

Evaluation des Modells Hausgemeinschaftskonzept „Haus Rheinaue“ der BeneVit Holding GmbH in Wyhl

**STUDIEN
BERICHT**

Evaluation des Modells Hausgemeinschaftskonzept „Haus Rheinaue“ der BeneVit Holding GmbH in Wyhl

Hans-Dieter Nolting
Julia Talamo
Lukas Wentz
Julia Katharina Wolff

Abschlussbericht

für den GKV-Spitzenverband

Berlin, August 2023

Autoren

Hans-Dieter Nolting

Julia Talamo

Lukas Wentz

Dr. Julia Katharina Wolff

IGES Institut GmbH

Friedrichstraße 180

10117 Berlin

Inhalt

Vorbemerkung	17
Zusammenfassung	18
1. Einleitung	23
1.1 Entwicklung und Erprobung des Modells „Haus Rheinaue“	23
1.1.1 Entwicklung und Erprobung im Rahmen des Modellprogramms zur Förderung neuer Wohnformen nach § 45f SGB XI	23
1.1.2 Fortführung ab 2018 im Rahmen eines Vertrags zur Integrierten pflegerischen Versorgung nach § 92b SGB XI	25
1.1.3 Fortführung ab 2020 als Modellvorhaben nach § 8 Absatz 3 SGB XI	25
1.1.4 Fazit	26
1.2 „Stambulante Versorgung“: Das Modell Hausgemeinschaftskonzept „Haus Rheinaue“ der BeneVit Holding GmbH in Wyhl	26
1.2.1 Ausgangspunkt: Ambulantisierung von Hausgemeinschaften	27
1.2.2 Gesamtüberblick des HR-Modellkonzepts	29
1.2.3 Details zu einzelnen Aspekten des Modells	33
2. Fragestellungen und Methodik der wissenschaftlichen Evaluation	43
2.1 Fragestellungen der wissenschaftlichen Evaluation	43
2.2 Evaluationskonzept im Überblick	46
2.3 Gewinnung von Vergleichseinrichtungen	48
2.4 Datenerhebungen im Haus Rheinaue und den Vergleichseinrichtungen	50
2.4.1 Datenerhebungszyklus I und II	50
2.4.2 Auszugsfragebögen	53
2.4.3 Datenbasis	54
2.4.4 Datenauswertung	55
2.5 Leistungsdaten der AOK Baden-Württemberg	56
2.5.1 Datenbereitstellung	57
2.5.2 Umfang und Inhalte der Datenlieferungen	57
2.5.3 Datenaufbereitung	58
2.5.4 Operationalisierungen	60
2.5.5 Bildung der Analytestichprobe	62
2.5.6 Übergreifende Datenanalysen	62
2.5.7 Leistungsartenspezifische Analysen	64
3. Ergebnisse der Evaluation	68
3.1 Eckdaten des Modells HR und der Vergleichseinrichtungen	68
3.1.1 Anzahl und Zusammensetzung der Bewohnerinnen und Bewohner	68
3.1.2 Mitarbeitende	75
3.1.3 Bauliche Beschaffenheit	78

3.2	Modellausgestaltung und Arbeitsorganisation	78
3.2.1	Spezifische Merkmale der Arbeitsorganisation im HR im Vergleich zu VST und ambWG	78
3.2.2	Einbindung der Angehörigen	96
3.2.3	Maßnahmen der internen Qualitätssicherung	105
3.3	Qualität der Versorgung	108
3.3.1	Umgebungsqualität	109
3.3.2	Beziehungsqualität aus der Sicht der Mitarbeitenden	111
3.3.3	Bewertung qualitätskritischer Aspekte der Arbeitsorganisation durch PFK vor Ort	112
3.3.4	Versorgungskontinuität	113
3.3.5	Veränderungen des Pflegegrads der BEW (Befragungsergebnisse)	114
3.3.6	Häufigkeit des Auftretens kritischer Ereignisse (Befragungsergebnisse)	115
3.4	Arbeitssituation und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden	117
3.5	Bewertung der Versorgungsformen durch Pflegebedürftige, Angehörige und Mitarbeitende	123
3.5.1	Versorgungszufriedenheit der BEW	123
3.5.2	Versorgungszufriedenheit der Angehörigen	125
3.5.3	Bewertung der Versorgungsqualität durch die Mitarbeitenden	127
3.6	Eigenanteile zur Finanzierung der pflegerischen Versorgung	128
3.7	Analysen der Leistungsanspruchnahme und der Kosten auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg	131
3.7.2	Inanspruchnahme und Kosten von Pflegeleistungen des SGB XI	142
3.7.3	Inanspruchnahme und Kosten des Pflegegeldbezugs	159
3.7.4	Inanspruchnahme und Kosten von Leistungen der häuslichen Krankenpflege	166
3.7.5	Inanspruchnahme und Kosten von Hilfsmitteln	171
3.7.6	Inanspruchnahme und Kosten von Krankenhausbehandlungen	174
3.7.7	Inanspruchnahme und Kosten von ungeplanten Krankentransporten	181
3.7.8	Fazit zu den Analysen zu Leistungsanspruchnahmen und Kosten	184
3.7.9	Veränderungen des Pflegegrades im Zeitverlauf	189
3.8	Einordnung in bestehende leistungs- und ordnungsrechtliche Rahmenbedingungen	199
3.8.1	Ordnungsrechtliche Einordnung	199
3.8.2	Leistungsrechtliche Einordnung	209
3.8.3	Einordnung in die Systematik der externen Qualitätsprüfungen	215
3.9	Mögliche strukturelle Auswirkungen einer Einführung des Modells in die Regelversorgung	216
3.9.1	Mögliche Effekte auf die Versorgungssicherheit	216

3.9.2	Mögliche Effekte auf Qualität und Kosten der pflegerischen Versorgung	225
4.	Schlussfolgerungen und Fazit	229
4.1	Schlussfolgerungen zu Fragenkomplex I <i>Modellausgestaltung und Arbeitsorganisation</i>	229
4.2	Schlussfolgerungen zu Fragenkomplex II <i>Qualität der Versorgung</i>	230
4.3	Schlussfolgerungen zu Fragenkomplex III <i>Bewertung der Versorgungsform durch Pflegebedürftige, Pflegepersonal und involvierte Angehörige</i>	230
4.4	Schlussfolgerungen zu Fragenkomplex IV <i>Einordnung in bestehende leistungs- und ordnungsrechtliche Rahmenbedingungen</i>	231
4.5	Schlussfolgerungen zu Fragenkomplex V <i>Analyse der Kosten</i>	233
4.6	Schlussfolgerungen zu Fragenkomplex VI <i>Strukturelle Auswirkungen</i>	233
4.7	Fazit	234
5.	Anhang	236
A1	Anhang 1: Ergänzende Materialien zu den Routinedatenanalysen	237
A2	Anhang 2: Erhebungsinstrumente (eigenes Dokument)	246
	Literaturverzeichnis	247
	Abbildungen	8
	Tabellen	9
	Abkürzungsverzeichnis	15

Abbildungen

Abbildung 1:	360-Grad-Analyse der Versorgungskonstellationen	47
Abbildung 2:	Altersverteilungen der BEW nach Einrichtungsart (Basis sind die kumulierten Werte beider Erhebungszeitpunkte)	70
Abbildung 3:	Pflegegradverteilung nach Einrichtungsart (Basis sind die kumulierten Werte beider Erhebungszeitpunkte)	71
Abbildung 4:	Krankheitsbilder nach Einrichtungsart	72
Abbildung 5:	Wohnsettings vor dem Einzug in die betreffende Einrichtungsart (Daten der Angehörigenbefragung)	74
Abbildung 6:	Entscheidung Pflegesetting (Daten der Angehörigenbefragung)	75
Abbildung 7:	Tätigkeitsspektrum der HR-Pflegefachkräfte	81
Abbildung 8:	Tätigkeitsspektrum der VST-Pflegefachkräfte	82
Abbildung 9:	Tätigkeitsspektrum der HR-Präsenzkräfte	83
Abbildung 10:	Tätigkeitsspektren der VST-Pflegehilfs- und Betreuungskräfte	84
Abbildung 11:	Tätigkeitsspektrum der ambWG-Präsenzkräfte	85
Abbildung 12:	Einbindung der Präsenzkräfte bzw. Pflegehilfs- und Betreuungskräfte in die Pflegeplanung	87
Abbildung 13:	Zusammenarbeit zwischen Präsenzkräften bzw. Pflegehilfs- und Betreuungskräften und Pflegefachkräften (PFK) aus Sicht der Präsenzkräfte	88
Abbildung 14:	Unterstützung der Präsenzkräfte bzw. Pflegehilfs- und Betreuungskräfte in kritischen Situationen	89
Abbildung 15:	Angaben der Angehörigen HR zu ihrer Beteiligung an Versorgungsaufgaben	99
Abbildung 16:	Angaben der Angehörigen ambWG zu ihrer Beteiligung an Versorgungsaufgaben	100
Abbildung 17:	Angehörigenbeteiligung VST	101
Abbildung 18:	Bewertung Zusammenarbeit mit Angehörigen (Präsenzkräfte bzw. Pflegehilfs- und Betreuungskräfte)	103
Abbildung 19:	Bewertung Zusammenarbeit mit Angehörigen (Pflegefachkräfte HR und VST)	104
Abbildung 20:	Absprachen und Zuständigkeiten (Angehörige)	105
Abbildung 21:	Ergebnisse der Subskala "Bewohnerpflege" (Resident Care) des KCCI	110

Abbildung 22:	Ergebnisse der (verkürzten) Subskala "Pflegeheimumfeld" (Nursing Home Environment) des KCCI	111
Abbildung 23:	Beziehungsqualität aus Sicht der Mitarbeitenden	112
Abbildung 24:	Bewertung qualitätskritischer Aspekte der Arbeitsorganisation durch die PFK vor Ort im HR und in den VST	113
Abbildung 25:	Zufriedenheit der Mitarbeitenden im Vergleich (Basis sind die kumulierten Werte beider Erhebungszeitpunkte)	122
Abbildung 26:	Gesamtzufriedenheit der Mitarbeitenden nach Berufsgruppen	123
Abbildung 27:	Aussagen der Bewohnerinnen und Bewohner zur Qualität und Zufriedenheit mit der Versorgung	124
Abbildung 28:	Zufriedenheit mit der Versorgung aus Sicht der Angehörigen	126
Abbildung 29:	Wenn Sie selbst pflegebedürftig wären, könnten Sie sich vorstellen selbst in der Pflegeeinrichtung zu leben? (trifft eher / voll und ganz zu)	128
Abbildung 30:	PG 2-Kohorten: Verteilung der Verweildauertage auf Pflegegrade bzw. Mortalität im 2-Jahreszeitraum 2020/21	194
Abbildung 31:	PG 3-Kohorten: Verteilung der Verweildauertage auf Pflegegrade bzw. Mortalität im 2-Jahreszeitraum 2020/21	195
Abbildung 32:	PG 4-Kohorten: Verteilung der Verweildauertage auf Pflegegrade bzw. Mortalität im 2-Jahreszeitraum 2020/21	196
Abbildung 33:	PG 5-Kohorten: Verteilung der Verweildauertage auf Pflegegrade bzw. Mortalität im 2-Jahreszeitraum 2020/21	196
Abbildung 34:	Heimrechtliche Einordnung verschiedener Wohnformen durch das WTPG	203
Tabellen		
Tabelle 1:	Leistungsspektrum im Modell "Haus Rheinaue"	32
Tabelle 2:	Finanzierung HR 2017 (Monatswerte)	39
Tabelle 3:	Finanzierung HR 2021 (Monatswerte)	40
Tabelle 4:	Finanzierung HR 2022 (Monatswerte)	41
Tabelle 5:	Übersicht Datenerhebungszyklen	51
Tabelle 6:	Rückläufe Datenerhebungszyklus I unter BEW bzw. Angehörigen und Mitarbeitenden	55
Tabelle 7:	Rückläufe Datenerhebungszyklus II unter BEW bzw. Angehörigen und Mitarbeitenden	56

Tabelle 8:	Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner in den untersuchten Pflegeeinrichtungen nach Erhebungszeitpunkten	69
Tabelle 9:	Bildungsabschlüsse der BEW nach Einrichtungsart (Daten der Angehörigenbefragung)	73
Tabelle 10:	BEW und Mitarbeitende in den vollstationären Einrichtungen und im Haus Rheinaue zum ersten Erhebungszeitpunkt	76
Tabelle 11:	BEW und Mitarbeitende in den ambulanten Wohngruppen zum ersten Erhebungszeitpunkt	77
Tabelle 12:	Zusammenarbeit mit den Präsenzkraften aus Sicht der Pflegefachkräfte im HR	91
Tabelle 13:	Zusammenarbeit mit dem ambulanten Dienst aus Sicht der Pflegefachkräfte im HR	92
Tabelle 14:	Zusammenarbeit mit den Präsenzkraften aus Sicht der Mitarbeitenden des ambulanten Pflegedienstes, der das HR versorgt	94
Tabelle 15:	Zusammenarbeit mit den Pflegefachkräften im HR aus Sicht der Mitarbeitenden des ambulanten Dienstes	95
Tabelle 16:	Anzahl von BEW, bei denen sich die Angehörigen an Pflege, Betreuung oder Hauswirtschaft beteiligen nach Erhebungszeitpunkten (Angaben der Leitungskräfte)	97
Tabelle 17:	Bereitschaft der Angehörigen Aufgaben zu übernehmen	102
Tabelle 18:	Angaben der sieben ambWG zum Umfang der Verantwortung des WG-Trägers	106
Tabelle 19:	Genutzte Maßnahmen und Formate zur Qualitätssicherung und -entwicklung	107
Tabelle 20:	Umzüge in andere Einrichtungen oder zurück in häusliche Pflege (durch An-/Zugehörige) in den der Erhebung vorangehenden zwölf Monaten	114
Tabelle 21:	Anteil BEW, bei denen es in den vorangehenden 12 Monaten zur Einstufung in einen höheren/niedrigeren Pflegegrad gekommen ist	115
Tabelle 22:	Medizinische Notfälle und resultierende Krankenhausbehandlungen in den vorangehenden 6 Monaten (Angaben aus der Angehörigenbefragung)	116
Tabelle 23:	Arbeitspensum und Anforderungen (HR)	119
Tabelle 24:	Arbeitspensum und Anforderungen (VST)	120
Tabelle 25:	Arbeitspensum und Anforderungen (ambWG)	120

Tabelle 26:	Wenn Sie pflegebedürftig wären, könnten Sie sich vorstellen selbst in der Pflegeeinrichtung zu leben?	127
Tabelle 27:	Datenfluss für den Datensatz 2019	132
Tabelle 28:	Datenfluss für den Datensatz 2020	132
Tabelle 29:	Datenfluss für den Datensatz 2021	133
Tabelle 30:	Datenfluss für den Datensatz 2022	133
Tabelle 31:	Versichertencharakteristika Datensatz 2019 am 1.2.2019	135
Tabelle 32:	Versichertencharakteristika Datensatz 2020 am 1.1.2020	136
Tabelle 33:	Versichertencharakteristika Datensatz 2021 am 1.1.2021	137
Tabelle 34:	Versichertencharakteristika Datensatz 2022 am 1.1.2022	138
Tabelle 35:	Versichertentage, Tage im Krankenhaus und Beobachtungstage im Datensatz 2019	140
Tabelle 36:	Versichertentage, Tage im Krankenhaus und Beobachtungstage im Datensatz 2020	140
Tabelle 37:	Versichertentage, Tage im Krankenhaus und Beobachtungstage im Datensatz 2021	141
Tabelle 38:	Versichertentage, Tage im Krankenhaus und Beobachtungstage im Datensatz 2022	141
Tabelle 39:	Pflegeleistungen SGB XI (ohne Pflegegeld), Datensatz 2019 - ohne Gewichtung	144
Tabelle 40:	Pflegeleistungen SGB XI (ohne Pflegegeld), Datensatz 2020 - ohne Gewichtung	146
Tabelle 41:	Pflegeleistungen SGB XI (ohne Pflegegeld), Datensatz 2021 - ohne Gewichtung	148
Tabelle 42:	Pflegeleistungen SGB XI (ohne Pflegegeld), Datensatz 2022 - ohne Gewichtung	150
Tabelle 43:	Pflegeleistungen SGB XI (ohne Pflegegeld) Datensatz 2019 – mit Gewichtung	152
Tabelle 44:	Pflegeleistungen SGB XI (ohne Pflegegeld) Datensatz 2020 – mit Gewichtung	153
Tabelle 45:	Pflegeleistungen SGB XI (ohne Pflegegeld) Datensatz 2021 – mit Gewichtung	154
Tabelle 46:	Pflegeleistungen SGB XI (ohne Pflegegeld) Datensatz 2022 – mit Gewichtung	156

Tabelle 47:	Pflegegeld und Tage mit Sach-/Kombinationsleistungen, Datensatz 2019 - ohne Gewichtung	160
Tabelle 48:	Pflegegeld und Tage mit Sach-/Kombinationsleistungen, Datensatz 2020 - ohne Gewichtung	161
Tabelle 49:	Pflegegeld und Tage mit Sach-/Kombinationsleistungen, Datensatz 2021 - ohne Gewichtung	162
Tabelle 50:	Pflegegeld und Tage mit Sach-/Kombinationsleistungen, Datensatz 2022 - ohne Gewichtung	163
Tabelle 51:	Pflegegeld und Tage mit Sach-/Kombinationsleistungen, Datensatz 2019 - mit Gewichtung	164
Tabelle 52:	Pflegegeld und Tage mit Sach-/Kombinationsleistungen, Datensatz 2020 - mit Gewichtung	164
Tabelle 53:	Pflegegeld und Tage mit Sach-/Kombinationsleistungen, Datensatz 2021 - mit Gewichtung	165
Tabelle 54:	Pflegegeld und Tage mit Sach-/Kombinationsleistungen, Datensatz 2022 - mit Gewichtung	165
Tabelle 55:	Häusliche Krankenpflege Datensatz 2019 - ohne Gewichtung	167
Tabelle 56:	Häusliche Krankenpflege Datensatz 2020 - ohne Gewichtung	167
Tabelle 57:	Häusliche Krankenpflege Datensatz 2021 - ohne Gewichtung	168
Tabelle 58:	Häusliche Krankenpflege Datensatz 2022 - ohne Gewichtung	168
Tabelle 59:	Häusliche Krankenpflege Datensatz 2019 - mit Gewichtung	169
Tabelle 60:	Häusliche Krankenpflege Datensatz 2020 - mit Gewichtung	169
Tabelle 61:	Häusliche Krankenpflege Datensatz 2021 - mit Gewichtung	169
Tabelle 62:	Häusliche Krankenpflege Datensatz 2022 - mit Gewichtung	170
Tabelle 63:	Hilfsmittel Datensatz 2019 - ohne Gewichtung	171
Tabelle 64:	Hilfsmittel Datensatz 2020 - ohne Gewichtung	172
Tabelle 65:	Hilfsmittel Datensatz 2021 - ohne Gewichtung	172
Tabelle 66:	Hilfsmittel Datensatz 2022 - ohne Gewichtung	173
Tabelle 67:	Hilfsmittel Datensatz 2019 - mit Gewichtung	173
Tabelle 68:	Hilfsmittel Datensatz 2020 - mit Gewichtung	173
Tabelle 69:	Hilfsmittel Datensatz 2021 - mit Gewichtung	174
Tabelle 70:	Hilfsmittel Datensatz 2022 - mit Gewichtung	174
Tabelle 71:	Vollstationäre Krankenhausbehandlungen Datensatz 2019 - ohne Gewichtung	175

Tabelle 72:	Vollstationäre Krankenhausbehandlungen Datensatz 2020 - ohne Gewichtung	176
Tabelle 73:	Vollstationäre Krankenhausbehandlungen Datensatz 2021 - ohne Gewichtung	177
Tabelle 74:	Vollstationäre Krankenhausbehandlungen Datensatz 2022 - ohne Gewichtung	178
Tabelle 75:	Vollstationäre Krankenhausbehandlungen Datensatz 2019 - mit Gewichtung	178
Tabelle 76:	Vollstationäre Krankenhausbehandlungen Datensatz 2020 - mit Gewichtung	179
Tabelle 77:	Vollstationäre Krankenhausbehandlungen Datensatz 2021 - mit Gewichtung	179
Tabelle 78:	Vollstationäre Krankenhausbehandlungen Datensatz 2022 - mit Gewichtung	179
Tabelle 79:	Ungeplante Krankentransporte Datensatz 2019 - ohne Gewichtung	181
Tabelle 80:	Ungeplante Krankentransporte Datensatz 2020 - ohne Gewichtung	181
Tabelle 81:	Ungeplante Krankentransporte Datensatz 2021 - ohne Gewichtung	182
Tabelle 82:	Ungeplante Krankentransporte Datensatz 2022 - ohne Gewichtung	182
Tabelle 83:	Ungeplante Krankentransporte Datensatz 2019 - mit Gewichtung	183
Tabelle 84:	Ungeplante Krankentransporte Datensatz 2020 - mit Gewichtung	183
Tabelle 85:	Ungeplante Krankentransporte Datensatz 2021 - mit Gewichtung	183
Tabelle 86:	Ungeplante Krankentransporte Datensatz 2022 - mit Gewichtung	184
Tabelle 87:	Leistungskosten (€) pro Beobachtungsjahr im Datensatz 2019 nach Teilgruppen (TG) und Leistungsarten (gewichtete Werte, gerundet)	185
Tabelle 88:	Leistungskosten (€) pro Beobachtungsjahr im Datensatz 2020 nach Teilgruppen (TG) und Leistungsarten (gewichtete Werte, gerundet)	186

Tabelle 89:	Leistungskosten (€) pro Beobachtungsjahr im Datensatz 2021 nach Teilgruppen (TG) und Leistungsarten (gewichtete Werte, gerundet)	187
Tabelle 90:	Leistungskosten (€) pro Beobachtungsjahr im Datensatz 2022 nach Teilgruppen (TG) und Leistungsarten (gewichtete Werte, gerundet)	188
Tabelle 91:	Pflegegrad-adjustierte Verweildauer-Ausschöpfung gesamt (PaVA) sowie für die Überlebenden (Ü-PaVA)	197
Tabelle 92:	Anteile von Mortalität bzw. Pflegegradveränderungen an den Ausschöpfungsverlusten der Verweildauertage	198
Tabelle 93:	Übersicht Leistungsansprüche im Modell HR sowie in drei zum Vergleich herangezogenen Versorgungssettings	210
Tabelle 94:	Besondere Versorgungsbedarfe, die von der Einrichtung nicht abgedeckt werden konnten und die zur Abweisung der Personen geführt haben	220
Tabelle 95:	Anhaltswerte Fachkraftpersonal gem. § 113c SGB XI	224
Tabelle 96:	Abweichung der Leistungskosten pro Beobachtungsjahr in den Teilgruppen TG 1 und TG 2 von TG 3 (Referenz = 100%) in den vier Analysejahren	226
Tabelle 97:	Leistungsgruppen Pflegeleistungen	238
Tabelle 98:	Liste ausgeschlossener HKP-GOPs von Leistungen der Intensivpflege	239
Tabelle 99:	Datensatz 2019: Versichertentage und Gewichtung TG 1	241
Tabelle 100:	Datensatz 2020: Versichertentage und Gewichtung TG 1	242
Tabelle 101:	Datensatz 2021: Versichertentage und Gewichtung TG 1	243
Tabelle 102:	Datensatz 2022: Versichertentage und Gewichtung TG 1	244

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
aF	Alte Fassung (für gesetzliche Vorgaben)
ambHG	ambulant betreute Hausgemeinschaften (§ 31 Absatz 2 WTPG)
AOK BW	AOK Baden-Württemberg
BEW	Bewohnerinnen und Bewohner
FK	Fragenkomplex (der Leistungsbeschreibung)
hgVST	Vollstationäre Vergleichseinrichtung mit Hausgemeinschaftskonzept
HKP	Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)
HR	Haus Rheinaue
HR-45f	Vertrag im Rahmen der Umsetzung des Modellprogramms nach § 45f SGB XI – Weiterentwicklung der stationären Pflege – Ambulantisierung der Hausgemeinschaften
HR-92b	Vertrag zur integrierten pflegerischen Versorgung nach § 92b SGB XI in ambulantiserten Hausgemeinschaften
HR-BK	Betriebskonzeption (Anlage 1 zum Vertrag im Rahmen der Umsetzung des Modellprogramms nach § 45f SGB XI bzw. der anschließenden vertraglichen Vereinbarungen)
HR-KV	Kooperationsvertrag (Muster) für externe Pflegedienste, die Wahlleistungen im HR erbringen (Anlage 4 zum Vertrag im Rahmen der Umsetzung des Modellprogramms nach § 45f SGB XI bzw. der anschließenden vertraglichen Vereinbarungen)
HR-MKL	Musterkalkulation (Anlage 7 zum Vertrag im Rahmen der Umsetzung des Modellprogramms nach § 45f SGB XI bzw. der anschließenden vertraglichen Vereinbarungen)
HR-PKZ	Personalkonzept (Anlage 6 zum Vertrag im Rahmen der Umsetzung des Modellprogramms nach § 45f SGB XI bzw. der anschließenden vertraglichen Vereinbarungen)
HR-VGL	Vertrag über Wohnen und Grundleistungen (Anlage 2 zum Vertrag im Rahmen der Umsetzung des Modellprogramms nach § 45f SGB XI bzw. der anschließenden vertraglichen Vereinbarungen)

Abkürzung	Erläuterung
HR-VWL	Vertrag über Wahlleistungen (Anlage 3 zum Vertrag im Rahmen der Umsetzung des Modellprogramms nach § 45f SGB XI bzw. der anschließenden vertraglichen Vereinbarungen)
LPersVO	Verordnung des Sozialministeriums über personelle Anforderungen für stationäre Einrichtungen (Landespersonalverordnung – LpersVO) (Baden-Württemberg)
PaVA	Pflegegradadjustierte Verweildauer-Ausschöpfung (Kennzahl, Definition vgl. Abschnitt 3.7.9.1)
PFK	Pflegefachkräfte
PG	Pflegegrad
Ü-PaVA	Pflegegradadjustierte Verweildauer-Ausschöpfung bei überlebenden Versicherten (Kennzahl, Definition vgl. Abschnitt 3.7.9.1)
VST	Vollstationäre (Vergleichs-)Einrichtungen
WTPG	Gesetz für unterstützende Wohnformen, Teilhabe und Pflege (Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz – WTPG) (Baden-Württemberg)

Vorbemerkung

Die Evaluation des Modellprojekts „Haus Rheinaue“ sollte ursprünglich zum 31. Oktober 2022 abgeschlossen werden. Zum 01. Januar 2022 ist eine für die Evaluation des Modellprojekts relevante gesetzliche Änderung in Kraft getreten: Mit Einfügung des § 43c SGB XI (Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen) durch das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) hat sich die finanzielle Perspektive sowohl der pflegebedürftigen Menschen als auch der Sozialen Pflegeversicherung auf das Modellkonstrukt geändert. Die bei vollstationärer Versorgung zu tragenden Eigenanteile wurden durch die Reform vermindert, weil die von der Sozialen Pflegeversicherung bereitgestellten Leistungsbeträge in Abhängigkeit von der Dauer der Pflege in einer vollstationären Einrichtung gestiegen sind. Dadurch ergibt sich ab 2022 eine andere Situation hinsichtlich der im Fragenkomplex V der Evaluation vorgesehenen Kostenvergleiche zwischen der Versorgung im Haus Rheinaue und einer vollstationären Versorgung gem. § 43 SGB XI in Verbindung mit § 43c SGB XI.

Um die Auswirkungen dieser Gesetzesänderung in die Analysen einbeziehen zu können, wurde die Evaluationsuntersuchung bis zum 31.10.2023 verlängert. Dies war erforderlich, da die zu einem wesentlichen Teil auf Routinedaten der AOK Baden-Württemberg beruhenden Kostenanalysen erst im Laufe des Jahres 2023 durchgeführt werden können, wenn die erforderlichen Daten des Jahres 2022 vollständig für die Auswertungen zur Verfügung stehen.

Der vorliegende Abschlussbericht umfasst die ergänzenden Analysen zum Fragenkomplex V auf Grundlage von Routinedaten der AOK Baden-Württemberg für das Jahr 2022, in dem die gesetzlichen Änderungen durch das GVWG (Erhöhung der Leistungsbeträge bei vollstationärer Pflege durch § 43c SGB XI) wirksam wurden. Gegenüber dem im April 2023 dem Auftraggeber vorgelegten vorläufigen Abschlussbericht wurden insbesondere die Darstellungen zur Leistungsanspruchnahme und den Kosten in Abschnitt 3.7, die Ausführungen zu strukturellen Auswirkungen einer Einführung des Modells in die Regelversorgung in Abschnitt 3.9.2 sowie die Schlussfolgerungen in Abschnitt 4 angepasst. Darüber hinaus wurden an einzelnen Stellen Daten zum Jahr 2022 ergänzt (z.B. in Abschnitt 1.2.3.6, wo die Vergütung und Finanzierung des Modells dargestellt werden).

Zusammenfassung

Mit dem „Haus Rheinaue“ in Wyhl (Baden-Württemberg) hat die BeneVit Holding GmbH ein innovatives Versorgungskonzept entwickelt, welches charakteristische Elemente der vollstationären und der ambulanten pflegerischen Versorgung miteinander kombiniert und daher von den Initiatoren als „stambulante Versorgung“ bezeichnet wird. Ziel und Anspruch des Modells ist es, die Vorteile der jeweiligen Versorgungsform – die hohe Versorgungssicherheit der stationären Versorgung einerseits und die größere Flexibilität und Individualität der ambulanten Versorgung andererseits – in einem Angebot neuen Typs zu vereinen. Das Modell setzt auf dem im stationären Bereich seit längerem etablierten Hausgemeinschaftskonzept auf („ambulantisierte Hausgemeinschaften“).

Wesentliche Komponenten des Modells sind: Die BEW des HR haben – obwohl sie in einer stationären Einrichtung wohnen keinen Anspruch auf Leistungen nach § 43 SGB XI (Vollstationäre Pflege), sondern auf Pflegesachleistungen gem. § 36 SGB XI bzw. auf die Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI. Alle BEW beziehen obligatorisch ein vertraglich definiertes Paket von Grundleistungen zu einem festen Preis. Einen eventuell darüberhinausgehenden Bedarf an pflegerischen Hilfen können sie entweder durch den Bezug von zusätzlichen professionellen Leistungen bei einem ambulanten Pflegedienst (Wahlleistungen) oder durch An- oder Zugehörige decken. Das Modell ist hinsichtlich der Finanzierung so konstruiert, dass die BEW einen Teil der Grundleistungen aus ihren SGB XI-Leistungsansprüchen finanzieren und zusätzlich einen Eigenanteil tragen. Gleichzeitig verbleibt ihnen aber ein in seiner Höhe vom Pflegegrad abhängiger Restbetrag ihres Sachleistungsbudgets gem. § 36 SGB XI. Dieses Restbudget können sie für Wahlleistungen einsetzen oder im Sinne der Kombinationsleistung gem. § 38 SGB XI als Pflegegeld beziehen. Ordnungsrechtlich unterliegt das HR den Bestimmungen für vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit Ausnahme der Vorschriften zur Personalausstattung.

Das Modell „Haus Rheinaue“ (Modell HR) wurde zunächst von Februar 2015 bis Januar 2018 im Rahmen des Modellprogramms gem. § 45f SGB XI gefördert. Nach Ende der Förderung im Modellprogramm wurde es im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten pflegerischen Versorgung gem. § 92b SGB XI fortgeführt. Nach Auslaufen des Vertrages gem. § 92b SGB XI wurde das Modell HR als Modellvorhaben gem. § 8 Absatz 3 SGB XI unter Beibehaltung aller das Modell ausmachenden leistungs-, vertrags- und vergütungsrechtlichen Bedingungen fortgeführt.

Das IGES Institut wurde im November 2020 mit einer Evaluation des Modells HR beauftragt. Als übergeordnete Frage ist durch die Evaluation zu untersuchen, wie das Modell HR hinsichtlich der Qualität der pflegerischen Versorgung, der Arbeitssituation der Mitarbeitenden sowie der Kosten für die BEW und die Sozialversicherungen zu bewerten ist. Als Maßstäbe sollen dabei die Versorgung in vollstationären Einrichtungen (VST) bzw. in ambulant betreuten Wohngruppen (ambWG) herangezogen werden. In einem weiteren Schritt sollen mit Blick auf eine Verstetigung bzw. Übernahme des Modells in die Regelversorgung die erforderlichen

rechtlichen Anpassungen beschrieben sowie die potenziellen strukturellen Auswirkungen untersucht werden.

Das Evaluationskonzept beruht auf einer „360°-Analyse“, d.h. einer Erhebung von Informationen aus möglichst allen relevanten Perspektiven, um ein umfassendes Bild des jeweiligen Versorgungsmodells zu erhalten. Es wurden BEW, Angehörige, Mitarbeitende und das Leitungspersonal schriftlich und mündlich befragt sowie Dokumente (z.B. Vertragsunterlagen) ausgewertet. Die Primärdaten wurden in zwei Zyklen im Frühling/Sommer 2021 und Frühling/Sommer 2022 erhoben. Neben dem HR wurden drei vollstationäre Einrichtungen (VST) und sieben ambulant betreute Wohngruppen (ambWG) (alle in Baden-Württemberg) einbezogen. Zusätzlich wurde eine quantitative Sekundärdatenanalyse basierend auf den Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg zu Leistungsanspruchnahme und Kosten der Versorgung durchgeführt. Analysiert wurden Daten aller pflegebedürftigen Versicherten der AOK BW der Jahre 2019, 2020, 2021 und 2022, getrennt nach den Versorgungssettings HR (Teilgruppe TG 1), ambWG (TG 2), vollstationäre Pflege (TG 3), häusliche Pflege (TG 5). Nur in 2021 und 2022 wurde ferner eine Teilgruppe „betreutes Wohnen“ (TG 4) aus der TG 5 selektiert und getrennt analysiert.

Ergebnisse zum Fragenkomplex I *Modellausgestaltung und Arbeitsorganisation*:

Die Evaluation hat gezeigt, dass die für das „stambulante“ Versorgungskonzept charakteristische besondere Aufgaben- und Zuständigkeitsverteilung zwischen den professionellen Kräften vor Ort (Pflegefachkraft und Präsenzkräfte) und den Mitarbeitenden des ambulanten Pflegedienstes gut funktioniert. Es haben sich keine Hinweise auf Versorgungslücken, Kommunikations- oder Abstimmungsprobleme gefunden. Alle im Rahmen der Evaluation befragten Beteiligten (Pflegebedürftige, Angehörige, Mitarbeitende, Leitungskräfte) haben die Prozesse im HR ganz überwiegend positiv beurteilt. Auch unter den besonderen Herausforderungen durch die COVID-Pandemie wurden keinerlei Nachteile des Modells entdeckt. Die an der Versorgung Beteiligten bewerten die spezifische Arbeitsorganisation des HR nahezu durchweg positiv bzw. besser als die Befragten in den beiden anderen Settings.

Ergebnisse zum Fragenkomplex II *Qualität der Versorgung*: Die Untersuchung hat für das HR keine relevanten Anhaltspunkte für qualitative Nachteile gegenüber der Versorgung in VST oder ambWG, aber zahlreiche Hinweise auf eine höhere Versorgungsqualität gefunden. In Bezug auf die in der Leistungsbeschreibung hervorgehobenen Indikatoren zeigt das HR bessere Ergebnisse als die Vergleichseinrichtungen bzw. -settings: Nach den Analysen der Routinedaten der AOK Baden-Württemberg wiesen die im HR wohnenden Versicherten in allen vier Analysejahren eine – teilweise deutlich – niedrigere Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen und in drei der vier Analysejahre auch von Krankentransporten auf als die Versicherten in den anderen Versorgungssettings. Die Analysen zu Veränderungen des Pflegegrades haben gezeigt, dass die Versicherten im HR länger im gleichen Pflegegrad verbleiben als die Versicherten in den anderen Versorgungssettings.

Ergebnisse zum Fragenkomplex III *Bewertung der Versorgungsform durch Pflegebedürftige, Pflegepersonal und involvierte Angehörige:* Nach den Ergebnissen der Untersuchung wird das Modell HR durch Pflegebedürftige, Pflegepersonal und involvierte Angehörige mindestens genauso gut und teilweise besser bewertet als die Vergleichseinrichtungen.

Ergebnisse zum Fragenkomplex IV *Einordnung in bestehende leistungs- und ordnungsrechtliche Rahmenbedingungen:* Die Erörterung der ordnungsrechtlichen Fragen kommt zu dem Schluss, dass es gerechtfertigt ist, das Modell HR in Bezug auf die Regelungen zur Personalausstattung analog zu den ambulanten Wohngruppen zu behandeln. Durch das Fortbestehen der übrigen ordnungsrechtlichen Bestimmungen für stationäre Einrichtungen würde bei einer Ausbreitung des Modells HR als einer Alternative zu ambulanten Wohngruppen eher eine Ausweitung der intendierten Schutzfunktionen des Ordnungsrechts stattfinden.

Unter leistungsrechtlichen Gesichtspunkten stellt das Modell HR eine komplexe Konstruktion dar, die nicht nur Bestimmungen des SGB XI modifiziert, sondern durch die Modellkomponenten im Bereich der häuslichen Krankenpflege auch in das SGB V übergreift. Bei einer Überführung des Modells in die Regelversorgung könnten die zentralen leistungsrechtlichen Gestaltungen des Modells HR – der Anspruch auf Leistungen gem. §§ 36, 37 38 SGB XI und der Ausschluss von Leistungen gem. § 41 SGB XI – beibehalten werden. Die ergänzenden Leistungen gem. §§ 38a, 43b, 45b SGB XI könnten bei einer Verstetigung im Sinne einer Vereinfachung zu einer einzigen, für diese Versorgungsform spezifischen, Leistung zusammengefasst werden.

Besondere Aufmerksamkeit verdienen die SGB-übergreifenden Modellkomponenten, weil sie nach den Ergebnissen der Analysen zu den Leistungskosten offenbar einen erheblichen kostendämpfenden Effekt im Bereich der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) ausüben. Bei einer Verstetigung des Modells HR im SGB XI würden ggf. entsprechende vertragliche Vereinbarungen zwischen den Kostenträgern und den „stambulanten“ Einrichtungen getroffen. Um zu verhindern, dass dadurch ggf. eine Überwälzung von Leistungspflichten von den Krankenkassen auf die pflegebedürftigen Versicherten erfolgt (die sich in Gestalt höherer Eigenanteile auswirken könnte), sollte daher eine analoge Regelung wie die im Modell HR erprobte „SGB V-Pauschale“, also eine Kompensationszahlung der Krankenkasse an die Versicherten, getroffen werden.

Ergebnisse zum Fragenkomplex V *Analyse der Kosten:* Die Ausgabenvergleiche zwischen den Versorgungssettings (Teilgruppen, TG) beruhen auf gewichteten Analysen, bei denen Unterschiede in der Zusammensetzung der jeweiligen Versichertenpopulationen nach Alter, Pflegegrad und Mortalitätsrisiko rechnerisch ausgeglichen wurden. Die berichteten Unterschiede können somit nicht dadurch erklärt werden, dass die Pflegebedürftigen in einer Teilgruppe durchschnittlich älter wären oder höhere Pflegegrade aufwiesen. In Bezug auf alle untersuchten Teilgrup-

pen sind für die Analysejahre 2020 bis 2022 Einflüsse der COVID-Pandemie anzunehmen. Die Ergebnisse zum HR sind insoweit mit Vorsicht zu interpretieren, als die Datenbasis (Anzahl Versicherte im HR) sehr schmal ist.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass die Versorgung im HR sich aus der Perspektive des SGB XI in den ersten drei Analysejahren als etwas (minus 5-7 %, je nach Analysejahr) und im Jahr 2022 deutlich günstiger (minus 30 %) als die vollstationäre Versorgung darstellt. In allen Analysejahren liegen die SGB XI-Leistungsausgaben bei den im HR versorgten Versicherten der AOK BW um 10 bis 13 % niedriger als bei Versicherten, die in ambulanten Wohngruppen versorgt werden. Mit Blick auf die in dieser Evaluation betrachteten Leistungsausgaben des SGB V (Krankenhausbehandlungen, häusliche Krankenpflege, ungeplante Krankentransporte, Hilfsmittel und im Falle des HR die sog. „SGB V-Pauschale“) ist die Versorgung im HR aufwändiger als in der vollstationären Versorgung (ausschließlich wegen der Kosten der häuslichen Krankenpflege), aber sehr viel günstiger als in den ambWG (minus 35-60 %). Bei zusammengefasster Betrachtung über beide Sozialgesetzbücher verursachte die Versorgung im HR in den Jahren 2019 bis 2021 etwa vergleichbare Kosten wie im vollstationären Kontext (plus 0-11 %) und in 2022 etwas niedrigere Kosten (minus 7 %). Im Vergleich zu den ambWG verursacht die Versorgung im HR bei zusammengefasster Betrachtung über beide Sozialgesetzbücher deutlich geringere Leistungsausgaben (minus 20-32%).

Ergebnisse zum Fragenkomplex VI Strukturelle Auswirkungen: Bei einer stärkeren Verbreitung des Modells HR ist aus Sicht der Evaluation mit positiven Effekten auf die Versorgungssicherheit zu rechnen, insofern das Modell gegenüber den ambulanten Wohnformen eine höhere Versorgungskontinuität gewährleisten kann und aufgrund der „stambulanten“ Versorgungskonzeption zu einer effizienteren Nutzung von knappen Personalressourcen in der Pflege beitragen kann. In Bezug auf die Qualität ist nach den empirischen Befunden eher mit einer Verbesserung zu rechnen und hinsichtlich der Kosten der pflegerischen Versorgung weist das Modell vor allem gegenüber der Versorgung in ambulanten Wohngruppen deutliche Vorteile auf.

Fazit: Das „Haus Rheinaue“ ist ein solitäres Modellprojekt, eine Pflegeeinrichtung, in der weniger als 60 Bewohnerinnen und Bewohner leben und nach Maßgabe der Modellkonzeption versorgt werden. Eine Evaluation dieses Modells kann nur einen deskriptiven Charakter haben und nicht beanspruchen, methodisch belastbare und verallgemeinerungsfähige Aussagen zu liefern, wie sich eine Verstetigung und Verbreitung dieses Modells auf die pflegerische Versorgung in Deutschland auswirken würde. Alle Aussagen in diesem Bericht sind unter diesem methodischen Vorbehalt zu verstehen. Die im Rahmen der Evaluation durchgeführten, sehr viele Aspekte und Beteiligte einbeziehenden, Untersuchungen haben gezeigt, dass der Anspruch einer sinnvollen Kombination der jeweiligen Vorteile von stationärer und ambulanter Versorgung eingelöst wird:

- Die Verankerung in einem stationären Versorgungssetting bietet gegenüber einem ambulanten Setting Vorteile hinsichtlich der Kontinuität, Sicherheit und Qualität der pflegerischen Versorgung.
- Die aufgrund der leistungsrechtlichen Zuordnung zur ambulanten Versorgung mögliche Flexibilisierung sowohl der Leistungsanspruchnahme als auch der Leistungserbringung ermöglicht den BEW größere Gestaltungsspielräume und steigert die Effizienz der Versorgung. Die daraus resultierende spezifische Arbeitsorganisation führt zu Tätigkeitsprofilen, die von den Pflegenden positiv bewertet werden.
- Im Vergleich zu anderen ambulanten Wohnformen ist das Modell deutlich wirtschaftlicher, im Vergleich zur vollstationären Versorgung hat es für die Kostenträger des SGB XI keine Wirtschaftlichkeitsnachteile, ggf. sogar Vorteile.

Aus den Ergebnissen dieser Untersuchung ergibt sich eine eindeutige Empfehlung, das Modell „Haus Rheinaue“ als eine neue Versorgungsform in die Versorgung im Rahmen des SGB XI – einschließlich der in das SGB V übergreifenden Modellkomponenten – zu überführen.

1. Einleitung

Mit dem „Haus Rheinaue“ in Wyhl (Baden-Württemberg) hat die BeneVit Holding GmbH ein innovatives Versorgungskonzept entwickelt, welches – verkürzt ausgedrückt – charakteristische Elemente der vollstationären und der ambulanten pflegerischen Versorgung miteinander kombiniert und daher von den Initiatoren als „stambulante Versorgung“ bezeichnet wird. Ziel und Anspruch des Modells ist es, die Vorteile der jeweiligen Versorgungsform – die hohe Versorgungssicherheit der stationären Versorgung einerseits und die größere Flexibilität und Individualität der ambulanten Versorgung andererseits – in einem Angebot neuen Typs zu vereinen.

Das Versorgungsmodell des „Haus Rheinaue“ (im Folgenden: HR) weicht in bestimmten Aspekten sowohl von bestehenden leistungsrechtlichen Regelungen des SGB XI als auch von einschlägigen ordnungsrechtlichen Vorschriften des Landes Baden-Württemberg ab, weshalb es nur unter den besonderen Rahmenbedingungen von Modellprogrammen erprobt werden kann.

Bevor in Abschnitt 1.2 die Einzelheiten der Modellkonstruktion dargestellt werden, wird im folgenden Abschnitt 1.1 kurz die Historie der bisherigen Erprobung des HR, d.h. die im Zeitverlauf wechselnden formalen Grundlagen der Durchführung des Modells, zusammengefasst.

1.1 Entwicklung und Erprobung des Modells „Haus Rheinaue“

Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) wurde 2012 das „Initiativprogramm zur Förderung neuer Wohnformen“ in das Sozialgesetzbuch XI aufgenommen. Teil dieser Gesetzgebung war die Gründung des Modellprogramms zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen gem. § 45f SGB XI. Im Rahmen dieses, in Verantwortung des GKV-Spitzenverbands (Forschungsstelle Pflegeversicherung) durchgeführten, Programms wurden im Zeitraum 2015 bis 2018 insgesamt 53 Modellprojekte gefördert bzw. wissenschaftlich begleitet, die das Ziel verfolgten, Wohnformen bzw. Pflegesettings zu erproben, die als Alternative zu den „herkömmlichen“ Formen der stationären bzw. häuslichen Pflege in Betracht kommen könnten (Forschungsstelle, o.J.; Hackmann & Kremer-Preiß, 2019).

1.1.1 Entwicklung und Erprobung im Rahmen des Modellprogramms zur Förderung neuer Wohnformen nach § 45f SGB XI

Das Modell „Haus Rheinaue“ der Benevit Holding GmbH in Wyhl – Gegenstand der vorliegenden Evaluationsuntersuchung – wurde zunächst von Februar 2015 bis Januar 2018 unter dem Titel „Weiterentwicklung der stationären Pflege: Ambulantisierung der Hausgemeinschaften“ im Rahmen des Modellprogramms gem. § 45f SGB XI gefördert. Das Vorhaben gehörte zum „Projekttyp A: Konzeptentwicklung und Umsetzung von Praxisprojekten“. Bei diesen Projekten wurde zunächst eine Phase der Konzeptentwicklung und dann die anschließende Praxiserprobung ge-

fördert. Im Falle des HR wurde die Konzeptentwicklung im Mai 2016 abgeschlossen. Am 26. Mai 2016 begann die Erprobungsphase mit der Eröffnung der Modelleinrichtung mit 56 Plätzen (GKV-Spitzenverband, o.J.: 18).

Die Evaluation des Modellprogramms zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen gem. § 45f SGB XI hat keine Ergebnisse zu einzelnen Projekten publiziert (Hackmann & Kremer-Preiß, 2019). Die empirischen Befunde, z.B. zur Versorgungsqualität, beziehen sich auf alle Modellprojekte bzw. beruhen auf projektübergreifenden Datenerhebungen. Insofern lassen sich aufgrund dieser Untersuchung keine Aussagen speziell über das Modell HR treffen. Der Evaluationsbericht versucht, über die heterogenen Kontexte und Konzepte der über 50 Projekte hinweg, verallgemeinerbare Schlussfolgerungen zu den neuen Wohnformen zu ziehen. Bei der ganz überwiegenden Zahl der Projekte handelte es sich um ambulante bzw. häusliche Wohnformen; dem „Wohnformtyp“ der „vollstationären Pflege“ wurden neben dem HR nur zwei weitere Projekte zugerechnet (Hackmann & Kremer-Preiß, 2019: 90). Viele der in der Evaluationsuntersuchung thematisierten Aspekte z.B. mit Blick auf die Verstetigung der Modelle, dürften für das Modell HR nicht in gleicher Weise gelten, da es sich nicht um eine ambulante Wohnform, sondern um eine Weiterentwicklung der vollstationären Versorgung handelt, wie bereits der Projekttitel hervorhebt („Ambulantisierung“).

Grundlage der Erprobung des HR im Rahmen des Modellprogramms gem. § 45f SGB XI war ein Vertrag zwischen der Benevit Pflege in Baden-Württemberg GmbH mit der AOK Baden-Württemberg, dem BKK Landesverband Süd, den Ersatzkassen, der IKK Classic, der Knappschaft und der SVLFG im Einvernehmen mit dem Landkreis Emmendingen als dem für den Standort des HR (Wyhl) zuständigen Sozialhilfeträger (Laufzeit 01.06.2016 bis 31.01.2018). Anlage 1 zu diesem Vertrag war die „Betriebskonzeption“ (im Folgenden zitiert als: HR-BK) als das zentrale konzeptionelle Dokument, dessen Inhalte in der ersten Phase der Förderung entwickelt wurden (vgl. dazu Abschnitt 1.1). Weitere Anlagen waren: der von den Bewohnerinnen und Bewohnern (BEW) obligatorisch mit dem HR zu schließende „Vertrag über Grundleistungen und Wohnen“ (Anlage 2; im Folgenden zitiert als: HR-VGL); der von den BEW bei entsprechendem Bedarf optional mit dem HR zu schließende „Vertrag über Wahlleistungen“ (Anlage 3; im Folgenden zitiert als: HR-VWL); das Muster eines Kooperationsvertrags zwischen dem HR-Träger und externen Pflegediensten, die BEW des HR versorgen wollen (Anlage 4; im Folgenden zitiert als: HR-KV); das Verzeichnis der im HR als Teil der Basisleistung „Wohnen und Grundleistungen“ vorhandenen Pflegehilfsmittel (Anlage 5); das Personalkonzept des HR (Anlage 6; im Folgenden zitiert als: HR-PKZ); eine Musterkalkulation für die Berechnung des Entgelts für Wohnen und Grundleistung sowie eine Übersicht zur Finanzierung (Anlage 7; modellspezifische Finanzierungsbeiträge u.a. aus SGB XI Sachleistungsansprüchen, vgl. dazu Abschnitt 1.2.3.6); eine Liste mit „FAQ“ zu Abrechnungsdetails (Anlage 8).

Da das Modellkonzept des HR nicht nur von den seinerzeit bestehenden Regelungen des SGB XI, sondern auch von ordnungsrechtlichen Vorschriften des baden-württembergischen Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetzes (WTPG) abweicht, wird

in dem Vertrag explizit klagestellt, dass „die Umsetzung des Modellprogramms nach diesem Vertrag [...] gleichzeitig als Erprobungsregelung nach § 31 WTPG [gilt]“. Das WTPG lässt in § 31 auf Antrag eines Trägers Ausnahmen von einzelnen Anforderungen des Gesetzes zu, „wenn dies im Sinne der Erprobung von Betreuungs- oder Wohnformen geboten erscheint und hierdurch der Zweck des Gesetzes nach § 1 nicht gefährdet erscheint“ (§ 31 Abs. 1 WTPG). In Absatz 2 werden Ausnahmen „insbesondere für die Versorgungsform einer ambulant betreuten Hausgemeinschaft“ für zulässig erklärt, sofern bestimmte Voraussetzungen vorliegen.

1.1.2 Fortführung ab 2018 im Rahmen eines Vertrags zur Integrierten pflegerischen Versorgung nach § 92b SGB XI

Nach Ende der Förderung im Modellprogramm gem. § 45f SGB XI wurde das Modell HR im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten pflegerischen Versorgung gem. § 92b SGB XI fortgeführt. Partner dieses Vertrages – mit Laufzeit vom 01.02.2018 bis 31.05.2020 – waren neben dem HR-Träger (BeneVit Holding GmbH) zwei der bereits im Modellprogramm beteiligten Kranken- bzw. Pflegekassen (AOK Baden-Württemberg und SVLFG). Auch dieser Vertrag wurde im Einvernehmen mit dem Landkreis Emmendingen (Sozialhilfeträger) sowie unter Beteiligung des Kommunalverbands für Jugend und Soziales Baden-Württemberg geschlossen. Dem Vertrag konnten andere Kranken- und Pflegekassen beitreten.

Die Rechtsgrundlage des § 92b SGB XI verlangt, dass neben den Pflegekassen und zugelassenen Pflegeeinrichtungen gem. § 72 SGB XI auch Vertragspartner gem. § 140a Absatz 3 Satz 1 SGB V Partner des Vertrages sein müssen. Der das HR betreffende Vertrag nach § 92b SGB XI sieht daher gegenüber dem vorangehenden Vertrag im Rahmen des Modellprogramms eine Erweiterung um die Erbringung von Leistungen der Häuslichen Krankenpflege gem. § 37 SGB V bzw. die Teilnahme von Pflegediensten mit einem Versorgungsvertrag nach § 132a SGB V vor. Diese Erweiterung ist jedoch nur von formaler Bedeutung, da auch bereits der Vertrag im Rahmen des Modellvorhabens vorsah, dass Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) hinsichtlich der Vergütungshöhe entsprechend einer für das Modellprojekt geschlossenen „Sonder-Vergütungsvereinbarung“ abgerechnet werden sollten. Diese Regelung wird in dem Vertrag nach § 92b SGB XI beibehalten.

Im Übrigen folgt der Vertrag nach § 92b SGB XI – abgesehen von erforderlichen sprachlichen Anpassungen – inhaltlich und auch nahezu wortgleich dem vorangehenden Vertrag im Rahmen des Modellprogramms.

1.1.3 Fortführung ab 2020 als Modellvorhaben nach § 8 Absatz 3 SGB XI

Nach Auslaufen des Vertrages gem. § 92b SGB XI wurde das Modell HR als Modellvorhaben gem. § 8 Absatz 3 SGB XI unter Beibehaltung aller das Modell ausmachenden leistungs-, vertrags- und vergütungsrechtlichen Bedingungen fortgeführt.

Die Modellvorhaben müssen wissenschaftlich begleitet und ausgewertet werden (§ 8 Abs. 3 Satz 11 SGB XI). Die entsprechende Untersuchung wurde vom GKV-Spitzenverband im August 2020 ausgeschrieben, im November 2020 begann die Untersuchung mit der Zuschlagserteilung an das IGES Institut.

Das Modellvorhaben war ursprünglich befristet bis zum 31.12.2022 und wurde anschließend nochmals verlängert.

1.1.4 Fazit

In der Evaluation des Modellprogramms nach § 45f SGB XI wurde der Frage der Nachhaltigkeit der Modellprojekte explizite Aufmerksamkeit gewidmet, wobei die Evaluatoren ihrer Untersuchung folgende Definition zugrunde gelegt haben: „Die Nachhaltigkeit der geförderten Wohnkonzepte ist dann gegeben, wenn die Wohn-, Pflege- und Versorgungsangebote im Anschluss an die Modellförderung weitergeführt werden und sich selbst tragen können“ (Hackmann & Kremer-Preiß, 2019: 48). Die Autoren unterscheiden im Weiteren zwischen den Aspekten „Finanzierung“, „Rechtliche Rahmenbedingungen“ und „Organisations- und Personalstrukturen“.

Im Falle des Modells HR sind die rechtlichen Rahmenbedingungen sicherlich ein zentrales Hindernis in Bezug auf die Weiterführbarkeit, d.h. ohne eine Anpassung von Bestimmungen des SGB XI sowie im Ordnungsrecht kann das Konzept in der Regelversorgung, d.h. außerhalb von besonderen Modellprogrammen, nicht realisiert werden. Die mehrfache Fortführung des Modells HR nach der ursprünglichen Erprobung im Rahmen des Modellprogramms nach § 45f SGB XI deutet darauf hin, dass es sowohl auf Seiten des Trägers (Benevit Holding GmbH), als auch bei anderen Beteiligten ein Interesse an einer Verstetigung des Konzepts einer „stambulanten Versorgung“ gibt.

Im Vorfeld der Gesetzgebung zum Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG, in Kraft getreten am 01.01.2021) wurde eine diesbezügliche Gesetzesänderung bereits diskutiert. Konkret wurde vorgeschlagen, einen „§ 45g Verträge zur Integration stationärer und ambulanter Pflege und Krankenpflege“ in das SGB XI einzufügen, der eine sektorübergreifende und auch die häusliche Krankenpflege gem. SGB V einbeziehende Versorgung auf der Grundlage besonderer Verträge ermöglichen sollte (VDAB 2020). Der Vorschlag wurde in den Gesetzgebungsprozess zum Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG vom 11.07.2021) eingebracht, wurde aber nicht aufgegriffen.

1.2 „Stambulante Versorgung“: Das Modell Hausgemeinschaftskonzept „Haus Rheinaue“ der BeneVit Holding GmbH in Wyhl

Im Folgenden werden die Modellinterventionen bzw. die sich daraus ergebenden besonderen Charakteristika der Versorgung im HR im Überblick dargestellt. Grundlage der Darstellung sind die IGES zur Verfügung gestellten Dokumente, d.h. vor

allem die den Erprobungen zugrunde liegenden Verträge mit ihren Anlagen (vgl. Abschnitt 1.1.1).

1.2.1 Ausgangspunkt: Ambulantisierung von Hausgemeinschaften

Das Modell HR hat seinen Ausgangspunkt in der vollstationären Versorgung, die durch die Modellinterventionen weiterentwickelt wird. Ein wichtiger Aspekt, dessen Relevanz für verschiedene Fragestellungen der Evaluation im weiteren Verlauf zu erörtern sein wird, ist das Aufsetzen des Modells auf einer stationären Versorgung, die dem Hausgemeinschaftskonzept folgt.

Der Begriff entstammt der vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) entwickelten „KDA-Generationenabfolge des Altenwohnbaus“, die in historischer Perspektive vier nicht nur architektonische, sondern auch pflegerische Leitbilder beschreibt (KDA 2008; Michell-Auli & Sowinski 2012). Das Hausgemeinschaftskonzept entspricht in dieser Systematik der vierten, seit etwa 1995 realisierten, Generation des Altenwohnbaus und folgt dem Leitbild „Familie: Alte Menschen erleben Geborgenheit und Normalität“. (Die vorangehenden Generationen folgten nach der KDA-Systematik den Leitbildern „Verwahranstalt: Insasse wird verwahrt“ (ca. 1940 bis 1960), „Krankenhaus: Patient wird behandelt“ (ca. 1960 bis 1980), „Wohnheim: Bewohner wird aktiviert“ (seit ca. 1980; vgl. Michell-Auli & Sowinski 2012: 10). Michell-Auli und Sowinski zitieren in ihrer Überblicksdarstellung folgende Charakterisierung des Hausgemeinschaftskonzepts von Winter et al. (1999):

Eine Hausgemeinschaft ist „eine im Kern überschaubare Gruppe um die neun (+/- 3) Personen, die in einer möglichst normalen Wohnung (ähnlich einer Großfamilie) zusammenleben. [...] Das Gemeinschaftsleben spielt sich im wohnungsinternen Wohn-/Ess-/Kochbereich ab. Hier ist mindestens eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter in Hausfrau/Hausmann-Funktion über den Tag permanent als Bezugsperson für die BewohnerInnen ansprechbar. Sie oder er organisiert den Haushalt, kauft ein, kocht das Essen. Der Herd ist gleichsam der ‚Brennpunkt‘ der Gemeinschaft. Die alten Menschen beteiligen sich – ihren Fähigkeiten und Vorlieben entsprechend – aktiv an den alltäglichen Aktivitäten oder sie sitzen ganz einfach hautnah dabei und nehmen die Bewegungen, Geräusche, Gerüche als wohlvertrautes Leben auf“ (Winter et al. 1999, zit. nach Michell-Auli & Sowinski 2012: 12).

In der HR-Betriebskonzeption wird auf die KDA-Systematik Bezug genommen und das „Konzept der BeneVit-Hausgemeinschaft“ ausführlich dargestellt (HR-BK: 4ff). Im Rahmen der Datenerhebungen vor Ort im HR konnten die Evaluatoren eine starke Übereinstimmung zwischen der tatsächlichen Situation und der Konzeptbeschreibung feststellen: Das Haus Rheinaue umfasst vier solche Hausgemeinschaften, in denen jeweils bis zu 14 Menschen wohnen, die über ein Einzelzimmer verfügen, deren tägliches Leben sich aber zum größten Teil in dem großen Gemeinschaftsraum ihrer Hausgemeinschaft abspielt (es sei denn, sie bevorzugen es, sich in ihr Zimmer zurückzuziehen). Dieser Raum umfasst nach Art einer Wohn-

küche einen Koch- und Essbereich sowie einen „wohnzimmerartig“ gestalteten Bereich. Darüber hinaus verfügt das im Ortskern von Wyhl gelegene Haus über einen Außenbereich mit Garten, Kaninchenstall, Grillplatz u.ä., den die BEW spontan nutzen können.

Die Möblierung des Gemeinschaftsraums orientiert sich in starkem Maße an einer (generations- und regionsangepassten) Vorstellung von „normalem Wohnen“. Im Raum befinden sich auch persönliche Gegenstände der Mitglieder der Hausgemeinschaft (z.B. Fotos, Bilder), zu manchen Hausgemeinschaften gehört ein Hund eines/r BEW.

Neben den BEW, war während der ganztägigen Vor-Ort-Erhebungen im Regelfall mindestens eine Präsenzkraft im Gemeinschaftsraum anzutreffen, die mit BEW interagierte oder gemeinsam mit ihnen die nächste Mahlzeit vorbereitete bzw. kochte. Von den Pflegekräften wurden auch geeignete pflegerische Tätigkeiten – wie bspw. Dokumentationsaufgaben am Laptop – in dem Gemeinschaftsraum und damit eingebettet in das dortige Alltagsgeschehen erledigt. Die Mitarbeitenden können während ihres Arbeitstages ihre Kinder mit in die Einrichtung bringen.

Das HR weist somit alle zentralen Merkmale des Hausgemeinschaftskonzepts auf:

- Eine baulich-räumliche Gestaltung, die mit dem großen Wohnküchenbereich sowie den Außenflächen eine Nutzung erlaubt, die der Lebenswelt einer (Groß-)Familie oder Wohngemeinschaft entspricht bzw. sehr nahekommt.
- Eine überschaubare Zahl von Mitgliedern der Hausgemeinschaft.
- Eine überwiegend dezentralisierte Hauswirtschaft, d.h. die Essensversorgung wird vor Ort in der Hausgemeinschaftsküche unter Beteiligung der BEW gewährleistet und auch in andere hauswirtschaftliche Aufgaben werden BEW im Rahmen der Möglichkeiten eingebunden.
- Die Unterstützung der Hausgemeinschaft durch Präsenzkräfte, die – ähnlich wie häuslich pflegende Familienangehörige – Aufgaben wahrnehmen, die Aspekte von Hauswirtschaft, Betreuung und (Grund-)Pflege vereinen und die in der herkömmlichen, stärker arbeitsteilig organisierten, stationären Pflege üblicherweise auf mehrere Funktions- bzw. Beschäftigtengruppen entfallen.

Die Charakteristik des Modells HR als Ambulantisierung von stationären Hausgemeinschaften ist für die Evaluationsaufgabe insofern relevant, als sich dadurch bestimmte Abgrenzungsfragen ergeben: Möglicherweise gibt es bei manchen interessierenden Untersuchungsfragen grundsätzliche Unterschiede zwischen einer stationären Versorgung in Hausgemeinschaften und in Einrichtungen, in denen die

Versorgung nicht entsprechend dem Hausgemeinschaftskonzept erfolgt (im Folgenden als „konventionelle“ Einrichtungen bezeichnet)¹. Um zu vermeiden, dass in der Evaluation ggf. festgestellte Effekte dem Modellkonzept des HR zugerechnet werden, obwohl sie Auswirkungen des Hausgemeinschaftskonzepts sind, wurden daher als stationäre Vergleichseinrichtungen neben einer „konventionellen“ Einrichtung zwei andere Einrichtungen mit Hausgemeinschaftskonzept einbezogen (vgl. dazu Abschnitt 2.3).

1.2.2 Gesamtüberblick des HR-Modellkonzepts

Zentrales Element der HR-Modellkonzeption ist die im bestehenden Leistungs- und Vertragsrecht des SGB XI nicht vorgesehene Kombination von Elementen der vollstationären und der ambulanten pflegerischen Versorgung, die von den Initiatoren als „stambulante Versorgung“ bezeichnet wird. Die „stambulante Versorgung“ soll im Vergleich zur ambulanten Versorgung (häusliche Versorgung, ambulant betreute Wohngemeinschaften) eine größere Versorgungssicherheit bieten. Im Vergleich zur stationären Versorgung soll sie den BEW (bzw. ihren Angehörigen) mehr individuelle Gestaltungsspielräume und Transparenz bezüglich der beanspruchten professionellen pflegerischen Leistungen ermöglichen. Diese Ziele sollen durch folgende Modellinterventionen erreicht werden:

1. Leistungsrechtliche Zuordnung zur ambulanten Pflege

Die BEW haben – obwohl sie in einer stationären Einrichtung wohnen, die (abgesehen von den modellspezifischen Modifikationen) den heimrechtlichen Vorschriften unterliegt – keinen Anspruch auf Leistungen nach § 43 SGB XI (Vollstationäre Pflege), sondern auf Pflegesachleistungen gem. § 36 SGB XI bzw. auf die Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI. Als weitere Geldleistung haben sie Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag gem. § 38a SGB XI sowie auf einen Teil des Entlastungsbetrags nach § 45b SGB XI (vgl. Abschnitt 1.2.3.1).

Für die Finanzierung der Versorgung im HR stehen den BEW darüber hinaus zwei weitere Komponenten zur Verfügung (Betrag für Betreuungsleistungen gem. § 43b SGB XI, „SGB V-Pauschale“), die in Abschnitt 1.2.3.6 erläutert werden.

¹ Systematische Vergleichsuntersuchungen, die belastbare Aussagen zu Unterschieden zwischen Hausgemeinschaften und anderen stationären Versorgungsformen in Bezug auf die in der vorliegenden Evaluation zu prüfenden Parameter bereitstellen sind uns nicht bekannt.

2. Unterscheidung von Grund- und Wahlleistungen

Alle BEW beziehen obligatorisch ein vertraglich definiertes Paket von Grundleistungen zu einem festen Preis. Einen eventuell darüberhinausgehenden Bedarf an pflegerischen Hilfen können sie entweder durch den Bezug von zusätzlichen professionellen Leistungen bei einem ambulanten Pflegedienst (Wahlleistungen) oder durch An- oder Zugehörige decken. Das Modell ist hinsichtlich der Finanzierung so konstruiert, dass die BEW – wie bei stationärer Versorgung üblich – einen Teil der Grundleistungen aus ihren SGB XI-Leistungsansprüchen finanzieren und zusätzlich einen Eigenanteil tragen. Gleichzeitig verbleibt ihnen aber ein in seiner Höhe vom Pflegegrad abhängiger Restbetrag ihres Sachleistungsbudgets gem. § 36 SGB XI (außer bei PG 1). Dieses Restbudget können sie für Wahlleistungen einsetzen oder im Sinne der Kombinationsleistung gem. § 38 SGB XI als Pflegegeld beziehen. Die Finanzierungs konstruktion ist ausführlich in Abschnitt 1.2.3.6 dargestellt.

3. Grundleistungen

Die Trennung in Grund- und Wahlleistungen ist das wesentliche konzeptionelle Element des Modells HR: Die Grundleistungen (vgl. die Übersicht in Tabelle 1) umfassen neben Wohnen und Verpflegung zum einen Elemente, die typisch für die stationäre Versorgung sind, wodurch das Versprechen einer größeren Versorgungssicherheit als bei ambulanter Versorgung eingelöst werden soll. Dazu gehören insbesondere die 24 Stunden/7 Tage-Anwesenheit einer Pflegefachkraft, aber auch die Steuerung des Pflegeprozesses, die Beratung und Begleitung von Angehörigen (die ggf. in die Pflege involviert sind) sowie die Aufsicht und Anleitung der Präsenzkräfte durch die Pflegefachkräfte. Teil der Grundleistungen sind auch „die notwendigen pflegerischen Leistungen in der Nacht“ (HR-VGL, § 2 Nr. 4).

Zum anderen umfassen die Grundleistungen bestimmte grundpflegerische, hauswirtschaftliche sowie Betreuungsleistungen durch die Präsenzkräfte, die der Art nach mit der Versorgung vergleichbar sind, die typischerweise bei häuslicher Pflege von Familienangehörigen erbracht wird. Tagsüber ist durchgehend mindestens eine Präsenzkraft in der Hausgemeinschaft tätig.

Als dritte Komponente sind ausgewählte behandlungspflegerische Leistungen Teil des Grundleistungspakets, die bei ambulanter Pflege nach ärztlicher Verordnung von den Krankenkassen getragen werden (§ 37 SGB V). Im Rahmen des Modells sind diese Leistungen des HR pauschal in dem Grundleistungspaket inkludiert, d.h. es bedarf diesbezüglich keiner versicherten-individuellen ärztlichen Verordnung. Die HR-BEW sollen dadurch finanziell nicht belastet werden: Von dem Preis des Grundleistungspakets wird eine „SGB V-Pauschale“ abgezogen (vgl. Abschnitt 1.2.3.6). Ferner sind als Teil des Modells für die übrigen (nicht zu den Grundleistungen zählenden) Leistungen der häuslichen Krankenpflege gem. § 37 SGB V bzw. des Versorgungsvertrags zwischen dem ambulanten Pflegedienst und den beteiligten

Krankenkassen gem. § 132a SGB V Preisabschläge vereinbart (vgl. Abschnitt 1.2.3.4).

4. Wahlleistungen

Bei entsprechendem Bedarf können die BEW zusätzliche Leistungen im Sinne von ambulanten Sachleistungen (§ 36 SGB XI) bei einem ambulanten Pflegedienst als „Wahlleistungen“ beziehen und dafür den (nach Abzug des Finanzierungsbeitrags für die Grundleistungen, vgl. Abschnitt 1.2.3.6) ggf. noch verbleibenden Restbetrag ihres Leistungsbetrags nach § 36 SGB XI verwenden. Dabei kann es sich sowohl um ergänzende hauswirtschaftliche Leistungen (z.B. Zimmerreinigung), als auch um Leistungen der Körperpflege (z.B. Duschen/Baden) oder der individuellen Betreuung handeln (Tabelle 1).

Die Wahlleistungen sind insofern modellspezifisch ausgestaltet, als in den vertraglichen Vereinbarungen eine Zeitvergütung nach einem festen Stundenvergütungssatz festgelegt ist. Die BEW können den Pflegedienst im Prinzip frei wählen, für ambulante Pflegedienste, die nicht zur BeneVit-Gruppe gehören, ist jedoch der Abschluss eines Kooperationsvertrags mit der BeneVit-Gruppe als dem Träger des Modells erforderlich. Der Kooperationsvertrag umfasst – neben der Akzeptanz der erwähnten preislichen Regelungen in Bezug auf die Sachleistungen des SGB XI bzw. der häuslichen Krankenpflege des SGB V – weitere modellspezifische Regelungen (vgl. dazu Abschnitt 1.2.3).

Zu den modellspezifischen Vertragsunterlagen gehört ein „Vertrag über Wahlleistungen“ zwischen dem BEW und dem HR-Träger, der u.a. Regelungen umfasst, die offenbar sicherstellen sollen, dass ein durch die Grundleistungen nicht gedeckter Versorgungsbedarf auch tatsächlich durch Wahlleistungen bzw. Angehörige erbracht wird (HR-VWL § 2). Der Vertrag sieht vor, dass entweder eine Beauftragung des zum HR-Träger gehörenden ambulanten Pflegedienstes (BeneVit Mobil) mit den in einer Liste aufgeführten Wahlleistungen erfolgt oder dass in der Liste – die als Anlage 1 Bestandteil des Vertrags ist – vermerkt wird, welcher externe Pflegedienst bzw. welche angehörige Person die jeweilige Leistung erbringt. Der/die BEW gibt somit gegenüber dem HR eine Erklärung ab, dass er entweder einen anderen Dienst oder Angehörige mit der Erbringung benötigter Wahlleistungen beauftragt hat.

In einem weiteren Passus ist festgelegt, dass eine Kündigung von bei BeneVit Mobil bezogenen Wahlleistungen nur wirksam wird, wenn der/die BEW „nachweist, dass er einen anderen Pflegedienst oder einen Angehörigen mit der Erbringung der abbestellten Wahlleistung beauftragt hat oder er die abbestellten Wahlleistungen nach der fachlichen Einschätzung von BeneVit Mobil nicht mehr benötigt“ (HR-VWL § 2 Abs. 4).

Tabelle 1: Leistungsspektrum im Modell "Haus Rheinaue"

Aufgabenbereich	Grundleistung	Wahlleistung
Speisenversorgung	X	
Hausreinigung		
Bewohnerzimmer		X
Übrige Bereiche	X	
Bett beziehen		X
Wäscheversorgung		
Wäsche der Hausgemeinschaft (inkl. Bettwäsche, Handtücher)	X	
Bewohnerwäsche (ggf. individuelle Bettwäsche, Handtücher)		X
Betreuung		
Gruppen Betreuung	X	
Einzelbetreuung	X	X
Grundpflege		
Hilfe bei der Körperpflege und Toilettengang (morgens, abends)		X
Baden und Duschen		X
Toilettengänge im Tagesverlauf	X	
Einfache Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	X	
Essen anreichen		X
kleine grundpflegerische Unterstützungen im Tagesverlauf (Hilfe beim Aufstehen, Transfers, Umlagerungen)	X	
Behandlungspflege		
Medikamente richten	X	
Medikamente verabreichen	X	X ⁽¹⁾
Vitalzeichenkontrollen	X	X ⁽¹⁾
Verbandwechsel	X	X ⁽¹⁾
Blutzucker-Messung	X	
Anlegen von Kompressionsstrümpfen	X	

Quelle: Betriebskonzeption (Anlage 1 der Verträge zur Modellerprobung)

Anmerkung: (1) Im Rahmen der Erbringung von Wahlleistungen als Wahlleistung, sonst Grundleistung

5. Zielgruppen, Versorgung bei wachsendem Pflegebedarf

Die Versorgung im HR steht allen pflegebedürftigen Menschen offen mit folgenden Ausnahmen (HR-BK: 10): Menschen mit schweren chronischen Psychosen; Menschen mit apallischem Syndrom; intensiv beatmungspflichtige Menschen; junge Menschen mit Pflegebedarf. In der Betriebskonzeption heißt es dazu wörtlich: „Eine Aufnahme ist nicht vorgesehen bzw. bedarf der besonderen Entscheidung“ (HR-BK: 10).

Auf die besondere Situation bei sehr schweren psychiatrischen bzw. psychiatrisch-neurologischen Erkrankungen bzw. intensivpflegerischem Behandlungsbedarf beziehen sich auch Passagen des Vertrages über Wahlleistungen bei einer Veränderung des Pflegebedarfs im Zeitverlauf: Bei einer Veränderung des Pflege- und Betreuungsbedarfs ist der/die BEW vertraglich verpflichtet entweder den Pflegedienst BeneVit Mobil oder einen Dritten (Angehörige, anderer Pflegedienst) mit der erforderlichen Versorgung zu beauftragen (HR-VWL, § 6). BeneVit Mobil verpflichtet sich seinerseits, die erforderlichen Pflege- und Betreuungsleistungen auch anzubieten, mit Ausnahme von Leistungen für „Bewohner mit Krankheiten oder Behinderungen, die eine ununterbrochene Beaufsichtigung und die Möglichkeit der jederzeitigen medizinischen Intervention erforderlich machen. [...] Bewohner, für die ein Unterbringungsbeschluss vorliegt oder die sonst unterbringungsähnliche Maßnahmen benötigen und nur in einer geschlossenen Abteilung versorgt werden können. Dies gilt insbesondere bei Bewohnern, bei denen eine Weglauftendenz mit normalen Mitteln eines Wegläuferschutzes nicht mehr beherrschbar ist und die sich dadurch selbst gefährden.“ (HR-VWL Anlage 4 zu § 6 des Vertrages über Wahlleistungen).

Sofern sich bei einem/r BEW im Verlauf eine der beschriebenen Erkrankungen entwickeln sollte, so dass eine Versorgung mit den Mitteln des HR nicht mehr möglich ist, ist somit ein Umzug erforderlich. Das HR würde in diesen Fällen die Betroffenen bei der Suche nach einer geeigneten Einrichtung unterstützen.

1.2.3 Details zu einzelnen Aspekten des Modells

Im Folgenden werden weitere Einzelheiten des Modells HR dargestellt, wobei jeweils nur auf Sachverhalte eingegangen wird, die aufgrund modellspezifischer Regelungen von der üblichen Situation in der vollstationären oder ambulanten Versorgung abweichen.

1.2.3.1 Leistungsrechtliche Aspekte der Modellgestaltung

Wenn Pflegebedürftige in eine vollstationäre Versorgung wechseln, können sie die in dem betreffenden Jahr nicht ausgeschöpften Ansprüche auf Kurzzeit- bzw. Ver-

hinderungspflege für die Finanzierung der vollstationären Pflege nutzen. Diese Regelung wurde auch für den Einzug in das HR übernommen (HR-45f bzw. HR-92b, Anlage 8, Fragestellung 2).

Da die Versicherten im HR leistungsrechtlich in der ambulanten Versorgung angesiedelt sind, haben sie im Prinzip auch Anspruch auf Tages- und Nachtpflege gem. § 41 SGB XI. Da sie jedoch den Wohngruppenschlag gem. § 38a SGB XI in Anspruch nehmen, dürften somit auch die Bestimmungen des § 38a Absatz 1 Satz 2 SGB XI gelten, die besagen, dass Leistungen der Tages- und Nachtpflege gem. § 41 SGB XI neben dem Wohngruppenschlag nur in Anspruch genommen werden dürfen, wenn durch eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst nachgewiesen wurde, dass die Pflege [in der ambulant betreuten Wohngruppe] ansonsten nicht in ausreichendem Maße gewährleistet ist. In den IGES vorliegenden HR-Vertragsunterlagen werden diesbezüglich keine expliziten Regelungen getroffen, weshalb wir davon ausgehen, dass diese Bestimmungen auch für die BEW des HR gelten. Angesichts der faktischen Wohnsituation wie in einer stationären Einrichtung, dürfte die zusätzliche Inanspruchnahme von Tages-/Nachtpflege für die HR-BEW i.d.R. auch sachlich kaum in Frage kommen.

Mit Blick auf Pflegehilfsmittel – die bei vollstationärer Pflege von der Einrichtung vollumfänglich bereitzustellen sind, auf die bei ambulanter Pflege aber ein Leistungsanspruch gegenüber der Pflegekasse besteht (§ 40 SGB XI), sofern sie nicht von der Krankenkasse getragen werden – wurde folgende Regelung getroffen: Das HR stellt – als Bestandteil der Leistungsmodule „Wohnen“ bzw. „Grundleistungen“ – eine Grundausstattung an Pflegehilfsmitteln zur Verfügung, die in einer Liste in Anlage 5 der Modellverträge (HR-45f bzw. HR-92b) aufgeführt sind. Alle darüber hinaus ggf. erforderlichen (Pflege-)Hilfsmittel werden entsprechend den Vorschriften des SGB V, d.h. aufgrund einer ärztlichen Verordnung, gewährt (HR-45f bzw. HR-92b § 4 Abs. 4 sowie Anlage 5).

In der ersten Modellphase bestand bei häuslicher Pflege ein Anspruch auf Betreuungs- und Entlastungsleistungen gemäß dem bis Ende 2016 geltenden § 45b SGB XI (alte Fassung (aF)). Bezüglich dieses Leistungsanspruchs wurde die Regelung getroffen, dass der Anspruch mit dem als „Betrag für Betreuungsleistungen gem. § 43b SGB XI“ (ursprünglich als „Betreuungsleistung gem. § 87b SGB XI“) bezeichneten Finanzierungsbeitrag zur Finanzierung der Grundleistungen verrechnet wird. Das bedeutet konkret, dass den HR-BEW nur der nach Abzug dieses – eigentlich aus dem vollstationären Kontext stammenden – Betrags verbleibende Restbetrag zur Verfügung steht. Bis 2021 wurden € 85 abgezogen, seit 2022 sind es € 120.

1.2.3.2 Ordnungsrechtliche Aspekte der Modellgestaltung

Aus ordnungsrechtlicher Perspektive handelt es sich bei dem Modell HR um eine Erprobungsregelung gem. § 31 WTPG. Mit Blick auf die ordnungsrechtliche Einordnung des HR wurde in dem zugrundeliegenden Vertrag vereinbart, dass das HR für die Dauer des Vertrages „sowohl den vergleichbaren Status einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung im Sinne von § 72 SGB XI, als auch den Status

einer ambulanten Wohnform“ erhält (HR-45f § 1 Absatz 4). Zur Klarstellung wird ferner ausgeführt, dass damit vor allem die Zuständigkeiten im Bereich der Qualitätsprüfungen geregelt werden sollen. Demnach unterliegt das HR analog zu einer vollstationären Einrichtung den Qualitätsprüfungen durch die Heimaufsicht bzw. den Medizinischen Dienst/Prüfdienst der PKV (vgl. dazu auch Abschnitt 1.2.3.5). Die im HR tätigen ambulanten Dienste – einschließlich des Dienstes des HR-Trägers – unterliegen dagegen den Qualitätsprüfungen für die ambulante Pflege (§ 113 SGB XI). Das Modell HR unterliegt somit ordnungsrechtlich in Bezug auf die Überprüfung der Qualität dem § 17 WTPG (Überprüfung der Qualität in stationären Einrichtungen).

Eine für das Modell zentrale Abweichung von den ordnungsrechtlichen Vorschriften betrifft dagegen die teilweise Aussetzung der für vollstationäre Einrichtungen geltenden Vorgaben zur Personalausstattung. So schreibt das WTPG vor, dass in Einrichtungen mit „mehr als vier pflegebedürftigen Bewohnern mindestens 50 Prozent der Beschäftigten eine Fachkraft sein“ müssen (§ 10 Absatz 3 Nr. 4 WTPG). Von dieser Vorschrift wird im Modell HR abgewichen, wogegen die Vorschrift, dass „in einer stationären Einrichtung mit pflegebedürftigen Bewohnern [...] ständig eine Fachkraft anwesend sein [muss]“ unverändert eingehalten wird (vgl. dazu das HR-Personalkonzept in Abschnitt 1.2.3.3).

Mit Blick auf das Ordnungsrecht ist die wesentliche Modellintervention im HR die Abweichung von der – auch in den Heimgesetzen anderer Bundesländer für stationäre Einrichtungen vorgeschriebenen – 50 %-Fachkraftquote, an deren Stelle die bedarfsabhängig-flexible Versorgung durch Fachkräfte des ambulanten Pflegedienstes sowie die ausgewählten Leistungen der permanent im HR anwesenden Fachkraft treten.

Sonstige Bestimmungen des Ordnungsrechts – z.B. in Bezug auf bauliche Vorgaben – werden durch das Modell HR nicht explizit verändert bzw. tangiert.

1.2.3.3 Personalkonzept des HR

Das modellspezifische Personalkonzept des HR ist als Anlage 6 Bestandteil der Modellverträge (HR-45f bzw. HR-92b). IGES lag für die Evaluation nicht nur diese ursprüngliche Vertragsanlage vor, sondern auch die im Zusammenhang mit den aktualisierten Kostenberechnungen erstellten jüngeren Versionen der Personaltableaus (von 2017, 2018, 2021 und 2022). Demnach ist das HR-Personalkonzept seit Beginn des Modells (2016) bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt in seiner Struktur weitgehend konstant geblieben. Die einzigen strukturellen Veränderungen betreffen bereits 2017 vorgenommene geringfügige Ausweitungen des Personalansatzes für die Präsenzkräfte sowie den Wegfall einer im Konzept von 2016 noch ausgewiesenen Pflegehelferstelle mit einer Einsatzzeit von 4 Std. täglich.

Das HR-Personalkonzept sieht vor, dass in jeder der vier Hausgemeinschaften (Wohnungen) an den Tagen Montag bis Freitag von 07:00 Uhr bis 09:00 eine, von 09:00 bis 13:00 Uhr zwei und von 13:00 bis 21:00 wiederum eine Präsenzkraft tätig ist. An Samstagen ist von 07:00 Uhr bis 12:00 Uhr eine, von 12:00 bis 13:30 zwei

und von 13:30 bis 21:00 eine Präsenzkraft tätig. An Sonntagen ist von 07:00 Uhr bis 09:15 eine, von 09:15 bis 13:30 Uhr zwei und von 13:30 bis 21:00 wiederum eine Präsenzkraft tätig. Ferner ist rund um die Uhr eine Pflegefachkraft mit Zuständigkeit für alle vier Hausgemeinschaften tätig. Die Präsenzkräfte und die Pflegefachkraft arbeiten in drei Schichten, durch Überschneidung der Früh- und Mittelschicht wird die doppelte Präsenzkraftbesetzung in der Mittagszeit gewährleistet.

Darüber hinaus umfasst das Personalkonzept eine Fachkraft für die Hausleitung, wobei es sich nicht nur um eine Pflegefachkraft, sondern auch um eine hauswirtschaftliche Fachkraft oder eine Person mit vergleichbarer Qualifikation handeln kann. Ferner sind 1,5 Vollkraftstellen (davon 1,0 Fachkraft) für Betreuungsleistungen sowie technisches und administratives Personal vorgesehen (Hausmeister, Verwaltung, zentrale Reinigung, insgesamt 2,6 Vollkraftstellen).

Im Personalkonzept von 2016 (HR-45f, Anlage 6) ist ferner von einer Wohnungsleitung je Wohnung die Rede, wobei es sich jedoch nicht um eine zusätzliche Personalstelle, sondern offenbar nur um eine Funktionsbezeichnung handelt, die wohl durch eine Präsenz- oder Betreuungskraft ausgeübt werden sollte.

Zu dieser „permanenten HR-Belegschaft“ kommen dann im Tagesverlauf die Beschäftigten der ambulanten Pflegedienste hinzu, die für die HR-BEW die jeweils gesondert vereinbarten Wahlleistungen erbringen.

1.2.3.4 Sozialgesetzbücher-übergreifende Modellkomponenten (SGB V)

Ein wesentliches Element des Modells HR ist der Einbezug von Leistungen aus dem Bereich der häuslichen Krankenpflege (HKP, § 37 SGB V) in die Grundpauschale, verknüpft mit einer besonderen Preisvereinbarung für die übrigen, weiterhin zu Lasten der Krankenkassen und nur auf ärztliche Verordnung erbrachten, HKP-Leistungen.

Die im Modellvertrag als „Verschmelzung der Leistungsansprüche nach SGB XI und SGB V“ bezeichnete Regelung betrifft die HKP-Leistungen „Medikamentengabe und das Medikamentenmanagement ohne Injektionen, das Anlegen von Kompressionsstrümpfen, Blutzuckermessung und Insulingabe“ (HR-45f, § 4 Absatz 4).

Da die Grundpauschale von den HR-BEW zu finanzieren ist, wären sie durch den Einbezug dieser bei ambulanter Pflege eigentlich von der Krankenkasse getragenen HKP-Leistungen finanziell benachteiligt (Anders formuliert: Die Krankenkasse hätte ihre Leistungspflichten für die genannten HKP-Leistungen auf die HR-BEW überwälzt). Um diesen Nachteil auszugleichen, erhalten die HR-BEW von der Kranken-/Pflegekasse einen in dem HR-Finanzierungsmodell als „SGB V-Pauschale“ bezeichneten Betrag von 200 € monatlich, als Beitrag zur Finanzierung der HR-Grundpauschale (vgl. Abschnitt 1.2.3.6). Dem Betrag von 200 € liegt eine gesonderte Kalkulation auf Basis des Zeitbedarfs zugrunde, den Pflegefachkräfte im HR für die Erbringung dieser Leistungen benötigen.

Darüber hinaus ist im Rahmen des Modells mit den beteiligten Krankenkassen eine besondere Preisregelung für nicht durch die Grundpauschale erfasste HKP-Leistungen getroffen worden, die Preisabschläge vorsieht: Für Leistungen der Leistungsgruppe 1 (z.B. Blutdruckmessung, Inhalationen) wird ein Preisabschlag von 20 %, für Leistungen der Leistungsgruppe 2 (z.B. Klistiere, Versorgung bei PEG) von 13 % und für die Leistungsgruppe 3 (z.B. Stoma-Versorgung, Absaugen der oberen Luftwege) von 10 % vereinbart. Nicht zum HR-Träger gehörende ambulante Pflegedienste, die BEW des HR versorgen wollen, müssen sich in dem obligatorisch mit dem HR zu schließenden Kooperationsvertrag auch dieser besonderen Preisvereinbarung anschließen.

1.2.3.5 Qualitätssicherung und Dokumentation

Wie oben bereits dargelegt, wird das HR in Bezug auf die ordnungs- und sozialrechtlichen Bestimmungen zur Qualitätssicherung als stationäre Einrichtung angesehen und unterliegt damit den entsprechenden Vorgaben zur Qualitätssicherung und den Qualitätsprüfungen. Für BEW des HR bedeutet dies, dass sie im Prinzip sowohl im Rahmen einer stationären Qualitätsprüfung als auch bei einer Qualitätsprüfung ihres ambulanten Pflegedienstes für eine personenbezogene Prüfung in Betracht kommen können.

Ein potenzielles Problem dieser quasi gleichzeitigen Zugehörigkeit zum ambulanten und stationären Sektor könnte die Pflegedokumentation sein, die für jede pflegebedürftige Person doppelt (vom HR und vom Pflegedienst) zu führen wäre. Um dies zu vermeiden, ist festgelegt, dass auch die an der Pflege beteiligten ambulanten Pflegedienste in der „stationären“ Dokumentation des HR dokumentieren. Dies gilt auch für externe Dienste, die in dem Kooperationsvertrag (HR-KV, § 4) entsprechend verpflichtet werden.

Der Kooperationsvertrag mit ambulanten Pflegediensten, die nicht zum HR-Träger gehören, enthält ferner weitere Regelungen, die sich ebenfalls der Qualitätssicherung zuordnen lassen:

- Die Gesamtverantwortung für „eine fachlich einwandfreie und der Situation des Bewohners angepasste Pflege trägt BeneVit“ (HR-KV, § 1).
- Die HR-BEW bevollmächtigen den HR-Träger den von ihnen geschlossenen Vertrag mit einem externen Pflegedienst zu kündigen, „falls dieser nach der fachlichen Einschätzung von BeneVit einzelne oder alle Wahlleistungen nicht oder ungenügend erbringt“ (HR-VWL, § 7 Absatz 1 bzw. HR-KV, § 1).

Im Übrigen sind die Maßnahmen der internen und externen Qualitätssicherung des HR in der Betriebskonzeption eigens dargestellt, wobei die beschriebenen Vorgehensweisen im Wesentlichen, dem auch in anderen stationären Einrichtungen üblichen Standard des Qualitätsmanagements entsprechen.

1.2.3.6 Vergütung und Finanzierung

Ein weiterer zentraler Bestandteil des Modells HR ist das Finanzierungskonzept der „stambulanten“ Versorgung. Ausgangspunkt sind die vom HR-Betreiber den Vertragspartnern nachgewiesenen Versorgungskosten für die Leistungsmodule „Wohnen“ (Unterkunft) und die Grundleistungen (Personalkosten, Verpflegung usw.). Beim Start der Modellerprobung beliefen sich die Versorgungskosten im HR auf monatlich etwa 2.800 Euro (Tabelle 2), im Jahr 2021 waren es knapp 3.400 Euro (Tabelle 3). Bei der Bewertung dieser Beträge ist das spezifische Modellkonzept zu berücksichtigen, insbesondere das Personalkonzept des HR (vgl. den vorangehenden Abschnitt).

Zur Finanzierung der Versorgungskosten stehen den HR-BEW vier Finanzierungs-komponenten zur Verfügung, die sich aus Leistungsansprüchen gegen die Pflegeversicherung speisen bzw. eine Kompensation für die Inklusion von ausgewählten HKP-Leistungen in die Grundleistungen darstellen:

- Pflegesachleistungen gem. § 36 SGB XI: Da das Modell HR leistungsrechtlich als ambulante Versorgung gilt, haben die HR-BEW entsprechend ihres Pflegegrades Anspruch auf die Leistungsbeträge gem. § 36 SGB XI. Von diesen Leistungsbeträgen wird ein konstanter Betrag für die Finanzierung der Grundleistungen abgezogen, bei Pflegegrad 2 sind dies 689 Euro (bis 31.12.2021 entsprechend dem kompletten Leistungsbetrag), in den Pflegegraden 3 bis 5 jeweils 700 Euro. Die verbleibenden Leistungsbeträge stehen den HR-BEW für die Finanzierung von Wahlleistungen zur Verfügung bzw. können im Sinne der Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI) anteilig als Pflegegeld ausgezahlt werden.
- Die zweite Komponente ist der Wohngruppenzuschlag (Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen) gem. § 38a SGB XI (früher § 38 SGB XI), der unabhängig vom Pflegegrad 214 Euro beträgt.
- Als dritte Komponente wird den BEW ein – eigentlich dem stationären Leistungsrecht zugehöriger – Betrag für Betreuungsleistungen gewährt, der sich aus dem bis Ende 2016 geltenden § 87b SGB XI (Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen) ableitet². Bis 2021 waren dies 85 €, ab 2022 sind es 120 €.
- Das vierte Element ist die sog. „SGB V-Pauschale“ in Höhe von 200 €, die bereits in Abschnitt 1.2.3.4 erläutert wurde.

² Mit dem Pflegestärkungsgesetz II wurde § 87b SGB XI aufgehoben und die zusätzliche Betreuung und Aktivierung in einen individuellen Leistungsanspruch der Versicherten umgewandelt (§ 43b SGB XI). Die Vergütungszuschläge gem. § 87b SGB XI (aF) sind in den allgemeinen Vorschriften zur Vergütung von stationären Einrichtungen aufgegangen (§ 84 Abs. 8 SGB XI bzw. § 85 Abs. 9 SGB XI).

In der Summe stehen den HR-BEW damit für die Finanzierung der Versorgungskosten im HR aus Leistungen der Pflege- bzw. Krankenversicherung zwischen 499 Euro (PG 1) und 1.199 Euro (PG 3 bis 5) zur Verfügung. Die Differenz ist als Eigenanteil zu tragen. Einzelheiten der Finanzierung sowie der resultierenden Eigenanteile sind in Tabelle 2 für das Jahr 2017³, in Tabelle 3 für das Jahr 2021 und in Tabelle 4 für das Jahr 2022 dargestellt.

Tabelle 2: Finanzierung HR 2017 (Monatswerte)

	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Pflegesachleistung § 36 SGB XI, Anspruch gesamt	-	689,00	1.298,00	1.612,00	1.995,00
Kosten HR (Grundleistungen und Wohnen)	2.835,08	2.835,08	2.835,08	2.835,08	2.835,08
Finanzierung HR (Grundleistungen und Wohnen)					
Pflegesachleistung § 36 SGB XI, Anteil für Grundleistung und Wohnen	0	689,00	700,00	700,00	700,00
SGB V Pauschale	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00
Wohngruppenzuschlag § 38 (aF) / § 38a SGB XI	214,00	214,00	214,00	214,00	214,00
Betreuungsleistungen § 87b (aF) / § 43b SGB XI	85,00	85,00	85,00	85,00	85,00
Summe Leistungen Pflege-/Krankenversicherung	499,00	1.188,00	1.199,00	1.199,00	1.199,00
Eigenanteil	2.336,08	1.647,08	1.636,08	1.636,08	1.636,08
Pflegesachleistung § 36 SGB XI, verbleibender Anspruch zur Finanzierung von Wahlleistungen					
Pflegesachleistung § 36 SGB XI, verbleibender Anspruch zur Finanzierung von Wahlleistungen	0	0	589,00	912,00	1.295,00

Quelle: §§ 36, 38a, 43b SGB XI; HR-45f, Anlage 7; Unterlagen von BeneVit

Anmerkung: In 2016/17 wurde bzgl. der Kosten HR noch zwischen Einzelzimmer mit eigenem bzw. mit gemeinsamem Bad differenziert (Unterschied ca. 70 € monatlich). In der Tabelle ist der mittlere Betrag angesetzt. PG: Pflegegrad.

³ Auf die Darstellung für 2016 wird verzichtet, weil zu diesem Zeitpunkt noch die Pflegestufen in Kraft waren. Die Versorgungskosten des HR haben sich von 2016 zu 2017 nicht verändert.

Tabelle 3: Finanzierung HR 2021 (Monatswerte)

	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Pflegesachleistung § 36 SGB XI, Anspruch gesamt	-	689,00	1.298,00	1.612,00	1.995,00
Kosten HR (Grundleistungen und Wohnen)	3.398,33	3.398,33	3.398,33	3.398,33	3.398,33
Finanzierung HR (Grundleistungen und Wohnen)					
Pflegesachleistung § 36 SGB XI, Anteil für Grundleistung und Wohnen	0	689,00	700,00	700,00	700,00
SGB V Pauschale	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00
Wohngruppenschlag § 38 (aF) / § 38a SGB XI	214,00	214,00	214,00	214,00	214,00
Betreuungsleistungen § 87b (aF) / § 43b SGB XI	85,00	85,00	85,00	85,00	85,00
Summe Leistungen Pflege- /Krankenversicherung	499,00	1.188,00	1.199,00	1.199,00	1.199,00
Eigenanteil	2.899,33	2.210,33	2.199,33	2.199,33	2.199,33
Pflegesachleistung § 36 SGB XI, verbleibender Anspruch zur Finanzierung von Wahlleistungen					
Pflegesachleistung § 36 SGB XI, verbleibender Anspruch zur Fi- nanzierung von Wahlleistungen	0	0	589,00	912,00	1.295,00

Quelle: §§ 36, 38a, 43b SGB XI; von der BeneVit Holding zur Verfügung gestellte aktua-
lisierte Kalkulationsunterlagen

Anmerkung: PG: Pflegegrad

Tabelle 4: Finanzierung HR 2022 (Monatswerte)

	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Pflegesachleistung § 36 SGB XI, Anspruch gesamt	-	724,00	1.363,00	1.693,00	2.095,00
Kosten HR (Grundleistungen und Wohnen)	3.806,27	3.806,27	3.806,27	3.806,27	3.806,27
Finanzierung HR (Grundleistungen und Wohnen)					
Pflegesachleistung § 36 SGB XI, Anteil für Grundleistung und Wohnen	0	700,00	700,00	700,00	700,00
SGB V Pauschale	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00
Wohngruppenzuschlag § 38 (aF) / § 38a SGB XI	214,00	214,00	214,00	214,00	214,00
Betreuungsleistungen § 87b (aF) / § 43b SGB XI	120,00	120,00	120,00	120,00	120,00
Summe Leistungen Pflege- /Krankenversicherung	534,00	1.234,00	1.234,00	1.234,00	1.234,00
Eigenanteil	3.272,27	2.572,27	2.572,27	2.572,27	2.572,27
Pflegesachleistung § 36 SGB XI, verbleibender Anspruch zur Finanzierung von Wahlleistungen					
Pflegesachleistung § 36 SGB XI, verbleibender Anspruch zur Fi- nanzierung von Wahlleistungen	0	24,00	663,00	993,00	1.395,00

Quelle: §§ 36, 38a, 43b SGB XI; von der BeneVit Holding zur Verfügung gestellte aktualisierte Kalkulationsunterlagen

Anmerkung: PG: Pflegegrad

Zur Einordnung der Höhe der von den HR-BEW zu entrichtenden Eigenanteile können zunächst die durchschnittlich zu tragenden Eigenanteile⁴ bei vollstationärer Pflege in Baden-Württemberg herangezogen werden. Diese betragen im Jahr 2017 durchschnittlich 1.858 Euro (Rothgang et al. 2017: 31) und im Jahr 2021 durchschnittlich 2.463 Euro (VdEK 2021). Im Vergleich zur vollstationären Versorgung ergab sich damit in diesen beiden Zeiträumen für die HR-BEW ab dem Pflegegrad 2 eine monatliche Ersparnis zwischen ca. 210 und 290 Euro. Nicht berücksichtigt ist dabei, inwieweit die HR-BEW ggf. zusätzliche Kosten für Wahlleistungen tragen müssen, falls ihre Restbudgets aus den Pflegesachleistungen zur Finanzierung von benötigten Wahlleistungen nicht ausreichen (vgl. dazu die empirischen Ergebnisse in Abschnitt 3.6).

⁴ Summe aus einrichtungseinheitlichem Eigenanteil, Unterkunft und Verpflegung, Investitionskosten

Im Jahr 2022 galten die neuen Regelungen des § 43c SGB XI zur Begrenzung der Eigenanteile an den pflegebedingten Aufwendungen. Die Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 in vollstationärer Pflege erhalten seitdem je nach Dauer ihres Bezugs von Leistungen nach § 43 SGB XI einen Zuschlag zu dem von ihnen zu tragenden Eigenanteil an den pflegebedingten Kosten. Bei Leistungsbezug von bis zu 12 Monaten beträgt der Zuschlag 5% dieses Eigenanteils, bei mehr als 12 Monaten sind es 25%, bei mehr als 24 Monaten 45% und bei mehr als 36 Monaten 70%⁵. Ab 2022 ist es daher nicht mehr sinnvoll, einen einzigen Durchschnittsbetrag für die Höhe der zu tragenden Eigenanteile (EEE, Investitionskosten, Unterkunft und Verpflegung) zu berechnen. Zum Stichtag 1.7.2022 hat der Verband der Ersatzkassen folgende durchschnittlichen Eigenanteile für Baden-Württemberg veröffentlicht (VdEK 2023):

- bis 12 Monate im Leistungsbezug § 43 SGB XI: 2.555 €
- ab 12 Monate: 2.298 €
- ab 24 Monate: 2.041 €
- ab 36 Monate: 1.719 €

Ab 2022 hatten die BEW des HR in allen Pflegegraden somit einen höheren Eigenanteil zu tragen, als es bei einer vollstationären Versorgung in Baden-Württemberg im Durchschnitt der Fall gewesen wäre. Bei längerer Aufenthaltsdauer (ab 36 Monate) beträgt der Unterschied mehr als 850 € pro Monat zugunsten der vollstationären Versorgung.

⁵ Dies sind die im Jahr 2022 und noch bis 31.12.2023 geltenden Zuschläge gem. § 43c SGB XI. Ab 01.01.2024 gelten höhere Zuschläge.

2. Fragestellungen und Methodik der wissenschaftlichen Evaluation

2.1 Fragestellungen der wissenschaftlichen Evaluation

Als übergeordnete Frage ist durch die Evaluation zu untersuchen, wie das Modell HR hinsichtlich der Qualität der pflegerischen Versorgung, der Arbeitssituation der Mitarbeitenden sowie der Kosten für die BEW und die Sozialversicherungen zu bewerten ist. Als Maßstäbe sollen dabei die Versorgung in vollstationären Einrichtungen (VST) bzw. in ambulant betreuten Wohngruppen (ambWG) herangezogen werden. In einem weiteren Schritt sollen mit Blick auf eine Verstetigung bzw. Übernahme des Modells in die Regelversorgung die erforderlichen rechtlichen Anpassungen beschrieben sowie die potenziellen strukturellen Auswirkungen untersucht werden.

Im Detail sind der Evaluation sechs Fragenkomplexe (FK) zur Bearbeitung vorgegeben:

FK I: Modellausgestaltung und Arbeitsorganisation

Im ersten Fragenkomplex ist zu untersuchen, wie das Modellkonzept des HR in der Praxis tatsächlich umgesetzt wird. Eine zentrale Frage ist dabei, in welchem Maße die pflegerische Versorgung tatsächlich individuell und ggf. unter Beteiligung von An- und Zugehörigen gestaltet wird, d.h. welche Aufgaben von den professionellen Beteiligten (Pflegefachkräfte des HR bzw. der ambulanten Pflegedienste, Präsenzkräfte) bzw. von informell Pflegenden (An- und Zugehörige) übernommen werden und wie deren Zusammenwirken organisiert ist. Im FK I geht es somit zum einen darum, zu ermitteln, inwiefern sich der Versorgungsmix der BEW des HR von der Situation vergleichbarer pflegebedürftiger Menschen unterscheidet, die im VST- bzw. ambWG-Setting versorgt werden. Zum anderen sollen die Tätigkeitsprofile der professionell Pflegenden im HR vergleichend analysiert werden.

FK II: Qualität der Versorgung

Im zweiten Fragenkomplex sollen Auswirkungen der spezifischen Modellkomponenten des HR auf Aspekte der Versorgungsqualität untersucht werden. Entsprechende Effekte können sich im Vergleich zum ambWG-Setting bspw. als Konsequenz aus der im HR gegebenen 24-Std.-Präsenz einer Fachkraft, der dem stationären Setting ähnelnden technisch-baulichen Ausstattung sowie der Gültigkeit der stationären Qualitätssicherungsregularien ergeben. Im Vergleich zu einer Versorgung im VST-Setting ist dagegen u.a. zu untersuchen, ob sich der spezifische Versorgungsmix im Sinne ggf. abweichender Tätigkeits- und Qualifikationsprofile der an der Pflege beteiligten Personen sowie die zusätzlichen Schnittstellen und Abstimmungsbedarfe auswirken.

Als Indikatoren für die Versorgungsqualität sollen gemäß der Leistungsbeschreibung u.a. die Zahlen ungeplanter Krankenhausaufenthalte und -transporte sowie Veränderungen des Pflegegrades der BEW untersucht werden. Insbesondere mit Blick auf diese Ergebnisindikatoren ist zu berücksichtigen, dass sich die Zusammensetzung der BEW im HR hinsichtlich des pflegerischen Unterstützungsbedarfs, der Morbiditätsrisiken sowie der familiären Ressourcen möglicherweise von der entsprechenden Zusammensetzung in VST- bzw. ambWG-Settings unterscheidet. Teil der Untersuchungsfragen im FK II ist daher die Beschreibung entsprechender Unterschiede zwischen den Versorgungsformen, die u. a. bei der Bewertung von Effekten auf die Versorgungsqualität zu berücksichtigen sind.

FK III: Differenzierte Bewertung der Versorgungsform durch Pflegebedürftige, Pflegepersonal und involvierte Angehörige

Im dritten Fragenkomplex sollen gemäß der Leistungsbeschreibung Faktoren herausgearbeitet und bewertet werden, die von Pflegebedürftigen, Pflegepersonal und pflegenden Angehörigen positiv bzw. negativ oder als Belastung wahrgenommen werden.

Mit der Ambition „stationäre Sicherheit mit ambulanter Vielfalt“ zu verbinden, erhebt das HR den Anspruch, den Wünschen – zumindest einer Teilgruppe – von Pflegebedürftigen und ihrer Familien besser gerecht werden zu können, als es in den alternativ in Frage kommenden Versorgungsformen möglich ist. Dies betrifft sowohl die Wohn-, Pflege- und Servicequalität, als auch finanzielle Aspekte. Die mit dem Konzept verbundenen Änderungen in den Arbeitsaufgaben – zumindest der im HR beschäftigten – Pflegekräfte können ferner auch die Berufszufriedenheit beeinflussen. Demgegenüber stehen möglicherweise auch zusätzliche Belastungen, z. B. durch höhere Koordinationsaufwände mit anderen an der Pflege beteiligten Personen oder Diensten.

FK IV: Einordnung in bestehende leistungs- und ordnungsrechtliche Rahmenbedingungen

Im vierten Fragenkomplex geht es darum, die verschiedenen Modellinterventionen des HR (vgl. die ausführliche Modellbeschreibung in Abschnitt 1.2) in die bestehenden leistungs- und ordnungsrechtlichen Regularien auf Landes- und Bundesebene einzuordnen, um den ggf. entstehenden Anpassungsbedarf bei einer Verstetigung des Modells sichtbar zu machen. Ein besonderes Augenmerk soll dabei den Regelungen für die externen Qualitätsprüfungen gelten.

Die Abgrenzung von stationären Einrichtungen und anderen unterstützenden Wohnformen (ambWG) sowie die jeweils resultierenden Rechtspflichten sind in den jeweiligen Heimgesetzen der Bundesländer geregelt. Im Rahmen der Evaluation ist zu prüfen, inwieweit eine Realisierung des Versorgungskonzepts ggf. in anderen Bundesländern auf spezifische ordnungsrechtliche Hindernisse trafe bzw. sich zusätzliche Rechtspflichten ergäben, die eine entsprechende An-

passung des Konzepts erforderten. Mit Blick auf das Leistungsrecht interveniert das Modell HR nicht nur in bestehende Regelungen des SGB XI („stambulante Versorgung“). Mit der Inklusion ausgewählter Leistungen der häuslichen Krankenpflege gem. § 37 SGB V in die „HR-Grundleistungen“ (vgl. Abschnitt 1.2.3.4) wird ferner die leistungsrechtliche Abgrenzung zwischen SGB V und SGB XI bei ambulanter Pflege berührt.

FK V: Analyse der Kosten

Ein veränderter Versorgungsmix sowie unterschiedliche leistungsrechtliche Zuordnungen der Versorgungsleistungen im Modell HR können bei mehreren Kostenträgern im Vergleich zur Versorgung in einem vollstationären Setting, einer ambulant betreuten Wohngruppe oder der ambulanten häuslichen Pflege zu unterschiedlichen Kostenbelastungen führen: Mit Blick auf die Pflegeversicherung ist zu untersuchen, welche fiskalischen Effekte die leistungsrechtliche Zuordnung des HR zum ambulanten Sektor hat. Dabei sind im HR sowie bei vergleichbaren Versicherten in ambulanten Versorgungssettings vor allem die konkret in Anspruch genommenen Leistungsbeträge gem. §§ 36, 38, 38a, 39, 40, 41, 42 und 45b SGB XI zu betrachten und mit den Leistungsbeträgen gem. § 43 SGB XI zu vergleichen.

Mit Blick auf die gesetzliche Krankenversicherung sind als direkte Kosten die Ausgaben für häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V) sowie als indirekte Kosteneffekte die möglicherweise zwischen den Versorgungsformen differierenden Ausgaben für akutstationäre Versorgung zu analysieren. Soweit möglich ist ferner zu prüfen, inwieweit die Ausgaben der Sozialhilfeträger für die Hilfe zur Pflege (§ 63 SGB XII) bei den BEW des HR von den Vergleichssettings abweichen.

In dem auf der Analyse von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg basierenden Ergebniskapitel zu diesem Fragenkomplex (Abschnitt 3.7) werden nicht nur Ergebnisse zu den Kosten, sondern auch zu den zugrundeliegenden Inanspruchnahmehäufigkeiten der betrachteten Leistungsarten des SGB XI bzw. SGB V berichtet.

Schließlich ist die Versorgung im HR aus der finanziellen Perspektive der BEW zu untersuchen. Insbesondere ist zu prüfen, inwieweit die Ambition des Modells zutrifft, dass die Zuzahlungen aus eigener Tasche bei einer Versorgung im HR niedriger sind als bei vollstationärer Versorgung in Baden-Württemberg. Speziell für diese Fragestellung sind die zum 1.1.2022 in Kraft getretenen Neuregelungen des § 43c SGB XI von Bedeutung, die Pflegebedürftige in vollstationärer Versorgung finanziell besserstellen und deren Auswirkungen mit Blick auf die BEW des HR im endgültigen Abschlussbericht (zum 31.10.2023) untersucht werden.

FK VI: Strukturelle Auswirkungen

Die Leistungsbeschreibung der Evakuationsuntersuchung geht grundsätzlich von einer Adaptierbarkeit des Modells HR an die Rahmenbedingungen der

Pflege bzw. der betroffenen sozialen Sicherungssysteme aus. Vor diesem Hintergrund soll analysiert werden, welche Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit, Qualität und Kosten der pflegerischen Versorgung mit einer Ausweitung des Modells voraussichtlich verbunden wären.

Mit Blick auf die Untersuchung dieser Fragenkomplexe verlangt die Leistungsbeschreibung eine empirische Untersuchung, die qualitative und quantitative Forschungsansätze kombiniert sowie eine längsschnittliche Analyse mit mehreren Messzeitpunkten durchführt. In die empirischen Erhebungen sollen sowohl Pflegebedürftige als auch professionell und informell Pflegenden einbezogen werden. Das Modell HR soll mit Einrichtungen der stationären Pflege sowie ambulanten Wohnformen, insbesondere ambulant betreuten Wohngemeinschaften, verglichen werden.

Die Untersuchung wurde durch die AOK Baden-Württemberg durch Bereitstellung von Daten, insbesondere zur Beantwortung der Fragenkomplexe FK II und FK V unterstützt (vgl. dazu Abschnitt 2.5). Ferner hat der HR-Träger (BeneVit Holding GmbH) den Evaluatoren alle angeforderten Daten und Dokumente zur Verfügung gestellt, den Zugang zum HR sowie einer VST-Vergleichseinrichtung ermöglicht und die Durchführung der Evaluation unter den schwierigen Rahmenbedingungen der COVID-Pandemie jederzeit unterstützt.

2.2 Evaluationskonzept im Überblick

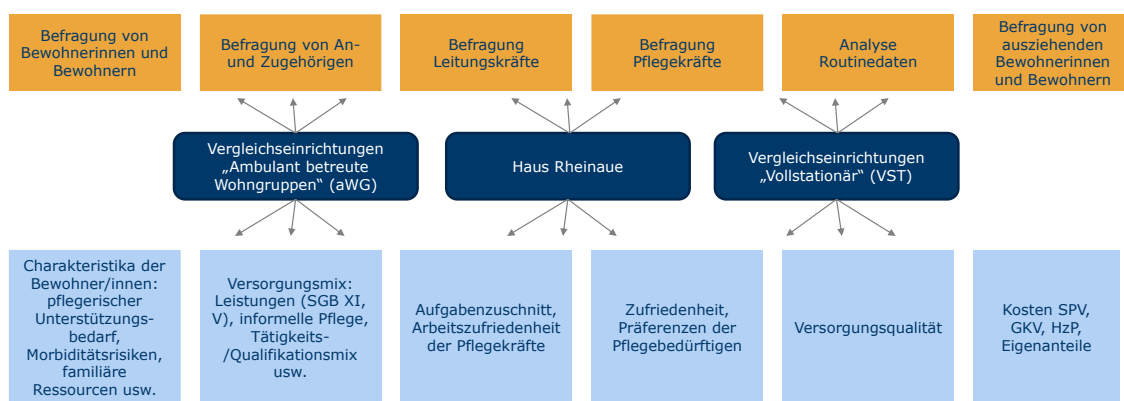
Die Evaluation fokussiert mit dem Modell „Haus Rheinaue“ eine einzige Einrichtung mit lediglich 56 pflegebedürftigen BEW. Vor diesem Hintergrund sind primär quantitative Evaluationsansätze nicht bzw. nur mit eingeschränkter Aussagekraft möglich. Ferner ist darauf hinzuweisen, dass alle Aussagen, die die Evaluationsuntersuchung über das HR trifft, insofern nur begrenzt verallgemeinerbar sind, als es sich um eine singuläre Einrichtung handelt und nicht auszuschließen ist, dass bei weiteren Umsetzungen des Modellkonzepts auch von den Ergebnissen dieser Evaluation abweichende Ergebnisse auftreten können.

Für die Entwicklung des Feinkonzepts der Evaluation, zur Sammlung von Basisdaten über das Modell HR sowie zur Schaffung der Grundlagen für eine adäquate Auswahl von Vergleichseinrichtungen wurde zunächst ein Initialbesuch im „Haus Rheinaue“ durchgeführt. Dabei sollten detailliertere Informationen über die Umsetzung der Versorgungsform, Einzelheiten zu den angebotenen Leistungen, Vergütungsmodalitäten sowie Charakteristika der BEW durch Gespräche mit Führungskräften und ausgewählten Beschäftigten sowie durch eine Hospitation/Begehung gesammelt werden. Zur Vorbereitung des Initialbesuchs hatte IGES zentrale konzeptuelle und vertragsrechtliche Unterlagen zur „stambulanten Versorgung“ im HR von der BeneVit Holding erhalten. Für den Initialbesuch selbst war ein Rundgang durch die Einrichtung, die Beantwortung von Fragen zu den vorab gelieferten Dokumenten und die Ergänzung der aus den Unterlagen extrahierten Informationen

geplant. Aufgrund der Entwicklung der pandemischen Situation wurde der Initialbesuch zunächst verschoben und wurde dann schließlich als Videokonferenz durchgeführt.

Das Evaluationskonzept beruht auf einer „360°-Analyse“, d.h. einer Erhebung von Informationen aus möglichst allen relevanten Perspektiven, um ein umfassendes Bild des jeweiligen Versorgungsmodells zu erhalten. Es wurden BEW, Angehörige, Mitarbeitende und das Leitungspersonal schriftlich und mündlich befragt sowie Dokumente (z.B. Vertragsunterlagen) ausgewertet. Zusätzlich wurde eine quantitative Sekundärdatenanalyse basierend auf den Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg durchgeführt. Abbildung 1 zeigt dieses Konzept in einer Übersicht.

Abbildung 1: 360-Grad-Analyse der Versorgungskonstellationen



Quelle: IGES Institut

Geplant waren ursprünglich zwei Erhebungszyklen mit Datenerhebungen vor Ort im HR sowie in den Vergleichseinrichtungen. Abweichend von diesem Plan wurde der zweite Erhebungszyklus mit Zustimmung des Auftraggebers weitgehend als schriftliche Befragung durchgeführt. Bereits in der ersten Erhebungswelle stellten die Datenerhebungen vor Ort in den Pflegeeinrichtungen wegen der COVID-Pandemie eine große organisatorische Herausforderung dar, die den beteiligten Einrichtungen in der zweiten Welle erspart werden sollte (u.a. mussten wegen des Infektionsgeschehens mehrfach geplante Erhebungstermine abgesagt werden, vgl. dazu Abschnitt 2.4). Die Vor-Ort Besuche waren v. a. für die Erhebung der Bewohnerperspektive in persönlichen Interviews wichtig, da diese Zielgruppe durch schriftliche Befragungen kaum erreichbar ist. Im Datenerhebungszyklus II wurden die Mitarbeitenden, Angehörigen und Leitungspersonen bei fast allen Einrichtungen ausschließlich durch schriftliche oder Online-Befragungen, ggf. unterstützt durch telefonische oder video-gestützte Interviews, befragt. Vor-Ort Besuche und Bewohnerinterviews wurden nur in den Einrichtungen durchgeführt, welche pandemiebedingt im Erhebungszyklus I nicht besucht werden konnten.

Verzögerungen während der Durchführung des Projekts

Die COVID-Pandemie hat die Durchführung der Datenerhebungen durchgehend beeinflusst. Das HR und die Vergleichseinrichtungen waren durch die pandemische Situation zeitweise stark eingeschränkt u. a. durch Personalausfall und Corona-Ausbrüche bei den BEW. Darüber hinaus kam es auch durch Urlaubszeiten, Neu-besetzungen von Leitungspersonal (drei Einrichtungen) und Verteilungsprobleme der Fragebögen zu Verzögerungen. Durch Substitution von Präsenzerhebungen durch virtuelle oder schriftliche Formate sowie die Verschiebung von Terminen ist es gelungen, die geplanten Datenerhebungen zu realisieren. Dabei waren Verzögerungen gegenüber dem ursprünglichen Zeitplan jedoch unvermeidbar.

Zu einer weiteren Verzögerung des Erhebungsplans kam es im Juni/Juli 2021. Am 09.06.2021 wurde IGES von der BeneVit Holding darüber in Kenntnis gesetzt, dass in Erwägung gezogen werde, das Modellvorhaben HR und damit auch die Teilnahme an dem Evaluationsvorhaben zu beenden. Nach Rücksprache mit dem GKV-Spitzenverband wurde daraufhin die Projektarbeit vorläufig eingestellt und die bereits für Anfang Juli 2021 geplanten und logistisch vorbereiteten Erhebungstermine wurden abgesagt. Am 23.06.2021 konnte nach Rücksprache mit dem GKV-Spitzenverband die Projektarbeit wiederaufgenommen werden. Trotz der relativ kurzen Unterbrechung musste die Planung der Erhebungstermine in den Einrichtungen komplett neu aufgesetzt werden.

Durch die Projektunterbrechung und Verschiebungen aufgrund der Corona-Pandemie oder anderer Besonderheiten der teilnehmenden Einrichtungen konnte der Datenerhebungszyklus I nicht, wie geplant, im Juli 2021 beendet werden. Die Datenerhebungen haben v. a. im August und September 2021 stattgefunden, allerdings konnten einzelne Einrichtungen erst im Oktober und November 2021 besucht werden. Der Datenerhebungszyklus II fand nicht, wie geplant, ab Mai 2022, sondern von Juni bis Anfang September 2022 statt.

2.3 Gewinnung von Vergleichseinrichtungen

Mit Blick auf die Auswahl der Vergleichseinrichtungen wurden folgende Aspekte zugrunde gelegt: Da anzunehmen ist, dass die „stambulante“ Versorgungsform des HR für ein bestimmtes Segment von pflegebedürftigen Menschen bzw. Familien mit pflegebedürftigen Mitgliedern besonders geeignet bzw. attraktiv ist, sollten die Vergleichseinrichtungen so gewählt werden, dass dort eine hinreichende Zahl von Personen aus den Zielgruppen vertreten ist, für die diese Versorgungsform grundsätzlich ebenfalls in Betracht käme. Da das Versorgungsmodell konzeptionell zwischen einer VST und einer ambWG anzusiedeln ist, wurden sowohl vollstationäre Einrichtungen als auch ambWG als Vergleichseinrichtungen einbezogen. Um zwischen diesen und dem HR einen validen Vergleich von Leistungen und Qualität zu ermöglichen, wurden die Vergleichseinrichtungen ausschließlich in Baden-Württemberg gewonnen, so dass sichergestellt war, dass einheitliche ordnungsrechtliche und vertragliche Rahmenbedingungen gelten.

Das von IGES vorgeschlagene Umsetzungskonzept sah vor, drei vollstationäre Einrichtungen als Vergleichseinrichtungen zu gewinnen. Darunter sollte eine vollstationäre Einrichtung der BeneVit Holding GmbH sein, da dort voraussichtlich auch auf Ebene der Unternehmensführung die gleichen Grundsätze wie im HR gelten sollten. Dadurch kann ggf. besser differenziert werden, welche Unterschiede und Effekte mit der spezifischen Versorgungsform, unabhängig von der Unternehmenszugehörigkeit, zusammenhängen. Die anderen beiden stationären Vergleichseinrichtungen sollten eine ähnliche Größe wie das HR haben. Nach Abstimmung mit dem Auftraggeber wurde ferner festgelegt, dass zwei der drei vollstationären Vergleichseinrichtungen ebenfalls dem Hausgemeinschaftskonzept (im Folgenden: hgVST), die dritte Einrichtung dagegen einem „konventionellen“ Versorgungsmodell (im Folgenden: konVST) folgen sollte.

Mit Blick auf das Ziel, eine stationäre Pflegeeinrichtung ohne Hausgemeinschaftskonzept in die Untersuchung einzuschließen ist zu berücksichtigen, dass die Verordnung des Sozialministeriums zur baulichen Gestaltung von Heimen und zur Verbesserung der Wohnqualität in den Heimen Baden-Württembergs (LHeimBauVO⁶) für alle stationären Pflegeeinrichtungen eine dem Hausgemeinschaftskonzept stark ähnelnde Gestaltung vorsieht. Für diese Vorschrift gibt es zwar Übergangsregelungen, de facto ist aber davon auszugehen, dass die Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg der Verpflichtung zu baulichen Anpassungen gefolgt sind.

Als ambulante Vergleichseinrichtungen kommen grundsätzlich ambulant betreute Wohngruppen in Betracht. Das WTPG unterscheidet zwischen „vollständig selbstverantworteten Wohngemeinschaften“ – die nicht den Bestimmungen des WTPG unterliegen (§ 2 Abs. 3 WTPG) – und ganz oder teilweise von einem Anbieter verantworteten „ambulant betreuten Wohngemeinschaften“ (§ 4 WTPG). Da die träger- oder anbieterverwalteten „ambulant betreuten Wohngemeinschaften“ dem HR-Modell näherkommen und diese auch in anderen Bundesländern umgesetzt werden, sollten sie als weitere Vergleichsgruppe herangezogen werden. Die Zahl als Vergleichseinrichtungen einzuschließender ambWG wurde so gewählt, dass in der Summe etwa die gleiche Zahl von pflegebedürftigen BEW erreicht wird, wie im HR, d. h. bei Bewohnerzahlen zwischen sechs und zwölf je Wohngruppe also zwischen sechs und zehn ambWG.

Zur Gewinnung von Vergleichseinrichtungen wurden mit Vermittlung durch die AOK Baden-Württemberg sowie über bestehende Kontakte des IGES Instituts Träger vollstationärer Einrichtungen angesprochen. Insgesamt wurden sieben Träger mit der Bitte um Teilnahme angeschrieben (AWO Baden-Württemberg; Evangelische Heimstiftung; Kleeblatt Pflegeheime gGmbH; Paul Wilhelm Keppler Stiftung; Samariterstiftung; Städtische Pflegeheime Esslingen am Neckar; Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg). Im Mai 2021 konnten aus diesem Kreis zwei vollstationäre Einrichtungen rekrutiert werden (einmal hgVST, einmal konVST – jeweils eines anderen Trägers). Zudem waren zwei Einrichtungen bereit als „Reserve“ zu dienen,

⁶ <https://www.landesrecht-bw.de/jportal/?quelle=jlink&query=Heim-BauV+BW&psml=bsbawueprod.psml&max=true&aiz=true> [abgerufen am 28.01.2022]

falls eine der gewonnenen Einrichtungen abspringen sollte. Wie erwartet, ähnelt das Wohnkonzept der konVST entsprechend der Vorgaben der LHeimBauVO auch einem Hausgemeinschaftskonzept⁷. Weiterhin hat die BeneVit Holding eine hgVST benannt, die als dritte stationäre Vergleichseinrichtung in die Datenerhebungen eingeht.

Für die Gewinnung von ambWG hat IGES die „Fachstelle ambulant unterstützte Wohnformen“ (FaWo) des Kommunalverbands für Jugend und Soziales Baden-Württemberg⁸ um Unterstützung gebeten. Die FaWo hat die Kontaktdaten von anbieterverantworteten ambWG zur Verfügung gestellt, die anschließend von IGES wegen einer Teilnahme an der Evaluation angeschrieben wurden. Bei der Ansprache wurde darauf geachtet, möglichst keine ambWG anzuschreiben, die sich ausschließlich auf eine besondere Personengruppe spezialisiert hatten (z. B. ausschließlich BEW mit demenzieller Erkrankung, junge Erwachsene mit Behinderungen oder Multipler Sklerose). Insgesamt wurden 56 Anbieter von ambWG im Mai 2021 mit der Bitte um Teilnahme angeschrieben. Bis Anfang Juli 2021 konnten sieben Anbieter für die Teilnahme gewonnen werden.

2.4 Datenerhebungen im Haus Rheinaue und den Vergleichseinrichtungen

Im HR und den Vergleichseinrichtungen wurden in zwei Datenerhebungszyklen bei unterschiedlichen Zielgruppen und mittels eines Auszugsfragebogens Daten erhoben. Im Folgenden werden das Vorgehen bei der Datenerhebung, die Datenbasis (inkl. Rücklaufquoten) und die Datenauswertung beschrieben.

2.4.1 Datenerhebungszyklus I und II

Für die 360°-Analyse hat IGES zu zwei Zeitpunkten Daten erhoben (Datenerhebungszyklus I und II, vgl. Tabelle 5). Die Daten aus den beiden Erhebungszyklen werden nicht als Längsschnitt ausgewertet, also mit dem Ziel Veränderungen im Zeitverlauf zu beschreiben. Stattdessen wurden die beiden Erhebungen genutzt, um zu den einzelnen Themen und Fragestellungen einen vollständigeren bzw. größeren Datenbestand zu gewinnen. Zum einen aufgrund der Pandemiesituation (Zugangsbeschränkungen, hohe Krankenstände, starke Arbeitsverdichtung bei den Beschäftigten), zum anderen aber auch wegen der grundsätzlich schwierigen Umstände bei Datenerhebungen in Pflegeeinrichtungen (eingeschränkte Auskunftsfähigkeit von BEW, schwierige Erreichbarkeit von Angehörigen, angespannte Personalsituation) konnte bei den Erhebungen im ersten Zyklus in manchen

⁷ Jede der vier Wohngruppen hat seine eigene Küche und Gemeinschaftsbereich. Jedoch sind diese alle in einem großen Raum verortet, wobei die einzelnen Bereiche über Trennwände (große Raumpflanzen) unterteilt sind.

⁸ www.kvjs.de/soziales/fawo-fachstelle-fuer-ambulant-unterstuetzte-wohnformen [abgerufen am 28.01.2022]

Einrichtungen nur eine relativ geringe Ausschöpfung erzielt werden. Durch die Daten des zweiten Zyklus konnte die Datenbasis dann deutlich verbreitert werden. Aus methodischer Sicht handelt es sich bei den beiden Erhebungszyklen also eher um eine einzige Datenerhebung, die über einen längeren Zeitraum verteilt durchgeführt wurde, wobei die Erhebungsinstrumente im zweiten Zyklus bezüglich einzelner Aspekte erweitert wurden.

Tabelle 5: Übersicht Datenerhebungszyklen

Datenerhebungszyklus I				Datenerhebungszyklus II		
Zeitraum	2021 21.07- 10.11.2021			2022 01.06- 01.09.2022		
Zielgruppe	EI-B1: BEW und Angehörige	EI-L1: Leitungs- personen	EI-M1: Mitarbei- tende	EI-A2: Angehö- rige	EI-L2: Leitungs- personen	EI-M2: Mitarbei- tende

Quelle: IGES

Die jeweiligen Erhebungsinstrumente befinden sich im Anhang A2. Die Erkenntnisse aus den beiden Datenerhebungszyklen werden im weiteren Verlauf gemeinsam dargestellt. Die folgenden Abkürzungen werden verwendet, um die jeweilige Datenquelle anzugeben:

- ◆ **EI-B1** BEW und Angehörige (Datenerhebungszyklus I)
- ◆ **EI-L1** Leitungspersonen und Datenabfrage Excel (Datenerhebungszyklus I)
- ◆ **EI-M1** Mitarbeitende (Datenerhebungszyklus I)
- ◆ **EI-A2** Angehörige (Datenerhebungszyklus II)
- ◆ **EI-L2** Leitungspersonen (Datenerhebungszyklus II)
- ◆ **EI-M2** Mitarbeitende (Datenerhebungszyklus II)

Die Zielgruppen der Datenerhebungen sind die Leitungspersonen (Einrichtungsleitungen, PDL, Hausleitungen, koordinierende Personen der ambWG gem. § 38a Abs. 1 Satz 3 SGB XI, sonstige verantwortliche Personen des Trägers), die Mitarbeitenden in der direkten Bewohnerversorgung sowie die BEW und deren Angehörige. Für alle Datenerhebungen wurden die Betroffenen über den Datenschutz und den Zweck der Untersuchung aufgeklärt. Sofern personenbezogene Daten erfasst werden mussten (z. B. bei Interviews), wurde das schriftliche Einverständnis der Betroffenen eingeholt.

Vorgehen Datenerhebungszyklus I (EI-B1, EI-L1 und EI-M1)

Der Datenerhebungszyklus I fand im Zeitraum vom 21.07.2021 bis zum 10.11.2021 vor Ort in den Einrichtungen statt. Das IGES-Team bestand i. d. R. aus drei Personen. Der Besuch in den Einrichtungen begann mit einer Vorstellungsrunde, einem gemeinsamen Rundgang durch die Einrichtung und einer kurzen Informationsrunde für BEW, Angehörige und Mitarbeitende.

Anschließend wurde mit der Befragung der Zielgruppen begonnen:

- ◆ **EI-L1:** Leitungspersonen (Einrichtungsleitungen, PDL, Hausleitungen, koordinierende Personen der ambWG gem. § 38a Abs. 1 Satz 3 SGB XI, sonstige verantwortliche Personen des Trägers);
- ◆ **EI-M1:** Mitarbeitende, die an der direkten Versorgung der BEW beteiligt sind;
- ◆ **EI-B1:** BEW und (soweit vor Ort präsent) ihre Angehörigen;

Die Befragung der Leitungspersonen (EI-L1) gliederte sich in zwei Teile: Vor Ort haben zwei IGES-Mitarbeiter ein ca. zweistündiges, leitfaden-gestütztes, strukturiertes Interview (Anhang A2) durchgeführt. Bei den ambWG und HR wurden teilweise separate Interviews mit den jeweiligen Einrichtungsleitungen und der Pflegedienstleitung des ambulanten Dienstes geführt. Zusätzlich wurden die Leitungspersonen gebeten, im Nachgang der Vor-Ort-Datenerhebung eine Datenabfrage mittels Excel auszufüllen.

Die Befragung der Mitarbeitenden (EI-M1, Anhang A2) wurde in mehreren Modalitäten umgesetzt, zwischen denen die Befragten wählen konnten: als schriftlicher Fragebogen, als Online-Fragebogen oder als persönliches bzw. telefonisches Interview.

Die Befragung der BEW bzw. Angehörigen (EI-B1, Anhang A2) machte einen Hauptteil der Vor-Ort-Datenerhebungen aus. Bevorzugt wurde von IGES ein ca. einstündiges, leitfaden-gestütztes, strukturiertes Interview mit BEW und Angehörigen gemeinsam durchgeführt. Falls kein Angehöriger anwesend war, wurden die Interviews, sofern die BEW selbst auskunftsfähig waren, allein durchgeführt. Für den Fall, dass BEW und ihre Angehörigen an keinem Interview teilnehmen konnten oder in der Interviewsituation mit dem/der BEW allein wichtige Angaben fehlten, wurde den Angehörigen ein schriftlicher Fragebogen zugeschickt.

Im Datenerhebungszyklus I wurden von allen befragten Zielgruppen (EI-B1, EI-L1 und EI-M1) schwerpunktmäßig Daten zu den Perspektiven der BEW – insbesondere zur erlebten Versorgungsqualität – sowie zur Umsetzung des HR-Modellkonzepts in der Praxis gewonnen.

Vorgehen Datenerhebungszyklus II (EI-A2, EI-L2, EI-M2)

Der Datenerhebungszyklus II fand zwischen dem 01.06.2022 und dem 01.09.2022 statt und hat im Vergleich zum Datenerhebungszyklus I einen verstärkten Fokus auf die Gewinnung von Daten von Angehörigen und Mitarbeitenden gelegt, da der Rücklauf dieser Zielgruppen im ersten Zyklus gering ausgefallen ist. Ferner wurden offene Fragen, welche sich aus dem ersten Datenauswertung ergeben haben (z. B. Anteil demenziell erkrankter Personen in VST 3 und Erfassung des Personals des ambulanten Pflegedienstes im HR) vertieft untersucht. Die Angehörigenbefragung hat Fragen der Finanzierung (Eigenanteile) sowie Aspekte, welche in den Bewohnerinterviews im ersten Zyklus nur unvollständig erhoben werden konnten, stärker in den Fokus genommen.

In allen Einrichtungen wurden die Mitarbeitenden, Angehörigen und Leitungspersonen durch schriftliche Befragungen, bei Bedarf unterstützt durch telefonische oder video-gestützte Interviews, befragt, wobei die Erhebungsinstrumente (Anhang A2) im zweiten Zyklus in folgenden Aspekten angepasst und erweitert wurden:

- ◆ **EI-L2:** Bei den Leitungspersonen wurden Fragen zur Beteiligung von Angehörigen an der Versorgung und zu den Qualifizierungen der Präsenz- bzw. Hilfskräfte hinzugefügt. Die Fragen zu der Unternehmens- und Finanzierungsstruktur wurden aus der Excel-Datei in den Fragebogen verschoben.
- ◆ **EI-M2:** Die Befragung der Mitarbeitenden wurde in Subgruppen unterteilt: Pflegefachkräfte in der Einrichtung (HR, VST's), Präsenzkräfte/Pflegehilfs- und Betreuungskräfte (alle Settings) und Mitarbeitende des ambulanten Dienstes (HR und ambWG). Es wurden Fragen in den Bereichen der Zusammenarbeit mit Angehörigen und den anderen Berufsgruppen sowie zu spezifischen Versorgungsaufgaben (z.B. Koordination und Anleitung bei den Pflegefachkräften) hinzugefügt.
- ◆ **EI-A2:** Bei dem Erhebungsinstrument für die Angehörigen wurden Fragen vereinfacht und präzisiert (u.a. Pflegegradeinstufung, Kosten des Pflegesettings) um ggf. Datenlücken aus EI-B1 zu schließen, zudem wurden zu den Themen Mitwirkung und Zusammenarbeit in der Versorgung der BEW vertiefende Fragen gestellt.

Vor-Ort Besuche und Bewohnerinterviews wurden ausschließlich in den Einrichtungen durchgeführt, welche pandemiebedingt im Datenerhebungszyklus I nicht besucht werden konnten, wobei das Vorgehen bei den Vor-Ort-Besuchen nicht verändert wurde.

Aufwandsentschädigungen

Für die Teilnahme an den Datenerhebungszyklen haben die VST-Vergleichseinrichtungen jeweils 1000 € und die ambWG-Vergleichseinrichtungen jeweils 500 € als pauschale Aufwandsentschädigung erhalten.

Im Datenerhebungszyklus I wurde zusätzlich, für jeden ausgefüllten Bewohnerfragebogen, ein Betrag von 10 € ausgezahlt. Im Datenerhebungszyklus II wurde durch einen flexiblen Einsatz der Aufwandsentschädigungen versucht, den Rücklauf unter den Mitarbeitenden zu erhöhen. Mit den Befragungsunterlagen für die Mitarbeitenden wurden jeweils 10 € in bar als Aufwandsentschädigung verschickt.

2.4.2 Auszugsfragebögen

Zusätzlich wurden über 12 Monate Daten zu Auszügen von BEW aus den jeweiligen Settings erfasst. Der Auszugsfragebogen (Anhang A2) wurde durch die jeweilige Einrichtung an BEW ausgegeben, welche aus dem Versorgungssetting ausgezogen sind und erfragt die Beweggründe, die zu dem Umzug geführt haben (FK II und

FK VI). Der Auszugsfragebogen wurde im Datenerhebungszyklus I an die Einrichtungsleitung übergeben, um ihn allen ausziehenden BEW (bzw. deren Angehörigen) zuzuleiten. Die Auszugsbefragung erfolgte komplett anonym.

2.4.3 Datenbasis

Insgesamt nahmen neben dem HR zehn Vergleichseinrichtungen aus Baden-Württemberg an der Evaluationsuntersuchung teil: sieben ambulante Wohngemeinschaften (ambWG) und drei vollstationäre Einrichtungen (VST 1, VST 2 und VST 3), darunter eine Einrichtung der BeneVit Holding GmbH.

Die Anzahlen der zu beiden Erhebungszeitpunkten jeweils versorgten pflegebedürftigen Personen sowie der in der Einrichtung tätigen Mitarbeitenden sind Tabelle 6 und Tabelle 7 zu entnehmen. Zum Zeitpunkt des Datenerhebungszyklus I versorgten die sieben ambWG 73 pflegebedürftige Menschen, die drei VST 227 und das HR 54 pflegebedürftige Menschen. In den ambWG waren 102 Mitarbeitende direkt an der Bewohnerversorgung beteiligt, in den VST 215 und im HR 31. Zum Zeitpunkt des Datenerhebungszyklus II wurden in den ambWG eine pflegebedürftige Person mehr versorgt (d.h. insgesamt $n=74$), in den VST zwei Personen weniger ($n=225$) und im HR wohnten zwei weitere Personen ($n=56$). In den ambWG sind 22 Mitarbeitende hinzugekommen ($n=124$), bei den VST hat sich die Mitarbeiterzahl in der direkten Versorgung um 33 reduziert ($n=182$) und im HR sind sechs weitere Mitarbeitende hinzugekommen ($n=37$).

Tabelle 6 und Tabelle 7 zeigen die jeweiligen Rückläufe der Erhebungen bei den BEW sowie bei den Mitarbeitenden. Insgesamt konnten 150 Bewohnerdatensätze (entspricht einem Rücklauf von 43,1 %) und 82 Mitarbeiterdatensätze (entspricht einem Rücklauf von 23,6 %) im Datenerhebungszyklus I erhoben werden. Im Datenerhebungszyklus II waren es 144 Angehörigendatensätze (entspricht einem Rücklauf von 40,7 % bezogen auf die Bewohneranzahl) und 178 Mitarbeiterdatensätze (entspricht einem Rücklauf von 52 %).

Alle geplanten Datenerhebungen mit den Leitungskräften konnten realisiert werden. Es wurden vier Auszugsfragebögen an IGES zurückgesandt, wovon einer nicht berücksichtigt wird, da es sich nicht um einen Auszug, sondern um einen Todesfall handelte.

Tabelle 6: Rückläufe Datenerhebungszyklus I unter BEW bzw. Angehörigen und Mitarbeitenden

Zielgruppe	ambWG		VST 1		VST 2		VST 3		HR	
BEW (EI-B1)										
Anzahl BEW	67	100 %	45	100 %	104	100 %	78	100 %	54	100 %
Vorliegende Datensätze	37	55,2 %	11	24,4 %	26	25,0 %	36	46,2 %	40	74,1 %
Mitarbeitende (EI-M1)										
Anzahl Mitarbeitende	102	100 %	52	100 %	77	100 %	86	100 %	31	100 %
Vorliegende Datensätze	33	32,4 %	5	9,6 %	9	11,7 %	8	9,3 %	27	87,1 %

Quelle: IGES; Datenerhebungszyklus I (EI-B1, EI-M1)

2.4.4 Datenauswertung

Die Datenauswertung im Bericht erfolgt anonymisiert, d. h. es soll kein Rückschluss auf einzelne BEW, deren Angehörigen, Führungskräfte oder Mitarbeitende möglich sein. In der Ergebnisdarstellung werden Daten nur den Einrichtungstypen (HR, VST, ambWG) zugeordnet.

Die Auswertung der Befragungen erfolgte mit einschlägigen Auswertungsprogrammen (Excel, SPSS®). Hinsichtlich der Auswertungsmethoden wurden insbesondere Methoden der deskriptiven Statistik (z. B. Häufigkeitsverteilungen, Mittelwerte) sowie qualitative Inhaltsanalyse (in Anlehnung an Mayring, 2022) angewendet.

Tabelle 7: Rückläufe Datenerhebungszyklus II unter BEW bzw. Angehörigen und Mitarbeitenden

Zielgruppe	ambWG		VST 1		VST 2		VST 3		HR	
Angehörige (EI-A2)										
Anzahl BEW	74	100%	43	100%	104	100 %	78	100%	56	100 %
Vorliegende Datensätze	28	37,8 %	28	65,1 %	39	37,5 %	23	29,4 %	26	46,4 %
Mitarbeitende (EI-M2)										
Anzahl Mitarbeitende	124	100 %	30	100 %	69	100 %	83	100 %	37	100 %
Vorliegende Datensätze	72	58,1 %	6	20 %	56	81,2 %	16	18 %	28	75,6 %
<i>aufgeteilt in...</i>										
Pflegefachkraft (Vor-Ort)	nicht vorgesehen		4		16		3		5	
Präsenzkraft/ Pflegehilfskraft	44		2		40		13		14	
Ambulanter Dienst	28		nicht vorgesehen					9		

Quelle: IGES, Datenerhebungszyklus II (EI-A2, EI-M2)

2.5 Leistungsdaten der AOK Baden-Württemberg

Die von der AOK Baden-Württemberg (AOK BW) zur Verfügung gestellten Routinedaten wurden zum einen für Analysen zur Inanspruchnahme von Pflegeleistungen des SGB XI sowie von ausgewählten Leistungen des SGB V (Häusliche Krankenpflege, Krankenhausbehandlungen, Hilfsmittel, Krankentransporte) und der daraus resultierenden Kosten der Versorgung bei BEW des HR bzw. in anderen Versorgungsformen genutzt (FK V: Analyse der Kosten). Zum anderen wurden auf dieser Datengrundlage Untersuchungen zur Veränderung des Pflegegrades durchgeführt, die in den Kontext des Fragenkomplexes FK II (Qualität der Versorgung) gehören.

Aufgrund der Datenbasis beziehen sich alle Analysen nur auf Versicherte der AOK BW, d.h. BEW des HR, die bei anderen Kranken- bzw. Pflegekassen versichert sind, können in diesem Untersuchungsteil nicht betrachtet werden. Auch die routinedatenbasierten Analysen zu pflegebedürftigen Personen in anderen Versorgungskontexten beziehen nur Versicherte der AOK BW ein.

Die im Folgenden beschriebenen Datenaufbereitungen und Operationalisierungen wurden vorgenommen, um gezieltere Analysen zur Beantwortung der Untersuchungsfragen der Evaluation durchführen zu können. Aufgrund der spezifischen

Ausschlüsse und Abgrenzungen sind die in Abschnitt 3.7 berichteten Ergebnisse nicht unmittelbar mit veröffentlichten Rechnungsergebnissen der AOK BW oder der Sozialen Pflegeversicherung vergleichbar.

2.5.1 Datenbereitstellung

Im Vorfeld der Bereitstellung der Daten durch die AOK BW wurde eine Kooperationsvereinbarung zwischen AOK BW und IGES geschlossen, die u.a. einen Datenschutzvertrag umfasste. Teil des Datenschutzvertrags war auch das von IGES entwickelte Datenkonzept mit den technischen Spezifikationen der gewünschten Datenlieferung. Die Lieferung der pseudonymisierten Leistungsdaten an IGES erfolgte durch die AOK BW mit Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörde auf Grundlage eines Antrags gem. § 75 Abs. 1 SGB X.

2.5.2 Umfang und Inhalte der Datenlieferungen

Das ursprüngliche Analysekonzept sah die Untersuchung von zwei Zweijahreszeiträumen (2018/19 und 2020/21) vor. Dementsprechend wurden zunächst Daten zu Versicherten angefordert, die in mindestens einem der beiden zweijährigen Zeiträume von 01.01.2018 bis 31.12.2019 bzw. von 01.01.2020 bis 31.12.2021 durchgehend bei der AOK BW versichert waren und zugleich zu Beginn des jeweiligen Versicherungszeitraumes (d.h. am 1.1.2018 bzw. 1.1.2020) einen Pflegebedarf aufwiesen (Pflegegrad PG 1 bis PG 5). Durchgehend versichert meint Personen, die entweder über die gesamte genannte Zeitspanne bei der AOK BW versichert waren oder die bis zu ihrem Sterbetag (innerhalb des Zeitraums) bei der AOK BW versichert waren. Dabei wurde eine Toleranzspanne von sieben Tagen eingeräumt, d.h. es wurden auch Personen einbezogen, die in den betreffenden Zeitintervallen Versicherungslücken von bis zu sieben Tagen aufwiesen.

Im Zuge der Analysen stellte sich heraus, dass die Abrechnungen von BEW des HR für das Jahr 2018 in den Leistungsdaten der AOK BW nicht bzw. nur unvollständig erfasst sind. Daher musste der Analyseansatz der beiden zweijährigen Zeiträume verworfen werden. Die AOK BW stellte darauf in einer erneuten Datenlieferung die Daten zu Versicherten zur Verfügung, die jeweils für die einjährigen Zeiträume der Jahre 2019, 2020 und 2021 durchgehend bei der AOK BW versichert waren und zugleich zu Beginn des jeweiligen Jahres (d.h. am 01.01.2019, 01.01.2020 bzw. 01.01.2021) einen Pflegebedarf aufwiesen (Pflegegrad PG 1 bis PG 5).

In analoger Weise wurden nach Verlängerung der Evaluation um ein weiteres Jahr im Jahr 2023 die Daten des Jahres 2022 zur Verfügung gestellt.

Für alle Versicherten, auf die diese Einschlusskriterien zutreffen, wurden Stammdaten und ausgewählte Leistungsdaten für den jeweiligen Zeitraum bereitgestellt. Die Stammdaten umfassen die Altersgruppe und ggf. das Sterbedatum der Versicherten. Enthalten sind weiterhin die Versicherungszeiten bei der Kranken-/Pflegekasse, diese Zeiten liegen zudem getrennt nach dem jeweiligen aktuellen Pflegegrad vor. Zusätzlich liegt eine von der AOK BW berechnete Variable vor, die der

Identifikation von Versicherten dienen soll, die in dem speziellen Pflegearrangement des „betreuten Wohnens“ leben (zur Definition dieser Variablen bzw. Versicherungengruppe vgl. Abschnitt 2.5.4).

Der Datensatz umfasst in Bezug auf die Abrechnungen der Pflegesachleistungen nach SGB XI die folgenden Datenfelder: Rechnungsnummer, Rechnungsdatum, pseudonymisierte IK-Nummer des Leistungserbringers, pseudonymisierte IK-Nummer des Rechnungsstellers, Gesamtbruttorechnungssumme, Summe der gesetzlichen Zuzahlungen oder der Eigenanteile sowie Gesamtbruttobetrag ohne jegliche Zuzahlungen und Beihilfen. Des Weiteren liegen der Kalendertag für Tagesleistungen bzw. ein Marker für Monatsleistungen vor.

Die Daten zum Bezug von Pflegegeld enthalten den Beginn und das Ende von Pflegegeldleistungen sowie die Gesamtsumme des im jeweiligen Zeitraum ausgezahlten Betrags.

Für den Leistungsbereich Häusliche Krankenpflege (HKP, § 37 SGB V) liegen das Datum der Leistungserbringung, die pseudonymisierte IK-Nummer des Leistungserbringers, die pseudonymisierte IK-Nummer des Rechnungsstellers und der Gesamtbruttobetrag des HKP-Falls vor. Auf Fallebene liegen auch der sechsstelligen Schlüssel des Positionsnummernverzeichnisses für HKP-Leistungen und die Anzahl der abgerechneten HKP-Leistungen vor.

Die Daten zu Hilfsmitteln (§ 33 SGB V) enthalten das Datum der Leistungserbringung, den Gesamtbruttobetrag der Zuzahlungen, des Eigenanteils und der Höhe der mit dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten, die über gesetzliche Zuzahlung und Eigenanteil hinausgehen.

Für den Leistungsbereich stationäre Krankenhausbehandlungen (§ 39 SGB V) liegen Angaben zu Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt, Aufnahmeanlass sowie den Kosten des Behandlungsfalls vor.

Die angeforderten Daten zu Krankentransportleistungen (§ 133 SGB V) umfassen den Tag der Leistungserbringung, die Abrechnungsnummer und die Transportkosten.

2.5.3 Datenaufbereitung

Die Qualitätssicherung und die Datenaufbereitung der von der AOK BW zur Verfügung gestellten Routinedaten erfolgen entsprechend der Leitlinien 5 (Qualitätssicherung) und 6 (Datenaufbereitung) der von der Arbeitsgruppe Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten (AGENS), der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM) und der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi) entwickelten „Gute Praxis Sekundärdatenanalyse“ (Swart et al. 2015). Die Aufbereitung der bereitgestellten Daten umfasst mehrere Prüfungs- und Bereinigungsschritte mit dem Ziel, eine möglichst hohe Datenqualität zu erreichen.

Maßnahmen der Qualitätssicherung

Im Rahmen der Qualitätssicherung werden die bereitgestellten Daten formal und inhaltlich im Hinblick auf Widerspruchsfreiheit, formale Richtigkeit, Vollständigkeit und inhaltliche Konsistenz überprüft. Im Anschluss an eine anfängliche Prüfung der formalen Vollständigkeit der Datenlieferung hinsichtlich des Vorliegens aller angeforderter Tabellen und Merkmale erfolgt eine Strukturprüfung auf maschinelle Lesbarkeit, Abwesenheit von Fallduplikaten, Eindeutigkeit von Primärschlüsseln und Verknüpfbarkeit von abhängigen Tabellen.

Im Rahmen einer inhaltlichen Prüfung wird zunächst für jedes Merkmal geprüft, ob sich die bereitgestellten Daten innerhalb des in der Datensatzbeschreibung festgelegten Wertebereichs befinden. Es wird zudem geprüft, ob es sich bei den bereitgestellten Leistungsarten, Abrechnungspositionsnummern etc. um gültige Schlüsselnummern der jeweils angewendeten Version des korrespondierenden Schlüsselverzeichnisses handelt. Bei Datumsangaben werden die angegebenen Werte im Hinblick auf Plausibilität und Widerspruchsfreiheit überprüft.

Die inhaltliche Konsistenz der von der Kranken-/Pflegekasse zur Verfügung gestellten Daten wird unter anderem überprüft, indem für jedes bereitgestellte Merkmal mittels deskriptiver Indikatoren ein Vergleich bzw. eine Einordnung der bereitgestellten Daten erfolgt. So werden beispielsweise für alle bereitgestellten Merkmale Häufigkeitsverteilungen (diskrete Merkmale) bzw. statistische Verteilungsparameter (stetige Merkmale) bestimmt und einer erwarteten Verteilung gegenübergestellt.

Bei Auffälligkeiten/Implausibilitäten werden die Prüfungsergebnisse mit der datenbereitstellenden Kranken-/Pflegekasse in einem kontinuierlichen Austauschprozess erörtert. Am Ende des Austauschprozesses steht entweder eine Datenneulieferung oder die Annahme der im Rahmen der Bereitstellung übergebenen Daten durch das IGES Institut. Die Durchführung der Plausibilisierung erfolgte durch Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des IGES Instituts.

Behandlung von Werten außerhalb des Wertebereichs, Behandlung fehlender Werte, Festlegung der Formate, Duplikate

Trotz umfangreicher Qualitätssicherungsmaßnahmen lassen sich Implausibilitäten in den Daten nicht vollständig ausschließen. Die Abschlussdatenlieferung der Kranken-/Pflegekasse wird dementsprechend für die Analysen aufbereitet. Merkmale werden, sofern notwendig, einheitlich formatiert, Werte außerhalb des zulässigen Wertebereichs werden als fehlende Werte gekennzeichnet. Die Datensätze wurden auf Duplikate überprüft, diese wurden, wenn vorhanden, entfernt.

In zwei Fällen wurden Datenlücken in der Abrechnung der Grundpauschale des Haus Rheinaue beobachtet, so dass für zahlreiche Versicherte die Grundpauschale für die Monate April und Juli 2021 fehlte. Nach Rücksprache mit der AOK BW wurden Versicherte, die im Monat vor und nach dieser Datenlücke BEW des Haus Rheinaue waren, auch für diese Monate als BEW geführt.

2.5.4 Operationalisierungen

Für die Analysen wurden mehrere Schichtungsmerkmale operationalisiert bzw. Definitionen festgelegt, die im Folgenden beschrieben werden.

Bildung von Teilgruppen (TG) aufgrund der Versorgungs- bzw. Wohnform

Für die Datenauswertung werden die Versicherten in fünf Teilgruppen entsprechen der Versorgungs- bzw. Wohnform unterteilt. Die Teilgruppen stellen die Vergleichsgruppen in der Datenanalyse dar.

- TG 1: BEW des „Haus Rheinaue“
- TG 2: BEW von ambulant betreuten Wohngruppen
- TG 3: BEW von vollstationären Pflegeeinrichtungen
- TG 4: BEW im „betreuten Wohnen“ (nur in den Jahren 2021 und 2022)
- TG 5: Pflegebedürftige Personen in häuslicher Pflege

Die Zuordnung zu den verschiedenen Teilgruppen erfolgte über die Abrechnungen der Pflegeleistungen. Neben den in der ursprünglichen Leistungsbeschreibung geforderten Vergleichsgruppen (vollstationäre Pflege/TG 3, ambulant betreute Wohngruppen/TG 2) wurden zwei weitere Teilgruppen in die Analysen einbezogen, die eine bessere Einordnung der Ergebnisse ermöglichen sollen:

- „Pflegebedürftige Personen in häuslicher Pflege“ (TG 5) sind als die Restgruppe aller pflegebedürftigen Versicherten zu verstehen, die nicht einer der Teilgruppen TG 1 bis TG 4 zugeordnet wurden.
- Als „betreutes Wohnen“ (TG 4) wird hier – in Anlehnung an Rothgang und Müller (2019) – eine Konstellation bezeichnet, bei der die Pflegebedürftigen einen regulären Mietvertrag für eine Wohnung in Kombination mit einem Betreuungs- oder Servicevertrag abschließen, wobei im gleichen Gebäude oder in unmittelbarer Nachbarschaft ein ambulanter Pflegedienst und ggf. auch eine Einrichtung der Tagespflege ansässig sind, die den BEW entsprechende Leistungen anbieten. Das betreute Wohnen unterliegt im Gegensatz zu den ambulant betreuten Wohngruppen in den meisten Bundesländern einer deutlich geringeren ordnungsrechtlichen Regulierung (Rothgang und Müller 2019: 112 bzw. 115). Wegen der in diesem Setting (wie auch bei den ambulant betreuten Wohngemeinschaften) möglichen Kumulation von Leistungsansprüchen aus den Sozialgesetzbüchern SGB XI und V entsteht sowohl für die Anbieter als auch für die pflegebedürftigen Menschen eine wirtschaftlich deutlich attraktivere Situation als bei der vollstationären Versorgung (vgl. Rothgang und Müller, a.a.O.), weshalb hier bisweilen kritisch von „Stapelleistungs-Modellen“ gesprochen wird. Die Versicherten im „betreuten Wohnen“ wurden in den Analysen auf die gleiche Weise identifiziert, wie in Rothgang und Müller (2019: 177), d.h. durch die AOK BW wurde ein Indikator berechnet, der angibt, ob die Adresse des Versicherten, mit der eines seiner Pflege-Leistungsanbieter übereinstimmt,

wobei die Übereinstimmung der Straße ausreichend war. Da im Datenbestand der AOK BW die Adressen der Leistungserbringer nicht historisiert werden, war diese Operationalisierung nur in zeitlicher Nähe zum Datenabzug und daher nur für die Zeiträume 2021 und 2022 möglich. In den Auswertungen der Zeiträume 2019 und 2020 fehlt diese Teilgruppe daher.

Die Zuordnung eines Versicherten zu einer der Teilgruppen erfolgte sukzessive aufgrund folgender Kriterien:

- TG 1: Abrechnung der Grundpauschale für „Haus Rheinaue“
- TG 2: Abrechnung der Leistungsart (12) Wohngruppenzuschlag nach § 38aSGB XI
- TG 3: Abrechnung der Leistungsart (05) vollstationäre Pflege
- TG 4: Übereinstimmung der Straße eines Leistungserbringers mit der Straße des Versicherten
- TG 5: übrige pflegebedürftige Versicherte, die keiner der vorangehenden Teilgruppen zugeordnet wurden.

Bei einer gleichzeitigen Abrechnung von allen relevanten Leistungsarten an einem Tag wurde zunächst eine Zuordnung in TG 1 durchgeführt. Bei gleichzeitig erfülltem Kriterium für TG 2 und TG 3 erfolgte eine Zuordnung zur TG 3. Die TG 4 wurde nur für Zeiträume vergeben in denen der Versicherte ansonsten der TG 5 zugeordnet gewesen wäre. Die TG 5 wurde lediglich per Ausschlusskriterium identifiziert.

Wie auch bereits in der Publikation von Rothgang und Müller (2019) hervorgehoben, sind die Zuordnungen in die Teilgruppen „ambulant betreute Wohngruppen“ (TG 2) bzw. „betreutes Wohnen“ (TG 4) als unscharf bzw. nur als näherungsweise Schätzungen anzusehen, da für beide Wohnformen bzw. Pflegearrangements kein eindeutiges formales Merkmal in den Daten der Pflegekassen (bzw. der amtlichen Statistik) existiert. In Bezug auf die ambWG ist davon auszugehen, dass nicht alle BEW den Wohngruppenzuschlag erhalten, so dass die Identifikation über das Kriterium „Wohngruppenzuschlag“ die tatsächliche Zahl vermutlich unterschätzt. Mit Blick auf das „betreute Wohnen“ ist das Kriterium der Adressähnlichkeit ebenfalls nur als ein Hilfskonstrukt anzusehen, das auch für Versicherte in häuslicher Pflege zutreffen kann.

Alter

Für das soziodemografische Merkmal Alter wird die Angabe aus den Stammdaten genutzt. Die Unterteilung der Altersgruppen in den Daten erfolgt in die Gruppen unter 15 Jahren, 15-59 Jahre, 60-64 Jahre, 65-69 Jahre, 70-74 Jahre, 75-79 Jahre, 80-84 Jahre, 85-89 Jahre sowie 90 Jahre oder mehr.

Pflegegrade

Eingeschlossen wurden Versicherte mit einem Pflegegrad PG 1 bis PG 5 zum jeweiligen Datenbeginn, dem 01.01.2019, 01.01.2020, 01.01.2021 bzw. dem

01.01.2022. Veränderungen des Pflegegrades eines Versicherten während der zweijährigen Beobachtungszeiten konnten aus den Daten entnommen werden.

Tod während des Beobachtungszeitraumes

Versicherte, die während des jeweiligen Beobachtungszeitraumes verstarben, erhielten den Indikator Tod, der unter anderem für die Deskription des Datensatzes und die gewichteten Analysen relevant ist.

Beobachtungsintervalle im Analysedatensatz

Für die Analysen wurde ein Datensatz erstellt, der auch für einzelne Versicherte mehrere Beobachtungsintervalle umfassen kann. Ein neues Beobachtungsintervall beginnt immer dann, wenn sich die TG-Zuordnung und/oder der Pflegegrad eines Versicherten verändert. Für die Analysen ist es notwendig, dass jeder abgerechnete Leistungstag einer TG und einem Pflegegrad zugeordnet werden kann.

2.5.5 Bildung der Analysetichprobe

Im Zuge der Plausibilisierung und Operationalisierung der Abrechnungsdaten erwies sich der Ausschluss von einigen Versicherten bzw. Daten als erforderlich bzw. sinnvoll. Folgende Versicherte wurden von den Analysen ausgeschlossen:

- Versicherte, die am 01.01.2019, 01.01.2020, 01.01.2021 bzw. 01.01.2022 unter 60 Jahre alt waren. Da keine Versicherten aus dieser Altersgruppe im Haus Rheinaue wohnten (und gemäß dem HR-Konzept aufgrund des jungen Alters vermutlich auch nicht aufgenommen würden, vgl. Abschnitt 1.2.2, Nummer 5), wird diese Gruppe für die Analysen als nicht relevant erachtet.
- Da gemäß dem HR-Konzept auch keine Pflegebedürftigen mit intensivpflegerischem Behandlungsbedarf aufgenommen werden können (vgl. Abschnitt 1.2.2, Nummer 5), werden auch Versicherte aus den Analysen ausgeschlossen, bei denen HKP-Leistungen für Intensivpflege abgerechnet wurden. Die entsprechenden Leistungsziffern, die zu einem Ausschluss führen sind im Anhang in Tabelle 98 aufgeführt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Menschen mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf in vollstationären Pflegeeinrichtungen in der TG 3 enthalten sind.

2.5.6 Übergreifende Datenanalysen

Für die Datenanalysen mit der Software R (R Core Team 2021) wird ein weitgehend deskriptives sowie ein gewichtetes datenanalytisches Vorgehen verwendet, welches jeweils leicht an den jeweiligen Datensatz angepasst wird. Zunächst werden daher die analytischen Vorgehensweisen erläutert, die übergreifend für alle Leistungsarten bzw. Datenbestände gelten. In Abschnitt 2.5.7 werden Besonderheiten der Analyse bei bestimmten Leistungsarten bzw. Datenbeständen beschrieben.

Für alle Datensätze werden deskriptive Statistiken berichtet, wobei absolute und relative Häufigkeiten dargestellt werden. Relative Häufigkeiten werden unter anderem als Tage mit erhaltener Leistung pro Beobachtungsjahr oder Kosten für eine Leistung pro Beobachtungsjahr berechnet. Als ein Beobachtungsjahr gelten 365 Beobachtungstage, an denen die Leistung in Anspruch genommen werden kann. Beobachtungstage werden für diese Werte über alle Versicherten der jeweiligen Untergruppe addiert, ebenso die Tage mit erhaltenen Leistungen oder die Kosten für die Leistung. Als Beobachtungstage werden in der Regel alle Tage eines Versicherten gewertet, an denen sich der Versicherte nicht im Krankenhaus befindet. Für die Auswertung der Krankenhausbehandlungsdaten werden die Versichertentage als Nenner berücksichtigt. Für die Auswertung der Krankentransportdaten werden Beobachtungstage etwas anders definiert (vgl. den folgenden Abschnitt 2.5.7).

Die Analysen erfolgen für jeden Datensatz nach zwei Ansätzen: Zunächst wird eine *ungewichtete Analyse* durchgeführt, in der absolute und relative Resultate für die einzelne Wohnform dargestellt werden. Im zweiten Schritt erfolgt eine *gewichtete Analyse*, in der die Unterschiede in der Zusammensetzung der Teilgruppen hinsichtlich Alter, Pflegegrad und Mortalität rechnerisch ausgeglichen (adjustiert) werden. In der ungewichteten Analyse ist ein Vergleich z.B. der Zahl der Krankenhausbehandlungen pro Jahr zwischen den Teilgruppen problematisch. Aufgrund der unterschiedlichen Zusammensetzung der Teilgruppen nach Alter, Pflegegrad und Mortalitätsrisiko ist auch das Risiko einer Krankenhausbehandlung unterschiedlich verteilt, so dass Vergleiche der rohen (ungewichteten) Krankenhausfallzahlen zu Fehlschlüssen führen können. In der gewichteten Analyse werden diese Verteilungsunterschiede rechnerisch ausgeglichen.

Da im Analysedatensatz sieben Altersgruppen, fünf Pflegegrade und zwei verschiedene Ausprägungen für Tod im Beobachtungszeitraum möglich sind, gibt es pro Versorgungs- bzw. Wohnform 70 (7x5x2) verschiedene Strata. Für das gewichtete Ergebnis wird der Anteil der Beobachtungstage im jeweiligen Stratum in der TG 1 (Haus Rheinaue) an allen Beobachtungstagen in der TG 1 auf die anderen Versorgungsformen angewendet. Der jeweilige Ergebnisparameter in den Teilgruppen TG 2 bis TG 5 wird durch die Gewichtung somit auf die Bewohnerstruktur der TG 1 adjustiert. Das gewichtete Ergebnis (z.B. Anzahl Krankenhausfälle pro Jahr) lässt sich somit folgendermaßen lesen: „Dieser Wert für die Anzahl der Krankenhausfälle würde sich in TG 2 (usw. bis TG 5) ergeben, wenn die Zusammensetzung der pflegebedürftigen Personen in TG 2 (usw. bis TG 5) genau so wäre wie die Zusammensetzung der pflegebedürftigen Personen der TG 1 (Haus Rheinaue)“.

Die Gewichtungstabellen der Strata für die Datensätze 2019 bis 2022 sind im Anhang A1 dargestellt. In der TG 1 entfallen im Jahr 2019 zum Beispiel 17,9 % der Beobachtungstage auf das Stratum „Altersgruppe 80-84 Jahre, Pflegegrad 3, Tod im Beobachtungszeitraum: nein“ (vgl. Tabelle 99). Daher erhält dieses Stratum auch in den anderen Wohnformen einen Anteil von 17,9 % für den gewichteten Mittelwert der jeweiligen Wohnform.

Für die einzelnen Wohnformen besteht für einige der Leistungen, deren Abrechnung betrachtet wird, kein Anspruch. In einer Wohngruppe (TG 2) besteht nur bedingt Anspruch auf Tages- und Nachtpflege und Versicherte erhalten keine Leistungen der vollstationären Pflege. In einer vollstationären Einrichtung (TG 3) besteht u.a. kein Anspruch auf Pflegegeld, Pflegesachleistungen, Kurzzeitpflege, Tages- und Nachtpflege, den Wohngruppenzuschlag sowie nur in Ausnahmefällen auf HKP. Abrechnungen von vollstationärer Pflege oder ein Wohngruppenzuschlag sind für die TG 4 und die TG 5 nicht zu erwarten. Dennoch sind auch für einige dieser Leistungen in den gelieferten Daten Abrechnungen in Zeiträumen vorhanden, in denen der betreffende Versicherte der TG3 zugeordnet ist. Solche Inkonsistenzen sind mit fehlerhaften Datumsangaben bei Rechnungen oder der Zuordnung zu einer Versorgungsform zu erklären. In den Auswertungen werden solche Inkonsistenzen entfernt.

2.5.7 Leistungsartenspezifische Analysen

Der analytische Ansatz ist im Prinzip für alle Leistungsarten vergleichbar, es bestehen allerdings u.a. Unterschiede in der Definition eines Beobachtungstages oder dem Umgang mit negativen Kostenwerten. Daher werden im Folgenden leistungsartenspezifische Operationalisierungen beschrieben.

Pflegeleistungen des SGB XI

Eine Gesamtübersicht der von der AOK BW gelieferten Leistungsarten gem. SGB XI enthält Tabelle 97 in Anhang 2. Für die Analyse der Abrechnungsdaten der Pflegeleistungen werden folgende Gruppierungen von Leistungen auf Basis dieser Systematik betrachtet:

- Ambulante Pflege (01 Kodierung vgl. Tabelle 97 in Anhang 2)
- Tagespflege (02) und Nachtpflege (03)
- Kurzzeitpflege (04) und Verhinderungspflege (07)
- vollstationäre Pflege (05)
- Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB X (12)
- Alle Leistungen nach SGB XI (vgl. Tabelle 97 in Anhang 2)

Zusätzlich werden für die Versicherten im Modellprojekt die Kosten für die Grundpauschale im HR berichtet. Für Wahlleistungen im HR enthält Tabelle 97 in Anhang A1 zwar eine eigene Codenummer (998), gleichwohl können die Wahlleistungen in den Auswertungen nicht getrennt von Leistungen der „ambulanten Pflege (01)“ dargestellt werden, da die Abrechnungen bei HR-BEW regelmäßig mit derselben Kennnummer wie für Leistungen der ambulanten Pflege erfolgte und nicht separat mit der spezifischen Codenummer. Der Unterschied zwischen den „Wahlleistungen“ im HR-Modell und regulären ambulanten Pflegesachleistungen erstreckt sich zum einen auf die besondere Preisvereinbarung als Teil des Modellvorhabens (feste Stundenvergütung, vgl. Abschnitt 1.2.2). Zum anderen sind

bestimmte Leistungen, die sonst zum Leistungskatalog der ambulanten Pflege gehören, bereits in den HR-Grundleistungen inkludiert. Bei der Interpretation der Kostenergebnisse zur „ambulanten Pflege“ bei den HR-BEW sind diese beiden Aspekte zu berücksichtigen.

Nach Rücksprache mit der AOK BW werden als Kostengrößen nur die Gesamtbruttobeträge ohne Zuzahlungen und Beihilfen berichtet. Da der AOK BW nicht alle Daten zu Zuzahlungen und Eigenanteilen von Versicherten vorliegen, sind die in den Rohdaten vorhandenen Angaben als unvollständig anzusehen und werden daher nicht berichtet.

Beobachtungstage sind ausschließlich Tage mit vorliegenden Routinedaten, an denen sich ein Versicherter nicht im Krankenhaus befindet. Ein Tag zählt daher nur als Tag mit Leistungserhalt, wenn der Versicherte an diesem Tag nicht hospitalisiert ist. Da Pflegeleistungen während Krankenhausaufenthalten teilweise fortgezahlt werden, werden diese Kosten auf die Tage gleichmäßig verteilt, an denen der Versicherte nicht im Krankenhaus war. Negative Kosten werden in diesem Datensatz berücksichtigt, da diese in der Regel Rückzahlungen mit identischem Rechnungsdatum einer Zahlung sind und sich daher mit diesen ausgleichen.

Für die einzelnen Versorgungsformen (TG 1 bis TG 5) werden die Anzahl der Versicherten mit Leistungserhalt, die Gesamttage mit Leistungserhalt, der Anteil der Versicherten mit Leistungserhalt, die Tage mit Leistungserhalt pro Beobachtungsjahr und die Leistungskosten pro Beobachtungsjahr berichtet. Ergebnisse werden nur dargestellt, wenn ein Erhalt der jeweiligen Leistung für die jeweilige Versorgungsform plausibel, d.h. rechtlich möglich ist.

Neben den regulären Pflegeleistungen gem. SGB XI, werden die Leistungskosten für die Grundpauschale im Haus Rheinaue pro Beobachtungsjahr für die TG 1 dargestellt.

Pflegegeld

Bei der Analyse der Daten zum Pflegegeldbezug erfolgt eine Aufteilung der Beobachtungstage in Tage mit ausschließlichem Pflegegelderhalt, Tage mit ausschließlichem Bezug von ambulanten Pflegesachleistungen und solche mit Kombinationsleistungen (=Tage mit Pflegegelderhalt und Sachleistungen). Die Daten für Sachleistungen wurden hierfür aus der Datenquelle Pflegeleistungen entnommen und enthalten daher auch die Wahlleistungen der HR-BEW. Beobachtungstage sind ausschließlich Tage mit vorliegenden Routinedaten, an denen sich ein Versicherter nicht im Krankenhaus befindet. Vereinzelt in den Daten vorkommende Versicherte mit Zahlungen oder Rückzahlungen von über 2.000 € wurden aus dem Analysedatensatz ausgeschlossen.

Für diesen Datensatz werden die Tage mit erhaltenem Pflegegeld, die Tage ausschließlich mit ambulanten Sachleistungen, die Tage mit Kombinationsleistungen, die Tage mit Pflegegeld pro Beobachtungsjahr, die Tage mit Sachleistungen pro Beobachtungsjahr, die Tage mit Kombileistungen pro Beobachtungsjahr, der Anteil der Versicherten mit Pflegegeld, der Anteil der Versicherten mit Kombileistungen

und die Kosten für Pflegegeld pro Beobachtungsjahr für die Versorgungsformen berichtet, in denen ein Pflegegeldbezug möglich ist.

Häusliche Krankenpflege (HKP, § 37 SGB V)

Für die Auswertung der Daten der HKP erfolgt zum einen eine gemeinsame Betrachtung aller abgerechneten Leistungen. Zudem werden folgende HKP-Leistungen einzeln betrachtet, da sie im Haus Rheinaue Bestandteil der Grundleistung sind, also nicht gesondert zu Lasten der GKV abgerechnet werden:

- Vergütungsart 312 Richten von Medikamenten
- Vergütungsart 518 Richten von Medikamenten (Wochendosimed)
- Vergütungsart 301 Insulininjektion
- Vergütungsart 417 Insulininjektion 2. Präparat (andere Frequenz)
- Vergütungsart 429 intensivierete Insulintherapie

Beobachtungstage sind ausschließlich Tage mit vorliegenden Routinedaten, an denen sich ein Versicherter nicht im Krankenhaus befindet. Versicherte mit einer Vergütungsart für Intensivpflege (vgl. Tabelle 98 im Anhang A1) oder mit Rückzahlungen von über 100 € werden aus dem Analysedatensatz ausgeschlossen. Rückzahlungen der HKP lassen sich häufig nicht tagesgenau mit einer erhaltenen Zahlung verbinden und es kann daher keine klare Zuordnung in das richtige Intervall erfolgen.

Ausgewertet werden für diesen Datensatz die Anzahl der Versicherten mit HKP-Leistungen, die Tage mit HKP-Leistungen, der Anteil der Versicherten mit HKP-Leistungen, die Tage mit HKP-Leistungen pro Beobachtungsjahr und die Kosten für HKP-Leistungen pro Beobachtungsjahr, differenziert nach den Versorgungsformen, in denen ein HKP-Bezug möglich ist.

Hilfsmittel (§ 33 SGB V)

Für die Analyse der Abrechnungsdaten der Hilfsmittel erfolgt eine gemeinsame Betrachtung aller abgerechneten Verordnungen. Beobachtungstage sind ausschließlich Tage mit vorliegenden Routinedaten, an denen sich ein Versicherter nicht im Krankenhaus befindet. Die sehr geringe Zahl von Fällen mit negativen Kosten wird aus den Analysen ausgeschlossen.

Berichtet werden die Anzahl der Versicherten mit mindestens einem verordneten Hilfsmittel, die Anzahl der verordneten Hilfsmittel, der Anteil der Versicherten mit mindestens einem verordneten Hilfsmittel, die Kosten pro verordnetem Hilfsmittel, die Anzahl der verordneten Hilfsmittel pro Beobachtungsjahr und die Gesamtkosten für verordnete Hilfsmittel pro Beobachtungsjahr.

Krankenhausdaten

Für die Krankenhausdaten werden nur vollstationäre Krankenhausaufenthalte ausgewertet (Aufnahmeanlass 1. und 2. Stelle = 01). Ein gültiger vollstationärer Krankenhausfall ist definiert über ein valides Beginn-Datum und ein valides End-Datum. Überschneidende Krankenhausfälle eines Versicherten werden zusammengeführt und die Kosten werden addiert. Für die Berechnung der Verweildauer werden alle Krankenhaustage von Hospitalisierungen berücksichtigt, die während eines Beobachtungsintervalls beginnen. Das heißt, auch die Tage von Fällen, bei denen die Entlassung nach Ende eines Beobachtungsintervalls oder nach Beobachtungsende (31.12.2019 oder 31.12.2022) stattfindet, werden vollständig inkludiert⁹. Als Nennergröße werden alle Tage berücksichtigt, für die Routinedaten eines Versicherten vorliegen (Versichertentage, VJ). Falldatensätze mit negativen Fallgesamtkosten werden auf den Wert Null gesetzt.

Die Analysen berichten über die Anzahl der Versicherten mit mindestens einer vollstationären Krankenhausbehandlung, die Anzahl der Krankenhausbehandlungen, die Verweildauer pro Fall, die Kosten pro Fall, der Anteil der Versicherten mit Hospitalisierung, die Anzahl der Hospitalisierungen pro Versichertenjahr, die Verweildauer pro Versichertenjahr und die Krankenhauskosten pro Versichertenjahr.

Ungeplante Krankentransporte

Bei der Auswertung der ungeplanten Krankentransporte werden nur Transporte berücksichtigt die per Notarztwagen, Notarzteinsatzfahrzeug, Rettungswagen oder Primärtransport-Luft (Abrechnungspositionsnummer Verordnungsart 1, 2, 3 oder 8) stattfinden. Beobachtungstage sind Tage mit vorliegenden Routinedaten, an denen sich ein Versicherter nicht ganztägig im Krankenhaus befindet. Tage mit Krankenhausaufnahme oder -entlassung werden als Beobachtungstag berücksichtigt. Falldatensätze mit negativen Fallgesamtkosten werden auf den Wert Null gesetzt.

Für die Betrachtung der ungeplanten Krankentransporte werden die Anzahl der Versicherten mit mindestens einem Krankentransport, die Anzahl der Krankentransporte, die Kosten pro Krankentransport, der Anteil der Versicherten mit Krankentransport, die Anzahl der Krankentransporte pro Beobachtungsjahr und die Krankentransportkosten pro Beobachtungsjahr ausgewertet.

⁹ Dagegen werden Krankenhausaufenthalte, deren Aufnahmedatum vor Beginn des Beobachtungsintervalls und deren Entlassdatum innerhalb des Beobachtungsintervalls liegt nicht berücksichtigt.

3. Ergebnisse der Evaluation

Die Ergebnisdarstellung ist (überwiegend) nach den Fragekomplexen gegliedert. Aufgrund des methodischen Ansatzes der 360°-Analyse stehen vielfach zu einer Fragestellung Informationen aus mehreren Datenquellen bzw. Perspektiven zur Verfügung, die gemeinsam berichtet werden.

3.1 Eckdaten des Modells HR und der Vergleichseinrichtungen

Im Folgenden werden grundlegende Ergebnisse zur Zahl und Zusammensetzung der in den Einrichtungen jeweils versorgten pflegebedürftigen Menschen und den an der Versorgung beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern berichtet. Ferner werden die Angaben zu den Entscheidungsgründen dargestellt, die für die Wahl der jeweiligen Pflegeeinrichtung relevant waren und die baulichen Gegebenheiten verglichen.

3.1.1 Anzahl und Zusammensetzung der Bewohnerinnen und Bewohner

Tabelle 8 zeigt die Bewohnerzahlen der untersuchten Einrichtungen zu beiden Erhebungszeitpunkten. Für die Analysen zur Zusammensetzung der Bewohnerpopulationen wurden die Daten beider Erhebungszeitpunkte zusammengefasst, daher sind in der Tabelle auch die über beide Zeitpunkte kumulierten Werte ausgewiesen.

Tabelle 8: Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner in den untersuchten Pflegeeinrichtungen nach Erhebungszeitpunkten

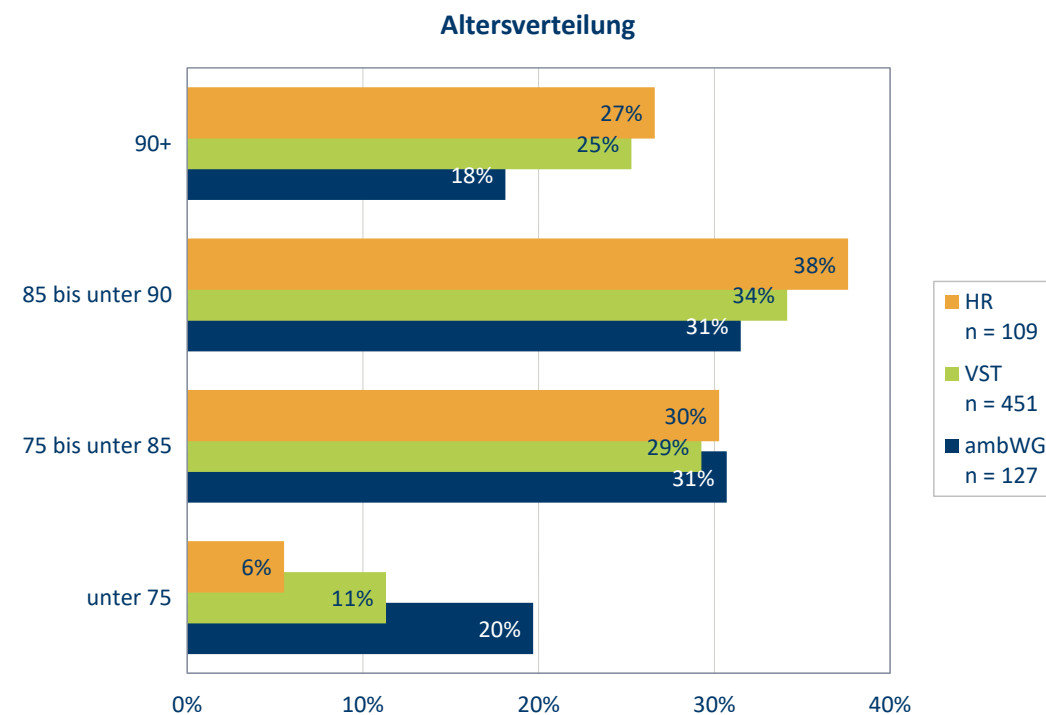
Einrichtung	BEW zum ersten Erhebungszeitpunkt	BEW zum zweiten Erhebungszeitpunkt	BEW kumuliert
HR	54	55	109
VST-3	78	78	156
VST-2	104	104	208
VST-1	45	42	84
Alle VST	227	224	451
ambWG 1	12	12	24
ambWG 2	7	7	14
ambWG 3	6	7	13
ambWG 4	10	16 (2 WG à 8)	26
ambWG 5	12	12	24
ambWG 6	12	12	24
ambWG 7	8	8	16
Alle ambWG	67	74	141

Quelle: IGES; EI-L1, EI-L2

Angaben zum Geschlecht der BEW wurden nur in der Angehörigenbefragung (EI-A2) erhoben, so dass die Ergebnisse zur Geschlechtsverteilung nur als Schätzung zu verstehen sind (nur für einen Teil der BEW haben sich Angehörige an der Befragung beteiligt). Nach diesen Daten sind in allen Einrichtungen mehr als zwei Drittel der BEW weiblich (HR 73 %, ambWG 86 %, VST 69 %; EI-A2).

Abbildung 2 zeigt die Altersverteilungen der BEW nach den drei Einrichtungsarten. Grundlage der Darstellung sind die kumulierten Daten der beiden Erhebungszeitpunkte. Die Altersverteilungen der BEW unterscheiden sich zwischen HR und VST nur geringfügig. In den ambWG sind die beiden unteren Altersgruppen dagegen stärker besetzt als in HR und VST.

Abbildung 2: Altersverteilungen der BEW nach Einrichtungsart (Basis sind die kumulierten Werte beider Erhebungszeitpunkte)



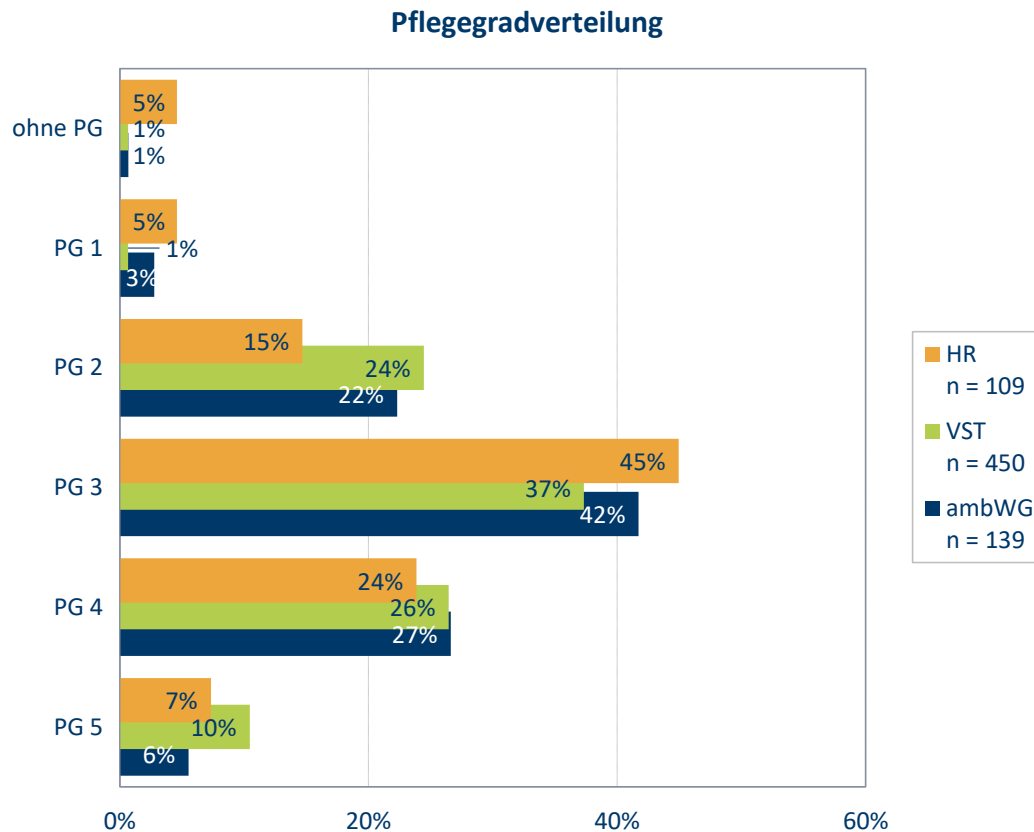
Quelle: IGES, EI-L1, EI-L2 (kumulierte Daten)

Anmerkung: Prozentuierung auf gültige Werte (Fehlende Werte: ambWG = 14)

Die größte Gruppe von versorgten Menschen in allen drei Einrichtungsarten hat einen Pflegegrad 3 (Abbildung 3). Laut den Daten des Landesamts für Statistik Baden-Württemberg¹⁰ werden zum Stichtag 30.06.2021 anteilig folgende Pflegegrade in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt: 0,5 % PG 1; 16,9 % PG 2; 35,6 % PG 3; 31,5 % PG 4; 15,5 % PG 5. Damit liegt im Vergleich zu diesen Daten bei den VST und HR eine leichte Abweichung hin zu einem eher geringeren Pflegegrad vor. Die Pflegegrade in den ambWG sind dagegen erwartungsgemäß etwas höher als die von Personen in der Pflegestatistik, die zu Hause durch einen ambulanten Dienst versorgt werden (15,7 % PG 1; 42,1 % PG 2; 28,4 % PG 3; 10,3 % PG 4; 3,4 % PG 5). Die Datenbasis des Landesamts für Statistik umfasst allerdings nur Versicherte der Orts- und Betriebskrankenkassen, es fehlen also Versicherte der Ersatzkassen, Innungskrankenkassen, Landwirtschaftlichen Kassen sowie der Knappschaft Bahn See. Insofern ist der Vergleich mit der landesbezogenen Pflegestatistik mit Zurückhaltung zu interpretieren. Die entsprechenden Daten der Pflegestatistik auf Bundesebene liegen für diesen Zeitraum noch nicht vor.

¹⁰ https://www.statistik-bw.de/Service/Veroeff/Statistische_Berichte/384121002.pdf [abgerufen am 17.01.2022]

Abbildung 3: Pflegegradverteilung nach Einrichtungsart (Basis sind die kumulierten Werte beider Erhebungszeitpunkte)



Quelle: IGES, EI-L1, EI-L2 (kumulierte Daten)

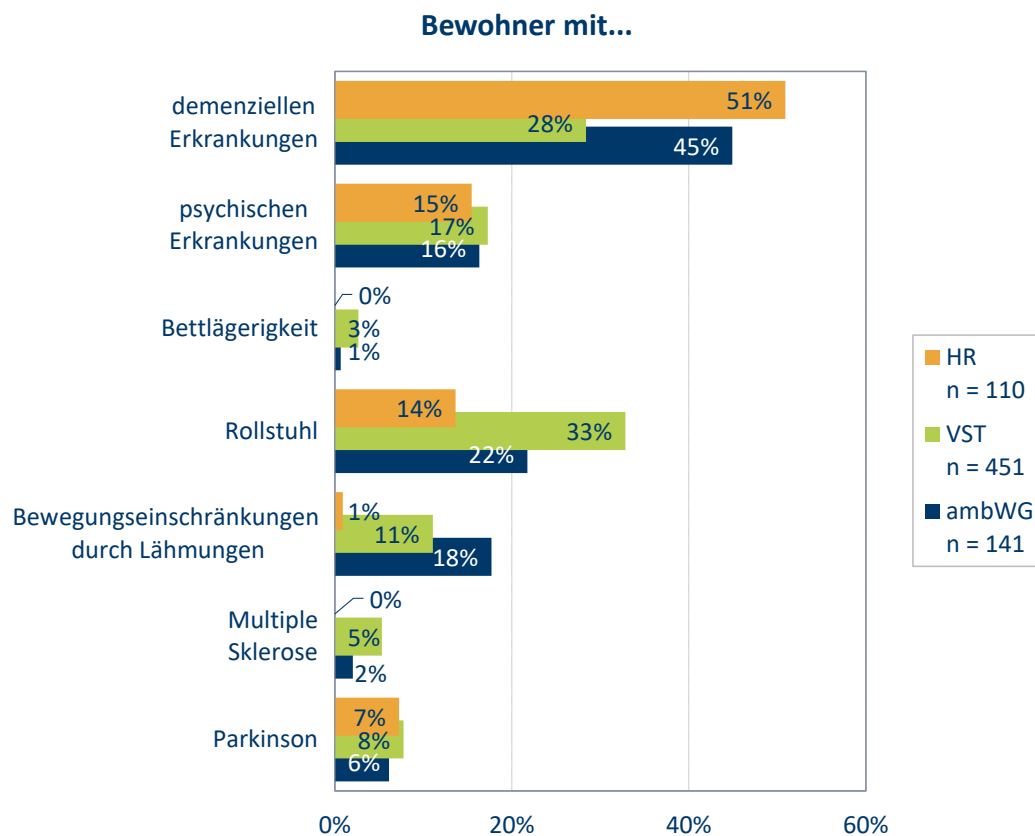
Anmerkung: Prozentuierung auf gültige Werte (Fehlende Werte: VST =1, ambWG = 2)

Neben den Pflegegraden wurde auch nach der Prävalenz bestimmter Erkrankungen bzw. gesundheitlicher Einschränkungen gefragt. Abbildung 4 zeigt die Ergebnisse der beiden Erhebungszyklen zusammengefasst. Die Leitungspersonen in HR und ambWG gaben an, dass jeweils etwa die Hälfte der BEW unter einer demenziellen Erkrankung leidet, wogegen die Leitungen der VST nur 28 % der BEW als demenzkrank einstufen. Schwinger und Tsiasioti (2020) berichten auf Basis der amtlichen Statistik von 2018 von einem Anteil demenziell erkrankter Personen an allen BEW stationärer Einrichtungen von 60,2 %. Nach Schäufole et al. (2013) liegt dieser Anteil in einer repräsentativen Stichprobe von vollstationären Pflegeeinrichtungen im Mittel bei 69 % (Median 67 %; Min 46 %; Max 90 %). Angesichts des auffällig niedrigen Anteils von BEW, die nach Einschätzung der Leitungspersonen an einer demenziellen Erkrankung leiden, hat IGES bei den Einrichtungen nachgefragt, inwieweit ggf. Erfassungsfehler vorliegen könnten. Letztlich ließ sich diese Auffälligkeit jedoch nicht erklären. Eine der Einrichtungen hat einen spezialisierten Mul-

multiple Sklerose-Bereich mit elf BEW und dementsprechend mehr jüngere Menschen. Auch diese Besonderheit reicht jedoch zur Erklärung des insgesamt auffällig niedrigen Anteils von demenziell erkrankten BEW in den VST nicht aus.

Eine Analyse der Angaben zu den Krankheitsprävalenzen getrennt nach den beiden Erhebungszyklen zeigt ferner, dass die Angaben zu den Anteilen von demenziell Erkrankten in einer VST stark schwanken (Zeitpunkt I: 51%, Zeitpunkt II: 12%). Dies legt die Vermutung nahe, dass die Angaben der Leitungspersonen insbesondere zur Häufigkeit von demenzkranken BEW insgesamt wenig valide sind bzw. auf eher unsicheren Einschätzungen der befragten Personen beruhen.

Abbildung 4: Krankheitsbilder nach Einrichtungsart



Quelle: IGES, EI-L1, EI-L2

Tabelle 9 zeigt die Bildungsabschlüsse der BEW. Die Daten entstammen der Befragung der Angehörigen zum zweiten Erhebungszeitpunkt, so dass sich die Anteile nur auf die Substichprobe von BEW beziehen, für die Daten aus der Angehörigenbefragung im Erhebungszyklus II vorliegen. In allen drei Einrichtungsarten leben Menschen mit ähnlichen Bildungsabschlüssen, in den ambWG ist der Anteil von BEW mit Realschulabschluss/Mittlere Reife/Fachschulreife höher als im HR oder in den VST. Die meisten BEW haben einen Haupt- oder Volksschulabschluss.

Tabelle 9: Bildungsabschlüsse der BEW nach Einrichtungsart (Daten der Angehörigenbefragung)

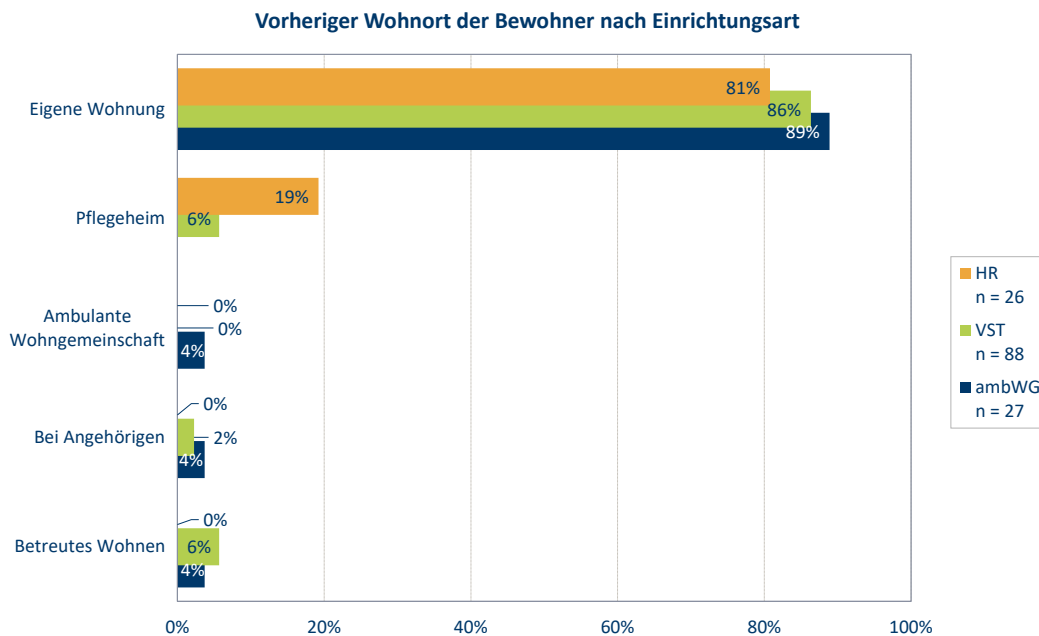
Bildungsabschluss	ambWG n = 28	VST n = 85	HR n = 25
Haupt- oder Volksschulabschluss	18 (64 %)	63 (74 %)	18 (72 %)
Realschulabschluss/Mittlere Reife/Fachschulreife	7 (25 %)	11 (13 %)	4 (16 %)
POS (Polytechnische Oberschule) bzw. 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse)	0	1 (1 %)	0
Fachhochschulreife/Abschluss einer Fachoberschule	2 (7 %)	1 (1 %)	1 (4 %)
Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife	1 (4 %)	6 (7 %)	2 (8 %)
Anderen Schulabschluss (z.B. im Ausland erworben)	0	0	0
Schule beendet ohne Schulabschluss	0	3 (4 %)	0

Quelle: IGES, EI-A2

Anmerkung: Prozentuierung auf gültige Werte (Fehlende Werte: HR = 1, VST = 5)

Abbildung 5 zeigt die Wohnsettings der BEW vor dem Einzug in die jeweilige Einrichtungsart. Auch diese Daten entstammen der Angehörigenbefragung. Die meisten BEW sind aus dem eigenen Haushalt in die jeweilige Pflegeeinrichtung gezogen. Beim HR fällt auf, dass 19 % der Angehörigen angeben, dass der oder die BEW zuvor in einem anderen Pflegeheim gewohnt habe.

Abbildung 5: Wohnsettings vor dem Einzug in die betreffende Einrichtungsart (Daten der Angehörigenbefragung)

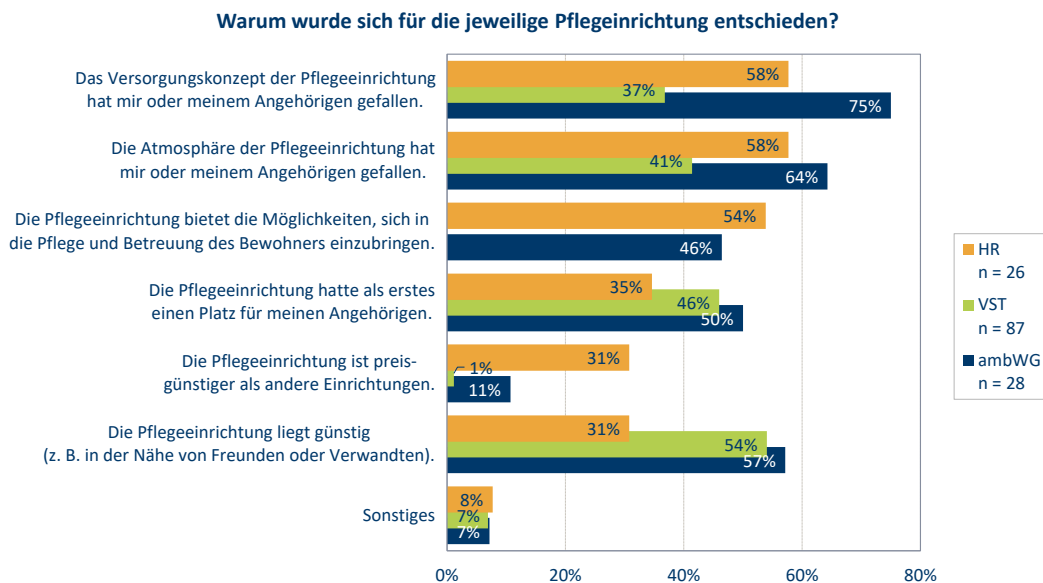


Quelle: IGES, EI-A2

Anmerkung: Prozentuierung auf gültige Werte (Fehlende Werte: VST = 2, ambWG = 1)

Im Rahmen der Angehörigenbefragung (EI-A2) wurde eine Liste von sechs möglichen Gründen (sowie eine Freitextmöglichkeit) präsentiert, warum sich der/die BEW für die betreffende Einrichtung entschieden hat. Die Befragten konnten ggf. mehrere Gründe als zutreffend ankreuzen. Abbildung 6 zeigt die Ergebnisse für die drei Einrichtungsarten. Von den 28 Antwortenden aus den ambWG wurde das Versorgungskonzept der Einrichtung am häufigsten als Entscheidungsgrund genannt (75 %), gefolgt von der Atmosphäre in der Einrichtung (64%). Diese beiden Gründe werden auch von den Angehörigen aus dem HR am häufigsten genannt (je 58 %). Die Möglichkeit, sich als Angehörige an der Pflege zu beteiligen spielt im HR (54%) eine etwas größere Rolle als in den ambWG (46%). Im Vergleich zu den anderen Einrichtungsarten wird im HR deutlich häufiger auch ein günstigerer Preis als Entscheidungsgrund genannt (31 %).

Abbildung 6: Entscheidung Pflegesetting (Daten der Angehörigenbefragung)



Quelle: IGES, EI-A2

Anmerkung: Prozentuierung auf gültige Werte (Fehlende Werte: VST = 3)

3.1.2 Mitarbeitende

Zum ersten Erhebungszeitpunkt wurden die an der Untersuchung teilnehmenden Pflegeeinrichtungen gebeten, das bei ihnen beschäftigte Personal detailliert, d.h. unter Angabe des Stellenumfanges, der Dienstart (Pflege, Betreuung, Hauswirtschaft, Verwaltung) und mit Zuordnung zu den beruflichen Qualifikationskategorien der amtlichen Pflegestatistik, aufzulisten.

Tabelle 10 zeigt die Ergebnisse für das HR und die drei VST-Vergleichseinrichtungen. Bei der Bewertung der Daten ist zu berücksichtigen, dass es sich um die tatsächlichen Beschäftigten zum Erhebungszeitpunkt handelt. In allen Einrichtungen können Planstellen unbesetzt gewesen sein.

Als zentraler Parameter für die Personalausstattung der Einrichtungen sollen die Vollzeitäquivalente (VZÄ) der examinierten Pflegefachkräfte in Relation zu den BEW betrachtet werden. In den drei VST bewegen sich die VZÄ pro 100 BEW zwischen 25,8 (VST 1) und 18,4 (VST 2), gemittelt über alle drei VST errechnen sich 20,6 VZÄ examinierte Pflegefachkräfte je 100 BEW. Im HR liegt dieser Wert, wie angesichts des Konzepts zu erwarten, mit 9,4 VZÄ/100 BEW deutlich niedriger. Dabei handelt es sich jedoch nur um die im HR unmittelbar beschäftigten examinierten Pflegefachkräfte. Darüber hinaus sind Fachkräfte des ambulanten Dienstes an der Versorgung der HR-BEW beteiligt. In der Leitungskräftebefragung zum zweiten Erhebungszeitpunkt wurde vom HR angegeben, dass drei (2,9 VZÄ) examinierte Pflegefachkräfte des ambulanten Pflegedienstes an der Versorgung der HR-BEW

beteiligt sind. Nach Angaben der Leitung sind diese Fachkräfte nahezu ausschließlich für die HR-BEW tätig. Zusammen mit den Kräften vor Ort errechnet sich für das HR damit eine Gesamtzahl von 14,8 VZÄ examinierte Pflegefachkräfte je 100 BEW. Demnach wird im HR die qualifizierte pflegefachliche Versorgung der BEW im Vergleich zu den vollstationären Einrichtungen mit etwa sechs VZÄ weniger gewährleistet.

Tabelle 10: BEW und Mitarbeitende in den vollstationären Einrichtungen und im Haus Rheinaue zum ersten Erhebungszeitpunkt

	VST 1	VST 2	VST 3	HR
Bewohner/-innen (n)	45	104	78	54
Mitarbeitende gesamt (n, VZÄ)	52 (29,7)	77 (55,0)	86 (55,7)	31 (23,8)
<i>Qualifikation*</i>				
examinierte Pflegefachkraft/gesamt (n, VZÄ)	15 (11,6)	26 (20,9)	25 (18,4)	7 (5,1)
davon in der Pflege tätig (n, VZÄ)	15 (11,6)	24 (19,1)	22 (16,1)	7 (5,1)
Übrige Mitarbeitende (n, VZÄ)	37 (18,1)	51 (34,1)	61 (37,3)	24 (18,7)
einjährig ausgebildete Pflegehilfskraft (n, VZÄ)	3 (1,2)	3 (2,4)	13 (6,4)	-
sonstiger Berufsabschluss (gesundheitlich-sozial) (n, VZÄ)	2 (1,0)	1 (0,8)	4 (3,8)	8 (6,1)
sonstiger Berufsabschluss (Berufsausbildung) (n, VZÄ)	20 (9,2)	38 (24,9)	26 (16,9)	1 (0,9)
ohne Berufsabschluss (n, VZÄ)	12 (6,7)	9 (6,0)	18 (10,2)	15 (11,7)

Quelle: IGES, EI-L1

Anmerkung: * Kategorien orientiert an der amtlichen Pflegestatistik

Tabelle 11 zeigt die Ergebnisse der Personalstandserhebung der sieben ambWG (sowie ergänzend die jeweilige Zahl der BEW). Fünf der sieben ambWG haben auch examinierte Pflegefachkräfte als zu der Einrichtung gehöriges Personal angegeben. Inwieweit es sich dabei möglicherweise formal um Personal des ambulanten Pflegedienstes handelt, ließ sich nicht klären, weshalb die Ergebnisse diesbezüglich mit Zurückhaltung interpretiert werden sollten. In der zweiten Leitungsbefragung wurde von mehreren Einrichtungen explizit angegeben, dass die Pflegefachkräfte von den ambulanten Pflegediensten kommen.

Als Vergleichsparameter werden die VZÄ der „Übrigen Mitarbeitenden“, also der in den ambWG tätigen Präsenzkkräfte (ohne exam. Pflegefachkräfte) betrachtet. Die VZÄ pro 100 BEW variieren zwischen 43,3 (ambWG 5) und 105 VZÄ/100 BEW (ambWG 3), im Durchschnitt über alle ambWG sind es 60 VZÄ/100 BEW. Die große

Variation kann dadurch bedingt sein, dass von manchen WGs auch Personal angegeben wurde, das nicht ausschließlich für die eine untersuchte WG tätig ist, sondern noch für weitere WGs im gleichen Gebäude arbeitet.

Die durchschnittliche Personalkapazität der „Übrigen Mitarbeitenden“ (ohne exam. Pflegefachkräfte) liegt in den drei VST mit 65,6 VZÄ/100 BEW auf vergleichbarem Niveau wie in den ambWG. Im HR liegt sie dagegen mit 34,6 VZÄ pro 100 BEW deutlich niedriger.

Tabelle 11: BEW und Mitarbeitende in den ambulanten Wohngruppen zum ersten Erhebungszeitpunkt

	WG 1	WG 2	WG 3	WG 4	WG 5	WG 6	WG 7
Bewohner/innen, (n)	12	7	6	10	12	12	8
examinierte Pflegefachkräfte, (n, VZÄ) *	3 (0,7)	2 (1,7)	4 (1,7)	-	1 (0,6)	-	2 (0,5)
Übrige Mitarbeitende, (n, VZÄ)	16 (7,4)	6 (4,4)	12 (6,3)	14 (7,0)	11 (5,2)	11 (6,4)	4 (3,5)
<i>Qualifikationen übrige Mitarbeitende* *</i>							
einjährig ausgebildete Pflegehilfskraft, (n, VZÄ)	2 (0,9)	-	3 (1,9)	-	7 (3,8)	-	-
sonstiger Berufsabschluss (gesundheitlich-sozial) (n, VZÄ)	3 (1,8)	2 (1,9)	3 (1,6)	-	1 (0,9)	-	-
sonstiger Berufsabschluss (Berufsausbildung) (n, VZÄ)	7 (3,2)	4 (2,5)	6 (2,5)	14 (7,0)	2 (0,3)	8 (4,1)	-
ohne Berufsabschluss (n, VZÄ)	4 (1,5)	-	-	-	1 (0,2)	3 (2,4)	4 (3,5)

Quelle: IGES, EI-L1

Anmerkung: * Vermutlich wurde von den ambWG hier Personal angegeben, das eigentlich bei den ambulanten Pflegediensten beschäftigt ist, die die ambWG versorgen; ** Kategorien orientiert an der amtlichen Pflegestatistik

Auch die Leitungen der ambWG wurden zum zweiten Erhebungszeitpunkt nach den Beschäftigten der ambulanten Pflegedienste befragt, die an der Versorgung der BEW beteiligt sind. Die Daten sind jedoch nicht sinnvoll auf die Zahlen der BEW der ambWG beziehbar, da in der Regel eine größere Zahl von Beschäftigten der

Pflegedienste an der Versorgung der BEW beteiligt ist, aber keine exklusive Zuständigkeit dieser Personen für die ambWG besteht, so dass die angegebenen Beschäftigtenzahlen teilweise höher sind als die Zahl der BEW.

3.1.3 Bauliche Beschaffenheit

Die Vergleichseinrichtungen (ambWG, VST) sind alle baulich ähnlich strukturiert wie HR, d.h. die Bereiche sind in Wohngruppen (bzw. Wohnungen) mit eigenen Küchen und Wohnbereichen (bzw. Wohn- und Küchenbereich kombiniert) aufgeteilt. Bei den VST gibt es 4 bis 7 Wohnbereiche, mit minimal 10 und maximal 17 Plätzen. VST-2 hat einen speziellen Wohnbereich für Menschen mit Multipler Sklerose (11 Plätze). Alle Vergleichseinrichtungen befinden sich hauptsächlich in Wohnsiedlungen (6) oder in Stadtzentren/Ortsmitten (4). Zwei ambWG sind Teil eines Mehrgenerationenhauses. Zwei ambWG haben keinen eigenen Garten, jedoch Grünanlagen fußläufig oder teilen den Garten mit einer Tagespflege (EI-L1).

3.2 Modellausgestaltung und Arbeitsorganisation

3.2.1 Spezifische Merkmale der Arbeitsorganisation im HR im Vergleich zu VST und ambWG

Der folgende Abschnitt (3.2.1.2 bis 3.2.1.5) thematisiert die wesentlichen Aspekte der Arbeitsorganisation bzw. der Sicherstellung der Versorgung, die charakteristisch für das Modell HR sind: Aufgabenverteilung und Zusammenarbeit zwischen den Pflegefachkräften vor Ort und den Präsenzkräften bzw. den Pflegekräften des an der Versorgung beteiligten ambulanten Dienstes. Der Vergleich mit den ambWG bzw. VST sollte ggf. die charakteristischen Unterschiede zum Modell HR verdeutlichen.

3.2.1.1 Aufgabenverteilung und Tätigkeitsspektren der Mitarbeitenden

Die Aufgabenverteilung bzw. die spezifischen Rollen der vor Ort im HR tätigen Mitarbeitenden wurden in den Interviews von der HR-Einrichtungsleitung und der Pflegedienstleitung (PDL) des ambulanten Dienstes folgendermaßen beschrieben (EI-L1):

- ◆ Die Aufgaben der Pflegefachkraft vor Ort liegen vorwiegend im Bereich der Behandlungspflege (SGB V) sowie in der Anleitung und Begleitung von Präsenzkräften. Tätigkeiten, die der Grundpflege (SGB XI) zuzurechnen wären, werden dagegen kaum wahrgenommen.
 - ◆ Die Präsenzkräfte sind in den Wohnungen die ersten Ansprechpersonen für die BEW. Sie erledigen den Haushalt der Wohnung und binden die BEW, wenn möglich, in Aufgaben ein (z. B. Kochen und Backen, Müllentsorgung). Dabei unterstützen sie die BEW im Sinne von Alltagshilfen (Orientierung geben, Mobilisation etc.), übernehmen einfachere Aufgaben
-

der Grundpflege und gestalten einen gemeinsamen (sowie flexiblen) Tagesablauf.

- ◆ Die Einbindung des ambulanten Pflegedienstes ermöglicht „andere Tagesabläufe“. Der ambulante Dienst übernimmt über die Grundleistungen hinausgehende Aufgaben der Grundpflege und Hauswirtschaft, wodurch die Präsenzkkräfte mehr Zeit für die Alltagsbegleitung haben. Die Pflegefachkraft vor Ort kann sich dadurch stärker auf pflegefachliche Aufgaben wie den Kontakt zu Ärzten, Beratung, Pflegeplanung und -dokumentation sowie die Führung und Anleitung der Präsenzkkräfte fokussieren.
- ◆ Die Arbeitsteilung und die Flexibilität des ambulanten Dienstes „entschlacken“ die Tagesabläufe. Für die BEW bedeutet dies, dass mehr Spielräume für eine individuelle Lebensgestaltung entstehen, „so, wie man sie daheim machen würde, beispielsweise frühstücken im Bademantel und am Nachmittag duschen“. Die Tagesabläufe werden nicht einheitlich durch die Organisation festgelegt, sondern werden gemeinsam mit den Präsenzkkräften gestaltet, vergleichbar mit einer ganztägigen Betreuung durch Angehörige.
- ◆ Die Einbindung der Angehörigen, welche am häufigsten Aufgaben in der Hauswirtschaft übernehmen (i. d. R. Wäsche waschen), sorgt ferner für ein „volles Haus“, d.h. während des Tages sind vielfach Angehörige in den Wohngruppen präsent. Angehörige werden nicht nur durch „Aufgaben“ eingebunden, sondern auch dadurch, dass sie an Mahlzeiten teilnehmen oder das Bewohner-Café nutzen können, um Zeit mit den BEW zu verbringen.

Das HR hat konzeptgemäß keine eigene PDL, sondern diese Funktion wird durch die PDL des ambulanten Dienstes wahrgenommen. Für diese unterscheidet sich aufgrund der besonderen Arbeitsteilung im HR das Tätigkeitsspektrum im Vergleich zu einem regulären ambulanten Dienst. Neben den üblichen Aufgaben der ambulanten Versorgung (Tourenplanung, Personalplanung etc.) fallen auch die Personalverantwortung und -planung der Fachkräfte vor Ort und die Überwachung der „stationären“ Dokumentation in ihren Verantwortungsbereich (EI-L1).

Im HR ist die Arbeitsorganisation somit zum einen durch die Unterscheidung zwischen den Mitarbeitenden des HR bzw. des ambulanten Dienstes und zum anderen durch die unterschiedlichen Rollen der Pflege(fach)kräfte bzw. der Präsenzkkräfte geprägt. Die ansonsten im vollstationären Setting vorhandenen Rollen der Pflegehilfskräfte, Betreuungskräfte und Hauswirtschaftskräfte sind zwar formal teilweise noch besetzt, funktional gehen sie jedoch zu einem großen Teil in den HR-spezifisch definierten bzw. aus dem Hausgemeinschaftsmodell resultierenden Aufgaben der Präsenzkkräfte auf. Darüber hinaus verbleibende Aufgaben werden durch den ambulanten Dienst geleistet.

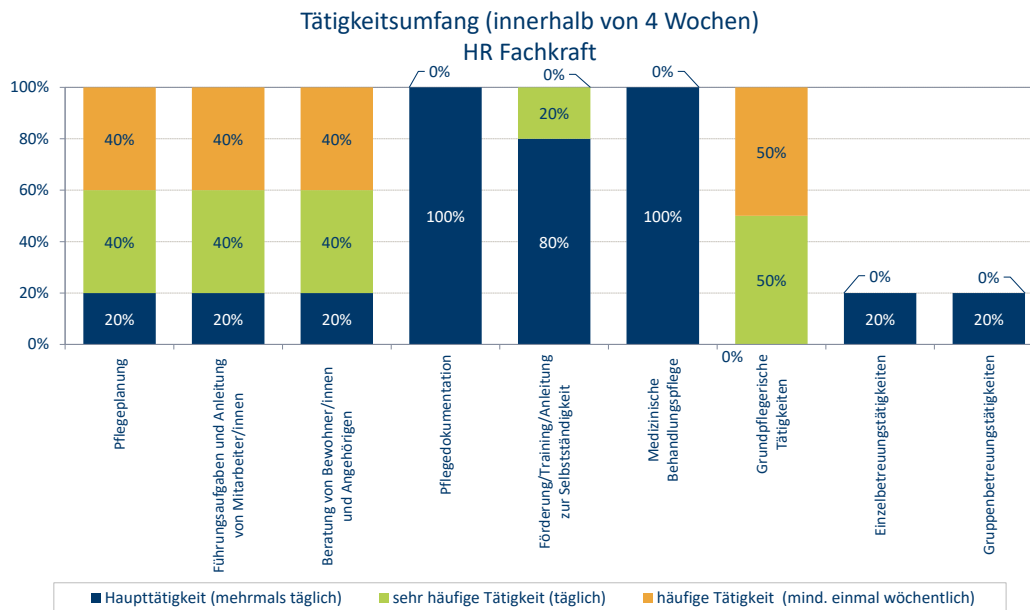
In den zum Vergleich untersuchten VST folgt die Arbeitsorganisation dagegen grundsätzlich der konventionellen Gliederung nach den Bereichen Pflege, Betreuung/Sozialer Dienst und Hauswirtschaft. Die interviewten Führungskräfte berichten aber von einer intensiven Zusammenarbeit der Bereiche, bspw. übernehmen die Alltagsbegleiter in einer VST-Einrichtung vermehrt Aufgaben der Unterstützung bei der Grundpflege und leisten dafür weniger hauswirtschaftliche Tätigkeiten. Da alle drei VST-Vergleichseinrichtungen mehr oder weniger ausgeprägt ebenfalls dem Hausgemeinschaftsmodell folgen, sind die Grenzen zwischen den Bereichen vielfach fließend (EI-L1).

In den sieben untersuchten ambWG zeigen sich unterschiedliche Konstellationen in Bezug auf die Rollen und Aufgabenverteilung der an der Versorgung Beteiligten. In einer ambWG besteht eine deutliche Trennung der Zuständigkeiten, d.h. von den Präsenzkräften wird nur die Alltagsbegleitung übernommen, jegliche Pflege (z. B. Unterstützung/Mobilisation bei Toilettengängen) sowie die gesamte Hauswirtschaft werden ausschließlich von Mitarbeitenden des ambulanten Dienstes erbracht. In dem Interview wurde jedoch mitgeteilt, dass die strikte Trennung perspektivisch aufgelöst werden soll, sodass die Präsenzkräfte zukünftig auch kleinere Aufgaben der Grundpflege übernehmen. Eine andere ambWG teilt die Arbeitsbereiche entsprechend der Finanzierungsgrundlagen auf: Alltagsbegleitung (Betreuung und Hauswirtschaft, finanziert über Eigenanteile), Hauswirtschaft (finanziert durch § 45b SGB XI) und Pflegedienst (finanziert durch § 36 SGB XI / § 37 SGB V). Zwei ambWG teilen die Bereiche nach Mitarbeitenden vor Ort bzw. im mobilen Einsatz auf. Dabei werden Aufgaben im Rahmen der Pflege nach dem SGB XI auch an die Präsenzkräfte delegiert (EI-L1).

Die Angaben der Führungskräfte zur Aufgabenverteilung der verschiedenen Beschäftigtengruppen lassen sich (im Sinne der 360°-Methodik) mit Hilfe der Ergebnisse aus den Befragungen der Mitarbeitenden validieren.

Das Tätigkeitspektrum einer Pflegefachkraft im HR ist in Abbildung 7 dargestellt. Die Ergebnisse zeigen jeweils den Anteil der Befragten, die die betreffende Aufgabe bezogen auf den Zeitraum der vorangehenden vier Wochen als Haupttätigkeit (mehrmals täglich), als sehr häufige (täglich) oder als häufige Tätigkeit (mindestens einmal wöchentlich) angegeben haben (die ggf. zu 100 Prozent fehlenden Säulenabschnitte repräsentieren den Anteil von „seltener als einmal wöchentlich“ bzw. fehlender Angaben). Die fünf befragten HR-PFK geben Pflegedokumentation, Medizinische Behandlungspflege und Selbstständigkeitsförderung der BEW am häufigsten als Haupttätigkeiten an. Grundpflegerische Tätigkeiten werden zwar auch täglich bzw. mindestens einmal wöchentlich durchgeführt, sie werden aber nicht als Haupttätigkeiten genannt. Weiterhin spielen die Pflegeplanung, Führungs- und Anleitungsaufgaben von Präsenzkräften und die Beratung von BEW und Angehörigen eine größere Rolle (EI-M2).

Abbildung 7: Tätigkeitsspektrum der HR-Pflegefachkräfte

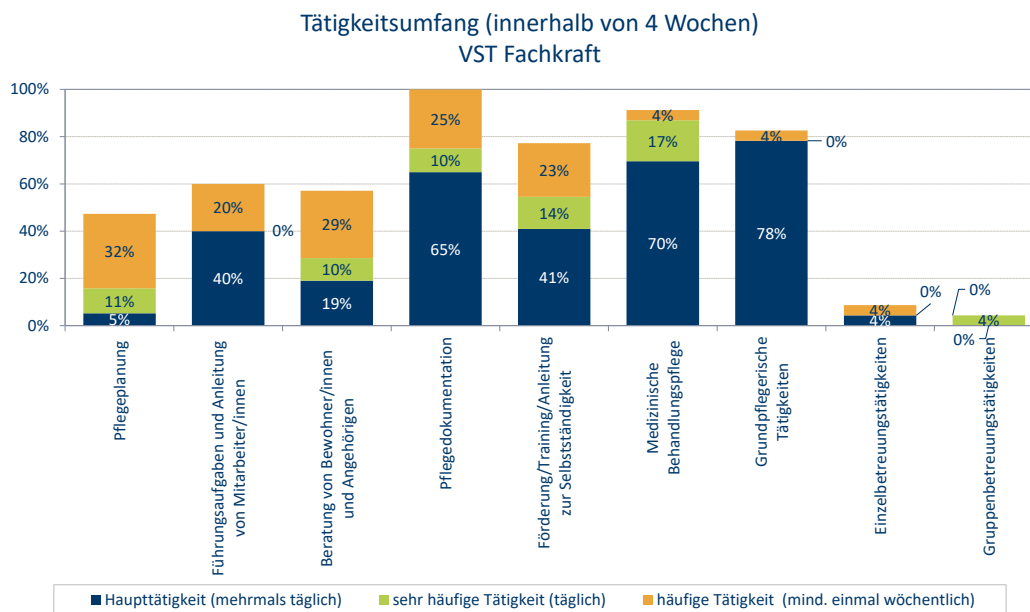


Quelle: IGES, EI-M2 (n = 4-5)

Anmerkung: An 100% fehlende Werte: Anteile „seltene Tätigkeit“ und fehlende Angaben

Der Umfang der Tätigkeiten einer PFK in den VST-Vergleichseinrichtungen ist dagegen anders verteilt (Abbildung 8). Zwar werden auch hier die medizinische Behandlungspflege und die Pflegedokumentation von der Mehrheit der Befragten als Tätigkeitsschwerpunkte genannt, von ebenso großer Bedeutung sind jedoch grundpflegerische Tätigkeiten. Im Vergleich zum HR von geringerer Bedeutung sind Pflegeplanung, Selbstständigkeitsförderung der BEW sowie die Beratung von BEW und Angehörigen.

Abbildung 8: Tätigkeitsspektrum der VST-Pflegefachkräfte



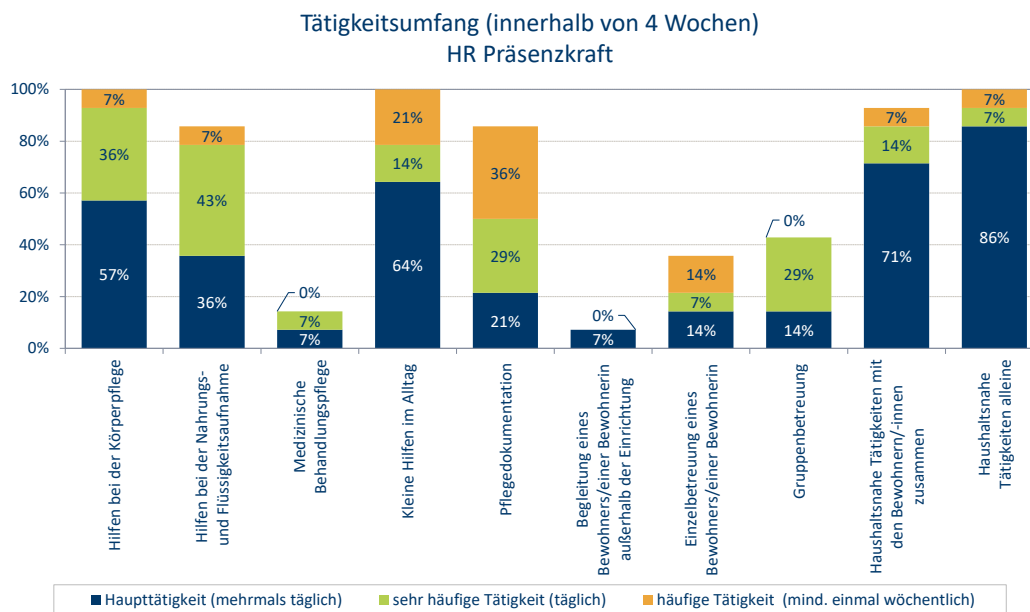
Quelle: IGES, EI-M2 (n = 19-23)

Anmerkung: An 100% fehlende Werte: Anteile „seltene Tätigkeit“ und fehlende Angaben

Die Ergebnisse der Befragung von PFK im HR bzw. in den VST bestätigen somit die Charakterisierungen der HR-Leitungskräfte zu den Tätigkeitsschwerpunkten der PFK vor Ort im HR, die sich teilweise deutlich von den Angaben der PFK in den VST unterscheiden: medizinische Behandlungspflege, Pflegedokumentation sowie Maßnahmen zur Förderung der Selbständigkeit der BEW werden im HR in stärkerem Maße als dominierende Tätigkeiten genannt, wogegen vor allem grundpflegerische Tätigkeiten eine deutlich geringere Rolle spielen als bei den PFK in den VST.

Die Ergebnisse der Befragung der HR-Präsenzkräfte sind in Abbildung 9 dargestellt. Wie erwartet überschneiden sich die Haupttätigkeiten der HR-Präsenzkräfte mit denen der Pflegehilfs- und Betreuungskräfte in den VST (Abbildung 10). Als Haupttätigkeiten (Abbildung 9) erledigen die HR-Präsenzkräfte haushaltsnahe Tätigkeiten (71 % mehrmals täglich mit den BEW zusammen, 86 % mehrmals täglich alleine), kleine Hilfen im Alltag (64 % mehrmals täglich) und Hilfen bei der Körperpflege (57 % mehrmals täglich). Alle HR-Präsenzkräfte unterstützen BEW mindestens einmal wöchentlich bei der Körperpflege.

Abbildung 9: Tätigkeitsspektrum der HR-Präsenzkräfte

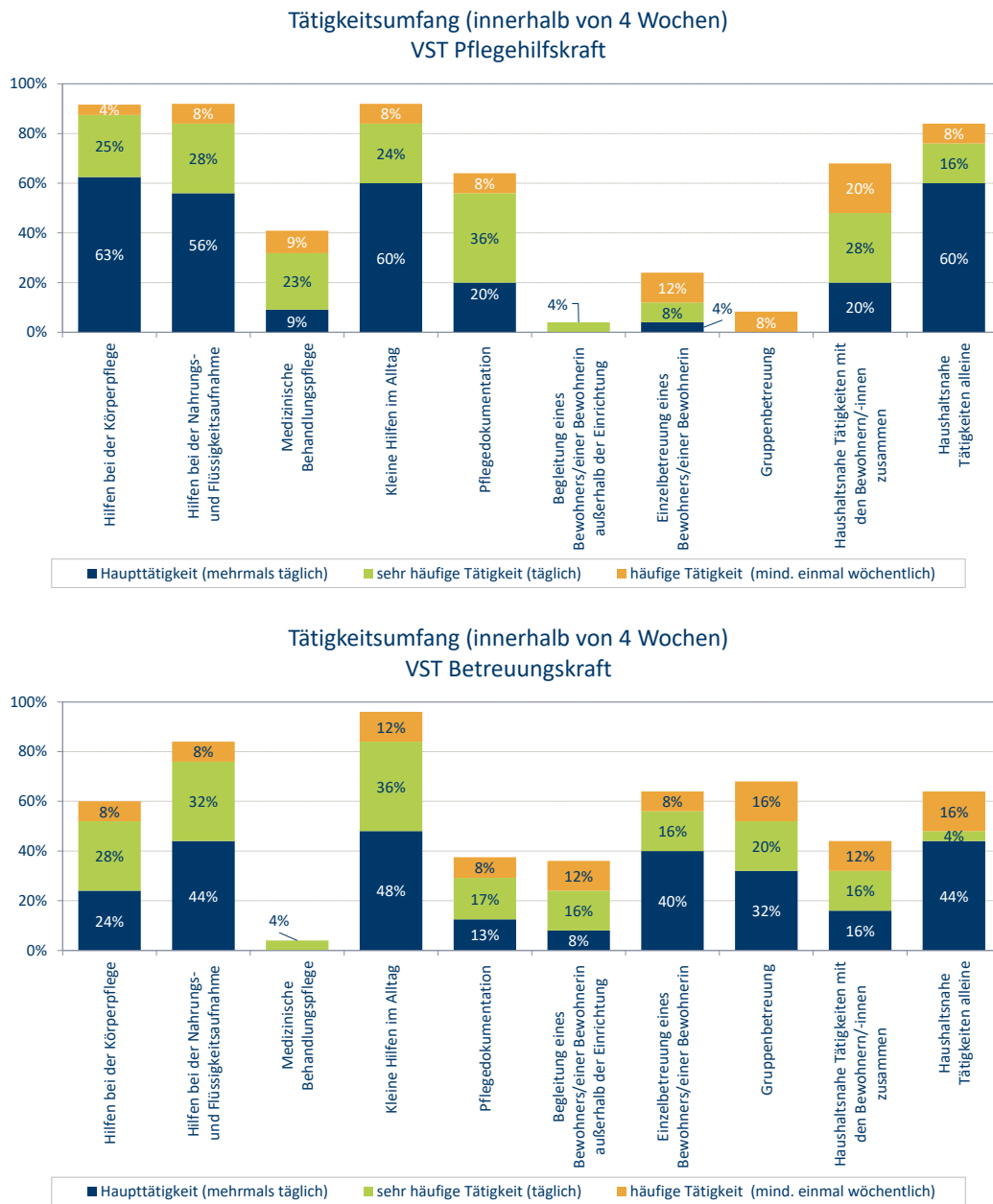


Quelle: IGES, EI-M2 (n = 14)

Anmerkung: An 100% fehlende Werte: Anteile „seltene Tätigkeit“ und fehlende Angaben

In den VST sind die Hilfskräfte in die Fachbereiche Pflege und Betreuung unterteilt und arbeiten dementsprechend verstärkt im jeweiligen Bereich (Abbildung 10). Betrachtet man die Pflegehilfskräfte, so werden die Haupttätigkeiten in körpernahen Bereichen wahrgenommen (Hilfe bei der Körperpflege (63 % mehrmals täglich) und Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme (56 % mehrmals täglich)), in kleinen Alltagshilfen (60 % mehrmals täglich) und in haushaltsnahen Tätigkeiten alleine (60 % mehrmals täglich). Die Betreuungskräfte übernehmen meist kleine Hilfen im Alltag (60 % mehrmals täglich) und Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme (44 % mehrmals täglich) sowie haushaltsnahe Tätigkeiten (44 % mehrmals täglich). Ferner spielen Einzel- und Gruppenbetreuungstätigkeiten bei den Betreuungskräften eine relevante Rolle.

Abbildung 10: Tätigkeitsspektren der VST-Pflegehilfs- und Betreuungskräfte

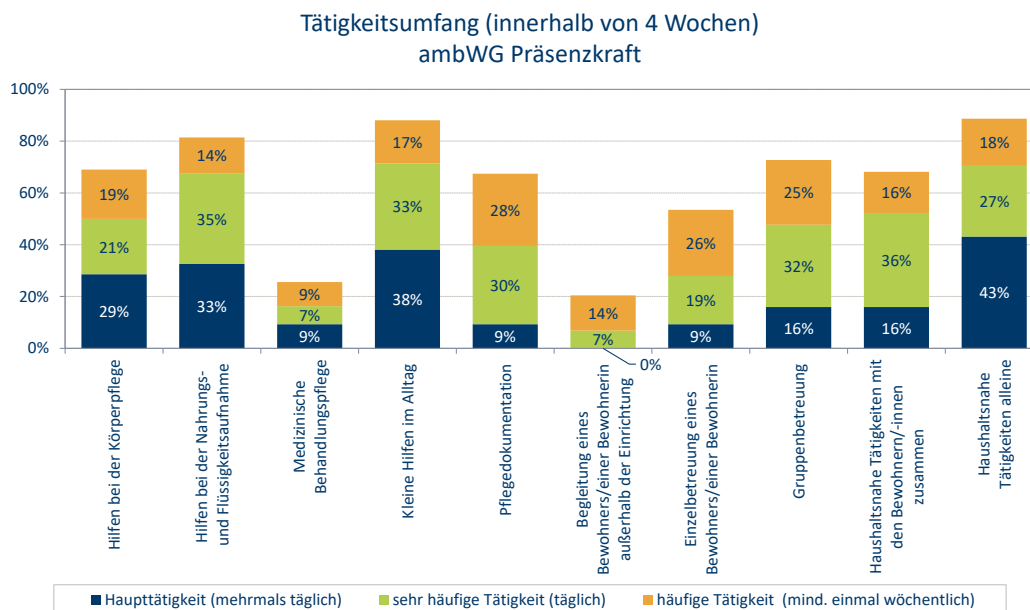


Quelle: IGES, EI-M2 (Pflegehilfskräfte n = 24-25, Betreuungskräfte n = 24-25)

Anmerkung: An 100% fehlende Werte: Anteile „seltene Tätigkeit“ und fehlende Angaben

Die Präsenzkkräfte in den ambWG (Abbildung 11) gaben als Haupttätigkeiten haus-
haltnahe Tätigkeiten alleine (43 % mehrmals täglich) und kleine Hilfen im Alltag
(36 % mehrmals täglich) an, wodurch das Tätigkeitsprofil eher einer Betreuungs-
kraft in VST entspricht.

Abbildung 11: Tätigkeitsspektrum der ambWG-Präsenzkräfte



Quelle: IGES EI-M2 (n = 42-44)

Anmerkung: An 100% fehlende Werte: Anteile „seltene Tätigkeit“ und fehlende Angaben

Auch die Angaben der HR-Präsenzkräfte in der Mitarbeiterbefragung zu ihren Tätigkeiten (Abbildung 9) bestätigen somit die in den Interviews von den HR-Leistungskräften beschriebenen Besonderheiten der Rolle der Präsenzkräfte im HR: So geben die HR-Präsenzkräfte „Hilfen bei der Körperpflege“ in etwa vergleichbarem Umfang als Tätigkeiten an, wie die Pflegehilfskräfte in den VST, wogegen die Präsenzkräfte in den ambWG deutlich seltener damit befasst sind. Eine gewichtige Rolle spielen bei den HR-Präsenzkräften auch „haushaltsnahe Tätigkeiten“ die sie sowohl allein als auch gemeinsam mit den BEW ausüben. Insbesondere die gemeinsam mit BEW ausgeübten haushaltsnahen Tätigkeiten werden von Präsenzkräften in ambWG, ebenso wie von den Pflegehilfskräften und den Betreuungskräften in VST deutlich seltener als Tätigkeiten genannt (Abbildung 10 und Abbildung 11).

3.2.1.2 Merkmale der Arbeitsorganisation und Zusammenarbeit mit den anderen an der Pflege Beteiligten aus Sicht der Präsenzkräfte

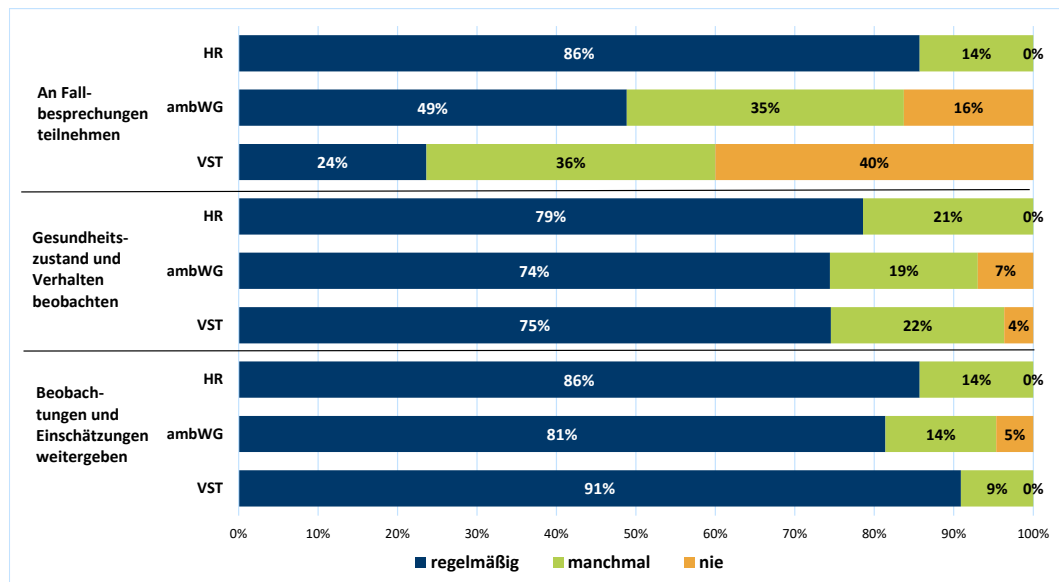
Alle Präsenzkräfte im HR gaben an, dass sie täglich mit anderen im HR präsenten Mitarbeitenden (d.h. den PFK und den übrigen Präsenzkräften) im Austausch stehen, um Aufgaben abzusprechen. Auch mit Mitarbeitenden des ambulanten Pflegedienstes stehen fast alle HR-Präsenzkräfte täglich im Austausch (92 %, d.h. elf von zwölf, die die betreffende Frage beantwortet haben, zwei machten dazu keine Angabe).

Die Präsenzkräfte in den ambWG gaben zu zwei Dritteln an (64 %), dass sie täglich im Austausch mit anderen Präsenzkräften stehen (12 % mehrmals pro Woche, 12 % einmal pro Woche, 12 % seltener oder nie). Mit den Mitarbeitenden der ambulanten Pflegedienste stehen 51 % in täglichem Austausch, weitere 22 % mehrmals pro Woche, 12 % einmal pro Woche (15 % seltener oder nie). Die Pflegehilfs- und Betreuungskräfte in den VST tauschen sich zu 59 % täglich mit anderen Beschäftigten innerhalb der Einrichtung aus, 17 % mehrmals und 6 % einmal pro Woche und 2 % alle zwei bis vier Wochen (16 % seltener oder nie).

Im Vergleich zum vollstationären Setting sind im HR weniger PFK vor Ort, stattdessen sind Präsenzkräfte tagsüber permanent in den Wohnungen präsent. Mit Blick auf die Organisation und Planung der pflegerischen Versorgung wäre daher zu erwarten, dass die Zusammenarbeit zwischen PFK und Präsenzkräften umfassender und intensiver erfolgt. Dies könnte einerseits bedeuten, dass die Präsenzkräfte in stärkerem Maße die PFK bei deren genuinen Aufgaben der Pflegeplanung unterstützen (z.B. durch Kommunikation ihrer Wahrnehmungen und Beobachtungen aus dem täglichen Kontakt mit den BEW). Zum anderen sollten die PFK die Präsenzkräfte durch klare Anleitungen und Absprachen unterstützen. Beide Aspekte wurden in den Befragungen untersucht.

Abbildung 12 zeigt die Antworten der Präsenzkräfte (HR, ambWG) bzw. der Pflegehilfs- und Betreuungskräfte zu ihrer Rolle in Bezug auf drei Aspekte bzw. Aufgaben, die der Pflegeplanung zuzurechnen sind: Inwieweit die Präsenzkräfte an Fallbesprechungen teilnehmen, ob sie ermutigt werden, den Gesundheitszustand und das Verhalten der BEW zu beobachten und ob sie ihre entsprechenden Beobachtungen und Einschätzungen weitergeben.

Abbildung 12: Einbindung der Präsenzkkräfte bzw. Pflegehilfs- und Betreuungskräfte in die Pflegeplanung



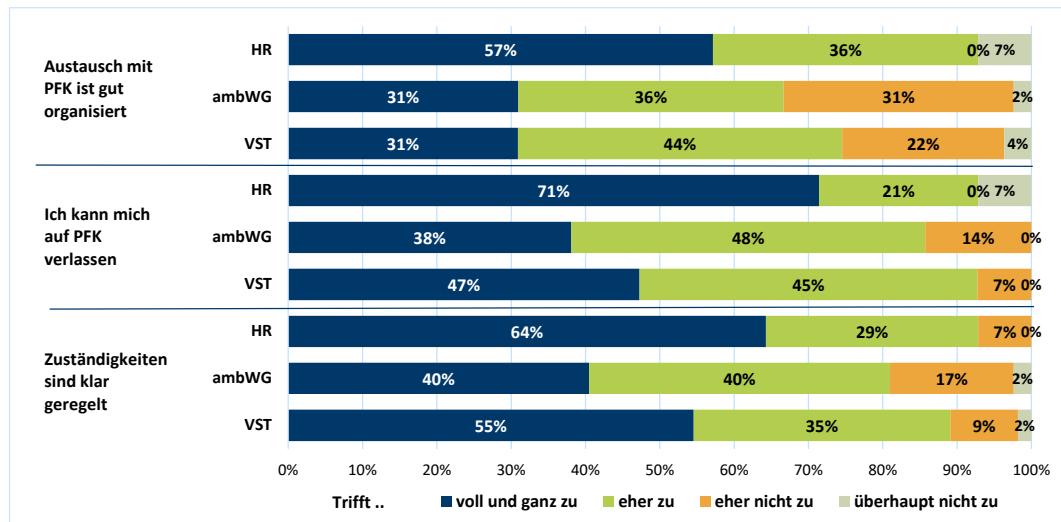
Quelle: IGES; EI-M2

Anmerkung: HR und ambWG: Präsenzkkräfte; VST: Pflegehilfs- und Betreuungskräfte; HR n=14; ambWG n=43 (k.A.: 1); VST n=55

In Bezug auf die Beobachtung von Gesundheitszustand und Verhalten der BEW sowie die Kommunikation der eigenen Beobachtungen und Einschätzungen zeigen sich nur geringe Unterschiede zwischen den drei Pflegesettings, jeweils etwa 80 % der Befragten tun dies regelmäßig. Die Präsenzkkräfte im HR geben jedoch deutlich am häufigsten (86 %) an, dass sie regelmäßig an Fallbesprechungen teilnehmen (ambWG: 49 %, VST: 24 %).

Die Ergebnisse der drei Fragen zum Austausch mit den PFK bzw. der wahrgenommenen Unterstützung durch die PFK zeigt Abbildung 13. Bei allen drei Fragen bewerten die Präsenzkkräfte im HR die Zusammenarbeit bzw. die Organisation des Austauschs mit den PFK deutlich am besten.

Abbildung 13: Zusammenarbeit zwischen Präsenzkraften bzw. Pflegehilfs- und Betreuungskräften und Pflegefachkräften (PFK) aus Sicht der Präsenzkräfte

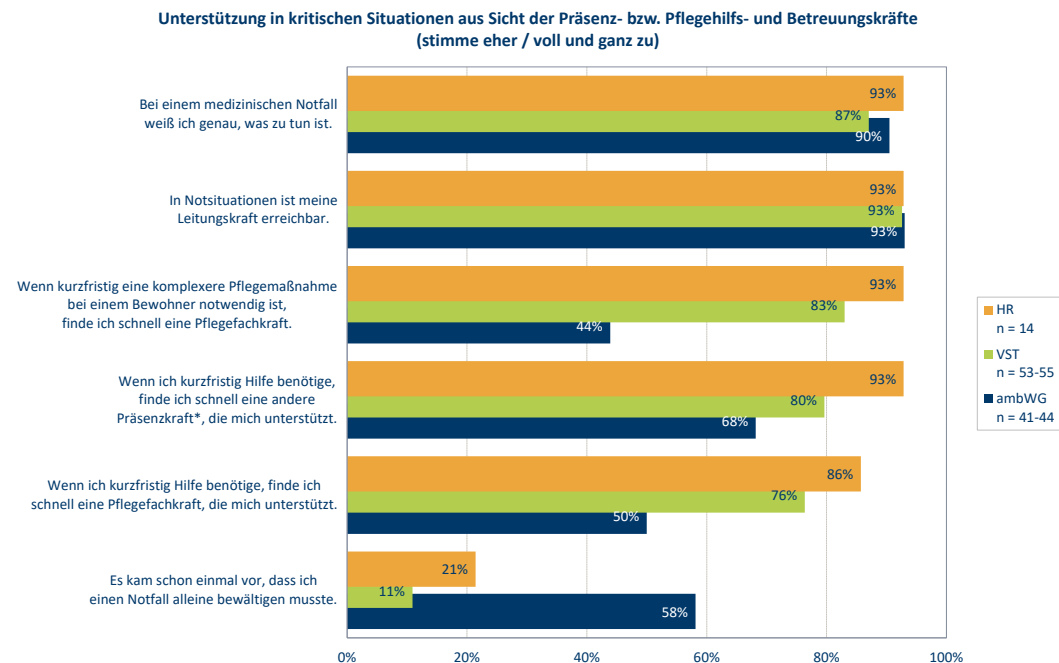


Quelle: IGES; EI-M2

Anmerkung: HR und ambWG: Präsenzkräfte; VST: Pflegehilfs- und Betreuungskräfte; HR n=14; ambWG n=42-43 (k.A.: 1-2); VST n=55

Ein wichtiger Aspekt der Arbeitsorganisation im HR und in den ambWG ist die Gewährleistung einer hinreichenden Anleitung und Unterstützung der Präsenzkräfte durch PFK, insbesondere in Situationen, wo kurzfristig eine Unterstützung benötigt wird. In der Befragung der Präsenzkräfte im HR bzw. den ambWG sowie der Hilfs- und Betreuungskräfte in den VST wurden sechs Fragen zur Unterstützung bei kurzfristig auftretendem Hilfebedarf sowie zu den Reaktionsmöglichkeiten bei Notfällen gestellt (Abbildung 14).

Abbildung 14: Unterstützung der Präsenzkräfte bzw. Pflegehilfs- und Betreuungskräfte in kritischen Situationen



Quelle: IGES; EI-M2

Anmerkung: HR und ambWG: Präsenzkräfte; VST: Pflegehilfs- und Betreuungskräfte; Prozentuierung auf gültige Werte

Die in Abbildung 14 erkennbaren Unterschiede in den Antworten der Beschäftigten erscheinen angesichts der aus dem jeweiligen Einrichtungstyp resultierenden Unterschiede der Arbeitsorganisation unmittelbar plausibel: Die Befragten in den ambWG geben zu geringeren Anteilen an, dass sie bei Bedarf kurzfristig Unterstützung durch eine andere Präsenzkraft oder eine PFK erhalten können. Dies ist plausibel, insofern die ambWG durchweg kleinere Einheiten sind, wogegen im HR mit den vier Wohngruppen unter einem Dach sowie der permanent präsenten PFK offenbar problemlos eine Unterstützung zu erlangen ist. In Bezug auf Notfallsituationen bestehen zwar keine Unterschiede in der Selbsteinschätzung der Kompetenz sowie der Erreichbarkeit einer Leitungskraft, die Präsenzkräfte in den ambWG berichten jedoch deutlich häufiger, dass sie entsprechende Situationen bereits allein bewältigen mussten.

3.2.1.3 Merkmale der Arbeitsorganisation und Zusammenarbeit mit anderen an der Pflege Beteiligten aus Sicht der Pflegefachkräfte vor Ort im HR

Von den fünf PFK des HR, die sich an der Befragung beteiligt haben, gaben vier an, dass sie sich täglich mit den Präsenzkräften austauschen, eine PFK gibt an, keinen Austausch mit den Präsenzkräften zu haben. Mit Mitarbeitenden des ambulanten Dienstes tauschen sich vier PFK täglich aus, eine Person hat seltener als alle zwei

bis vier Wochen Austausch mit dem ambulanten Dienst. Bei der PFK ohne Kontakt zu Präsenzkraften bzw. mit wenig Kontakt zum ambulanten Dienst handelt es sich um eine PFK, die ausschließlich nachts tätig ist.

Die PFK in den VST wurden zur Häufigkeit des Austauschs mit den Pflegehilfskräften einerseits und den Betreuungskräften andererseits befragt. 78 % der PFK sind täglich im Austausch mit den Pflegehilfskräften, 13 % mehrmals pro Woche, die übrigen 9 % seltener als einmal pro Woche. Jeweils 44 % der PFK haben täglichen bzw. mehrmals wöchentlichen Austausch mit Betreuungskräften, 13 % haben keinen oder sehr seltenen Austausch mit dieser Personengruppe in ihrer VST.

Den PFK im HR wurden 13 Fragen zur Zusammenarbeit mit den Präsenzkraften gestellt. Die Antworten sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 12: Zusammenarbeit mit den Präsenzkraften aus Sicht der Pflegefachkräfte im HR

		Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
1	Die Organisation des Austauschs mit den Präsenzkraften ist genau richtig.	2 (40 %)	3 (60 %)	/	/
2	Ich verbringe viel Zeit damit, Präsenzkraften pflegerische Tätigkeiten zu zeigen.	1 (25 %)	1 (25 %)	1 (25 %)	1 (25 %)
3	Die pflegerischen Aufgaben, die die Präsenzkraften erbringen, erfüllen im Allgemeinen meinen Qualitätsstandard.	1 (20 %)	4 (80 %)	/	/
4	Ich muss häufig Versäumnisse der Präsenzkraften in der Versorgung der Bewohner ausgleichen.	/	/	2 (40 %)	3 (60 %)
5	Ich kann mich auf die Präsenzkraften verlassen.	2 (40 %)	3 (60 %)	/	/
6	Ich werde von den Präsenzkraften oft wegen Kleinigkeiten gerufen.	/	3 (60 %)	2 (40 %)	/
7	Ich muss die Arbeit der Präsenzkraften genau beobachten, damit keine Fehler in der Versorgung passieren.	/	/	4 (80 %)	1 (20 %)
8	Die Zuständigkeiten für Aufgaben bei der Versorgung der Bewohner sind zwischen mir und den Präsenzkraften klar und verständlich geregelt.	4 (80 %)	1 (20 %)	/	/
9	Ich ermutige Präsenzkraften sich in die Pflegeprozessplanung einzubringen.	3 (60 %)	1 (20 %)	1 (20 %)	/
10	Ich habe das Gefühl, dass die Präsenzkraften im Haus Rheinaue Aufgaben übernehmen, die eigentlich Pflegefachkräfte erbringen sollten.	/	/	1 (20 %)	4 (80 %)
11	Die Informationen von Präsenzkraften über das Verhalten und den Gesundheitszustand der Bewohner helfen mir sehr bei der Pflegeprozessplanung.	4 (80 %)	1 (20 %)	/	/
12	Bei Notfällen der Bewohner bin ich die Ansprechperson für Präsenzkraften.	5 (100 %)	/	/	/
13	Die Präsenzkraften arbeiten überwiegend eigenverantwortlich	2 (40 %)	3 (60 %)	/	/

Quelle: IGES; EI-M2

Anmerkung: Prozentuierung auf gültige Werte

Die Antworten auf die 13 Fragen zeigen, dass die Präsenzkkräfte aus Sicht der im HR vor Ort tätigen PFK ihre Aufgaben überwiegend eigenständig (Fragen 6, 13), zuverlässig (Frage 5) und in zufriedenstellender Qualität erledigen (Fragen 3, 4, 7), ohne ihre Kompetenzen zu überschreiten (Frage 10). Ferner wird die Zusammenarbeit positiv bewertet (Fragen 1, 8), insbesondere auch die Beiträge der Präsenzkkräfte zur Steuerung des Pflegeprozesses durch die PFK (Fragen 9, 11).

Zu den Besonderheiten des HR-Modells zählt, dass neben den PFK vor Ort auch Mitarbeitende eines ambulanten Pflegedienstes an der Versorgung der BEW beteiligt sind. Tabelle 13 zeigt die Antworten der PFK vor Ort auf sechs Fragen zu ihrer Kooperation mit dem ambulanten Dienst. Auch diese Ergebnisse zeigen eine durchweg positive Bewertung, lediglich die Organisation des Austauschs mit den Mitarbeitenden des ambulanten Dienstes wird von einer Person kritisiert.

Tabelle 13: Zusammenarbeit mit dem ambulanten Dienst aus Sicht der Pflegefachkräfte im HR

		Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
1	Die Zuständigkeiten für Aufgaben bei der Versorgung der Bewohner sind zwischen mir und den Mitarbeitern des ambulanten Dienstes klar und verständlich geregelt.	4 (80 %)	1 (20 %)	/	/
2	Ich kann mich auf die Mitarbeitenden des ambulanten Dienstes verlassen.	4 (80 %)	1 (20 %)	/	/
3	Die Informationen von Mitarbeitern des ambulanten Dienstes über den Gesundheitszustand der Bewohner helfen mir sehr bei der Pflegeprozessplanung.	4 (80 %)	1 (20 %)	/	/
4	Ich tausche mich fachlich über die Pflegeversorgung mit Mitarbeitern des ambulanten Dienstes aus.	3 (60 %)	2 (40 %)	/	/
5	Ich habe das Gefühl, dass die Mitarbeitenden des ambulanten Dienstes mehr Aufgaben bei der Versorgung von Bewohnern übernehmen sollten.	/	/	5 (100 %)	/
6	Die Organisation des Austauschs mit den Mitarbeitern des ambulanten Dienstes ist genau richtig.	3 (60 %)	1 (20 %)	1 (20 %)	/

Quelle: IGES; EI-M2

Anmerkung: Prozentuierung auf gültige Werte (n=5)

3.2.1.4 Merkmale der Arbeitsorganisation aus Sicht der Beschäftigten der ambulanten Pflegedienste, die das HR bzw. die ambWG versorgen

An der Befragung des ambulanten Dienstes, der das HR versorgt, haben sich insgesamt neun Personen beteiligt, darunter zwei PFK, fünf Pflegehilfskräfte und zwei Hauswirtschaftskräfte. Sechs Befragte gaben an, dass sie sich täglich mit den PFK des HR austauschen (75 % der gültigen Antworten), weitere zwei (25 %) tun dies mehrmals wöchentlich (eine fehlende Angabe). Mit den Präsenzkraften tauschen sich alle neun Befragten täglich aus.

Aus den ambulanten Diensten, die die sieben ambWG versorgen, beteiligten sich insgesamt 28 Personen an der Befragung, darunter 22 PFK, drei Pflegehilfskräfte, und eine Hauswirtschaftskraft. Ferner haben eine Person in Ausbildung und eine in einem freiwilligen sozialen Jahr teilgenommen. Zwei Befragte machten keine Angaben zur Häufigkeit ihres Austauschs mit den Präsenzkraften in den ambWG. Die übrigen 26 Befragten gaben zu 62 % an, dass sie sich täglich austauschen, 27 % mehrmals pro Woche, die übrigen 11 % sind seltener in Kontakt mit den Präsenzkraften.

Den Mitarbeitenden des das HR versorgenden ambulanten Dienstes wurden vier der Fragen zur Zusammenarbeit mit den Präsenzkraften gestellt, die den Fragen entsprechen, die auch die PFK vor Ort bearbeitet haben (vgl. Tabelle 15). Die Antworten in Tabelle 14 zeigen, dass auch die Mitarbeitenden des ambulanten Dienstes die Zusammenarbeit mit den Präsenzkraften positiv beurteilen und keine Kompetenzüberschreitungen sehen. Die Mitarbeitenden des ambulanten Pflegedienstes sind zum überwiegenden Teil nicht mit der Anleitung von Präsenzkraften befasst, was durch die Zusammensetzung der Befragten erklärbar ist (die beiden PFK und eine Pflegehilfskraft haben Frage 8 in Tabelle 14 bejaht).

Tabelle 14: Zusammenarbeit mit den Präsenzkraften aus Sicht der Mitarbeitenden des ambulanten Pflegedienstes, der das HR versorgt

		Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
1	Die Organisation des Austauschs mit den Präsenzkraften ist genau richtig.	8 (100%)	/	/	/
2	Ich verbringe viel Zeit damit, Präsenzkraften pflegerische Tätigkeiten zu zeigen.	1 (11%)	2 (22%)	4 (45%)	2 (22%)
8	Die Zuständigkeiten für Aufgaben bei der Versorgung der Bewohner sind zwischen mir und den Präsenzkraften klar und verständlich geregelt.	9 (100%)	/	/	/
10	Ich habe das Gefühl, dass die Präsenzkraften im Haus Rheinaue Aufgaben übernehmen, die eigentlich Pflegefachkräfte erbringen sollten.	/	/	1 (11%)	8 (89%)

Quelle: IGES; EI-M2

Anmerkung: Prozentuierung auf gültige Werte (n=9; Keine Angabe: 0-1)

Die Bewertungen der Zusammenarbeit mit den Pflegefachkräften vor Ort im HR aus Sicht der Mitarbeitenden des ambulanten Dienstes zeigt Tabelle 15. Die Frage nach dem fachlichen Austausch mit den PFK des HR vor Ort wurde von den beiden PFK und vier Pflegehilfskräften voll und ganz bejaht.

Tabelle 15: Zusammenarbeit mit den Pflegefachkräften im HR aus Sicht der Mitarbeitenden des ambulanten Dienstes

		Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
1	Die Zuständigkeiten für Aufgaben bei der Versorgung der Bewohner sind zwischen mir und den Pflegefachkräften des Haus Rheinaue klar und verständlich geregelt.	6 (100%)	/	/	/
2	Ich kann mich auf die Pflegefachkräfte im Haus Rheinaue verlassen.	9 (100%)	/	/	/
4	Ich tausche mich fachlich über die Pflegeversorgung mit den Pflegefachkräften des Haus Rheinaue aus.	6 (67%)	2 (22%)	1 (11%)	/
6	Die Organisation des Austauschs mit den Mitarbeitenden des ambulanten Dienstes ist genau richtig.	9 (100%)			

Quelle: IGES; EI-M2

Anmerkung: Prozentuierung auf gültige Werte (n=9; keine Angabe: 0-3)

3.2.1.5 Fazit

Die Spezifika der Modellkonzeption des HR bilden sich in den Befragungsergebnissen zur Arbeitsorganisation deutlich ab:

- ◆ Durch die HR-spezifische Konstellation der mit einem ambulanten Dienst geteilten Verantwortung für die pflegerische Versorgung unterscheidet sich der Tätigkeitszuschnitt der im HR vor Ort tätigen PFK teilweise deutlich von den PFK in den zum Vergleich herangezogenen VST. Die HR-PFK konzentrieren sich vor allem auf die medizinische Behandlungspflege, Pflegeplanung und -dokumentation, Maßnahmen zur Selbständigkeitsförderung sowie Beratung. Die PFK in den VST berichten dagegen, dass sie zu einem erheblichen Teil auch grundpflegerische Aufgaben wahrnehmen. Auch die Führung und Anleitung von Mitarbeitenden spielt bei den VST-PFK eine größere Rolle.
- ◆ Auch die spezifische Rolle der HR-Präsenzkräfte wird in den Vergleichen zu den Beschäftigten in den Vergleichseinrichtungen deutlich: Die HR-Präsenzkräfte sind in etwa vergleichbarem Umfang mit Hilfen bei der Körperpflege befasst, wie die Pflegehilfskräfte in den VST, ein Tätigkeitsbereich, der für die Präsenzkräfte in den ambWG eine deutlich geringere Rolle spielt. Ausdruck des im HR besonders konsequent umgesetzten Hausgemeinschaftskonzepts dürfte ferner sein, dass die dortigen Präsenzkräfte sehr stark im Bereich haushaltsnaher Tätigkeiten engagiert sind, insbesondere solchen, die sie gemeinsam mit den BEW ausüben.

- ◆ Die Zusammenarbeitsbeziehungen zwischen den drei im HR an der Versorgung beteiligten Gruppen (Präsenzkräfte, PFK vor Ort, ambulanter Dienst) wurden aus allen Perspektiven beleuchtet. Die Bewertungen der Befragten im Hinblick auf ihren Bedarf an Unterstützung, Informationsaustausch und ggf. Anleitung sowie zur Regelung der Zuständigkeiten sind durchweg positiv. Auch die Organisation des Austauschs wird überwiegend positiv bewertet.
- ◆ Die PFK beurteilen die Arbeit der Präsenzkräfte positiv, insbesondere werden keine Kompetenzüberschreitungen (Wahrnehmung von Aufgaben, die eine PFK erfordern) wahrgenommen.
- ◆ Die Präsenzkräfte im HR fühlen sich in kritischen Situationen mindestens genauso gut, teilweise besser, unterstützt als die Vergleichspersonen in VST und ambWG.
- ◆ Die Zusammenarbeit im HR ist durch eine im Vergleich zu ambWG und VST (Pflegehilfs-/Betreuungskräfte) stärkere Einbeziehung der Präsenzkräfte in die Planung und Steuerung des Pflegeprozesses durch die PFK gekennzeichnet.

3.2.2 Einbindung der Angehörigen

Zu beiden Erhebungszeitpunkten wurde in allen Einrichtungen durch Befragung der Leitungskräfte erhoben, ob sich Angehörige an der Pflege und Betreuung der BEW beteiligen und bei wie vielen BEW dies jeweils der Fall ist. Tabelle 16 zeigt die Ergebnisse.

Tabelle 16: Anzahl von BEW, bei denen sich die Angehörigen an Pflege, Betreuung oder Hauswirtschaft beteiligen nach Erhebungszeitpunkten (Angaben der Leitungskräfte)

Einrichtung	Anzahl BEW (von BEW gesamt) mit Beteiligung von Angehörigen	
	Erster Erhebungszeitpunkt	Zweiter Erhebungszeitpunkt
HR	15 / 54 (28 %)	19 / 55 (35 %)
VST-B	15 / 78	5 / 78
VST-S	10 / 104	43 / 104
Reg-VST	0 / 45	0 / 42
Alle VST	25 / 227 (11%)	48 / 224 (21 %)
ambWG 1	0 / 12	4 / 12
ambWG 2	0 / 7	6 / 7
ambWG 3	0 / 6	0 / 7
ambWG 4	0 / 10	0 / 16
ambWG 5	8 / 12	0 / 12
ambWG 6	4 / 12	3 / 12
ambWG 7	4 / 8	2 / 8
Alle ambWG	16 / 67 (24 %)	15 / 74 (20 %)

Quelle: IGES; EI-L1, EI-L2

Demnach ist im HR zu beiden Zeitpunkten der Anteil von BEW, bei denen sich die Angehörigen an Pflege, Betreuung oder Hauswirtschaft beteiligen mit 28 % bzw. 35 % jeweils am höchsten, wobei die Unterschiede zu den VST bzw. ambWG nicht sehr ausgeprägt sind. So beteiligen sich in den beiden VST, die explizit ein Hausgemeinschaftskonzept verfolgen, ebenfalls Angehörige an der Versorgung. In den ambWG wechselt die Situation teilweise zwischen den Messzeitpunkten, insgesamt liegt der Anteil jedoch auch hier bei etwa 20 % der BEW.

Im HR, ebenso wie in den ambWG, erstreckt sich nach Angaben der Leitungskräfte die Mitwirkung der Angehörigen vor allem auf den hauswirtschaftlichen Bereich (Wäscheversorgung, Reinigung der Zimmer). Ferner beteiligen sich Angehörige an der Betreuung. Besonders oft wurde dies in der VST mit der sehr starken Angehörigenbeteiligung genannt. Die Übernahme von pflegerischen Aufgaben ist dagegen eher selten, genannt wurde bisweilen das Anreichen von Nahrung.

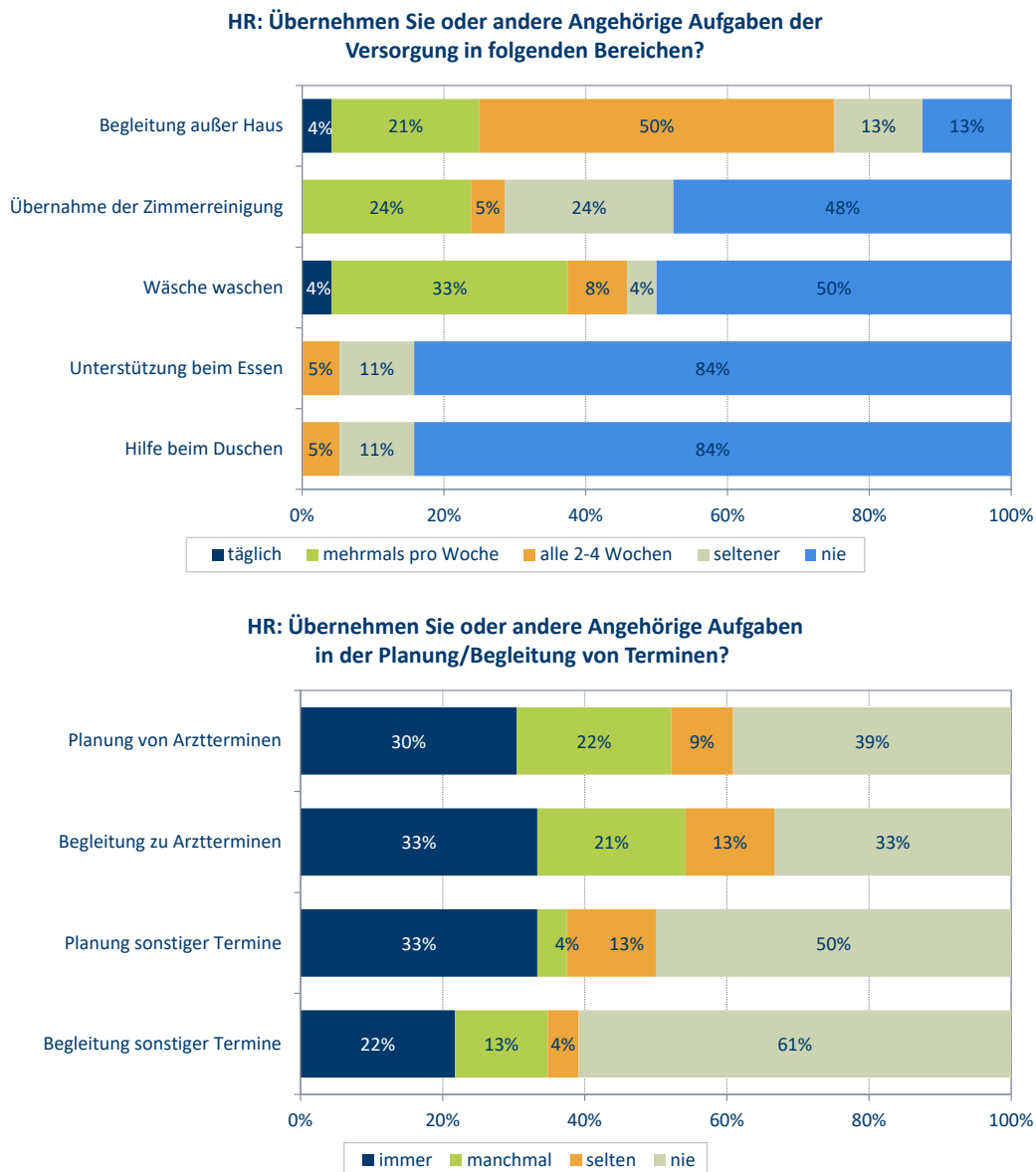
Nach dem Modellkonzept des HR werden relevante Beiträge der Angehörigen zur Versorgung dort explizit vereinbart. Die Leitungskräfte des HR haben in dem Interview bestätigt, dass die Übernahme von Aufgaben durch Angehörige in einer Ver-

einbarung (außerhalb des Maßnahmenplans) schriftlich festgehalten wird. Zusätzlich werden mündlich ggf. spontane Absprachen zwischen Angehörigen und Mitarbeitenden getroffen (EI-L2).

In zwei der vier ambWG, in denen sich zum zweiten Messzeitpunkt Angehörige beteiligten, werden die Vereinbarungen mit den Angehörigen im Maßnahmenplan festgehalten, bei den übrigen beiden ambWG werden nur spontane Absprachen getroffen (EI-L2). In den beiden VST mit Angehörigenbeteiligung werden die regelmäßigen Beiträge der Angehörigen ebenfalls im Maßnahmenplan festgehalten.

Die Angaben der Führungskräfte zur Angehörigenbeteiligung können den Angaben der Angehörigen gegenübergestellt werden, die sich an der Angehörigenbefragung (zweiter Erhebungszeitpunkt) beteiligt haben. Hier wurde detailliert auch nach der Art der Beteiligung gefragt. Abbildung 15 zeigt die Antworten der Angehörigen der HR-Population zu ihrer Beteiligung an Versorgungsaufgaben.

Abbildung 15: Angaben der Angehörigen HR zu ihrer Beteiligung an Versorgungsaufgaben



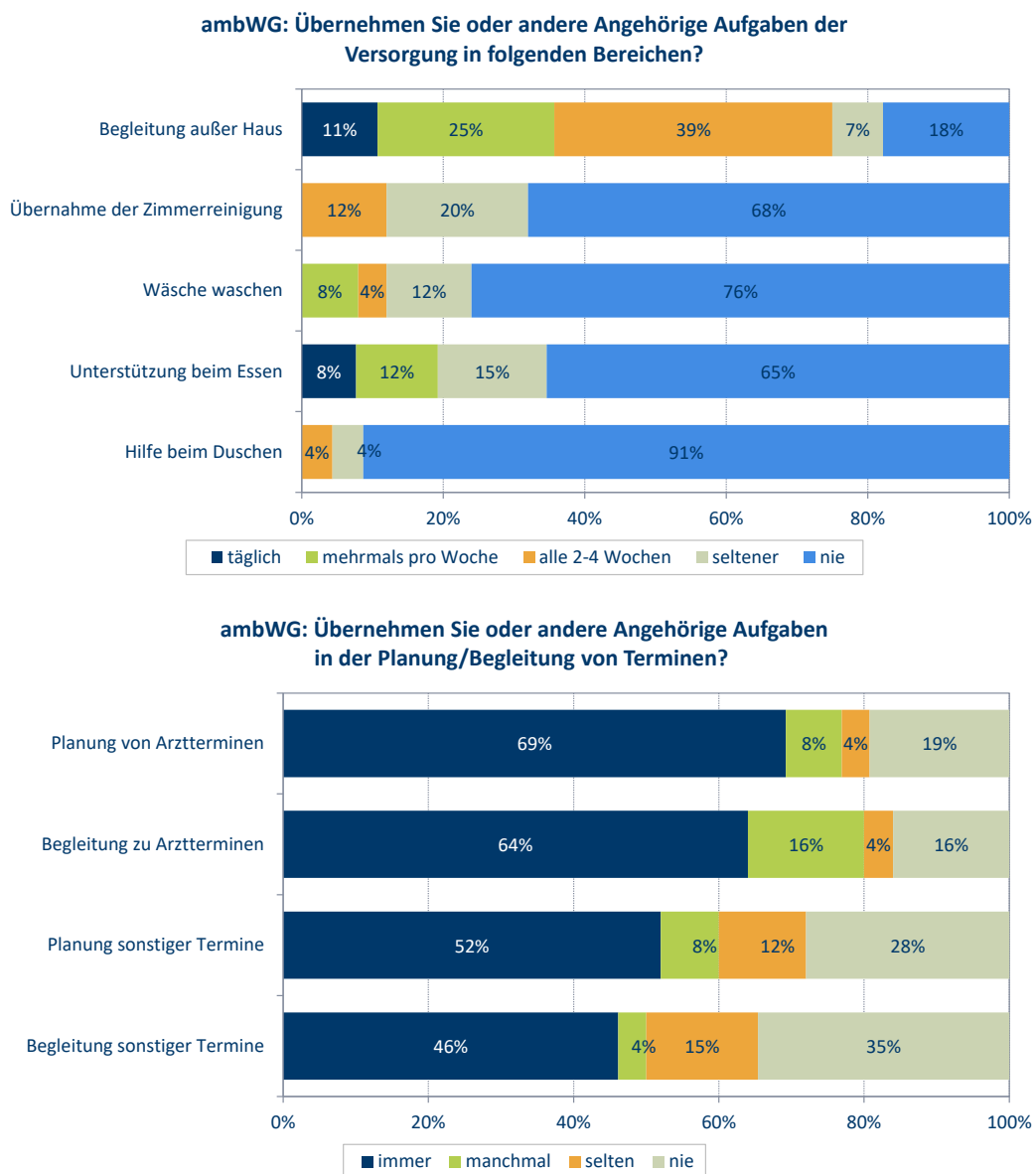
Quelle: IGES, EI-A2 (n = 19-24)

Anmerkung: Prozentuierung auf gültige Werte

Wie von den Leitungskräften des HR berichtet, erstreckt sich die Angehörigenbeteiligung auch nach deren eigenen Angaben vor allem auf hauswirtschaftliche Tätigkeiten sowie der Betreuung zuzurechnende Aufgaben (Begleitung außer Haus), wogegen pflegerische Tätigkeiten im engeren Sinne (Unterstützung beim Essen oder Duschen) nur von wenigen Befragten und mit geringer Häufigkeit genannt werden. Eine wichtige Rolle spielen dagegen planerische und koordinierende Tätigkeiten, z.B. mit Blick auf Arzttermine.

Abbildung 16 zeigt die Angaben der Angehörigen von BEW der ambWG zu ihrer Beteiligung an der Versorgung. Im Vergleich zu HR ist die Beteiligung an hauswirtschaftlichen Aufgaben geringer ausgeprägt, etwas mehr Befragte unterstützen beim Essen. Deutlich häufiger wird von den Angehörigen der ambWG die Koordination von Terminen genannt.

Abbildung 16: Angaben der Angehörigen ambWG zu ihrer Beteiligung an Versorgungsaufgaben

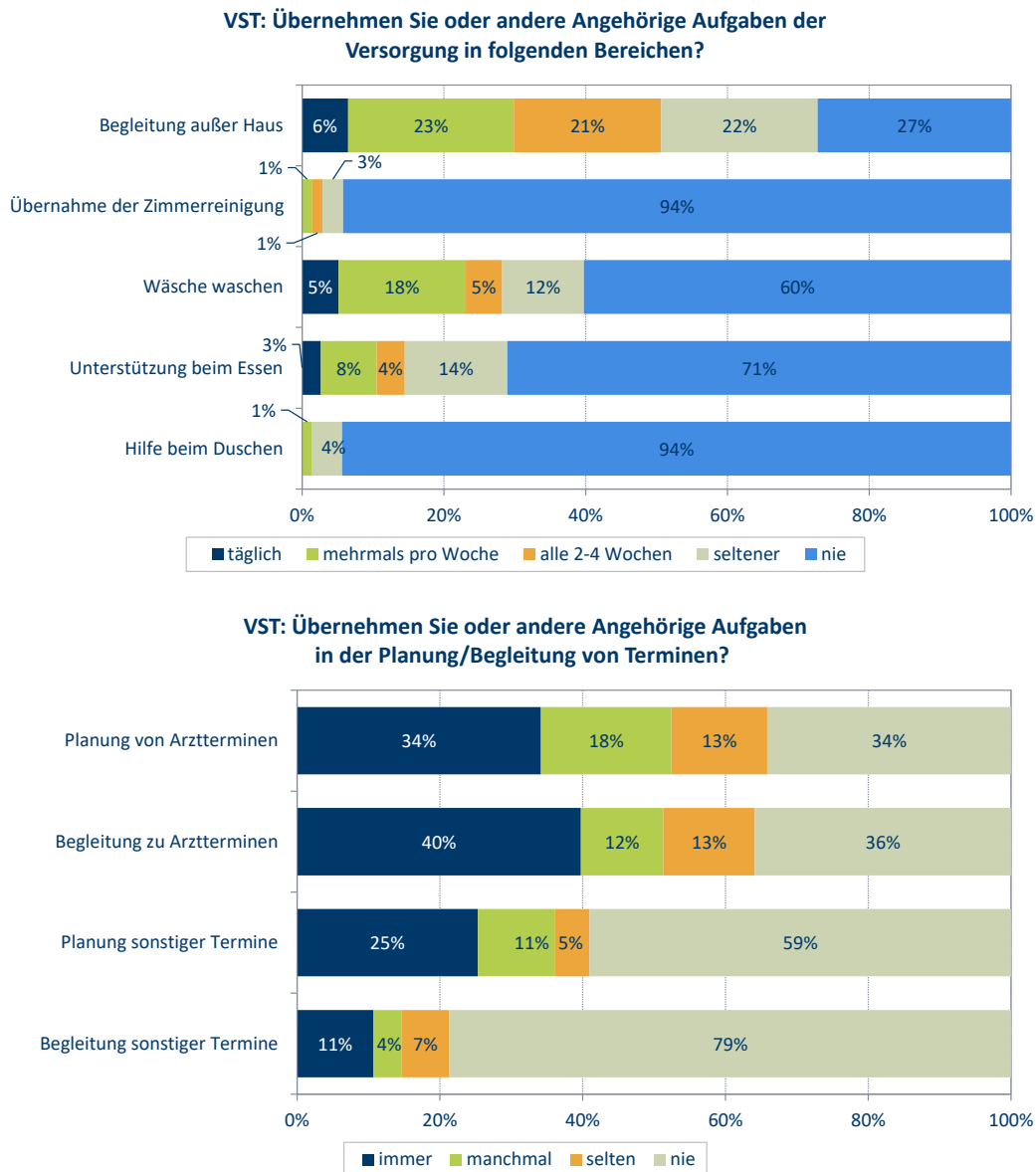


Quelle: IGES, EI-A2 (n = 23-28)
 Anmerkung: Prozentuierung auf gültige Werte

Abbildung 17 zeigt die Ergebnisse der Angehörigenbefragung zur Angehörigenbeteiligung in den VST. Die Befragten nennen hier in etwa gleicher Häufigkeit wie die

HR-Angehörigen eine Beteiligung an der Terminkoordination. Bei den übrigen Aufgaben dominiert die Wäscheversorgung sowie, in geringerem Umfang, die Unterstützung beim Essen. Wie bei VST zu erwarten, spielt die Zimmerreinigung im Vergleich zu den beiden anderen (ambulanten) Settings kaum eine Rolle.

Abbildung 17: Angehörigenbeteiligung VST



Quelle: IGES, EI-A2 (n = 88)
 Anmerkung: Prozentuierung auf gültige Werte

Die Angehörigen wurden gefragt, ob es Aufgaben gibt, welche sie gerne übernehmen würden, aber nicht können (Tabelle 17). Im HR gibt es den größten prozentualen Anteil an Angehörigen (52 %), welche gerne noch weitere Aufgaben übernehmen würden. Die Gründe, warum Aufgaben nicht übernommen werden, sind in

allen drei Einrichtungstypen ähnlich (nicht genügend Zeit und/oder körperliche/fachliche Einschränkung der Angehörigen).

Tabelle 17: Bereitschaft der Angehörigen Aufgaben zu übernehmen

	ambWG n = 27		VST n = 80		HR n = 23	
	Ja		Ja		Ja	
Gibt es Aufgaben bei der Versorgung der BEW, die Sie gerne übernehmen würden, aber nicht können?	9	33 %	18	23 %	12	52 %
<i>Weil...</i> (Mehrfachauswahl möglich)						
... ich/wir nicht genügend Zeit haben.	7	78 %	12	67 %	10	83 %
... ich/wir es körperlich/fachlich nicht können.	6	67 %	12	67 %	5	42 %
... es in die organisatorischen Abläufe der Einrichtung nicht passt.	1	11 %	2	11 %	0	/
... es seitens der Einrichtung nicht vorgesehen ist.	1	11 %	1	6 %	0	/

Quelle: IGES; EI-A2

Anmerkung: Darstellung gültiger Werte (Fehlende Werte: ambWG = 1, VST = 8, HR = 3)

Die Möglichkeit der Beteiligung von Angehörigen an der Versorgung der BEW ist sowohl für das HR als auch für die ambWG ein konzeptionell prägendes Element. Wie die Ergebnisse der Befragungen zeigen, übernehmen Angehörige aber auch in VST bestimmte Versorgungsaufgaben. Aus Sicht der professionell Pflegenden ergeben sich daraus Abstimmungs- und Koordinierungsnotwendigkeiten: Welche Beiträge wollen/können die Angehörigen in welcher Frequenz und Regelmäßigkeit leisten? Werden die zugesagten Beiträge auch tatsächlich und in der gebotenen Qualität erbracht? Sowohl die Mitarbeitenden, also auch die Angehörigen wurden in den jeweiligen Befragungen um Einschätzungen zur Qualität der Zusammenarbeit und Interaktion gebeten. Bei manchen Items ist zu berücksichtigen, dass sich die Antworten nicht spezifisch auf die Beteiligung der Angehörigen an Versorgungsaufgaben beziehen, sondern eine breitere Perspektive auf die Interaktion zwischen Pflegekräften und Angehörigen einnehmen.

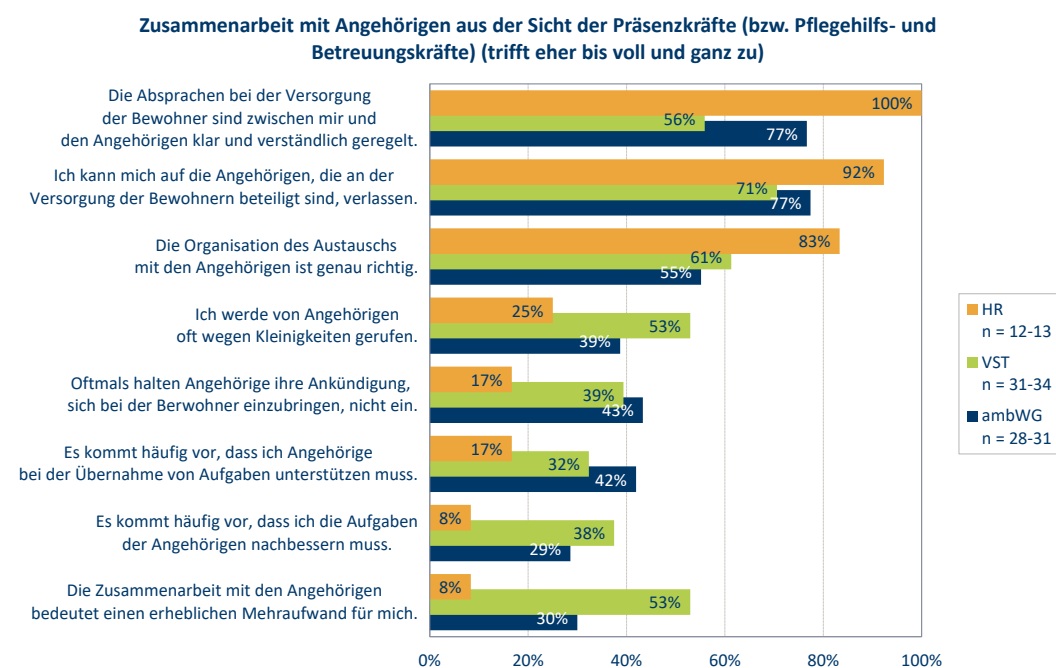
Die Präsenzkräfte im HR gaben zu 58 % an, dass sie täglich im Austausch mit Angehörigen stehen, weitere 25 % mehrmals pro Woche, 17 % nur alle zwei bis vier Wochen (n=12, zwei fehlende Angaben). In den ambWG tauschen nach eigenen Angaben nur 8 % der Präsenzkräfte täglich Informationen mit Angehörigen aus, 32 % tun dies mehrmals pro Woche, 21 % einmal pro Woche und 13 % alle zwei bis vier Wochen (8 % seltener oder nie, n=38, sechs fehlende Angaben). Die als Vergleich

in den VST betrachteten Pflegehilfs- und Betreuungskräfte gaben zu 17 % an täglich Kontakt zu Angehörigen zu haben, 22 % mehrmals pro Woche, 13 % einmal pro Woche, 7 % alle zwei bis vier Wochen (41 % seltener oder nie, n=54, eine fehlende Angabe).

Von den fünf PFK im HR gab eine Person an, dass sie täglich Kontakt zu Angehörigen hat, zwei haben mehrmals pro Woche und eine Person hat seltener als alle zwei bis vier Wochen Kontakt zu Angehörigen (eine Person machte keine Angabe).

Präsenzkraften und PFK wurden jeweils acht gleichlautende Fragen zur Bewertung der Zusammenarbeit mit den Angehörigen gestellt. Abbildung 18 zeigt die Antworten der Präsenzkraften aus dem HR und den ambWG sowie die Antworten aller nicht-PFK-Beschäftigten aus den VST. Abbildung 19 zeigt die Antworten der PFK aus dem HR sowie den VST.

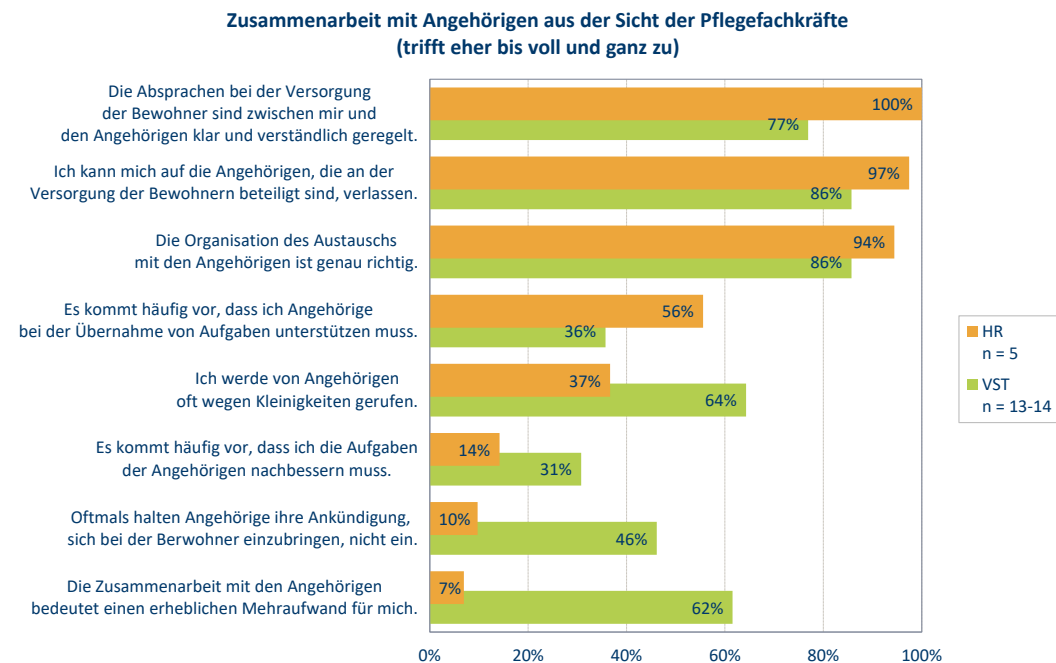
Abbildung 18: Bewertung Zusammenarbeit mit Angehörigen (Präsenzkraften bzw. Pflegehilfs- und Betreuungskräfte)



Quelle: IGES, EI-M2

Anmerkung: Prozentuierung auf gültige Werte

Abbildung 19: Bewertung Zusammenarbeit mit Angehörigen (Pflegefachkräfte HR und VST)



Quelle: IGES, EI-M2

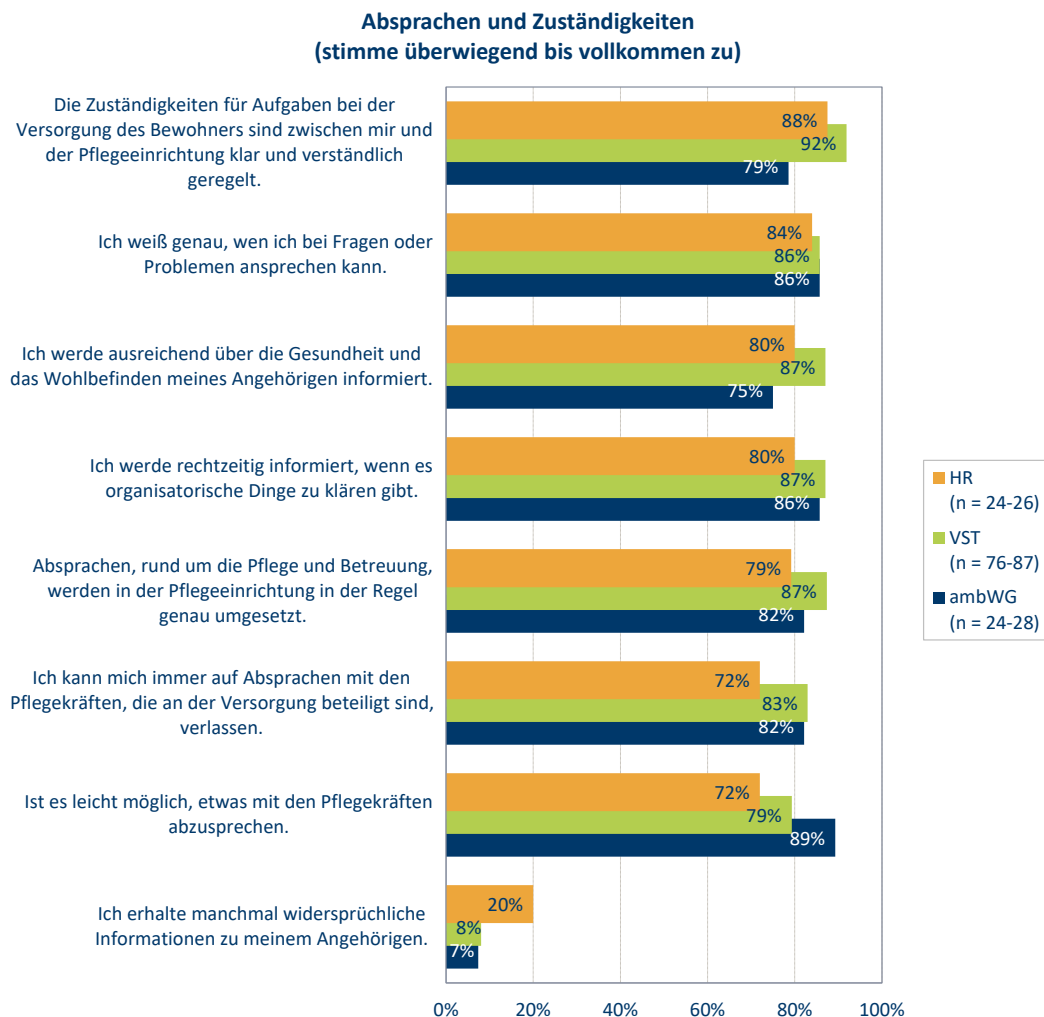
Anmerkung: Prozentuierung auf gültige Werte

Die Beschäftigten des HR – sowohl Präsenzkkräfte als auch PFK – bewerten die Interaktion mit den Angehörigen durchweg positiver als ihre jeweiligen Pendanten in den anderen Versorgungssettings.

In der Angehörigenbefragung wurden acht Aspekte zur Zusammenarbeit und Interaktion mit der Einrichtung bzw. den Mitarbeitenden gestellt. Die Fragen betreffen nicht nur den speziellen Aspekt der Beteiligung der Angehörigen an Versorgungsaufgaben, sondern generell die Einbindung und Interaktion.

Die Angehörigen stellen die Zusammenarbeit mit der Einrichtung bzw. den Mitarbeitenden in Bezug auf alle abgefragten Aspekte überwiegend positiv dar. Dabei zeigen sich kaum nennenswerte Unterschiede zwischen den drei Einrichtungstypen. Die HR-Angehörigen geben etwas häufiger an (20 % vs. 7-8 %), dass sie widersprüchliche Informationen zu ihren Angehörigen erhalten, ein Unterschied, der angesichts der kleinen Fallzahl von Befragten nicht überbewertet werden sollte.

Abbildung 20: Absprachen und Zuständigkeiten (Angehörige)



Quelle: IGES, EI-A2

Anmerkung: Prozentuierung auf gültige Werte

3.2.3 Maßnahmen der internen Qualitätssicherung

Mit Blick auf das Qualitätsmanagement der untersuchten Einrichtungen ist zunächst auf die grundsätzlichen Unterschiede in Bezug auf Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten hinzuweisen: Die vollstationären Einrichtungen übernehmen grundsätzlich eine Gesamtverantwortung für alle Aspekte der Bewohnerversorgung (Pflege, Wohnen, Hauswirtschaft). Insofern erstreckt sich deren Qualitätsverantwortung auch auf alle genannten Aspekte, insbesondere auch auf die gesamte Pflege (einschließlich der medizinischen Behandlungspflege).

Bei den ambWG ist es für deren ordnungsrechtliche Anerkennung als ambulante Wohngruppe (in Abgrenzung zur vollstationären Versorgung) erforderlich, dass die

Verantwortung zumindest für die pflegerische Versorgung von den anderen Bereichen getrennt ist, d.h. dass die BEW die Dienstleister für ihre pflegerische Versorgung frei und vor allem unabhängig von dem Vermieter des Wohnraums wählen können (vgl. dazu Abschnitt 3.8). Die Antworten der Leitungskräfte der sieben ambWG zur Frage der Verteilung der Verantwortlichkeiten zeigen diesen Sachverhalt (Tabelle 18): Der WG-Träger – also der i.d.R. der Vermieter des Wohnraums – ist grundsätzlich nicht für die Pflege verantwortlich, diese obliegt den jeweils gewählten Pflegedienst. In allen ambWG sind die Träger für die „Soziale Betreuung“ und die hauswirtschaftliche Versorgung verantwortlich.

Tabelle 18: Angaben der sieben ambWG zum Umfang der Verantwortung des WG-Trägers

WG-Träger hat Verantwortung für ...	Ja		Nein	
Wohnen	5	71 %	2	29 %
Soziale Betreuung	7	100 %	0	-
Pflege	0	-	7	100 %
Hauswirtschaftliche Versorgung	7	100 %	0	-

Quelle: IGES, EI-L1

Zwei ambWGs haben die Verantwortung für das Wohnen verneint, da hier der Mietvertrag mit einem von der WG getrennt zu betrachtenden Vermieter geschlossen wird. So ist ein Einzug ohne Betreuungsvertrag mit der ambWG grundsätzlich möglich (jedoch faktisch nicht vorgesehen). In Bezug auf die hauswirtschaftliche Versorgung haben zwei ambWG ergänzend angemerkt, dass ein Teil der Hauswirtschaft in der Verantwortung des ambulanten Pflegedienstes liegt. Alle ambWGs verneinten, dass die Einrichtung bzw. ihr Personal berechtigt sei, anderen in die Versorgung eingebundenen Anbietern (d.h. ambulanten Pflegediensten anderer Träger) Anweisungen zu erteilen bzw. den Versorgungsvertrag mit dem BEW zu kündigen (EI-L1).

Bestandteil des HR-Konzepts ist dagegen eine im Vergleich zu den ambWG deutlich erweiterte Verantwortungsübernahme des HR insbesondere mit Blick auf die pflegerische Versorgung. Das Versorgungsmodell des HR entspricht insoweit eher dem einer vollstationären Einrichtung, insofern der HR-Träger auch formell die Gesamtverantwortung für die Pflege der BEW trägt. So heißt es explizit in der Kooperationsvereinbarung, die externe Pflegedienste mit dem HR-Träger schließen müssen, um sich an der Pflege der HR-BEW (Erbringung von Wahlleistungen) beteiligen zu können: „Die Gesamtverantwortung für eine fachlich einwandfreie und der Situation des Bewohners angepasste Pflege trägt BeneVit“. Ausdruck dieser Gesamtverantwortung ist, dass die vom HR durchgeführten Maßnahmen der Qualitätssicherung (Pflegevisiten, Audits) sich auch auf die Leistungen des externen Pflegedienstes erstrecken (vgl. dazu Abschnitt 1.2).

Da zum Zeitpunkt der Untersuchung alle HR-BEW von dem zur Benevit-Gruppe gehörenden ambulanten Dienst versorgt wurden, waren diese auf externe Pflegedienste zielenden vertraglichen Regelungen jedoch praktisch nicht relevant. In den Interviews mit den HR-Leitungskräften zeigte sich im Hinblick auf die Pflege eher das Bild einer überwiegend durch den ambulanten Dienst („Benevit mobil“) wahrgenommenen Qualitätsverantwortung: Die PDL des ambulanten Dienstes war auch die pflegfachliche Führungskraft für die im HR vor Ort tätigen PFK.

Das HR sowie alle Vergleichseinrichtungen nutzen die üblichen Formate (Team- bzw. Dienstbesprechungen und Fallbesprechungen) zur internen Abstimmung unter den an der Versorgung beteiligten Personen. Tabelle 19 zeigt, welche weiteren Maßnahmen und Formate darüber hinaus im Rahmen der Qualitätssicherung und -entwicklung in den Einrichtungen genutzt werden.

Tabelle 19: Genutzte Maßnahmen und Formate zur Qualitätssicherung und -entwicklung

	ambWG		VST		HR
	Ja:	Nein:	Ja:	Nein:	
Pflegevisite	4	3	3	0	Ja
Mitarbeitervisite	5	2	3	0	Ja
Qualitätszirkel	2	5	3	0	Ja
Bewohner-/Angehörigenbefragung	0	7	3	0	Ja
Interne Audits	3	4	3	0	Ja
Mitarbeiterbefragung	1	6	3	0	Ja
Qualitätshandbuch	2	5	3	0	Ja
Verfahrensanweisungen	6	1	3	0	Ja
Supervision/Coaching für Mitarbeitende	3	4	3	0	Ja
Zertifizierungen	0	7	3	0	Ja
Benchmarking	1	6	3	0	Ja

Quelle: IGES; EI-L1

Einzelne der in Tabelle 19 aufgeführten Maßnahmen sind für ambWG wegen der geringen Zahl von Mitarbeitenden weniger geeignet (z.B. Mitarbeiterbefragungen). Darüber hinaus wurden erläuternde Angaben gemacht. Bspw. wurde von einer ambWG die Frage nach einem Qualitätshandbuch verneint, aber erklärt, dass alle relevanten Informationen für die Mitarbeitenden in einem digitalen Ordner „nach Art eines QM-Handbuchs“ einsehbar sind.

HR und alle Vergleichseinrichtungen geben als weiteren Qualitätssicherungstool einen Bewohnerbeirat (bzw. Bewohnergremium oder Angehörigengremium), welcher die Aufgaben nach WTPG im jeweiligen Setting übernimmt (EI-L1).

3.3 Qualität der Versorgung

Zum Themenkomplex Qualität der Versorgung im HR wurden mehrere Aspekte untersucht:

- ◆ Umgebungsqualität: Das HR bezeichnet sich als „ambulantisierte Hausgemeinschaften“. Die Hintergründe des Hausgemeinschaftskonzepts sind in der Einleitung umrissen worden (Abschnitt 1.2.1). Demnach ist es Ziel solcher Einrichtungen, eine möglichst große Nähe zu einer „normalen“ häuslichen Wohnumgebung zu schaffen bzw. den Charakter einer „Institution“ so weit möglich zu vermeiden oder zurückzudrängen. Im Rahmen der empirischen Erhebungen wurde in Anlehnung an ein in den USA entwickeltes Instrument (Kansas Culture Change Instrument, Sturdevant et al. 2018) untersucht, inwieweit sich das HR ggf. in dieser Hinsicht von den Vergleichseinrichtungen unterscheidet.
- ◆ Beziehungsqualität aus Sicht der Mitarbeitenden: In den Befragungen der Mitarbeitenden wurden sechs Fragen zur Qualität ihrer Beziehungen zu den BEW bzw. den Möglichkeiten zum Beziehungsaufbau gestellt.
- ◆ Bewertung qualitätskritischer Aspekte der Arbeitsorganisation durch die PFK vor Ort: Die PFK im HR und den VST wurden gebeten, ihre eigene Arbeitssituation bzw. die Versorgungsorganisation der Einrichtung im Hinblick auf für die Qualität besonders relevante Einzelaspekte zu bewerten (Personalausstattung, nächtliche Versorgung, Unterstützung bei Notfällen).

Darüber hinaus werden drei Aspekte betrachtet, die als Indikatoren der Versorgungsqualität gewertet werden können und die teilweise auch in der Leistungsbeschreibung ausdrücklich in diesem Zusammenhang genannt wurden:

- ◆ Versorgungskontinuität
- ◆ Veränderungen des Pflegegrads der BEW
- ◆ Häufigkeit des Auftretens kritischer Ereignisse, wie z.B. ungeplante Krankenhausaufnahmen

Zu beiden Sachverhalten werden in diesem Abschnitt Ergebnisse aus den Befragungen dargestellt. In Abschnitt 3.7 finden sich weitere Ergebnisse zur Häufigkeit stationärer Behandlungen sowie zu Veränderungen der Pflegegrade, die auf Analysen der Routinedaten der AOK Baden-Württemberg beruhen.

Ergebnisse zur Bewertung der Versorgungsqualität aus Sicht der BEW sowie der Angehörigen werden in Abschnitt 3.5 berichtet.

3.3.1 Umgebungsqualität

Die Veränderung der „Organisationskultur“ bzw. des Charakters von stationären Pflegeeinrichtungen ist seit längerem ein wichtiges Thema. Die Diskussion dazu in Deutschland wurde in Abschnitt 1.2.1 kurz umrissen. Auch in den USA wurden auf Ebene der Bundesstaaten verschiedene Programme durchgeführt, um den Charakter von Pflegeheimen zu verändern. Ziel ist eine Abkehr von der institutionellen, vielfach am Vorbild des Krankenhauses ausgerichteten Prägung und stattdessen eine stärkere Orientierung an einer normalen häuslich-familiären Wohn- und Versorgungssituation (Pennsylvania Department of Health 2016). Um den Erfolg solcher Programme zu evaluieren, wurden verschiedene Messinstrumente entwickelt. In einem systematischen Review wurde das „Kansas Culture Change Instrument (KCCI)“ unter methodischen Gesichtspunkten als das beste Instrument identifiziert (Sturdevant et al. 2018).

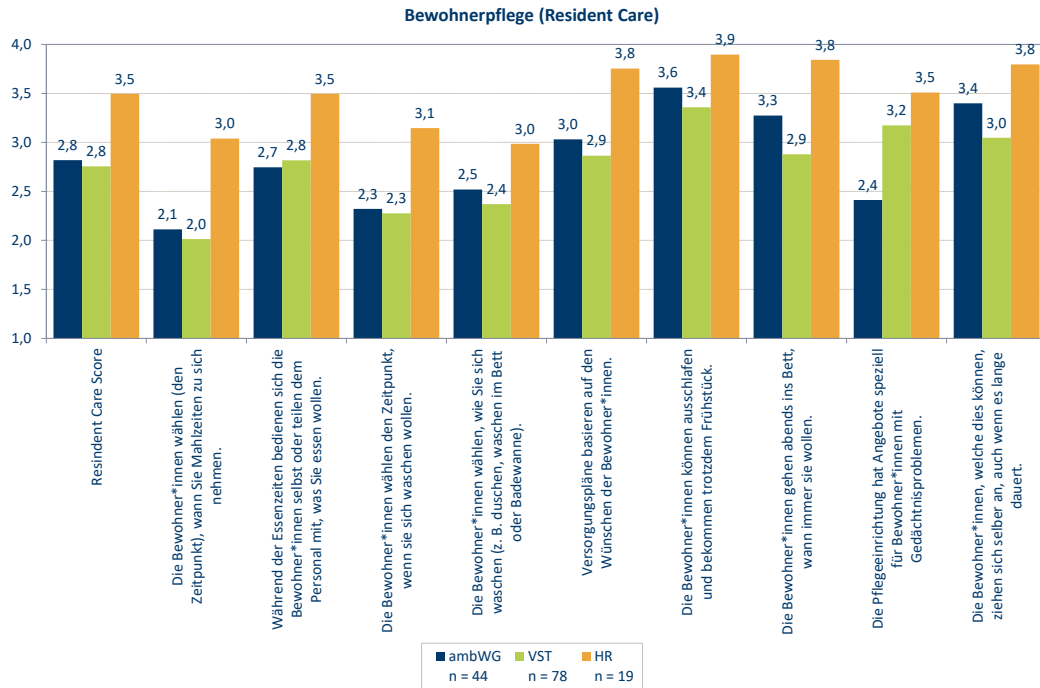
Das KCCI umfasst im Original 29 Items, die drei Sub-Skalen zugeordnet sind: „Resident Care“ (Bewohnerpflege, 9 Items), „Nursing Home Environment“ (Pflegeheimumfeld, 10 Items) und „Relationship“ (Beziehungen, 10 Items). Eine deutsche Version dieses Instruments existiert bisher nicht, deshalb wurden die Items von IGES übersetzt. In die Befragungen der Führungskräfte sowie der Mitarbeitenden wurden alle neun Items der Skala „Bewohnerpflege“ sowie fünf Items der Skala „Pflegeheimumfeld“ aufgenommen. Auf die Items der Skala „Beziehungen“ wurde verzichtet, weil diese Aspekte durch andere Fragen zielgerichteter erhoben wurden.

Die Items werden auf einer vierstufigen Likert-Skala beantwortet (1 = nie ... 4 = immer) und können zu einem Skalenwert (Resident Care Score bzw. Nursing Home Environment Score) zusammengefasst werden, der Werte zwischen eins und vier annehmen kann. Ein höherer Wert zeigt an, dass der Einrichtungskarakter in stärkerem Maße einer häuslich-familiären und weniger einer institutionellen Situation entspricht.

Im Folgenden werden nur die Ergebnisse aus den Befragungen der Mitarbeitenden des HR bzw. der Vergleichseinrichtungen dargestellt, die wegen der größeren Zahl von Befragten u.E. als valider anzusehen sind als die jeweils nur auf den Antworten von ein bis zwei Personen beruhenden Ergebnisse aus der Befragung der Führungskräfte.

Abbildung 21 zeigt die Ergebnisse zu den neun Einzelitems sowie den Scorewert der Subskala „Bewohnerpflege“, Abbildung 22 die entsprechenden Ergebnisse zu den fünf Items und den Score der (gegenüber dem Original verkürzten) Subskala „Pflegeheimumfeld“.

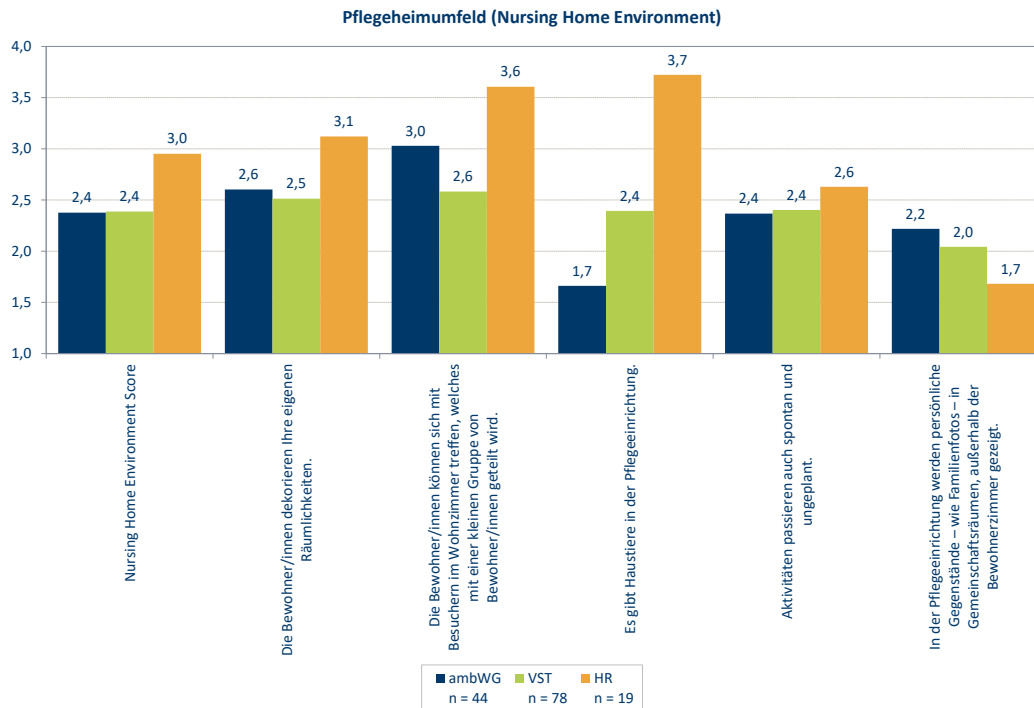
Abbildung 21: Ergebnisse der Subskala "Bewohnerpflege" (Resident Care) des KCCI



Quelle: IGES, EI-M2

Anmerkung: Zur Beschreibung des Instruments KCCI vgl. Text; Wertebereich 1 (nie) bis 4 (immer)

Abbildung 22: Ergebnisse der (verkürzten) Subskala "Pflegeheimumfeld" (Nursing Home Environment) des KCCI



Quelle: IGES, EI-M2

Anmerkung: Zur Beschreibung des Instruments KCCI vgl. Text; Wertebereich 1 (nie) bis 4 (immer)

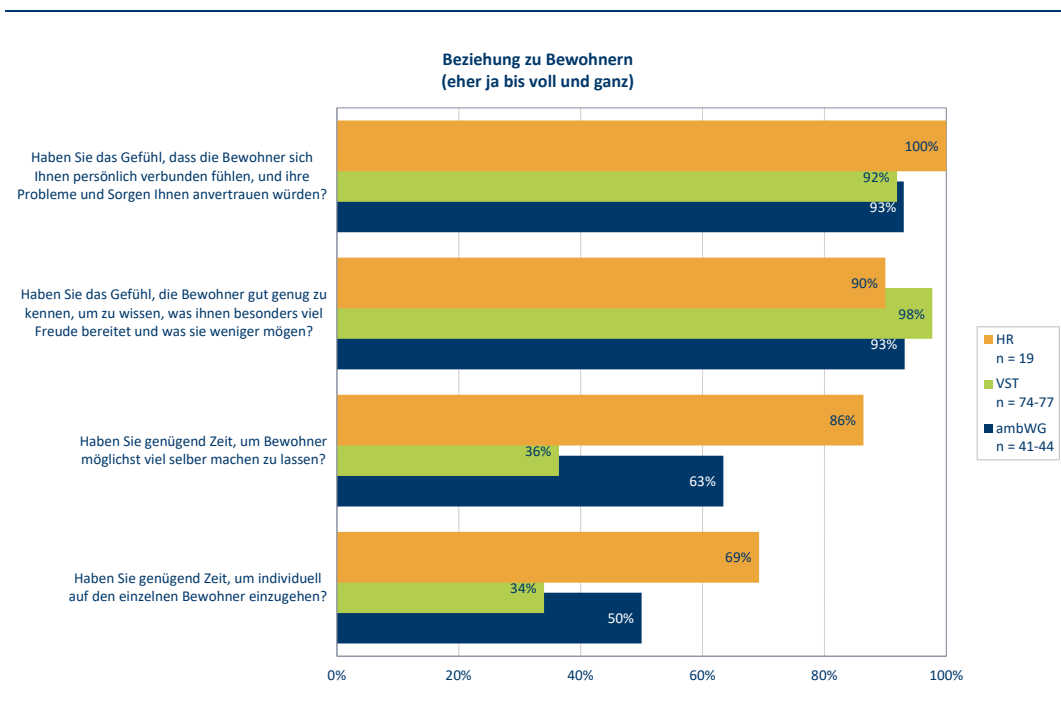
Auf beiden Subskalen erreicht das HR den Angaben der Beschäftigten zufolge jeweils höhere Werte als die Vergleichseinrichtungen, entspricht also in stärkerem Maße einer häuslich-familiär geprägten Wohn- und Pflegeumgebung. Die Mitarbeitenden der sieben ambWG und der drei VST schätzen ihre Einrichtungen bei zahlreichen Aspekten sehr ähnlich ein. Nennenswerte Unterschiede zugunsten der ambWG zeigen sich beim individuell gewählten Zubettgehen, dem eigenständigen Anziehen sowie der Nutzung eines Wohnzimmers. Die VST zeigen dagegen Vorteile in Bezug auf Angebote für Menschen mit Gedächtnisproblemen und der Möglichkeit Haustiere zu halten. Die Ergebnisse für das HR sind durchweg besser, mit der einen Ausnahme der persönlichen Gegenstände und Fotos, die außerhalb der Bewohnerzimmer gezeigt werden.

3.3.2 Beziehungsqualität aus der Sicht der Mitarbeitenden

Ein zentraler Aspekt von Pflegequalität ist der Beziehungsaufbau zwischen den Pflegebedürftigen und den Pflegenden. Die Ergebnisse in Abbildung 23 zeigen, dass die Mitarbeitenden in allen drei Einrichtungsarten die Beziehungsqualität zu den BEW positiv einschätzen. Unterschiede zeigen sich jedoch in Bezug auf die Be-

urteilung der wesentlichen Voraussetzung für einen gelingenden Beziehungsaufbau, nämlich genügend Zeit. Die Befragten in den VST geben nur zu gut einem Drittel an, dass sie ausreichend Zeit haben, um auf die BEW individuell einzugehen (36 %) und sie in pflegerischen Situationen möglichst viel eigenständig machen zu lassen (34 %). Die Unterschiede zwischen den Einrichtungsarten sind nicht primär auf Unterschiede in der Zusammensetzung der Antwortenden (Anteil PFK bzw. Anteile von Präsenzkraften, Pflegehilfs-/Betreuungskraften) zurückzuführen. Auch beim Vergleich der Teilgruppen geben die Befragten im HR jeweils häufiger an, ausreichend Zeit für die BEW zu haben.

Abbildung 23: Beziehungsqualität aus Sicht der Mitarbeitenden



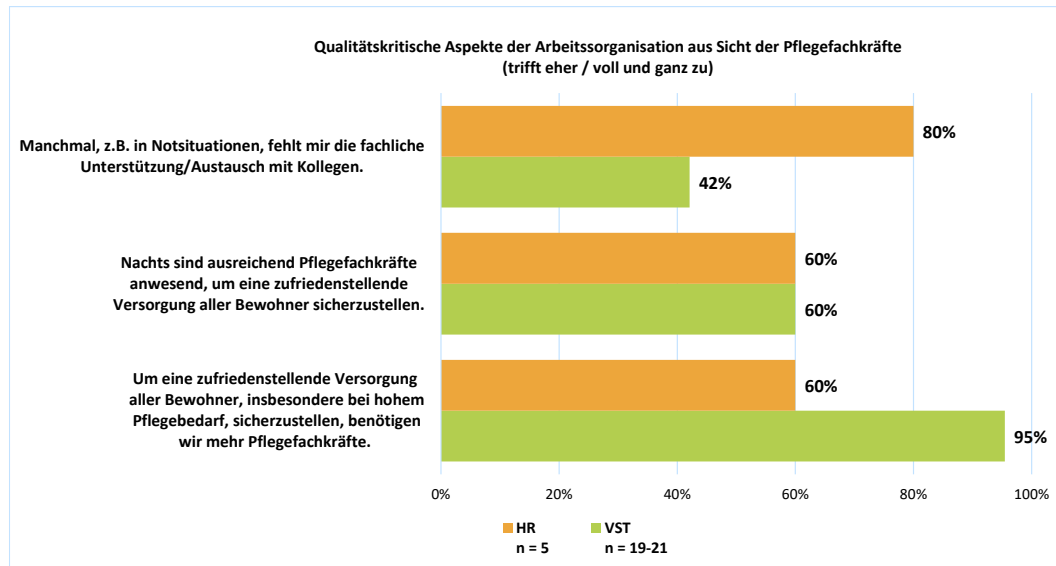
Quelle: IGES, EI-M2

Anmerkung: Prozentuierung auf gültige Werte

3.3.3 Bewertung qualitätskritischer Aspekte der Arbeitsorganisation durch PFK vor Ort

Die PFK des HR bzw. der VST wurden gefragt, inwieweit aus ihrer Sicht für eine zufriedenstellende Versorgung aller BEW, insbesondere auch der Personen mit hohem Pflegebedarf, eine größere Zahl von Pflegefachkräften benötigt würde und ob die Zahl der nachts anwesenden PFK ausreichend sei. Eine dritte Frage bezog sich darauf, ob der PFK manchmal die fachliche Unterstützung durch andere PFK, z.B. in Notsituationen, fehle.

Abbildung 24: Bewertung qualitätskritischer Aspekte der Arbeitsorganisation durch die PFK vor Ort im HR und in den VST



Quelle: IGES, EI-M2

Anmerkung: Prozentuierung auf gültige Werte

Die fünf PFK im HR geben doppelt so häufig an, dass ihnen manchmal der Austausch und die Unterstützung durch Kolleginnen bzw. Kollegen fehlen. Auf der anderen Seite sehen sie im Vergleich zu den PFK in den VST weniger häufig einen Mangel an PFK für die Sicherstellung einer zufriedenstellenden Versorgung. Bei der Frage nach der nächtlichen Versorgung besteht kein Unterschied, in beiden Einrichtungsarten sind nur 60 % der Befragten der Meinung, dass die personelle Ausstattung in der Nacht eine zufriedenstellende Versorgung ermöglicht (Abbildung 24).

3.3.4 Versorgungskontinuität

Die Versorgungskontinuität ist als ein Teilaspekt der Versorgungssicherheit zu sehen und betrifft die Frage, inwieweit pflegebedürftige Menschen, die sich für eine bestimmte Versorgungsform entschieden haben bzw. diese präferieren, bei einem zunehmenden pflegerischen Versorgungsbedarf gezwungen sind, in ein anderes Versorgungssetting zu wechseln.

Im Rahmen der Leitungskräftebefragung zum zweiten Erhebungszeitpunkt wurde erhoben, ob bzw. wie viele BEW in den vorangehenden zwölf Monaten aus der jeweiligen Einrichtung ausgezogen sind, um (a) in eine andere Einrichtung zu ziehen bzw. (b) um zurück in die eigene Häuslichkeit bzw. zu An-/Zugehörigen zu ziehen. Auszüge zurück in eine häusliche Versorgung sind zwar ebenfalls eine Unterbrechung der Versorgungskontinuität, sie sind jedoch eher nicht auf einen zunehmendem Versorgungsbedarf zurückzuführen.

Die Gründe für den jeweiligen Umzug sind in der Leitungskräftebefragung nicht erhoben worden. Angaben dazu wurden jedoch in den „Auszugsfragebögen“ von den jeweiligen BEW erhoben.

Tabelle 20 zeigt die nach Einrichtungstyp kumulierten Ergebnisse zu Auszügen innerhalb der vorangehenden zwölf Monate aus der Leitungskräftebefragung. Ferner ist die resultierende Zahl der Auszüge je 100 BEW ausgewiesen.

Tabelle 20: Umzüge in andere Einrichtungen oder zurück in häusliche Pflege (durch An-/Zugehörige) in den der Erhebung vorangehenden zwölf Monaten

	Anzahl BEW gesamt	Auszüge in andere Einrichtung		Auszüge zurück in häusliche Pflege	
		Anzahl	Je 100 BEW	Anzahl	Je 100 BEW
ambWG	74	10	13,5	0	-
VST	224	3	1,3	1	0,4
HR	55	1	1,8	0	-

Quelle: IGES; EI-L2

Die Ergebnisse zeigen, dass Auszüge in eine andere Einrichtung in den ambWG mit 13,5 Ereignissen je 100 BEW relativ häufig vorkommen, wogegen sie in den VST und im HR ein seltenes Ereignis sind.

Um die näheren Hintergründe von Auszügen zu eruieren, wurde mit dem „Auszugsfragebogen“ ein eigenes Erhebungsinstrument konzipiert, das die teilnehmenden Pflegeeinrichtungen an ausziehende BEW ausgeben sollten. Bei IGES sind drei valide ausgefüllte Auszugsfragebögen eingegangen, die alle von BEW einer einzigen ambWG stammen.

Alle drei ausziehenden BEW haben als Grund für den Auszug angekreuzt, dass sich ihr körperlicher Pflegebedarf erhöht hat, so dass die Versorgung in der bisherigen Einrichtung nicht länger gewährleistet werden konnte. Inwieweit diese lediglich drei Fälle, die einen Auszugsfragebogen beantwortet haben, als repräsentativ für die Auszüge aus den ambWG gelten können, lässt sich nicht beurteilen.

3.3.5 Veränderungen des Pflegegrads der BEW (Befragungsergebnisse)

Im Rahmen der Datenabfragen bei den Einrichtungsleitungen im ersten bzw. zweiten Erhebungszyklus wurde neben der aktuellen BEW-Zahl auch erhoben, bei wie vielen BEW es in den vorangehenden 12 Monaten zur Einstufung in einen höheren bzw. niedrigeren Pflegegrad gekommen ist. Die Veränderungen des Pflegegrades wurden darüber hinaus auch mit den Routinedaten der AOK BW untersucht, die Ergebnisse finden sich in Abschnitt 3.7.9.

Die Ergebnisse in Tabelle 21 zeigen, dass der Anteil von BEW mit einer Höherstufung in beiden Erhebungszyklen in den ambWG am höchsten lag. In beiden Zyklen ist es bei je einem BEW im HR bzw. in den VST zu einer Einstufung in einen niedrigeren Pflegegrad gekommen.

Tabelle 21: Anteil BEW, bei denen es in den vorangehenden 12 Monaten zur Einstufung in einen höheren/niedrigeren Pflegegrad gekommen ist

	Erhebungszyklus 1		Erhebungszyklus 2	
	höher	niedriger	höher	niedriger
HR	9 %	2 %	15 %	/
ambWG	33 %	/	39 %	/
VST	12 %	/	18 %	1 %

Quelle: IGES; Datenabfrage, EI-L2

Anmerkung: Eine ambWG hat im zweiten Erhebungszyklus keine Angabe gemacht.

3.3.6 Häufigkeit des Auftretens kritischer Ereignisse (Befragungsergebnisse)

In der Angehörigenbefragung wurde erhoben, inwieweit es bei der pflegebedürftigen Person in den vorangehenden sechs Monaten ...

- ◆ ... zu einem plötzlichen medizinischen Notfall gekommen ist, bei dem ein Arzt gerufen wurde oder die Person ins Krankenhaus kam. Falls die Frage bejaht wurde, wurde nach Anzahl solcher Notfälle und der Anzahl der Fälle mit Krankenhausaufenthalt gefragt. Ferner wurde gefragt, ob die Angehörigen mit der Reaktion der Einrichtung in der Notfallsituation zufrieden waren. Bei Unzufriedenheit sollte der Grund als Freitext angegeben werden.
- ◆ ... vorgekommen ist, dass sich die pflegebedürftige Person verletzt hat, wobei nicht klar ist, woher diese Verletzung kommt.
- ◆ ...vorgekommen ist, dass die Angehörigen Mängel in der Körperpflege der BEW bemerkt haben.

Die Zahl ungeplanter Krankenhausaufnahmen der BEW wurde ferner in beiden Erhebungszyklen in den Datenabfragen von den Leitungskräften der Einrichtungen erfragt.

Tabelle 22 zeigt die Ergebnisse der Angehörigenbefragung zu den Notfällen und ggf. resultierenden Krankenhausbearbeitungen. In den beiden ersten Spalten der Tabelle sind die betroffenen Personen mit einer Notfallsituation ausgewiesen. Die Prozentuierung erfolgt in diesem Fall auf die Gesamtgruppe der Antworten, d.h. fehlende Angaben werden hier wie die Angabe „nein/kein Notfall“ gezählt. Falls

eine Person einen Notfall hatte, sollte ferner die Zahl der Notfälle angegeben werden. Die Angaben variierten zwischen einem und vier Notfällen. Auf dieser Basis wurde die Gesamtzahl der von den Angehörigen berichteten Notfälle errechnet und, um den Vergleich zu ermöglichen, als Anzahl Notfälle pro 100 BEW in der jeweiligen Einrichtungsart ausgewiesen (Spalten drei und vier). Den beiden letzten Spalten ist zu entnehmen, wie häufig aus den Notfällen eine Krankenhausaufnahme resultierte, auch hier wurde die Gesamtzahl der Krankenhausaufnahmen auf 100 BEW normiert.

Bei der Interpretation der Ergebnisse in Tabelle 22 ist stets zu berücksichtigen, dass die Erhebung im Juni bis September 2022 stattfand, der Bezugszeitraum („letzte 6 Monate“) somit in einer Hochphase der COVID-Pandemie lag.

Tabelle 22: Medizinische Notfälle und resultierende Krankenhausbehandlungen in den vorangehenden 6 Monaten (Angaben aus der Angehörigenbefragung)

Anzahl mit Notfall	Anteil BEW mit Notfall	Anzahl Notfälle	Notfälle / 100 BEW	Anzahl Khs-Behandlungen	Khs-Beh. / 100 BEW
HR (n=26)					
11	42,3 %	15	58/100 BEW	8	31/100 BEW
ambWG (n=28)					
8	28,6 %	9	32/100 BEW	5	18/100 BEW
VST (n=88)					
36	40,9 %	59	67/100 BEW	42	48/100 BEW

Quelle: IGES; EI-A2

Anmerkung: Prozentuierung auf alle Antwortenden

Die Häufigkeit von medizinischen Notfällen (Notfälle/100 BEW) und von daraus resultierenden Krankenhausbehandlungen (Khs-Beh./100 BEW) lag nach den Angehörigenangaben im HR und den VST deutlich höher als in den ambWG. Inwieweit diese Unterschiede möglicherweise durch ein unterschiedliches COVID-Infektionsgeschehen bedingt waren, lässt sich nicht beurteilen.

Aus den Datenabfragen im Rahmen des ersten Erhebungszyklus errechnen sich etwas niedrigere Häufigkeiten von ungeplanten Krankenhausbehandlungen: HR: 28 / 100 BEW, ambWG: 25 / 100 BEW und VST: 20 / 100 BEW. Im zweiten Erhebungszyklus machte das HR zu dieser Frage keine Angabe. Für die ambWG lautet das Ergebnis 23 / 100 BEW und für VST 42 / 100 BEW.

Wie bereits erwähnt, sollten die Ergebnisse zur Häufigkeit von Krankenhausbehandlungen mit großer Vorsicht interpretiert werden. Zum einen sind die betrachteten Grundgesamtheiten sehr klein, so dass bereits wenige Fälle mehr oder weniger das Ergebnis stark beeinflussen, zum anderen liegen der Erhebungs- und

Bezugszeitraum mitten in der COVID-Pandemie. Ferner sollte beachtet werden, dass sich in jeder Einrichtungsart nur ein Teil der Angehörigen an der Befragung beteiligt hat, so dass die Angaben zu den kritischen Ereignissen möglicherweise nicht die Situation aller BEW der jeweiligen Einrichtung widerspiegeln.

Auf die Frage nach der Reaktion der Pflegeeinrichtung auf den Notfall antworteten von den Angehörigen im HR zehn von den elf Befragten, die angegeben hatten, dass ein Notfall aufgetreten ist. Neun dieser Befragten sagten, dass sie mit der Reaktion des HR zufrieden waren, die eine unzufriedene Person gab als Grund an, dass „notwendige Dokumente vergessen“ worden seien. Von den acht Angehörigen aus der ambWG-Gruppe mit Notfall machten sechs eine Angabe, ob sie mit der Reaktion der WG zufrieden waren. Dies wurde in fünf Fällen bejaht. Die unzufriedene Person machte keine Freitextangabe zum Grund der Unzufriedenheit. Von den 36 Angehörigen der VST-Gruppe, bei denen ein Notfall aufgetreten war, waren 33 (92 %) mit der Reaktion zufrieden. Die übrigen drei Befragten nannten folgende Gründe für ihre Unzufriedenheit: „zu spät reagiert“; „zu lange gewartet“; „die Kommunikation untereinander (unter dem Personal) hat den Notfall ausgelöst“.

Von den 26 antwortenden Angehörigen im HR gaben zwei (8 %) an, dass es in den vorangehenden Monaten vorgekommen sei, dass die pflegebedürftige Person Verletzungen unklarer Herkunft hatte. In der VST-Gruppe bejahten 7 % diese Frage, in den ambWG niemand. Als Verletzungen wurden vor allem Blutergüsse (blaue Flecken) oder kleinere Wunden (z.B. vom Rasieren) angegeben, nur in einem Fall (VST) wurde eine Fraktur genannt.

Mängel bei der Körperpflege der BEW wurden in den drei Pflegesettings von einem etwa gleich großen Anteil der befragten Angehörigen festgestellt: Im HR von sechs Befragten (23 %), in den ambWG von fünf Befragten (18 %) und in der VST-Gruppe von 19 Personen (22 %).

3.4 Arbeitssituation und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden

Die Mitarbeitenden wurden nach ausgewählten Merkmalen ihrer Arbeitssituation (z.B. Schichtplanung, Arbeitspensum) sowie nach der Arbeitszufriedenheit insgesamt gefragt.

Merkmale der Arbeitssituation

Die Mitarbeitenden wurden gefragt (EI-M2), wie häufig kurzfristig zeitliche Änderungen im wöchentlichen Schicht- oder Arbeitsplan auftreten und wie lange vorher sie in der Regel über die Änderungen informiert werden. Die HR-Fachkräfte vor Ort (n = 5) geben an, dass Änderungen ca. alle drei Monate (60 %) oder seltener (40 %) auftreten und dass sie mehrere Tage vorher informiert werden (n = 3, zwei ohne Angabe). Die HR-Präsenzkräfte (n = 13, ein fehlender Wert) geben an, dass Änderungen des Dienstplans häufiger vorkommen (fast jede Woche 30,8 %, mehrmals im Monat 46,2 %, ca. alle drei Monate 15,4 % und seltener 7,7 %). Die Informationen über die Änderungen (n = 11, drei fehlende Werte) werden zum größten Teil

mehrere Tage vorher (72,7 %) an die Präsenzkräfte weitergegeben (ein Tag vorher 9,1 %, weniger als ein Tag vorher 18,2 %).

Die Fachkräfte (n = 23, ein fehlender Wert) in den VST berichten, dass Änderungen mehrmals im Monat (31,8 %) bis fast jede Woche (45,5 %) auftreten (ca. alle drei Monate 9,1 %, seltener 13,6 %) und die Informationen fast zur Hälfte (47,1 %) weniger als einen Tag vorher weitergegeben werden (mehrere Tage vorher 35,3 %, ein Tag vorher 17,6 %). Die Pflegehilfs- und Betreuungskräfte (n = 54, ein fehlender Wert) geben Änderungen im wöchentlichen Schicht- oder Arbeitsplan wie folgt an: fast jede Woche 16,7 %, mehrmals im Monat 29,6 %, monatlich 20,4 %, seltener 31,5 % und nie 1,9 %. 46,9 % der befragten Pflegehilfs- und Betreuungskräfte (n = 49, sechs fehlende Werte) geben an, dass sie in der Regel einen Tag vorher über die Änderungen im Dienst- oder Arbeitsplan informiert werden (28,8 % mehrere Tage vorher, 14,3 % weniger als einen Tag vorher).

Die Präsenzkräfte in den ambWG (n = 44, ein fehlender Wert) geben zum großen Teil an, dass kurzfristige Änderungen seltener (44,2 %) als monatlich vorkommen (fast jede Woche 16,3 %, mehrmals im Monat 20,9 %, monatlich 18,6 %). Informationen werden den Präsenzkräften (n = 33, 12 fehlende Werte) in der Regel wie folgt mitgeteilt: Mehrere Tage vorher 28,1 %, einen Tag vorher 53,1 %, weniger als einen Tag vorher 18,8 %.

Die Mitarbeitenden der ambulanten Pflegedienste (HR und ambWG) wurden zudem im zweiten Erhebungszyklus gefragt, ob sie (z.B. aufgrund von Personalengpässen) im HR bzw. in der jeweiligen ambWG als Personalersatz eingesetzt wurden, was alle Mitarbeitenden des HR-Pflegedienstes verneinten (8 gültige Werte, ein fehlender Wert). Bei den Mitarbeitenden der ambulanten Pflegedienste, die die ambWG (n = 26, zwei fehlende Werte) versorgen, haben dagegen 42,3 % die Frage bejaht.

Die Pflegefachkräfte und die Präsenzkräfte wurden im zweiten Erhebungszyklus gefragt, wie sie die Arbeitsmenge ihrer Rolle einschätzen und wie sie die Anforderungen an ihre Kenntnisse und Fertigkeiten bewerten. Tabelle 23 zeigt die Ergebnisse aus HR.

Tabelle 23: Arbeitspensum und Anforderungen (HR)

	deutlich zu hoch		etwas zu hoch		angemessen		etwas zu gering		deutlich zu gering	
Pflegefachkräfte (n = 5)										
Arbeitsmenge/Arbeitspensum	0	-	3	60%	2	40%	0	-	0	-
Anforderungen an Kenntnisse und Fertigkeiten	0	-	1	20%	4	80%	0	-	0	-
Präsenzkräfte (n = 14)										
Arbeitsmenge/Arbeitspensum	2	14%	1	7%	10	71%	1	7%	0	-
Anforderungen an Kenntnisse und Fertigkeiten	1	7%	3	21%	10	71%	0	-	0	-

Quelle: IGES, EI-M2

Anmerkung: Prozentuierung auf gültige Werte

Die Pflegefachkräfte im HR empfinden die Arbeitsmenge als etwas zu hoch (60 %) bis angemessen (40 %) und die Anforderungen an ihre Kenntnisse und Fertigkeiten zum großen Teil (80 %) als angemessen (eine Pflegefachkraft empfindet die Anforderungen als „etwas zu hoch“). Die Präsenzkräfte geben die Arbeitsmenge und die Anforderungen an Kenntnisse und Fertigkeiten größtenteils (jeweils 10 Befragte, 71 %) als angemessen an. Drei Präsenzkräfte geben an, dass die Arbeitsmenge zu hoch ist (14 % „deutlich“, 7 % „etwas“) und eine Person gibt an, dass das Arbeitspensum zu gering sei (7 %). Bei den Anforderungen an Kenntnisse und Fertigkeiten geben vier der 14 Präsenzkräfte an, dass diese zu hoch sind (eine Person „deutlich“, drei Befragte „etwas zu hoch“).

Tabelle 24 zeigt die Antworten der VST-Pflegefachkräfte und Pflegehilfs- und Betreuungskräfte. Im Vergleich zu HR (Tabelle 23) geben die Pflegefachkräfte in VST öfters an, dass das Arbeitspensum zu hoch sei (39 % deutlich, 35 % etwas). Fast die Hälfte (48 %) der VST-Pflegefachkräfte gibt an, dass die Anforderungen an Kenntnisse und Fertigkeiten angemessen sind (13 % deutlich zu hoch, 22 % etwas zu hoch, 17 % etwas zu gering). Der Anteil an Pflegehilfs- und Betreuungskräften, welche angeben, dass die Arbeitsmenge zu hoch sei (20 % deutlich, 43 % etwas) ist im Vergleich zu HR (Tabelle 23) und ambWG (Tabelle 25) deutlich höher. Die VST-Pflegehilfs- und Betreuungskräfte geben zum großen Teil (70 %) an, dass die Anforderungen an Kenntnisse und Fertigkeiten angemessen sind (11 % deutlich zu hoch, 15 % etwas zu hoch, 4 % etwas zu gering).

Tabelle 24: Arbeitspensum und Anforderungen (VST)

	deutlich zu hoch		etwas zu hoch		angemessen		etwas zu gering		deutlich zu gering	
Pflegefachkräfte (n = 23)										
Arbeitsmenge/Arbeitspensum	9	39%	8	35%	6	26%	0	-	0	-
Anforderungen an Kenntnisse und Fertigkeiten	3	13%	5	22%	11	48%	4	17%	0	-
Pflegehilfs- und Betreuungskräfte (n = 54)										
Arbeitsmenge/Arbeitspensum	11	20%	23	43%	20	37%	0	-	0	-
Anforderungen an Kenntnisse und Fertigkeiten	6	11%	8	15%	38	70%	2	4%	0	-

Quelle: IGES, EI-M2

Anmerkung: Prozentuierung auf gültige Werte (Fehlende Werte: VST = 1)

Tabelle 25 zeigt die Antworten der Präsenzkkräfte der ambWGs zu der Arbeitsmenge und den Anforderungen an Kenntnisse und Fertigkeiten. Die Arbeitsmenge wird von 55 % der Befragten als angemessen bewertet (5 % deutlich zu hoch, 36 % etwas zu hoch, 2 % etwas zu gering). Die Anforderungen an Kenntnisse und Fertigkeiten werden zum großen Teil (70 %) als angemessen bewertet (11 % deutlich zu hoch, 15 % etwas zu hoch, 4 % etwas zu gering).

Tabelle 25: Arbeitspensum und Anforderungen (ambWG)

	deutlich zu hoch		etwas zu hoch		angemessen		etwas zu gering		deutlich zu gering	
Präsenzkkräfte (n = 42)										
Arbeitsmenge/Arbeitspensum	2	5%	15	36%	23	55%	2	5%	0	-
Anforderungen an Kenntnisse und Fertigkeiten	2	5%	6	14%	33	79%	1	2%	0	-

Quelle: IGES, EI-M2

Anmerkung: Prozentuierung auf gültige Werte (Fehlende Werte: ambWG = 2)

Weiterhin wurden die Pflegefachkräfte vor Ort (HR, VST) im zweiten Erhebungszyklus gefragt, inwieweit sie häufig eine begonnene Arbeit unterbrechen müssen, weil sie bei einer anderen Tätigkeit benötigt werden und zum anderen ob sie der Meinung sind, dass zu viele bewohnerferne Aufgaben (z. B. Organisatorisches oder

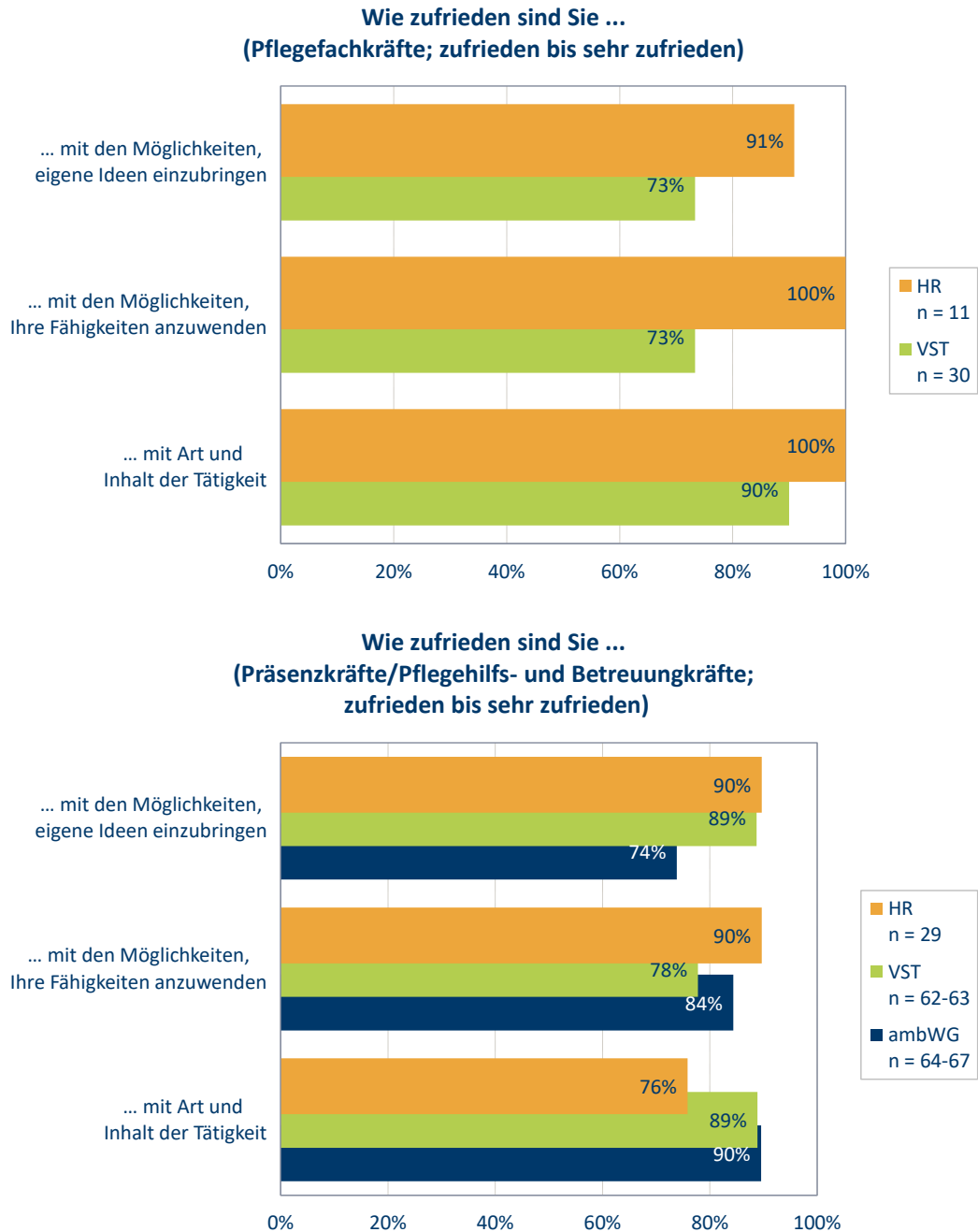
Dokumentation) von ihnen verlangt werden. Die Pflegefachkräfte von VST (21 gültige Werte) und HR (5 gültige Werte) stimmen der Aussage zum größten Teil zu, dass sie ihre Arbeit häufig unterbrechen müssen („stimme eher“ oder „voll und ganz zu“: HR = 80 %, VST = 81 %). Die VST-Pflegefachkräfte stimmen zu 62 % der Aussage zu, dass zu viele bewohnerferne Aufgaben von ihnen verlangt werden, die HR-Pflegefachkräfte sind nur zu 40 % dieser Auffassung (jeweils „stimme eher/voll und ganz zu“).

Insgesamt bewerten die Mitarbeitenden im HR das Arbeitspensum und die Arbeitsaufgaben geringfügig positiver als in den Vergleichseinrichtungen. Bei den Präsenzkräften ist der Anteil der Befragten, die die Anforderungen an ihre Kenntnisse und Fähigkeiten als (eher) zu hoch empfinden im HR mit 28 % (bei insgesamt 14 Antworten) etwas höher als in den Vergleichseinrichtungen (VST: 26 %, ambWG: 19 %).

Arbeitszufriedenheit

Die Mitarbeitenden wurden in beiden Erhebungszyklen gefragt, inwieweit sie mit folgenden Aspekten ihrer Arbeit zufrieden sind: Art und Inhalt der Tätigkeit, mit den Möglichkeiten, Fähigkeiten anzuwenden und mit den Möglichkeiten eigene Ideen einzubringen. Abbildung 25 zeigt die Antworten, sortiert nach Pflegefachkräften (HR, VST) und nach Präsenz- bzw. Pflegehilfs- und Betreuungskräften. Die befragten HR-Pflegefachkräfte geben bei allen drei Aspekten eine höhere Zufriedenheit an als die VST-Pflegefachkräfte. Die HR-Präsenzkräfte geben eine vergleichbare bis etwas höhere Zufriedenheit bei den Möglichkeiten an, eigene Ideen und Fähigkeiten einzubringen, als die VST-Pflegehilfs- und Betreuungskräfte und die ambWG-Präsenzkräfte. Bei den Angaben zu der Zufriedenheit mit Art und Inhalt der Tätigkeit sind VST-Pflegehilfs- und Betreuungskräfte und die ambWG-Präsenzkräfte häufiger zufrieden bis sehr zufrieden, als die HR-Präsenzkräfte.

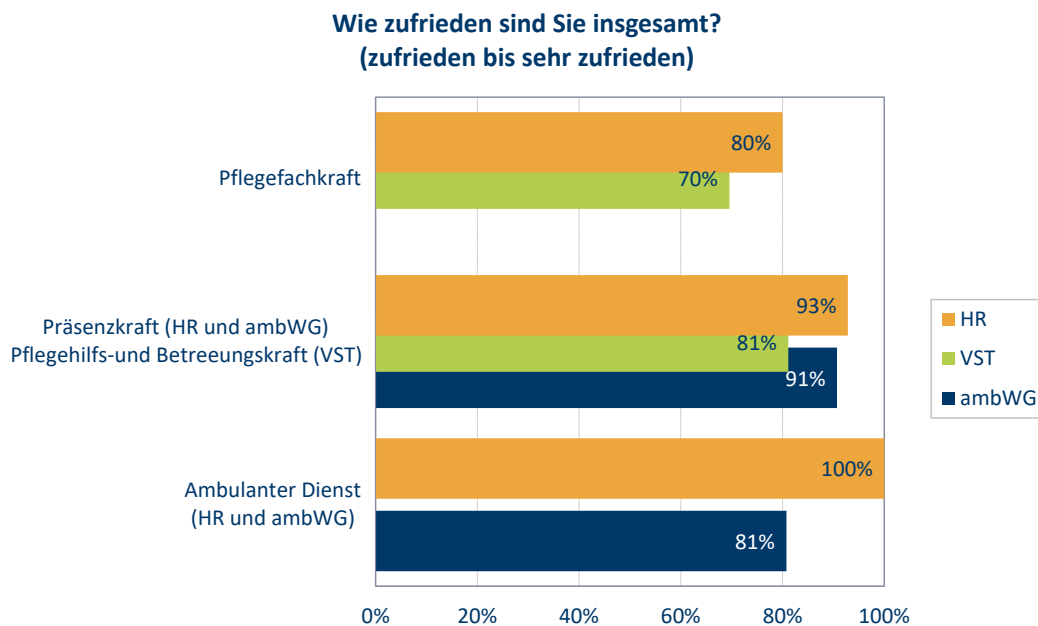
Abbildung 25: Zufriedenheit der Mitarbeitenden im Vergleich (Basis sind die kumulierten Werte beider Erhebungszeitpunkte)



Quelle: IGES, EI-M1, EI-M2
Anmerkung: Prozentuierung gültiger Werte

In zweiten Erhebungszyklus (EI-M2) sollten die Mitarbeitenden die Gesamtzufriedenheit bewerten. Die Mitarbeitenden des HR geben jeweils etwas häufiger an, insgesamt zufrieden oder sehr zufrieden zu sein, als die Mitarbeitenden in den VST (PFK, Präsenzkräfte) bzw. der ambulanten Dienste (ambWG; Abbildung 26).

Abbildung 26: Gesamtzufriedenheit der Mitarbeitenden nach Berufsgruppen



Quelle: IGES, EI-M2

Anmerkung: Prozentuierung gültiger Werte (Pflegefachkräfte: HR = 5, VST = 23; Präsenzkraft/Pflegehilfs- und Betreuungskraft: HR = 14, VST = 53, ambWG = 43; Ambulanter Dienst: HR = 9, ambWG = 26)

Fazit

Insgesamt bewerten die Mitarbeitenden im HR das Arbeitspensum und die Arbeitsaufgaben etwas positiver als in den Vergleichseinrichtungen. Bei der Arbeitszufriedenheit geben die Mitarbeitenden zum größten Teil besseres Feedback als in VST und ambWG. Lediglich bei den Präsenzkraften (ambWG) bzw. Pflegehilfs- und Betreuungskräften (VST) wird eine höhere Zufriedenheit mit der Art und dem Inhalt der Tätigkeit angegeben, als bei den Präsenzkraften im HR.

3.5 Bewertung der Versorgungsformen durch Pflegebedürftige, Angehörige und Mitarbeitende

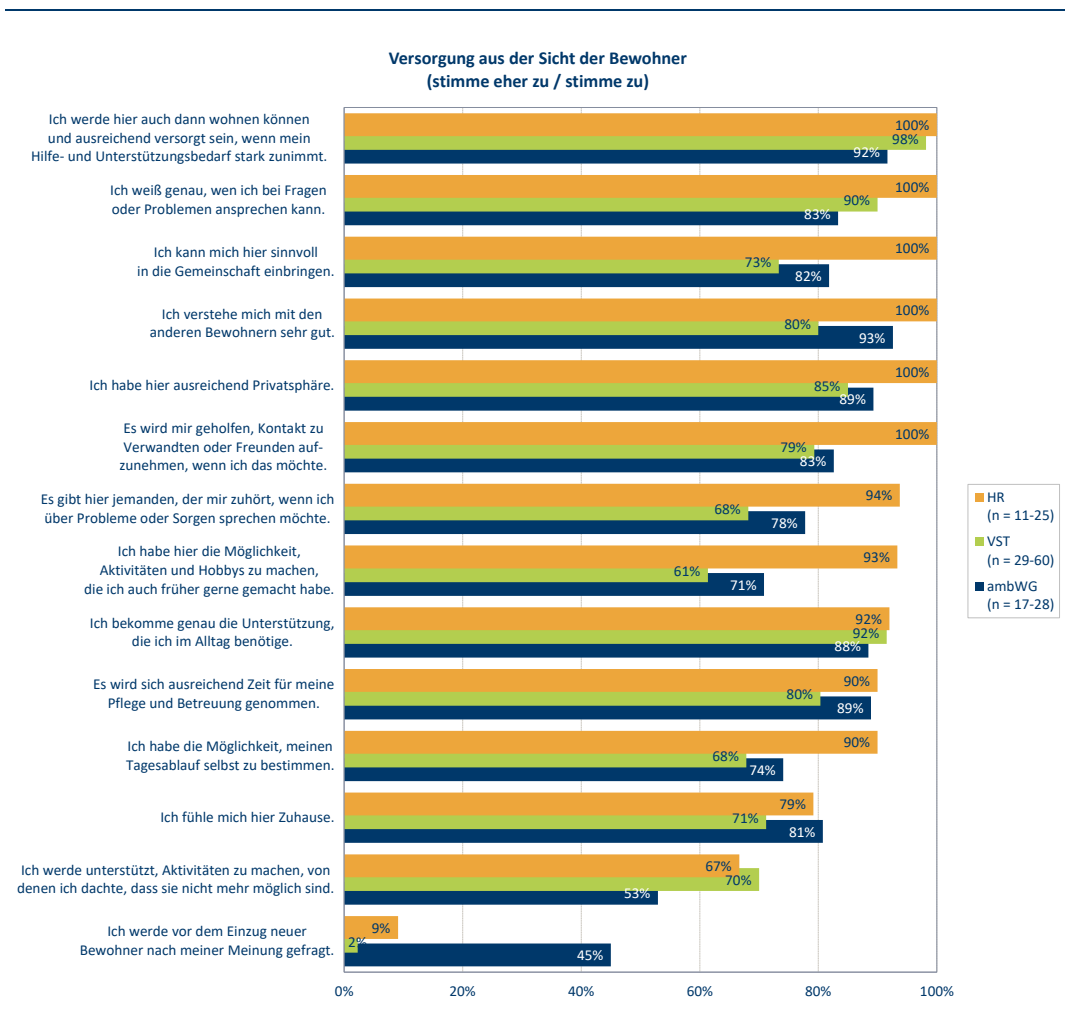
3.5.1 Versorgungszufriedenheit der BEW

Im ersten Erhebungszyklus wurden den BEW bzw. ihren Angehörigen 14 Fragen gestellt, die unterschiedliche Aspekte der Pflege- und Versorgungsqualität bzw. der Zufriedenheit der BEW mit der Versorgung betreffen. In die Erhebung im HR wurden insgesamt 40 BEW einbezogen, in den sieben ambWG waren es 37 BEW und in den VST 73 BEW (jeweils ggf. mit Unterstützung durch Angehörige). In allen Einrichtungen wurden die Fragen nur von einem Teil der BEW beantwortet, was überwiegend auf Verständnisprobleme der BEW zurückzuführen war, teilweise aber

auch damit zusammenhängt, das einzelne Sachverhalte auf die befragte Person nicht zutrafen bzw. als nicht zutreffend von diesen wahrgenommen wurden. Im HR haben je nach Frage zwischen 15 (38%) und 29 (73%) Personen nicht geantwortet, in den ambWG bewegt sich der Anteil der Ausfälle zwischen 24 % und 54 % und in den VST zwischen 18 % und 60 % der befragten BEW.

Abbildung 27 zeigt die Verteilung der Antworten der BEW der drei Einrichtungsarten, wobei sich die Prozentuierung auf die gültigen Antworten bezieht.

Abbildung 27: Aussagen der Bewohnerinnen und Bewohner zur Qualität und Zufriedenheit mit der Versorgung



Quelle: IGES, EI-B1

Anmerkung: Prozentuierung auf gültige Werte; Gesamtzahl Befragte: HR n=40; ambWG n=37; VST n=73.

Die BEW des HR bewerten ihre Versorgung bei mehreren Fragen positiver als die BEW der beiden anderen Versorgungsformen, wobei die Unterschiede teilweise wegen der kleinen Fallzahlen mit Zurückhaltung interpretiert werden sollten. Ein sehr deutlicher Unterschied zeigt sich bei der Frage, inwieweit man vor dem Einzug

neuer BEW nach seiner Meinung gefragt wird. Dies ist weder im HR noch in den VST üblich, zumindest in einem Teil der ambWG werden die BEW jedoch danach gefragt.

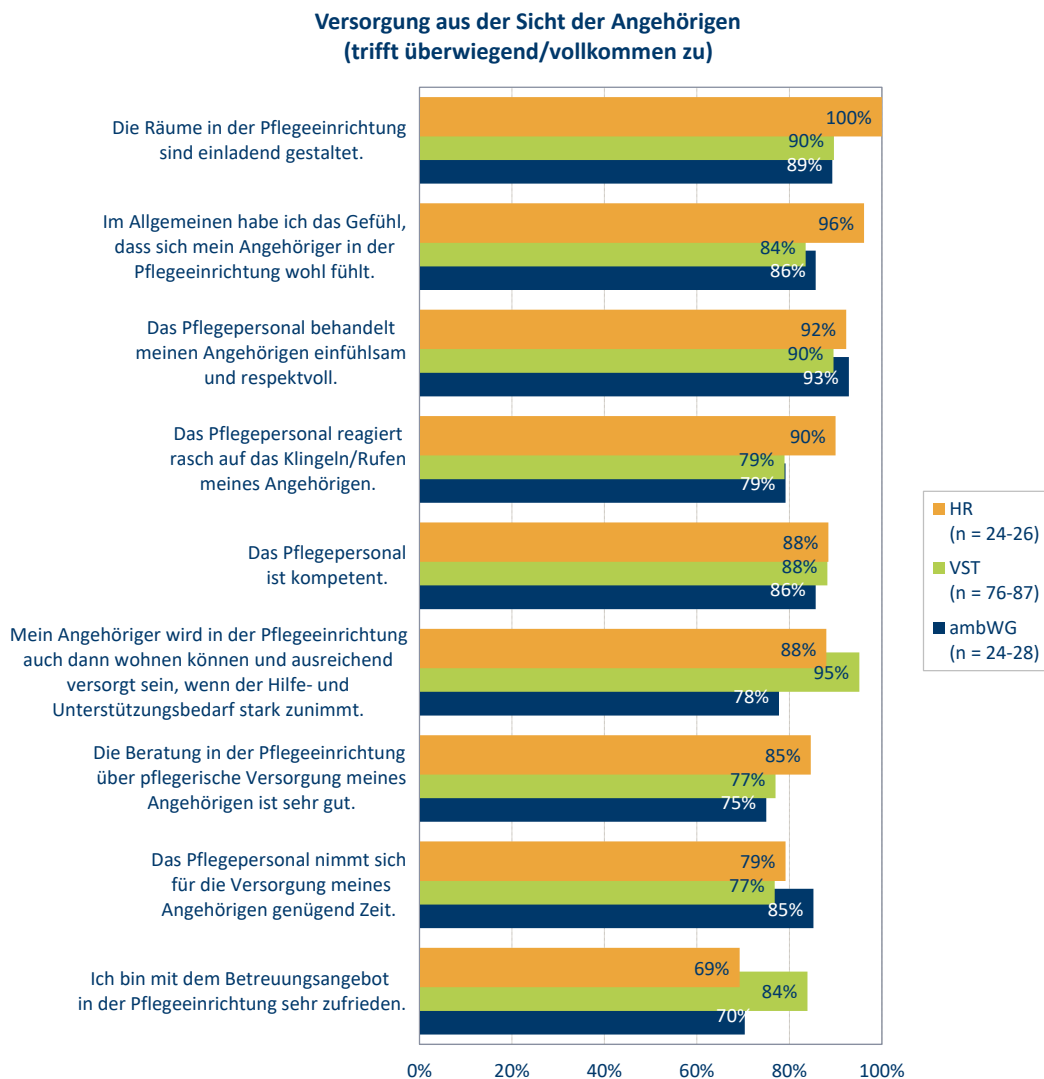
Hervorzuheben ist das Ergebnis, dass sich die BEW des HR und der ambWG nicht nennenswert von den BEW der VST im Hinblick auf die Erwartung unterscheiden, dass sie auch bei wachsendem Hilfe- und Versorgungsbedarf in der Einrichtung bleiben können.

Als ein weiterer Aspekt der Versorgungsqualität wurden die BEW des HR sowie der ambWG gefragt, ob sie gerne mehr Auswahlmöglichkeiten in Bezug auf die Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst hätten. Von den 40 BEW, die im ersten Erhebungszyklus im HR befragt werden konnten, haben 24 eine auswertbare Angabe gemacht. Eine Person bejahte die Frage, ohne nähere Angaben zur Begründung. 23 Befragte verneinten, meist mit der zusätzlichen Begründung, dass kein Bedarf dafür gesehen wird bzw. man mit der Versorgung durch den ambulanten Dienst des HR-Trägers zufrieden sei. Von den 37 Befragten in den sieben ambWG machten 28 eine Angabe zu dieser Frage. Fünf wünschten sich mehr Auswahlmöglichkeiten, 23 verneinten die Frage.

3.5.2 Versorgungszufriedenheit der Angehörigen

Den Angehörigen wurden im zweiten Erhebungszyklus gebeten ihre Zustimmung zu neun Aussagen zu Aspekten der Versorgungsqualität (z.B. „Das Pflegepersonal nimmt sich für die Versorgung meines Angehörigen genügend Zeit“), zur Umgebungsqualität (z.B. „Die Räume der Pflegeeinrichtung sind einladend gestaltet“) und zur Versorgungssicherheit (z.B. „Mein Angehöriger wird in der Pflegeeinrichtung auch dann wohnen können und ausreichend versorgt sein, wenn der Hilfe- und Unterstützungsbedarf stark zunimmt“) anhand einer 4-stufigen Skala zu bewerten. Abbildung 28 zeigt die Anteile der zustimmenden (trifft überwiegend/voll und ganz zu) Antworten.

Abbildung 28: Zufriedenheit mit der Versorgung aus Sicht der Angehörigen



Quelle: IGES, EI-A2

Anmerkung: Prozentuierung gültiger Werte; Gesamtzahl Befragte: HR n=26; ambWG n=28; VST n=90.

Die Angehörigen des HR, aber auch der beiden anderen Versorgungssettings bewerten alle abgefragten Aspekte der Versorgung mehrheitlich bzw. zu sehr hohen Anteilen positiv. Die Angehörigen erwarten – ebenso wie die BEW – ganz überwiegend, dass ihre pflegebedürftigen Angehörigen auch bei wachsendem Hilfebedarf in der jeweiligen Einrichtung verbleiben können.

Im Sinne einer zusammenfassenden Gesamtbewertung wurden die Angehörigen gefragt, ob sie sich vorstellen könnten, in der jeweiligen Pflegeeinrichtung zu leben, wenn sie selbst pflegebedürftig wären (Tabelle 26). In allen drei Einrichtungen haben mindestens 80 % der Angehörigen die Frage bejaht (eher ja / voll und ganz).

Tabelle 26: Wenn Sie pflegebedürftig wären, könnten Sie sich vorstellen selbst in der Pflegeeinrichtung zu leben?

	Gar nicht		Eher nein		Eher ja		Voll und ganz	
HR n = 26	2	8%	3	12%	11	42%	10	38%
VST n = 85	8	9%	7	8%	32	38%	38	45%
ambWG n = 27	1	4%	3	11%	13	48%	10	37%

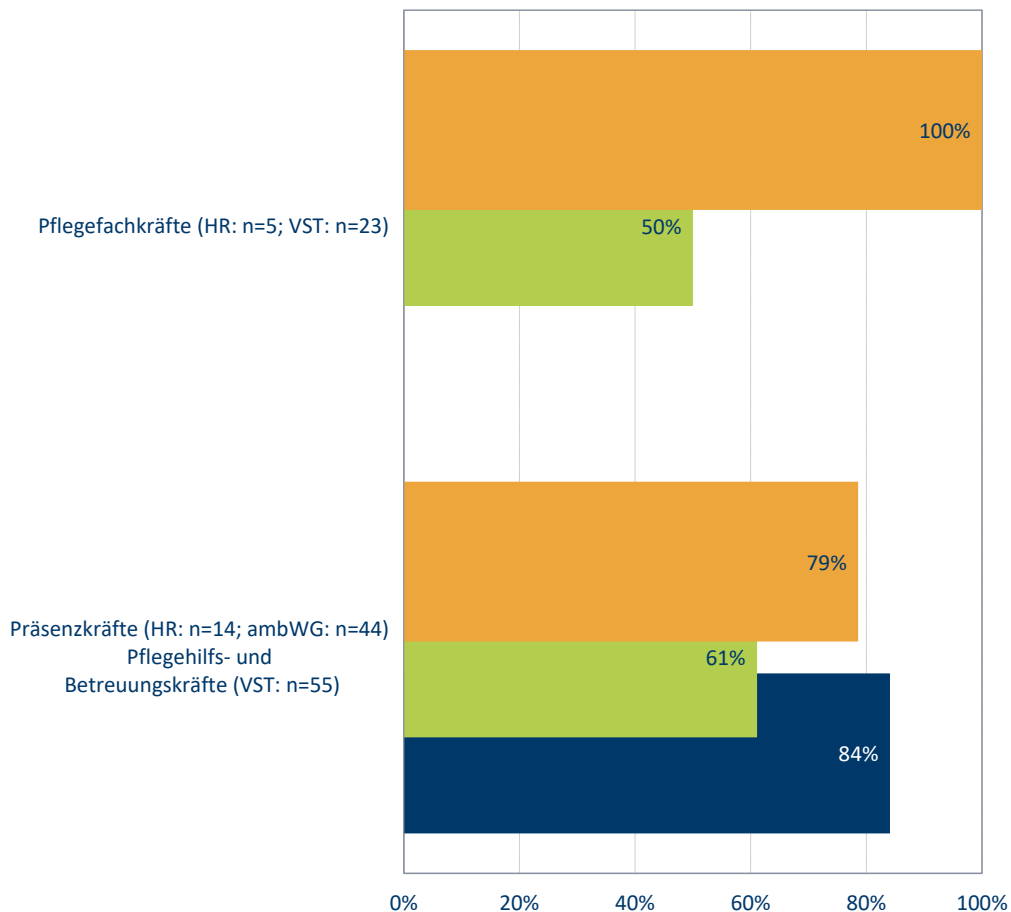
Quelle: IGES, EI-A2

Anmerkung: Prozentuierung gültiger Werte (Fehlende Werte: VST = 5, ambWG = 1)

3.5.3 Bewertung der Versorgungsqualität durch die Mitarbeitenden

Die Mitarbeitenden in den Einrichtungen vor Ort wurden im zweiten Erhebungszyklus gefragt, inwieweit sie sich vorstellen könnten, wenn sie pflegebedürftig wären, selbst in der jeweiligen Einrichtung zu leben. Abbildung 29 zeigt die Ergebnisse aufgeteilt in Pflegefachkräfte und Präsenzkkräfte bzw. Pflegehilfs- und Betreuungskräfte. Die HR-Pflegefachkräfte (n = 5) können sich alle vorstellen, bei einer Pflegebedürftigkeit im HR zu leben, bei den VST-Pflegefachkräften sind es nur die Hälfte. Im HR und den ambWG können sich die Präsenzkkräfte eher vorstellen, in der jeweiligen Pflegeeinrichtung zu leben, als in den VST (vgl. Abbildung 29).

Abbildung 29: Wenn Sie selbst pflegebedürftig wären, könnten Sie sich vorstellen selbst in der Pflegeeinrichtung zu leben? (trifft eher / voll und ganz zu)



Quelle: IGES, EI-M2

Anmerkung: Prozentuierung auf gültige Werte (Pflegefachkräfte: HR n= 5, keine Angabe: 0; VST n=23, keine Angabe: 1; Präsenzkräfte/Pflegehilfs- und Betreuungskräfte: HR n= 14, keine Angabe: 0; VST n = 55, keine Angabe: 0; ambWG = 44, keine Angabe: 0)

3.6 Eigenanteile zur Finanzierung der pflegerischen Versorgung

Das Finanzierungskonzept des HR wurde in Abschnitt 1.2.3.6 ausführlich dargestellt. Ähnlich wie in einer vollstationären Einrichtung müssen die BEW für die Versorgung im HR grundsätzlich einen Eigenanteil tragen, der sich aus den Kosten für Wohnen/Verpflegung sowie Grundleistungen abzüglich der Finanzierungsbeiträge aus Leistungsansprüchen gegen die Pflegeversicherung sowie der sog. SGB V-Pauschale errechnet. Im Jahr 2021 lag der Eigenanteil für BEW der Pflegegrade 2 bis 5 bei ca. 2.200 € im Monat (vgl. Tabelle 3). Die Angaben für 2022 finden sich in Tabelle 4, werden hier jedoch nicht weiter betrachtet, da zum Zeitpunkt der Befragungen noch die Situation des Jahres 2021 bestand.

Ein Teil der monatlichen Kosten für das HR wird gem. dem Modellkonzept aus den Leistungsansprüchen der BEW gem. § 36 SGB XI bestritten. Der verbleibende Leistungsbetrag für ambulante Sachleistungen steht den BEW für die Inanspruchnahme von „Wahlleistungen“ (d.h. Sachleistungen eines ambulanten Pflegedienstes) zur Verfügung bzw. kann auch ganz oder teilweise im Sinne von § 38 SGB XI (Kombinationsleistung) als Pflegegeld ausgezahlt werden (bei Pflegegrad 2 wird der Sachleistungsanspruch nach § 36 vollständig für die HR-Finanzierung verbraucht). Dieser verbleibende Betrag belief sich im Jahr 2021 je nach Pflegegrad auf € 589 (PG 3), € 912 (PG 4) bzw. € 1.295 (PG 5). (Die Angaben für 2022 finden sich in Tabelle 4, werden hier jedoch nicht weiter betrachtet, da zum Zeitpunkt der Befragungen noch die Situation des Jahres 2021 bestand.)

Im Rahmen der Befragung der Angehörigen im zweiten Erhebungszyklus wurde zum einen erhoben, inwieweit die Eigenanteile für das HR von den BEW selbst getragen werden bzw. inwieweit das Sozialamt beteiligt ist. Zum anderen wurde gefragt, ob bei Inanspruchnahme des ambulanten Pflegedienstes – also von „Wahlleistungen“ – von den BEW ebenfalls eine Finanzierung aus eigener Tasche erfolgt. Letzteres wäre erforderlich, wenn Leistungen des Pflegedienstes gewünscht oder erforderlich sind, die nicht aus den (verbleibenden) Leistungsbeträgen gem. § 36 SGB XI finanziert werden können. Als weiterer Aspekt wurde erhoben, ob ggf. Pflegegeld bezogen wird. Die Befragung ergab zu diesen Aspekten folgende Ergebnisse:

- Von den 26 HR-Angehörigen, die an der Befragung teilgenommen haben, machten 25 eine Angabe dazu, ob die Eigenanteile für das HR selbst getragen werden. Davon gaben 4 (16 % der 25 gültigen Antworten) an, dass die Eigenanteile ganz oder teilweise durch das Sozialamt getragen werden.
- Von den 26 Befragten machten fünf keine Angabe zu der Frage, ob der ambulante Pflegedienst genutzt wird, 14 bejahten und sieben verneinten die Frage. Von den 14 mit Nutzung des Pflegedienstes gaben neun an, dass der BEW einen Teil der Rechnung des ambulanten Pflegedienstes selbst bezahlt. Die Höhe der monatlich selbst getragenen Beträge bewegt sich zwischen € 120 und € 900, der Mittelwert beträgt € 363.
- Von den 26 Befragten machten vier keine Angabe, ob der BEW Pflegegeld bezieht, zwei kreuzten „weiß nicht“ an, zwölf verneinten und acht bejahten einen Pflegegeldbezug. Von den acht Befragten mit Pflegegeldbezug gaben zwei an, dass auch der ambulante Pflegedienst genutzt wird, vier verneinten dies (zwei keine Angabe).

Im Ergebnis zeigen sich also vor allem individuell unterschiedliche Konstellationen: Ein Teil der BEW des HR kommt offenbar ohne zusätzliche Wahlleistungen aus, so dass der nach Abzug des Finanzierungsbeitrag für das HR ggf. verbleibende Leistungsbetrag als Pflegegeld in Anspruch genommen werden kann. Demgegenüber stehen andere BEW, die nach Angaben der Angehörigen Leistungen des ambulanten Pflegedienstes auch aus eigener Tasche bezahlen. Die Höhe der angegebenen

Beträge sollte jedoch mit Vorsicht interpretiert werden, da nicht abgeschätzt werden kann, inwieweit die angegebenen Beträge valide sind.

Analoge Fragen wurden auch den Angehörigen der BEW der ambWG gestellt:

- Alle 28 ambWG-Angehörigen, die an der Befragung teilgenommen haben, machten eine Angabe dazu, ob die Kosten für Versorgung in der WG¹¹ selbst getragen werden. Davon gaben 3 (11 %) an, dass die Kosten ganz oder teilweise durch das Sozialamt getragen werden.
- 24 Angehörige (86 %) gaben an, dass der betreffende BEW einen ambulanten Pflegedienst nutzt, die übrigen verneinten die Frage. Von den 24 mit Nutzung eines Pflegedienstes gaben 18 (75 %) an, dass der BEW einen Teil der Rechnung des ambulanten Pflegedienstes selbst bezahlt. Die Höhe der monatlich selbst getragenen Beträge bewegt sich zwischen € 10 und € 1.650, der Mittelwert beträgt € 588.
- Von den 28 Befragten machten zwei keine Angabe, ob der BEW Pflegegeld bezieht, fünf kreuzten „weiß nicht“ an, 13 verneinten und acht bejahten einen Pflegegeldbezug. Von den acht Befragten mit Pflegegeldbezug gaben sieben an, dass auch der ambulante Pflegedienst genutzt wird, eine verneinte dies.

Nimmt man die Antworten der Angehörigen als repräsentativ für die BEW des HR bzw. der ambWG (was sicher nur mit Zurückhaltung erfolgen sollte), so zeigen sich gewisse Unterschiede: Die BEW der ambWG nutzen demnach zu einem höheren Anteil einen ambulanten Pflegedienst. Die Nutzer eines ambulanten Dienstes in den ambWG tragen ferner zu einem höheren Anteil auch Kosten aus eigener Tasche für den ambulanten Dienst, wobei auch der Durchschnittsbetrag deutlich höher liegt.

Diese Ergebnisse sind angesichts der kleinen Fallzahlen und der nicht überprüfbareren Zuverlässigkeit der Angaben zu Rechnungsbeträgen o. ä. mit Vorsicht zu interpretieren. Die Frage der Inanspruchnahme von ambulanten Pflegediensten sowie des Bezugs von Pflegegeld durch die BEW des HR sowie von ambWG wurde für die Teilgruppe der Versicherten der AOK BW auch auf Grundlage der Abrechnungsdaten untersucht. Die Ergebnisse werden in Abschnitt 3.7.3 berichtet.

¹¹ Den BEW einer ambWG stehen zur Tragung der Kosten der WG (ohne pflegerische Leistungen) aus Leistungen der Pflegeversicherung lediglich der Wohngruppenzuschlag (§ 38a SGB XI, € 214 p.m.) sowie der Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI, € 125 p.m.) zur Verfügung. Fünf der sieben ambWG haben eine Angabe zur Höhe der monatlichen Gesamtkosten (ohne Pflege) gemacht. Die angegebenen Beträge (2022) bewegen sich zwischen etwa € 2.700 und € 3.400,-.

3.7 Analysen der Leistungsanspruchnahme und der Kosten auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg

Die Analyseergebnisse zur Inanspruchnahme von Leistungen des SGB XI bzw. SGB V und der daraus resultierenden Leistungsausgaben beziehen ausschließlich auf Versicherte der AOK BW. Dies bedingt u.a., dass die Zahl der HR-BEW, die in die Analysen einbezogen werden können (in 2019 n=24, in 2020 n=36, in 2021 n=36, in 2022 n=33), deutlich unter der Zahl der Plätze bzw. tatsächlichen BEW des Haus Rheinaue (n=56) liegt.

Für die Zwecke der vorliegenden Evaluation wurden bestimmte Ausschlüsse und spezifische Operationalisierungen der Rohdaten vorgenommen, die gezieltere Analysen der Untersuchungsfragen erlauben (vgl. dazu im Detail Abschnitt 2.5). Die berichteten Ergebnisse sind daher nicht unmittelbar mit veröffentlichten Rechnungsergebnissen der AOK Baden-Württemberg oder der Sozialen Pflegeversicherung vergleichbar.

Es werden jeweils getrennt die Ergebnisse für die Jahre 2019, 2020, 2021 und 2022 (Datensätze 2019, 2020, 2021, 2022) berichtet. Bei der Interpretation ist zu berücksichtigen, dass die Untersuchungszeiträume 2020 bis 2022 nahezu vollständig durch die COVID-Pandemie geprägt waren.

In Abschnitt **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** werden zunächst die für die Analysen verfügbaren Versichertenpopulationen der drei Zeiträume nach Umfang und Zusammensetzung beschrieben. In den folgenden Unterabschnitten werden die Ergebnisse zu den einzelnen Leistungsarten berichtet. Abschnitt 3.7.8 fasst die wichtigsten Befunde der Analysen zu Leistungsanspruchnahme und Kosten zusammen.

In Abschnitt 3.7.9 folgt eine Analyse zur Veränderung der Pflegegrade von Versicherten, differenziert nach den Teilgruppen, die auch in den Kostenanalysen betrachtet werden. Dieser Abschnitt gehört thematisch eigentlich in das Kapitel zur Qualität der Versorgung (Abschnitt 3.3). Die Ergebnisse werden jedoch an dieser Stelle berichtet, weil sie der Methodik der routinedatenbasierten Analysen folgen.

3.7.1.1 Analysedatenätze

Wie im Methodenteil (Abschnitt 2.5) beschrieben, wurden die von der AOK BW gelieferten Daten auf Plausibilität geprüft und bereinigt sowie systematische Ausschlüsse vorgenommen (Alter unter 60 Jahren, Erhalt von HKP-Leistungen, die auf Intensivpflegebedarf hinweisen). In Tabelle 27 bis Tabelle 29 sind die Datenflüsse von der Lieferung der Rohdaten (Zeile „Alle“) bis zu den resultierenden Analysedatensätzen nach Bereinigung und Ausschlüssen dargestellt. Neben den Kopffzahlen der Versicherten sind auch die Versichertentage insgesamt angegeben (die für die meisten Analysen maßgeblichen Beobachtungstage, d.h. die Versichertentage ohne Tage mit Krankenhausaufenthalt werden in Abschnitt 3.7.1.3 berichtet).

Tabelle 27: Datenfluss für den Datensatz 2019

Daten- liefe- rung	Vollständiger Datensatz			Nach Ausschluss Alter < 60 Jahre		Nach Ausschluss Versicherte mit Intensiv-HKP	
	n	n	VT	n	VT	n	VT
TG1	-	24	6.386	24	6.386	24	6.386
TG2	-	819	232.179	596	161.912	546	146.677
TG3	-	45.343	12.155.392	42.184	11.169.011	42.128	11.157.374
TG5	-	178.132	59.490.623	133.728	43.619.238	13.3431	43.532.537
Alle	214.462	214.271	71.884.580	167.101	54.956.547	166.725	54.842.974

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: Die Summe der Versicherten (n) in der Zeile „Alle“ ist kleiner als die Summe über die Teilgruppen, weil Versicherte im Jahresverlauf in mehreren Teilgruppen sein können. HKP = Häusliche Krankenpflege, TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG5 = häusliche Pflege, VT = Versichertentage

Tabelle 28: Datenfluss für den Datensatz 2020

Daten- lieferung	Vollständiger Datensatz			Nach Ausschluss Alter < 60 Jahre		Nach Ausschluss Versicherte mit Intensiv-HKP	
	n	n	VT	n	VT	n	VT
TG1	-	36	10.722	36	10.722	36	10.722
TG2	-	954	269.106	734	200.678	661	180.643
TG3	-	51.462	13.977.663	48.671	13.079.870	48.608	13.067.030
TG5	-	187.251	62.608.510	149.447	49.048.863	149.128	48.952.291
Alle	228.162	227.953	76.866.001	187.573	62.340.133	187.159	62.210.686

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: Die Summe der Versicherten (n) in der Zeile „Alle“ ist kleiner als die Summe über die Teilgruppen, weil Versicherte im Jahresverlauf in mehreren Teilgruppen sein können. HKP = Häusliche Krankenpflege, TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG5 = häusliche Pflege, VT = Versichertentage

Tabelle 29: Datenfluss für den Datensatz 2021

	Daten- lieferung	Vollständiger Datensatz		Nach Ausschluss Alter < 60 Jahre		Nach Ausschluss Versicherte mit Intensiv-HKP	
		n	VT	n	VT	n	VT
TG1	-	36	11.488	36	11.488	36	11.488
TG2	-	1.212	344.438	909	247.822	818	222.775
TG3	-	57.236	15.104.458	54.030	14.120.423	53.961	14.104.471
TG4		17.715	5.848.872	13.521	4.356.872	13463	4.340.100
TG5	-	211.673	71.144.205	163.555	53.911.928	163291	53.834.931
Alle	272.328	272.123	92.453.461	217.030	72.648.533	216.598	72.513.765

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: Die Summe der Versicherten (n) in der Zeile „Alle“ ist kleiner als die Summe über die Teilgruppen, weil Versicherte im Jahresverlauf in mehreren Teilgruppen sein können. HKP = Häusliche Krankenpflege, TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG4 = betreutes Wohnen, TG5 = häusliche Pflege, VT = Versichertentage

Tabelle 30: Datenfluss für den Datensatz 2022

	Daten- lieferung	Vollständiger Datensatz		Nach Ausschluss Alter < 60 Jahre		Nach Ausschluss Versicherte mit Intensiv-HKP	
		n	VT	n	VT	n	VT
TG1	-	33	8.854	33	8.854	33	8.854
TG2	-	1.262	366.750	925	255.489	824	228.728
TG3	-	54.831	14.151.246	51.808	13.221.094	51.724	13.201.749
TG4		17.914	5.919.028	13.509	4.349.316	13.469	4.337.298
TG5	-	220.900	74.362.779	169.461	55.934.376	169.182	55.850.466
Alle	279.778	279.595	94.808.657	221.007	73.769.129	220.554	73.627.095

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: Die Summe der Versicherten (n) in der Zeile „Alle“ ist kleiner als die Summe über die Teilgruppen, weil Versicherte im Jahresverlauf in mehreren Teilgruppen sein können. HKP = Häusliche Krankenpflege, TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG4 = betreutes Wohnen, TG5 = häusliche Pflege, VT = Versichertentage

Für das Jahr 2019 wurden Daten von 214.462 Versicherten geliefert, wovon 214.271 als vollständig im Sinne des Analysekonzepts gewertet wurden. Nach Anwendung der Ausschlusskriterien (Alter, Intensivpflege) verbleiben noch insgesamt 166.725 Versicherte mit 54.842.974 Versichertentagen, davon entfallen 6.386 Versichertentage von 24 Versicherten auf die TG 1, also das Haus Rheinaue (HR).

Für das Jahr 2020 wurden Daten von 228.162 Versicherten geliefert, 227.953 Versicherte erfüllten die Kriterien eines vollständigen Datensatzes. Für den Analyse Datensatz können 187.159 Versicherte mit 62.210.686 Versichertentagen berücksichtigt werden. Hiervon können 10.722 Versichertentage von 36 Versicherten der TG 1 (HR) zugeordnet werden.

Für das Jahr 2021 wurden Daten von 272.328 Versicherten geliefert, 272.123 Versicherte erfüllten die Kriterien eines vollständigen Datensatzes. Für den Analyse Datensatz können 216.598 Versicherte mit 72.513.765 Versichertentagen berücksichtigt werden. Hiervon können 11.488 Versichertentage von 36 Versicherten der TG 1 (HR) zugeordnet werden.

Für das Jahr 2022 wurden Daten von 279.778 Versicherten geliefert, 279.595 Versicherte erfüllten die Kriterien eines vollständigen Datensatzes. Für den Analyse Datensatz können 220.554 Versicherte mit 73.627.095 Versichertentagen berücksichtigt werden. Hiervon können 8.854 Versichertentage von 33 Versicherten der TG 1 (HR) zugeordnet werden. Für alle vier Tabellen gilt es zu beachten, dass die Summe der Versicherten (Spalten: „n“) in der Zeile „Alle“ kleiner ist als die Summe über die Teilgruppen, weil Versicherte im Jahresverlauf in mehreren Teilgruppen sein können.

3.7.1.2 Verteilung nach Altersgruppen, Pflegegrad und Mortalität

Die Charakteristika der Versichertenpopulationen werden jeweils zu einem Stichtag (01.02.2019, 01.01.2020, 01.01.2021 bzw. 01.01.2022) ermittelt. Die Kopfzahlen in Tabelle 31 bis Tabelle 34 weichen daher von den Versichertenzahlen in Tabelle 27 bis Tabelle 30 ab¹². Für den Datensatz 2019 werden die Eigenschaften der Versicherten am Stichtag 01. Februar ermittelt, da erst ab diesem Tag Daten von mehr als einem Versicherten im Haus Rheinaue (TG 1) vorliegen.

¹² In Tabelle 27 bis Tabelle 30 wird ein Versicherter als zu einer TG zugehörig gezählt, wenn er an mindestens einem Tag des Zeitraums zu der TG gehörte.

Tabelle 31: Versichertencharakteristika Datensatz 2019 am 1.2.2019

	TG1 (n=19)	TG2 (n=383)	TG3 (n=32.923)	TG5 (n=130.030)	Gesamt (n=163.335)
Altersgruppe					
60-64 Jahre	0 (0%)	28 (7,3%)	1523 (4,6%)	8.346 (6,4%)	9.897 (6,1%)
65-69 Jahre	0 (0%)	35 (9,1%)	1864 (5,7%)	9.991 (7,7%)	11.890 (7,3%)
70-74 Jahre	1 (5,3%)	27 (7,0%)	2241 (6,8%)	11.730 (9,0%)	13.999 (8,6%)
75-79 Jahre	6 (31,6%)	48 (12,5%)	4.240 (12,9%)	21.390 (16,5%)	25.684 (15,7%)
80-84 Jahre	6 (31,6%)	77 (20,1%)	6.936 (21,1%)	33.375 (25,7%)	40.394 (24,7%)
85-89 Jahre	4 (21,1%)	98 (25,6%)	8.067 (24,5%)	28.431 (21,9%)	36.600 (22,4%)
>= 90 Jahre	2 (10,5%)	70 (18,3%)	8.052 (24,5%)	16.767 (12,9%)	24.891 (15,2%)
Tod bis Beobachtungsende (31.12.2019)					
nein	16 (84,2%)	297 (77,5%)	22.958 (69,7%)	112.448 (86,5%)	135.719 (83,1%)
ja	3 (15,8%)	86 (22,5%)	9.965 (30,3%)	17.582 (13,5%)	27.636 (16,9%)
Pflegegrad					
1	0 (0%)	12 (3,1%)	128 (0,4%)	15.584 (12,0%)	15.724 (9,6%)
2	2 (10,5%)	77 (20,1%)	5.642 (17,1%)	58.945 (45,3%)	64.666 (39,6%)
3	10 (52,6%)	134 (35,0%)	11.541 (35,1%)	36.967 (28,4%)	48.652 (29,8%)
4	6 (31,6%)	113 (29,5%)	10.567 (32,1%)	14.504 (11,2%)	25.190 (15,4%)
5	1 (5,3%)	47 (12,3%)	5.045 (15,3%)	4.030 (3,1%)	9.123 (5,6%)

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG5 = häusliche Pflege

Tabelle 32: Versichertencharakteristika Datensatz 2020 am 1.1.2020

	TG1 (n=30)	TG2 (n=484)	TG3 (n=38.060)	TG5 (n=148.585)	Gesamt (n=187.159)
Altersgruppe					
60-64 Jahre	0 (0,0%)	21 (4,3%)	1.294 (3,4%)	6.940 (4,7%)	8.255 (4,4%)
65-69 Jahre	0 (0,0%)	35 (7,2%)	1.879 (4,9%)	10.474 (7,0%)	12.388 (6,6%)
70-74 Jahre	2 (6,7%)	43 (8,9%)	2.396 (6,3%)	13.630 (9,2%)	16.071 (8,6%)
75-79 Jahre	5 (16,7%)	61 (12,6%)	4.514 (11,9%)	23.580 (15,9%)	28.160 (15,0%)
80-84 Jahre	7 (23,3%)	107 (22,1%)	8.243 (21,7%)	39.879 (26,8%)	48.236 (25,8%)
85-89 Jahre	10 (33,3%)	118 (24,4%)	9.724 (25,5%)	33.819 (22,8%)	43.671 (23,3%)
>= 90 Jahre	6 (20,0%)	99 (20,5%)	10.010 (26,3%)	20.263 (13,6%)	30.378 (16,2%)
Tod bis Beobachtungsende (31.12.2020)					
nein	24 (80,0%)	388 (80,2%)	26.117 (68,6%)	127.119 (85,6%)	153.648 (82,1%)
ja	6 (20,0%)	96 (19,8%)	11.943 (31,4%)	21.466 (14,4%)	33.511 (17,9%)
Pflegegrad					
1	0 (0,0%)	13 (2,7%)	148 (0,4%)	20.561 (13,8%)	20.722 (11,1%)
2	3 (10,0%)	100 (20,7%)	5.952 (15,6%)	64.300 (43,3%)	70.355 (37,6%)
3	16 (53,3%)	170 (35,1%)	13.227 (34,8%)	42.616 (28,7%)	56.029 (29,9%)
4	9 (30,0%)	141 (29,1%)	12.704 (33,4%)	16.634 (11,2%)	29.488 (15,8%)
5	2 (6,7%)	60 (12,4%)	6.029 (15,8%)	4.474 (3,0%)	10.565 (5,6%)

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG5 = häusliche Pflege

Tabelle 33: Versichertencharakteristika Datensatz 2021 am 1.1.2021

	TG1 (n=30)	TG2 (n=622)	TG3 (n=39.781)	TG4 (n=13.395)	TG5 (n=176.165)	Gesamt (n=216.598)
Altersgruppe						
60-64 Jahre	0 (0%)	37 (5,9%)	1.721 (4,3%)	966 (7,2%)	10.397 (6,4%)	13.121 (6,1%)
65-69 Jahre	0 (0%)	40 (6,4%)	2.075 (5,2%)	1.122 (8,4%)	11.900 (7,3%)	15.137 (7,0%)
70-74 Jahre	2 (6,7%)	63 (10,1%)	2.730 (6,9%)	1.458 (10,9%)	15.925 (9,8%)	20.178 (9,3%)
75-79 Jahre	6 (20,0%)	48 (7,7%)	3.978 (10,0%)	1.728 (12,9%)	21.536 (13,2%)	27.296 (12,6%)
80-84 Jahre	6 (20,0%)	128 (20,6%)	8.347 (21,0%)	3.324 (24,8%)	42.305 (26,0%)	54.110 (25,0%)
85-89 Jahre	13 (43,3%)	164 (26,4%)	9.967 (25,1%)	2.924 (21,8%)	37.388 (23,0%)	50.456 (23,3%)
>= 90 Jahre	3 (10,0%)	142 (22,8%)	10.963 (27,6%)	1.873 (14,0%)	23.319 (14,3%)	36.300 (16,8%)
Tod bis Beobachtungsende (31.12.2021)						
nein	28 (93,3%)	491 (78,9%)	28.946 (72,8%)	11.748 (87,7%)	141.294 (86,8%)	182.507 (84,3%)
ja	2 (6,7%)	131 (21,1%)	10.835 (27,2%)	1.647 (12,3%)	21.476 (13,2%)	34.091 (15,7%)
Pflegegrad						
1	0 (0%)	10 (1,6%)	114 (0,3%)	1.942 (14,5%)	23.892 (14,7%)	25.958 (12,0%)
2	3 (10,0%)	110 (17,7%)	5.822 (14,6%)	5.664 (42,3%)	69.112 (42,5%)	80.711 (37,3%)
3	16 (53,3%)	249 (40,0%)	14.125 (35,5%)	3.910 (29,2%)	46.962 (28,9%)	65.262 (30,1%)
4	9 (30,0%)	193 (31,0%)	13.350 (33,6%)	1.489 (11,1%)	17.905 (11,0%)	32.946 (15,2%)
5	2 (6,7%)	60 (9,6%)	6.370 (16,0%)	390 (2,9%)	4.899 (3,0%)	11.721 (5,4%)

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG4 = betreutes Wohnen, TG5 = häusliche Pflege

Tabelle 34: Versichertencharakteristika Datensatz 2022 am 1.1.2022

	TG1 (n=28)	TG2 (n=631)	TG3 (n=38.008)	TG4 (n=13.347)	TG5 (n=168.540)	Gesamt (n=220.554)
Altersgruppe						
60-64 Jahre	0 (0%)	44 (7,0%)	1.753 (4,6%)	1.045 (7,8%)	11.408 (6,8%)	14.250 (6,5%)
65-69 Jahre	1 (3,6%)	43 (6,8%)	2.102 (5,5%)	1.152 (8,6%)	12.951 (7,7%)	16.249 (7,4%)
70-74 Jahre	1 (3,6%)	56 (8,9%)	2.712 (7,1%)	1.545 (11,6%)	17.289 (10,3%)	21.603 (9,8%)
75-79 Jahre	3 (10,7%)	62 (9,8%)	3.599 (9,5%)	1.650 (12,4%)	20.823 (12,4%)	26.137 (11,9%)
80-84 Jahre	8 (28,6%)	130 (20,6%)	7.963 (21,0%)	3.249 (24,3%)	43.376 (25,7%)	54.726 (24,8%)
85-89 Jahre	10 (35,7%)	164 (26,0%)	9.677 (25,5%)	2.987 (22,4%)	39.517 (23,4%)	52.355 (23,7%)
>= 90 Jahre	5 (17,9%)	132 (20,9%)	10.202 (26,8%)	1.719 (12,9%)	23.176 (13,8%)	35.234 (16,0%)
Tod bis Beobachtungsende (31.12.2021)						
nein	20 (71,4%)	488 (77,3%)	26.226 (69,0%)	11.583 (86,8%)	145.347 (86,2%)	183.664 (83,3%)
ja	8 (28,6%)	143 (22,7%)	11.782 (31,0%)	1.764 (13,2%)	23.193 (13,8%)	36.890 (16,7%)
Pflegegrad						
1	0 (0%)	9 (1,4%)	93 (0,2%)	2.136 (16,0%)	27.678 (16,4%)	29.916 (13,6%)
2	5 (17,9%)	129 (20,4%)	5.628 (14,8%)	5.651 (42,3%)	71.415 (42,4%)	82.828 (37,6%)
3	14 (50,0%)	240 (38,0%)	14.032 (36,9%)	3.812 (28,6%)	47.957 (28,5%)	66.055 (29,9%)
4	7 (25,0%)	200 (31,7%)	12.486 (32,9%)	1.379 (10,3%)	17.048 (10,1%)	31.120 (14,1%)
5	2 (7,1%)	53 (8,4%)	5.769 (15,2%)	369 (2,8%)	4.442 (2,6%)	10.635 (4,8%)

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
Anmerkung: TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG4 = betreutes Wohnen, TG5 = häusliche Pflege

In allen vier Zeiträumen zeigen sich charakteristische Unterschiede zwischen den betrachteten Wohnformen bzw. Pflegearrangements. So sind die höheren Pflegegrade und die höchste Altersgruppe in TG 3 (vollstationäre Pflege) erwartungsgemäß am stärksten vertreten und auch der Anteil versterbender BEW ist am höchsten. In den vier Jahren unterscheidet sich die HR-Population von den übrigen TG durch einen besonders hohen Anteil mit Pflegegrad 3 (jeweils über 50 %), wogegen vor allem der Pflegegrad 2 deutlich geringer vertreten ist. Versicherte mit Pflegegrad 2 stellen in TG 5 (häusliche Pflege) und in den Jahren 2021 und 2022 in der TG 4 (betreutes Wohnen) jeweils den größten Anteil. Die TG 2 (ambulante Wohngruppen) ähnelt in Bezug auf die Verteilung nach Pflegegraden den Versicherten in stationären Einrichtungen (TG 3). Die Verteilungsunterschiede zwischen dem HR (TG 1) und den übrigen TG sind wegen der kleinen Versichertenzahl mit Vorsicht zu interpretieren.

3.7.1.3 Versichertentage, Tage mit Krankenhausaufenthalt und Beobachtungstage

In Tabelle 27 bis Tabelle 30 wurden die Bereinerungsschritte dargestellt, die zu den Analysedatensätzen führen. Dabei wurden neben den Kopffzahlen auch die Versichertentage ausgewiesen, d.h. die Zahl der Kalendertage, an denen für eine versicherte Person der betreffenden Teilgruppe Routinedaten vorliegen. Die meisten im Folgenden berichteten Analysen zu den Kosten- und Inanspruchnahmeparametern beziehen sich auf Zeiträume, in denen die Person nicht in akutstationärer Krankenhausbehandlung war (vgl. die Erläuterungen zur Methodik in Abschnitt 2.5). Zur Unterscheidung bezeichnen wir die Versichertentage, an denen keine Krankenhausbehandlung stattfand als „Beobachtungstage“. Entsprechend ist auch von Versichertenjahren (VJ) bzw. Beobachtungsjahren (BJ) die Rede.

Die vier folgenden Tabellen zeigen die Versichertentage, die Tage im Krankenhaus und – als deren Differenz – die Beobachtungstage insgesamt und aufgeschlüsselt nach den Teilgruppen. Die Information über die Tage mit Krankenhausaufenthalt stellt gleichzeitig eine erste Ergebnisgröße dar, die bereits hier berichtet wird, weil die Beobachtungstage gleichzeitig die Basis für die meisten anderen Auswertungen sind. Da es sich hier um ungewichtete Werte handelt, spiegeln die Ergebnisse zum Teil auch Unterschiede in der Struktur der pflegebedürftigen Versicherten in den Teilgruppen und sollten daher mit Vorsicht interpretiert werden. Weitere Ergebnisse zur Krankenhausinanspruchnahme – u.a. auch die gewichteten Ergebnisse zu den Krankenhaustagen – folgen in Abschnitt 3.7.6.

Tabelle 35: Versichertentage, Tage im Krankenhaus und Beobachtungstage im Datensatz 2019

TG	TG1	TG2	TG3	TG5	Gesamt
n	24	546	42.128	133.431	176.129
Versichertentage	6.386	146.677	11.157.374	43.532.537	54.842.974
Tage im KH	70	3.362	232.203	944.914	1.180.549
Beobachtungstage (ohne KH)	6.316	143.315	10.925.171	42.587.623	53.662.425
Versicherten-tage/n	266,08	268,64	264,84	326,26	311,38
Tage im KH/n	2,92	6,16	5,51	7,08	6,7
Beobachtungstage/n	263,17	262,48	259,33	319,17	304,68
% Tage im KH	1,1%	2,3%	2,1%	2,2%	2,2%

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: KH = Krankenhaus; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG5 = häusliche Pflege

Tabelle 36: Versichertentage, Tage im Krankenhaus und Beobachtungstage im Datensatz 2020

TG	TG1	TG2	TG3	TG5	Gesamt
n	36	661	48.608	149.128	198.433
Versichertentage	10.722	180.643	13.067.030	48.952.291	62.210.686
Tage im KH	120	3.509	237.354	921.558	1.162.541
Beobachtungstage (ohne KH)	10.602	177.134	12.829.676	48.030.733	61.048.145
Versicherten-tage/n	297,83	273,29	268,82	328,26	313,51
Tage im KH/n	3,33	5,31	4,88	6,18	5,86
Beobachtungstage/n	294,5	267,98	263,94	322,08	307,65
% Tage im KH	1,1%	1,9%	1,8%	1,9%	1,9%

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: KH = Krankenhaus; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG5 = häusliche Pflege

Tabelle 37: Versichertentage, Tage im Krankenhaus und Beobachtungstage im Datensatz 2021

TG	TG1	TG2	TG3	TG4	TG5	Gesamt
n	36	818	53.961	13.463	163.291	231.569
Versichertentage	11.488	222.775	14.104.471	4.340.100	53.834.931	72.513.765
Tage im KH	116	3.482	257.917	89.336	961.768	1.312.619
Beobachtungstage (ohne KH)	11.372	219.293	13.846.554	4.250.764	52.873.163	71201146
Versichertentage/n	319,11	272,34	261,38	322,37	329,69	313,14
Tage im KH/n	3,22	4,26	4,78	6,64	5,89	5,67
Beobachtungstage/n	315,89	268,08	256,6	315,74	323,8	307,47
% Tage im KH	1,0%	1,6%	1,8%	2,1%	1,8%	1,8%

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: KH = Krankenhaus; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG4 = betreutes Wohnen, TG5 = häusliche Pflege

Tabelle 38: Versichertentage, Tage im Krankenhaus und Beobachtungstage im Datensatz 2022

TG	TG1	TG2	TG3	TG4	TG5	Gesamt
n	33	824	51.724	13.469	169.182	235.232
Versichertentage	8.854	228.728	13.201.749	4.337.298	55.850.466	73.627.095
Tage im KH	100	3.920	229.227	92.518	980.865	1.306.630
Beobachtungstage (ohne KH)	8.754	224.808	12.972.522	4.244.780	54.869.601	72.320.465
Versichertentage/n	268,30	277,58	255,23	322,02	330,12	313,00
Tage im KH/n	3,03	4,76	4,43	6,87	5,80	5,55
Beobachtungstage/n	265,27	272,83	250,80	315,15	324,32	307,44
% Tage im KH	1,1%	1,7%	1,7%	2,1%	1,8%	1,8%

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: KH = Krankenhaus; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG4 = betreutes Wohnen, TG5 = häusliche Pflege

Im Datensatz 2019 beträgt die durchschnittliche Zahl der Versichertentage pro versicherte Person über alle TG hinweg 311,4 Tage. Davon werden im Durchschnitt 6,7 Tage im Krankenhaus verbracht, so dass durchschnittlich 304,7 Beobachtungstage resultieren. Für den Datensatz 2020 ergeben sich aus 313,5 Versichertentagen und im Mittel 5,9 Tagen im Krankenhaus durchschnittlich 307,7 Beobachtungstage pro Person. Im Datensatz 2021 lauten die entsprechenden Werte jeweils pro versicherte Person 313,1 Versichertentage, 5,7 Tage im Krankenhaus und 307,5 Beobachtungstage. Im Datensatz 2022 lauten die entsprechenden Werte jeweils pro versicherte Person 313,0 Versichertentage, 5,6 Tage im Krankenhaus und 307,4 Beobachtungstage.

In allen vier Datensätzen weisen die HR-BEW (TG 1) die niedrigste Zahl von Tagen im Krankenhaus pro Person sowie den niedrigsten Anteil von Krankenhaustagen an allen Versichertentagen auf. Für die Interpretation von Unterschieden bei der Krankenhausinanspruchnahme zwischen den Teilgruppen sollten jedoch die in Abschnitt 3.7.6 dargestellten gewichteten Analysen herangezogen werden.

3.7.2 Inanspruchnahme und Kosten von Pflegeleistungen des SGB XI

Die folgenden Tabellen zeigen die Inanspruchnahme sowie die bei der Pflegekasse abgerechneten Kosten für Leistungen der sozialen Pflegeversicherung mit Ausnahme des Pflegegeldes. Eine Übersicht aller in den Analysen dieses Abschnitts berücksichtigten Leistungsarten (in den Tabellen in der Leistungsgruppe „Alle“ zusammengefasst) zeigt Tabelle 97 in Anhang A1. In den Ergebnistabellen werden neben dem Gesamtleistungsvolumen (Leistungsgruppe „Alle“) sechs Leistungsgruppen einzeln dargestellt:

- Ambulante Pflege. Dabei handelt es sich um abgerechnete ambulante Pflegesachleistungen (Leistungsgruppe 01 in Tabelle 97 in Anhang A1). Im Falle der HR-BEW (TG 1) enthält diese Leistungsgruppe die als „Wahlleistungen“ bezeichneten Leistungen ambulanter Pflegedienste.
- Tages- und Nachtpflege (T&N-Pflege). Es handelt sich um die zusammengefassten Leistungsgruppen 02 und 03 in Tabelle 97 in Anhang A1.
- Kurzzeit- und Verhinderungspflege (KZ&VH-Pflege). Es handelt sich um die zusammengefassten Leistungsgruppen 04 und 07 in Tabelle 97 in Anhang A1.
- Vollstationäre Pflege. Vollstationäre Pflegeleistungen werden nach der Systematik in Tabelle 97 in Anhang A1 als Leistungsgruppe 05 gebucht. Hier ist im Falle des HR auf folgende Besonderheit hinzuweisen: Bei den HR-BEW werden unter dieser Leistungsgruppe Ausgaben gebucht, wobei es sich um die HR-Finanzierungskomponente „Betreuungsleistungen gem. § 87b SGB XI“ handelt (monatlich 85 €, die Bezeichnung nimmt Bezug auf die Regelungen des früheren § 87b SGB XI, die in § 43b SGB XI aufgegangen sind; vgl. Abschnitt 1.2.3.6). Da diese Leistung formal eigentlich zum stationären

Sektor gehört, wird sie bei der AOK BW unter dieser Leistungsgruppe gebucht.

- Wohngruppen-Zuschlag (WG-Zuschlag), entsprechend der Leistungsgruppe 12 in Tabelle 97 in Anhang A1. Diese Leistung wird gesondert ausgewiesen, weil sie Teil des Finanzierungskonzepts des Modells HR ist und auch die Vergleichsgruppe ambWG charakterisiert.
- Grundpauschale HR. Der Anteil zur Finanzierung der HR-Grundleistungen, der aus dem ambulanten Pflegesachleistungsanspruch der HR-BEW finanziert wird, ist in den Abrechnungsdaten eigens ausgewiesen. Bei HR-BEW mit PG 2 beträgt er 689,- €, ab PG 3 einheitlich 700,- € pro Monat.

In den Daten und daher auch in den Auswertungen dieses Abschnitts nicht enthalten sind die modellbezogenen Ausgaben der AOK BW für die sog. „SGB V-Pauschale“ (200,- € pro Monat, vgl. die Darstellung des HR-Finanzierungskonzepts in Abschnitt 1.2.3.6), die bei der Krankenkasse gebucht werden.

In den folgenden Tabellen sind zunächst die ungewichteten Ergebnisse für den jeweiligen Zeitraum dargestellt, anschließend folgen die gewichteten Ergebnisse.

Dargestellt sind in den Tabellen mit den ungewichteten Ergebnissen die in der jeweiligen Teilgruppe zugrundeliegenden Personenzahlen (n) und Beobachtungstage. Es folgen die Anzahl Pflegebedürftige, die die betreffende Leistung erhalten haben (n mit LE), die Zahl der Beobachtungstage, an denen die Leistung erhalten wurde (Tage mit LE), der Anteil Pflegebedürftige, die die Leistung an wenigstens einem Tag erhalten haben (% n mit LE), die Zahl der Tage mit Leistungserhalt pro Beobachtungsjahr (Tage mit LE pro BJ) sowie die abgerechneten Kosten für die betreffenden Leistungen pro Beobachtungsjahr (Leistungskosten pro BJ (€)). In den Tabellen mit den gewichteten Ergebnissen sind neben Versichertenzahl und Beobachtungstagen nur die Tage mit Leistungserhalt pro Beobachtungsjahr sowie die Leistungskosten pro Beobachtungsjahr dargestellt. (Die gewichteten und ungewichteten Ergebnisse der TG 1 sind stets identisch, da die TG 1 für die Gewichtung die Referenz darstellt).

Sofern eine Leistungsgruppe in einer TG nicht auftreten kann (z.B. Tages- und Nachtpflege in TG 3) ist in der Tabelle „N/A“ für „nicht zutreffend“ ausgewiesen.

Tabelle 39: Pflegeleistungen SGB XI (ohne Pflegegeld), Datensatz 2019 - ohne Gewichtung

TG	Leistungsgruppe	n	Beobachtungstage	n mit LE	Tage mit LE	% n mit LE	Tage mit LE pro BJ	Leistungskosten pro BJ (€)
TG1	Amb. Pflege	24	6.316	22	4.672	91,67%	269,99	5.704,94
TG2	Amb. Pflege	546	143.315	472	115.440	86,45%	294,01	12.813,22
TG3	Amb. Pflege	42.128	10.925.171	N/A	N/A	-	N/A	N/A
TG5	Amb. Pflege	133.431	42.587.623	35901	5.418.598	26,91%	46,44	1.382,07
TG1	T&N-Pflege	24	6.316	1	4	4,17%	0,23	4,32
TG2	T&N-Pflege	546	143.315	38	7.816	6,96%	19,91	637,28
TG3	T&N-Pflege	42.128	10.925.171	N/A	N/A	-	N/A	N/A
TG5	T&N-Pflege	133.431	42.587.623	9813	2.150.475	7,35%	18,43	391,72
TG1	KZ&VH-Pflege	24	6.316	1	2	4,17%	0,12	3,87
TG2	KZ&VH-Pflege	546	143.315	198	29.773	36,26%	75,83	865,49
TG3	KZ&VH-Pflege	42.128	10.925.171	4324	66.233	10,26%	2,21	157,86
TG5	KZ&VH-Pflege	133.431	42.587.623	49862	5.067.246	37,37%	43,43	776,84
TG1	Vollstat.-Pflege	24	6.316	24	6.215	100,00%	359,16	1.010,37
TG2	Vollstat.-Pflege	546	143.315	N/A	N/A	-	N/A	N/A
TG3	Vollstat.-Pflege	42.128	10.925.171	42080	10.915.362	99,89%	364,67	20.056,65
TG5	Vollstat.-Pflege	133.431	42.587.623	N/A	N/A	-	N/A	N/A

TG	Leistungsgruppe	n	Beobachtungstage	n mit LE	Tage mit LE	% n mit LE	Tage mit LE pro BJ	Leistungskosten pro BJ (€)
TG1	WG-Zuschlag	24	6.316	24	6.264	100,00%	361,99	2.564,70
TG2	WG-Zuschlag	546	143.315	545	143.013	99,82%	364,23	2.617,66
TG3	WG-Zuschlag	4.2128	10.925.171	N/A	N/A	-	N/A	N/A
TG5	WG-Zuschlag	13.3431	42.587.623	N/A	N/A	-	N/A	N/A
TG1	Grundpauschale HR	24	6.316	24	6.316	100,00%	365,00	8.330,71
TG1	Alle	24	6.316	24	6.316	100,00%	365,00	17.951,96
TG2	Alle	546	143.315	545	143.303	99,82%	364,97	18.839,60
TG3	Alle	4.2128	10.925.171	42081	10.921.878	99,89%	364,89	20.315,07
TG5	Alle	13.3431	42.587.623	123086	25.881.524	92,25%	221,82	4.230,78

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg

Anmerkung: LE = Leistungserhalt, BJ = Beobachtungsjahr; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG5 = häusliche Pflege; Amb. Pflege = ambulante Pflege, T&N-Pflege = Tages- und Nachtpflege, KZ&VH-Pflege = Kurzzeit- und Verhinderungspflege, Vollstat.-Pflege = vollstationäre Pflege, WG-Zuschlag = Wohngruppenschlag nach § 38a SGB XI, HR = Haus Rheinaue, Alle = alle in den Pflegeleistungen enthaltenen Kosten, vgl. Tabelle 97 in Anhang A1; N/A = Nicht zutreffend

Tabelle 40: Pflegeleistungen SGB XI (ohne Pflegegeld), Datensatz 2020 - ohne Gewichtung

TG	Leistungsgruppe	n	Beobachtungstage	n mit LE	Tage mit LE	% n mit LE	Tage mit LE pro BJ	Leistungskosten pro BJ (€)
TG1	Amb. Pflege	36	10.602	33	9.086	91,67%	312,81	5.762,96
TG2	Amb. Pflege	661	177.134	596	146.401	90,17%	301,67	12.892,43
TG3	Amb. Pflege	48.608	12.829.676	N/A	N/A	-	N/A	N/A
TG5	Amb. Pflege	149.128	48.030.733	40420	5.949.552	27,10%	45,21	1.409,04
TG1	T&N-Pflege	36	10.602	0	0	0,00%	0,00	0,00
TG2	T&N-Pflege	661	177.134	37	5.076	5,60%	10,46	312,88
TG3	T&N-Pflege	48.608	12.829.676	N/A	N/A	-	N/A	N/A
TG5	T&N-Pflege	149.128	48.030.733	10.010	1.509.982	6,71%	11,47	251,24
TG1	KZ&VH-Pflege	36	10.602	0	0	0,00%	0,00	0,00
TG2	KZ&VH-Pflege	661	177.134	288	39.316	43,57%	81,01	991,15
TG3	KZ&VH-Pflege	48.608	12.829.676	4.872	75.633	10,02%	2,15	164,01
TG5	KZ&VH-Pflege	149.128	48.030.733	51.889	5.546.901	34,79%	42,15	732,82

TG	Leistungsgruppe	n	Beobachtungstage	n mit LE	Tage mit LE	% n mit LE	Tage mit LE pro BJ	Leistungskosten pro BJ (€)
TG1	Vollstat.-Pflege	36	10.602	36	10.583	100,00%	364,35	1.015,14
TG2	Vollstat.-Pflege	661	177.134	N/A	N/A	-	N/A	N/A
TG3	Vollstat.-Pflege	48.608	12.829.676	48.572	12.821.775	99,93%	364,78	20.298,79
TG5	Vollstat.-Pflege	149.128	48.030.733	N/A	N/A	-	N/A	N/A
TG1	WG-Zuschlag	36	10.602	36	10.601	100,00%	364,97	2.499,84
TG2	WG-Zuschlag	661	177.134	660	176.673	99,85%	364,05	2.594,53
TG3	WG-Zuschlag	48.608	12.829.676	N/A	N/A	-	N/A	N/A
TG5	WG-Zuschlag	149.128	48.030.733	N/A	N/A	-	N/A	N/A
TG1	Grundpauschale HR	36	10.602	36	10.602	100,00%	365,00	8.033,15
TG1	Alle	36	10.602	36	10.601	100,00%	364,97	17.605,01
TG2	Alle	661	177.134	660	177.126	99,85%	364,98	18.838,60
TG3	Alle	48.608	12.829.676	48.573	12.826.714	99,93%	364,92	20.561,46
TG5	Alle	149.128	48.030.733	131.457	28.524.067	88,15%	216,76	4.023,43

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg (Legende vgl. vorangehende Tabelle)

Tabelle 41: Pflegeleistungen SGB XI (ohne Pflegegeld), Datensatz 2021 - ohne Gewichtung

TG	Leistungsgruppe	n	Beobachtungstage	n mit LE	Tage mit LE	% n mit LE	Tage mit LE pro BJ	Leistungskosten pro BJ (€)
TG1	Amb. Pflege	36	11.372	35	9.590	97,22%	307,80	7.133,73
TG2	Amb. Pflege	818	219.293	740	180.925	90,46%	301,14	12.984,86
TG3	Amb. Pflege	53.961	13.846.554	N/A	N/A	-	N/A	N/A
TG4	Amb. Pflege	13.463	4.250.764	3.997	667.975	29,69%	57,36	1.852,08
TG5	Amb. Pflege	163.291	52.873.163	40.452	5.870.454	24,77%	40,53	1.328,16
TG1	T&N-Pflege	36	11.372	0	0	0,00%	0,00	0,00
TG2	T&N-Pflege	818	219.293	32	4.976	3,91%	8,28	290,16
TG3	T&N-Pflege	53.961	13.846.554	N/A	N/A	-	N/A	N/A
TG4	T&N-Pflege	13.463	4.250.764	862	176.228	6,40%	15,13	417,86
TG5	T&N-Pflege	163.291	52.873.163	9.349	1.907.691	5,73%	13,17	307,27
TG1	KZ&VH-Pflege	36	11.372	0	0	0,00%	0,00	0,00
TG2	KZ&VH-Pflege	818	219.293	344	52.558	42,05%	87,48	1.031,94
TG3	KZ&VH-Pflege	53.961	13.846.554	7.967	146.824	14,76%	3,87	319,38
TG4	KZ&VH-Pflege	13.463	4.250.764	4.792	469.091	35,59%	40,28	807,80
TG5	KZ&VH-Pflege	163.291	52.873.163	55.447	6.246.552	33,96%	43,12	723,77

TG	Leistungsgruppe	n	Beobachtungstage	n mit LE	Tage mit LE	% n mit LE	Tage mit LE pro BJ	Leistungskosten pro BJ (€)
TG1	Vollstat.-Pflege	36	11.372	36	11.336	100,00%	363,84	999,80
TG2	Vollstat.-Pflege	818	219.293	N/A	N/A	-	N/A	N/A
TG3	Vollstat.-Pflege	53.961	13.846.554	53.889	13.820.189	99,87%	364,31	20.449,32
TG4	Vollstat.-Pflege	13.463	4.250.764	N/A	N/A	-	N/A	N/A
TG5	Vollstat.-Pflege	163.291	52.873.163	N/A	N/A	-	N/A	N/A
TG1	WG-Zuschlag	36	11.372	36	11.372	100,00%	365,00	2.467,96
TG2	WG-Zuschlag	818	219.293	818	219.198	100,00%	364,84	2.599,83
TG3	WG-Zuschlag	53.961	13.846.554	N/A	N/A	-	N/A	N/A
TG4	WG-Zuschlag	13.463	4.250.764	N/A	N/A	-	N/A	N/A
TG5	WG-Zuschlag	163.291	52.873.163	N/A	N/A	-	N/A	N/A
TG1	Grundpauschale HR	36	11.372	36	11.372	100,00%	365,00	6.850,47
TG1	Alle	36	11.372	36	11.372	100,00%	365,00	17.911,51
TG2	Alle	818	219.293	818	219.237	100,00%	364,91	18.921,47
TG3	Alle	53.961	13.846.554	53.893	13.838.366	99,87%	364,78	20.939,86
TG4	Alle	13.463	4.250.764	12.305	2.683.539	91,40%	230,43	4.828,33
TG5	Alle	163.291	52.873.163	148.149	31.810.384	90,73%	219,60	4.114,86

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg. (Legende vgl. vorangehende Tabelle).

Tabelle 42: Pflegeleistungen SGB XI (ohne Pflegegeld), Datensatz 2022 - ohne Gewichtung

TG	Leistungsgruppe	n	Beobachtungstage	n mit LE	Tage mit LE	% n mit LE	Tage mit LE pro BJ	Leistungskosten pro BJ (€)
TG1	Amb. Pflege	33	8.754	32	7.413	96,97%	309,09	5.958,00
TG2	Amb. Pflege	824	224.808	732	183.261	88,83%	297,54	13.249,67
TG3	Amb. Pflege	51.724	12.972.522	N/A	N/A	-	N/A	N/A
TG4	Amb. Pflege	13.469	4.244.780	3.701	560.540	27,48%	48,20	1.646,98
TG5	Amb. Pflege	169.182	54.869.601	38.863	5.218.453	22,97%	34,71	1.183,29
TG1	T&N-Pflege	33	8.754	0	0	0,00%	0,00	0,00
TG2	T&N-Pflege	824	224.808	35	3.960	4,25%	6,43	235,83
TG3	T&N-Pflege	51.724	12.972.522	N/A	N/A	-	N/A	N/A
TG4	T&N-Pflege	13.469	4.244.780	890	180.689	6,61%	15,54	438,91
TG5	T&N-Pflege	169.182	54.869.601	10.528	2.196.250	6,22%	14,61	345,25
TG1	KZ&VH-Pflege	33	8.754	0	0	0,00%	0,00	0,00
TG2	KZ&VH-Pflege	824	224.808	343	53.422	41,63%	86,74	1.010,52
TG3	KZ&VH-Pflege	51.724	12.972.522	9.096	180.373	17,59%	5,08	447,11
TG4	KZ&VH-Pflege	13.469	4.244.780	4.518	452.971	33,54%	38,95	761,25
TG5	KZ&VH-Pflege	169.182	54.869.601	54.465	6.128.000	32,19%	40,76	680,94

TG	Leistungsgruppe	n	Beobachtungstage	n mit LE	Tage mit LE	% n mit LE	Tage mit LE pro BJ	Leistungskosten pro BJ (€)
TG1	Vollstat.-Pflege	33	8.754	32	8.700	96,97%	362,75	1.061,46
TG2	Vollstat.-Pflege	824	224.808	N/A	N/A	-	N/A	N/A
TG3	Vollstat.-Pflege	51.724	12.972.522	51.659	12.936.541	99,87%	363,99	27.071,38
TG4	Vollstat.-Pflege	13.469	4.244.780	N/A	N/A	-	N/A	N/A
TG5	Vollstat.-Pflege	169.182	54.869.601	N/A	N/A	-	N/A	N/A
TG1	WG-Zuschlag	33	8.754	33	8.736	100,00%	364,25	2.476,13
TG2	WG-Zuschlag	824	224.808	823	224.747	99,88%	364,90	2.607,99
TG3	WG-Zuschlag	51.724	12.972.522	N/A	N/A	-	N/A	N/A
TG4	WG-Zuschlag	13.469	4.244.780	N/A	N/A	-	N/A	N/A
TG5	WG-Zuschlag	169.182	54.869.601	N/A	N/A	-	N/A	N/A
TG1	Grundpauschale HR	33	8.754	33	8.754	100,00%	365,00	7.455,81
TG1	Alle	33	8.754	33	8.754	100,00%	365,00	17.272,01
TG2	Alle	824	224.808	823	224.777	99,88%	364,95	19.139,53
TG3	Alle	51.724	12.972.522	51.662	12.961.544	99,88%	364,69	27.712,84
TG4	Alle	13.469	4.244.780	12.000	2.514.451	89,09%	216,21	4.521,98
TG5	Alle	169.182	54.869.601	149.023	31.374.040	88,08%	208,70	3.883,76

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg. (Legende vgl. vorangehende Tabelle).

Tabelle 43: Pflegeleistungen SGB XI (ohne Pflegegeld) Datensatz 2019 – mit Gewichtung

TG	Leistungsgruppe	n	Beobachtungstage	Tage mit LE pro BJ	Leistungskosten pro BJ (€)
TG1	Amb. Pflege	24	6.316	269,99	5.704,94
TG2	Amb. Pflege	319	81.920	319,48	13.953,71
TG3	Amb. Pflege	24.664	6.343.817	N/A	N/A
TG5	Amb. Pflege	68.749	21.142.352	68,78	2.367,74
TG1	T&N-Pflege	24	6.316	0,23	4,32
TG2	T&N-Pflege	319	81.920	14,64	495,84
TG3	T&N-Pflege	24.664	6.343.817	N/A	N/A
TG5	T&N-Pflege	68.749	21.142.352	33,52	786,71
TG1	KZ&VH-Pflege	24	6.316	0,12	3,87
TG2	KZ&VH-Pflege	319	81.920	88,99	1.075,56
TG3	KZ&VH-Pflege	24.664	6.343.817	2,29	158,85
TG5	KZ&VH-Pflege	68.749	21.142.352	60,44	1.180,45
TG1	Vollstat.-Pflege	24	6.316	359,16	1.010,37
TG2	Vollstat.-Pflege	319	81.920	N/A	N/A
TG3	Vollstat.-Pflege	24.664	6.343.817	364,66	19.661,88
TG5	Vollstat.-Pflege	68.749	21.142.352	N/A	N/A
TG1	WG-Zuschlag	24	6.316	361,99	2.564,70
TG2	WG-Zuschlag	319	81.920	363,50	2.614,64
TG3	WG-Zuschlag	24.664	6.343.817	N/A	N/A
TG5	WG-Zuschlag	68.749	21.142.352	N/A	N/A
TG1	Grundpauschale HR	24	6.316	365,00	8.330,71
TG1	Alle	20	5.210	365,00	17.951,96
TG2	Alle	249	64.503	364,96	20.181,80
TG3	Alle	19.568	4.991.405	364,89	19.925,19
TG5	Alle	36.514	10.368.939	256,77	6.691,94

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: LE = Leistungserhalt, BJ = Beobachtungsjahr; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG5 = häusliche Pflege; Amb. Pflege = ambulante Pflege, T&N-Pflege = Tages- und Nachtpflege, KZ&VH-Pflege = Kurzzeit- und Verhinderungspflege, Vollstat.-Pflege = vollstationäre Pflege, WG-Zuschlag = Wohngruppenschlag nach § 38a SGB XI, HR = Haus Rheinaue, Alle = alle in den Pflegeleistungen enthaltenen Kosten, vgl. Tabelle 97 in Anhang 2; N/A = Nicht zutreffend

Tabelle 44: Pflegeleistungen SGB XI (ohne Pflegegeld) Datensatz 2020 – mit Gewichtung

TG	Leistungsgruppe	n	Beobachtungstage	Tage mit LE pro BJ	Leistungskosten pro BJ (€)
TG1	Amb. Pflege	36	10.602	312,81	5.762,96
TG2	Amb. Pflege	453	116.701	324,66	14.249,62
TG3	Amb. Pflege	31.767	8.268.574	N/A	N/A
TG5	Amb. Pflege	73.304	21.703.962	73,65	2.589,40
TG1	T&N-Pflege	36	10.602	0,00	0,00
TG2	T&N-Pflege	453	116.701	7,60	223,28
TG3	T&N-Pflege	31.767	8.268.574	N/A	N/A
TG5	T&N-Pflege	73.304	21.703.962	20,74	492,35
TG1	KZ&VH-Pflege	36	10.602	0,00	0,00
TG2	KZ&VH-Pflege	453	116.701	89,59	1.140,14
TG3	KZ&VH-Pflege	31.767	8.268.574	2,36	179,32
TG5	KZ&VH-Pflege	73.304	21.703.962	59,86	1.200,68
TG1	Vollstat.-Pflege	36	10.602	364,35	1.015,14
TG2	Vollstat.-Pflege	453	116.701	N/A	N/A
TG3	Vollstat.-Pflege	31.767	8.268.574	364,76	19.676,02
TG5	Vollstat.-Pflege	73.304	21.703.962	N/A	N/A
TG1	WG-Zuschlag	36	10.602	364,97	2.499,84
TG2	WG-Zuschlag	453	116.701	364,59	2.621,52
TG3	WG-Zuschlag	31.767	8.268.574	N/A	N/A
TG5	WG-Zuschlag	73.304	21.703.962	N/A	N/A
TG1	Grundpauschale HR	36	10.602	365,00	8.033,15

TG	Leistungsgruppe	n	Beobachtungstage	Tage mit LE pro BJ	Leistungskosten pro BJ (€)
TG1	Alle	36	10.602	364,97	17.605,01
TG2	Alle	453	116.701	364,97	20.460,85
TG3	Alle	31.767	8.268.574	364,91	19.963,49
TG5	Alle	73.304	21.703.962	256,27	6.556,00

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg (Legende vgl. vorangehende Tabelle)

Tabelle 45: Pflegeleistungen SGB XI (ohne Pflegegeld) Datensatz 2021 – mit Gewichtung

TG	Leistungsgruppe	n	Beobachtungstage	Tage mit LE pro BJ	Leistungskosten pro BJ (€)
TG1	Amb. Pflege	36	11.372	307,80	7.133,73
TG2	Amb. Pflege	503	136.782	311,72	13.485,21
TG3	Amb. Pflege	32.650	8.596.077	N/A	N/A
TG4	Amb. Pflege	7.261	2.195.558	91,87	3.605,17
TG5	Amb. Pflege	88.709	27.707.561	67,18	2.515,93
TG1	T&N-Pflege	36	11.372	0,00	0,00
TG2	T&N-Pflege	503	136.782	6,86	241,32
TG3	T&N-Pflege	32.650	8.596.077	N/A	N/A
TG4	T&N-Pflege	7.261	2.195.558	29,14	909,02
TG5	T&N-Pflege	88.709	27.707.561	23,81	603,73
TG1	KZ&VH-Pflege	36	11.372	0,00	0,00
TG2	KZ&VH-Pflege	503	136.782	101,53	1.179,72
TG3	KZ&VH-Pflege	32.650	8.596.077	4,13	337,59
TG4	KZ&VH-Pflege	7.261	2.195.558	58,14	1.280,02
TG5	KZ&VH-Pflege	88.709	27.707.561	61,74	1.123,77

TG	Leistungsgruppe	n	Beobachtungstage	Tage mit LE pro BJ	Leistungskosten pro BJ (€)
TG1	Vollstat.-Pflege	36	11.372	363,84	999,80
TG2	Vollstat.-Pflege	503	136.782	N/A	N/A
TG3	Vollstat.-Pflege	32.650	8.596.077	364,26	19.685,91
TG4	Vollstat.-Pflege	7.261	2.195.558	N/A	N/A
TG5	Vollstat.-Pflege	88.709	27.707.561	N/A	N/A
TG1	WG-Zuschlag	36	11.372	365,00	2.467,96
TG2	WG-Zuschlag	503	136.782	364,89	2.596,05
TG3	WG-Zuschlag	32.650	8.596.077	N/A	N/A
TG4	WG-Zuschlag	7.261	2.195.558	N/A	N/A
TG5	WG-Zuschlag	88.709	27.707.561	N/A	N/A
TG1	Grundpauschale HR	36	11.372	365,00	6.850,47
TG1	Alle	36	11.372	365,00	17.911,51
TG2	Alle	503	136.782	364,96	19.638,80
TG3	Alle	32.650	8.596.077	364,78	20.204,73
TG4	Alle	7.261	2.195.558	269,97	8.276,29
TG5	Alle	88.709	27.707.561	260,81	6.747,18

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
Anmerkung: LE = Leistungserhalt, BJ = Beobachtungsjahr; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG4 = betreutes Wohnen, TG5 = häusliche Pflege; Amb. Pflege = ambulante Pflege, T&N-Pflege = Tages- und Nachtpflege, KZ&VH-Pflege = Kurzzeit- und Verhinderungspflege, Vollstat.-Pflege = vollstationäre Pflege, WG-Zuschlag = Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI, HR = Haus Rheinaue, Alle = alle in den Pflegeleistungen enthaltenen Kosten, vgl. Tabelle 97 in Anhang A1; N/A = Nicht zutreffend

Tabelle 46: Pflegeleistungen SGB XI (ohne Pflegegeld) Datensatz 2022 – mit Gewichtung

TG	Leistungsgruppe	n	Beobachtungstage	Tage mit LE pro BJ	Leistungskosten pro BJ (€)
TG1	Amb. Pflege	33	8.754	309,09	5.958,00
TG2	Amb. Pflege	541	140.974	313,90	13.667,30
TG3	Amb. Pflege	33.593	8.114.371	N/A	N/A
TG4	Amb. Pflege	7.686	2.233.946	82,58	3.309,54
TG5	Amb. Pflege	98.553	29.909.404	60,62	2.338,94
TG1	T&N-Pflege	33	8.754	0,00	0,00
TG2	T&N-Pflege	541	140.974	5,52	225,89
TG3	T&N-Pflege	33.593	8.114.371	N/A	N/A
TG4	T&N-Pflege	7.686	2.233.946	28,47	899,03
TG5	T&N-Pflege	98.553	29.909.404	25,90	665,02
TG1	KZ&VH-Pflege	33	8.754	0,00	0,00
TG2	KZ&VH-Pflege	541	140.974	98,73	1.190,82
TG3	KZ&VH-Pflege	33.593	8.114.371	5,82	504,28
TG4	KZ&VH-Pflege	7.686	2.233.946	56,39	1.331,03
TG5	KZ&VH-Pflege	98.553	29.909.404	58,60	1.124,01

TG	Leistungsgruppe	n	Beobachtungstage	Tage mit LE pro BJ	Leistungskosten pro BJ (€)
TG1	Vollstat.-Pflege	33	8.754	362,75	1.061,46
TG2	Vollstat.-Pflege	541	140.974	N/A	N/A
TG3	Vollstat.-Pflege	33.593	8.114.371	363,85	25.439,16
TG4	Vollstat.-Pflege	7.686	2.233.946	N/A	N/A
TG5	Vollstat.-Pflege	98.553	29.909.404	N/A	N/A
TG1	WG-Zuschlag	33	8.754	364,25	2.476,13
TG2	WG-Zuschlag	541	140.974	364,88	2.632,03
TG3	WG-Zuschlag	33.593	8.114.371	N/A	N/A
TG4	WG-Zuschlag	7.686	2.233.946	N/A	N/A
TG5	WG-Zuschlag	98.553	29.909.404	N/A	N/A
TG1	Grundpauschale HR	33	8.754	365,00	7455,81
TG1	Alle	33	8.754	365,00	17.272,01
TG2	Alle	541	140.974	364,95	19.886,42
TG3	Alle	33.593	8.114.371	364,64	26.159,20
TG4	Alle	7.686	2.233.946	260,98	7.867,91
TG5	Alle	98.553	29.909.404	254,57	6.489,40

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: LE = Leistungserhalt, BJ = Beobachtungsjahr; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG4 = betreutes Wohnen, TG5 = häusliche Pflege; Amb. Pflege = ambulante Pflege, T&N-Pflege = Tages- und Nachtpflege, KZ&VH-Pflege = Kurzzeit- und Verhinderungspflege, Vollstat.-Pflege = vollstationäre Pflege, WG-Zuschlag = Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI, HR = Haus Rheinaue, Alle = alle in den Pflegeleistungen enthaltenen Kosten, vgl. Tabelle 97 in Anhang A1; N/A = Nicht zutreffend

Die Gesamtkosten für Pflegeleistungen des SGB XI (ohne Pflegegeld) bewegen sich über die Analysejahre hinweg in jeder TG jeweils in einem relativ engen Korridor – mit Ausnahme der TG3, die im Jahr 2022 aufgrund der Anpassung des Leistungsrechts (§ 43c SGB XI) eine markante Kostensteigerung aufweist. So bewegen sich die Leistungsausgaben (ohne Pflegegeld) der TG1 zwischen 17.272 € (2022) und 17.952 € (2019). Für die TG2 liegen die Ausgaben in jedem Jahr um etwa 1.000 € (ungewichtet) bzw. um 2.000 bis 2.500 € (gewichtet) höher als in der TG1. Die Versicherten in häuslicher Pflege (TG5) weisen ungewichtete Ausgaben für Pflegeleistungen (ohne Pflegegeld) um die 4.000 € auf (gewichtet ca. 6.500 €). Die TG4 liegt

in den beiden analysierbaren Jahren bei ungewichteten Ausgaben von etwa 4.500 bis 4.800 € (gewichtet etwa 8.000 €).

Die TG3 weist in den drei Jahren von 2019 bis 2021 jeweils Ausgaben von etwa 20.000 bis 21.000 € auf. Im Jahr 2022 steigen die Ausgaben der TG3 dann sprunghaft auf gut 26.000 (ungewichtet) bzw. 27.000 € an. Dieser Kostenanstieg bei den Versicherten in vollstationärer Pflege (TG3) ist auf die Neuregelung des § 43c SGB XI zurückzuführen: Die Leistungsausgaben pro Beobachtungsjahr der AOK Baden-Württemberg für die vollstationäre Pflege (gem. § 43 SGB XI in 2021 bzw. §§ 43 und 43c SGB XI in 2022) sind von 2021 auf 2022 um 32,4 % gestiegen (von 20.449 € auf 27.071 €).

Die Betrachtung einzelner Leistungsgruppen zeigt folgendes:

- Bei den ambulanten Pflegesachleistungen weisen die Pflegebedürftigen der TG 2 (ambulante Wohngruppen) in allen Zeiträumen sowohl in der ungewichteten wie auch in der gewichteten Analyse mit Abstand die höchsten Kosten pro Beobachtungsjahr auf. Dabei nehmen ca. 86 % bis 90 % der Versicherten dieser TG ambulante Pflegesachleistungen in Anspruch. Die HR-BEW zeigen in den vier untersuchten Zeiträumen noch eine etwas höhere Inanspruchnahmequote (zwischen 92% und 97 %) und die Tage mit Leistungserhalt liegen auf etwa vergleichbarem Niveau. Die Leistungskosten der TG 1 liegen jedoch bei weniger als der Hälfte (in den Jahren 2019, 2020 und 2022) bzw. bei etwa der Hälfte (im Jahr 2021) der Kosten der TG 2. Bei der Interpretation dieses Unterschieds ist zu berücksichtigen, dass im HR ein Teil der ansonsten als ambulante Pflegesachleistungen abgerechneten Leistungen in den Grundleistungen enthalten ist. Damit dürfte die abgerechnete Leistungsmenge für einen HR-BEW ceteris paribus auf jeden Fall niedriger sein. Ferner ist eine besondere Preisvereinbarung für Wahlleistungen Bestandteil des Modells HR (Abrechnung nach einheitlichem Stundensatz), so dass darüber hinaus auch ein Preiseffekt zu dem Unterschied beitragen dürfte. Welcher Teil der Differenz zwischen TG 1 und TG 2 durch diese beiden Faktoren erklärt wird, lässt sich anhand der Daten nicht exakt nachvollziehen. Es ist jedoch zu vermuten, dass diese beiden Faktoren den großen Unterschied nicht erklären, sondern darüber hinaus in TG 2 eine nennenswert höhere Inanspruchnahme von ambulanten Pflegesachleistungen als in TG 1 vorliegt.

Deutlich geringere Kosten für ambulante Sachleistungen werden in den TG 4 (betreutes Wohnen) und TG 5 (häusliche Pflege) abgerechnet.

- In Bezug auf die Tages- und Nachtpflege fällt vor allem ein ausgeprägter Unterschied zwischen den Zeiträumen ins Auge: Die Leistungskosten pro Jahr der TG 2 und TG 5 liegen in den Zeiträumen 2020, 2021 und 2022 teilweise deutlich niedriger als in 2019. Dabei dürfte es sich um einen Pandemieeffekt handeln, d.h. eine geringere Nutzung der Tagespflege wegen pandemiebedingter Schließungen dieser Einrichtungen bzw. Vermeidung der Inanspruchnahme. Daten zur TG 4 (betreutes Wohnen) sind nur für

2021 und 2022 verfügbar, in diesen Zeiträumen weist diese TG – vor allem in der gewichteten Analyse – die deutlich höchsten Kosten für Tages- und Nachtpflege auf. Bei der TG 1 findet sich in den Abrechnungsdaten des Jahres 2019 ein geringer Abrechnungsbetrag für Tages- und Nachtpflege. Inwieweit es sich hier um einen Datenfehler oder um eine tatsächliche Leistungsinanspruchnahme handelt, ließ sich nicht klären. In 2020, 2021 und 2022 wurden in TG 1 keine Ausgaben für Tages- oder Nachtpflege abgerechnet.

- Die Leistungsausgaben für die vollstationäre Pflege treffen im Grundsatz nur auf die TG 3 zu. Im Falle der TG 1 (HR) erscheinen hier die im HR-Finanzierungskonzept als „Betreuungsleistungen nach § 87b“ bezeichneten Beträge (monatlich 85 €), die von der AOK BW offenbar unter dieser Leistungsgruppe gebucht werden. Die Auswirkungen der Leistungsrechtsänderung durch den zum 1. Januar 2022 in Kraft getretenen § 43c SGB XI – eine Steigerung der Ausgaben für Versicherte in vollstationärer Pflege um etwa 32 % von 2021 auf 2022 – wurden oben bereits erläutert.
- Den Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI können nur die Versicherten der TG 1 und TG 2 erhalten, die tatsächlichen Ausgaben pro Beobachtungsjahr liegen in beiden TG auf vergleichbarem Niveau.

3.7.3 Inanspruchnahme und Kosten des Pflegegeldbezugs

In den Teilgruppen TG 1, TG 2, TG4 und TG 5 können die Pflegebedürftigen anstelle von oder kombiniert mit ambulanten Pflegesachleistungen Pflegegeld gem. § 37 bzw. § 38 SGB XI beziehen.

In Bezug auf das Modell HR ist hier die Frage von besonderem Interesse, inwieweit die HR-BEW Pflegegeld beziehen. Nach dem HR-Finanzierungskonzept (vgl. Abschnitt 1.2.3.6) können die BEW den nach Abzug des Anteils für die HR-Grundleistungen (689 € bei PG 2 bzw. 700 € ab PG 3) verbleibenden Betrag ihres Sachleistungsanspruchs gem. § 36 SGB XI für die Inanspruchnahme von Wahlleistungen eines ambulanten Pflegedienstes nutzen. Falls sie keine Wahlleistungen in diesem Umfang benötigen – z.B., weil die entsprechenden Hilfen durch An- und Zugehörige erbracht werden – können sie den Restbetrag im Sinne des § 38 SGB XI anteilig als Pflegegeld beziehen.

Die Häufigkeit bzw. das Ausmaß des Bezugs von Pflegegeld durch die HR-BEW ist somit auch ein Indikator, inwieweit das „stambulante“ Versorgungsmodell vor allem im Vergleich zur vollstationären Versorgung hinsichtlich der Bedarfsdeckung funktioniert. Der HR-Träger lässt sich vertraglich das Recht zusichern, bei einer nach seiner fachlichen Einschätzung vorliegenden pflegerischen Unterversorgung die erforderlichen Wahlleistungen von dem eigenen Pflegedienst erbringen zu lassen (vgl. dazu Abschnitt 1.2.2 bzw. HR-VWL § 2). Wenn ein Pflegegeldbezug möglich ist, wäre somit anzunehmen, dass der pflegerische Bedarf durch die bereits beauftragten Wahlleistungen (und die obligatorischen Grundleistungen) bzw. die

Unterstützung durch An- und Zugehörige gedeckt ist, ohne dass das verfügbare Budget ausgeschöpft ist.

In den folgenden ungewichteten Ergebnistabellen wird auf der Ebene von Beobachtungstagen zwischen Tagen mit ausschließlichem Pflegegeld- bzw. Sachleistungsbezug und Tagen mit Kombinationsleistungsbezug unterschieden. Die Summe der Tage mit ausschließlichem Sachleistungsbezug und mit Kombinationsleistungsbezug in Tabelle 47 bis Tabelle 50 entspricht daher den Tagen mit Leistungserhalt „Ambulante Pflege“ in Tabelle 39 bis Tabelle 42 (z.B. TG 1 in Tabelle 39 hat in der Leistungsgruppe „Ambulante Pflege“ 4.672 „Tage mit LE“. Dies entspricht der Summe der „Tage nur Sachleistung“ (2.293) und „Tage mit Kombileistung“ (2.379) in Tabelle 47).

Tabelle 47: Pflegegeld und Tage mit Sach-/Kombinationsleistungen, Datensatz 2019 - ohne Gewichtung

	TG1	TG2	TG3	TG5
N	24	546	42.128	133.431
Beobachtungstage	6.316	143.315	10.925.171	42.587.623
Tage nur Pflegegeld	953	21.166	N/A	30.744.658
Tage nur Sachleistung	2.293	86.031	N/A	1.275.001
Tage mit Kombi- leistung	2.379	29.409	N/A	4.143.597
Tage nur Pflegegeld pro BJ	55,1	53,9	N/A	263,5
Tage nur Sachleistung pro BJ	132,5	219,1	N/A	10,9
Tage mit Kombi- leistung pro BJ	137,5	74,9	N/A	35,5
Anteil Versicherte mit Pflegegeld	75,0%	57,0%	N/A	86,3%
Anteil Versicherte mit Kombileistung	70,8%	45,4%	N/A	24,7%
Kosten Pflegegeld pro BJ (€)	1.052,54	1.250,28	N/A	4.167,19

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
Anmerkung: BJ = Beobachtungsjahr; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG5 = häusliche Pflege; N/A = Nicht zu-treffend

Tabelle 48: Pflegegeld und Tage mit Sach-/Kombinationsleistungen, Datensatz 2020 - ohne Gewichtung

	TG1	TG2	TG3	TG5
N	36	661	48.608	149.128
Beobachtungstage	10.661	178.828	12.981.932	48.489.234
Tage nur Pflegegeld	636	25.127	N/A	34.432.490
Tage nur Sachleistung	4.013	98.996	N/A	1.506.396
Tage mit Kombileistung	5.073	47.405	N/A	4.443.156
Tage nur Pflegegeld pro BJ	21,8	51,3	N/A	259,19
Tage nur Sachleistung pro BJ	137,4	202,1	N/A	11,3
Tage mit Kombileistung pro BJ	173,7	96,8	N/A	33,5
Anteil Versicherte mit Pflegegeld	80,6%	61,6%	N/A	85,8%
Anteil Versicherte mit Kombileistung	77,8%	51,3%	N/A	24,9%
Kosten Pflegegeld pro BJ (€)	1.054,73	1.211,17	N/A	4.168,13

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: BJ = Beobachtungsjahr; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG5 = häusliche Pflege; N/A = Nicht zu-treffend

Tabelle 49: Pflegegeld und Tage mit Sach-/Kombinationsleistungen, Datensatz 2021 - ohne Gewichtung

	TG1	TG2	TG3	TG4	TG5
N	36	818	53.961	13.463	163.291
Beobachtungstage	11.372	219.293	13.846.554	4.250.764	52.873.163
Tage nur Pflegegeld	629	31.490	N/A	2.828.308	38.222.277
Tage nur Sachleistung	4.679	126.244	N/A	231.134	1.501.434
Tage mit Kombileistung	4.911	54.681	N/A	436.841	4.369.020
Tage nur Pflegegeld pro BJ	20,2	52,4	N/A	242,9	263,9
Tage nur Sachleistung pro BJ	150,3	210,1	N/A	19,9	10,4
Tage mit Kombileistung pro BJ	157,6	91,0	N/A	37,5	30,2
Anteil Versicherte mit Pflegegeld	75,0%	58,6%	N/A	82,1%	85,3%
Anteil Versicherte mit Kombileistung	69,4%	48,8%	N/A	25,4%	22,8%
Kosten Pflegegeld pro BJ (€)	843,23	1.203,31	N/A	3.876,88	4.184,85

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: BJ = Beobachtungsjahr; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG4 = betreutes Wohnen, TG5 = häusliche Pflege; N/A = Nicht zu-treffend

Tabelle 50: Pflegegeld und Tage mit Sach-/Kombinationsleistungen, Datensatz 2022 - ohne Gewichtung

	TG1	TG2	TG3	TG4	TG5
N	33	824	51.724	13.469	169.182
Beobachtungstage	8.754	224.808	12.972.522	4.244.780	54.869.601
Tage nur Pflegegeld	752	34.329	376.750	2.844.452	39.389.136
Tage nur Sachleistung	2.392	124.640	N/A	189.792	1.264.438
Tage mit Kombileistung	5.021	58.621	N/A	370.748	3.954.015
Tage nur Pflegegeld pro BJ	31,4	55,7	N/A	244,6	262,0
Tage nur Sachleistung pro BJ	99,7	202,4	N/A	16,3	8,4
Tage mit Kombileistung pro BJ	209,4	95,2	N/A	31,9	26,3
Anteil Versicherte mit Pflegegeld	84,8%	62,6%	N/A	81,3%	83,8%
Anteil Versicherte mit Kombileistung	78,8%	51,5%	N/A	23,8%	21,3%
Kosten Pflegegeld pro BJ (€)	1.177,62	1.243,49	N/A	3.831,82	4.075,09

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: BJ = Beobachtungsjahr; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG4 = betreutes Wohnen, TG5 = häusliche Pflege; N/A = Nicht zu-treffend

Tabelle 51: Pflegegeld und Tage mit Sach-/Kombinationsleistungen, Datensatz 2019 - mit Gewichtung

	TG1	TG2	TG3	TG5
N	24	319	24.664	68.749
Beobachtungstage	6.316	81.920	6.343.817	21.142.352
Tage nur Pflegegeld pro BJ	55,1	39,8	N/A	289,0
Tage nur Sachleistung pro BJ	132,5	235,3	N/A	14,8
Tage mit Kombi-leistung pro BJ	137,5	84,1	N/A	54,0
Kosten Pflegegeld pro BJ (€)	1.052,54	1.117,95	N/A	6.153,07

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: BJ = Beobachtungsjahr; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG5 = häusliche Pflege; N/A = Nicht zu-treffend

Tabelle 52: Pflegegeld und Tage mit Sach-/Kombinationsleistungen, Datensatz 2020 - mit Gewichtung

	TG1	TG2	TG3	TG5
N	36	453	31.767	73.304
Beobachtungstage	10.661	117.608	8.343.984	21.874.654
Tage nur Pflegegeld pro BJ	21,8	37,4	N/A	281,2
Tage nur Sachleistung pro BJ	137,4	216,3	N/A	17,4
Tage mit Kombi-leistung pro BJ	173,7	104,0	N/A	55,1
Kosten Pflegegeld pro BJ (€)	1.054,73	1.066,14	N/A	6.092,06

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: BJ = Beobachtungsjahr; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG5 = häusliche Pflege; N/A = Nicht zu-treffend

Tabelle 53: Pflegegeld und Tage mit Sach-/Kombinationsleistungen, Datensatz 2021 - mit Gewichtung

	TG1	TG2	TG3	TG4	TG5
N	36	503	32.650	7.261	88.709
Beobachtungstage	11.372	136.782	8.596.077	2.195.558	27.707.561
Tage nur Pflegegeld pro BJ	20,2	48,6	N/A	265,0	291,0
Tage nur Sachleistung pro BJ	150,2	217,9	N/A	34,9	16,8
Tage mit Kombileistung pro BJ	157,6	93,9	N/A	56,9	50,4
Kosten Pflegegeld pro BJ (€)	843,23	1.282,98	N/A	5.637,10	6.130,31

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: BJ = Beobachtungsjahr; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG4 = betreutes Wohnen, TG5 = häusliche Pflege; N/A = Nicht zu-treffend

Tabelle 54: Pflegegeld und Tage mit Sach-/Kombinationsleistungen, Datensatz 2022 - mit Gewichtung

	TG1	TG2	TG3	TG4	TG5
N	33	541	33.593	7.686	98.553
Beobachtungstage	8.754	140.974	8.114.371	2.233.946	29.909.404
Tage nur Pflegegeld pro BJ	31	43	N/A	272	297
Tage nur Sachleistung pro BJ	99,7	209,8	N/A	28,4	13,8
Tage mit Kombileistung pro BJ	209,4	104,1	N/A	54,2	46,9
Kosten Pflegegeld pro BJ (€)	1.177,62	1.196,92	N/A	5.564,86	6.029,58

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: BJ = Beobachtungsjahr; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG4 = betreutes Wohnen, TG5 = häusliche Pflege; N/A = Nicht zu-treffend

Die Ergebnisse zum Pflegegeldbezug zeigen, dass der Anteil Pflegebedürftige, die (auch) Pflegegeld beziehen in TG 1 (HR) in den Zeiträumen 2019 bis 2021 mit mindestens 75 % auf einem etwas niedrigeren Niveau liegt als bei der TG 5 (häusliche Pflege, mindestens 85 %), im Jahr 2022 liegen die TG1 und TG5 auf vergleichbarem Niveau. In TG 2 (ambulante Wohngruppen) liegt der Anteil Personen, die (auch) Pflegegeld beziehen mit maximal 62 % niedriger als in TG 1 und TG 5. Betrachtet man die Kosten des Pflegegeldbezugs in den Jahren 2019, 2020 und 2022, so liegen TG 1 und TG 2 relativ nah beieinander (jeweils im Bereich von ca. 1.000 bis 1.100 € pro Beobachtungsjahr), wogegen die Werte für die TG 5 (über 6.000 € in der gewichteten Analyse) deutlich höher liegen.

Mit Blick auf TG 1 ist somit zu konstatieren, dass der überwiegende Teil der bei der AOK BW versicherten HR-BEW auch Pflegegeld bezieht. Die Zahl der Beobachtungstage mit (ausschließlichem oder zusätzlichem) Pflegegeldbezug liegt in den Jahren 2019 (53 %), 2020 (54 %) und 2022 (66 %) höher als die Zahl der Beobachtungstage mit ausschließlichem Sachleistungsbezug. Lediglich in 2021 ist der Anteil der Beobachtungstage mit ausschließlichem Sachleistungsbezug etwas höher (51 %). Im Vergleich zu den Versicherten in häuslicher Pflege (TG 5) bzw. in „betreutem Wohnen“ (TG 4) handelt es sich hier jedoch zu einem deutlich größeren Teil um Tage mit Kombileistungsbezug, was die insgesamt deutlich niedrigeren Kosten für Pflegegeld in TG 1 erklärt. TG 2 ist dadurch charakterisiert, dass anteilig zwar weniger Personen überhaupt Pflegegeld beziehen (zwischen 57 und 63 %), diese Personen dafür aber zumindest in den Zeiträumen 2020, 2021 und 2022 an mehr Beobachtungstagen ausschließlich Pflegegeld beziehen als die Versicherten in TG 1. Insgesamt liegen die Pflegegeldkosten pro Beobachtungsjahr in TG 2 in den Jahren 2019, 2020 und 2022 auf annähernd gleichem Niveau wie in TG 1 (gewichtete Werte), in 2021 sind sie deutlich höher.

3.7.4 Inanspruchnahme und Kosten von Leistungen der häuslichen Krankenpflege

Eine Intervention des Modells HR betrifft die Sektorengrenze zwischen dem SGB XI und dem SGB V-Leistungsbereich der häuslichen Krankenpflege (HKP, § 37 SGB V). Da die BEW des HR nach dem Leistungsrecht des SGB XI ambulante Pflegesachleistungen gem. § 36 SGB XI in Anspruch nehmen (obwohl sie in dem ordnungsrechtlich als stationäre Einrichtung geltenden HR wohnen), besteht bei einem behandlungspflegerischen Versorgungsbedarf eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen gem. § 37 Abs. 2 SGB V.

Das Modellkonzept des HR sieht jedoch vor, dass zum einen bestimmte HKP-Leistungen („Medikamentengabe und das Medikamentenmanagement ohne Injektionen, das Anlegen von Kompressionsstrümpfen, Blutzuckermessung und Insulingabe“, vgl. HR-45f, § 4 Absatz 4 bzw. Abschnitt 1.2.3.4) nicht eigens zu Lasten der Krankenkasse abgerechnet werden, sondern in den HR-Grundleistungen inkludiert sind. Zum anderen wurden gestaffelte Preisabschläge für einen großen Teil der

durch diese Regelung nicht erfassten HKP-Leistungen vereinbart (Leistungsgruppe 1: Abschlag 20 %, Leistungsgruppe 2: 13 %, Leistungsgruppe 3: 10 %). Aufgrund dieser modellspezifischen Regelungen ist zu erwarten, dass bei den HR-BEW c.p. niedrigere HKP-Leistungsausgaben entstehen.

In Tabelle 55 bis Tabelle 62 sind – mit und ohne Gewichtung – die Beobachtungstage mit HKP-Bezug, der Anteil Versicherte mit HKP-Bezug, die HKP-Bezugstage und die Kosten pro Beobachtungsjahr ausgewiesen.

Tabelle 55: Häusliche Krankenpflege Datensatz 2019 - ohne Gewichtung

TG	n	Beobachtungstage	n mit HKP	Tage mit HKP	% n mit HKP	Tage mit HKP pro BJ	HKP-Kosten pro BJ (€)
TG1	24	6.316	7	378	29,17%	21,84	311,86
TG2	546	143.315	496	119.653	90,84%	304,74	8.307,66
TG3	42.128	10.925.171	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
TG5	133.431	42.587.623	46.776	9.015.232	35,06%	77,27	1.494,42

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
Anmerkung: BJ = Beobachtungsjahr; HKP = Häusliche Krankenpflege; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG5 = häusliche Pflege

Tabelle 56: Häusliche Krankenpflege Datensatz 2020 - ohne Gewichtung

TG	n	Beobachtungstage	n mit HKP	Tage mit HKP	% n mit HKP	Tage mit HKP pro BJ	HKP-Kosten pro BJ (€)
TG1	36	10.602	32	1.041	88,89%	35,84	1.078,51
TG2	661	177.134	601	150.657	90,92%	310,44	8.502,99
TG3	48.608	12.829.676	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
TG5	149.128	48.030.733	52.797	10.063.394	35,40%	76,47	1.530,06

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
Anmerkung: BJ = Beobachtungsjahr; HKP = Häusliche Krankenpflege; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG5 = häusliche Pflege

Tabelle 57: Häusliche Krankenpflege Datensatz 2021 - ohne Gewichtung

TG	n	Beobachtungstage	n mit HKP	Tage mit HKP	% n mit HKP	Tage mit HKP pro BJ	HKP-Kosten pro BJ (€)
TG1	36	11.372	36	807	100,00%	25,90	2.609,72
TG2	818	219.293	742	183.428	90,71%	305,30	8.624,61
TG3	53.961	13.846.554	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
TG4	13.463	4.250.764	5.360	1.109.113	39,81%	95,24	2.165,36
TG5	163.291	52.873.163	54.116	10.349.449	33,14%	71,45	1.484,18

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: BJ = Beobachtungsjahr; HKP = Häusliche Krankenpflege; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG4 = betreutes Wohnen, TG5 = häusliche Pflege

Tabelle 58: Häusliche Krankenpflege Datensatz 2022 - ohne Gewichtung

TG	n	Beobachtungstage	n mit HKP	Tage mit HKP	% n mit HKP	Tage mit HKP pro BJ	HKP-Kosten pro BJ (€)
TG1	33	8.754	32	493	96,97%	20,56	2.545,91
TG2	824	224.808	746	185.950	90,53%	301,91	8.984,13
TG3	51.724	12.972.522	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
TG4	13.469	4.244.780	5.102	1.034.737	37,88%	88,97	2.090,10
TG5	169.182	54.869.601	53.120	9.956.701	31,40%	66,23	1.419,28

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: BJ = Beobachtungsjahr; HKP = Häusliche Krankenpflege; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG4 = betreutes Wohnen, TG5 = häusliche Pflege

Tabelle 59: Häusliche Krankenpflege Datensatz 2019 - mit Gewichtung

TG	n	Beobachtungstage	Tage mit HKP pro BJ	HKP-Kosten pro BJ (€)
TG1	24	6.316	21,84	311,86
TG2	319	81.920	321,30	8.586,77
TG3	24.664	6.343.817	N/A	N/A
TG5	68.749	21.142.352	90,44	1.801,97

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: BJ = Beobachtungsjahr; HKP = Häusliche Krankenpflege; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG5 = häusliche Pflege

Tabelle 60: Häusliche Krankenpflege Datensatz 2020 - mit Gewichtung

TG	n	Beobachtungstage	Tage mit HKP pro BJ	HKP-Kosten pro BJ (€)
TG1	36	10.602	35,84	1.078,51
TG2	453	116.701	325,67	9.104,57
TG3	31.767	8.268.574	N/A	N/A
TG5	73.304	21.703.962	93,28	1.907,11

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: BJ = Beobachtungsjahr; HKP = Häusliche Krankenpflege; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG5 = häusliche Pflege

Tabelle 61: Häusliche Krankenpflege Datensatz 2021 - mit Gewichtung

TG	n	Beobachtungstage	Tage mit HKP pro BJ	HKP-Kosten pro BJ (€)
TG1	36	11.372	25,90	2.609,72
TG2	503	136.782	310,20	8.860,99
TG3	32.650	8.596.077	N/A	N/A
TG4	7.261	2.195.558	122,57	2.920,92
TG5	88.709	27.707.561	88,84	1.874,11

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: BJ = Beobachtungsjahr; HKP = Häusliche Krankenpflege; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG4 = betreutes Wohnen, TG5 = häusliche Pflege

Tabelle 62: Häusliche Krankenpflege Datensatz 2022 - mit Gewichtung

TG	n	Beobachtungstage	Tage mit HKP pro BJ	HKP-Kosten pro BJ (€)
TG1	33	8.754	20,56	2.545,91
TG2	541	140.974	313,70	9.267,66
TG3	33.593	8.114.371	N/A	N/A
TG4	7.686	2.233.946	118,16	2.935,62
TG5	98.553	29.909.404	85,32	1.855,31

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: BJ = Beobachtungsjahr; HKP = Häusliche Krankenpflege; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG4 = betreutes Wohnen, TG5 = häusliche Pflege

Die Analysen zu den HKP-Kosten zeigen im Jahr 2019 in der TG 1 (HR) die deutlich geringsten Kosten, die sogar unter den HKP-Kosten in TG 5 (häusliche Pflege) liegen. Dabei fällt auf, dass in 2019 die – zahlenmäßig kleine – Gruppe der HR-BEW nur zu 30 % überhaupt HKP-Leistungen in Anspruch genommen hat, was möglicherweise ein Effekt der Inklusion der ansonsten sehr häufig genutzten HKP-Leistungen (z.B. Medikamentengabe) in die Grundleistungen ist. In 2020, 2021 und 2022 haben jedoch auch im HR fast 90 % bzw. 100 % der Versicherten der AOK BW HKP-Leistungen in Anspruch genommen. Diese Quote ist auf etwa gleichem Niveau, wie in der TG 2, die in allen vier Zeiträumen eine Inanspruchnahmequote von über 90 % aufweist.

Trotz der hohen Quote von Versicherten mit HKP-Inanspruchnahme weisen die HR-BEW auch in 2020 und 2021 nur eine ähnlich geringe Zahl von Tagen mit HKP-Bezug pro Beobachtungsjahr auf (ca. 36 bzw. 26) wie in 2019 (ca. 22). Im Jahr 2022 liegt die Anzahl von Tagen mit HKP mit 21 sogar leicht darunter. Bezüglich der Kosten bewegt sich die TG 1 in 2020 deutlich unter und in 2021 und 2022 deutlich über dem Niveau der TG 5 (gewichtete Analyse).

Die weitaus höchsten HKP-Kosten werden in allen vier Zeiträumen in der TG 2 (ambulante Wohngruppen) beobachtet. Hier liegt der Anteil der Versicherten mit HKP-Inanspruchnahme jeweils bei ca. 90 % und auch die Zahl der Beobachtungstage mit HKP-Bezug liegt jeweils bei über 300 Tagen pro Beobachtungsjahr.

Auch die TG 4 (betreutes Wohnen) weist in 2021 und 2022 etwas höhere HKP-Ausgaben auf als TG 1 (2021 ca. 2.920 € gegenüber 2.610 € in TG 1, 2022 ca. 2.940 € gegenüber 2.550 € in der gewichteten Analyse).

Bei der Bewertung der Ergebnisse zur TG 1 ist zu berücksichtigen, dass die Krankenkasse entsprechend dem HR-Modellkonzept in Gestalt der „SGB V-Pauschale“ für jeden Versicherten einen monatlichen Finanzierungsbeitrag von € 200 leistet. Dadurch soll sichergestellt werden, dass die Inklusion bestimmter HKP-Leistungen in die HR-Grundleistungen (sowie die zusätzlichen vertraglichen Vereinbarungen

zur Preisgestaltung) nicht zu einer Überwälzung der aus dem SGB V resultierenden Leistungspflichten der Krankenkasse für häusliche Krankenpflege auf die Pflegebedürftigen führt (vgl. die Ausführungen in Abschnitt 1.2.3.4). Für die Betrachtung der HKP-Ausgaben der Krankenkasse bedeutet dies jedoch, dass die in den obigen Tabellen ausgewiesenen Werte für die TG 1 (HR) jeweils um € 2.400 pro Beobachtungsjahr (12mal die SGB V-Pauschale) zu erhöhen sind. Dadurch verringert sich der Kostenabstand zwischen TG 1 und TG 2 zwar, er bleibt jedoch immer noch beträchtlich (zwischen ca. 3.900 € in 2021 und ca. 6.700 € in 2022).

3.7.5 Inanspruchnahme und Kosten von Hilfsmitteln

Auch im Hinblick auf Pflegehilfsmittel sind im Modell HR besondere Regelungen wirksam (vgl. Abschnitt 1.2.3.1): Demnach stellt das HR – als Bestandteil der Leistungsmodule „Wohnen“ bzw. „Grundleistungen“ – eine Grundausstattung an Pflegehilfsmitteln zur Verfügung, die in einer Liste in Anlage 5 der Modellverträge (HR-45f bzw. HR-92b) aufgeführt sind. Alle darüber hinaus ggf. erforderlichen Pflegehilfsmittel werden entsprechend den Vorschriften des SGB V, d.h. aufgrund einer ärztlichen Verordnung, gewährt (HR-45f bzw. HR-92b § 4 Abs. 4 sowie Anlage 5). Diese modellspezifische Regelung könnte dazu führen, dass vor allem im Vergleich zu den Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege – bei denen die Pflegehilfsmittel vollumfänglich durch die Einrichtung bereitgestellt werden müssen – bei den HR-BEW ceteris paribus höhere Kosten im SGB V-Leistungsbereich Hilfsmittel abgerechnet werden.

Tabelle 63: Hilfsmittel Datensatz 2019 - ohne Gewichtung

TG	n	Beobachtungstage	n mit HM	Anzahl HM	% n mit HM	Kosten pro HM	Anzahl HM pro BJ	HM-Kosten pro BJ - alle (€)
TG1	24	6.316	22	142	91,67%	68,63	8,21	563,19
TG2	546	143.315	495	4.756	90,66%	87,98	12,11	1.065,68
TG3	42.128	10.925.171	38.340	341.756	91,01%	72,69	11,42	830,01
TG5	133.431	42.587.623	107.916	910.499	80,88%	107,27	7,80	837,09

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: BJ = Beobachtungsjahr; HM = Hilfsmittel; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG5 = häusliche Pflege

Tabelle 64: Hilfsmittel Datensatz 2020 - ohne Gewichtung

TG	n	Beobachtungstage	n mit HM	Anzahl HM	% n mit HM	Kosten pro HM	Anzahl HM pro BJ	HM-Kosten pro BJ - alle (€)
TG1	36	10.602	31	262	86,11%	76,03	9,02	685,79
TG2	661	177.134	608	5.748	91,98%	86,28	11,84	1.021,97
TG3	48.608	12.829.676	44.477	404.511	91,50%	71,59	11,51	823,89
TG5	149.128	48.030.733	121.269	1.065.602	81,32%	107,39	8,10	869,60

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: BJ = Beobachtungsjahr; HM = Hilfsmittel; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG5 = häusliche Pflege

Tabelle 65: Hilfsmittel Datensatz 2021 - ohne Gewichtung

TG	n	Beobachtungstage	n mit HM	Anzahl HM	% n mit HM	Kosten pro HM	Anzahl HM pro BJ	HM-Kosten pro BJ - alle (€)
TG1	36	11.372	31	321	86,11%	85,89	10,30	884,88
TG2	818	219.293	748	7.171	91,44%	101,28	11,94	1.208,89
TG3	53.961	13.846.554	48.417	441.319	89,73%	75,59	11,63	879,34
TG4	13.463	4.250.764	10.966	96.002	81,45%	112,56	8,24	927,85
TG5	163.291	52.873.163	133.357	1.180.277	81,67%	113,28	8,15	922,95

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: BJ = Beobachtungsjahr; HM = Hilfsmittel; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG4 = betreutes Wohnen, TG5 = häusliche Pflege

Tabelle 66: Hilfsmittel Datensatz 2022 - ohne Gewichtung

TG	n	Beobachtungstage	n mit HM	Anzahl HM	% n mit HM	Kosten pro HM	Anzahl HM pro BJ	HM-Kosten pro BJ - alle (€)
TG1	33	8.754	26	223	78,79%	78,25	9,30	727,58
TG2	824	224.808	746	6.996	90,53%	92,40	11,36	1.049,57
TG3	51.724	12.972.522	46.122	408.578	89,17%	76,75	11,50	882,33
TG4	13.469	4.244.780	10.784	91.737	80,07%	112,55	7,89	887,84
TG5	169.182	54.869.601	135.212	1.155.689	79,92%	111,46	7,69	856,89

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: BJ = Beobachtungsjahr; HM = Hilfsmittel; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG4 = betreutes Wohnen, TG5 = häusliche Pflege

Tabelle 67: Hilfsmittel Datensatz 2019 - mit Gewichtung

TG	n	Beobachtungstage	Anzahl HM pro BJ	HM-Kosten pro BJ - alle (€)
TG1	24	6.316	8,21	563,19
TG2	319	81.920	12,73	1.058,64
TG3	24.664	6.343.817	11,17	754,74
TG5	68.749	21.142.352	9,84	1.020,32

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: BJ = Beobachtungsjahr; HM = Hilfsmittel; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG5 = häusliche Pflege

Tabelle 68: Hilfsmittel Datensatz 2020 - mit Gewichtung

TG	n	Beobachtungstage	Anzahl HM pro BJ	HM-Kosten pro BJ - alle (€)
TG1	36	10.602	9,02	685,79
TG2	453	116.701	12,28	997,20
TG3	31.767	8.268.574	11,31	754,36
TG5	73.304	21.703.962	10,40	1.067,00

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: BJ = Beobachtungsjahr; HM = Hilfsmittel; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG5 = häusliche Pflege

Tabelle 69: Hilfsmittel Datensatz 2021 - mit Gewichtung

TG	n	Beobachtungstage	Anzahl HM pro BJ	HM-Kosten pro BJ - alle (€)
TG1	36	11.372	10,30	884,88
TG2	503	136.782	12,28	1.044,93
TG3	32.650	8.596.077	11,35	809,75
TG4	7.261	2.195.558	10,49	1.131,96
TG5	88.709	27.707.561	10,31	1.115,71

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: BJ = Beobachtungsjahr; HM = Hilfsmittel; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG4 = betreutes Wohnen, TG5 = häusliche Pflege

Tabelle 70: Hilfsmittel Datensatz 2022 - mit Gewichtung

TG	n	Beobachtungstage	Anzahl HM pro BJ	HM-Kosten pro BJ - alle (€)
TG1	33	8.754	9,30	727,58
TG2	541	140.974	11,77	993,80
TG3	33.593	8.114.371	11,21	820,89
TG4	7.686	2.233.946	10,17	1.051,22
TG5	98.553	29.909.404	10,03	1.067,84

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: BJ = Beobachtungsjahr; HM = Hilfsmittel; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG4 = betreutes Wohnen, TG5 = häusliche Pflege

Wie die Auswertungsergebnisse (gewichtete Ergebnisse, Tabelle 67 bis Tabelle 70) zeigen, liegen die Hilfsmittelkosten in TG 1 (HR) in den Jahren 2019, 2020 und 2022 von allen vier bzw. fünf in diesem Zeitraum betrachteten Teilgruppen am niedrigsten und im Jahr 2021 um etwa 75 € höher als in TG 3 (stationäre Pflege), aber um etwa 160 € bis 250 € niedriger als in TG 2, TG 4 und TG 5.

3.7.6 Inanspruchnahme und Kosten von Krankenhausbehandlungen

Die Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen ist kein expliziter Gegenstand von Interventionen des Modells HR. In der Leistungsbeschreibung der Evaluationsuntersuchung werden „ungeplante Krankenhausaufnahmen und –transporte“ jedoch als Indikatoren der Versorgungsqualität bzw. als Erfolgskriterien des Modells genannt. Inwieweit ein Krankenhausaufenthalt als „ungeplant“ anzusehen

ist, kann im Rahmen der Routinedatenanalysen nicht untersucht werden. In den Analysen werden alle vollstationären Krankenhausaufenthalte betrachtet.

In den ungewichteten Ergebnissen zu den im Krankenhaus verbrachten Tagen in Abschnitt 3.7.1.3 (Tabelle 35 bis Tabelle 38) war für die TG 1 eine deutlich geringere Zahl von Krankenhaustagen erkennbar als in allen anderen Teilgruppen. Diese Ergebnisse stehen jedoch unter dem Vorbehalt der unterschiedlichen Versichertenstrukturen (nach Alter, Pflegegrad und Mortalitätsrisiko) in den Teilgruppen.

In den folgenden Tabellen sind neben weiteren ungewichteten Auswertungsergebnissen (Tabelle 71 bis Tabelle 74) auch gewichtete Ergebnisse dargestellt, die einen valideren Vergleich der Teilgruppen untereinander ermöglichen (Tabelle 75 bis Tabelle 78)¹³.

Tabelle 71: Vollstationäre Krankenhausbehandlungen Datensatz 2019 - ohne Gewichtung

	TG1	TG2	TG3	TG5
N	24	546	42.128	133.431
Versichertentage	6.386	146.677	11.157.374	43.532.537
N mit KH-Behandlung	8	189	15.754	52.882
Anzahl KH-Fälle	9	310	24.558	88.077
Verweildauer pro Fall (Tage)	7,78	11,18	9,41	10,95
Kosten pro Fall (€)	3.184,82	5.290,16	4.778,94	5.387,12
Anteil Versicherte mit KH-Fall	33,3%	34,6%	37,4%	39,6%
KH-Fälle pro VJ	0,51	0,77	0,80	0,74
Verweildauer pro VJ	4,0	8,6	7,6	8,1
KH-Kosten pro VJ	1.638,29	4.080,95	3.839,33	3.978,31

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: VJ = Versichertenjahr; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG5 = häusliche Pflege; N/A = Nicht zu-treffend

¹³ Die in Tabelle 35 bis Tabelle 38 ausgewiesenen „Tage im KH/n“ sind in Tabelle 71 bis Tabelle 74 nicht erneut aufgeführt. Der entsprechende Wert errechnet sich jedoch, indem man die „Anzahl KH-Fälle“ mit der „Verweildauer pro Fall“ multipliziert und das Ergebnis durch die Personenzahl (n) dividiert.

Tabelle 72: Vollstationäre Krankenhausbehandlungen Datensatz 2020 - ohne Gewichtung

	TG1	TG2	TG3	TG5
N	36	661	48.608	149.128
Versichertentage	10.722	180.643	13.067.030	48.952.291
N mit KH-Behandlung	15	225	16.842	53.038
Anzahl KH-Fälle	15	348	25.080	85.439
Verweildauer pro Fall (Tage)	8,13	10,16	9,46	11,06
Kosten pro Fall (€)	4.046,93	5.525,34	5.198,62	6.238,33
Anteil Versicherte mit KH-Fall	41,7%	34,0%	34,7%	35,6%
KH-Fälle pro VJ	0,51	0,70	0,70	0,64
Verweildauer pro VJ	4,2	7,1	6,6	7,0
KH-Kosten pro VJ	2.066,49	3.885,17	3.641,93	3.974,15

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: VJ = Versichertenjahr; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG5 = häusliche Pflege; N/A = Nicht zu-treffend

Tabelle 73: Vollstationäre Krankenhausbehandlungen Datensatz 2021 - ohne Gewichtung

	TG1	TG2	TG3	TG4	TG5
N	36	818	53.961	13.463	163.291
Versichertentage	11.488	222.775	14.104.471	4.340.100	53.834.931
N mit KH-Behandlung	10	262	17.842	4.855	55.886
Anzahl KH-Fälle	16	375	26.882	7.901	89.005
Verweildauer pro Fall (Tage)	7,56	9,56	9,64	11,71	11,07
Kosten pro Fall (€)	5.039,70	5.426,03	5.350,68	6.622,23	6366,66
Anteil Versicherte mit KH-Fall	27,8%	32,0%	33,1%	36,1%	34,2%
KH-Fälle pro VJ	0,51	0,61	0,70	0,66	0,60
Verweildauer pro VJ	3,8	5,9	6,7	7,8	6,7
KH-Kosten pro VJ	2.561,96	3.333,80	3.722,26	4.400,27	3.841,98

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: VJ = Versichertenjahr; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG4 = betreutes Wohnen, TG5 = häusliche Pflege; N/A = Nicht zu-treffend

Tabelle 74: Vollstationäre Krankenhausbehandlungen Datensatz 2022 - ohne Gewichtung

	TG1	TG2	TG3	TG4	TG5
N	33	824	51.724	13.469	169.182
Versichertentage	8.854	228.728	13.201.749	4.337.298	55.850.466
N mit KH-Behandlung	11	258	16.727	4.903	57.134
Anzahl KH-Fälle	14	407	24.365	7.917	89.060
Verweildauer pro Fall (Tage)	8,86	10,03	9,36	12,08	11,28
Kosten pro Fall (€)	5.817,49	5.782,60	5.481,87	7.111,87	6.756,77
Anteil Versicherte mit KH-Fall	33,3%	31,3%	32,3%	36,4%	33,8%
KH-Fälle pro VJ	0,58	0,65	0,67	0,67	0,58
Verweildauer pro VJ	5,11	6,51	6,30	8,05	6,56
KH-Kosten pro VJ	3.357,51	3.755,70	3.692,80	4.738,25	3.932,67

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: VJ = Versichertenjahr; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG4 = betreutes Wohnen, TG5 = häusliche Pflege; N/A = Nicht zu-treffend

Tabelle 75: Vollstationäre Krankenhausbehandlungen Datensatz 2019 - mit Gewichtung

	TG1	TG2	TG3	TG5
N	24	319	24.664	68.749
Versichertentage	6.386	83.644	6.455.069	21.568.025
KH-Fälle pro VJ	0,51	0,78	0,67	0,82
Verweildauer pro VJ	4,0	7,9	6,3	9,0
KH-Kosten pro VJ	1.638,29	3.727,68	3.115,46	4.244,03

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: VJ = Versichertenjahr; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG5 = häusliche Pflege; N/A = Nicht zu-treffend

Tabelle 76: Vollstationäre Krankenhausbehandlungen Datensatz 2020 - mit Gewichtung

	TG1	TG2	TG3	TG5
N	36	453	31.767	73.304
Versichertentage	10.722	118.913	8.397.761	22.116.372
KH-Fälle pro VJ	0,51	0,82	0,67	0,79
Verweildauer pro VJ	4,2	9,4	6,2	8,6
KH-Kosten pro VJ	2.066,49	4.907,96	3.333,37	4.556,30

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: VJ = Versichertenjahr; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG5 = häusliche Pflege; N/A = Nicht zu-treffend

Tabelle 77: Vollstationäre Krankenhausbehandlungen Datensatz 2021 - mit Gewichtung

	TG1	TG2	TG3	TG4	TG5
N	36	503	32.650	7.261	88.709
Versichertentage	11.488	138.608	8.728.426	2.241.249	28.190.472
KH-Fälle pro VJ	0,51	0,63	0,63	0,83	0,70
Verweildauer pro VJ	3,8	5,5	5,9	9,7	7,6
KH-Kosten pro VJ	2.561,96	2.963,62	3.221,14	5.208,00	4.159,07

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: VJ = Versichertenjahr; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG4 = betreutes Wohnen, TG5 = häusliche Pflege; N/A = Nicht zu-treffend

Tabelle 78: Vollstationäre Krankenhausbehandlungen Datensatz 2022 - mit Gewichtung

	TG1	TG2	TG3	TG4	TG5
N	33	541	33.593	7.686	98.553
Versichertentage	8.854	143.270	8.245.087	2.283.384	30.434.536
KH-Fälle pro VJ	0,58	0,73	0,66	0,93	0,80
Verweildauer pro VJ	5,11	6,59	6,12	11,14	9,03
KH-Kosten pro VJ	3.357,51	3.846,23	3.586,82	6.428,31	5.184,98

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: VJ = Versichertenjahr; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG4 = betreutes Wohnen, TG5 = häusliche Pflege; N/A = Nicht zu-treffend

Der Anteil der Pflegebedürftigen, der überhaupt eine Krankenhausbehandlung in Anspruch nimmt ist in TG 1 (HR) im Jahr 2019 mit 33 % auf vergleichbarem Niveau mit der TG 2 und nur geringfügig niedriger als in den anderen beiden TG. Die Verweildauer im Krankenhaus ist jedoch in der TG 1 mit im Mittel vier Tagen pro Beobachtungsjahr nur etwa halb so lang wie in den TG 2, TG 3 und TG 5. In der gewichteten Analyse bestätigt sich eine geringere Krankenhausinanspruchnahme der TG 1, deren Fallzahl (0,51 Fälle pro Beobachtungsjahr) deutlich unter der der anderen Teilgruppen (0,67 bis 0,82) liegt. Im Ergebnis resultieren in TG 1 sehr viel niedrigere Leistungsausgaben für Krankenhausbehandlungen als in den anderen Gruppen.

In Jahr 2020 liegt der Anteil von Versicherten mit mindestens einer Krankenhausbehandlung in der TG 1 (42 %) über dem der anderen Teilgruppen (maximal 36 %). Dabei weist die TG 1 jedoch auch in 2020 eine im Vergleich zu den anderen drei TG deutlich geringere Verweildauer pro Beobachtungsjahr auf (4,2 Tage). In den gewichteten Analysen zeigen sich im Mittel 0,51 Fälle pro Beobachtungsjahr, während es in den übrigen Teilgruppen 0,67 bis 0,82 Fälle sind. Die TG 1 weist folglich auch im Jahr 2020 die niedrigsten Krankenhauskosten pro Beobachtungsjahr auf, wobei der Unterschied zur nächsten Teilgruppe (TG 3) mit ca. 1.260 € (gewichtete Analyse) etwas geringer ist als im Jahr 2019, aber noch immer erheblich (TG 1 liegt fast 40 % unter den Kosten der TG 3). Im Vergleich zu Versicherten in vollstationärer Pflege (TG 3) haben die HR-BEW somit sowohl eine geringere Zahl von Behandlungsfällen als auch eine kürzere Verweildauer pro Behandlungsfall.

Im Jahr 2021 ist der Anteil von Versicherten mit mindestens einer Krankenhausbehandlung in der TG 1 um etwa 5 Prozentpunkte niedriger als in den übrigen Teilgruppen bzw. etwa 8 Prozentpunkte niedriger als in der TG 4. Die TG 1 weist erneut die niedrigsten Krankenhauskosten pro Beobachtungsjahr auf. Der Unterschied zur nächsten Teilgruppe (TG 3) ist mit ca. 660 € (gewichtete Analyse) geringer als in den Jahren 2019 und 2020. Auch hier ist der Unterschied jedoch noch immer erheblich (TG 1 liegt etwa 20 % unter den Kosten der TG 3).

In dem Zeitraum 2022 ist der Anteil von Versicherten mit mindestens einer Krankenhausbehandlung in der TG 1 etwas höher als in der TG 2 und auf einem vergleichbaren Niveau wie die TG 3 und TG 5. Die TG 4 liegt mit etwa 36% etwas höher als die anderen Teilgruppen. Die TG 1 weist erneut die niedrigsten Krankenhauskosten pro Beobachtungsjahr auf. Der Unterschied zur nächsten Teilgruppe (TG 3) ist mit ca. 230 € (gewichtete Analyse) geringer als in den vorangegangenen Jahren (ca. 6 % niedrigere Krankenausgaben pro Versichertenjahr als TG 3).

Die höchsten Krankenhauskosten entstehen im Jahr 2019 bei Versicherten in häuslicher Pflege (TG 5), im Jahr 2020 bei Versicherten in ambulanten Wohngruppen (TG 2) und im Jahr 2021 im „betreuten Wohnen“ (TG 4). Über alle Analysezeiträume weisen die beiden Gruppen TG 2 und TG 5 höhere Krankenhauskosten auf als die Versicherten in vollstationärer Pflege (TG 3) und deutlich höhere Kosten als

die TG 1. In den beiden Zeiträumen 2021 und 2022, in denen auch die TG 4 operationalisiert werden konnte, weist diese die höchsten Krankheitskosten aller untersuchten TG auf (gewichtete Analysen).

3.7.7 Inanspruchnahme und Kosten von ungeplanten Krankentransporten

Die Zahl ungeplanter Krankentransporte kann – wie auch die der Krankenhausaufenthalte – als ein Indikator für die Qualität der pflegerischen Versorgung herangezogen werden. Im Gegensatz zu den Krankenhausbehandlungen – wo eine Eingrenzung auf „ungeplante“ Behandlungen nicht möglich ist – können die Krankentransporte auf mit hoher Wahrscheinlichkeit ungeplante Anlässe eingegrenzt werden, indem in den folgenden Auswertungen nur die Transportmittel „Notarztwagen“, „Notarzteinsatzfahrzeug“, „Rettungswagen“ oder „Primärtransport-Luft“ berücksichtigt wurden. Die gewichteten und ungewichteten Ergebnisse sind in Tabelle 79 bis Tabelle 86 dargestellt.

Tabelle 79: Ungeplante Krankentransporte Datensatz 2019 - ohne Gewichtung

TG	n	Beobachtungstage	n mit Einsatz	Anzahl Einsätze	Kosten pro Einsatz (€)	% n mit Einsatz	Einsätze pro BJ	Kosten pro BJ (€)
TG1	24	6.334	6	18	267,46	25,00%	1,04	277,43
TG2	546	143.925	160	650	298,35	29,30%	1,65	491,82
TG3	42.128	10.974.198	12.682	47.684	272,03	30,10%	1,59	431,43
TG5	133.431	42.761.070	34.440	130.819	273,09	25,81%	1,12	304,95

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
Anmerkung: BJ = Beobachtungsjahr; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG5 = häusliche Pflege

Tabelle 80: Ungeplante Krankentransporte Datensatz 2020 - ohne Gewichtung

TG	n	Beobachtungstage	n mit Einsatz	Anzahl Einsätze	Kosten pro Einsatz (€)	% n mit Einsatz	Einsätze pro BJ	Kosten pro BJ (€)
TG1	36	10.630	12	36	291,94	33,33%	1,24	360,87
TG2	661	177.837	165	683	348,16	24,96%	1,40	488,05
TG3	48.608	12.879.756	14.045	51.426	328,02	28,89%	1,46	478,05
TG5	149.128	48.198.860	36.566	138.090	326,50	24,52%	1,05	341,43

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg (Legende vgl. vorangehende Tabelle)

Tabelle 81: Ungeplante Krankentransporte Datensatz 2021 - ohne Gewichtung

TG	n	Beobachtungstage	n mit Einsatz	Anzahl Einsätze	Kosten pro Einsatz (€)	% n mit Einsatz	Einsätze pro BJ	Kosten pro BJ (€)
TG1	36	11.403	9	32	299,23	25,00%	1,02	306,50
TG2	818	220.030	254	1.004	338,24	31,05%	1,67	563,33
TG3	53.961	13.900.345	16.213	62.800	345,41	30,05%	1,65	569,58
TG4	13.463	4.266.127	3.712	15.010	334,13	27,57%	1,28	429,10
TG5	163.291	53.047.428	40.740	155.708	347,02	24,95%	1,07	371,79

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: BJ = Beobachtungsjahr; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG4 = betreutes Wohnen, TG5 = häusliche Pflege

Tabelle 82: Ungeplante Krankentransporte Datensatz 2022 - ohne Gewichtung

TG	n	Beobachtungstage	n mit Einsatz	Anzahl Einsätze	Kosten pro Einsatz (€)	% n mit Einsatz	Einsätze pro BJ	Kosten pro BJ (€)
TG1	33	8.781	12	61	299,56	36,36%	2,54	759,56
TG2	824	225.604	261	1.144	336,78	31,67%	1,85	623,32
TG3	51.724	13.021.356	16.290	62.059	357,67	31,49%	1,74	622,20
TG4	13.469	4.260.140	3.844	15.474	335,66	28,54%	1,33	445,02
TG5	169.182	55.043.584	43.319	165.345	355,63	25,60%	1,10	389,92

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: BJ = Beobachtungsjahr; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG4 = betreutes Wohnen, TG5 = häusliche Pflege

Tabelle 83: Ungeplante Krankentransporte Datensatz 2019 - mit Gewichtung

TG	n	Beobachtungstage	Einsätze pro BJ	Einsatzkosten pro BJ (€)
TG1	24	6.334	1,04	277,43
TG2	319	82.259	1,63	487,25
TG3	24.664	6.368.523	1,31	359,20
TG5	68.749	21.222.661	1,38	380,71

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: BJ = Beobachtungsjahr; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG5 = häusliche Pflege

Tabelle 84: Ungeplante Krankentransporte Datensatz 2020 - mit Gewichtung

TG	n	Beobachtungstage	Einsätze pro BJ	Einsatzkosten pro BJ (€)
TG1	36	10.630	1,24	360,87
TG2	453	117.144	1,59	574,72
TG3	31.767	8.297.113	1,42	465,71
TG5	73.304	21.780.401	1,45	477,96

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg (Legende vgl. vorangehende Tabelle)

Tabelle 85: Ungeplante Krankentransporte Datensatz 2021 - mit Gewichtung

TG	n	Beobachtungstage	Einsätze pro BJ	Einsatzkosten pro BJ (€)
TG1	36	11.403	1,02	306,50
TG2	503	137.174	1,66	552,47
TG3	32.650	8.624.519	1,47	512,50
TG4	7.261	2.203.413	1,74	583,84
TG5	88.709	27.795.885	1,37	476,21

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: BJ = Beobachtungsjahr; TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG4 = betreutes Wohnen, TG5 = häusliche Pflege

Tabelle 86: Ungeplante Krankentransporte Datensatz 2022 - mit Gewichtung

TG	n	Beobachtungstage	Einsätze pro BJ	Einsatzkosten pro BJ (€)
TG1	33	8.781	2,54	759,56
TG2	541	141.462	2,10	730,60
TG3	33.593	8.142.988	1,70	604,97
TG4	7.686	2.242.333	2,00	675,79
TG5	98.553	30.004.308	1,66	594,83

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg (Legende vgl. vorangehende Tabelle)

Wie bereits bei anderen Ergebnisgrößen (z.B. HKP, Krankenhausbehandlungen) beobachtet, weist die TG 1 (HR) im Jahr 2019 jeweils eine besonders niedrige Inanspruchnahme und dementsprechend geringe Kosten auf. Dies gilt auch für die ungeplanten Krankentransporte, die im HR nur von 25 % der hier analysierbaren BEW benötigt wurden, wogegen die Inanspruchnahmequote in den TG 2 und TG 3 bei ca. 30 % lag. Die TG 5 hat eine ähnlich hohe Inanspruchnahmequote (26 %). In den gewichteten Analysen zeigt sich jedoch eine deutlich geringere Zahl von Einsätzen im Beobachtungsjahr sowie deutlich niedrigere Kosten bei den Versicherten im HR. Im Zeitraum 2021 ist ein ähnliches Muster zu beobachten.

In den Jahren 2020 und 2022 weist die TG 1 im Gegensatz dazu sogar die höchste Quote von Versicherten auf, die mindestens einen ungeplanten Krankentransport in Anspruch nehmen (33 % in 2020 und 36% in 2022). Die Inanspruchnahmequote unterliegt offenbar in allen Versorgungssettings gewissen Schwankungen. Wegen der trotzdem geringeren Zahl der Einsätze pro Beobachtungsjahr liegen die Kosten für ungeplante Krankentransporte im HR jedoch auch 2020 mit 361 € um 20 % niedriger als in der nächsten Teilgruppe (TG 3 mit 466 €). Im Gegensatz dazu sind die Kosten für ungeplante Krankentransporte im HR im Jahr 2022 deutlich höher als in den vorangegangenen Jahren und liegen mit ca. 760 € über den Ausgaben in den anderen Teilgruppen. Die Steigerung ist auf die im Vergleich zu den Vorjahren sehr hohe Zahl von Einsätzen pro Beobachtungsjahr zurückzuführen.

3.7.8 Fazit zu den Analysen zu Leistungsanspruchnahmen und Kosten

Einen Gesamtüberblick über die in diesem Kapitel analysierten Leistungsausgaben der AOK BW für ihre Versicherten in den vier (2019, 2020) bzw. fünf (2021, 2022) Teilgruppen getrennt nach SGB XI und SGV V bieten die folgenden drei Tabellen.

Im Hinblick auf die Leistungsausgaben im SGB V-Bereich sei nochmals darauf hingewiesen, dass im Fall der TG 1 (HR) die Ausgaben für die modellspezifische „SGB V-Pauschale“ (200 € pro Monat) in den IGES zur Verfügung stehenden Daten nicht enthalten waren, so dass bei der TG 1 dementsprechend pro Beobachtungsjahr

noch 2.400 € zuzusetzen sind, die sachlich dem Leistungsbereich HKP zuzuordnen sind.

Tabelle 87: Leistungskosten (€) pro Beobachtungsjahr im Datensatz 2019 nach Teilgruppen (TG) und Leistungsarten (gewichtete Werte, gerundet)

	TG 1	TG 2	TG 3	TG 5
SGB XI Leistungen ohne Pflegegeld	17.952	20.182	19.925	6.692
SGB XI Pflegegeld	1.053	1.118	N/A	6.153
SGB XI Gesamt	19.005	21.300	19.925	12.845
SGB V HKP	312	8.587	N/A	1.802
SGB V Hilfsmittel	563	1.059	755	1.020
SGB V Krankenhaus	1.638	3.728	3.115	4.244
SGB V Krankentransporte	277	487	359	381
SGB V Gesamt	2.791	13.860	4.229	7.447
Gesamt SGB V und XI	21.795	35.160	24.155	20.292
Inklusive „SGB V-Pauschale“ (€ 2.400 p.a.)	24.195			

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG5 = häusliche Pflege; N/A: nicht anwendbar

Im Jahr 2019 – dem einzigen der hier analysierten Zeiträume ohne möglichen Einfluss der COVID-Pandemie – liegen die Leistungsausgaben der TG 1 (HR) im SGB XI-Bereich leicht unter denen der TG 3 (minus 920 €) und nennenswert unter der TG 2 (minus 2.300 €). Die Menschen in häuslicher Pflege verursachen erwartungsgemäß die mit Abstand geringsten SGB XI-Leistungsausgaben. Die Leistungsausgaben im SGB V-Bereich liegen in TG 1 mit Abstand am niedrigsten. Bei zusätzlicher Berücksichtigung der in den Daten nicht enthaltenen „SGB V-Pauschale“ liegen sie mit dann mit ca. 5.200,- um etwa ca. 960 € höher als bei den Versicherten in vollstationärer Pflege (TG 3), aber noch immer deutlich unter den Leistungsausgaben der TG 5 und nur bei etwa 38 % der Ausgaben in TG 2. In der Gesamtbetrachtung über beide Sozialgesetzbücher sowie unter Einschluss der „SGB V-Pauschale“ liegt die TG 1 auf etwa gleichem Niveau wie die TG 3, aber deutlich unter den Kosten der TG 2.

Tabelle 88: Leistungskosten (€) pro Beobachtungsjahr im Datensatz 2020 nach Teilgruppen (TG) und Leistungsarten (gewichtete Werte, gerundet)

	TG 1	TG 2	TG 3	TG 5
SGB XI Leistungen ohne Pflegegeld	17.605	20.461	19.963	6.556
SGB XI Pflegegeld	1.055	1.066	N/A	6.092
SGB XI Gesamt	18.660	21.527	19.963	12.648
SGB V HKP	1.079	9.105	N/A	1.907
SGB V Hilfsmittel	686	997	754	1.067
SGB V Krankenhaus	2.066	4.908	3.333	4.556
SGB V Krankentransporte	361	575	466	478
SGB V Gesamt	4.192	15.584	4.553	8.008
Gesamt SGB V und XI	22.851	37.111	24.517	20.656
Inklusive „SGB V-Pauschale“ (€ 2.400 p.a.)	25.251			

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG5 = häusliche Pflege; N/A: nicht anwendbar

Im Jahr 2020 zeigt sich ein ähnliches Muster wie in 2019: Die TG 1 weist im SGB XI-Bereich etwas niedrigere Ausgaben pro Beobachtungsjahr auf, wie TG 3 (minus 1.300 €), aber um fast 3.000 € niedrigere Ausgaben als die ambulanten Wohngruppen (TG 2). Im SGB V-Bereich liegen die Ausgaben der TG 1 nach Zusetzen der „SGB V-Pauschale“ (dann ca. 6.600 €) nennenswert höher als in TG 3, aber deutlich unter der TG 5 bzw. nur bei etwa 42 % der Ausgaben in TG 2. In der Gesamtbetrachtung über beide SGB und unter Einschluss der „SGB V-Pauschale“ liegen die Ausgaben für die TG 1 leicht über der TG 3 (plus 730 €), aber deutlich unter der TG 2 (minus 11.860 €).

Tabelle 89: Leistungskosten (€) pro Beobachtungsjahr im Datensatz 2021 nach Teilgruppen (TG) und Leistungsarten (gewichtete Werte, gerundet)

	TG1	TG2	TG3	TG4	TG5
SGB XI Leistungen ohne Pflegegeld	17.912	19.639	20.205	8.276	6.747
SGB XI Pflegegeld	843	1.283	N/A	5.637	6.130
SGB XI Gesamt	18.755	20.922	20.205	13.913	12.877
SGB V HKP	2.610	8.861	N/A	2.921	1.874
SGB V Hilfsmittel	885	1.045	810	1.132	1.116
SGB V Krankenhaus	2.562	2.964	3.221	5.208	4.159
SGB V Krankentransporte	307	552	513	584	476
SGB V Gesamt	6.363	13.422	4.543	9.845	7.625
Gesamt SGB V und XI	25.118	34.344	24.748	23.785	20.502
Inklusive „SGB V-Pauschale“ (€ 2.400 p.a.)	27.518				

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG4 = betreutes Wohnen, TG5 = häusliche Pflege; N/A: nicht anwendbar

Ab dem Jahr 2021 ist zusätzlich der Vergleich zu TG 4 („betreutes Wohnen“) möglich. Im SGB XI-Bereich liegen TG 1, TG 2 und TG 3 nah beieinander, wobei die TG 1 auch in diesem Jahr durchschnittlich die niedrigsten Leistungsausgaben dieser drei Teilgruppen verursachte (minus 1.450 € gegenüber TG 3). TG 4 ist bei den SGB XI-Kosten eher mit der TG 5 vergleichbar.

In 2021 weist TG 1 im Vergleich zu den beiden Vorjahren deutlich höhere HKP-Ausgaben auf. Nach Zusetzen der „SGB V-Pauschale“ liegen die Ausgaben der TG 1 im SGB V-Bereich mit dann ca. 8.800 € in diesem Jahr deutlich höher als in der TG 3 und auch über den Ausgaben der häuslich Gepflegten (TG 5), aber unterhalb der TG 4 und deutlich unterhalb der TG 2.

In der Gesamtbetrachtung über beide Sozialgesetzbücher und unter Einschluss der „SGB V-Pauschale“ liegen die Leistungsausgaben der TG 1 um etwa 2.770 € über denen der TG 3 und ca. 6.800 € unter denen der TG 2.

Tabelle 90: Leistungskosten (€) pro Beobachtungsjahr im Datensatz 2022 nach Teilgruppen (TG) und Leistungsarten (gewichtete Werte, gerundet)

	TG1	TG2	TG3	TG4	TG5
SGB XI Leistungen ohne Pflegegeld	17.272	19.886	26.159	7.868	6.489
SGB XI Pflegegeld	1.178	1.197	N/A	5.565	6.030
SGB XI Gesamt	18.450	21.083	26.159	13.433	12.519
SGB V HKP	2.546	9.268	N/A	2.936	1.855
SGB V Hilfsmittel	728	994	821	1.051	1.068
SGB V Krankenhaus	3.358	3.846	3.587	6.428	5.185
SGB V Krankentransporte	760	731	605	676	595
SGB V Gesamt	7.391	14.838	5.013	11.091	8.703
Gesamt SGB V und XI	25.841	35.921	31.172	24.524	21.222
Inklusive „SGB V-Pauschale“ (€ 2.400 p.a.)	28.889				

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: TG1 = Haus Rheinaue, TG2 = ambulante Wohngruppe, TG3 = vollstationäre Einrichtung, TG4 = betreutes Wohnen, TG5 = häusliche Pflege; N/A: nicht anwendbar

Im Jahr 2022 liegen die Leistungsausgaben der TG 1 im SGB XI-Bereich wie in den Vorjahren um etwa 2.500 € unter denen der TG 2. Aufgrund der ab 2022 gezahlten aufenthaltsdauerabhängigen Zuschläge gem. § 43c SGB XI sind die Ausgaben in der TG 3 im Vergleich zu den Vorjahren deutlich gestiegen, mit der Folge, dass die SGB XI-Leistungsausgaben der TG 1 (und auch der TG 2) nunmehr deutlich unter denen der TG 3 liegen. Im SGB V-Bereich weist die TG 1 in 2022 nach Zusetzen der „SGB V-Pauschale“ deutlich höhere Ausgaben auf, als die TG 3 (plus 4.800 €), aber deutlich niedrigere als TG 2 (minus 5.000 €) und TG 4 (minus 1.300 €). In der Gesamtbetrachtung über beide Sozialgesetzbücher und unter Berücksichtigung der „SGB V-Pauschale“ ist die Versorgung im HR im Jahr 2022 um etwa 2.300 € günstiger als in der vollstationären Versorgung (TG 3) und um gut 7.000 € günstiger als in den ambulanten Wohngruppen (TG 2). Alle in diesem Abschnitt dargestellten Ergebnisse beruhen auf den gewichteten Analysen, d.h. die Vergleiche zwischen den Teilgruppen werden nicht durch Unterschiede in der Zusammensetzung der Versicherten nach Alter, Pflegegrad und Mortalität verfälscht.

Resümierend ist mit Blick auf das Modell HR somit festzuhalten, dass die Ausgaben der Pflegeversicherung für ein hinsichtlich Alter, Pflegegrad und Mortalitätsrisiko standardisiertes Kollektiv von Pflegebedürftigen jeweils etwas unter dem Niveau des vollstationär versorgten und noch etwas stärker unter dem Niveau des

ambWG-Kollektivs liegen. Die Menschen in häuslicher Pflege (Teilgruppe TG 5) verursachen jeweils die niedrigsten Leistungsausgaben im SGB XI. Die nur in 2021 und 2022 analysierte TG 4 („betreutes Wohnen“) weist jeweils um etwa 1.000 € höhere SGB XI-Leistungsausgaben als die TG 5 auf.

Bezieht man die Ausgaben in den hier analysierten Leistungsbereichen des SGB V (häusliche Krankenpflege, Krankenhausbehandlung, Hilfsmittel, ungeplante Krankentransporte) mit ein, so sind die Ausgaben des HR-Kollektivs auch nach Zusetzen der modellspezifischen „SGB V-Pauschale“ deutlich niedriger als bei den BEW der ambWG, die vor allem aufgrund von hohen Ausgaben im Bereich der häuslichen Krankenpflege im Vergleich zu allen anderen Teilgruppen die höchsten Ausgaben im SGB V verursachen.

Über beide Sektoren hinweg betrachtet liegen die Leistungsausgaben der beiden sozialen Sicherungssysteme für die BEW des HR (inkl. „SGB V-Pauschale“) in 2019 und 2020 auf etwa gleichem Niveau wie für ein strukturgleiches Kollektiv von Menschen in vollstationärer Pflege. Im Jahr 2021 sind sie vor allem aufgrund gesteigener HKP-Ausgaben im HR um fast 3.000 € höher als in TG 3. Im Jahr 2022 verändert sich das Bild wieder, weil die Menschen in vollstationärer Pflege aufgrund der Leistungsrechtsreform des § 43c SGB XI deutlich höhere Ausgaben verursachen. In 2022 liegen daher die Gesamtausgaben der TG 1 um etwa 2.300 € unter denen der TG 3.

In allen vier analysierten Jahren liegen die Ausgaben für das HR-Kollektiv sehr deutlich – in 2019 und 2020 um 11 bis 12.000 €, in 2021 und 2022 um knapp 7.000 € – unter den Ausgaben für das strukturgleiche ambWG-Kollektiv.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass es sich um teilweise sehr kleine Versichertenkollektive handelt (TG1/HR: zwischen n=24 und n=36, TG 2/ambWG: zwischen n=546 und n=818), was die Gefahr der starken Beeinflussung von Ergebnissen durch einzelne Ereignisse bzw. Personen birgt. Ferner ist stets im Blick zu behalten, dass die Jahre 2020 bis 2022 von der COVID-Pandemie geprägt waren.

3.7.9 Veränderungen des Pflegegrades im Zeitverlauf

Die von der AOK BW zur Verfügung gestellten Daten erlauben es, die Entwicklung der Pflegegradeinstufungen der Versicherten über den Zeitraum von zwei Kalenderjahren (2020/21) zu untersuchen. Die entsprechenden Analysen – insbesondere auch der Vergleich der Teilgruppen bzw. Pflegesettings (TG 1, 2, 3 und 5) – stellen gewisse Anforderungen an die methodische Konzeption. Daher wird die methodische Vorgehensweise zunächst erläutert, bevor zum einen deskriptive Ergebnisse und zum anderen eine speziell für diese Untersuchung entwickelte, zusammenfassende Kennzahl berichtet wird, die einen Vergleich zwischen den Teilgruppen ermöglicht.

3.7.9.1 Methodische Vorgehensweise und Definition der Kennzahl „Pflegergrad-adjustierte Verweildauer-Ausschöpfung (PaVdA bzw. PaVdA-ÜL)“

Für die Untersuchung der Veränderungen des Pflegegrades werden die Versicherten nach Kohorten betrachtet: Die Zuordnung einer/s Versicherten zu einer Kohorte ergibt sich aus dem Pflegegrad der Person am ersten Tag des Beobachtungszeitraums (01.01.2020). Aus dem fixierten Beobachtungszeitraum von zwei Kalenderjahren (bis 31.12.2021) resultiert eine maximale Zahl von 731 Beobachtungstagen je versicherte Person (2020: 366, 2021: 365 Tage). In diesem Zeitraum kann die Person im gleichen Pflegegrad (PG) verbleiben, in einen anderen PG wechseln oder versterben. Darüber hinaus kann die Person aus der Untersuchung ausscheiden, weil sie in den Zustand „nicht pflegebedürftig“ wechselt oder die AOK BW verlassen hat. In diesen Fällen verkürzt sich die maximale Zahl der Beobachtungstage entsprechend.

Für jede Pflegegrad-Kohorte wird ermittelt, wie viele Tage jede versicherte Person innerhalb des Zwei-Jahres-Zeitraums in den Zuständen „PG 1“, „PG 2“, „PG 3“, „PG 4“, „PG 5“ oder „Tod“ verbracht hat. Die Verweildauer in jedem Pflegegrad wird somit tagesgenau berücksichtigt. Falls ein Versicherter verstirbt, werden die Tage ab dem Todestag bis zum 31.12.2021 (Ende des Beobachtungszeitraums) dem Zustand „Tod“ zugerechnet. Auf diese Weise lässt sich in der deskriptiven Analyse für jede Pflegegrad-Kohorte darstellen, wie viele Tage der maximal möglichen Versichertentage (= Anzahl Versicherte in der Kohorte * 731 Tage¹⁴) im gleichen oder ggf. in einem höheren oder niedrigeren Pflegegrad verbracht wurden und wie viele Versichertentage in der Kohorte durch Versterben „verloren gegangen“ sind.

Auf Grundlage dieser deskriptiven Analysen sind grundsätzlich Vergleiche zwischen den Teilgruppen möglich, indem man für jede Pflegegrad-Kohorte die Ergebnisse für die Teilgruppen vergleicht (vgl. die Abbildungen in Abschnitt 3.7.9.2). Da sich aus diesen kohortenweisen Vergleichen jedoch nur mühsam ein Gesamtbild ableiten lässt, wurde für die vorliegende Untersuchung eine zusammenfassende Kennzahl entwickelt, die wir als „Pflegergrad-adjustierte Verweildauer-Ausschöpfung (PaVA)“ bezeichnen.

Die Kennzahl PaVA wird folgendermaßen berechnet:

- Ausgangspunkt ist eine gegebene Population von Pflegebedürftigen (hier: Teilgruppen TG), z.B. die BEW des HR (TG 1) oder Versicherte der AOK BW, die in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt werden (TG 3).
- Diese Population wird in fünf „Pflegergrad-Kohorten“ gegliedert¹⁵, d.h. jede Person wird entsprechend ihres an einem Stichtag (hier: 01.01.2020) geltenden Pflegegrades einer Kohorte zugeordnet (PG_1 bis PG_5).

¹⁴ Bzw. eine geringere Zahl von Tagen, wenn die Person die AOK BW verlassen hat oder keine Leistungen der Pflegeversicherung mehr bezogen hat (ohne dass sie verstorben ist).

¹⁵ Unter Umständen sind es weniger als fünf PG-Kohorten, wenn bspw. ein Pflegegrad nicht besetzt ist. Dies ist in den routinedatenbasierten Analysen des HR der Fall, wo der PG 1 nicht besetzt ist.

- Für jede PG-Kohorte kann die maximal mögliche Zahl von Verweildauertagen in dem die Kohorte definierenden Pflegegrad über die Formel „Anzahl Personen in der Kohorte“ multipliziert mit der „Länge des Beobachtungszeitraums in Tagen“ ermittelt werden. Diese maximale Zahl von Verweildauertagen (PG_1_max-d-roh bis PG_5_max-d-roh) entspricht somit der (fiktiven) Situation, dass von den am Stichtag der Kohorte zugeordneten Personen über den gesamten Beobachtungszeitraum (a) niemand verstirbt und (b) niemand in einen anderen Pflegegrad wechselt.
 - Die (fiktive) Situation, dass in einer Population in allen PG-Kohorten über den Beobachtungszeitraum „nichts passiert“ – d.h. niemand verstirbt und alle bleiben im gleichen PG, wie am ersten Tag – bildet für die hier interessierenden Fragestellungen die Referenzsituation. Dabei ist diese Referenzsituation lediglich im Sinne eines technisch-methodischen Ankers zu verstehen, um die Veränderungen im Zeitverlauf messbar zu machen.
 - Im nächsten Schritt geht es darum, Veränderungen in einer Kohorte bzw. in der gesamten Population – d.h. Wechsel des Pflegegrads sowie das Versterben – quantitativ darzustellen. Dies erfolgt, indem man die in einer PG-Kohorte verbrachten Tage mit einem PG-spezifischen Gewichtungsfaktor (PG_1-gew bis PG_5-gew) multipliziert, so dass z.B. ein Tag in PG 3 mit einem niedrigeren Gewicht gewertet wird, als ein Tag in PG 2, aber mit einem höheren Gewicht als ein Tag in PG 4. Tage im Zustand „Tod“ werden mit dem Gewicht „Null“ multipliziert.
 - Für die vorliegenden Auswertungen werden folgende Gewichte für die Verweildauertage in den fünf Pflegegraden bzw. sechs Zuständen gewählt: PG_1-gew: 0,9; PG_2-gew: 0,8; PG_3-gew: 0,7; PG_4-gew: 0,6; PG_5-gew: 0,5; Tod: 0. Grundsätzlich wäre es möglich, auch den Wechsel in den Zustand „kein Pflegegrad (PG_0)“ abzubilden (PG_0-gew: 1). Dazu standen jedoch in der vorliegenden Untersuchung keine Daten zur Verfügung.
 - Die Gewichtungsfaktoren haben keinerlei inhaltliche Bedeutung, sondern sollen nur eine Quantifizierung der Zustandsänderungen in den PG-Kohorten ermöglichen. Insbesondere sind sie nicht im Sinne von Gewichten zur Quantifizierung von Lebensqualität zu verstehen.
 - Für die oben erwähnte (fiktive) Referenzsituation, in der alle Personen über den gesamten Beobachtungszeitraum in dem PG des ersten Beobachtungstages verbleiben, lässt sich damit der gewichtete Referenzwert einer TG berechnen: $PG_1_max-d-roh * PG_1-gew + PG_2_max-d-roh * PG_2-gew$ usw. bis $PG_5_max-d-roh * PG_5-gew$.
 - Im nächsten Schritt werden in jeder PG-Kohorte die in dem jeweiligen Zustand (PG x oder Tod) tatsächlich verbrachten Tage ermittelt, mit dem entsprechenden Gewicht multipliziert und aufsummiert (PG_1_real-d-gew bis PG_5_real-d-gew).
 - Die PG-kohortenspezifischen Summen werden für die gesamte Teilgruppe aufsummiert und zu dem Referenzwert ins Verhältnis gesetzt. Das Verhältnis zwischen den gewichteten realen Verweildauertagen der Teil-
-

gruppe und den gewichteten maximal möglichen Verweildauertagen (Referenzwert) bezeichnen wir als „Pflegegrad-adjustierte Verweildauer-Ausschöpfung (PaVA)“.

- Die Kennzahl PaVA lässt sich als ein Prozentsatz lesen. Sie gibt an, zu welchem Anteil die für die gegebene Population maximal möglichen (mit dem Pflegegrad gewichteten) Verweildauertage tatsächlich ausgeschöpft wurden. Die Ausschöpfung ist dabei umso niedriger, (a) je mehr Tage durch Versterben verloren gehen und (b) je mehr Wechsel in einen höheren Pflegegrad erfolgen (bzw. je weniger Wechsel in einen niedrigeren Pflegegrad).

Die Kennzahl PaVA wird besonders stark durch die Mortalität im Beobachtungszeitraum beeinflusst: Beim Wechsel z.B. vom PG 2 in den PG 4 wird jeder Verweildauertag nur um 20 % „abgewertet“ (Multiplikation mit PG_4-gew = 0,6 statt mit PG_2-gew = 0,8), wogegen jeder Tag, der durch Versterben verloren geht mit „Null“ gewichtet wird.

Da das Versterben von Pflegebedürftigen möglicherweise weniger durch die Qualität der pflegerischen Versorgung beeinflusst werden kann, als ein Wechsel des Pflegegrades, erscheint es sinnvoll, eine weitere Kennzahl zu definieren, die nur auf Basis der Überlebenszeit der pflegebedürftigen Versicherten berechnet wird, d.h. ohne Berücksichtigung der durch Versterben verlorenen Verweildauertage. Diese zweite Kennzahl bezeichnen wir als Ü-PaVA.

- Der Referenzwert für die Kennzahl Ü-PaVA sind die (gewichteten) Verweildauertage, die sich ergeben, wenn man von den maximal möglichen (gewichteten) Verweildauertagen die durch Versterben verlorenen Tage abzieht.
- Die Kennzahl Ü-PaVA gibt somit an, inwieweit bezogen auf die Überlebenszeit der Versicherten die (gewichteten) Verweildauertage ausgeschöpft wurden. Die Kennzahl sinkt, wenn durch Wechsel in höhere Pflegegrade (gewichtete) Verweildauertage verloren gehen, sie steigt, wenn durch Wechsel in niedrigere Pflegegrade (gewichtete) Verweildauertage gewonnen werden.

Die Analyse ohne Betrachtung der Mortalität (d.h. die Kennzahl Ü-PaVA) ist in der vorliegenden Untersuchung von besonderer Bedeutung, weil zum einen die betrachteten Populationen teilweise sehr klein sind (TG 1/HR sind nur n=37 Personen), so dass bereits ein Todesfall mehr oder weniger die Kennzahl PaVA stark beeinflussen kann. Zum anderen ist wegen der fast vollständigen Überschneidung des Beobachtungszeitraums mit der COVID-Pandemie mit ungewöhnlichen Effekten auf die Mortalität zu rechnen.

Beim Vergleich der Kennzahlen PaVA bzw. Ü-PaVA zwischen den Pflegesettings/Teilgruppen ist ferner zu berücksichtigen, dass die Teilgruppen ggf. eine unterschiedliche Ausgangsverteilung der Pflegegrade am ersten Beobachtungstag aufweisen: So befinden sich bspw. in TG 3 (vollstationäre Versorgung) am ersten Tag des Beobachtungszeitraums 11,6 % der Versicherten in Pflegegrad 5, in TG 5

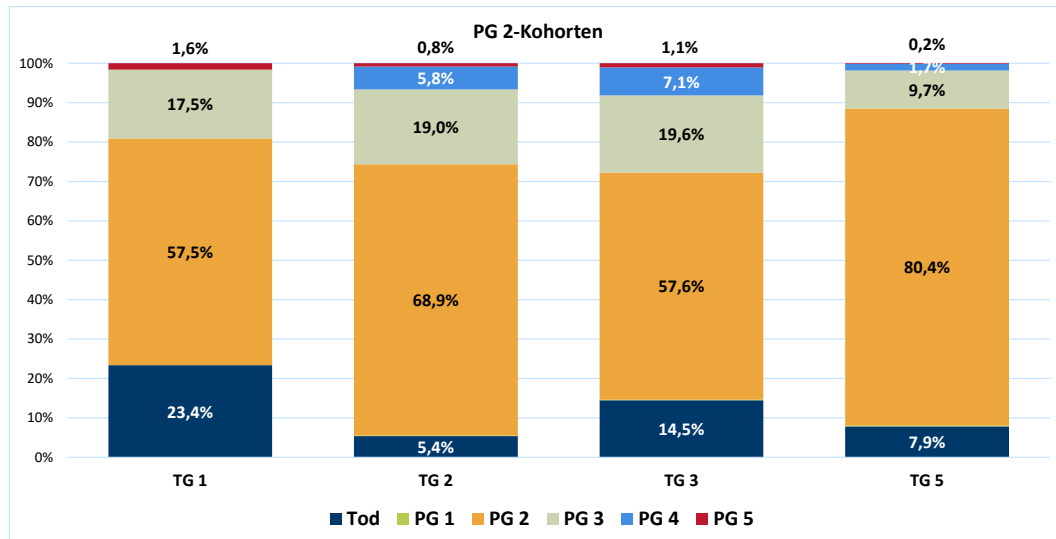
(häusliche Versorgung) dagegen nur 4,0 %. Um den Einfluss unterschiedlicher Startverteilungen auf die Kennzahlen auszugleichen, wurden die Ergebnisse der TG 2, TG 3 und TG 5 auf die Verteilung der TG 1 adjustiert (analog zur Vorgehensweise in den übrigen Routinedatenanalysen, vgl. Abschnitt 2.5.6).

3.7.9.2 Deskriptive Ergebnisse zu Veränderungen des Pflegegrades im Zeitverlauf

Die folgenden Abbildungen zeigen die deskriptiven Ergebnisse für die vier Teilgruppen (TG 1, TG 2, TG 3 und TG 5). Jede Abbildung stellt die Kohorten eines Pflegegrades für die vier Teilgruppen nebeneinander.

Abbildung 30 zeigt die vier PG-2 Kohorten: Die Versicherten in allen vier Teilgruppen hatten am ersten Tag des Beobachtungszeitraums (01.01.2020) den Pflegegrad 2. Die Säulen zeigen, wie sich die im Zeitraum von zwei Jahren maximal möglichen Verweildauertage (i.d.R. 731 Tage je Versicherter) auf Pflegegrade verteilen bzw. welcher Anteil von Tagen durch Versterben der Versicherten verloren gegangen ist. In TG 1 sind 23,4 % der Verweildauertage durch Versterben von BEW des HR verloren gegangen, in TG 2 waren es 5,4 %, in TG 3 14,5 % und in TG 5 7,9 %. Bei der Interpretation des hohen Mortalitätsverlusts in TG 1 ist zu berücksichtigen, dass die PG-2-Kohorte in dieser Teilgruppe nur sechs Personen umfasst. In allen vier Teilgruppen entfällt der größte Anteil von Verweildauertagen – zwischen 57,5 % in TG 1 und 80,4 % in TG 5 – auf den Pflegegrad 2, d.h. die meisten BEW sind im gleichen Pflegegrad (PG 2) verblieben. Die übrigen Säulenabschnitte zeigen an, welche Anteile der Verweildauertage auf die übrigen Pflegegrade entfallen sind. Tage im Pflegegrad 1 – also Rückstufungen in einen niedrigeren Pflegegrad – sind in der Grafik wegen der zu geringen Auflösung nicht erkennbar. Tatsächlich sind in geringen Umfängen in den Teilgruppen TG 2 (0,1% der Verweildauertage der PG 2-Kohorte), TG 3 (0,12%) und TG 5 (0,24%) Rückstufungen vorgekommen.

Abbildung 30: PG 2-Kohorten: Verteilung der Verweildauertage auf Pflegegrade bzw. Mortalität im 2-Jahreszeitraum 2020/21



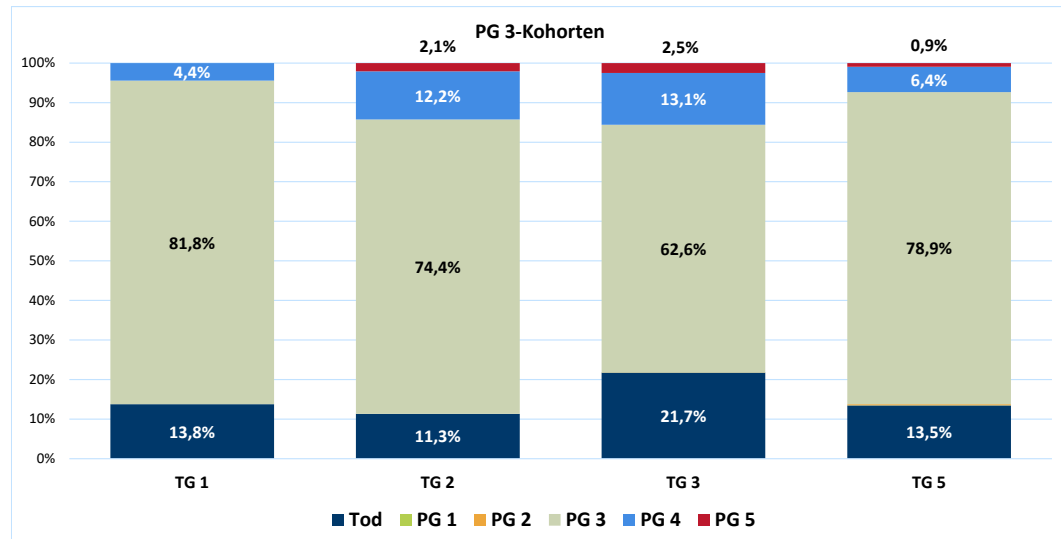
Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: PG 2-Kohorten: Am ersten Beobachtungstag (01.01.2020) waren alle Versicherten im Pflegegrad 2. TG 1/PG 2: n=6; TG 2/PG 2: n=292; TG 3/PG 2: n=14.616; TG 5/PG 2: n=71.299

Die folgenden drei Abbildungen zeigen die analogen Ergebnisse für die PG 3-Kohorten (Abbildung 31), die PG 4-Kohorten (Abbildung 32) und die PG 5-Kohorten (Abbildung 33). Die Ergebnisse für die TG 1 sind wegen der geringen Besetzungszahlen u.U. stark von Zufallseinflüssen bestimmt und sollten daher mit Vorsicht interpretiert werden. Der Anteil der Mortalitätsverluste nimmt – wie zu erwarten – in den drei stärker besetzten Teilgruppen TG 2, TG 3 und TG 5 von der PG 2-Kohorte bis zur PG 5-Kohorte zu. Im Vergleich der Teilgruppen zeigt sich ferner, dass die Mortalität in TG 3 in jeder PG-Kohorte (abgesehen von den stark zufallsbeeinflussten Ergebnissen für TG 1) jeweils am höchsten ist, was vermutlich Ausdruck einer im Durchschnitt höheren Morbidität der vollstationär versorgten Versicherten ist, die allein durch den Pflegegrad nicht abgebildet wird.

In allen Grafiken ist die Auflösung zu gering, um die sehr kleinen Anteile von Rückstufungen in niedrigere Pflegegrade sichtbar zu machen:

- In den PG 3-Kohorten entfielen in TG 3 0,05 % und in TG 5 0,26 % der Verweildauertage auf den PG 2.
- In den PG 4-Kohorten entfielen in TG 2 0,05% der Tage auf PG 3, in TG 3 entfielen 0,07 % und in TG 5 0,37 % der Verweildauertage auf einen niedrigeren Pflegegrad.
- In den PG 5-Kohorten gab es nur in TG 5 Rückstufungen in einen niedrigeren Pflegegrad (0,11 % der Verweildauertage).

Abbildung 31: PG 3-Kohorten: Verteilung der Verweildauertage auf Pflegegrade bzw. Mortalität im 2-Jahreszeitraum 2020/21



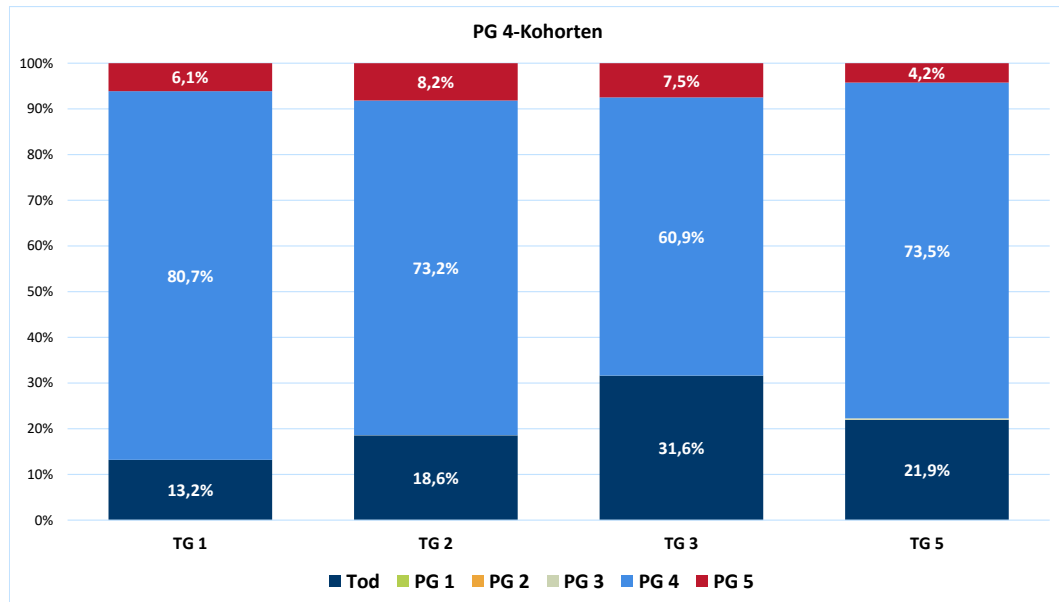
Quelle:

Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg

Anmerkung:

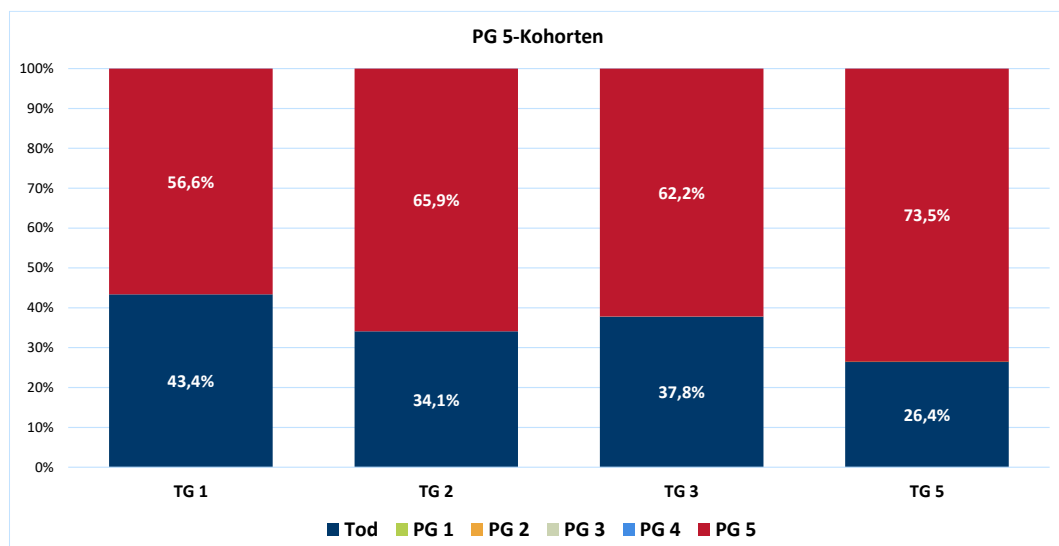
PG 3-Kohorten: Am ersten Beobachtungstag (01.01.2020) waren alle Versicherten im Pflegegrad 3. TG 1/PG 3: n=19; TG 2/PG 3: n=366; TG 3/PG 3: n=21.489; TG 5/PG 3: n=46.351

Abbildung 32: PG 4-Kohorten: Verteilung der Verweildauertage auf Pflegegrade bzw. Mortalität im 2-Jahreszeitraum 2020/21



Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: PG 4-Kohorten: Am ersten Beobachtungstag (01.01.2020) waren alle Versicherten im Pflegegrad 4. TG 1/PG 4: n=10; TG 2/PG 4: n=232; TG 3/PG 4: n=16.295; TG 5/PG 4: n=18.851

Abbildung 33: PG 5-Kohorten: Verteilung der Verweildauertage auf Pflegegrade bzw. Mortalität im 2-Jahreszeitraum 2020/21



Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: PG 5-Kohorten: Am ersten Beobachtungstag (01.01.2020) waren alle Versicherten im Pflegegrad 5. TG 1/PG 5: n=2; TG 2/PG 5: n=147; TG 3/PG 5: n=7.160; TG 5/PG 5: n=6.591

3.7.9.3 Vergleich der Veränderungen der Pflegegradverteilungen im Zeitverlauf anhand der Kennzahl „Pflegegrad-adjustierte Verweildauer-Ausschöpfung“ (PaVA bzw. Ü-PaVA)

Um Vergleiche zwischen den vier Pflegesettings zu erleichtern, wurde die oben beschriebene Kennzahl PaVA bzw. Ü-PaVA entwickelt. Sie zeigt an, welcher Anteil der für eine gegebene Population von pflegebedürftigen Personen (hier: TG 1 bis TG 5) maximal möglichen, mit einem nach Pflegegrad abgestuften Gewichtungsfaktor gewichteten Verweildauertage tatsächlich ausgeschöpft wurde. Die Kennzahl PaVA ist umso niedriger, je mehr Verweildauertage entweder durch Versterben vollständig verloren gehen (Gewichtungsfaktor 0) oder durch Wechsel in höhere Pflegegrade rechnerisch „abgewertet“ werden (jeder Verweildauertag wird gegenüber dem darunterliegenden Pflegegrad um den Faktor 0,1 niedriger gewichtet). Die Kennzahl Ü-PaVA wird nach dem gleichen Konzept, allerdings ohne Berücksichtigung der durch Mortalität verlorenen Verweildauertage, berechnet. Ü-PaVA zeigt somit an, welcher Anteil der maximal möglichen (gewichteten) Verweildauertage der Überlebenden tatsächlich ausgeschöpft wurde. Wenn alle Überlebenden im gleichen Pflegegrad verbleiben würden, in dem sie am ersten Beobachtungstag eingruppiert waren, wäre Ü-PaVA gleich 100%. Für beide Kennzahlen gilt, dass sie steigen, wenn Versicherte in einen niedrigeren Pflegegrad wechseln.

In Tabelle 91 sind sowohl die aus den Daten berechneten Kennzahlen (PaVA-roh, Ü-PaVA-roh), als auch die auf die Versichertenstruktur der TG 1 (Versicherte der AOK BW im Haus Rheinaue) adjustierten Kennzahlen ausgewiesen. Für den Vergleich zwischen den Teilgruppen müssen die adjustierten Kennzahlen herangezogen werden.

Tabelle 91: Pflegegrad-adjustierte Verweildauer-Ausschöpfung gesamt (PaVA) sowie für die Überlebenden (Ü-PaVA)

	PaVA - roh	PaVA – adjustiert auf TG 1	Ü-PaVA - roh	Ü-PaVA – adjustiert auf TG 1
TG 1	82,2 %	82,2 %	98,7 %	98,7 %
TG 2	84,4 %	84,8 %	96,9 %	97,3 %
TG 3	74,2 %	74,1 %	96,2 %	96,7 %
TG 5	87,7 %	83,3 %	98,2 %	97,0 %

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
 Anmerkung: Zur Definition der Kennzahlen PaVA bzw. Ü-PaVA vgl. Text. TG 1 = Haus Rheinaue, TG 2 = ambulante Wohngruppe, TG 3 = vollstationäre Einrichtung, TG 4 = betreutes Wohnen, TG 5 = häusliche Pflege

Bei Betrachtung der potenziell möglichen Verweildauertage insgesamt (PaVA-adjustiert auf TG 1) ist die Ausschöpfung in TG 2 mit 84,8 % am höchsten und in TG 3 mit 74,1 % am niedrigsten. Die Unterschiede bei der Kennzahl PaVA werden stark durch die Unterschiede in der Mortalität beeinflusst. Die höhere Ausschöpfung in

TG 2 erklärt sich vor allem aus der – auch in den deskriptiven Auswertungen erkennbaren – etwas niedrigeren mortalitätsbedingten Verluste von Verweildauertagen in drei der vier PG-Kohorten bei den BEW von ambWG.

Lässt man die Mortalität außer Acht (Ü-PaVA- adjustiert auf TG 1), dann ist die Ausschöpfung in TG 1 mit 98,7 % am höchsten und in TG 5 mit 97,0 % am niedrigsten. Über alle PG-Kohorten hinweg erfolgen bei den Überlebenden in TG 1 somit am wenigsten und in TG 5 am meisten Wechsel in höhere Pflegegrade.

Tabelle 92 zeigt eine Analyse, zu welchen Anteilen die „Ausschöpfungsverluste“ insgesamt (berechnet als 100% minus PaVA) auf Verluste durch Pflegegradveränderungen (berechnet als 100 % minus Ü-PaVA) bzw. auf Verluste durch Mortalität zurückzuführen sind.

Tabelle 92: Anteile von Mortalität bzw. Pflegegradveränderungen an den Ausschöpfungsverlusten der Verweildauertage

	(1) Ausschöpfungsverlust gesamt (100 % - PaVA-adjustiert)	(2) Ausschöpfungsverlust durch Pflegegradveränderungen (100 % - Ü-PaVA adjustiert)	(3) Ausschöpfungsverlust durch Mortalität ((1) – (2))	(4) Anteil Pflegegradveränderungen an Ausschöpfungsverlust ((2) / (1))
TG 1	17,8 %	1,3 %	16,4 %	7,5 %
TG 2	15,2 %	2,7 %	12,5 %	17,7 %
TG 3	25,9 %	3,3 %	22,6 %	12,8 %
TG 5	16,7 %	3,0 %	13,7 %	18,1 %

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
Anmerkung: Zur Definition der Kennzahlen PaVA bzw. Ü-PaVA vgl. Text. TG 1 = Haus Rheinaue, TG 2 = ambulante Wohngruppe, TG 3 = vollstationäre Einrichtung, TG 4 = betreutes Wohnen, TG 5 = häusliche Pflege.

In den Teilgruppen TG 1 und TG 3 ist der Anteil der Mortalität an dem gesamten Ausschöpfungsverlust jeweils am größten. Pflegegradveränderungen verursachen in TG 1 nur 7,5 % und in TG 12,8 % der Ausschöpfungsverluste insgesamt.

3.7.9.4 Fazit

In der Leistungsbeschreibung für die vorliegende Untersuchung wird die „Veränderung des Pflegegrades“ im Zusammenhang mit der Qualität der Versorgung als ein „wesentliches Erfolgskriterium“ genannt.

In Abschnitt 3.3.5 wurden bereits Ergebnisse aus der zu beiden Erhebungszeitpunkten durchgeführten Befragung der Leitungskräfte (Datenabfragen) durchgeführt. Nach diesen Daten war der Anteil von BEW, bei denen in den vorangehenden 12 Monaten eine Einstufung in einen höheren Pflegegrad erfolgt ist, im HR am

niedrigsten (9 % bzw. 15 %), gefolgt von den VST (12 % bzw. 18 %). In den ambWG lag er deutlich darüber (33,5 % bzw. 39 %). Wechsel in einen niedrigeren Pflegegrad wurden nur im ersten Erhebungszyklus vom HR angegeben (2 % der BEW).

Anhand der für die Studie entwickelten Kennzahlen PaVA bzw. Ü-PaVA wird deutlich, dass der Anteil von (gewichteten) Verweildauertagen, der im 2-Jahreszeitraum 2020/21 durch Pflegegradveränderungen verursacht wurde im HR (TG 1) am niedrigsten von allen vier untersuchten Teilgruppen ist. Die Ausschöpfungsverluste im HR waren vor allem durch Versterben von BEW bedingt.

Wechsel in niedrigere Pflegegrade sind sowohl in den Befragungsdaten als auch in den Routinedatenanalysen nur vereinzelt dokumentiert.

In der Gesamtsicht ergeben sich somit Hinweise darauf, dass die BEW des HR im Durchschnitt länger im jeweiligen Pflegegrad verbleiben bzw. Wechsel in höhere Pflegegrade seltener sind als in den Vergleichsgruppen.

Wie für alle Routinedatenanalysen gilt auch hier, dass die Ergebnisse in Bezug auf das HR (TG 1) mit Vorsicht zu interpretieren sind, weil die Zahl der HR-BEW (n=37) aufgrund der Begrenzung auf die Versicherten der AOK BW nochmals geringer ist als in vielen auf Primärdaten basierenden Analysen. Dies gilt insbesondere für die Ergebnisse, die von der Mortalität beeinflusst sind. Neben der kleinen Fallzahl in TG 1 ist in Bezug auf alle Analysen ferner zu berücksichtigen, dass der Beobachtungszeitraum von der COVID-Pandemie geprägt war.

3.8 Einordnung in bestehende leistungs- und ordnungsrechtliche Rahmenbedingungen

3.8.1 Ordnungsrechtliche Einordnung

Im Hinblick auf die ordnungsrechtliche Einordnung des Modells HR sind zunächst die heimrechtlichen Vorschriften des Landes Baden-Württemberg – d.h. das WTPG und die auf Grundlage des § 29 WTPG erlassenen Rechtsverordnungen – zu betrachten. Mit Blick auf eine mögliche Verstetigung und Ausbreitung des Modells über Baden-Württemberg hinaus ist ferner zu analysieren, inwieweit die heimrechtlichen Vorschriften der anderen Bundesländer diesbezüglich spezifische Fragestellungen aufwerfen.

3.8.1.1 Abweichungen des Modells HR von den ordnungsrechtlichen Bestimmungen für stationäre Einrichtungen des Landes Baden-Württemberg

Der besondere Modellcharakter des HR besteht u.a. darin, dass das „Haus Rheinaue“ zwar grundsätzlich eine stationäre Einrichtung im Sinne des § 3 WTPG ist, dass aber von einzelnen, für stationäre Einrichtungen geltenden, Vorschriften des WTPG im Rahmen der Erprobung mit Zustimmung der Heimaufsicht abgewichen wird (vgl. auch Abschnitt 1.2). Dabei handelt es sich vor allem um Vorgaben zur Personalausstattung:

- Nicht erfüllt wird im Modell HR die Bestimmung in § 10 Absatz 3 Nr. 4 WTPG, dass bei mehr als vier pflegebedürftigen BEW mindestens 50 Prozent der Beschäftigten eine Fachkraft sein müssen (Fachkraftquote). Die Fachkraftquote ist nach der Landespersonalverordnung (LPersVO) erfüllt, „wenn mindestens 50 Prozent der Beschäftigten für Pflege- und Betreuungsleistungen der stationären Einrichtung Pflegefachkräfte nach § 7 Absatz 2 sind“ (§ 8 Absatz 1 LPersVO).
- Auch die damit zusammenhängende Vorgabe in § 8 Absatz 2 LPersVO, dass im Tagdienst Pflegefachkräfte im Verhältnis von einer Pflegefachkraft je 30 Bewohnerinnen und Bewohner eingesetzt werden müssen, wird in Bezug auf die zum Personal des HR gehörenden Pflegefachkräfte nicht eingehalten.
- Ebenfalls nicht erfüllt wird die für stationäre Einrichtungen geltende Vorgabe in § 6 LPersVO, dass „Pflege und Betreuung unter der ständigen Verantwortung einer verantwortlichen Pflegefachkraft (Pflegedienstleitung)“ erfolgen müssen. Die im Modell HR permanent anwesende Pflegefachkraft hat nicht den Status einer Pflegedienstleitung (PDL).

Alle diese Abweichungen sind in unmittelbarem Zusammenhang mit dem konzeptionellen Kern des Modells HR, nämlich der Ambulantisierung der pflegerischen Versorgung zu sehen.

Die LPersVO schreibt ferner vor, dass im Nachtdienst „pro 45 Bewohnerinnen und Bewohner je eine Beschäftigte oder ein Beschäftigter eingesetzt werden“ müssen, wovon mindestens die Hälfte eine Pflegefachkraft sein muss (§ 10 Absatz 1 LPersVO). Diese Vorschrift – von der auf Antrag auch abgewichen werden kann – dürfte im Modell HR durch die 24-Stunden-Präsenz einer Pflegefachkraft (bei 56 BEW) als nahezu erfüllt gelten.

Ansonsten gelten im Modell HR alle übrigen ordnungsrechtlichen Vorschriften für stationäre Einrichtungen, insbesondere auch die Bestimmungen zur Überprüfung der Qualität (§ 17 WTPG).

Rechtsgrundlage für das Modellvorhaben bzw. die genannten Abweichungen von den ordnungsrechtlichen Bestimmungen für stationäre Einrichtungen ist § 31 WTPG (Erprobungsregelungen), der die zuständige Behörde grundsätzlich ermächtigt, auf Antrag eines Trägers oder Anbieters Ausnahmen von einzelnen Bestimmungen des WTPG bzw. der zugehörigen Rechtsverordnungen zu genehmigen (§ 31 Absatz 1 WTPG). Vergleichbare Erprobungsregelungen finden sich auch in den Heimgesetzen anderer Bundesländer.

Eine Besonderheit des WTPG im Vergleich zu den Heimgesetzen anderer Bundesländer besteht darin, dass darüber hinaus in der Vorschrift zu den Erprobungsregelungen bereits „ambulant betreute Hausgemeinschaften“ als ein Erprobungsfall genannt werden, für den auf Antrag eines Trägers Ausnahmen von den WTPG-Bestimmungen zulässig sind:

„Die zuständige Behörde kann auf Antrag eines Trägers insbesondere für die Versorgungsform einer ambulant betreuten Hausgemeinschaft Ausnahmen von einzelnen Anforderungen einer stationären Einrichtung zulassen, wenn

1. nicht mehr als 15 Personen gemeinschaftlich wohnen,
2. die ambulant betreute Hausgemeinschaft als selbständig wirtschaftende Einheit betrieben wird und räumlich nicht mit weiteren Bereichen einer stationären Einrichtung verbunden ist,
3. ein fachlich qualifiziertes Gesamtkonzept vorgelegt wird, das darstellt, wie die Versorgung, die Selbstbestimmtheit und Privatheit der BEW sichergestellt ist und
4. dies im Sinne einer Erprobung geboten erscheint und der Zweck des Gesetzes nach § 1 nicht gefährdet wird.“ (§ 31 Absatz 2 WTPG).

Abgesehen von den Bestimmungen unter Nr. 2 entspricht das Modell HR diesen Vorgaben, wobei die Abweichung u.E. im Wesentlichen darin besteht, dass nicht eine, sondern vier Hausgemeinschaften als wirtschaftlich selbständige Einheit betrieben werden. Eine Verbindung zwischen den Hausgemeinschaften im HR und „weiteren Bereichen einer stationären Einrichtung“ (gemeint ist wohl: stationären Einrichtung im eigentlichen Sinne) liegt bei dem Modell nicht vor.

3.8.1.2 Modell HR als stationär verankerte Variante der gemeinschaftlichen Wohnformen

Die „ambulantisierten“ bzw. ambulant betreuten Hausgemeinschaften (ambHG) sind konzeptionell gewissermaßen als die stationäre Variante der „gemeinschaftlichen Wohnformen im Alter, bei Pflege und Unterstützungsbedarf“ (Klie et al. 2017) anzusehen, deren ambulante Variante die – in den meisten Heimgesetzen sowie im Leistungsrecht des SGB XI (§ 38a SGB XI) explizit regulierten – ambulant betreuten Wohngruppen (ambWG) sind¹⁶. Beide Settings sind durch die Orientierung an der „Normalität“ des Wohnens in einer familienähnlichen Gemeinschaft von überschaubarer Größe einschließlich der aktivierenden Beteiligung der BEW an den „normalen“ Tagesabläufen, wie bspw. der Essenzubereitung, gekennzeichnet. Im Vergleich zu den stationären Hausgemeinschaften im Sinne der „KDA-Generationsabfolge des Altenwohnbaus“ (vgl. die Ausführungen in Abschnitt 1.2.1) liegt das Modell HR näher an den ambWG, insofern auch hier die pflegerische Versorgung – zumindest in den besonders pflegefachlich geprägten Teilen – durch ambulante Leistungserbringer erfolgt und die BEW auch diesbezügliche Dispositionsspielräume haben.

¹⁶ So weisen Klie et al. darauf hin, dass die Terminologie für gemeinschaftliche Wohnformen uneinheitlich sei: „Es besteht allerdings eine Tendenz, gemeinschaftliche Wohnformen in stationären Einrichtungen als ‚Hausgemeinschaften‘ zu bezeichnen und ambulante Formen als Wohngruppen oder Wohngemeinschaften“ (Klie et al. 2017: 15 Fußnote 1).

Die Analogie zwischen ambHG und ambWG legt auch die Bezugnahme auf die Personenzahl in § 31 Absatz 2 Nr. 1 WTPG nahe: Für ambulant betreute Wohngruppen findet sich in den Heimgesetzen der Länder sowie in § 38a SGB XI stets die Obergrenze von zwölf BEW, oberhalb dieser Grenze gilt eine Wohnform grundsätzlich als stationäre Einrichtung. Die Regelung in § 31 Absatz 2 des WTPG – Erhöhung der Obergrenze auf 15 BEW – lässt sich somit als eine Anpassung an die Besonderheit der ambulant betreuten Hausgemeinschaft, als einer im stationären Setting angesiedelten gemeinschaftlichen Wohnform lesen.

Folgt man dem Gedanken, dass es sich beim Modell HR bzw., allgemein gesprochen, den ambulant betreuten Hausgemeinschaften (ambHG) um eine stationär verankerte Variante der gemeinschaftlichen Wohnformen handelt, die als ambulante betreute Wohngruppen (ambWG) bereits seit längerem etabliert und reguliert sind, so ist es naheliegend die ambHG auch ordnungsrechtlich, soweit sachlich gerechtfertigt, analog zu den ambWG einzuordnen. Die rechtlichen Vorgaben für ambWG unterscheiden sich zwar zwischen den Bundesländern, die ordnungsrechtliche Regulierung und Kontrolle ist jedoch durchweg geringer ausgeprägt als in Bezug auf stationäre Einrichtungen. Insbesondere unterliegen die ambWG nicht den Bestimmungen zur Personalausstattung, die im Modell HR im Rahmen der Erprobungsregelung suspendiert sind. Im Folgenden wird ausführlicher der Frage nachgegangen, welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen dem Modell HR und den ambWG im Hinblick auf Merkmale bestehen, die für die ordnungsrechtliche Einordnung bzw. Regulierung relevant sind.

3.8.1.3 Ordnungsrechtlich relevante Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen dem Modell HR und ambulanten Wohngruppen/-gemeinschaften (ambWG)

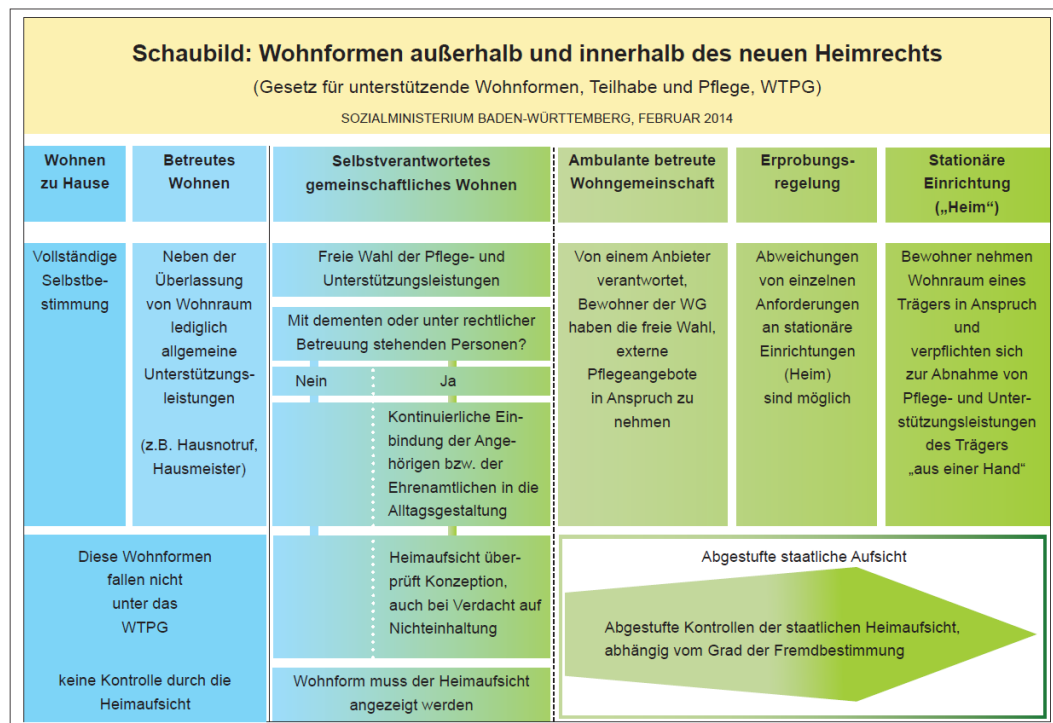
Klie et al. (2017) haben die heimrechtlichen Vorschriften aller Bundesländer mit Blick auf die ambWG analysiert und im Überblick dargestellt. Als das in allen Landesgesetzen einheitlich herangezogene Kriterium für die Abgrenzung zwischen stationären Einrichtungen einerseits und den – ggf. noch weiter ausdifferenzierten – ambWG identifizieren sie die sog. „strukturelle Abhängigkeit“ der BEW, also den Grad der Einschränkung des Entscheidungs- und Dispositionsspielraums der BEW vor allem im Hinblick auf ihre pflegerische Versorgung:

„Dabei wird die Abhängigkeit von einem Träger, der in der Tradition der stationären Einrichtung die Leistungserbringung inklusive der Vermietung von Wohnraum in einer Hand hat, als Indikator für eine strukturelle Abhängigkeit und den sich daraus ergebenden besonderen Schutzbedarf der Bewohner gewertet. Liegt die Regie, liegt die Verantwortung für die Gestaltung des Lebens in ambulant betreuten Wohngemeinschaften bei den BEW resp. ihren An- und Zugehörigen oder rechtlichen Vertretern, haben sie die Wahl zwischen unterschiedlichen Anbietern, nähert sich die Konzeption und die gelebte Praxis dem Bild von selbstorganisierten Wohngemeinschaften an, so wird der Schutzbedarf und die strukturelle Abhängigkeit in der

Tendenz negiert und das Risiko einer ordnungsgemäßen, fachlich angemessenen und die Selbstbestimmung der Bewohner achtenden Gestaltung des Lebens in die Verantwortung der Bewohner gelegt und weitgehend auf eine heimrechtliche Kontrolle und Regulierung verzichtet.“ (Klie et al. 2017: 30)

Wird in einer stationären Einrichtung somit von einer vollkommenen strukturellen Abhängigkeit ausgegangen, so werden ambWG in Heimgesetzen der Länder nochmals hinsichtlich des Grades der Entscheidungs- und Dispositionsspielräume der BEW differenziert betrachtet bzw. – wie Klie et al. (2017: 30) es formulieren – auf einem Kontinuum zwischen den Polen „strukturelle Abhängigkeit“ (= Heim) versus „Selbstorganisation und Selbstverantwortung“ (=Leben in der Häuslichkeit) verortet. In besonders systematischer Form erfolgt dies im baden-württembergischen WTPG, welches ambWG als grundsätzlich von einem Anbieter verantwortete (§ 4 WTPG), aber teilweise selbstverantwortete (§ 5 WTPG) Wohnform von (vollständig) „selbstverantwortetem gemeinschaftlichem Wohnen“ abgrenzt. Nur ambWG unterliegen den Bestimmungen des WTPG, wogegen das vollständig selbstverantwortete gemeinschaftliche Wohnen i.d.R. lediglich der Heimaufsicht angezeigt werden muss (Abbildung 34).

Abbildung 34: Heimrechtliche Einordnung verschiedener Wohnformen durch das WTPG



Quelle: Sozialministerium Baden-Württemberg (https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Pflege/Schaubild_WTPG.pdf)

Das für die Anerkennung als ambWG zwingend erforderliche Merkmal „teilweise selbstverantwortet“ wird an der Wahl- und Entscheidungsfreiheit in Bezug auf die pflegerische Versorgung festgemacht:

„Ambulant betreute Wohngemeinschaften für volljährige Menschen mit Unterstützungs- und Versorgungsbedarf nach § 4 Absatz 2 sind teilweise selbstverantwortet, wenn aus den die unterstützende Versorgung kennzeichnenden Bereichen des Wohnens, der sozialen Betreuung, der Pflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung die Eigenverantwortung der Bewohner zumindest vollständig im Bereich der Pflege gewährleistet ist. Das ist der Fall, wenn alle Bewohner Anbieter, Art und Umfang zumindest der Pflegeleistungen frei wählen und die mit diesem Bereich zusammenhängende Alltagsgestaltung selbstbestimmt einrichten können.“ (§ 5 Absatz 1 WTPG).

Das Modell HR definiert die mit dem Vertrag über das Wohnen obligatorisch mit zu kontrahierenden „Grundleistungen“ umfassender als das WTPG hinsichtlich der ambWG. Dort heißt es in § 5 Absatz 4, dass eine ambWG auch dann „[...] teilweise selbstverantwortet [ist], wenn die Bewohner vertraglich verpflichtet sind, von dem Anbieter auch allgemeine Unterstützungsleistungen wie Notrufdienste, die bloße Vermittlung von Dienst- und Pflegeleistungen oder Informationen und Beratungsleistungen (Grundleistungen) entgegenzunehmen“ (§ 5 Absatz 4 WTPG). Im HR sind auch ausgewählte grundpflegerische sowie einzelne behandlungspflegerische Leistungen Teil des Grundleistungspakets, womit für diesen Teil der pflegerischen Versorgung formal keine Analogie zu den ambWG, sondern eher zu stationären Einrichtungen besteht.

Faktisch dürfte nach Ansicht von Klie et al. auch in den ambWG die Abgrenzung zwischen den obligatorisch zu kontrahierenden Präsenz-/Assistenzfunktionen und der pflegerischen Versorgung nicht immer eindeutig sein (Klie et al. 2017: 33). In den im Rahmen der Untersuchung durchgeführten Experteninterviews haben Vertreter der ambWG in Baden-Württemberg explizit eine größere Durchlässigkeit gefordert: „Die verbreitete Beteiligung von Assistenzdiensten an Leistungen ambulanter Pflegedienste wird von ihnen [den Vertretern der Wohngruppen] als ausgesprochen sinnvoll angesehen, inklusive der Beteiligung von Assistenzdiensten an einfachen Aufgaben der Grundpflege bei gleichzeitiger Sicherstellung fachlicher Anleitung und pflegfachlicher Steuerung“ (Klie et al. 2017: 179).

Mit Blick auf das um ausgewählte (grund)pflegerische Leistungen erweiterte Konzept der Grundleistungen im Modell HR, wäre somit zu diskutieren, inwiefern aus der damit einhergehenden Beschränkung der Wahlfreiheit der HR-BEW in einem Teilbereich ihrer pflegerischen Versorgung die Konsequenz eines im Vergleich zu ambWG höheren ordnungsrechtlichen Schutzbedarfs folgt. Dabei sind vor allem die o.g. Abweichungen im Hinblick auf die Personalausstattung, insbesondere die Fachkraftquote in den Blick zu nehmen, da das Modell HR in den übrigen Aspekten die ordnungsrechtlichen Anforderungen einer stationären Einrichtung erfüllt.

Die Fachkraftquote soll die BEW von stationären Einrichtungen davor schützen, dass der Einrichtungsbetreiber das für ihre Pflege erforderliche Pflegefachpersonal nicht in dem gebotenen Umfang einsetzt (z.B. um Personalkosten zu sparen). Im Modell HR folgt aus der leistungsrechtlichen Zuordnung zum ambulanten Sektor, dass die medizinische Behandlungspflege im Grundsatz ohnehin auf Grundlage des § 37 SGB V durch ambulante Dienste erfolgt und somit diesbezüglich die für den stationären Bereich nachvollziehbare Schutznotwendigkeit nicht besteht.

Mit Blick auf die übrige pflegerische Versorgung erfolgt im Modell HR eine Aufteilung des gesamten Versorgungsbedarfs eines BEW in Grund- und Wahlleistungen. In den Grundleistungen sind zum einen Hilfen enthalten, die allenfalls die Anleitung und Beaufsichtigung, aber nicht die Erbringung durch Pflegefachkräfte erfordern (und auch in stationären Einrichtungen oder ambulanten Diensten nicht durch Pflegefachkräfte erbracht werden). In Bezug auf diese Leistungen wäre eine Fachkraftquote wie in stationären Einrichtungen nicht sachgerecht. Für die Anleitung und Beaufsichtigung der Präsenzkkräfte, die im Modell HR diese Leistungen erbringen, ist die permanent anwesende Pflegefachkraft zuständig, Qualifikation und Status einer PDL sind dafür nicht erforderlich.

Zum anderen sind ausgewählte behandlungspflegerische Leistungen in den HR-Grundleistungen inkludiert, die zwar häufig, aber unaufwändig sind und für alle BEW von der permanent im HR anwesenden Pflegefachkraft erbracht werden können (Medikamenten- und Insulingabe, Blutzucker messen usw., vgl. Tabelle 1). Durch die Inklusion dieser „einfachen“ behandlungspflegerischen Leistungen in die HR-Grundleistungen wird die 24/7-Anwesenheit einer Pflegefachkraft im HR gegenfinanziert, indem die *Krankenkasse* dafür monatlich einen pauschalen Betrag für jeden bei ihr versicherten HR-BEW zahlt (sog. „SGB V-Pauschale, vgl. Abschnitt 1.2.3.6). Ohne diese – leistungsrechtlich konsistente, da die Behandlungspflege unter die Leistungspflicht der GKV fällt – Gegenfinanzierung würden die Kosten für die permanente Präsenz der Pflegefachkraft zu höheren Eigenanteilen der HR-BEW führen und die anwesende Pflegefachkraft wäre mit den verbleibenden Aufgaben nicht ausgelastet, da die Behandlungspflege dann vollständig durch den ambulanten Dienst erbracht würde.

Dieses modellspezifische Konstrukt ermöglicht somit eine wesentliche Versorgungskomponente, mit der sich das Modell HR von ambWG im Sinne einer „höheren Versorgungssicherheit“ unterscheidet. Auch wenn die BEW des HR bezüglich dieses Teils ihrer pflegerischen Versorgung ebenfalls keinen Dispositionsspielraum haben, ergibt sich u.E. kein Schutzbedarf im Sinne des Ordnungsrechts, der eine Fachkraftquote begründen könnte, sofern die verfügbare fachpflegerische Kapazität für die konstante Zahl von HR-BEW und die in dem Grundleistungspaket inkludierten Leistungen als ausreichend anzusehen ist. Letzteres ergibt sich aus den Personalbedarfskalkulationen, die Grundlage der Verträge zwischen HR-Träger und den Kranken-/Pflegekassen sind und kann ggf. im Rahmen der Qualitätsprüfungen durch die Heimaufsicht nachgeprüft werden.

Die Wahlleistungen dagegen sind wiederum der ambulanten Versorgung zuzurechnen und unterliegen damit grundsätzlich der Wahl- und Entscheidungsfreiheit der BEW. Gemäß den Verträgen, die sie mit dem HR-Betreiber schließen, können die BEW den Leistungserbringer für die Wahlleistungen grundsätzlich frei wählen. Das Gleiche gilt für die ärztlich verordnete Versorgung mit häuslicher Krankenpflege (HKP). Um nicht als stationäre Einrichtung im Sinne des WTPG zu gelten, reicht es jedoch nicht aus, dass die Wohnraumüberlassung und die Erbringung von Pflege- und Unterstützungsleistungen vertraglich und strukturell getrennt sind. Die Wahlfreiheit in Bezug auf die pflegerische Versorgung muss auch *tatsächlich* gegeben sein (§ 3 Absatz 2 WTPG und vergleichbar auch in den Heimgesetzen anderer Bundesländer).

Hier ist zu konstatieren, dass die tatsächliche Wahlfreiheit der HR-BEW in Bezug auf die Leistungserbringer für Wahlleistungen bzw. HKP aufgrund mehrerer Modellkomponenten vermutlich stark eingeschränkt ist, weil ambulante Dienste, die HR-BEW versorgen wollen, die Bedingungen des Kooperationsvertrages (HR-KV) akzeptieren müssen, die für sie ggf. nicht attraktiv sind:

- Die kooperierenden Dienste müssen den modellspezifischen besonderen Vergütungsvereinbarungen mit den Kostenträgern in Bezug auf die Versorgung gem. SGB XI (Vergütung nach einem festgelegten Stundensatz) sowie in Bezug auf nicht in den Grundleistungen inkludierte HKP-Leistungen (Preisabschläge je nach Leistungsgruppe) beitreten.
- Der ambulante Dienst muss sich auch hinsichtlich seiner für HR-BEW erbrachten Leistungen dem Qualitätsmanagement des HR unterwerfen (z.B. Pflegevisiten und Audits, vgl. § 2 HR-KV), an gemeinsamen Fallbesprechungen teilnehmen (§ 3 HR-KV) und die Dokumentation seiner Leistungen über das vom HR-Betreiber zur Verfügung gestellte elektronische Dokumentationssystem vornehmen (§ 4 HR-KV).

Mit Blick auf die Wahlleistungen sowie die HKP-Versorgung erscheint es somit fraglich, dass das Modell HR die für eine ambWG geltenden Bestimmung zur freien Wählbarkeit der Pflegeleistungen auch im tatsächlichen Sinne erfüllt¹⁷. Auch faktisch hat die vorliegende Evaluation festgestellt, dass zum Erhebungszeitpunkt nur der ambulante Pflegedienst des HR-Betreibers für die HR-BEW entsprechende Leistungen erbracht hat.

Die aufgrund der Notwendigkeit des Abschlusses des HR-Kooperationsvertrages zu vermutende tatsächliche Einschränkung der Wahlfreiheit der HR-BEW im Hinblick auf die Leistungserbringer für Wahlleistungen bzw. HKP ist im Zusammenhang mit den konzeptionellen Besonderheiten des Modells HR zu sehen: Die Aufteilung der Versorgungsverantwortung auf mehrere Akteure bzw. Instanzen – das HR mit der

¹⁷ Die Ergebnisse der Studie von Klie et al. (2017) wecken zumindest in Bezug auf manche Bundesländer Zweifel, ob die formal erforderliche freie Wählbarkeit der pflegerischen Versorgung in ambWG auch tatsächlich gegeben ist (vgl. a.a.O. insbes. Kapitel 5.4)

permanent anwesenden Pflegefachkraft und den Präsenzkräften (Grundleistungen), den ambulanten Pflegedienst (Wahlleistungen, HKP-Leistungen) sowie die Angehörigen der BEW (Übernahme von ansonsten als Wahlleistungen zu erbringenden Leistungen) – erfordert ein besonders hohes Maß an Koordination. Besondere Kooperationsvereinbarungen zwischen den formalen Akteuren (HR – ambulante Pflegedienste) sind insofern sachlich geboten.

In Bezug auf das Modell HR ist darüber hinaus zu berücksichtigen, dass der HR-Träger explizit eine umfassend formulierte Gesamtverantwortung für die Sicherstellung einer „einwandfreien und der Situation des BEW angepassten Pflege“ übernimmt (§ 1 HR-KV). Für ambWG ist es konstitutiv, dass die Gewährleistung einer adäquaten Pflege vollständig in die Eigenverantwortung der BEW oder ihrer autorisierten Vertreter fällt. Im Modell HR sind dagegen sowohl in den Verträgen mit den BEW, als auch in dem Kooperationsvertrag mit ambulanten Pflegediensten Regelungen getroffen, die es dem HR-Träger ermöglichen, seine Gesamtverantwortung wahrzunehmen bzw. durchzusetzen. Dazu gehört insbesondere die Ermächtigung des HR-Trägers einem externen Pflegedienst zu kündigen, „falls dieser nach der fachlichen Einschätzung von BeneVit einzelne oder alle Wahlleistungen nicht oder ungenügend erbringt“ (HR-VWL, § 7 Absatz 1 bzw. HR-KV, § 1). Ferner sind in den Verträgen mit den BEW Vorkehrungen getroffen, dass ein durch die Grundleistungen nicht gedeckter Versorgungsbedarf auch tatsächlich durch Wahlleistungen bzw. Angehörige erbracht wird (HR-VWL § 2, vgl. auch Abschnitt 1.2.2, dort Nr. 4). Diese „Durchgriffsrechte“ des HR-Betreibers bei aus seiner Sicht qualitativ unzureichender Pflege durch den ambulanten Dienst bzw. die Angehörigen sind nachvollziehbar, insofern das HR hinsichtlich der Qualität der Pflege den Qualitätsprüfungen für den vollstationären Sektor – sowohl durch die Heimaufsicht als auch durch die Prüfinstanzen des SGB XI – unterliegt.

Die Notwendigkeit der expliziten Regelung der Kooperation zwischen Pflegedienst und Präsenz-/Assistenzdienst betonen Klie et al. (2017) auch für die ambWG. Dabei weisen die Autoren auch darauf hin, dass die Wahlfreiheit der BEW bzgl. der jeweiligen Dienstleister in einem Spannungsverhältnis zur wirtschaftlichen Tragfähigkeit einer ambWG steht:

„Andererseits funktionieren ambulant betreute Wohngemeinschaften nur bei einem konstruktiven Zusammenwirken der Bewohner hinsichtlich der Auswahl von Assistenz- und Pflegediensten, da [...] bei jeweils getrennt gewählten und nur für je einzelne Bewohner tätige Pflege- und Assistenzdienste die notwendigen Dienstleistungen nicht zu einem ökonomisch vertäglichen Preis angeboten und sichergestellt werden können.“ (Klie et al. 2017: 27).

Das bedeutet konkret, dass es auch in ambWG grundsätzlich Ziel ist, dass sich die BEW gemeinsam auf einen Leistungserbringer verständigen, der für alle die pflegerische Versorgung übernimmt. In der Studie von Klie et al. war dementsprechend in über 90 % der ambWG nur ein einziger Pflegedienst an der Versorgung der BEW beteiligt, wobei je nach Bundesland Unterschiede beobachtet wurden

(Klie et al. 2017: 113). Die im Modell HR getroffenen Regelungen des Kooperationsvertrags (HR-KV), die die Wahlfreiheit der BEW hinsichtlich des ambulanten Pflegedienstes tatsächlich einschränken dürften, sind daher zum einen als der Lösungsansatz für das beim Modell HR/ambHG und ambWG gleichermaßen bestehende Problem zu sehen, dass die Qualität der Versorgung und die wirtschaftliche Durchführbarkeit nur bzw. eher gesichert werden können, wenn die Zahl der beteiligten Pflege- und Assistenz-/Präsenzdienste so gering wie möglich ist und eine möglichst reibungslose Zusammenarbeit zwischen beiden Diensten gewährleistet ist. Zum anderen ist die faktische Einschränkung der Wahlfreiheit gewissermaßen als der Preis zu sehen, den die BEW für das höhere Qualitätssicherungsniveau zahlen, insofern das HR – im Gegensatz zu ambWG – den Qualitätsprüfungen für den vollstationären Sektor unterworfen ist.

Die aufgrund der Konditionen des Kooperationsvertrags eingeschränkte tatsächliche Wahlfreiheit der HR-BEW, erfordert u.E. keine zusätzlichen ordnungsrechtlichen Maßnahmen, solange den BEW bzw. ihren Vertretern diese Sachlage transparent gemacht wird.

3.8.1.4 Fazit zur ordnungsrechtlichen Einordnung

Eingangs wurde die These aufgestellt, dass das Modell HR – bzw. ambulant betreute Hausgemeinschaften (ambHG) im Allgemeinen – wie die ambulanten Wohngruppen (ambWG) als eine gemeinschaftliche Wohnform anzusehen ist, die sich von den ambWG durch die Verortung und teilweise Übernahme von Elementen einer stationären Einrichtung unterscheidet, aber ansonsten analog zu betrachten ist. Die im vorangehenden Abschnitt herausgearbeiteten Unterschiede zwischen Modell HR und ambWG in Bezug auf die stärkere Einschränkung der Wahlfreiheit bezüglich der pflegerischen Versorgung im Modell HR stellen die Analogie von HR/ambHG und ambWG u.E. nicht grundsätzlich in Frage. Insofern erscheint es gerechtfertigt, das Modell HR in Bezug auf die ordnungsrechtlichen Regelungen zur Personalausstattung in vergleichbarer Weise wie ambWG zu behandeln.

Berücksichtigt man zusätzlich, dass im Modell HR ansonsten die ordnungsrechtlichen Bestimmungen für stationäre Einrichtungen gelten, dann ergibt sich als Gesamtbild eher der Eindruck, dass bei dem Modell HR eine Ausdehnung der Reichweite des Ordnungsrechts in ein Versorgungssetting erfolgt, in dem bisher die verschiedenen Formen der ambulanten Wohngruppen dominieren. Die Studie von Klie et al. (2017) hat darauf hingewiesen, dass eine nicht ausreichende ordnungsrechtliche Regulierung und Begleitung von ambWG zu beträchtlichen Qualitätsproblemen führen kann (Klie et al. 2017: 179ff bzw. 188f). Insofern dürften es viele Heimaufsichten begrüßen, wenn mit dem Modell HR eine konzeptionell den ambWG eng verwandte, aber ordnungsrechtlich stärker regulierte Alternative zur Verfügung stünde.

In den Analysen zur ordnungsrechtlichen Einordnung des Modells HR wurde primär das baden-württembergische Heimrecht betrachtet. In den entsprechenden

Gesetzen der übrigen Bundesländer finden sich durchweg besondere Regelungen zu ambWG, die sich zwar durch eine große länderspezifische Vielfalt auszeichnen, aber in Bezug auf die hier interessierende Abgrenzung zwischen stationären Einrichtungen und ambWG dem gleichen Konzept der „strukturellen Abhängigkeit“ folgen. Insofern sind die obigen Ausführungen auch auf das Heimrecht anderer Bundesländer übertragbar.

Mit Blick auf eine bundesweite Verstetigung des Modells HR könnte es u.U. erforderlich sein, die ordnungsrechtlichen Bestimmungen der Länder zumindest dahingehend zu ergänzen, dass ambulant betreute Hausgemeinschaften (ambHG) neben den ambWG als eine weitgehend analog zu betrachtende gemeinschaftliche Wohnform anerkannt werden. Alternativ kann auf die Erprobungs- und Ausnahmeregelungen in den Heimgesetzen der Länder rekurriert werden, die es den zuständigen Behörden ermöglichen, auf Antrag Abweichungen von ordnungsrechtlichen Bestimmungen zu genehmigen. Die entsprechenden Erlaubnisse sind zunächst befristet zu erteilen und können bei Bewährung auch auf Dauer gewährt werden. Angesichts der Tatsache, dass Angebote nach Art des Modells HR in vielen Fällen auch Investitionen erfordern – z.B. um die baulichen Voraussetzungen für das Hausgemeinschaftskonzept zu schaffen – wäre allerdings zu hinterfragen, inwieweit die Erprobungsregelungen als Rechtsgrundlage ausreichen.

3.8.2 Leistungsrechtliche Einordnung

Im Rahmen der Darstellung der HR-Modellkonzeption in Abschnitt 1.2 wurden die Leistungsansprüche der HR-BEW bzw. die modellspezifischen Gestaltungen bereits dargestellt (vgl. ergänzend auch die Darstellungen zur Finanzierungskonzeption in Tabelle 2 bzw. Tabelle 3). Die folgende Tabelle 93 zeigt die Leistungsansprüche der HR-BW im Vergleich zu den alternativen Versorgungssettings ambWG, VST sowie „betreutes Wohnen“ in einer zusammenfassenden Übersicht. Ansprüche, bei denen eine modellspezifische Gestaltung vorliegt, sind durch ein Symbol in eckigen Klammern gekennzeichnet. Im Folgenden werden insbesondere diese modellspezifischen Abweichungen bzw. Gestaltungen durch das HR-Konzept kurz kommentiert und eingeordnet. In einem weiteren Schritt wird diskutiert, inwieweit im Falle einer Überführung des HR-Modells in die Regelversorgung, an die in der Modellphase erprobten, leistungsrechtlichen Konzepte angeknüpft werden sollte bzw. welche Anpassungen ggf. in Betracht zu ziehen wären.

Tabelle 93: Übersicht Leistungsansprüche im Modell HR sowie in drei zum Vergleich herangezogenen Versorgungssettings

Leistungen SGB XI	Ambulant betreute Wohngruppen	Modell HR	Vollstationäre Pflege	Betreutes Wohnen
§§ 36, 37, 38 Pflegesachleistung, Pflegegeld, Kombinationsleistung	✓	[✓]	∅	✓
§ 38a Wohngruppenzuschlag	✓	✓	∅	∅
§ 40 Pflegehilfsmittel u. wohnumbauverb. Maßnahmen	✓	[✓]	∅	✓
§ 41 Tages- und Nachtpflege	(✓)	(✓)	∅	✓
§ 45b Entlastungsbetrag	✓	[✓]	∅	✓
§ 43 Vollstationäre Pflege	∅	∅	✓	∅
§ 43b Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in station. Pflegeeinrichtungen	∅	[✓]	✓	∅
§ 43c Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen (seit 2022)	∅	∅	✓	∅
Leistungen SGB V				
§ 37 Häusliche Krankenpflege	✓	[✓]	∅	✓

Quelle: IGES; Modellkonzeption HR

Anmerkung: ✓: Anspruch besteht; ∅ Anspruch besteht nicht; Symbol in runden Klammern (): gesetzestbedingt nur unter bestimmten Voraussetzungen; Symbol in eckigen Klammern []: HR-modellspezifische Modifikation (vgl. Text)

3.8.2.1 Leistungsansprüche aus dem SGB XI

Anspruch auf Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI), Pflegegeld (§ 37 SGB XI), Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI)

Zentrales Element des Modells HR ist die „Ambulantisierung“ der (eigentlich im stationären Sektor angesiedelten) Hausgemeinschaften bzw. die als „stambulante Versorgung“ bezeichnete Kombination des Wohnens in einem quasi-stationären Setting mit einer weitgehend dem ambulanten Setting entsprechenden pflegerischen Versorgung. Die BEW des HR haben dementsprechend Anspruch auf die typischen Leistungen der häuslichen Pflege – und nicht auf Leistungen der vollstationären Pflege gem. §§ 43, 43c SGB XI. Damit liegt zunächst eine analoge Situation vor, wie sie auch für die BEW von ambWG sowie in der häuslichen Pflege einschließlich des betreuten Wohnens gilt.

Während die BEW von ambWG und den beiden anderen ambulanten Settings jedoch grundsätzlich die volle Wahlfreiheit zwischen Sachleistungen und Pflegegeld bzw. der Kombinationsleistung haben, wird von den BEW des HR grundsätzlich die Inanspruchnahme der Pflegesachleistung erwartet, verbunden mit der „Abtretung“ eines pauschalen Teils ihres Anspruchs zur (teilweisen) Finanzierung des HR-spezifischen Grundleistungspakets, so dass sie grundsätzlich nur über den ggf. verbleibenden Restbetrag ihres Sachleistungsanspruchs verfügen können (faktisch verbleibt nur ab Pflegegrad 3 ein Restbetrag, vgl. Tabelle 3). Diesen können sie entweder für den Bezug von zusätzlichen Pflegesachleistungen bei einem ambulanten Pflegedienst einsetzen oder im Sinne der Kombinationsleistung als Pflegegeld beziehen.

Dieses Finanzierungskonzept des HR erscheint vor allem mit Blick auf den konzeptionellen Kern des Modells konsistent: Der „stambulanten“ Kombination der für den ambulanten Bereich kennzeichnenden individuellen Gestaltungs- und Dispositionsspielräume mit einer für den vollstationären Sektor typischen höheren Versorgungssicherheit entspricht die Zuordnung zum ambulanten Leistungsrecht einerseits (Leistungsansprüche gem. §§ 36, 37, 38 SGB XI), verbunden mit der vertraglichen Verpflichtung zum Einsatz eines pauschalen Teils des Sachleistungsanspruchs zur Finanzierung des Grundleistungspakets andererseits.

Im Falle einer Verstetigung des HR-Modells, sollten die diesbezüglichen leistungsrechtlichen Regelungen daher an diese in der Modellphase erprobte Konzeption anknüpfen. Da es sich beim Modell HR nicht um eine ambulante, sondern um eine eigenständige („stambulante“) Versorgungsform handelt, müsste ggf. explizit klar gestellt werden, dass zum einen die Leistungsansprüche gem. §§ 36, 37, 38 SGB XI für diese spezielle Versorgungsform gelten und zum anderen, dass die Versicherten diese Mittel für die für diese Versorgungsform charakteristische „Basisversorgung“ (Grundleistungspaket des HR-Modells) einsetzen können.

Anspruch auf Wohngruppenzuschlag (§ 38a SGB XI)

Mit der Gewährung des Anspruchs auf den Wohngruppenzuschlag (§ 38a SGB XI) wurde im HR-Modellkonzept der – im obigen Abschnitt 3.8.1 zur ordnungsrechtlichen Einordnung bereits näher ausgeführten – Analogie zwischen (stationären) Hausgemeinschaften und ambulanten Wohngruppen Rechnung getragen. Der Leistungsanspruch gem. § 38a SGB XI wurde 2012 durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) eingeführt, um den BEW von ambulanten Wohngruppen einen zusätzlichen pauschalen Betrag für die „Organisation sowie Sicherstellung der Pflege in der Wohngemeinschaft“ zur Verfügung zu stellen (Gesetzesbegründung zum PNG, BT-Drs. 17/09369, S. 40).

Zwar dürften die Anforderungen an die eigenständige Organisation und Sicherstellung der Pflege und Versorgung bei den BEW des HR bzw. „ambulantisierter Hausgemeinschaften“ im Allgemeinen aufgrund der stationären Verankerung der Versorgungsform im Prinzip geringer sein als bei den BEW von ambWG. Auf der anderen Seite gehören die erweiterten Dispositionsspielräume hinsichtlich der

Versorgungsgestaltung – auch unter Einbezug von Angehörigen oder anderen informell Pflegenden – auch zum HR-Konzept. Insofern erscheint die modellspezifische Regelung konsistent.

Im Falle einer Verstetigung des Modells HR sollte eine auf diese spezifische Versorgungsform abgestimmte Regelung in Betracht gezogen werden, ein Vorschlag dazu folgt unten.

Anspruch auf den Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI) bzw. „Verrechnung“ mit dem Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 43b SGB XI)

Wegen der Zuordnung zum ambulanten Leistungsrecht haben die BEW des HR ferner Anspruch auf den Entlastungsbetrag gem. § 45b SGB XI, der nach dem Gesetzeswortlaut „zweckgebunden einzusetzen [ist] für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger [...] sowie zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung des Alltags“ (§ 45b Abs. 1 Satz 2 SGB XI). Die in Satz 3 dieser Bestimmung genannten Leistungsarten, für die der Entlastungsbetrag eingesetzt werden kann (Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, Angebote zur Unterstützung im Alltag), sind jedoch, mit Ausnahme der Leistungen ambulanter Pflegedienste (Satz 3 Nr. 3), auf die spezifische Versorgungssituation des Modells HR nicht anwendbar bzw. werden durch die „quasi-stationäre“ Komponente in Gestalt des HR-Basisleistungspakets bereits gewährleistet.

Teil des HR-Basisleistungspakets sind auch Betreuungsleistungen, weshalb von den Modellinitiatoren offenbar auch ein – systematisch zur vollstationären Versorgung gehörender – Anspruch auf die Leistungen gem. 43b SGB XI bzw. der beim Start des Modellvorhabens bis Ende 2016 noch geltenden Vorgängerregelung (§ 87b SGB XI (aF)) gesehen wurde. Offenbar, um angesichts des gleichzeitigen Anspruchs auf den Entlastungsbetrag eine Überschneidung bzw. Dopplung von Leistungsansprüchen zu vermeiden, wurde im HR-Modell eine Verrechnung beider Leistungen vorgenommen, indem ein für die zusätzliche Betreuung i.S. des § 43b SGB XI kalkulatorisch anzusetzender Betrag (bis 2021: € 85; ab 2022: € 120) von dem Anspruch auf den Entlastungsbetrag (€ 125) abgesetzt wurde, so dass den HR-BEW nur noch der jeweilige Restbetrag zur freien Verfügung steht.

Die beschriebenen Arrangements im Rahmen des Modellvorhabens sind in diesem Kontext nachvollziehbar. Im Falle einer Verstetigung könnten sie jedoch durch eine einfachere, auf diese spezielle Versorgungsform abgestimmte, leistungsrechtliche Regelung ersetzt werden. Dabei könnte z.B. eine Zusammenfassung mit dem Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag in einer einzigen, für diese Versorgungsform spezifischen, Pauschale erfolgen, die der Höhe nach in etwa den kumulierten Ansprüchen aus den im HR-Modell erprobten Leistungsansprüchen gem. §§ 38a (aktuell € 214) und 45b (aktuell € 125) entspräche. Dieser Pauschalbetrag könnte auch Pflegebedürftigen des Pflegegrads 1 gewährt werden, die diese Versorgungsform gewählt haben (in Analogie zur aktuellen Gewährung des Entlastungsbetrags).

Anspruch auf Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 SGB XI)

Der bei ambulanter Pflege eigentlich bestehende Anspruch auf Leistungen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds (§ 40 Abs. 4 SGB XI) ist wegen der stationären Verankerung nicht sinnvoll und wurde u.W. in der Modellerprobung auch nicht gewährt bzw. in Anspruch genommen.

In Bezug auf Pflegehilfsmittel (§ 40 Abs. 1 und 2 SGB XI) wurde eine modellspezifische Regelung getroffen, insofern das HR im Rahmen des Basisleistungspakets eine Grundausstattung mit Pflegehilfsmitteln vorhält, die im Detail in einer Anlage zu dem Modellvertrag spezifiziert ist (vgl. HR-45f bzw. HR-92b Abs. 4 bzw. Anlage 5). Alle darüber hinaus erforderlichen Pflegehilfsmittel wurden nach ärztlicher Verordnung zu Lasten der Krankenkasse gewährt.

Die Evaluationsergebnisse zur Inanspruchnahme von ärztlich verordneten Hilfsmitteln aus dem SGB V (§ 33 SGB V) bzw. den korrespondierenden Leistungsausgaben der AOK Baden-Württemberg zeigen, dass in den vier analysierten Jahreszeiträumen die Hilfsmittelausgaben für die HR-BEW stets unter den Ausgaben für die Pflegebedürftigen in ambWG, häuslicher Versorgung (TG 5) bzw. im „betreuten Wohnen“ (TG 4, nur 2021) liegen (vgl. Abschnitt 3.7.5). Mit Ausnahme des Jahres 2021 liegen sie auch unter den Ausgaben für die vollstationär Gepflegten (jeweils bei Zugrundelegung der gewichteten Ergebnisse). Dies deutet darauf hin, dass die im Rahmen des Modellkonzepts getroffene, und aufgrund der stationären Verankerung des Modells mögliche, vertragliche Regelung („Grundausstattung“ mit Hilfsmitteln im Rahmen des HR-Basisleistungspakets) zu einer Dämpfung der Hilfsmittelausgaben der Krankenkasse beigetragen hat.

Mit Blick auf eine Verstetigung des Modellkonzepts sollte der Leistungsanspruch der Versicherten gem. § 40 Abs. 1 und 2 SGB XI erhalten bleiben. Die möglicherweise effizienzsteigernden Effekte der Vorhaltung einer „Grundausstattung“ von Pflegehilfsmitteln für die BEW einer „stambulanten“ Versorgungsform durch die Einrichtung könnten durch entsprechende vertragliche Vereinbarungen zwischen den Pflegekassen und den betreffenden Einrichtungen realisiert werden.

Anspruch auf Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI)

Für die BEW von ambWG besteht in besonderen Fällen – „wenn gegenüber der zuständigen Pflegekasse durch eine Prüfung des Medizinischen Dienstes nachgewiesen ist, dass die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist“ (§ 38a Abs. 1 Satz 2 SGB XI) – ein Anspruch auf Tages- und Nachtpflege. Nach den von IGES erhobenen Daten und Informationen wurde im Rahmen des Modellvorhabens von den HR-BEW keine Tages-/Nachtpflege in Anspruch genommen. Die uns vorliegenden Vertragsunterlagen nehmen zu dieser Frage nicht Stellung.

Sowohl das Konzept der „stambulanten“ Versorgung in Hausgemeinschaften als auch die empirischen Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung lassen einen An-

spruch auf (zusätzliche) Tages- oder Nachtpflege i.S. des § 41 SGB XI bei einer Überführung des Modells in die Regelversorgung als obsolet erscheinen. Ggf. sollte in leistungserbringungsrechtlichen Regelungen vorgeschrieben werden, dass die Pflegekassen über vertragliche Vereinbarungen mit den Einrichtungen sicherstellen, dass die jeweils anzubietende Basisversorgung einen zusätzlichen Anspruch auf Tages-/Nachtpflege entbehrlich macht.

3.8.2.2 Leistungsansprüche aus dem SGB V bzw. SGB-übergreifende Modifikationen der Leistungsansprüche

Mit der „stambulanten Versorgung“ wurde nicht nur im Bereich der Pflege eine sektorübergreifende Versorgungsform erprobt, es wurde darüber hinaus auch eine „Verschmelzung der Leistungsansprüche nach SGB XI und SGB V“ (so der Passus in dem Modellvertrag, vgl. HR-45f, § 4) in das Vorhaben integriert. Behandlungspflegerische Leistungen erhalten häuslich versorgte Pflegebedürftige auf ärztliche Verordnung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege (HKP) gem. § 37 SGB V. Im Modell HR wurden zum einen ausgewählte HKP-Leistungen in das Basisleistungspaket integriert, zum anderen wurden für bestimmte, darüberhinausgehende HKP-Leistungen Preisabschläge vereinbart (vgl. dazu im Detail Abschnitt 1.2.3.4).

Die Ergebnisse der vorliegenden Evaluation zu den Leistungsausgaben der AOK Baden-Württemberg zeigen, dass die BEW des HR vor allem im Vergleich zu den BEW der ambWG erheblich niedrigere Ausgaben im HKP-Bereich verursachen (vgl. Abschnitt 3.7.4). In den Analysejahren 2019 und 2020 lagen die Ausgaben der HR-BEW auch unter denen für häuslich Gepflegte, in 2021 und 2022 zumindest unter denen der Versicherten im „betreuten Wohnen“. Angesichts der Konsistenz der Ergebnisse in allen vier Analysejahren sowie dem unmittelbaren Zusammenhang zu den Regelungen des Modellvertrags ist daher zu konstatieren, dass diese HKP-Modellkomponente offenbar einen starken ausgabendämpfenden Effekt außerhalb des SGB XI-Kontextes hatte.

Unter der Fragestellung einer Einordnung in das Leistungsrecht des SGB XI kann es nicht primär darum gehen, ob bzw. wie die beschriebenen Effekte auf die HKP-Ausgaben der Krankenkassen ggf. in einer in die Regelversorgung überführten „stambulanten Versorgung“ zu erzielen wären. Dafür sollten den Akteuren ggf. vertragliche Instrumente, nicht zuletzt die Bestimmungen zur Integrierten Versorgung (§ 92b SGB XI bzw. § 140a SGB V), zur Verfügung stehen. Für die pflegebedürftigen Versicherten bzw. aus leistungsrechtlicher Sicht relevant ist jedoch die Frage, wie mit der im Modellvorhaben den HR-BEW gewährten „SGB V Pauschale“ umzugehen wäre, sofern in einer „stambulanten“ Regelversorgung ebenfalls entsprechende vertragliche Regelungen getroffen würden.

Die im Modell HR den BEW von der **Krankenkasse** gezahlte „SGB V Pauschale“ ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass die Krankenkasse ihre nach § 37 SGB V bestehende Leistungspflicht teilweise auf den HR-Betreiber verlagert, der seinerseits im Rahmen des Basisleistungspakets geeignetes Personal vorhält, um diese HKP-Leis-

tungen erbringen zu können. Da die pflegebedürftigen Versicherten das Basisleistungspaket aus ihren Leistungsansprüchen gem. § 36 SGB XI bzw. aus Eigenanteilen finanzieren müssen, läge somit faktisch eine Überwälzung von HKP-Kosten von der Krankenkasse auf die Versicherten vor. Diese Kostenverlagerung wird vermieden, indem die Krankenkasse ihren Versicherten im HR den auf die inkludierten HKP-Leistungen (bzw. das dafür erforderliche Personal) entfallenden Teil der Kosten des Basisleistungspakets in Form der „SGB V Pauschale“ erstattet.

Wesentliche Voraussetzung für das Funktionieren dieser Kompensation bzw. die Vermeidung einer – nach dem Leistungsrecht des SGB V nicht gerechtfertigten – Belastung der Versicherten ist eine zutreffende Bemessung der „SGB V Pauschale“. Im Rahmen des Modellvorhabens wurde daher von dem HR-Betreiber eine gesonderte Kalkulation des Personalbedarfs für die Erbringung der betreffenden Leistungen erstellt, aus der der konkrete Betrag der „SGB V Pauschale“ abgeleitet wurde.

Mit Blick auf eine Überführung des „stambulanten“ Versorgungsmodells in die Regelversorgung auf Basis des SGB XI sollte geprüft werden, inwieweit ggf. explizite Regelungen erforderlich sind, die sicherstellen, dass es im Falle solcher „Verschmelzungen von Leistungsansprüchen aus SGB XI und SGB V“ nicht zu Kostenverlagerungen von den Krankenkassen auf die Pflegebedürftigen kommt bzw. dass die Versicherten in vergleichbarer Weise wie in dem Modellvorhaben kompensiert werden. Die in der vorliegenden Evaluation beobachteten starken Effekte auf die HKP-Ausgaben lassen sich in plausibler Weise auf das Modellkonzept beziehen, so dass ein starkes Interesse der Krankenkassen an einer entsprechenden vertraglichen Gestaltung zu vermuten ist.

3.8.3 Einordnung in die Systematik der externen Qualitätsprüfungen

Das Haus Rheinaue unterlag von Beginn der Modellerprobung an sowohl den ordnungsrechtlich für stationäre Pflegeeinrichtungen vorgesehenen Prüfungen durch die Heimaufsicht, als auch den sozialrechtlichen Qualitätsprüfungen gem. §§ 114, 114a und 114b SGB XI für vollstationäre Pflegeeinrichtungen. Die für die HR-BEW darüber hinaus tätigen Pflegedienste unterliegen ferner den Qualitätsprüfungen für ambulante Pflegedienste.

Der Einbezug des HR in die Qualitätsprüfungen für vollstationäre Einrichtungen ist als ein Element des Modellkonzepts zu sehen, d.h. als eine Teilkomponente der durch das Modell beanspruchten „höheren Versorgungssicherheit“. Obwohl der Umfang der Versorgungsverantwortung, den das HR für seine BEW übernimmt geringer ist als in einer regulären vollstationären Einrichtung, umfasst das HR-Modell mehrere Elemente, die der stationären Versorgung vergleichbar sind: Zum einen gehören zu dem HR-Grundleistungspaket auch Leistungen, die der körperbezogenen Pflege bzw. der pflegerischen Betreuung zuzurechnen sind, womit formal auch eine Leistungserbringung in dem „stationären Teil der stambulanten Versorgung“ erfolgt. Zum anderen übernimmt das HR in starkem Maße eine steuernde Funktion bis hin zur Übernahme einer Gesamtverantwortung für eine „fachlich einwand-

freie und der Situation des Bewohners angepasste Pflege“ (vgl. HR-KV, § 1), einschließlich damit verbundener Interventionsrechte z.B. gegenüber den von den BEW beauftragten Pflegediensten, falls diese nach der Einschätzung des HR die beauftragten Leistungen nicht oder nicht in der gebotenen Qualität erbringen. Als ein weiteres Merkmal ließe sich hinzufügen, dass die Pflegedokumentation für die HR-BEW einheitlich im Dokumentationssystem des HR erfolgt und ambulante Pflegedienste sich in dem Kooperationsvertrag verpflichten müssen, auch für ihre Leistungen diese Dokumentation zu verwenden (vgl. HR-KV, § 4).

Angesichts dieser Rolle des HR innerhalb des „stambulanten“ Versorgungskonzepts erscheint die Zuordnung zur Systematik der vollstationären Qualitätsprüfungen konsistent. Die Tatsache, dass ggf. wesentliche pflegerische Leistungen nicht durch das HR bzw. dessen Personal, sondern durch einen ambulanten Pflegedienst oder durch nahestehende Personen erbracht werden, ändert nichts an dieser Bewertung, weil das HR im Rahmen seiner vertraglich übernommenen Gesamtverantwortung ggf. intervenieren kann.

Im Falle einer Verstetigung des „stambulanten“ Versorgungskonzepts, wäre u.E. daher eine Fortführung der in der Modellphase erprobten Zuordnungen zur Systematik der Qualitätsprüfungen in Betracht zu ziehen.

3.9 Mögliche strukturelle Auswirkungen einer Einführung des Modells in die Regelversorgung

Die Untersuchung bzw. Diskussion struktureller Auswirkungen erfolgt unter der Hypothese einer Überführung des Modells HR in die Regelversorgung unter dem Dach des SGB XI. In diesem Fall wäre es möglich, dass eine „stambulante“ Versorgung auch in anderen Regionen sowie durch alle interessierten Träger angeboten wird, die die gesetzlich noch festzulegenden Voraussetzungen erfüllen.

In der Leistungsbeschreibung zu der vorliegenden Untersuchung werden mit Blick auf mögliche strukturelle Auswirkungen einer Einführung bzw. Verbreitung des HR-Modells in der Regelversorgung zwei Aspekte genannt, die im Folgenden vor dem Hintergrund der Ergebnisse dieser Evaluation diskutiert werden:

- Effekte auf die Versorgungssicherheit
- Effekte auf Qualität und Kosten der pflegerischen Versorgung

3.9.1 Mögliche Effekte auf die Versorgungssicherheit

Unter der Überschrift „Versorgungssicherheit“ sind folgende vier, teilweise miteinander verbundene, Aspekte zu betrachten:

- Die in Abschnitt 3.3.4 bereits auf Basis der empirischen Ergebnisse betrachtete „Versorgungskontinuität“, also die Frage inwieweit Pflegebedürftige aufgrund eines zunehmenden pflegerischen Versorgungsbedarf gezwungen sind in eine andere Einrichtung umzuziehen. Mit Blick auf das Modell HR ist hier vor allem die Frage zu diskutieren, wie diese Versorgungsform
-

im Vergleich zu den existierenden Settings hinsichtlich der Versorgungskontinuität zu bewerten ist.

- Vor allem für Menschen mit hohem pflegerischen Versorgungsbedarf – z.B. aufgrund von fortgeschrittenen demenziellen Erkrankungen – ist es ferner wichtig, dass möglichst in Wohnortnähe ein hinreichend differenziertes Versorgungsangebot existiert, so dass sie auch bei Vorliegen von spezifischen Bedarfssituationen eine Versorgung finden können. Mit Blick auf das Modell HR ist zu diskutieren, inwieweit sich die „Bedarfsgerechtigkeit des (regionalen) Versorgungsangebots“ ggf. verändern würde, wenn die Möglichkeit besteht, die neue Versorgungsform anzubieten.
- Im Zusammenhang mit der Zunahme von Angeboten des „betreuten Wohnens“ wurden auch Umwandlungen bzw. Umwidmungen von stationären Pflegeeinrichtungen in solche ambulanten Angebote beobachtet, die den Betreibern unter Umständen höhere Erlöspotenziale bieten (sog. „ambulante Stapelleistungen“, vgl. Rothgang & Müller 2019: 147f). Mit Blick auf das Modell HR wird diskutiert, inwieweit das Konzept nennenswerte Anreize für die Substitution von vollstationären Angeboten bietet.
- Wesentliches Merkmal des Modells HR ist die Suspendierung der für den vollstationären Sektor geltenden „Fachkraftquote“. Wie in Abschnitt 3.1.2 gezeigt, wird die fachpflegerische Versorgung im HR – unter Einschluss der beteiligten Fachkräfte des ambulanten Pflegedienstes – mit einer deutlich geringeren Kapazität von Pflegefachkräften gewährleistet. Mit Blick auf mögliche strukturelle Auswirkungen ist somit zu diskutieren, inwieweit das Modell HR angesichts des eklatanten Fachkräftemangels zu einer Erhöhung der Versorgungssicherheit beitragen kann.

3.9.1.1 Versorgungskontinuität

Bei häuslicher Pflege ist ein Bruch der Versorgungskontinuität ein relativ häufiges und vielfach nicht zu vermeidendes Ereignis, weil das häusliche Pflegesetting ab einem bestimmten Versorgungsbedarf überfordert ist, so dass ein Wechsel in die vollstationäre Pflege erfolgt. Sobald jedoch ein Wechsel aus der eigenen Häuslichkeit in eine andere Versorgungsform stattgefunden hat, sollte die Kontinuität gesichert sein, d.h. kein erneuter Wechsel in eine andere Einrichtung erforderlich werden. Ein Wechsel der Einrichtung kann in manchen Fällen auf objektive Qualitätsmängel oder subjektive Unzufriedenheit mit der jeweiligen Einrichtung zurückzuführen sein. Ein Einrichtungswechsel wegen der Zunahme des pflegerischen Versorgungsbedarfs sollte jedoch nur in seltenen und eng umschriebenen Situationen auftreten.

Wie in Abschnitt 3.3.4 dargestellt, sind Umzüge in eine andere Pflegeeinrichtung ausweislich der Leitungskräftebefragung in den VST (1,3/100 BEW) und im HR (1,8/100 BEW) ein seltenes Ereignis, wogegen sie in den ambWG (13,5/100 BEW) häufiger vorkommen.

Die Gewährleistung von Versorgungskontinuität gilt als ein spezifisches Problem der sog. neuen ambulanten Wohnformen. Der Abschlussbericht über die „Entwicklung und Erprobung eines Konzeptes und von Instrumenten zur internen und externen Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung in neuen Wohnformen nach § 113b Abs. 4 SGB XI“ hat die „Versorgungskontinuität“ als eines von fünf spezifischen Qualitätsmerkmalen der neuen Wohnformen identifiziert und führt zur Begründung aus:

„Eine besondere Herausforderung ambulanter Wohnsettings stellt die Sicherung einer qualifizierten Versorgung auch bei sich veränderndem Hilfe- und Pflegebedarf dar. Ältere und pflegebedürftige Menschen, die in neue ambulante Wohnformen umziehen, erwarten mehr Sicherheit bei der Versorgung als in klassischen ambulanten Wohnsettings, auch um die Wohnkontinuität zu erhalten. Dieser Erwartungshaltung konnten in der Vergangenheit nicht immer alle neuen ambulanten Wohnformen gerecht werden – Umzüge aus dem Betreuten Wohnen, aus selbstständigen gemeinschaftlichen Wohnformen, aus Quartiersprojekten oder auch aus ambulanten Pflegewohngemeinschaften in Wohnangebote mit mehr Versorgungssicherheit waren erforderlich.“ (Wolf-Ostermann et al. 2019: 5).

Die Ergebnisse der vorliegenden Evaluation – auch wenn sie auf einer schmalen Datenbasis beruhen – bestätigen diese Einschätzung des im Auftrag des Qualitätsausschusses Pflege durchgeführten Forschungsprojekts. Nach den Untersuchungsergebnissen von Wolf-Ostermann et al. (2019) ist vor allem die Sicherstellung einer pflegerischen Versorgung rund um die Uhr eine besondere Herausforderung, die von manchen neuen Wohnformen nicht bewältigt wird (a.a.O. S. 80f).

Das HR weist in der Untersuchung eine zu den VST vergleichbare Häufigkeit von Umzügen in andere Pflegeeinrichtungen auf, wobei für beide Einrichtungsarten keine Informationen über die Hintergründe dieser (wenigen) Umzüge gewonnen werden konnten, weil keine „Auszugsfragebögen“ beantwortet wurden. Grundsätzlich ist anzunehmen, dass das Modell HR in Bezug auf die Versorgungskontinuität Vorteile gegenüber den ambWG aufweist, weil es über 24 Stunden eine Pflegefachkraft vorhält, so dass ggf. auch in der Nacht ein höherer behandlungspflegerischer Versorgungsbedarf bewältigt werden kann.

Mit Blick auf die potenziellen strukturellen Auswirkungen einer stärkeren Verbreitung des Modells HR wäre somit festzuhalten, dass dadurch das Versorgungsangebot für pflegebedürftige Menschen, die ein Versorgungssetting suchen, welches ihnen größere individuelle Gestaltungsspielräume lässt, sinnvoll erweitert bzw. verbessert würde. Bisher kommen für diese Gruppe von Pflegebedürftigen vor allem ambulante Wohnformen, wie die hier untersuchten ambWG in Betracht, die jedoch möglicherweise Nachteile in Bezug auf die Versorgungskontinuität aufweisen. Das „stambulante“ Versorgungsmodell würde – bei Inkaufnahme eines eventuell geringeren individuellen Gestaltungsspielraums als in einer ambWG – hier eine relevante Alternative im Sinne einer höheren Versorgungssicherheit darstellen.

3.9.1.2 Bedarfsgerechtigkeit des Versorgungsangebots

Kern des Modells HR ist eine „Ambulantisierung“ der eigentlich zum vollstationären Setting gehörenden Hausgemeinschaften. Bei Zulassung des Modells HR zur Regelversorgung könnte es dazu kommen, dass bisher vollstationäre Versorgungsangebote in „stambulante“ Angebote umgewandelt werden. Im vorangehenden Unterabschnitt 3.9.1.1 wurde konstatiert, dass durch die Zulassung von „stambulanten“ Einrichtungen das Versorgungsangebot für Menschen sinnvoll erweitert würde, die aktuell wegen der größeren individuellen Gestaltungsspielräume eine ambWG in Betracht ziehen. Im Folgenden wird erörtert, ob dadurch umgekehrt Nachteile bezüglich des Versorgungsangebots für Menschen zu erwarten wären, die aufgrund ihrer Versorgungsbedarfe eine vollstationäre Versorgung benötigen.

Wie bereits in Abschnitt 1.2.2 dargestellt, steht das HR abgesehen von bestimmten Ausnahmen allen pflegebedürftigen Menschen offen. Nicht aufgenommen werden Menschen mit schweren chronischen Psychosen, mit apallischem Syndrom, intensiv beatmungspflichtige Menschen sowie junge Menschen mit Pflegebedarf. Ausweislich der vertraglichen Grundlagen verpflichtet sich das HR bei wachsendem Pflege- und Betreuungsbedarf alle erforderlichen Pflege- und Betreuungsleistungen anzubieten, mit folgenden Ausnahmen: „Bewohner mit Krankheiten oder Behinderungen, die eine ununterbrochene Beaufsichtigung und die Möglichkeit der jederzeitigen medizinischen Intervention erforderlich machen. [...] Bewohner, für die ein Unterbringungsbeschluss vorliegt oder die sonst unterbringungsähnliche Maßnahmen benötigen und nur in einer geschlossenen Abteilung versorgt werden können. Dies gilt insbesondere bei BEW, bei denen eine Weglauftendenz mit normalen Mitteln eines Wegläuferschutzes nicht mehr beherrschbar ist und die sich dadurch selbst gefährden“ (HR-VWL Anlage 4 zu § 6 des Vertrages über Wahlleistungen).

Im Rahmen der Untersuchung wurden die Leitungskräfte der teilnehmenden Einrichtungen gefragt, inwieweit „bereits Personen, die in die Einrichtung [WG] einziehen wollten, abgewiesen wurden, da Versorgungsbedarfe vorlagen, die Sie in Ihrer Einrichtung [WG], z. B. aufgrund von fehlendem Fachpersonal oder räumlichen/organisatorischen Gegebenheiten, nicht abdecken können?“. Diese Frage wurde vom HR und allen Vergleichseinrichtungen bejaht. Im Anschluss wurde in Bezug auf einzelne Versorgungsbedarfe gefragt, inwieweit deshalb bereits Personen abgewiesen wurden. Die Ergebnisse zeigt Tabelle 94. Bei der Bewertung ist zu berücksichtigen, dass es möglicherweise nicht zu einer Abweisung gekommen ist, weil noch keine Person mit dem entsprechenden Versorgungsbedarf einziehen wollte.

Tabelle 94: Besondere Versorgungsbedarfe, die von der Einrichtung nicht abgedeckt werden konnten und die zur Abweisung der Personen geführt haben

	HR	VST (ja/n)	ambWG (ja/n)
Zu starke Mobilitätseinschränkungen	nein	1/3	3/7
Intensivpflege (z. B. Beatmung, paraenterale Ernährung)	nein	2/3	7/7
Spezifische Hilfsmittel (z. B. zu große Lagerungsgeräte oder Deckenlift)	nein	1/3	3/7
Schwere demenzielle Erkrankungen	ja	1/3	3/7
Psychische Erkrankungen	nein	2/3	3/7
Suchterkrankungen	ja	3/3	1/7
Palliativbedarf	nein	nein	1/7

Quelle: IGES; EI-L1

Neben diesen sieben in der Befragung vorgegebenen Anlässen wurden folgende Angaben als Freitexte gemacht:

HR: „Weglauftendenz“; „viele Unklarheiten bei Betreuer“

ambWG: „extreme Verhaltensweisen, die das WG-Leben dominieren würden; Menschen, deren Angehörige nicht in der Nähe wohnen“; „Selbst-/Fremdgefährdung; zu hoher pflegerischer Unterstützungsbedarf + Demenz; nächtlicher Pflegebedarf“; „extreme Verhaltensweisen; Bedarf von SGB-V Leistungen in der Nacht; nicht mehr als eine Person mit MS (starke Mobilitätseinschränkung); Kontrolliertes Trinken ok, auch hier extreme Verhaltensweisen problematisch“; „ständige Hinlauftendenz; unpassende Angehörige (müssen mitmachen und Bewohner weiterhin sozial einbeziehen, z.B. besuchen kommen).“; „Nach Einzug wird 14 Tage geguckt, ob sich die Person "einleben" kann, d.h. nicht negativ auffällt (z.B. zu starke Hinlauftendenzen) bzw. die anderen Bewohner*innen nicht einschränkt durch Verhaltensauffälligkeiten“;

VST: „Einzelfallabhängig z.B. Ausschluss bei Weglauftendenz, gestörter Tag-Nacht-Rhythmus, wenn bauliche Veränderung nötig, geschlossener Bereich nötig ist“; „Schwerste Verhaltensauffälligkeiten, 1:1-Betreuung nicht leistbar“; „Aggression/herausforderndes Verhalten/Hinlauftendenz“

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass die vom HR im Konzept bzw. den Verträgen genannten Ausnahmen, bei denen eine Versorgung nicht möglich ist, auch bei den drei untersuchten VST unter Umständen nicht aufgenommen würden. Dies überrascht insofern nicht, als die hier relevanten Versorgungsbedarfe – Verhaltensweisen mit Fremd-/Selbstgefährdung, Intensivpflegebedarf, schwere psychische und Suchterkrankungen – in der Regel in besonders spezialisierten Einrichtungen versorgt werden.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Untersuchung keine Hinweise ergeben hat, dass bei einer Verbreitung des „stambulanten“ Versorgungsmodells die Gefahr bestünde, dass die Bedarfsgerechtigkeit des (stationären) Versorgungsangebots abnehmen würde, weil Menschen mit besonderen Versorgungsbedarfen weniger Versorgungsangebote vorfinden würden. Das Modell HR richtet sich hinsichtlich der pflegerischen Versorgungsbedarfe an vergleichbare Zielgruppen wie „normale“ stationäre Pflegeeinrichtungen. Personengruppen, die im HR nicht aufgenommen würden, werden auch gegenwärtig i.d.R. in besonders ausgestatteten bzw. spezialisierten Einrichtungen versorgt.

3.9.1.3 Substitution vollstationärer durch „stambulante“ Angebote aufgrund finanzieller Anreize

Die künftige Verbreitung einer „stambulanten“ Versorgungsform lässt sich nicht prognostizieren, da unbekannt ist, inwieweit die spezifischen Bedingungen und Komponenten des Modells HR unverändert in eine Regelversorgung überführt würden. Die folgenden Ausführungen erörtern die Frage, welche Anreize bzw. Herausforderungen das Modell HR für die Betreiber von Pflegeeinrichtungen ggf. bietet.

Ausgangspunkt und Grundlage für das Modell HR ist das Hausgemeinschaftskonzept (vgl. Abschnitt 1.2.1). Wesentliche Elemente des Modells HR dürften ohne die organisatorischen und baulichen Besonderheiten des Hausgemeinschaftskonzepts nicht funktionsfähig sein. Die „Verbreitungschancen“ des Modells hängen daher in starkem Maße davon ab, inwieweit diese Voraussetzungen in bestehenden Einrichtungen bereits hinreichend gegeben sind oder ggf. – z.B. durch Umbauten – geschaffen werden können. Eine quantitative Abschätzung dieses „Umwandlungspotenzials“ ist in der vorliegenden Untersuchung nicht möglich. Es kann aber konstatiert werden, dass die Verknüpfung mit dem Hausgemeinschaftskonzept bzw. den daraus resultierenden baulichen und organisatorischen Anforderungen eine relevante Limitierung darstellen dürfte.

Eine Umstellung auf das Modell HR dürfte somit in erster Linie für stationäre Einrichtungen in Betracht kommen, die bereits nach dem Hausgemeinschaftskonzept arbeiten. Für diese Einrichtungen könnte das Modell attraktiv sein, sofern (a) die in der Modellerprobung des HR – zumindest bis zum Jahr 2021 – realisierten finanziellen Vorteile für die BEW (etwas geringere Eigenanteile als bei stationärer Versorgung, vgl. Abschnitt 1.2.3.6) dauerhaft aufrechterhalten werden und (b) das

„stambulante“ Versorgungskonzept für die Betreiber keine wirtschaftlichen Nachteile im Vergleich zu einer „normalen“ vollstationären Versorgung aufweist.

Mit Blick auf die finanzielle Perspektive der BEW wurde durch die seit Anfang 2022 geltenden Neuregelungen des § 43c SGB XI gegenüber der hier betrachteten HR-Modellphase eine neue Situation geschaffen, indem pflegebedürftige Personen in vollstationärer Pflege höhere Leistungsbeträge erhalten. Wie die Analysen in Abschnitt 3.7.2 mit Bezug auf das Jahr 2022 zeigen, sind durch die Einführung des § 43c SGB XI die Ausgaben der AOK Baden-Württemberg für vollstationäre gepflegte Versicherte gegenüber dem Jahr 2021 um über 32 % gestiegen. Die betreffenden Versicherten werden somit im Vergleich zu 2021 hinsichtlich der zu tragenden Eigenanteile entsprechend entlastet. Im direkten Vergleich dürfte das HR somit gegenüber einer vollstationären Versorgung seit 2022 deutlich an Attraktivität eingebüßt haben.

Hinsichtlich der wirtschaftlichen Perspektive der Pflegeeinrichtungen, sind folgende Aspekte von Bedeutung: Die Erlöse einer vollstationären Pflegeeinrichtung resultieren im Wesentlichen aus dem von den BEW zu entrichtenden Gesamtheimentgelt (§ 87a Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Im Modell HR tritt an die Stelle des Gesamtheimentgelts die Vergütung für „Grundleistungen und Wohnen“. Wie angesichts des geringeren Umfangs der Pflegeleistungen zu erwarten, fällt diese Vergütung geringer aus, als die von vollstationären Einrichtungen verlangten Gesamtheimentgelte¹⁸. Weitere mögliche Erlösquellen für den Betreiber einer „stambulanten“ Versorgungseinrichtung können die ambulanten Sachleistungen („Wahlleistungen“ im Modell HR) sowie die Leistungen der häuslichen Krankenpflege sein, sofern er einen ambulanten Pflegedienst betreibt und die BEW ihre Leistungen vollständig oder überwiegend bei diesem Dienst beziehen (wie es im Modell HR der Fall ist). Darüberhinausgehende Erlösquellen, wie etwa die bei ambulanten Wohnformen mögliche Kombination mit einem Tagespflegeangebot, sind hier nicht gegeben (sofern man den diesbezüglichen Empfehlungen zum Leistungsrecht in Abschnitt 3.8.2 folgt).

Ein wirtschaftlicher Anreiz für die Umwandlung einer vollstationären Einrichtung in eine „stambulante“ Versorgungsform wäre somit anzunehmen, wenn ein Betreiber zum einen damit rechnen könnte, aus den Erlösen für das Basisleistungspaket und zum anderen aus den Leistungen seines ambulanten Pflegedienstes einen im Vergleich zur vollstationären Situation höheren Gewinn zu erwirtschaften.

Wie die Auswertungen zu den HKP-Leistungen in Abschnitt 3.7.4 zeigen, werden für die Versicherten der AOK Baden-Württemberg, die in ambWG sowie im „betreuten Wohnen“ versorgt werden, vergleichsweise hohe HKP-Leistungsausgaben abgerechnet. Die entsprechenden Ausgaben für die HR-BEW liegen demgegen-

¹⁸ Nach der letzten IGES vorliegenden Kalkulation des HR vom 01.10.2022 betragen die Kosten für „Grundleistungen und Wohnen“ € 125,12 pro Tag. Die Gesamtheimentgelte der vollstationären Einrichtungen in Baden-Württemberg lagen zu diesem Zeitpunkt nach überblicksartigen Recherchen des IGES über diesem Betrag.

über deutlich niedriger. Dazu dürften die besonderen vertraglichen Vereinbarungen im Modell HR einen relevanten, vermutlich sogar erheblichen, Beitrag leisten. Sofern vergleichbare vertragliche Regelungen auch nach Überführung des Modells HR in die Regelversorgung Bestand haben, wären die diesbezüglichen Erlöspotenziale für die Betreiber „stambulanter“ Einrichtungen somit erheblich geringer, als es in anderen ambulanten Wohnformen der Fall ist.

Zusammenfassend ist zu konstatieren, dass die Modellkonstruktion des HR aus der Perspektive der Erlöspotenziale u.E. wenig Anreize für eine Umwandlung von vollstationären Einrichtungen bietet. Mit Blick auf Neugründungen von Versorgungsangeboten dürfte das „stambulante“ Modell im Vergleich zu ambulanten Wohnformen, die Erlöse aus ambulanten Sachleistungen, häuslicher Krankenpflege und teilstationärer Versorgung generieren können, ähnliche Nachteile hinsichtlich der wirtschaftlichen Potenziale aufweisen, wie vollstationäre Einrichtungen auch. Erschwerend kommt seit 2022 hinzu, dass die vollstationäre Versorgung aufgrund der Neuregelungen des § 43c SGB XI im Vergleich zum HR an finanzieller Attraktivität gewonnen hat, wodurch möglicherweise das Interesse an der „stambulanten“ Versorgung auf Seiten der Pflegebedürftigen sinkt.

3.9.1.4 Versorgungssichernde Potenziale des „stambulanten“ Personalkonzepts

Der wesentliche – auch wirtschaftlich relevante – Unterschied des Modells HR gegenüber der vollstationären Versorgung ist in dem Personalkonzept, insbesondere der Suspendierung der Fachkraftquote, zu sehen. Die vorliegende Evaluation hat keine Hinweise gefunden, dass mit dem Modell HR, insbesondere auch mit dem HR-Personalkonzept, Nachteile in Bezug auf die Qualität der Versorgung verbunden wären. Unterstellt man, dass dies auch bei einer stärkeren Verbreitung des HR-Modells weiterhin gilt (was durch die Zuordnung zu den für vollstationäre Einrichtungen vorgesehenen externen Qualitätsprüfungen überprüfbar wäre), dann böte das „stambulante“ Versorgungsmodell gegenüber der aktuellen Situation die Möglichkeit zu einer Effizienzsteigerung, insofern die Versorgung ohne Qualitätsverlust mit einem geringeren Einsatz von Pflegefachkräften gewährleistet werden könnte¹⁹. Nach den Ergebnissen dieser Evaluation werden im HR je 100 BEW sechs Pflegefachkraft-VZÄ weniger eingesetzt als in den drei VST (HR einschließlich Kräfte des ambulanten Dienstes).

Für die Personalbemessung in stationären Pflegeeinrichtungen gelten ab dem 1. Juli 2023 die Regelungen des § 133c SGB XI, die u.a. Anhaltswerte für das Fachkraftpersonal vorgeben (§ 113c Absatz 1, Satz 1, Nr. 3). Durch diese Neuregelung wird sich der Personalmix der Pflegeeinrichtungen ändern, was u.a. auch die Zahl der Pflegefachkräfte betreffen kann. Tabelle 95 zeigt beispielhaft eine Anwendung dieser Anhaltswerte auf die BEW bzw. BEW-Strukturen des HR und der drei VST

¹⁹ Inwieweit dies auch für die Personalkosten insgesamt gilt (unter Einschluss auch der übrigen Beschäftigten), konnte im Rahmen der Evaluation nicht überprüft werden, da von den Vergleichseinrichtungen keine detaillierten betriebswirtschaftlichen Daten erhoben wurden.

(erster Erhebungszeitpunkt). Ferner sind die in Abschnitt 3.1.2 bereits dargestellten tatsächlichen Fachkraft-VZÄ – im Falle des HR zuzüglich der durch den ambulanten Pflegedienst eingesetzten Kräfte – ausgewiesen.

Tabelle 95: Anhaltswerte Fachkraftpersonal gem. § 113c SGB XI

Pflegegrad	Faktor gem. § 113c	HR BEW / VZÄ Fkr.	VST 1 BEW / VZÄ Fkr.	VST 2 BEW / VZÄ Fkr.	VST 3 BEW / VZÄ Fkr.	VST alle BEW / VZÄ Fkr.
Ohne PG	-	3 - /	0 - /	1 - /	1 - /	2 - /
PG 1	0,077	2 /0,154	1 /0,077	1 /0,077	1 /0,077	3 /0,231
PG 2	0,1037	6 /0,622	8 /0,83	17 /1,763	31 /3,2147	56 /5,807
PG 3	0,1551	24 /3,722	20 /3,102	35 /5,429	33 /5,1183	88 /13,649
PG 4	0,2463	15 /3,695	12 /2,956	35 /8,621	9 /2,2167	56 /13,793
PG 5	0,3842	4 /1,537	4 /1,537	15 /5,763	3 /1,1526	22 /8,452
VZÄ Fkr. gem § 113c		54 / 9,7	45 / 8,5	104 / 21,7	78 / 11,8	227 / 41,9
Vorhandene VZÄ Fkr.		8,0 *	11,6	19,1	17,4	48,1

Quelle: IGES, EI-L1, § 113c Absatz 1 Nr. 3 SGB XI

Anmerkung: * 5,1 VZÄ im HR plus 2,9 VZÄ beim ambulanten Pflegedienst

Nach den in Tabelle 95 dargestellten Berechnungen läge das HR mit den zum ersten Erhebungszeitpunkt festgestellten acht VZÄ um knapp 20 % unter dem ab Juli 2023 geltenden Personalanhaltswert für Fachkraftpersonal (9,7 VZÄ). Normiert man die Berechnungen auf 100 BEW, so errechnet sich für das HR und die dargestellte BEW-Struktur nach Maßgabe des § 113c SGB XI ein Anhaltswert von 18,0 Fachkraft-VZÄ, wogegen in der Modellphase mit 14,8 VZÄ (inkl. Kräfte des Pflegedienstes) bezogen auf 100 BEW gearbeitet wurde. Zwei der drei VST lagen zum ersten Erhebungszeitpunkt über dem Anhaltswert, eine leicht darunter.

Die Analyse zeigt, dass die in der HR-Modellphase eingesetzten Fachkraftkapazitäten auch unter den künftig als Obergrenze für die in Pflegesatzvereinbarungen anerkennungsfähigen Fachkraft-VZÄ liegen. Mit Blick auf mögliche strukturelle Auswirkungen wäre also zu konstatieren, dass bei Nutzung der „stambulanten“ anstelle einer vollstationären Versorgung ceteris paribus ein dämpfender Effekt auf die bereits bestehende und künftig noch zunehmende Personallücke im Bereich der Pflegefachkräfte resultieren würde. Dieser Effekt könnte ggf. einen genuinen Anreiz für bestehende vollstationäre Einrichtungen für eine Umwandlung in eine „stambulante“ Einrichtung darstellen.

3.9.2 Mögliche Effekte auf Qualität und Kosten der pflegerischen Versorgung

3.9.2.1 Mögliche Effekte auf die Qualität der Versorgung

Die Versorgungsqualität im HR sowie in den Vergleichseinrichtungen ist unter mehreren Einzelaspekten untersucht worden (vgl. im Detail Abschnitt 3.3). Nach diesen Ergebnissen ...

- weist das HR in stärkerem Maße den Charakter einer häuslich-familiären Umgebung und Versorgung auf als beide Arten von Vergleichseinrichtungen (Angaben der Mitarbeitenden),
- ist die Qualität der Beziehungen zwischen Mitarbeitenden und BEW im HR auf mindestens gleichem oder höherem Niveau wie in den Vergleichseinrichtungen (insbesondere mehr Zeit, um auf die BEW einzugehen),
- vermissen die Pflegefachkräfte (PFK) im HR in stärkerem Maße als die PFK in den VST den fachlichen Austausch bzw. die Unterstützung durch Kollegen/-innen,
- sind die PFK im HR in geringerem Maße als die PFK in den VST der Auffassung, dass mehr PFK benötigt werden, um eine zufriedenstellende Versorgung aller BEW sicherzustellen,
- ist die Zahl der BEW, die aufgrund eines gestiegenen Pflegebedarfs aus der Einrichtung ausziehen müssen, im HR auf einem vergleichbar niedrigen Niveau wie in den VST (wogegen die Versorgungskontinuität in den ambWG deutlich geringer ist),
- treten im HR nach den Ergebnissen der Angehörigenbefragungen etwas weniger medizinische Notfälle oder Krankenhausbehandlungen auf als in den VST (in ambWG deutlich weniger als HR und VST),
- weisen die Versicherten der AOK Baden-Württemberg im HR nach den Routinedatenanalysen in allen drei untersuchten Jahren die niedrigste Fallzahl von Krankenhausbehandlungen sowie Krankentransporten auf.

Bei den Befragungsergebnissen zur Zufriedenheit mit der Versorgung unterscheiden sich das HR und die Vergleichseinrichtungen meist nicht nennenswert, die Zufriedenheit ist in allen Einrichtungen hoch.

Darüber hinaus haben die Untersuchungen zu Veränderungen der Pflegegradeinstufungen Hinweise ergeben, dass die BEW des HR länger in ihrem jeweiligen Pflegegrad verbleiben bzw. dass Wechsel in einen höheren Pflegegrad seltener sind als in den Vergleichseinrichtungen.

Mit Blick auf die Versorgungsqualität hat die Untersuchung keinerlei Hinweise ergeben, dass die Versorgung im HR mit Nachteilen verbunden wäre, im Gegenteil finden sich eher zahlreiche Hinweise auf positive Effekte auf die Versorgungsqualität.

3.9.2.2 Mögliche Effekte auf die Kosten der pflegerischen Versorgung

Grundlage für die Abschätzung der möglichen strukturellen Auswirkungen einer Übernahme des Modells HR in die Regelversorgung sind die Analysen zur Leistungsanspruchnahme und den Versorgungskosten der Versicherten der AOK Baden-Württemberg, die im HR (TG 1) bzw. in den relevanten Vergleichssettings „ambulante Wohngruppen“ (TG 2) und „vollstationäre Versorgung“ (TG 3) pflegerisch versorgt werden. Das in Abschnitt 3.7 darüber hinaus untersuchte Setting „häusliche Versorgung“ (TG 5) ist für den Vergleich wenig relevant, weil die Zielgruppe des Modells HR pflegebedürftige Menschen sind, für die eine häusliche Pflege nicht (mehr) in Betracht kommt. Das „betreute Wohnen“ (TG 4) wird in die weitere Diskussion nicht einbezogen, weil die Analyseergebnisse aufgrund der schwierigen Abgrenzbarkeit dieser Versorgungsform in den Daten der AOK Baden-Württemberg weniger belastbar sind (vgl. dazu Abschnitt 2.5.4).

Tabelle 96 fasst die Ergebnisse der Kostenanalysen für die drei Teilgruppen TG 1, TG 2 und TG 3 zusammen, wobei die vollstationäre Versorgung (TG 3) als Referenz gewählt wird und für TG 1 und TG 2 jeweils die Abweichungen von TG 3 ausgewiesen sind (Grundlage sind die detaillierten Ergebnisse in Tabelle 87 bis Tabelle 89).

Tabelle 96: Abweichung der Leistungskosten pro Beobachtungsjahr in den Teilgruppen TG 1 und TG 2 von TG 3 (Referenz = 100%) in den vier Analysejahren

	Analysejahr	TG 1	TG 2	TG 3
SGB XI gesamt	2019	95%	107%	100% (€ 19.925)
	2020	93%	108%	100% (€ 19.963)
	2021	93%	104%	100% (€ 20.205)
	2022	71%	81%	100% (€ 26.159)
SGB V gesamt (TG 1 inkl. „SGB V-Pauschale“ von € 2.400,- p.a.)	2019	123%	328%	100% (€ 4.229)
	2020	145%	342%	100% (€ 4.553)
	2021	193%	295%	100% (€ 4.543)
	2022	195%	296%	100% (€ 5.013)
Gesamt SGB V und SGB XI (TG 1 inkl. „SGB V-Pauschale“)	2019	100%	146%	100% (€ 24.155)
	2020	103%	151%	100% (€ 24.517)
	2021	111%	139%	100% (€ 24.748)
	2022	93%	115%	100% (€ 31.172)

Quelle: Berechnungen IGES auf Basis von Routinedaten AOK Baden-Württemberg
Anmerkung: TG 1: Haus Rheinaue, TG 2: ambulante Wohngruppe, TG 3: vollstationäre Einrichtung; vollständige Ergebnisse in Tabelle 87 bis Tabelle 89

Bei Betrachtung nur der Leistungsausgaben im SGB XI liegt die TG 1 in den ersten drei Analysejahren etwas und in 2022 deutlich unter den Ausgaben der TG 3. Die BEW der ambWG (TG 2) verursachen dagegen in 2019 bis 2021 etwas höhere und in 2022 ebenfalls niedrigere SGB XI-Leistungsausgaben als die TG 3. Im Vergleich zur TG 2 weist die TG 1 je nach Jahr um 10 bis 13 % niedrigere Ausgaben im Bereich des SGB XI auf.

Bei den analysierten Leistungsausgaben im SGB V weisen die beiden ambulanten Versorgungsformen TG 1 und TG 2 erwartungsgemäß deutlich höhere Ausgaben auf als die TG 3, bei der die medizinische Behandlungspflege in der SGB XI-Versorgung inkludiert ist. Die Unterschiede zwischen TG 1 (bei der die sog. „SGB V-Pauschale“ hinzugerechnet wurde) und TG 2 sind jedoch erheblich, was auf die hohen Ausgaben der TG 2 im Bereich der häuslichen Krankenpflege zurückzuführen ist. Neben den deutlich geringeren HKP-Ausgaben haben die Analysen in den Abschnitten 3.7.5 bis 3.7.7 gezeigt, dass die BEW des HR auch geringere Leistungsausgaben in den Bereichen Krankenhausbehandlung, Hilfsmittel und Krankentransporte als die beiden Vergleichsgruppen hatten.

In der Gesamtbetrachtung (SGB XI und SGB V) liegen die Versorgungskosten der TG 1 in den beiden Jahren 2019 und 2020 etwa auf gleicher Höhe wie in TG 3, in 2021 liegen sie um 11 % höher und in 2022 um 7 % niedriger als in TG 3. Die Versicherten der AOK Baden-Württemberg, die in ambulanten Wohngruppen versorgt werden, weisen dagegen in allen vier Jahren erheblich höhere Versorgungskosten als die TG 3 auf (je nach Jahr zwischen 39 und 51 % höher).

Zusammenfassend ist somit festzustellen, dass eine stärkere Verbreitung des Modells HR ceteris paribus ...

- im Vergleich zur vollstationären Versorgung unter den bis 2021 geltenden leistungsrechtlichen Regelungen einen leichten (ca. minus 5 %) bzw. unter den seit 2022 geltenden Regelungen einen deutlichen (ca. minus 30 %) kostendämpfenden Effekt auf die Ausgaben im SGB XI hätte,
 - im Vergleich zur Versorgung in ambulanten Wohngruppen zu nennenswert geringeren SGB XI-Ausgaben führen würde (ca. minus 10 %),
 - im Vergleich zur Versorgung in ambulanten Wohngruppen einen sehr deutlichen kostendämpfenden Effekt auf die Leistungsausgaben im SGB V hätte (wenigstens minus 35 %),
 - im Vergleich zur vollstationären Versorgung zu deutlich höheren Ausgaben im SGB V führen würde (ausschließlich aufgrund der Leistungen der häuslichen Krankenpflege, in den anderen analysierten Leistungsbereichen sind die Ausgaben der HR-BEW niedriger oder gleich),
 - in der Summe der hier betrachteten Leistungsausgaben der Sozialgesetzbücher V und XI unter den seit 2022 geltenden leistungsrechtlichen Rege-
-

lungen zu etwas niedrigeren Ausgaben als in der vollstationären Versorgung und zu deutlich niedrigeren Ausgaben als in ambulanten Wohngruppen führen würde.

4. Schlussfolgerungen und Fazit

Im Folgenden werden zunächst die Schlussfolgerungen des IGES Instituts aus den Untersuchungsergebnissen gegliedert nach den sechs in der Leistungsbeschreibung vorgegebenen Fragenkomplexen (vgl. Abschnitt 2.1) dargestellt. Anschließend folgen die daraus resultierenden Empfehlungen.

4.1 Schlussfolgerungen zu Fragenkomplex I *Modellausgestaltung und Arbeitsorganisation*

Im Mittelpunkt der Untersuchungen zu diesem Fragenkomplex stand die Frage, wie bzw. inwieweit die konzeptionellen Ambitionen des Modells HR in der Praxis tatsächlich umgesetzt werden. Von besonderem Interesse sind dabei die Einbindung von An- und Zugehörigen in die pflegerische Versorgung der HR-BEW sowie die spezifische Arbeitsorganisation mit den verteilten Zuständigkeiten zwischen professionellen Kräften im HR, Mitarbeitenden des ambulanten Pflegedienstes sowie ggf. eingebundenen Angehörigen.

Die Evaluation hat gezeigt, dass die für das „stambulante“ Versorgungskonzept charakteristische besondere Aufgaben- und Zuständigkeitsverteilung zwischen den professionellen Kräften vor Ort (Pflegefachkraft und Präsenzkräfte) und den Mitarbeitenden des ambulanten Pflegedienstes gut funktioniert. Es haben sich keine Hinweise auf Versorgungslücken, Kommunikations- oder Abstimmungsprobleme gefunden. Alle im Rahmen der Evaluation befragten Beteiligten (Pflegebedürftige, Angehörige, Mitarbeitende, Leitungskräfte) haben die Prozesse im HR ganz überwiegend positiv beurteilt.

Als Folge der spezifischen Arbeitsorganisation im HR resultieren für die dort tätigen PFK deutlich andere Tätigkeitsprofile: Die (wenigen) vor Ort im HR tätigen Pflegefachkräfte sind im Vergleich zu den PFK in den VST deutlich seltener in grundpflegerische Tätigkeiten eingebunden, stattdessen entfallen größere Anteile auf medizinische Behandlungspflege, Pflegeplanung und -dokumentation, Beratungen oder Einzelfallbetreuungen.

Die Präsenzkräfte im HR bewerten die Zusammenarbeit mit den PFK sowie ihre Unterstützung durch PFK und andere Präsenzkräfte durchweg positiv bzw. besser als die Befragten in den Vergleichseinrichtungen. Auch die PFK geben hinsichtlich der Arbeitsorganisation und der Zusammenarbeit mit den Präsenzkräften ganz überwiegend positive Einschätzungen.

Der Anteil BEW, bei denen sich Angehörige an der Versorgung beteiligen, ist im HR im Vergleich zu den ambWG und VST mit 28 bis 35 % am höchsten, gefolgt von den ambWG mit 20 bis 24 %. In den meisten Fällen werden hauswirtschaftliche oder Betreuungsaufgaben übernommen, wogegen grundpflegerische Aufgaben (z.B. Hilfe beim Duschen) in allen drei Settings nur selten übernommen werden. Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen wird von den Mitarbeitenden des HR zu einem höheren Anteil als positiv und problemlos beschrieben als in den beiden Vergleichssettings. Nach Auskunft der Leitungs- und Fachkräfte des HR treten keine

Probleme im Hinblick auf die von Angehörigen zugesagten Beiträge zur pflegerischen Versorgung auf.

Von den befragten Angehörigen wird die Zusammenarbeit mit den Einrichtungen bzw. den professionellen Kräften in allen drei Settings überwiegend und unterschiedslos als positiv beschrieben.

In allen drei Settings sind zahlreiche Maßnahmen der internen Qualitätssicherung implementiert, wobei die ambWG – vermutlich bedingt durch ihre jeweils überschaubare Größe – insgesamt weniger Maßnahmen umsetzen. Im HR sind alle Maßnahmen und Formate des internen Qualitätsmanagements umgesetzt, die auch in den VST etabliert sind.

Die durchgeführten Untersuchungen haben gezeigt, dass die im Modellkonzept des HR beschriebenen Strukturen und Prozesse in der Praxis erfolgreich umgesetzt werden und reibungslos funktionieren. Auch unter den besonderen Herausforderungen durch die COVID-Pandemie wurden keinerlei Nachteile des Modells entdeckt. Die an der Versorgung Beteiligten bewerten die spezifische Arbeitsorganisation des HR nahezu durchweg positiv bzw. besser als die Befragten in den beiden anderen Settings.

4.2 Schlussfolgerungen zu Fragenkomplex II *Qualität der Versorgung*

Eine Übersicht der Befunde der Evaluation zur Qualität der Versorgung wurde bereits in Abschnitt 3.9.2.1 präsentiert.

Die Untersuchung hat für das HR keine relevanten Anhaltspunkte für qualitative Nachteile gegenüber der Versorgung in VST oder ambWG, aber zahlreiche Hinweise auf eine höhere Versorgungsqualität gefunden. Insbesondere in Bezug auf die in der Leistungsbeschreibung hervorgehobenen Indikatoren zeigt das HR bessere Ergebnisse als die Vergleichseinrichtungen bzw. -settings: Nach den Analysen der Routinedaten der AOK Baden-Württemberg wiesen die im HR wohnenden Versicherten in allen vier Analysejahren eine – teilweise deutlich – niedrigere Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen und in drei Jahren eine niedrigere Inanspruchnahme von ungeplanten Krankentransporten auf als die Versicherten in den anderen Versorgungssettings. Die Analysen zu Veränderungen des Pflegegrades haben gezeigt, dass die Versicherten im HR länger im gleichen Pflegegrad verbleiben als die Versicherten in den anderen Versorgungssettings.

4.3 Schlussfolgerungen zu Fragenkomplex III *Bewertung der Versorgungsform durch Pflegebedürftige, Pflegepersonal und involvierte Angehörige*

Die Antworten der BEW zur Bewertung ihrer jeweiligen Versorgungsform sind unter dem Vorbehalt zu sehen, dass vielfach nur ein kleiner Teil der Befragten die

jeweiligen Fragen beantwortet hat. Die Ergebnisse zeigen in allen drei Versorgungsformen eine hohe Zufriedenheit der BEW, wobei die Bewertungen der HR-BEW in der Tendenz noch etwas positiver sind.

Ein sehr ähnliches Bild hat die Befragung der Angehörigen ergeben, die ebenfalls in allen drei Versorgungsformen zu hohen Anteilen positive Bewertungen abgegeben haben.

Die Mitarbeitenden des HR und der ambWG können sich zu über 80 % vorstellen, bei eigener Pflegebedürftigkeit selbst in ihre jeweilige Einrichtung einzuziehen, in den VST sind die Anteile etwas niedriger. In Bezug auf die Arbeitszufriedenheit zeigen sich bei den meisten Aspekten geringe Unterschiede, wobei die Beschäftigten im HR jeweils eine etwas höhere Zufriedenheit angeben.

Nach den Ergebnissen der Untersuchung wird das Modell HR durch Pflegebedürftige, Pflegepersonal und involvierte Angehörige mindestens genauso gut und teilweise besser bewertet als die Vergleichseinrichtungen.

4.4 Schlussfolgerungen zu Fragenkomplex IV *Einordnung in bestehende leistungs- und ordnungsrechtliche Rahmenbedingungen*

Das Modellvorhaben zum HR wurde unter heimrechtlichen Gesichtspunkten auf der Rechtsgrundlage des § 31 WTPG (Erprobungsregelung) durchgeführt. Entsprechende Erprobungsregelungen finden sich auch in den Heimgesetzen der anderen Bundesländer. Die Besonderheit der baden-württembergischen Vorschrift besteht darin, dass „ambulant betreute Hausgemeinschaften“ bereits explizit als ein Erprobungsfall genannt sind.

Das Modell HR unterliegt ordnungsrechtlich den für vollstationäre Einrichtungen geltenden Bestimmungen mit Ausnahme der Vorschriften zur Personalausstattung, insbesondere der sog. Fachkraftquote (50 % der Beschäftigten für Pflege- und Betreuungsleistungen müssen Pflegefachkräfte sein). Diese modellspezifische Erprobungsregelung ermöglicht erst das „stambulante“ Versorgungskonzept, bei dem wesentliche pflegerische Versorgungsaufgaben nicht durch die im HR angestellten Pflege(fach)kräfte, sondern durch den ambulanten Pflegedienst übernommen werden.

Das Modell HR weist damit eine Nähe zu den ambulant betreuten Wohngruppen auf, für die keine dem stationären Bereich vergleichbaren ordnungsrechtlichen Bestimmungen in Bezug auf die Personalausstattung gelten. Diese Analogie wird auch durch die Formulierung („ambulant betreute Hausgemeinschaften“) in § 31 WTPG nahegelegt.

Die Erörterung der ordnungsrechtlichen Fragen kommt zu dem Schluss, dass es gerechtfertigt ist, das Modell HR in Bezug auf die Regelungen zur Personalausstattung analog zu den ambulanten Wohngruppen zu behandeln. Durch das Fortbestehen der übrigen ordnungsrechtlichen Bestimmungen für stationäre Einrichtungen würde bei einer Ausbreitung des Modells HR als einer Alternative zu

ambulanten Wohngruppen eher eine Ausweitung der intendierten Schutzfunktionen des Ordnungsrechts stattfinden.

Unter leistungsrechtlichen Gesichtspunkten stellt das Modell HR eine komplexe Konstruktion dar, die nicht nur Bestimmungen des SGB XI modifiziert, sondern durch die Modellkomponenten im Bereich der häuslichen Krankenpflege auch in das SGB V übergreift.

In Bezug auf das SGB XI kommt die Untersuchung zu dem Schluss, dass sich die erprobten leistungsrechtlichen Regelungen insgesamt als tragfähig erwiesen haben und bei einer eventuellen Überführung in die Regelversorgung als Muster genommen werden können: Die BEW des HR profitierten während der ursprünglich untersuchten Modellphase (Jahre 2019 bis 2021) von moderat geringeren Eigenanteilen als sie bei stationärer Versorgung zu tragen hätten. Im Jahr 2022 sind die Versicherten in vollstationärer Pflege durch den neu eingeführten § 43c SGB XI besser gestellt worden, so dass das HR den Vorteil niedrigerer Eigenanteile verloren haben dürfte.

Ein nennenswerter Teil der BEW hat zumindest als Kombinationsleistung Pflegegeld bezogen, womit der Anspruch auf eine größere individuelle Flexibilität der Leistungsanspruchnahme gegenüber einer vollstationären Versorgung bestätigt wird. In der Angehörigenbefragung wurden sowohl Fälle genannt, in denen die BEW des HR Leistungen des ambulanten Pflegedienstes aus eigener Tasche bezahlen, als auch BEW angegeben, die den ambulanten Pflegedienst gar nicht nutzen. In den ambWG wurde eher häufiger von Eigenanteilen für Leistungen ambulanter Pflegedienste berichtet.

Bei einer Überführung des Modells in die Regelversorgung könnten die zentralen leistungsrechtlichen Gestaltungen des Modells HR – der Anspruch auf Leistungen gem. §§ 36, 37 38 SGB XI und der Ausschluss von Leistungen gem. § 41 SGB XI – beibehalten werden. Die ergänzenden Leistungen gem. §§ 38a, 43b, 45b SGB XI könnten bei einer Verstetigung im Sinne einer Vereinfachung zu einer einzigen, für diese Versorgungsform spezifischen, Leistung zusammengefasst werden.

Besondere Aufmerksamkeit verdienen die SGB-übergreifenden Modellkomponenten, weil sie nach den Ergebnissen der Analysen zu den Leistungskosten offenbar einen erheblichen kostendämpfenden Effekt im Bereich der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) ausüben. Die modellspezifischen Vereinbarungen zwischen HR und Kranken-/Pflegekassen sehen zum einen vor, dass bestimmte Leistungen der häuslichen Krankenpflege ohne gesonderte ärztliche Verordnung von Fachkräften des HR erbracht und mit der von den Versicherten zu zahlenden Grundpauschale abgegolten sind. Zum anderen wurden Preisabschläge auf weitere HKP-Leitungen vereinbart.

Bei einer Verstetigung des Modells HR im SGB XI würden ggf. entsprechende vertragliche Vereinbarungen zwischen den Kostenträgern und den „stambulanten“ Einrichtungen getroffen. Um zu verhindern, dass dadurch ggf. eine Überwälzung

von Leistungspflichten von den Krankenkassen auf die pflegebedürftigen Versicherten erfolgt (die sich in Gestalt höherer Eigenanteile auswirken könnte), sollte daher eine analoge Regelung wie die im Modell HR erprobte „SGB V-Pauschale“, also eine Kompensationszahlung der Krankenkasse an die Versicherten, getroffen werden.

4.5 Schlussfolgerungen zu Fragenkomplex V *Analyse der Kosten*

Eine Übersicht zu den Effekten des Modells HR auf die Leistungsausgaben im SGB XI und SGB V in den vier Analysejahren (2019-22) wurde bereits in Abschnitt 3.9.2.2 präsentiert. Die Ergebnisse zum HR sind insoweit mit Vorsicht zu interpretieren, als die Datenbasis sehr schmal ist. In Bezug auf alle untersuchten Teilgruppen sind für die Analysejahre 2020 bis 2022 Einflüsse der COVID-Pandemie anzunehmen.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass die Versorgung im HR sich aus der Perspektive des SGB XI in den ersten drei Analysejahren als etwas und in 2022 als deutlich günstiger als die vollstationäre Versorgung (minus 30 % in 2022) sowie als nennenswert günstiger als die Versorgung in ambWG darstellt (minus 10-13%).

Mit Blick auf das SGB V ist die Versorgung im HR aufwändiger als in der vollstationären Versorgung (ausschließlich wegen der Kosten der häuslichen Krankenpflege), aber sehr viel günstiger als in den ambWG (minus 35-60 %).

Zusammengenommen verursacht die Versorgung im HR in den Jahren 2019 bis 2021 etwa vergleichbare (plus 0-11 %) und im Jahr 2022 etwas geringere (minus 7 %) Kosten wie im vollstationären Kontext, aber in allen Jahren deutlich niedrigere als in den ambWG (minus 20-32%).

4.6 Schlussfolgerungen zu Fragenkomplex VI *Strukturelle Auswirkungen*

In diesem Fragenkomplex wurden zum einen mögliche Effekte einer Verstetigung und Verbreitung des Modells HR auf die Versorgungssicherheit und zum anderen auf Qualität und Kosten der pflegerischen Versorgung betrachtet.

Die Untersuchung zeigt, dass das HR eine vergleichbar hohe Versorgungskontinuität gewährleistet, wie die vollstationären Vergleichseinrichtungen. In den ambWG kommt es dagegen deutlich häufiger vor, dass die BEW bei einem wachsenden pflegerischen Versorgungsbedarf nochmals in eine andere Pflegeeinrichtung umziehen müssen, die den gestiegenen Bedarf befriedigen kann.

Aus Sicht der Evaluatoren sind durch eine Verbreitung des Modells HR keine negativen Auswirkungen auf die Bedarfsgerechtigkeit des lokalen Versorgungsangebots zu erwarten. Die vom HR geltend gemachten und auch in den empirischen Erhebungen gefundenen Einschränkungen bzgl. der Aufnahme von BEW (z.B. Intensivpflegebedarf, Selbst- und Fremdgefährdung) werden gleichermaßen auch von den vollstationären Vergleichseinrichtungen genannt. Die Aufnahmeeinschränkungen

betreffen pflegebedürftige Menschen, die auch im Status quo in der Regel in besonders spezialisierten Einrichtungen versorgt werden.

Die bisweilen diskutierte Gefahr einer nennenswerten Substitution und damit Verknappung von vollstationären Versorgungsangeboten durch „stambulante“ Angebote schätzen wir als gering ein. Zum einen bestehen wegen der engen Verknüpfung der „stambulanten“ Versorgung mit dem Hausgemeinschaftskonzept und seinen baulichen und organisatorischen Voraussetzungen gewisse Hürden bei der Umwandlung von bestehenden vollstationären Angeboten. Zum anderen bietet das Modell HR in der hier evaluierten Ausgestaltung keine nennenswerten Potenziale zur Erlösoptimierung im Vergleich zum Betrieb einer vollstationären Einrichtung. Wirtschaftliche Vorteile des „stambulanten“ Konzepts resultieren in erster Linie aus einer höheren „Produktionseffizienz“ aufgrund des Wegfalls der Fachkraftquote und der damit einhergehenden Flexibilisierungsoptionen im Bereich der Arbeitsorganisation und des Personalwesens.

Die letztgenannten Faktoren sprechen dafür, dass durch eine Verbreitung des Modells HR substantielle positive Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit ausgehen können, insofern nach den Ergebnissen dieser Evaluation eine gleichbleibende oder sogar höhere Versorgungsqualität mit einem geringeren Einsatz von Pflegefachkräften erreicht wird. Dies gilt mit Blick auf die geltenden (ordnungsrechtlichen) Bestimmungen zur Personalausstattung, würde aber auch bei Anwendung der Anhaltswerte für Fachkraftpersonal des § 113c SGB XI gelten.

Zusammenfassend ist bei einer stärkeren Verbreitung des Modells HR aus Sicht der Evaluation mit positiven Effekten auf die Versorgungssicherheit zu rechnen, insofern das Modell gegenüber den ambulanten Wohnformen eine höhere Versorgungskontinuität gewährleisten kann und aufgrund der „stambulanten“ Versorgungskonzeption zu einer effizienteren Nutzung von knappen Personalressourcen in der Pflege beitragen kann.

Die aus Sicht der Evaluation zu erwartenden strukturellen Auswirkungen auf Qualität und Kosten der pflegerischen Versorgung wurden in den Abschnitten 4.2 und 4.5 ausführlich dargestellt: In Bezug auf die Qualität ist nach den empirischen Befunden eher mit einer Verbesserung zu rechnen und hinsichtlich der Kosten der pflegerischen Versorgung weist das Modell vor allem gegenüber der Versorgung in ambulanten Wohngruppen deutliche Vorteile auf. Mit Blick auf das SGB XI weist das Modell HR seit der 2022 in Kraft getretenen Reform des Leistungsrechts (§ 43c SGB XI) auch deutlich geringere Leistungsausgaben als für den Durchschnitt der Versicherten in vollstationärer Versorgung auf.

4.7 Fazit

Das „Haus Rheinaue“ ist ein solitäres Modellprojekt, eine Pflegeeinrichtung, in der weniger als 60 Bewohnerinnen und Bewohner leben und nach Maßgabe der Modellkonzeption versorgt werden. Eine Evaluation dieses Modells kann nur einen deskriptiven Charakter haben und nicht beanspruchen, methodisch belastbare und verallgemeinerungsfähige Aussagen zu liefern, wie sich eine Verstärkung und

Verbreitung dieses Modells auf die pflegerische Versorgung in Deutschland auswirken würde. Alle Aussagen in diesem Bericht sind unter diesem methodischen Vorbehalt zu verstehen. Die Empfehlungen und Bewertungen der Evaluation gelten unter der Voraussetzung, dass sich die bei einer Verstetigung des Modells möglichen „stambulanten“ Einrichtungen so verhalten werden, wie „das Original“, also das Modell HR.

Die „stambulante“ Versorgung stellt den Versuch dar, „das Beste aus zwei Welten“ in einem Angebot zu kombinieren. Die im Rahmen der Evaluation durchgeführten, sehr viele Aspekte und Beteiligte einbeziehenden, Untersuchungen haben gezeigt, dass dieser Anspruch eingelöst wird:

- Die Verankerung in einem stationären Versorgungssetting bietet gegenüber einem ambulanten Setting Vorteile hinsichtlich der Kontinuität, Sicherheit und Qualität der pflegerischen Versorgung.
- Die aufgrund der leistungsrechtlichen Zuordnung zur ambulanten Versorgung mögliche Flexibilisierung sowohl der Leistungsanspruchnahme als auch der Leistungserbringung ermöglicht den BEW größere Gestaltungsspielräume und steigert die Effizienz der Versorgung. Die daraus resultierende spezifische Arbeitsorganisation führt zu Tätigkeitsprofilen, die von den Pflegenden positiv bewertet werden.
- Im Vergleich zu anderen ambulanten Wohnformen ist das Modell deutlich wirtschaftlicher, im Vergleich zur vollstationären Versorgung hat es für die Kostenträger des SGB XI keine Wirtschaftlichkeitsnachteile bzw. seit der 2022 in Kraft getretenen Leistungsrechtsreform (§ 43c SGB XI) deutliche Vorteile.

Wie eingangs bereits erwähnt, ist die Aussagekraft dieser Untersuchung durch die Begrenzung der Modellerprobung auf nur eine einzige Einrichtung grundsätzlich eingeschränkt. Abgesehen von diesem methodischen Vorbehalt ergibt sich aus den Ergebnissen der Evaluation jedoch eine klare Empfehlung, das Modell „Haus Rheinaue“ als eine neue Versorgungsform in die Versorgung im Rahmen des SGB XI – einschließlich der in das SGB V übergreifenden Modellkomponenten – zu überführen.

5. Anhang

**A1 Anhang 1: Ergänzende Materialien zu den
Routinedatenanalysen**

A2 Anhang 2: Erhebungsinstrumente (eigenes Dokument)

A1 **Anhang 1: Ergänzende Materialien zu den Routinedatenanalysen**

Tabelle 97: Leistungsgruppen Pflegeleistungen

Kodierung Routinedaten	Leistungsgruppe
01	ambulante Pflege (einschl. pflegerische Betreuungsmaßnahmen) (ohne Beratungsbesuch)
02	Tagespflege
03	Nachtpflege
04	Kurzzeitpflege
05	vollstationäre Pflege
06	Pflegehilfsmittel
07	Verhinderungspflege
08	Zuschuss nach § 43 Abs. 3 SGB XI
09	Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI, in der Erprobungsphase ist die Abrechnung des Beratungsbesuches optional
10	Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI
11	Beratungsgutschein nach § 7b SGB XI
12	Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI
13	Pflegekurse nach § 45 SGB XI (z. B. Schulung in der Häuslichkeit)
14	Leistungen nach § 43b SGB XI (Vergütungszuschlag für zusätzliche Betreuung und Aktivierung)
998	Wahlleistungen „Haus Rheinaue“
999	Grundpauschale „Haus Rheinaue“
L04BEH	Behindertenpflege § 43a SGB XI
L04RVB	RV-Beitrag Pflegeperson
L04AVB	ALV-Beitrag Pflegeperson
L04VZGB	Verzögerungsgebühr
L04GUT	Gutachterkosten
L04BZKV	Beitragszuschuss Krankenversicherung §44
L04BZPV	Beitragszuschuss Pflegeversicherung §44a
L04BELO	Belohnung stat. Einrichtungen § 87a Abs.
L04WOHN	Wohnumfeldverbesserung (Pflege)
L04ANWO	Anschubfinanzierung Wohngruppe

Quelle: Datenanforderung, Kommunikation mit AOK BW

Tabelle 98: Liste ausgeschlossener HKP-GOPs von Leistungen der Intensivpflege

GOPs	Erläuterung
<i>Stelle 3</i>	
A	Indikator für Intensivpflege
<i>Stellen 4, 5 & 6</i>	
A20 – A66	Intensivpflege Verschiedenes + Intensiv WG
A67 – A70	HKP in Heimen für besonders hohen Pflegebedarf
A71 – A72	HKP in Heimen für besonders hohen Pflegebedarf + Intensivpflege
A77 – A85	HKP in Heimen für besonders hohen Pflegebedarf + Intensivpflege betreutes Wohnen in Kleinst-WG
B09 – B09	Intensiv
B12 – B16	Intensivbehandlungen
B18	HKP in Schule/Kindergarten
132	Einsatzpauschale für Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege
133	Pauschale Kinderpflege
134 – 139	Leistungen psychiatrische häusliche Krankenpflege Kinder/Erwachsene
148 – 149	Pauschale Intensiv
158 - 159	Pauschale Kinderpflege
178 - 179	Psychiatrische Krankenpflege und somatische Krankenpflege
194	Betreuung Kinder
196 – 198	Psychiatrische Krankenpflege und somatische Krankenpflege
245	Dialysepatienten
513	Psychiatrische Häusliche Krankenpflege
540 – 554	Häusliche psychiatrische Krankenpflege
567	Intensivpflege
604	Zuschlag Kinder
654	Zuschlag bei Intensivpflege
700	Einsatzzuschlag Psychiatrische Häusliche Krankenpflege
753 – 790	Intensivpflege
790 – 792	Pauschalen Intensiv/Kinder
793 – 800	Intensivpflege
801 – 803	Erstleistung Intensiv

GOPs	Erläuterung
811 – 814	Psychiatrische Krankenpflege ohne somatische Krankenpflege
834 – 837	Monatspauschale Intensiv
838 – 839	Einsatzpauschale für Leistungen der psychiatrischen und somatischen häuslichen Krankenpflege
852 – 860	Stundenvergütung ambulante Intensivpflege Kinder/Erwachsene
864 – 867	Pauschalen Pflege in Heimen (bei besonders schwerwiegenden Fällen)
869 – 874	Intensiv Stundenvergütung
877 – 879	Pauschale (Weg) für Häftlinge
882	Pauschale Wachkoma/Apalliker in Heimen
884	Pauschale/Monatsvergütung Intensiv betreutes Wohnen
887 – 892	Behandlung schwerstkranker Kinder
894	Fixierung
896 – 898	Hausbesuch/Wegegeld Intensiv
901	Zuschlag bei zeitgleicher Erbringung somatischer HKP und psychiatrischer HKP pro Einsatz
909 – 910	Invasive Beatmung
913	Zuschlag Kinder
915	Zuschlag Intensivpflege Kinder
917	Intensiv mit zwei oder mehr Patienten
926	Kinder Intensiv Stunden Pauschale
934 – 977	Einzelleistungen Intensivpflege
<i>sechsstellig</i>	
092864	
092865	
092866	Entsprechen den Stellen 4,5 und 6 A67-A70
092867	

Quelle: IGES basierend dem Bundeseinheitlichen Positionsnummernverzeichnis für Leistungen der häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe, Stand 28.09.2021

Tabelle 99: Datensatz 2019: Versichertentage und Gewichtung TG 1

Pflege-grad	Altersgruppe	Tod	Versicherten-tage TG	Versichertentage Stratum	Gewichtung Stratum
2	75-79 Jahre	nein	6.386	334	0,051
2	80-84 Jahre	nein	6.386	353	0,055
3	70-74 Jahre	nein	6.386	334	0,053
3	75-79 Jahre	nein	6.386	1.030	0,158
3	80-84 Jahre	nein	6.386	1.133	0,179
3	85-89 Jahre	nein	6.386	391	0,061
3	90 Jahre und mehr	nein	6.386	334	0,053
4	75-79 Jahre	nein	6.386	306	0,048
4	75-79 Jahre	ja	6.386	89	0,014
4	80-84 Jahre	nein	6.386	995	0,155
4	85-89 Jahre	nein	6.386	334	0,053
4	85-89 Jahre	ja	6.386	295	0,046
4	90 Jahre und mehr	ja	6.386	59	0,009
5	85-89 Jahre	nein	6.386	334	0,053
5	85-89 Jahre	ja	6.386	35	0,006
5	90 Jahre und mehr	ja	6.386	30	0,005

Quelle: Routinedaten

Anmerkung: Tod = Tod während Beobachtungszeitraum; für fehlende Strata liegen im Datensatz 2019 keine Versichertentage vor

Tabelle 100: Datensatz 2020: Versichertentage und Gewichtung TG 1

Pflegegrad	Altersgruppe	Tod	Versichertentage TG	Versichertentage Stratum	Gewichtung Stratum
2	70-74 Jahre	nein	10.772	366	0,035
2	75-79 Jahre	nein	10.772	366	0,035
2	90 Jahre und mehr	ja	10.772	121	0,011
3	70-74 Jahre	nein	10.772	366	0,035
3	75-79 Jahre	nein	10.772	1.282	0,119
3	80-84 Jahre	nein	10.772	1.067	0,100
3	85-89 Jahre	nein	10.772	1.800	0,166
3	90 Jahre und mehr	nein	10.772	366	0,035
3	90 Jahre und mehr	ja	10.772	999	0,090
4	75-79 Jahre	nein	10.772	366	0,034
4	80-84 Jahre	nein	10.772	1.464	0,137
4	85-89 Jahre	nein	10.772	732	0,069
4	85-89 Jahre	ja	10.772	175	0,016
4	90 Jahre und mehr	nein	10.772	502	0,047
4	90 Jahre und mehr	ja	10.772	124	0,012
5	85-89 Jahre	nein	10.772	366	0,035
5	85-89 Jahre	ja	10.772	239	0,022
5	90 Jahre und mehr	ja	10.772	21	0,002

Quelle: Routinedaten

Anmerkung: Tod = Tod während Beobachtungszeitraum; für fehlende Strata liegen im Datensatz 2020 keine Versichertentage vor

Tabelle 101: Datensatz 2021: Versichertentage und Gewichtung TG 1

Pflegegrad	Altersgruppe	Tod	Versichertentage TG	Versichertentage Stratum	Gewichtung Stratum
2	65-69 Jahre	nein	11.488	97	0,009
2	70-74 Jahre	nein	11.488	334	0,029
2	75-79 Jahre	nein	11.488	488	0,043
2	75-79 Jahre	ja	11.488	42	0,004
2	85-89 Jahre	nein	11.488	365	0,032
3	70-74 Jahre	nein	11.488	396	0,035
3	75-79 Jahre	nein	11.488	1.154	0,101
3	75-79 Jahre	ja	11.488	100	0,009
3	80-84 Jahre	nein	11.488	973	0,086
3	85-89 Jahre	nein	11.488	2.321	0,204
3	90 Jahre und mehr	ja	11.488	611	0,050
4	75-79 Jahre	nein	11.488	365	0,032
4	80-84 Jahre	nein	11.488	516	0,045
4	85-89 Jahre	nein	11.488	1.758	0,153
4	90 Jahre und mehr	nein	11.488	671	0,058
4	90 Jahre und mehr	ja	11.488	190	0,017
5	80-84 Jahre	nein	11.488	671	0,059
5	85-89 Jahre	nein	11.488	365	0,032
5	85-89 Jahre	ja	11.488	71	0,004

Quelle: Routinedaten

Anmerkung: Tod = Tod während Beobachtungszeitraum; für fehlende Strata liegen im Datensatz 2021 keine Versichertentage vor

Tabelle 102: Datensatz 2022: Versichertentage und Gewichtung TG 1

Pflegegrad	Altersgruppe	Tod	Versichertentage TG	Versichertentage Stratum	Gewichtung Stratum
2	65-69 Jahre	nein	8.854	334	0,038
2	75-79 Jahre	ja	8.854	90	0,010
2	80-84 Jahre	nein	8.854	701	0,080
2	85-89 Jahre	nein	8.854	304	0,035
3	70-74 Jahre	nein	8.854	334	0,038
3	75-79 Jahre	nein	8.854	455	0,052
3	75-79 Jahre	ja	8.854	59	0,005
3	80-84 Jahre	nein	8.854	1.152	0,127
3	85-89 Jahre	nein	8.854	1.367	0,156
3	85-89 Jahre	ja	8.854	100	0,011
3	90 Jahre und mehr	nein	8.854	675	0,077
3	90 Jahre und mehr	ja	8.854	208	0,023
4	75-79 Jahre	nein	8.854	214	0,024
4	80-84 Jahre	nein	8.854	758	0,086
4	80-84 Jahre	ja	8.854	184	0,021
4	85-89 Jahre	ja	8.854	469	0,051
4	90 Jahre und mehr	nein	8.854	821	0,093
5	80-84 Jahre	ja	8.854	250	0,029
5	85-89 Jahre	nein	8.854	334	0,038
5	85-89 Jahre	ja	8.854	45	0,005

Quelle: Routinedaten

Anmerkung: Tod = Tod während Beobachtungszeitraum; für fehlende Strata liegen im Datensatz 2022 keine Versichertentage vor

A1 Anhang 1: Ergänzende Materialien zu den Routinedatenanalysen

A2 Anhang 2: Erhebungsinstrumente (eigenes Dokument)

A2 Anhang 2: Erhebungsinstrumente (eigenes Dokument)

Anhang 2 wird als ein eigenständiges Dokument zur Verfügung gestellt.

Literaturverzeichnis

- Forschungsstelle Pflegeversicherung (o.J.). Ergebnisse des Modellprogramms zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen nach § 45f. Zusammenfassende Bewertung der Forschungsstelle Pflegeversicherung. Berlin: GKV-Spitzenverband. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_wohnen_45f/Pflege_Zus.Bewertung_Abschlussbericht-Modellprogramm_45_barrierefrei.pdf (Aufruf: 30.11.2022)
- GKV-Spitzenverband (o.J.). Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen. Das Modellprogramm nach § 45f SGB XI. Die Projekte. Berlin: GKV-Spitzenverband. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_wohnen_45f/20181008_Reader_Pflegemodellprojekte_barrierefrei.pdf (Aufruf: 30.11.2022)
- Hackmann T, Kremer-Preiß U (2019). Ergebnisse des Modellprogramms zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen nach § 45f. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Berlin: GKV-Spitzenverband. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_wohnen_45f/Pflege_Endbericht_Wohnformen_45_28.02.2019.pdf (Aufruf: 30.11.2022)
- Kremer-Preiß U, Mehnert T (o.J.). Arbeitshilfe zur Umsetzung neuer Wohnformen für Pflegebedürftige. Praxistransfer der Ergebnisse des Modellprogramms „Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach § 45f“. Berlin: GKV-Spitzenverband. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/Arbeitshilfe_Wohnformen_2020_barrierefrei.pdf (Aufruf: 30.11.2022).
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (Hrsg.) (2008). Vom Pflegeheim zur Hausgemeinschaft. Empfehlungen zur Planung von Pflegeeinrichtungen. Reihe: Architektur + Gerontologie, Band 5. Köln.
- Michell-Auli P, Sowinski C (2012). Die 5. Generation: KDA-Quartiershäuser. Ansätze zur Neuausrichtung von Alten- und Pflegeheimen. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA).
- Pennsylvania Department of Health (2016). Nursing Home Quality Improvement Task Force Report. <https://www.health.pa.gov/topics/Documents/Facilities%20and%20Licensing/NursingHomeQualityImprovementTaskForceReport-Interactive.pdf> (Aufruf: 30.11.2022).
- Rothgang H, Müller R, Runte R, Unger R (2017). BARMER Pflegereport 2017. <https://www.barmer.de/resource/blob/1028610/ac141c44b72fe5a24a6d453c6fda9bf0/barmer-pflegereport-2017-band-5-data.pdf> (Aufruf: 30.11.2022).
-

- Rothgang H, Müller R (2019). BARMER Pflegereport 2019. Ambulantisierung der Pflege. <https://www.barmer.de/resource/blob/1028584/a68d16384f26a09f598f05c9be4ca76a/barmer-pflegereport-2019-band-20-bifg-data.pdf> (Aufruf: 30.11.2022).
- Sturdevant DL, Mueller CA, Buckwalter KC (2018). Measurement of nursing home culture change. *Res Gerontol Nurs* 2018; 11(2): 103-112.
- Swart E, Gothe H, Geyer S, Jaunzeme J, Maier B, Grobe TG, Ihle P (2015). Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS): Leitlinien und Empfehlungen. *Gesundheitswesen* 2015; 77(02): 120-126.
- VDAB (2020). Stellungnahme des VDAB zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG) Deutscher Bundestag. Ausschuss für Gesundheit. Ausschussdrucksache 19(14)234(7) zur öAnh am 16.11.2020. https://www.bundestag.de/resource/blob/805170/2d8fc1017687c590e648c92de1b5b2af/19_14_0243-7-Deutscher-Alten-und-Behindertenhilfe-Versorungsverbesserungsgesetz-data.pdf (Aufruf: 30.11.2022).
- VdEK (2021). Pressemitteilung VdEK Landesvertretung Baden-Württemberg. https://www.vdek.com/LVen/BAW/Presse/Pressemitteilungen/2021/vdek-PflegeimSuedwestenteureralsimBundesschnitt/_jcr_content/par/download/file.res/2021_07_13_%20Pflege.pdf (Aufruf: 30.11.2022).
- VdEK (2023). Pressemitteilung VdEK Landesvertretung Baden-Württemberg. [https://www.vdek.com/LVen/BAW/Presse/Pressemitteilungen/2023/pflegebeduerftige-stationaerepflege-pflegeheim-finanziellebelastung-badenwuerttembergbelastungpflegebedrftigebundesweitspitze.html#:~:text=In%20Baden%20DW%C3%BCrttemberg%20sind%20die,Einrichtungseinheitlichen%20Eigenanteil%20%E2%80%93%20EEE\)%20gestiegen.](https://www.vdek.com/LVen/BAW/Presse/Pressemitteilungen/2023/pflegebeduerftige-stationaerepflege-pflegeheim-finanziellebelastung-badenwuerttembergbelastungpflegebedrftigebundesweitspitze.html#:~:text=In%20Baden%20DW%C3%BCrttemberg%20sind%20die,Einrichtungseinheitlichen%20Eigenanteil%20%E2%80%93%20EEE)%20gestiegen.) (Aufruf: 30.08.2023)
- Winter H-P, Gennrich R, Haß P. (1999). Werkstattbericht zur Entwicklung familienähnlicher Wohn- und Lebensformen für pflegebedürftige und/oder verwirrte alte Menschen. *Architektur und Gerontologie*, Band 2: Hausgemeinschaften. Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.), Köln. Zit. nach Michell-Auli & Sowinski (2012).
- Wolf-Ostermann K, Kremer-Preiß U, Hackmann T (2019). Entwicklung und Erprobung eines Konzeptes und von Instrumenten zur internen und externen Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung in neuen Wohnformen nach § 113b Abs. 4 SGB XI. Abschlussbericht. <https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2019/04/20190117-Abschlussbericht-neue-Wohnformen.pdf> (Aufruf: 30.11.2022).
-



IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.iges.com

