkommen, gelten für diese nicht die hohen Qualitätsstandards vollstationärer Pflegeeinrichtungen; die Instrumente und Verfahren zur Qualitätssicherung sind auf das Konstrukt Wohngemeinschaft nicht ohne Weiteres übertragbar.

Ebenso wenig gibt es Anforderungen an Personalmindestmengen in ambulant organisierten Wohnformen und eine ordnungsrechtlich definierte Fachkraftquote. Zwar wurde mit dem Pflegestärkungsgesetz II dem Pflege-Qualitätsausschuss die Aufgabe übertragen, ein Konzept für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen zu entwickeln und zu erproben (vgl. § 113b Absatz 4 Satz 1 Nr. 6 SGB XI), aber fraglich bleibt zum einen, ob die klassischen Instrumente zur Qualitätssicherung überhaupt greifen (Klie 2017), und zum anderen, für welche Wohnformen das Konzept zur Qualitätssicherung überhaupt angewandt werden soll. Das Aufdecken von Qualitätsproblemen in ambulanten Wohnformen jedenfalls ist heute überwiegend dem Zufall überlassen.

Zwischenfazit

Insbesondere für Anbieter von Pflegeleistungen werden

- durch attraktivere Abrechnungsmöglichkeiten im Pflegeversicherungsrecht,
- durch die unterschiedlichen Finanzierungszuständigkeiten der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung für die medizinische Behandlungspflege und Hilfsmittel und
- durch kaum vorhandene Qualitätsstandards für ambulante Wohnformen und Personalvorgaben

Anreize gesetzt, ambulante Wohnformen mit umfassendem Versorgungsangebot statt vollstationärer Versorgung anzubieten. Letzteres ist insbesondere vor dem akuten Fachkräftemangel in der Pflege für die Träger von Pflegeeinrichtungen ein relevantes Entscheidungskriterium.

Aber auch die 16 Landesgesetzgeber setzen mit ihren föderal gestalteten Wohn- und Teilhabegesetzen, mit bau- und brandschutzrechtlichen Anforderungen, Mitwirkungs- und Personalverordnungen unterschiedliche Anreize für Pflege-Leistungserbringer, verstärkt vollstationäre Pflegeleistungen in ambulanten Strukturen anzubieten. Zwei Leitgedanken sind im Wohn- und Teilhabegesetz identifizierbar:

1. Erschwernisfaktoren für den Betrieb von vollstationären Einrichtungen, wie beispielsweise im nordrhein-westfälischen Wohn- und Teilhabegesetz, wonach eine vollstationäre Einrichtung maximal 80 Plätze anbieten darf, davon 80 Prozent Einzelzimmer vorhalten muss und Zimmer mit mehr als zwei Bewohnern unzulässig sind
2. Erleichterungsfaktoren für den Betrieb von ambulanten Wohn- und Versorgungsstrukturen, wie zum Beispiel die finanzielle Förderung von Investitionskosten ambulant betreuter Wohngemeinschaften in Niedersachsen

Je nach Landesrecht finden sich darüber hinaus kaum respektive keine Regulierungen für selbstverantwortete Pflege-Wohngemeinschaften oder betreutes Wohnen. Baurechtliche Anforderungen werden beispielsweise in Berlin an ambulant betreute Wohngemeinschaften überhaupt nicht gestellt. Und in allen Bundesländern – mit Ausnahme Berlin – gibt es keine personellen Vorgaben für den Betrieb von Pflege-Wohngemeinschaften.

Ordnungsrechtlich stehen den 16 Landesgesetzgebern föderal gestaltete Instrumente zur Verfügung, die häufig eine Etablierung von alternativen Wohnformen durch weniger restriktive heimrechtliche Vorschriften erleichtern.

2 Entwicklungen des Pflegemarkts

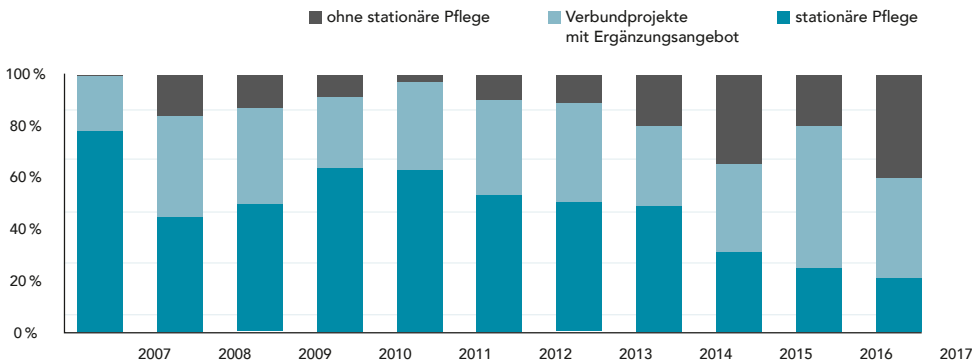
Auf dem Pflegemarkt zeichnen sich zunehmend ambulante Pflegeformen ab,

- die ambulante Individualität mit stationärer Sicherheit anbieten – autarke Wohnungen mit dezentral organisierten Dienstleistungen, so z. B.
 - 24-Stunden-Betreuung (z. B. Pflege-WG, betreutes Wohnen, Servicewohnen),
 - 24-Stunden-Pflege (u. a. Beatmungs-WGs),
 - Rauminfrastruktur einer vollstationären Einrichtung mit 24-Stunden-Kraft vor Ort,
- die im Verbund mit weiteren Einrichtungen (sogenannte Stapellösungen/„stambulant“, die Wohnen, Pflegedienst und Tagespflege unter einem Dach verzahnen) und

die sich in der Versorgungsrealität kaum von vollstationären Pflegeeinrichtungen unterscheiden oder bei denen die Ausrichtung als selbstverantwortetes Pflegearrangement fraglich ist.

Der derzeit einzige Überblick über die Entwicklungen auf dem Pflegemarkt der letzten zehn Jahre stammt von der Auftragsdatenbank der Bank für Sozialwirtschaft. Die zur Verfügung gestellte Auswertung (Abbildung 2) unterstreicht die Dynamik der Ambulantisierung bei den Ausweitungs-

Abb. 2: Entwicklung des Pflegemarkts: Auswertung der Auftragsdatenbank der BFS Immobilien-Service GmbH 2007–2015



Quelle: BFS Service GmbH

Die Abbildung zeichnet den Ambulantisierungstrend auf dem Pflegemarkt im zeitlichen Verlauf nach.

plänen von Trägern im Bereich der Tagespflege, des betreuten Wohnens und von Wohngruppen (ohne stationäre Pflege).

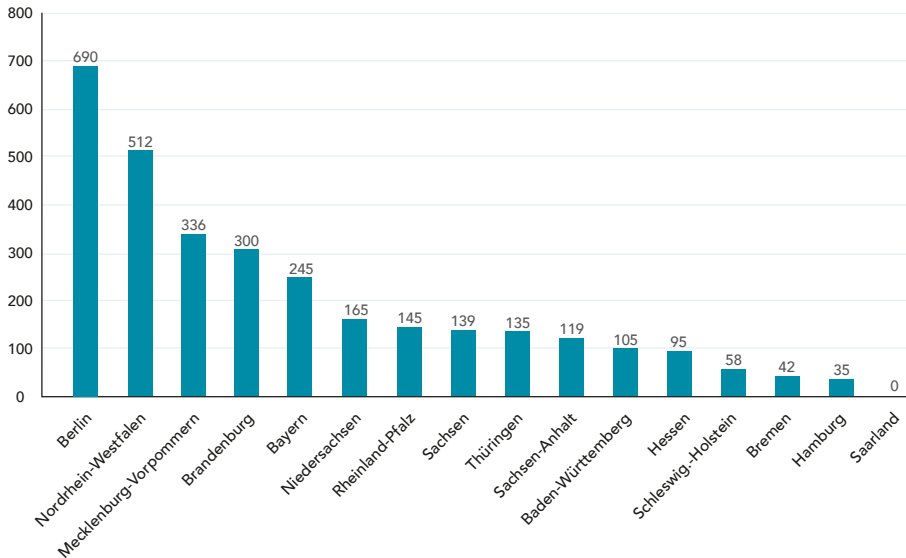
Die Analyse der Infratesterhebung im Rahmen der PNG/PSG I-Evaluation (Rothgang et al. 2017) gibt ebenfalls Hinweise auf den Ambulantisierungstrend auf dem Pflegemarkt. Etwa 20 Prozent der Pflegeeinrichtungen bieten betreutes Wohnen an, zwölf Prozent der Pflegedienste betreuen Personen in einer Wohngemeinschaft und 13,5 Prozent der Pflegedienste planen, ihr Angebot im Bereich Pflege-WG auszubauen (Rothgang et al. 2017). Statistisch erfasst ist die Zahl der am Pflegemarkt zugelassenen ambulanten, teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen; ein valider Überblick über die alternativen ambulanten Versorgungsformen und deren Entwicklung auf dem Pflegemarkt fehlt jedoch bisher. Unterschiedliche Begriffsbestimmungen und teilweise fehlende Anzeigepflichten in den Wohn- und Teilhabegesetzen, aber auch bundesrechtlich fehlende Vorgaben zur Anzeigepflicht machen eine vollständige Bestandserfassung derzeit unmöglich.

Es gibt wenige Studien, die sich zwar mit der Bestandserhebung von ambulant betreuten Wohngruppen beschäftigen (Wolf-Ostermann et al. 2013, Klie et al. 2017, Rothgang et al. 2017). Sie bilden aber nur einen kleinen Teilaspekt der am Markt befindlichen ambulanten alternativen Pflegesettings ab. Darüber hinaus liefern sie weniger Erkenntnisse zum Versorgungsumfang respektive zur Versorgungsqualität.

So waren nach den Ergebnissen einer Studie von Wolf-Ostermann et al. (2013) zum Stichtag 09.08.2012 bundesweit mindestens 1.420 ambulant betreute WGs mit 10.590 Betreuungsplätzen vorhanden. Klie et al. (2017) schätzt für den Erhebungszeitraum zweites Halbjahr 2015 insgesamt 3.121 Wohngemeinschaften, die jedoch über die Bundesländer ungleich verteilt sind (vgl. Abbildung 3).

Aus der Subgruppenanalyse zeigt sich, dass Wohngemeinschaften für die Zielgruppe „Menschen mit Demenz“ knapp 80 Prozent, gefolgt von Wohngemeinschaften für Menschen mit Intensivpflegebedarf zwölf Prozent der bundesweit geschätzten Wohngemeinschaften ausmachen. Letztere ist mit 40 Prozent in Bayern und 33 Prozent in Baden-Württemberg besonders hoch (Klie et al. 2017). Auch Wolf-Ostermann und Schmidt weisen – bezogen auf Berlin – einen Anteil von gut 84 Prozent der ambulant betreuten

Abb. 3: Verteilung der Wohngemeinschaften: Absolutzahl pro Bundesland



Quelle: Abbildung 11 BequaHa-WG (2017)

Abgebildet ist das Schätzergebnis für die Gesamtzahl der Wohngemeinschaften im jeweiligen Bundesland.

Wohngemeinschaften für demenziell beeinträchtigte Mieter und mehr als fünf Prozent für beatmete respektive Wachkoma-Pflegebedürftige aus.

An der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zeichnet sich eine sehr dynamische Entwicklung der Versorgungsangebote ab. Aber es fehlt an Transparenz bei der Quantität und Ausrichtung aller ambulanten Wohnformen (betreutes Wohnen, Servicewohnen, Pflege-Wohngemeinschaften etc.). Für eine adäquate Reaktion des Bundesgesetzgebers auf diese Entwicklung des Pflegemarktes ist Transparenz jedoch unabdingbar: Insbesondere, um den gesetzlichen Aufträgen nachzukommen, ein Konzept zur Qualitätssicherung ambulanter Wohnformen zu erarbeiten. Aber auch, um die Pflegestrukturplanung (vgl. § 8a SGB XI – Gemeinsame Empfehlung der pflegerischen Versorgung) auf einer umfassenden Datenbasis durchzuführen, bedarf es einer bundesweit einheitlich geltenden Anzeigepflicht für alle ambulanten, gemeinschaftlich organisierten Wohnformen im Pflegeversicherungsrecht. Die föderal gestalteten Wohn- und Teilhabegesetze der Länder reichen insbesondere hinsichtlich ihrer Anzeigepflicht nicht aus, um

die Grundlage für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und der Altenhilfestrukturen zu schaffen.

Eine bundesgesetzlich geregelte Anzeigepflicht für neue Wohnformen böte die Chance, die Grundlagen für die Umsetzung der gesetzlichen Aufträge nach §§ 8a, der Pflegestrukturplanungsempfehlung, und nach 113b SGB XI, dem Qualitätssicherungskonzept für neue Wohnformen, zu schaffen und die Beratung nach §§ 7 ff. SGB XI weiterzuentwickeln.

3 Innovativer Mehrwert ambulanter Pflegesettings

Entstandene Leitbilder von ambulant betreuten Wohngemeinschaften orientierten sich zum einen an dem Leitbild der Selbstbestimmung, Familie, Normalität und Wohnortnähe der geteilten Verantwortung, aber auch an Leitbildern der Wirtschaftlichkeit und Rendite, Immobilienausnutzung und Auslastung von Pflegeeinrichtungen (Klie und Schumacher 2009; Klie et al. 2017).

Mit dem Leitbild ambulanter Wohnformen wird eine Versorgungsform zwischen Heim und Häuslichkeit verbunden,

- die eine individuelle Lebensführung ermöglicht und vertraute Alltagsroutinen beizubehalten erlaubt,
- in der Betroffene selbstbestimmt und selbstständig leben können,
- in der Betroffene Eigenverantwortung für ihr Pflegearrangement übernehmen,
- in der Gemeinschafts- und familienähnliche Lebens- und Wohnstrukturen sichergestellt werden und
- in der gewährleistet wird, dass der Pflegebedürftige in der vertrauten Umgebung, seinem angestammten Quartier bleiben kann.

Inwieweit die bereits etablierten ambulanten Wohnformen (vgl. vorheriger Abschnitt) diesem Leitbild Rechnung tragen und damit einen gegebenenfalls leistungsrechtlichen Sonderstatus im Pflegeversicherungsrecht begründen, wird in einer Zusammenschau aktueller Studien bewertet.

3.1 Individuelle Lebensführung und vertraute Alltagsroutinen

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) hat im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitung Nutzer von ambulanten Wohnangeboten zu ihren

Umzugsgründen, ihren Erwartungen an ambulante Wohnformen und deren Erfüllung nach Umzug in ambulante Wohnformen befragt (Kremer-Preiß und Hackmann 2017). Erste Ergebnisse aus dieser Nutzerbefragung bestätigen, dass in ambulanten Wohnformen den Erwartungen von Nutzern bei den individuellen Gestaltungsmöglichkeiten und die Wahrung der Privatsphäre – eigener Wohn- und Schlafraum – immer Rechnung getragen wird. Lediglich bei einem von zehn Nutzern werden die Erwartungen an eigene Sanitärbereiche nicht erfüllt. Aber auch in vollstationären Pflegeeinrichtungen werden den Wünschen und Bedürfnissen von Bewohnern nach Privatheit und Wohnlichkeit bei der Gestaltung der Wohnräume Rechnung getragen. So können in nahezu allen vollstationären Pflegeeinrichtungen die Bewohnerzimmer mit eigenen Möbeln, persönlichen Gegenständen und Erinnerungsstücken gestaltet werden (MDS 2017).

Auch die Privatheit wird in nahezu allen vollstationären Pflegeeinrichtungen sichergestellt, sei es über abschließbare Fächer und Schubladen, die jedem Bewohner zur Verfügung stehen, oder die Entscheidung über eine offene oder geschlossene Zimmertür (MDS 2017). Darüber hinaus werden in den Wohn- und Teilhabegesetzen der Länder verstärkt höhere Einzelzimmerquoten in vollstationären Einrichtungen gesetzlich normiert (beispielsweise auch in Baden-Württemberg).

Bedeutsam für die individuelle Lebensführung sind das Freizeit- und Kommunikationsangebot und die sozialen Kontakte. In der Befragung des KDA nutzen immerhin vier von fünf Bewohnern ambulanter Wohnformen das Freizeitangebot; neun von zehn Nutzer können ihre Gewohnheiten der Tagesstrukturierung nach Einzug in eine ambulante Pflegewohnform beibehalten. Hingegen haben sich bei knapp einem Drittel der Nutzer von ambulanten Wohnformen die Erwartungen an soziale Kontakte nicht erfüllt und jeder Fünfte wünscht sich andere Hilfen bei der Kontaktpflege.

Insbesondere der Quartiersbezug ist für die Wahl eines Versorgungssettings hoch relevant, erleichtert die vertraute Umgebung doch die Orientierung und bietet Chancen für die Aufrechterhaltung sozialer Teilhabe. Im Bundesdurchschnitt kommen immerhin 75 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner aus der Umgebung der WG. Damit ist der Anteil der Bewohner mit einem letzten Wohnsitz im Umkreis von 15 Kilometern von der Pflege-WG insgesamt hoch (Klie et al. 2017). Damit aber auch eine externe Teilhabe möglich

Der Quartiersbezug ist für die Auswahl eines Versorgungssettings hoch relevant.

wird, bedarf es auch barrierefreier Zugänge innerhalb der Mobilitätsräume. Letztlich sind dies Gründe, warum ein Verbleib in der angestammten Häuslichkeit nicht mehr möglich ist (Kremer-Preiß und Hackmann 2017).

Auch wenn die bisherige Datenlage unbefriedigend ist, so gibt es doch Hinweise auf einen nennenswerten Anteil von Wohngemeinschaften, die nicht barrierefrei sind. Bei knapp einem Drittel der Wohngemeinschaften sind mindestens drei Treppenstufen zu überwinden, sei es beim Zugang zur WG oder innerhalb der WG (Klie et al. 2017).

Möglichst viele Freiräume für die Ermöglichung einer individuellen Lebensführung und die Beibehaltung von vertrauten Alltagsroutinen schaffen auch vollstationäre Pflegeeinrichtungen. So wird ihnen eine hohe Zufriedenheit mit den Essenszeiten testiert; den Bewohnern ist auch jederzeit möglich, die Einrichtung zu verlassen oder zu betreten oder auch Besuch zu empfangen. Bei knapp neun von zehn Bewohnern entsprechen die sozialen und kulturellen Angebote immer auch ihren Interessen (MDS 2017).

Individuelle Lebensführung und Gestaltung des Tagesablaufes sind kodifizierte Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, die in der Charta (BMFSFJ 2014) verankert sind. Diesen Rechten entsprechen sowohl ambulante Wohnformen als auch vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit ihren Versorgungssettings. Ein Mehrwert bei ambulanten Wohnformen lässt sich nicht ohne Weiteres ablesen.

3.2 Übernahme von Eigenverantwortung

Grundintention ambulant organisierter Wohnformen wie der Pflege-WG ist, dass die WG-Bewohner und ihre Angehörigen oder Betreuer bei der Versorgung der Wohngruppe entsprechend ihren persönlichen Ressourcen aktiv einzubinden sind. In neun von zehn WGs leben Menschen mit Demenz und Intensivpflegebedarf (Klie et al. 2017; Wolf-Ostermann und Schmidt 2016). Fraglich ist, ob diese Gruppe von Bewohnern aufgrund ihrer kognitiven und somatischen Beeinträchtigungen in der Lage ist, ihre persönlichen Ressourcen zum Beispiel bei der Gestaltung und bei kleinen Reparaturen in der Wohnung einzubringen. Auch ist fraglich, inwieweit die Angehörigen und Betreuer ihre Ressourcen einbringen können oder auch wollen.

So liegt der Verdacht nahe, dass in den allermeisten Pflege-WGs Personen versorgt werden, die in rechtlichen Fragen vertreten werden; für das Land Berlin werden zwei Drittel der WG-Bewohner von Berufsbetreuern vertreten (Wolf-Ostermann und Schmidt 2016). An der Übernahme dieser geteilten Verantwortung für den Betreuten durch Berufsbetreuer können berechnete Zweifel gestellt werden.

3.3 Selbstbestimmung in ambulanten Wohnformen

Jeder Hilfe- und Pflegebedürftige hat das Recht auf ein selbstbestimmtes und selbstständiges Leben. Inwieweit das in ambulanten Wohnformen realisiert wird, kann beispielsweise an der Wahl des Pflegedienstes, der Mitbestimmung bei der Bewohnerauswahl und der Gestaltung des Tagesablaufes testiert werden.

Erste Ergebnisse aus der Nutzerbefragung im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen beim GKV-Spitzenverband weisen darauf hin, dass ein Drittel der Mieter nicht bei der Essenauswahl mitbestimmen kann und bei jedem fünften die individuellen Speisewünsche nicht berücksichtigt werden. Ein Drittel gibt auch an, keine Mitbestimmungsmöglichkeit beim Tagesablauf zu haben. Ein Viertel der Mieter entscheidet bei der Mitbewohnerschaft und beim Personal nicht mit (Kremer-Preiß und Hackmann 2017). In Berlin können sogar bei der Hälfte der WGs die bisherigen Mieter bei der Auswahl neuer Mieter nicht mitbestimmen (Wolf-Ostermann und Schmidt 2016).

Die Studien zeigen auch, dass in mehr als 90 Prozent der WGs nur ein Pflegedienst eingebunden ist (Klie et al. 2017; Wolf-Ostermann und Schmidt 2016). Der Einsatz von mehr als zwei Pflegediensten kommt praktisch nicht vor.

Die Studien weisen punktuell darauf hin, dass die mit der Stärkung des Grundsatzes „Ambulant vor stationär“ verbundene Intention sich auf dem Pflegemarkt nur bedingt widerspiegelt. Die etablierten ambulanten Wohnformen wurden weniger von Betroffenen selbst initiiert, sondern liegen vielmehr in Anbietersverantwortung. Zwar werden Eigenverantwortung und Selbstorganisation in den Wohngruppenkonzepten kodifiziert, faktisch wird jedoch die aktive Beteiligung kaum gelebt. Ein Mehrwert der heute ambulant etablierten Wohnformen im Vergleich zur vollstationären Versorgung konnte bisher nicht belegt werden.

4 Leitbild der Wirtschaftlichkeit

Sofern sich gleiche Versorgungsrealitäten zwischen ambulanten und stationären Versorgungsformen abzeichnen, kann berechtigterweise die Frage aufgeworfen werden, ob eine gemeinschaftlich organisierte Wohnform teurer sein darf als eine Vollversorgung. Hierbei ist sowohl die mikro- und makroökonomische als auch die fiskalische Perspektive einzunehmen.

4.1 Die Mikroperspektive – Pflegeeinrichtungsebene

In einem ersten Schritt werden die Kosten ambulant organisierter Wohnformen auf Einrichtungsebene den Kosten vollstationärer Versorgung gegenübergestellt und hierfür das im Rahmen einer Fachtagung (GKV-Spitzenverband 2017) zu innovativen Wohnformen vorgestellte ambulantisiertere Hausgemeinschaftsmodell der BeneVit-Gruppe herangezogen. Ziel dieses Hausgemeinschaftsmodells ist die Stärkung der Selbstbestimmung pflegebedürftiger Menschen unter anderem durch Wahlmöglichkeiten und eine größere Transparenz bei der Leistungserbringung, verbunden mit der „Sicherheit einer stationären Heimstruktur“. Die Finanzierung durch den Pflegebedürftigen erfolgt über drei Vergütungsbausteine:

1. Wohnen
2. Grundleistungen (z. B. Speiseversorgung, Reinigung der Allgemeinflächen, Gruppenbetreuung, soziale Betreuung, Alltagsgestaltung, Grundpflege im leistbaren Umfang)
3. Individuell zuwählbare Einzelleistungen (u. a. Zimmerreinigung, Grundpflege, Wäscheversorgung)

Betrachtet man die Kosten des Hausgemeinschaftsmodells insgesamt für Wohnen und Grundleistung in Höhe von 2.835 € /Monat (pflegegradunabhängig) und stellt sie den durchschnittlichen Pflegesätzen im selben Bundesland einschließlich Unterkunft und Verpflegung und Investitionskosten gegenüber, zeigt sich, dass das ambulantisiertere Hausgemeinschaftsmodell allein schon für die Grundleistung und das Wohnen die teurere Versorgungsform im Vergleich zu einer vollstationären Pflegeeinrichtung ist (Tabelle 1). Und auch für die höheren Pflegegrade, mit denen ebenfalls ein höherer Versorgungsaufwand einhergeht, ist vermutlich das ambulantisiertere Hausgemeinschaftskonzept die teurere Versorgungsform, sofern der gleiche Leistungsumfang einer vollstationären Versorgung über Wahlleistungen eingekauft wird.

Tab.1: Kosten einer ambulantiserten Hausgemeinschaft gegenüber den Durchschnittskosten für die vollstationäre Versorgung in Baden-Württemberg

Leistung	Ambulantiserte Hausgemeinschaft in Euro/Monat				Vollstationäre Einrichtung in Euro/Monat in Baden-Württemberg*	
	Gesamtaufwand	Wohnen	Grundleistung	Wahlleistung	Gesamt**	Vollversorgungsanspruch
PG 1	753	2.082	694	3.529	2.327	757
PG 2	753	2.082	1.040	3.875	2.755	757
PG 3	753	2.082	1.503	4.338	3.247	757
PG 4	753	2.082	2.158	4.993	3.760	757
PG 5	753	2.082	2.466	5.301	3.990	757

* Sonderauswertung AOK-Pflegenavigator (Stand Oktober 2017)

** Geschätzt auf Basis der EViS-Studie (Rothgang et al. 2015), die die Versorgungsaufwände insgesamt und für Grundpflege (z. B. Toilette, Mobilitätsförderung etc.) abbildet.

Im Vergütungsbaustein „Grundleistung des ambulantiserten Hausgemeinschaftsmodells“ wird zwar Grundpflege im leistbaren Umfang erbracht, aber der Umfang ist nicht transparent. Vor dem Hintergrund, dass auch in den Wahlleistungen Aspekte der körperbezogenen Pflegemaßnahmen abgebildet sind, werden für den Vergleich mit einem Vollversorgungsanspruch in einer vollstationären Pflegeeinrichtung für den Baustein Wahlleistung die Versorgungsaufwände aus der EViS-Studie (Rothgang et al. 2015) mit dem Stundensatz von 38 € multipliziert. Unberücksichtigt bleiben dafür alle anderen in den Wahlleistungen abgebildeten Aufwände wie beispielsweise Wäscheversorgung oder Zimmerreinigung, die nicht in der Grundleistung eingepreist sind.

4.2 Makroebene – Finanzierungsstrukturen ambulant betreuter WGs in Nordrhein-Westfalen

Dieser Verdacht – dass ambulante Versorgungssettings die teurere Versorgungsform darstellen, zeichnet sich auch im Rahmen einer vom nordrhein-westfälischen Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) in Auftrag gegebenen „Wissenschaftlichen Studie zu den Finanzierungsstrukturen ambulant betreuter Wohngemeinschaften“ (Frics et al. 2016) ab. In der Studie werden die Gesamtaufwände von Pflege-WGs den Gesamtaufwänden von vollstationären Pflegeeinrichtungen gegenübergestellt (Tabelle 2).

Tab. 2: Gesamtaufwände vollstationärer Pflegeeinrichtungen gegenüber Gesamtaufwänden von Pflege-WGs

	Pflege-WG Pflegestufe in Euro	Vollstationäre Einrichtung Pflegestufe in Euro
Gesamtaufwand	3.843 – 4.494 – 4.830	3.307 – 3.953 – 4.625
Eigenaufwendung	2.090	2.083 – 2.463 – 2.853
Aufwendungen Kostenträger	1.753 – 2.404 – 2.740	1.224 – 1.490 – 1.772

Quelle: Frics et al. 2016

Danach übersteigt der Gesamtaufwand zum Betreiben einer Wohngemeinschaft in NRW den Gesamtaufwand der vollstationären Einrichtung im Durchschnitt immer – egal für welche Pflegestufe. Auch die Aufwendungen der Kranken- und Pflegeversicherung sowie der Sozialhilfe sind in WGs deutlich höher als in der vollstationären Einrichtung. Nur die Eigenaufwendungen der Pflegebedürftigen in der Pflegestufe 2 und 3 sind vollstationär niedriger.

4.3 Fiskalische Effekte mit Blick auf die Kranken- und Pflegeversicherung

Zwei Szenarien werden betrachtet: Alle vollstationären Pflegeeinrichtungen wandeln sich in ambulante Versorgungsstrukturen mit vollumfassendem Versorgungsangebot um; dies spiegelt sich heute bereits vereinzelt in Bundesländern wider (vgl. Abbildung 4):

Szenario 1: Das Angebot umfasst eine Präsenzkraft für die Wohngruppe (214 Euro je Bewohner und Monat), Pflegeleistungen nach SGB XI und häusliche Krankenpflege nach SGB V.

Szenario 2: Das Angebot umfasst eine Tagespflege, Pflegeleistungen zum Beispiel in betreutem Wohnen und häusliche Krankenpflege.

Abb. 4: Szenarien zur Umwidmung von vollstationären in Verbundlösungen bei aktuellen Rahmenbedingungen für 754 Tausend Bewohner (2015)

Szenarien	
<p>Szenario A</p> <p>Pflegesachleistungen + Wohngruppenzuschlag + häusliche Krankenpflege</p> <p>+5,9 Mrd. € p. a. in der GKV (entspricht 0,46 BSP)</p> <p>-295 Tsd. € p. a. in der SPV mit Wohngruppenzuschlag</p>	<p>Szenario B</p> <p>Pflegesachleistungen + Tagespflege + häusliche Krankenpflege</p> <p>+5,9 Mrd. € p. a. in der GKV (entspricht 0,46 BSP)</p> <p>+7,4 Mrd. € p. a. in der SPV mit teilstationärer Pflege (entspricht 0,57 BSP)</p>

Quelle: eigene Berechnungen

In der Simulationsrechnung für beide Szenarien werden

- die durchschnittlichen Kosten der häusliche Krankenpflege von 650 Euro je Pflegeleistungsempfänger (Bewohner) pro Jahr (Frics et al. 2016),
- die Pflegesachleistung nach § 36, abhängig von der Pflegestufe, zugrunde gelegt.

Szenario 1 und 2 unterscheiden sich in der Inanspruchnahme des Wohngruppenzuschlags (214 Euro pro WG-Bewohner nach § 38a) oder der Tagespflege (abhängig von der Pflegestufe nach § 41), für die das Pflegeversicherungsrecht einen grundsätzlichen Abrechnungsausschluss definiert hat. Der Leistungsbetrag für die Tagespflege ist abhängig von der Pflegestufe für die 754.000 Bewohner mit der für 2015 geltenden Verteilung nach Pflegegraden berechnet.

Die Differenz dieser summierten ambulanten Leistungsansprüche zu vollstationären Leistungsansprüchen (Sachleistungsanspruch, abhängig von der Pflegestufe, und Betreuungszuschlag von monatlich 124 Euro) für die 754.000 Bewohner spiegeln die Mehr-/Minderkosten der GKV und SPV wider.

In der Tabelle verwendete Abkürzungen:

gesetzliche Krankenversicherung (GKV); Beitragssatzpunkte (BSP); soziale Pflegeversicherung (SPV)

Zwischenfazit

Beide Szenarien simulieren, dass alle vollstationären Einrichtungen sich auf dem Pflegemarkt als ambulante Versorgungsangebote mit stationärer Versorgungssicherheit etablieren, was sich heute bereits vereinzelt in Bundesländern abzeichnet. Das heißt alleine für die Beitragszahler der

gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung: ein Plus von einem halben Beitragssatzpunkt bei einer Kombination aus Wohngruppenzuschlag, Pflegesachleistung und häuslicher Krankenpflege, knapp einen Beitragssatzpunkt bei einem Pflegeangebot aus betreutem Wohnen, Pflegesachleistung, Tagespflege und häuslicher Krankenpflege.

5 Reformperspektive

Die Pflegeversicherung geht heute von einer Unterscheidbarkeit ambulanter und vollstationärer Pflege aus und knüpft hier an unterschiedliche Leistungsansprüche der Pflegebedürftigen an. Es entstehen ambulante Versorgungsangebote, die rechtlich getrennt – häufig aber praktisch verbunden – Wohnen, hauswirtschaftliche Versorgung, medizinische Behandlungspflege, ambulante Pflege, Tagespflege und Hilfsmittel der Pflege anbieten. Sie unterscheiden sich kaum mehr von einer vollstationären Einrichtung. Es ist daher nachvollziehbar, dass sich die unterschiedlichen Zuschüsse der Pflegeversicherung angesichts der Versorgungsähnlichkeiten und fehlender konsistenter Abgrenzungsmaßstäbe nicht mehr rechtfertigen lassen (Opolony 2017).

Die dynamische Entwicklung auf dem Pflegemarkt erfordert daher insbesondere Anpassungen im Leistungs- und Vertragsrecht der Pflegeversicherung. Handlungsleitend für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung sollten dabei sein:

1. Jedes Pflegesetting sollte eine selbstständige und autonome Lebensführung der Pflegebedürftigen ermöglichen.
2. Der Lebensort darf nicht die Leistung bestimmen. Bedürfnisse und Bedarfe des Pflegebedürftigen sollten die Wahl des Pflegesettings bestimmen.
3. Es bedarf einer größtmöglichen Flexibilität bei der Gestaltung des Versorgungssettings, damit Pflegeleistungsempfänger ihre individuellen Ziele und Wünsche verwirklichen können.
4. Der Gleichbehandlungsgrundsatz, egal für welches Versorgungssetting, gilt auch für die Pflegeversicherung.
5. Die Pflege muss leistungs- und vertragsrechtlich nach denselben Regeln funktionieren, unabhängig davon, ob die Pflegebedürftigen individuell zu Hause, oder in organisierten Wohnformen wie Wohngemeinschaften, betreutem Wohnen oder in einer vollstationären Pflegeeinrichtung versorgt werden.
6. Das Versicherungssystem muss dem Verständnis von ganzheitlicher Pflege Rechnung tragen.

Jegliche Reformansätze dürfen der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen oder dem geltenden umfassenden Verständnis von Pflegebedürftigkeit und der Weiterentwicklung innovativer Wohnformen nicht entgegenstehen.

5.1 Leistungs- und vertragsrechtliche Ansätze zur Weiterentwicklung

Für eine Weiterentwicklung des Leistungsrechts lassen sich fachlich zwei Wege gehen: eine weitere Differenzierung der Leistungsansprüche im Pflegeversicherungsrecht mit der Gefahr einer weiteren Zersplitterung der Versorgung oder die Zusammenfassung der Leistungsansprüche zu einem Budget. Den ersten hat der Gesetzgeber nachzujustieren versucht, indem er den Wohngruppenzuschlag und die Tagespflege gegeneinander ausgeschlossen hat (Pflegestärkungsgesetz II). Um die oben genannten Ziele zu realisieren, ist jedoch der fachlich richtige Weg, die differenzierten Leistungsansprüche zu einem Sachleistungsbudgets in der Pflegeversicherung zusammenzufassen und in der Höhe unabhängig vom Ort der Leistungserbringung zu gewähren (Hoberg et al. 2013; DEVAP 2016; Rothgang und Kalwitzki 2017).

Die Pflegeversicherung könnte damit den gleichen Weg einschlagen, den die Eingliederungshilfe mit dem Bundesteilhabegesetz und der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention bereits realisiert hat. Insbesondere die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, der den Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung ebenfalls unabhängig vom Ort der Leistungserbringung regelt, aber auch den Blickwinkel von Pflege verändert, sind fachlich begründete Argumente für die Neuordnung des Leistungsrechts hin zu sektorunabhängigen Budgetlösungen. Das umfassende Verständnis von Pflegebedürftigkeit unterstreicht eine leistungsrechtliche Budgetlösung, denn es bildet nicht mehr die kleinteiligen verrichtungsbezogenen Maßnahmen ab, sondern realisiert den Perspektivwechsel über Aufgabenbeschreibungen unter Berücksichtigung unterschiedlicher Bedarfskonstellationen. Darüber hinaus stellen sektorunabhängige Budgetlösungen eine maximale Flexibilität für den Pflegebedürftigen zur Verwirklichung seiner individuellen Ziele und Wünsche sicher.

Eine alleinige Neujustierung des Leistungsrechts reicht nicht aus. Es bedarf auch einer Neufassung des Vertragsrechts, um die oben genannten Ziele

zu erreichen. Es muss gelingen, dass das Vertragsrecht einschließlich der Qualitätssicherung denselben Regeln folgt, unabhängig davon, ob die Pflegebedürftigen zu Hause oder in organisierten Wohnformen durch die institutionalisierte Pflege betreut und gepflegt werden. Dabei sind professionelle Standards unter Einbeziehung vom weiteren formellen, familiären und bürgerschaftlichem Sektor sicherzustellen. Ähnlich wie in populationsorientierten Ansätzen der integrierten Versorgung kann die Pflegeeinrichtung über Budgetlösungen die Gesamtverantwortung für das Pflegearrangement übernehmen.

5.2 Neuordnung der Finanzierungszuständigkeit der medizinischen Behandlungspflege

Mit der Ambulantisierung unweigerlich verbunden und auch pflegepolitisch immer wieder im Fokus ist die unterschiedliche Finanzierungsträgerschaft der medizinischen Behandlungspflege, denn auch diese entfaltet eine Steuerungswirkung für die Entwicklung auf dem Pflegemarkt. Deshalb wird immer wieder die Finanzierungsverantwortung für die medizinische Behandlungspflege unabhängig vom Ort der Leistungserbringung durch einen Kostenträger thematisiert. Die wichtigsten Aspekte der Neuausrichtung sind, dass

- sie keine falschen Anreize für die Versorgungslandschaft setzen,
- alle Pflege- und Betreuungsleistungen aus einer Hand kommen, um dem Verständnis von ganzheitlicher Pflege Rechnung zu tragen,
- es nicht zu Verschiebungen zulasten der Pflegeleistungsempfänger respektive der Hilfe zur Pflege kommt.

„Denkbar wäre, diese Leistungen in die Pflegeversicherung zu überführen und sie so als einheitlichen Ansprechpartner in Fragen der Pflegebedürftigkeit zu stärken. Mit einer Ausgestaltung dieser Leistung als Vollkostenersatz würden wir zudem die bisherige Ungleichbehandlung beseitigen“, sagte die bayerische Gesundheits- und Pflegeministerin Huml. (KNA vom 23.10.2017)

Die von der bayerischen Gesundheits- und Pflegeministerin Melanie Huml anlässlich der Sondierungsverhandlungen von CDU, FDP und Bündnis 90/Grünen im Herbst 2017 eingebrachte Neuordnung der Finanzierungs-

zuständigkeit der medizinischen Behandlungspflege unabhängig vom Ort der Leistungserbringung zulasten der sozialen Pflegeversicherung ist insbesondere unter Betrachtung der Gesetzgebung der 18. Legislatur fachlich begründet.

Mit dem geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff wird ein umfassendes Verständnis von Pflegebedürftigkeit geprägt, das die Selbstständigkeit im Umgang mit den Folgen gesundheitlicher Störungen in den Mittelpunkt stellt. Im Fokus steht hierbei die Fähigkeit zur selbstständigen Krankheitsbewältigung und selbstständigen Gestaltung von Lebensbereichen. Neben der Mobilität, den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, den Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen, der Selbstversorgung und der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte wird seit dem 01.01.2017 auch der Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (zum Beispiel Medikamenteneinnahme, Verbandswechsel, Wundversorgung) abgebildet (Modul 5, § 14 SGB XI). Grundsätzlich ist das Modul 5 von der medizinischen Behandlungspflege nicht zu trennen. Es ist auch indirekt eine Entscheidungsgrundlage für deren Bewilligung. Die Berücksichtigung des Moduls 5 im Leistungszugang zur Pflegeversicherung mit der zweithöchsten Gewichtung rechtfertigt die ausschließliche Finanzierungsverantwortung der medizinischen Behandlungspflege bei der sozialen Pflegeversicherung.

Auch die Beschreibung pflegerischer Aufgaben infolge dieses Pflegebedürftigkeitsbegriffs (Wingenfeld und Büscher 2017) folgt dem ganzheitlichen Ansatz von Pflegebedürftigkeit. Ziel der Pflege ist es in erster Linie, den Pflegebedürftigen im Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen zu befähigen, Selbstpflegekompetenzen wahrzunehmen, zu entwickeln und/oder zu unterstützen. Diesem ganzheitlichen pflegerischen Ansatz kommt der stationäre Bereich am nächsten. Pflegebedingte Aufwendungen, Aufwendungen für Betreuung und Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sind Grundlagen der Gesamtvergütung. Das ergibt sich folgerichtig auch aus der pflegerischen Handlung. Diese lässt sich weder inhaltlich noch kostenmäßig voneinander trennen, denn beispielsweise körperbezogene Pflegemaßnahmen und medizinische Behandlungspflege erfolgen oftmals gleichzeitig. Dabei bedarf die Erbringung der medizinischen Behandlungspflege einer materiellen Qualifikation, nicht einer formalen.

Ähnlich stellt es sich auch in der ambulanten häuslichen Krankenpflege dar. Wenn die eigenen Fähigkeiten der Selbstpflege und Krankheitsbewältigung nicht ausreichen, greift heute die Leistungspflicht der Krankenversicherung nur dann, sofern eine im Haushalt des Versicherten lebende Person die Behandlungspflege nicht selbst übernehmen kann. Sie ist zwar eine Leistung zur Krankheitsbewältigung, aber keine Leistung, die ausschließlich von Gesundheitsprofessionen erbracht werden darf.

Eine Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege durch die soziale Pflegeversicherung muss nicht zwangsläufig im Teilleistungssystem abgebildet sein und damit zulasten der Eigenbeteiligung des Versicherten beziehungsweise der Hilfe zur Pflege fallen (Opolony 2017). So werden die zusätzlichen Betreuungskräfte in stationären Pflegeeinrichtungen vollständig über die soziale Pflegeversicherung finanziert und belasten damit nicht den Pflegesatz.

Eine analoge Regelung könnte auch für die bisherige Behandlungspflege in stationären Einrichtungen erfolgen. Danach erhalten Pflegeeinrichtungen eine Finanzierungssicherheit für das eingesetzte Personal zur Erbringung medizinischer Behandlungspflege. Das Ergebnis aus dem Auftrag an die Selbstverwaltung, ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur einheitlichen Personalbemessung zu erarbeiten, welches voraussichtlich 2020 vorliegen wird, wird Hinweise über den zu finanzierenden Umfang geben.

6 Fazit

In der Gesamtschau zeigt sich, dass die in der sozialen Sicherung prägenden starren Sektoren „ambulant“ und „stationär“ in der Pflegeversicherung keine adäquate Antwort auf die dynamischen Entwicklungen des Pflegemarktes bieten. Die heute etablierten Pflege-Wohngemeinschaften sind überwiegend auf Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen und Intensivpflegebedarf ausgerichtet und verfehlen die vom Gesetzgeber mit der Förderung alternativer Pflege-WGs intendierte Absicht. Die ambulanten alternativen Versorgungsmodelle zwischen Häuslichkeit und Heim sind ökonomisch und auch fiskalisch deutlich teurer als die vollstationäre Versorgung. Ob das gerechtfertigt ist, lassen erste Studien bezweifeln.

Ein wesentlicher Treiber der Pflegemarktentwicklung ist die unterschiedliche Finanzierungszuständigkeit der medizinischen Behandlungspflege.

Die Pflegeversicherung ist als Teilleistung konzipiert, sie kennt jedoch auch Elemente eines Vollversicherungssystems.

Fachlich lassen sich unterschiedliche Ansätze mit dem Ziel verfolgen, für gleiche Versorgungsrealitäten in der Pflege auch gleiche Leistungsansprüche aus der Pflegeversicherung zu realisieren. Insbesondere die neueren gesetzgeberischen Entwicklungen – sei es das Bundesteilhabegesetz, der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff mit seiner Ressourcenorientierung oder perspektivisch die generalistische Berufsausübung – begründen fachlich die Neujustierung des Leistungs- und Vertragsrecht.

Literatur und Quellen

- BMSFFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2014):** Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen; www.bmfsfj.de > Service > Publikationen
- DEVAP – Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e. V. (Hrsg.) (2016):** DEVAP-Positionspapier: Weiterentwicklung der Pflegeversicherung; www.devap.info/fileadmin/user_upload/dateien/position/DEVAP_Weiterentwicklung_der_Pflegeversicherung.pdf
- Frics, L., Michel, H., Liesenfeld, J., Loss, K., Stachowiak, J., Weigel, R., Schulz, J., Böltig, T., Hoffmann, S. (2016):** Wissenschaftliche Studie zu den Finanzierungsstrukturen ambulant betreuter Wohngemeinschaften. Kurzfassung des Abschlussberichts für das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW (MGPEA); www.risp-duisburg.de/files/kurzfassung_abschlussbericht_studie_ambulant_betreute_wgen_in_nrw.pdf
- GKV-Spitzenverband (2017):** Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach § 45f SGB XI. Zwischenbilanz zum Modellprogramm am 14. September 2017. Beispiel BeneVit: Ambulante Individualität und stationäre Sicherheit; www.gkv-spitzenverband.de > Pflegeversicherung > Forschung
- Hoberg, R., Klie, T., Künzel, G. (Hrsg) (2013):** Strukturreform Pflege und Teilhabe. Langfassung. Freiburg: Verlag Forschung – Entwicklung – Lehre
- Klie, T. (2017):** „Qualitätsentwicklung sollte ein Lernfeld sein“. Gesundheit und Gesellschaft SPEZIAL, Jg. 20, Heft 10, 18
- Klie, T., Heislbetz, C., Schumacher, B., Keihauer, A., Rischard, P., Bruker, C. (2017):** Ambulant betreute Wohngruppen. Bestandserhebung, qualitative Einordnung und Handlungsempfehlungen. Abschlussbericht. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit
- Klie, T., Schumacher, B. (2009):** Wohngruppen in geteilter Verantwortung für Menschen mit Demenz. Forschungsbericht. Das Freiburger Modell; www.freiburger-modell.de/dokumente/Bericht_Freiburger_Modell.pdf
- KNA – Katholische Nachrichten-Agentur (2017):** Bayerns Gesundheitsministerin fordert bundesweite Pflegereform. 23.10.2017
- Kremer-Preiß, U., Hackmann, T. (2017):** Zwischenbericht im Projekt „Wissenschaftliche Begleitung des Modellprogramms zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach § 45f SGB XI“ im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, Juni 2017
- MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (Hrsg.) (2017):** 5. Pflege-Qualitätsbericht nach § 114a Abs. 6 SGB XI: Qualität in der ambulanten und stationären Pflege; www.mds-ev.de/themen/pflegequalitaet/mds-pflege-qualitaetsberichte.html
- Opolony, B. (2017):** Medizinische Behandlungspflege und Pflegebedürftigkeit – Finanzierungsverantwortung de lege lata und de lege ferenda. Neue Zeitschrift für Sozialrecht, Jg. 26, Heft 11, 409
- Rothgang, H., Hasseler M., Fünfstück M., Neuberg, L., Czwikla, J., Bidmon, J., Großmann, S. (2015):** Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI.: Evaluation des NBA – Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen (EViS). Endbericht. Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen
- Rothgang, H., Kalwitzki, T. (2017):** Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung – Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur. Gutachten für die Initiative Pro-Pflegereform. Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik der Universität Bremen

Rothgang, H., Wolf-Ostermann, K., Domhoff, D., Müller, R., Schmid, A., Schmidt, A. (2017): Zwischenbericht im Projekt „Ambulantisierung stationärer Einrichtungen in Pflegebereich und innovative ambulante Wohnformen“ im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Wingenfeld, K., Büscher, A. (2017): Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.

Wolf-Ostermann, K., Worch A., Meyer, S., Gräske, J. (2013): Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Pflegebedarf. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Vol. 47, No. 7, 583–589

Wolf-Ostermann, K., Schmidt, A. (2016): Berliner Studie zur Weiterentwicklung der Qualität in Wohngemeinschaften für Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf. Universität Bremen

Letzter Abruf aller Internetquellen: 21. April 2018