

Ambulantisierung stationärer Pflegeeinrichtungen

Ergebnisse eines Evaluationsprojekts im Auftrag des BMG

24. Bundeskongress für Führungskräfte in der Altenpflege
„Herausforderung Altenpflege für die Politik –
Bausteine eines Gesamtkonzepts in dieser Legislaturperiode“
am 15.11.2018 in Berlin

Prof. Dr. Heinz Rothgang
SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik
Wissenschaftsschwerpunkt Gesundheitswissenschaften
Universität Bremen

AMBULANTISIERUNG STATIONÄRER EINRICHTUNGEN IM PFLEGEBEREICH UND INNOVATIVE AMBULANTE WOHNFORMEN

IM AUFTRAG DES BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT

ENDBERICHT

Bremen, Mai 2018

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Projektleitung:

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

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

Kontaktadressen:

Universität Bremen
Institut für Public Health und Pflegeforschung

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

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

Studienteam:

Dr. Achim Schmid (SOCIUM)

Dominik Domhoff, M.A. (IPP)

Dr. Rolf Müller (SOCIUM)

Annika Schmidt, M.Sc. (IPP)

Unter Mitarbeit von Pia Hasselder

Zitiervorschlag:

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

http://www.socium.uni-bremen.de/lib/download.php?file=da0c5a882d.pdf&filename=Abschlussbericht_InaWo_final_UNI_BREMEN.pdf

Gliederung

- I. Hintergrund: Was ist Ambulantisierung?
- II. Bestandsaufnahme: Was können wir beobachten?
- III. Empfehlungen: Was ist aus den Beobachtungen abzuleiten?

Gliederung

- I. Hintergrund: Was ist Ambulantisierung?
- II. Bestandsaufnahme: Was können wir beobachten?
- III. Empfehlungen: Was ist aus den Beobachtungen abzuleiten?

I. Hintergrund: Was ist Ambulantisierung?

- Ambulantisierung liegt vor, wenn Leistungserbringung in vollstationären Einrichtungen durch ambulante Pflege-/Wohnformen ersetzt wird...
 - durch Umwidmung von stationären Einrichtungen in ambulante Pflege-/Wohnformen;
 - durch Wechsel aus stationären Einrichtungen in ambulante Pflege-/Wohnformen;
 - durch unterschiedlich starke Wachstumstrends der Zahl von Pflegebedürftigen in stationärer Versorgung gegenüber der Zahl von Pflegebedürftigen in ambulanten Pflege-/Wohnformen.

I. Hintergrund

➤ Rechtlicher Hintergrund

- Förderung innovativer ambulanter Wohnformen seit dem PfWG (WG-Zuschlag, Anschubfinanzierung für WGs, abschlagsfreie Kombination aus Pflegesach- und teilstationären Leistungen)
- erste Korrekturen im PSG II (Kombination von WG-Zuschlag und teilstationären Leistungen wird erschwert)

➤ Theoretischer Hintergrund

- Potenzial innovativer ambulanter Wohnformen einer besseren Pflege, Betreuung und Berücksichtigung individueller Bedürfnisse

➤ Praktischer Hintergrund

- Entwicklung ambulanter Wohnformen und Ambulantisierung stationärer Versorgungsformen von unterschiedlicher Qualität

I. Hintergrund: Typisierung von Wohnformen

Wohnformtyp

Angebotsformen innerhalb der Konzepttypen

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

Gliederung

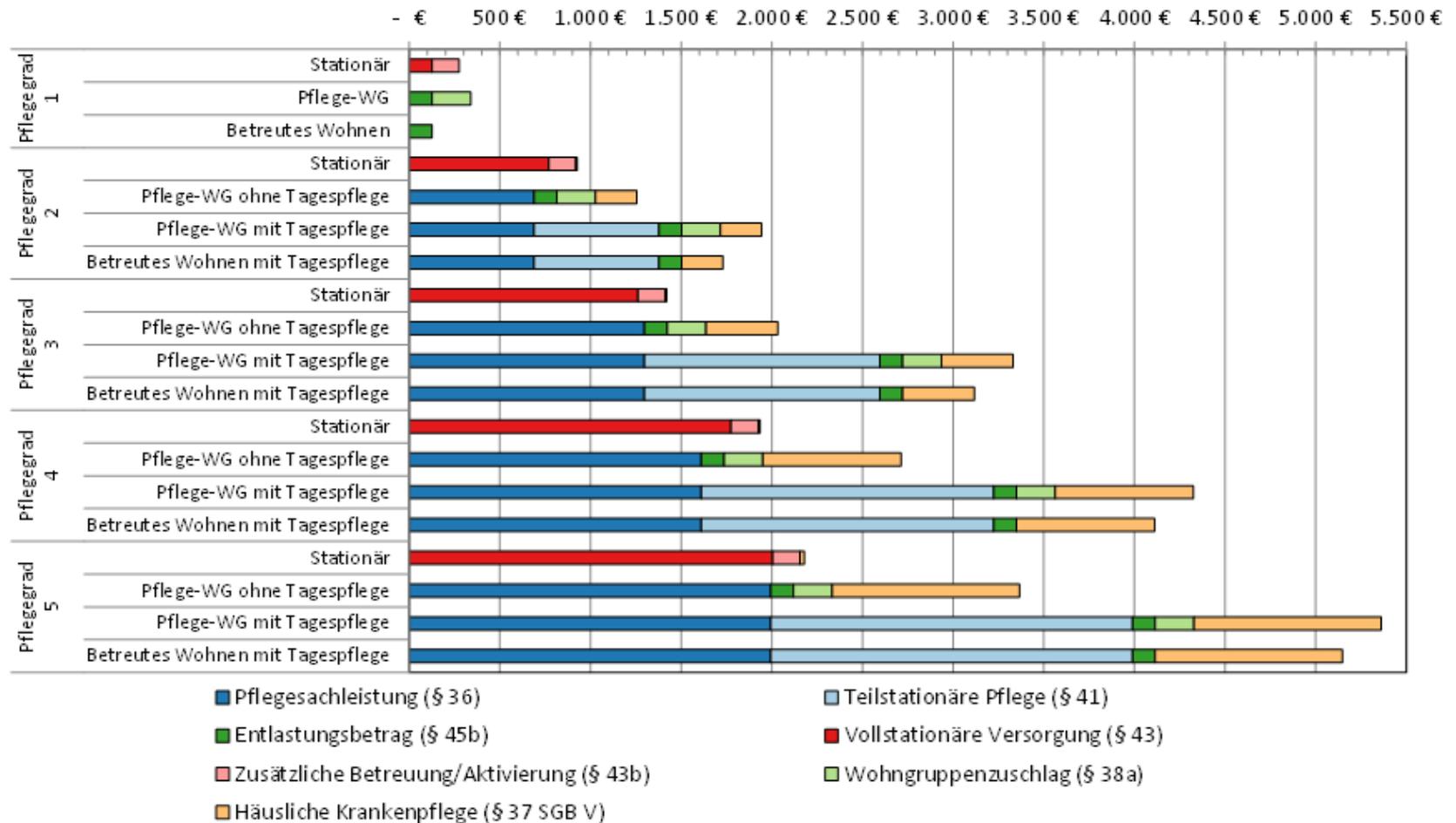
- I. Hintergrund: Was ist Ambulantisierung?

- II. Bestandsaufnahme: Was können wir beobachten?
 1. Anreizstrukturen
 2. Verbreitung ambulant betreuter Wohnformen
 3. Kosten der Ambulantisierung
 4. Mehrwert ambulant betreuter Wohnformen

- III. Empfehlungen: Was ist aus den Beobachtungen abzuleiten?

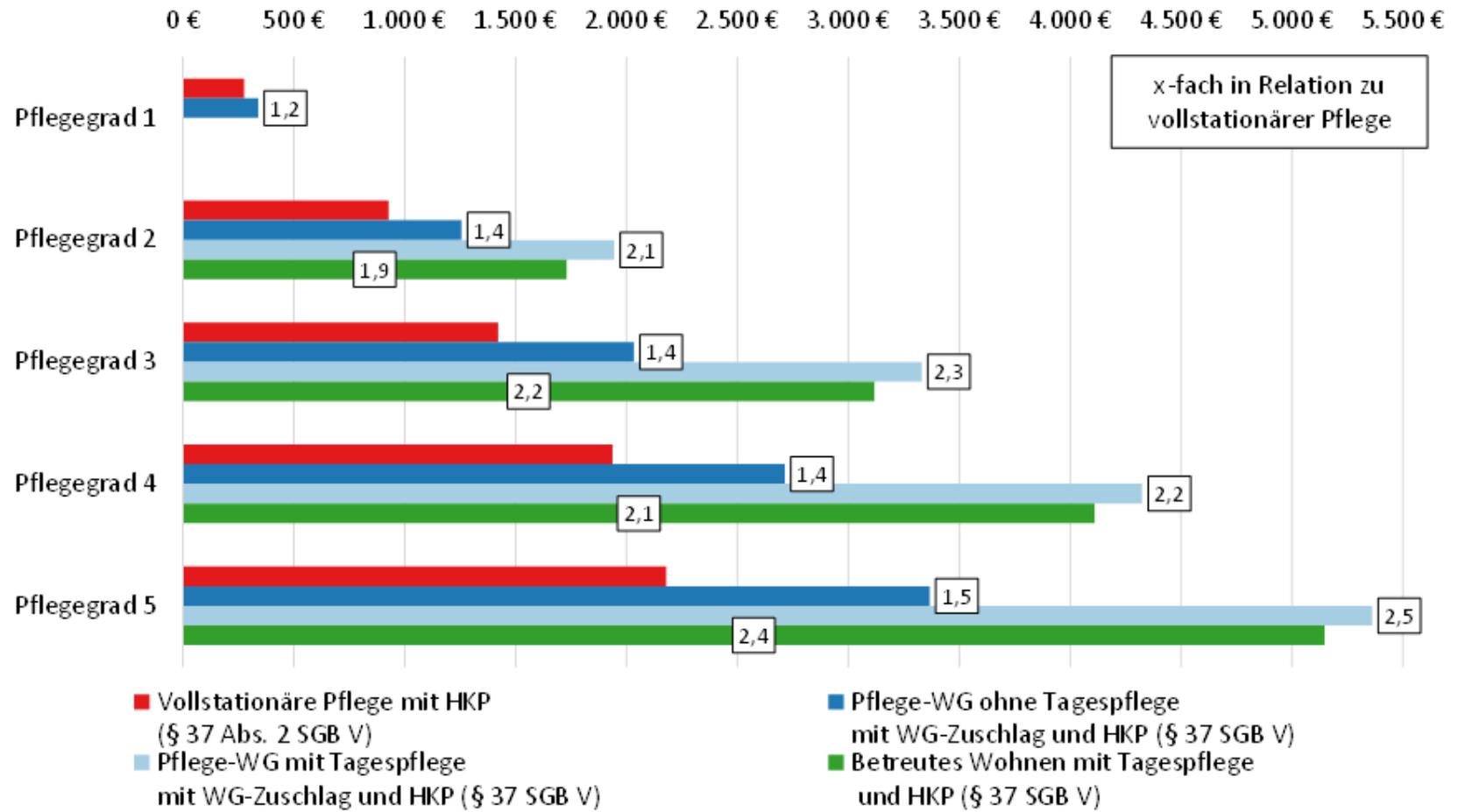
II.1 Anreizstrukturen

Vergleich der Einnahmepotenziale ausgewählter ambulanter und stationärer Pflegekonzepte aus Leistungen der Sozialversicherung (SGB XI und SGB V)

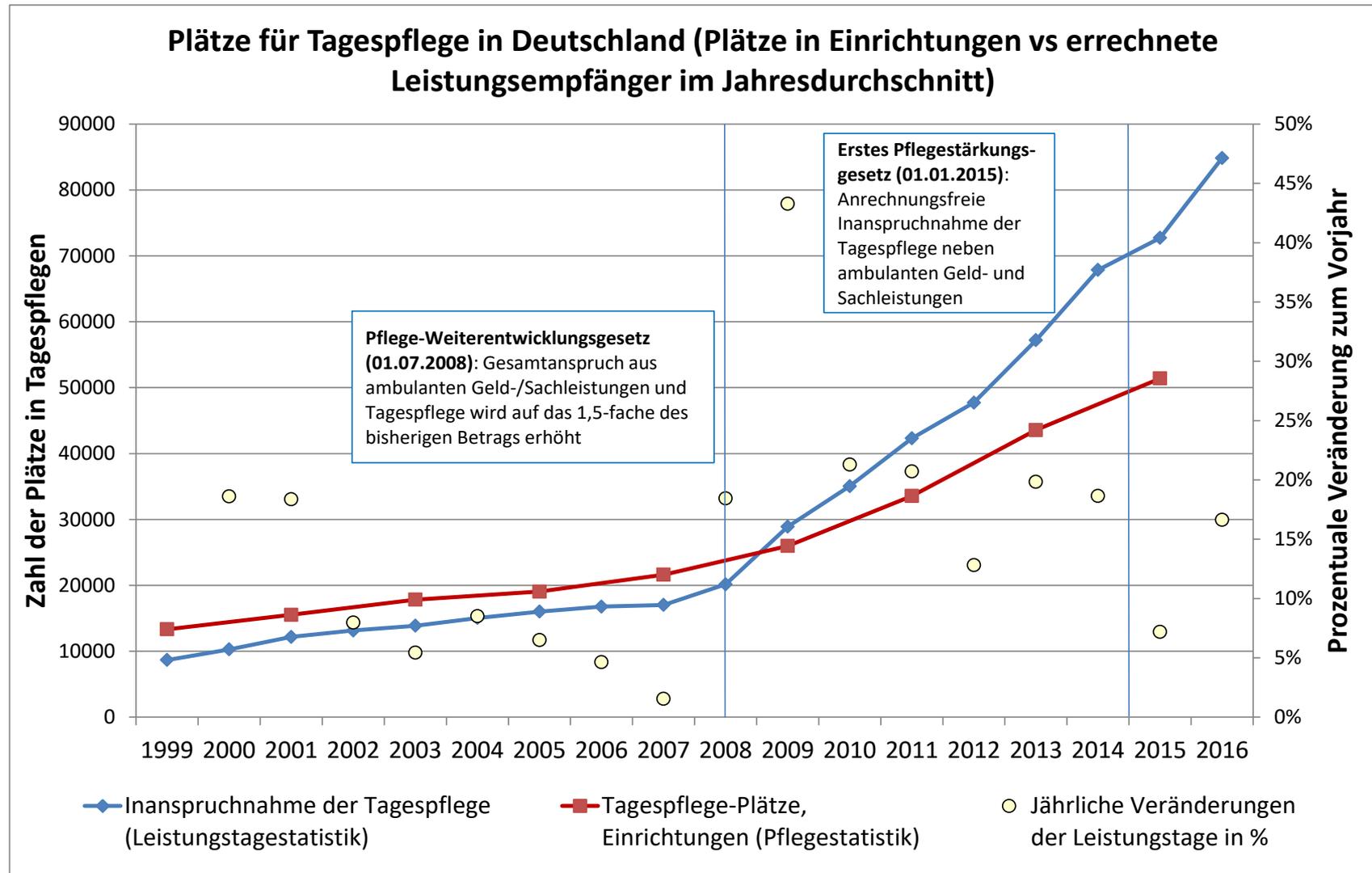


II.1 Anreizstrukturen

Vergleich der Einnahmepotenziale ausgewählter ambulanter und stationärer Pflegekonzepte aus Leistungen der Sozialversicherung (SGB XI und SGB V)



II.2 Verbreitung: Pflegestatistik



II.2 Verbreitung: Infratest-Daten aus der PNG/PSG I Evaluation

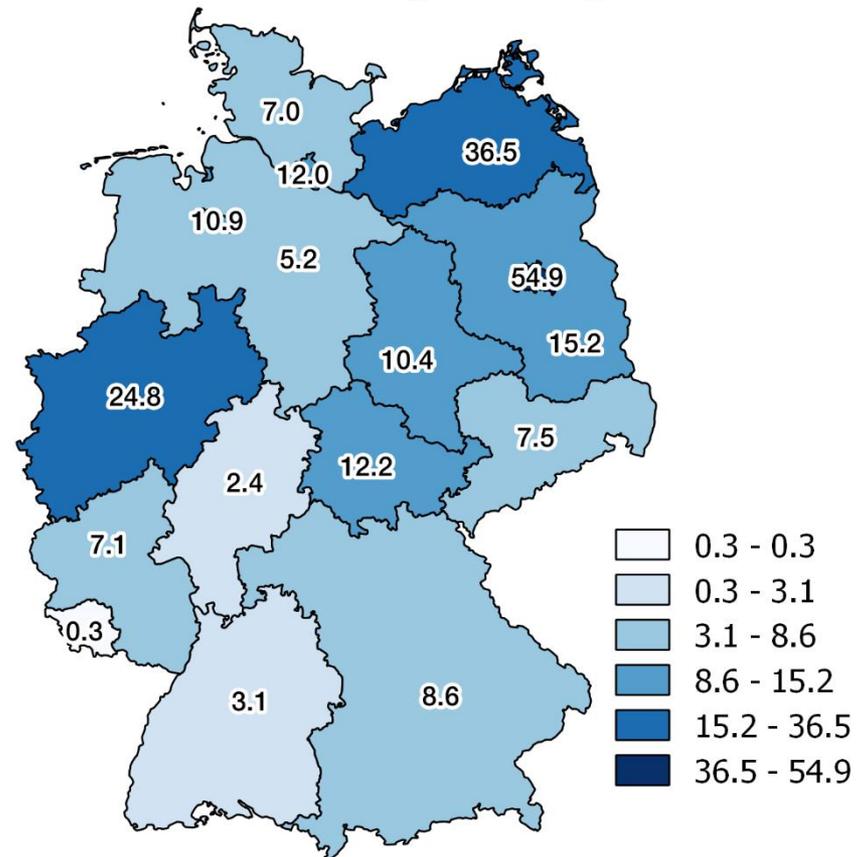
- Rund 12% der Pflegedienste betreuen Personen in einer Wohngemeinschaft
- Hochgerechnete Anzahl der Pflegebedürftigen in Pflege-Wohngemeinschaften aus Infratest-Daten: ca. 32.000
- 13,5% der Pflegedienste planen, ihr Angebot im Bereich Pflege-WG auszubauen. Gut 35% der Pflegedienste, die hier bereits aktiv sind, planen Kapazitätsausweitungen
- Ca. 20% der Einrichtungen bieten betreutes Wohnen an. 3,3% bieten Pflege-Wohngruppen an.
- Einrichtungen, die sich auf Tagespflege spezialisiert haben, bieten nicht zugleich Pflegewohngruppen oder betreutes Wohnen an. Bei Einrichtungen mit vollstationärer Pflege finden sich auch solche, die zugleich Tagespflege und ambulante Formen der Pflege anbieten.
- Umwidmungen sind nur vereinzelt festzustellen: Hochgerechnet 10 Einrichtungen in ambulantes Wohnen, 63 in Tagespflege, 220 in Kurzzeitpflege (geringe Fallzahlen!)
- Ausweitungspläne zeigen, dass die Dynamik im Bereich der Tagespflege, betreutes Wohnen und Wohngruppen deutlich stärker ausgeprägt ist, als in der vollstationären Pflege – allerdings von niedrigerem Niveau ausgehend.

II.2 Verbreitung: Befragung der Länderbehörden 2017

Bundesland	Anzahl ambulant betreute Wohngemeinschaften			
	gesamt	träger-organisiert	selbst-organisiert	Anteil selbst-organisiert
Baden-Württemberg	103	51	52	50,5 %
Bayern	300			
Berlin	639		639 ³	
Brandenburg	170	170		
Bremen	27	27	0	0,0 %
Hamburg	63	27	36	57,1 %
Hessen	54			
Mecklenburg-Vorpommern	289			
Niedersachsen	166			
Nordrhein-Westfalen	1579	941	638	40,4 %
Rheinland-Pfalz	94	78	16 ⁵	17,0 %
Saarland	1			
Sachsen	125			
Sachsen-Anhalt	103	53	50 ⁵	48,5 %
Schleswig-Holstein	63	33	30 ⁵	47,6 %
Thüringen	115	97	18	15,7 %
Deutschland	3891	1477	1479	

II.2 Bestandsaufnahme WG

Anzahl ambulant betreute
Wohngemeinschaften je 10.000
Pflegebedürftige



Quelle: Eigene Erhebung

II.2 Bestandsaufnahme: Wohngruppen und betreutes Wohnen

- Zahl ambulant betreuter Wohngruppen dürfte in Deutschland zwischen rund 2900 und 3900 liegen (Unsicherheiten bzgl. NRW)
- Die Zahl der Pflegebedürftigen in Wohngruppen umfasst zwischen rund 16.000 (Befragung) und 30.000 (PNG/PSG I Sekundärevaluation)
- Der Bestand von Einrichtungen des Betreuten Wohnens wird auf ca. 300.000 Wohneinheiten geschätzt
- Es liegen bestehen erheblich Unsicherheiten und Datenlücken

Bestandsaufnahme: BARMER Routine-Daten 2012-2016

I. Pflegeformen für prävalente Fälle

1. Prävalenzen ambulanter Pflege: Anteil der Sachleistungsempfänger
2. Bezug von Pflegesachleistungen sowie Inanspruchnahme von teilstationären Leistungen und/oder Wohngruppenzuschlag (prozentual)
3. ... prozentual nach Pflegestufen

II. Pflegeformen für inzidente Fälle

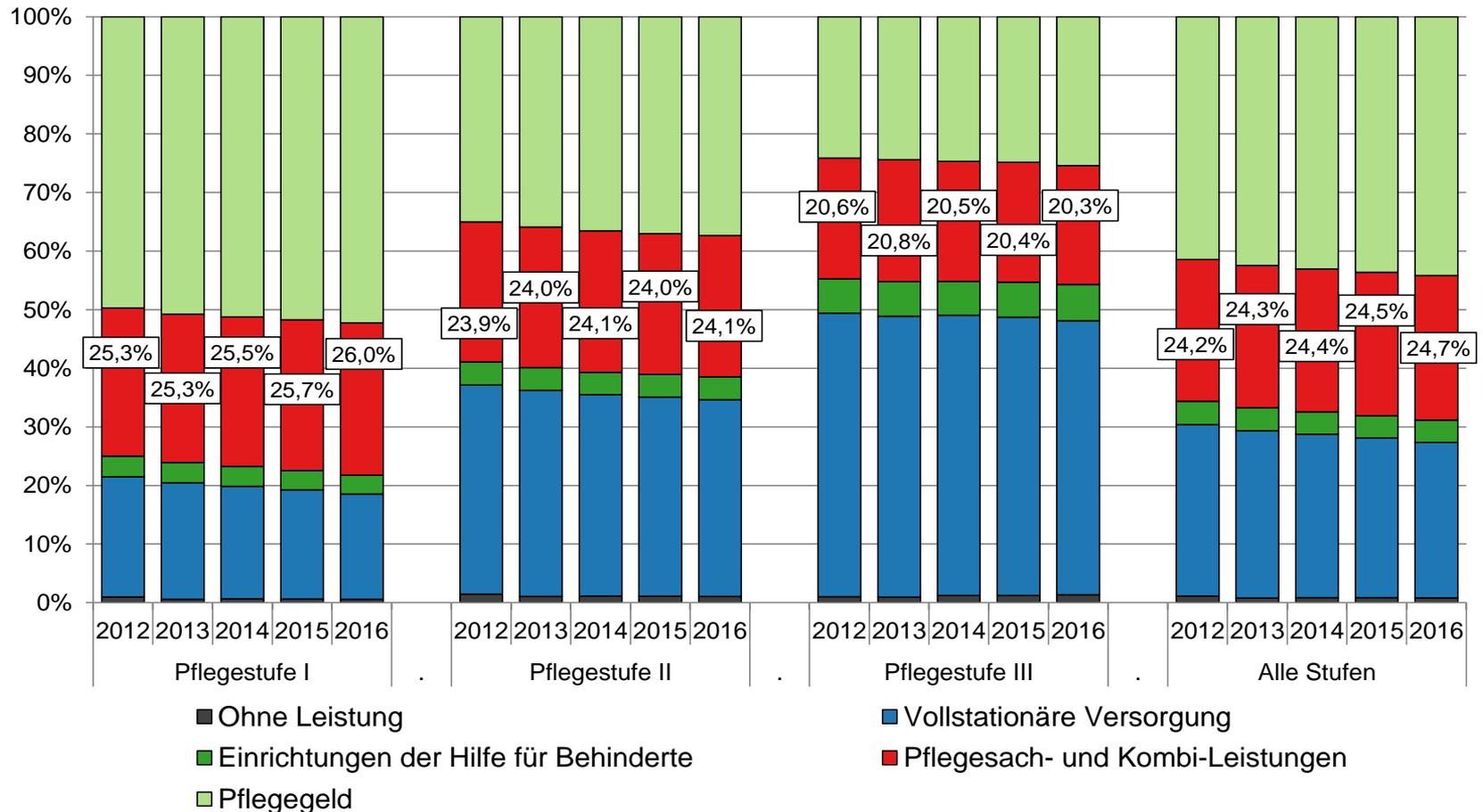
1. Inzidenzen ambulanter Pflege: Anteil der Sachleistungsempfänger
2. Neuzugänge mit Bezug von Pflegesachleistungen gegliedert nach teilstationärer Leistung und/oder WG-Zuschlag (prozentual)
3. ... prozentual nach Pflegestufen

III. Wechsler von stationärer in ambulante Pflegeformen

1. Übergänge in teilstationäre Leistungen und/oder Wohngruppenzuschlag bei gleichzeitigem Bezug von Pflegesachleistungen (absolut)
2. ... prozentual
3. ... prozentual nach Pflegestufen

BARMER Daten I.1: Prävalenzen ambulanter Pflege – Anteil der Empfänger von Pflegesach- und Kombi-Leistungen

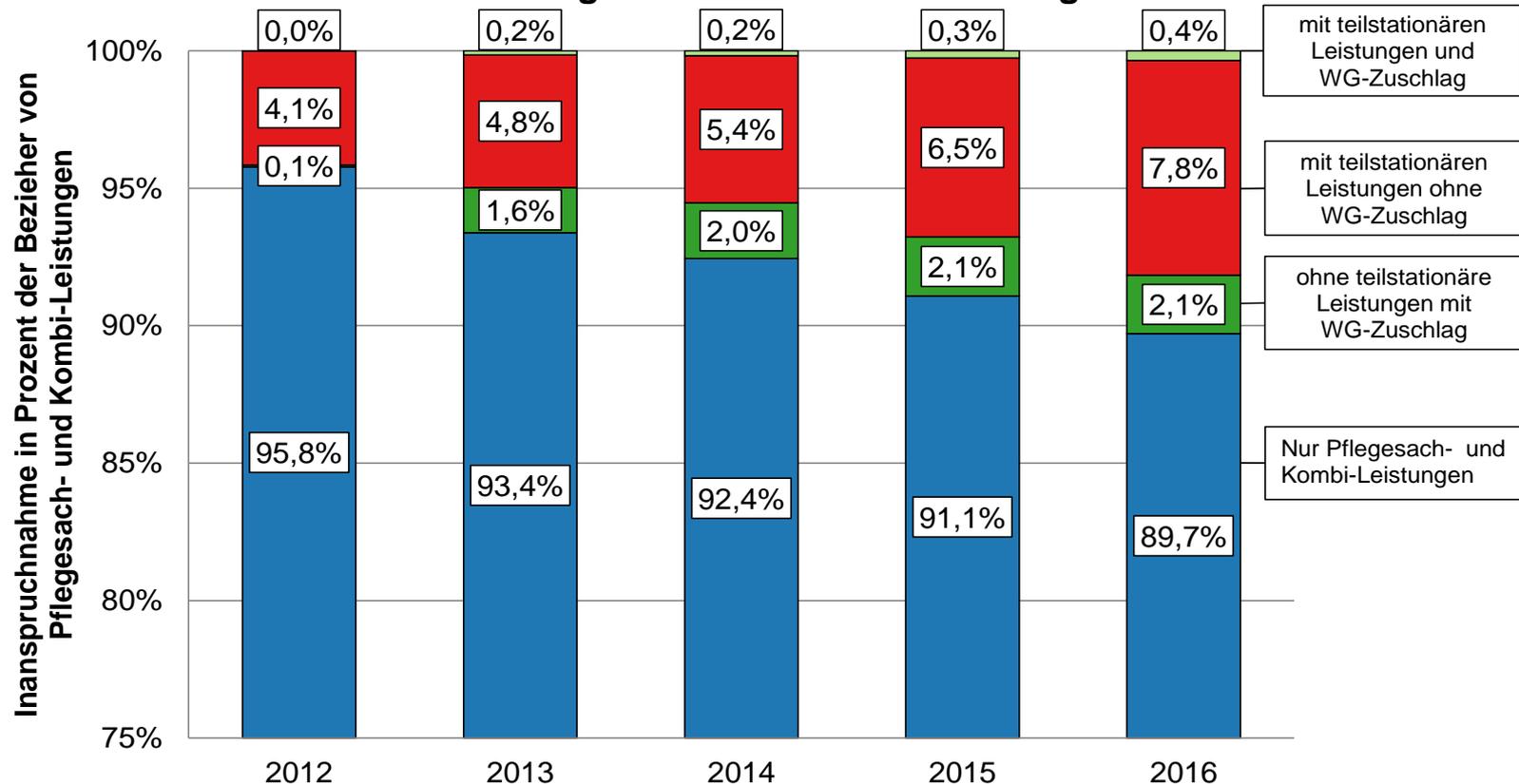
Anteil der Empfänger von Pflegesach- und Kombi-Leistungen an allen Pflegebedürftigen



Stabilität bei Pflegesach- und Kombileistungen

BARMER Daten I.2: Prävalenzen ambulanter Versorgungskonzepte (prozentual)

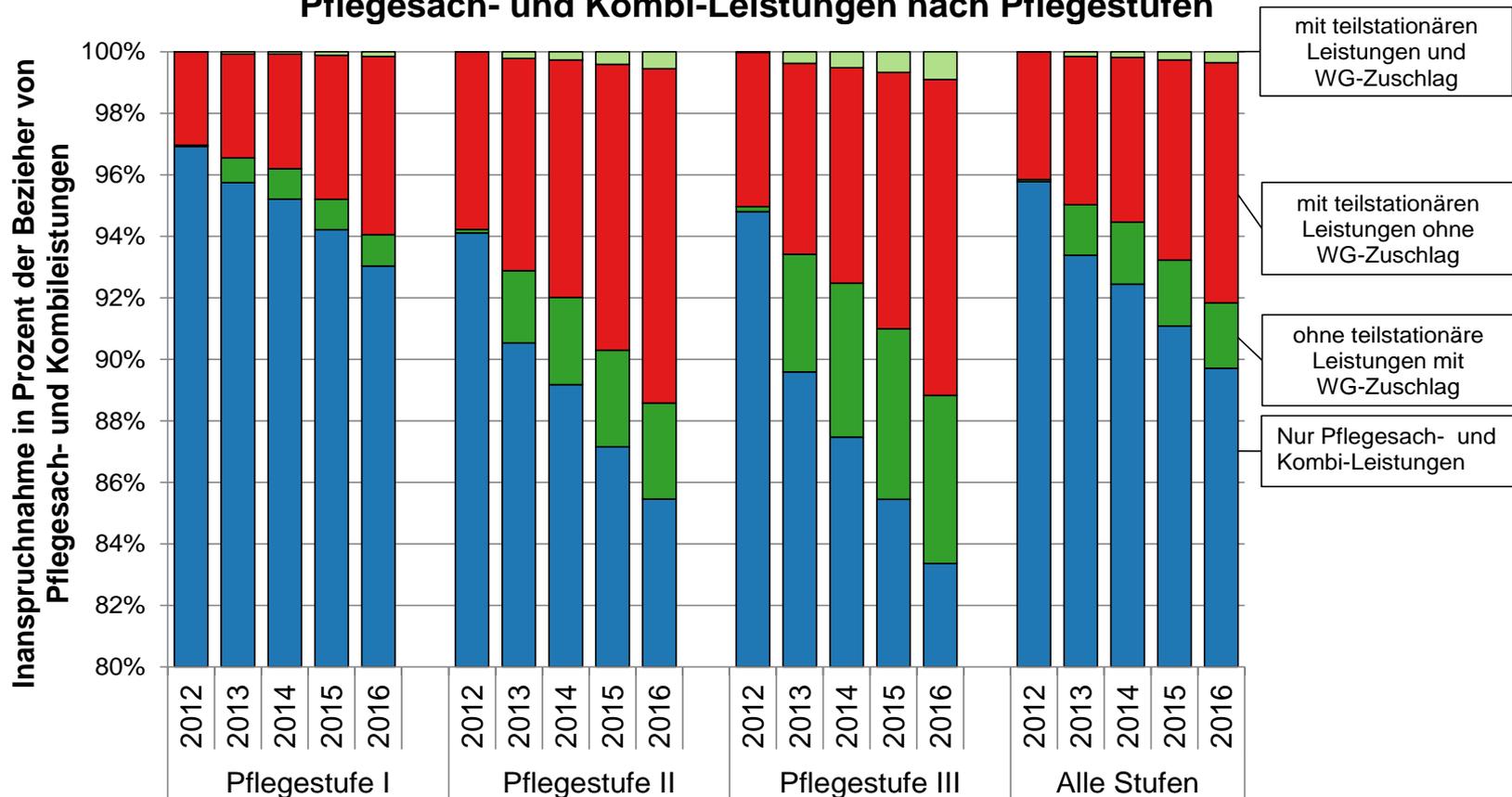
Inanspruchnahme von teilstationären Leistungen und/oder Wohngruppenzuschlag bei gleichzeitigem Bezug von Pflegesach- und Kombi-Leistungen



Stärkere Inanspruchnahme teilstationärer Leistungen – auf niedrigem Niveau

BARMER Daten I.3: Prävalenzen ambulanter Versorgungskonzepte (prozentual nach Pflegestufen)

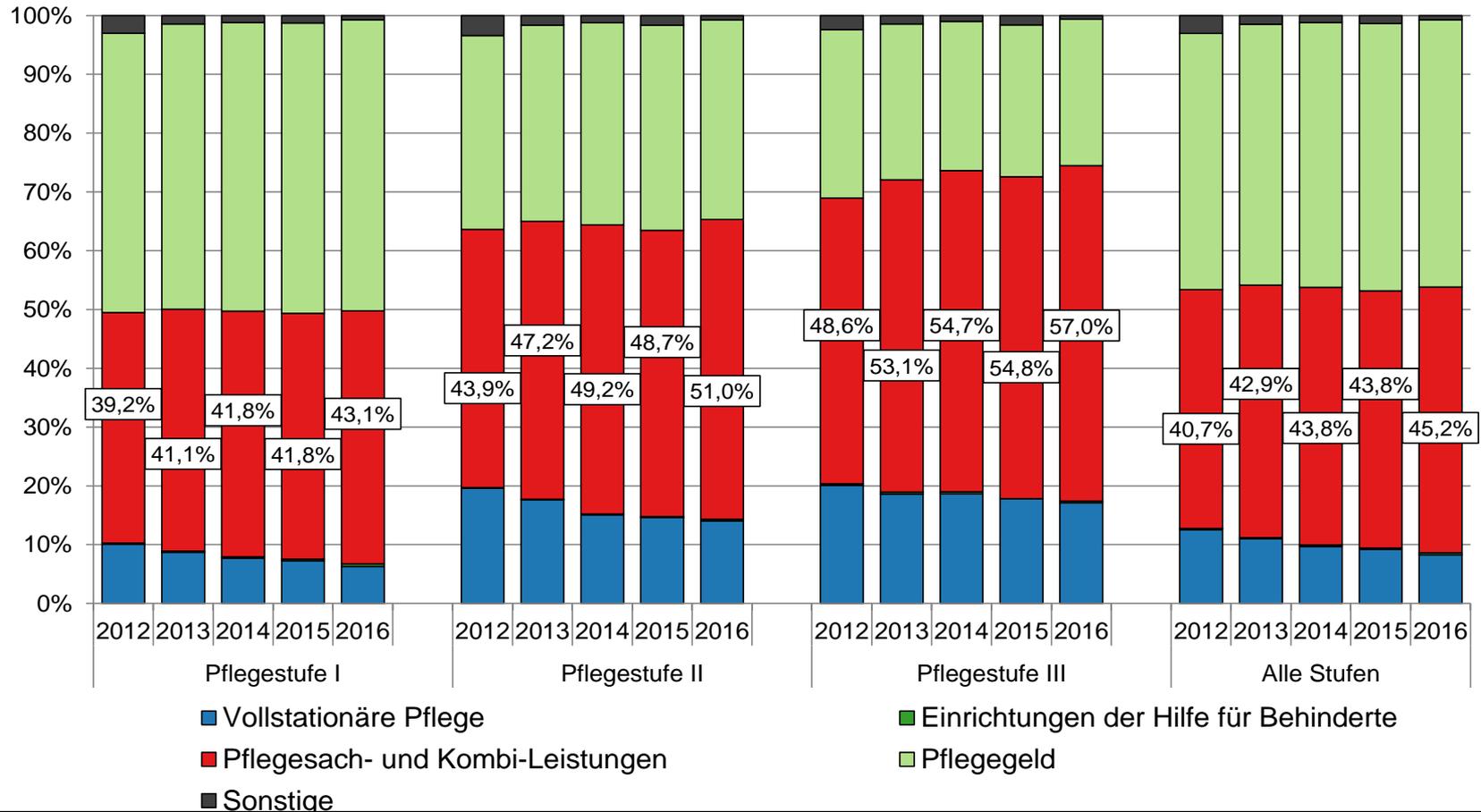
Inanspruchnahme von teilstationären Leistungen und/oder Wohngruppenzuschlag bei gleichzeitigem Bezug von Pflegesach- und Kombi-Leistungen nach Pflegestufen



Stärkere Inanspruchnahme teilstationärer Leistungen in allen Pflegestufen

BARMER Daten II.1: Inzidenzen ambulanter Pflege – Anteil der Empfänger von Pflegesach- und Kombi-Leistungen

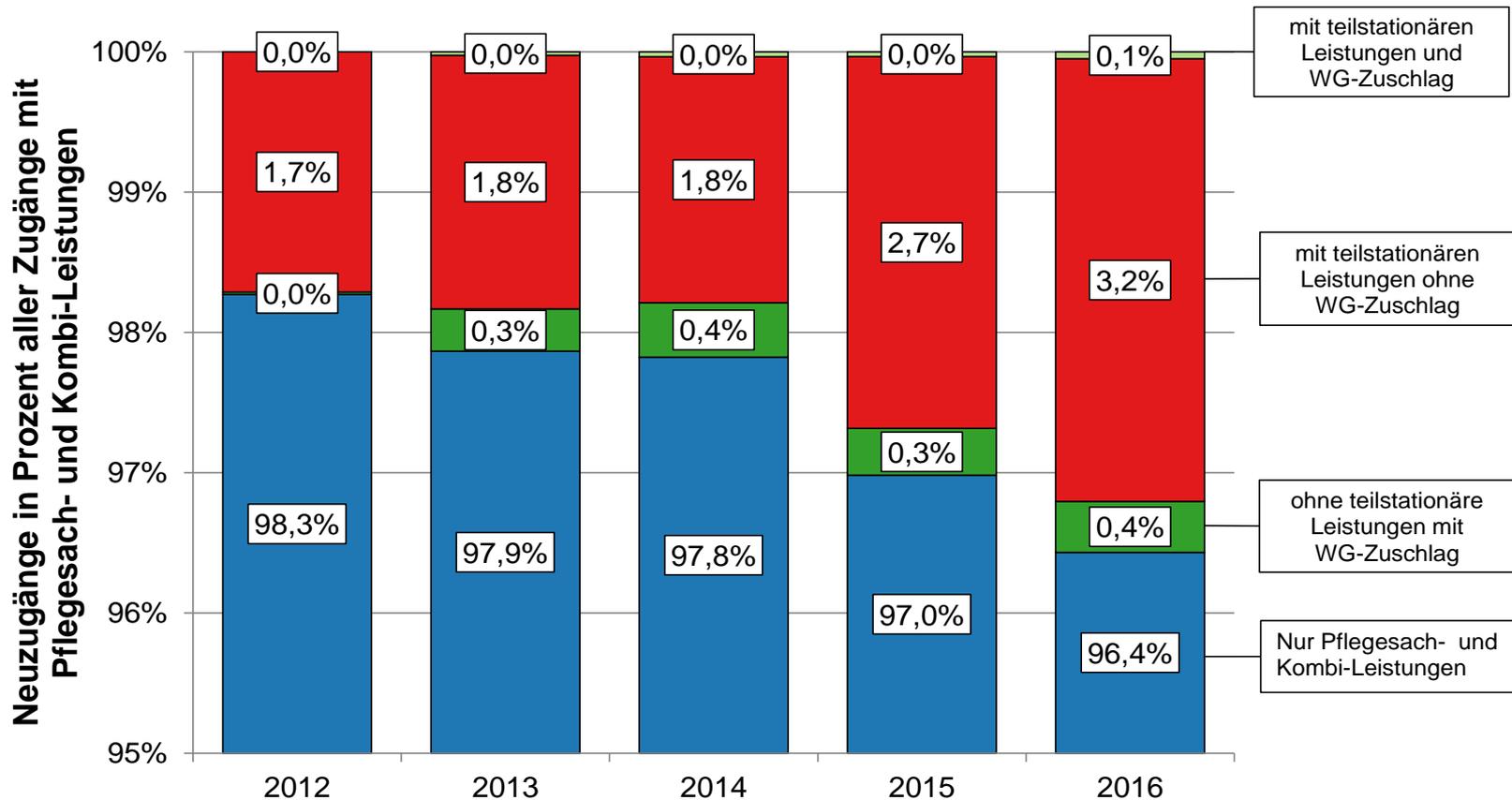
Anteil der Empfänger von Pflegesach- und Kombi-Leistungen an allen Neuzugängen in Pflegebedürftigkeit



Zunahme der ambulanten Pflege für inzidente Fälle über Zeit

BARMER Daten II.2: Inzidenzen ambulanter Versorgungskonzepte (prozentual)

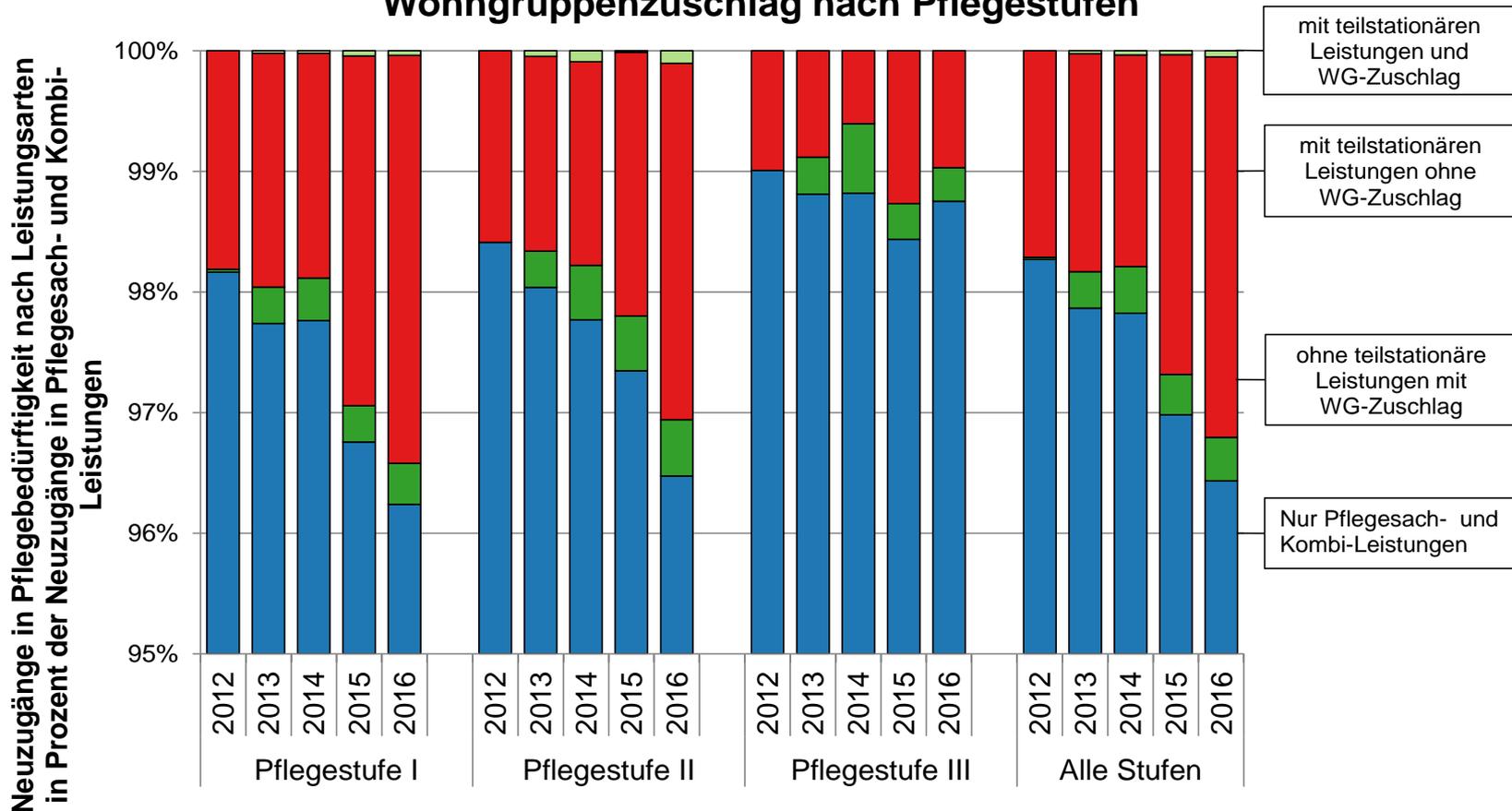
Neuzugänge in Pflegebedürftigkeit mit Pflegesach- und Kombi-Leistungen sowie teilstationären Leistungen und/oder Wohngruppenzuschlag



Stärkere Inanspruchnahme teilstationärer Leistungen seit 2015

BARMER Daten II.3: Inzidenzen ambulanter Versorgungskonzepte (prozentual nach Pflegestufen)

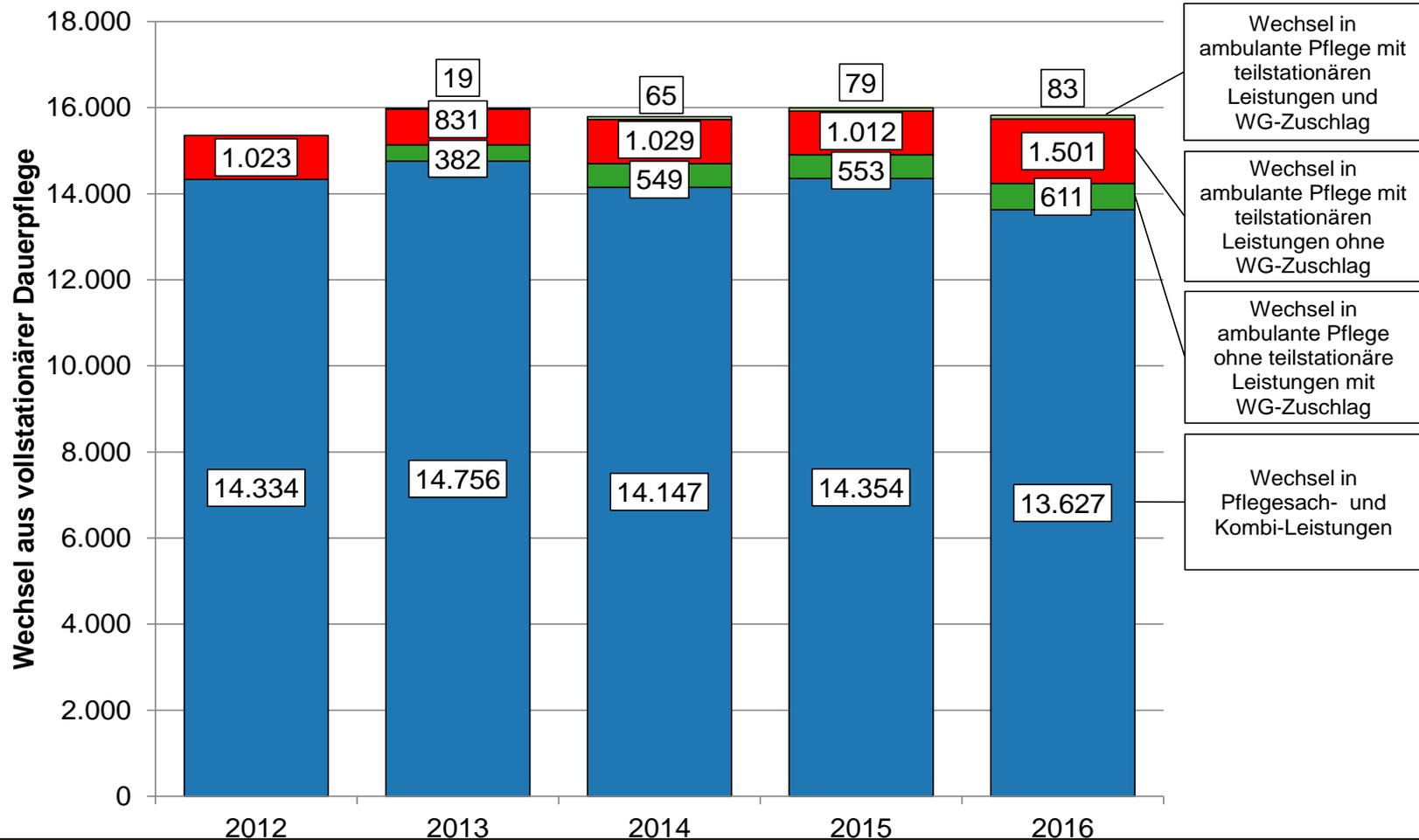
Neuzugänge in Pflegebedürftigkeit mit Pflegesach- und Kombi-Leistungen sowie teilstationären Leistungen und/oder Wohngruppenzuschlag nach Pflegestufen



Stärkere Inanspruchnahme teilstationärer Leistungen, insbesondere in Stufen I und II

BARMER Daten III.1: Übergänge in ambulante Versorgungskonzepte (absolut)

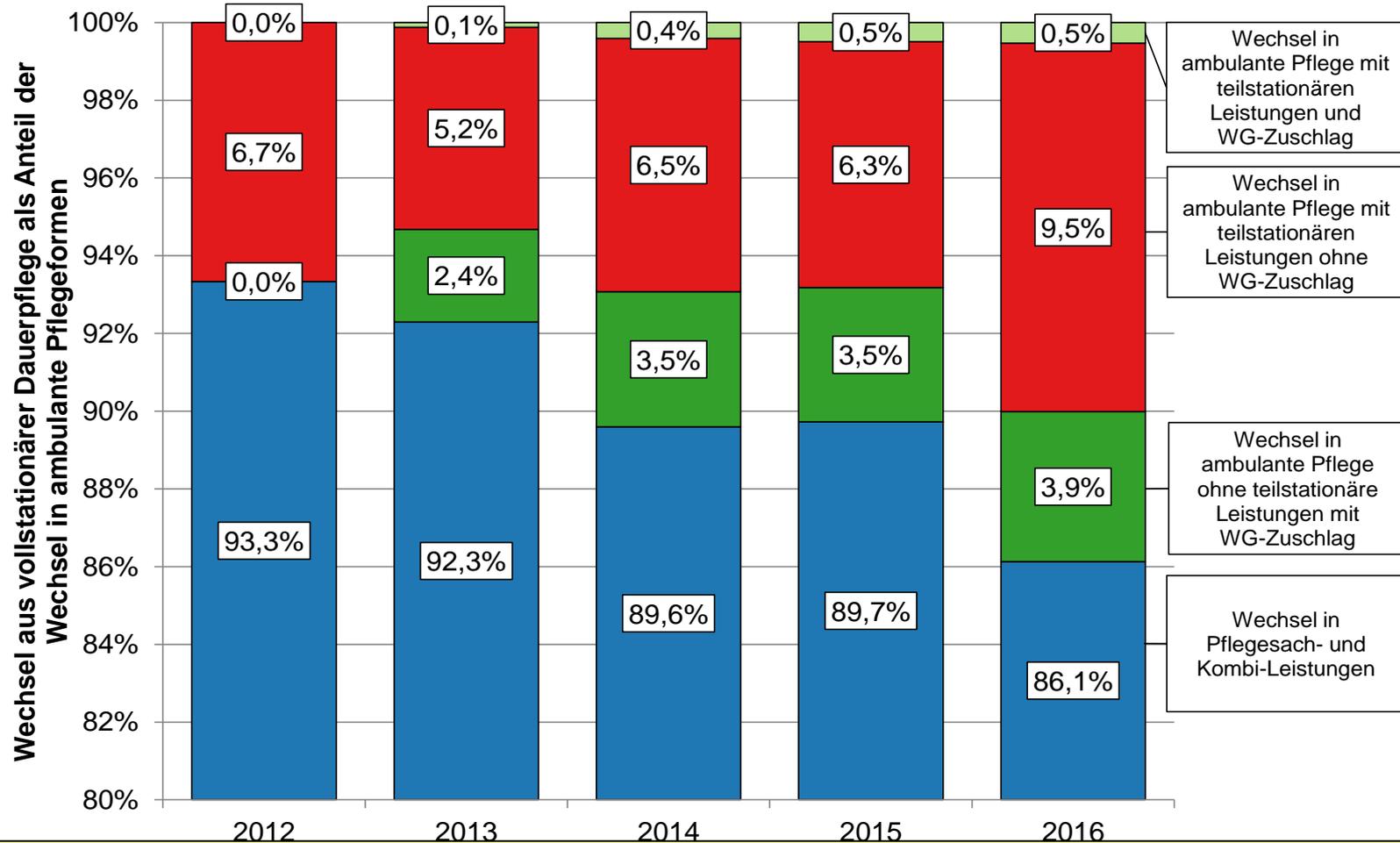
Wechsel aus vollstationärer Dauerpflege in ambulante Pflegeformen



Zunehmend Wechsel in teilstationäre Leistungen, aber nur geringe Fallzahlen

BARMER Daten III.2: Übergänge in ambulante Versorgungskonzepte (prozentual)

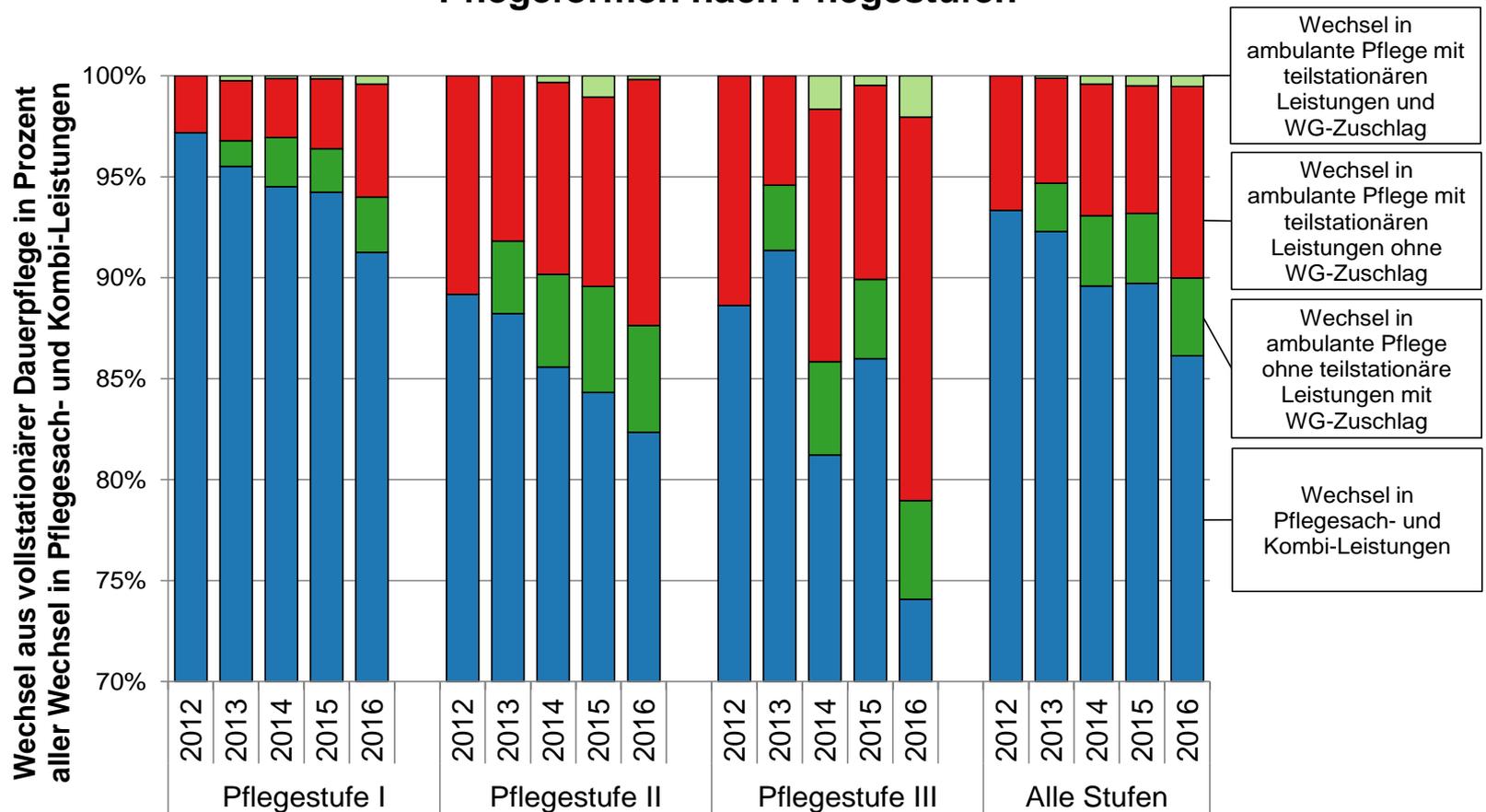
Wechsel aus vollstationärer Dauerpflege in ambulante Pflegeformen



Umsteuerung erfolgt eher über Neufälle – so auch die Interviewaussagen

BARMER Daten III.3: Übergänge in ambulante Versorgungskonzepte (prozentual nach Pflegestufe)

Wechsel aus vollstationärer Dauerpflege in ambulante Pflegeformen nach Pflegestufen



Übergangshäufigkeit in ambulante Settings mit teilstationärer Pflege steigt mit Pflegestufe

BARMER Routinedaten: Fazit

I. Entwicklung der prävalenten Fälle

- Kein verstärkter Bezug von Pflegesachleistungen
- Wachsende Inanspruchnahme von Tagespflege und WG-Zuschlag
- Aber: letztlich begrenzte Inanspruchnahme (2,5% Wohngruppen, knapp 8% teilstationär), bei positiver Korrelation mit der Pflegestufe

II. Entwicklung der inzidenten Fälle

- Stärkerer PSG I-Effekt in Bezug auf die Inanspruchnahme teilstationärer Leistungen

III. Wechsel von stationäre in ambulante Pflege

- Übergänge in Pflegesachleistungen bleiben konstant (ca. 14.000)
 - Übergänge in teilstationäre Leistungen nehmen etwas zu, bleiben im Umfang aber begrenzt (ca. 1.500 in 2016)
 - Direkter Übergang in WG-Zuschlag ist marginal (2016 ca. 600)
 - PSG I-Effekte sind eher bei Neufällen zu erwarten
-
- Insgesamt (noch) keine dramatischen Entwicklungen, aber für zukünftige Entwicklungen: Betrachtung der Anreize

II.3 Mehrausgaben der Sozialversicherung

- Mengenkomponente: Geschätzte und über Szenarien gebildete Zahl der Pflegebedürftigen in ambulant betreuten Wohnformen nach Pflegegraden
- Preiskomponente: Leistungen der Sozialversicherung in unterschiedlichen Pflegesettings und Pflegegraden
 - Ambulant betreute Wohngruppen
 - Neue Wohnformen mit Tagespflege
- Referenzwerte: Leistungen der Sozialversicherung für häusliche und vollstationärer Pflege. Beide Referenzkategorien werden gleich gewichtet.

II.3 Mehrausgaben der Sozialversicherung

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

II.3 Mehrausgaben der Sozialversicherung

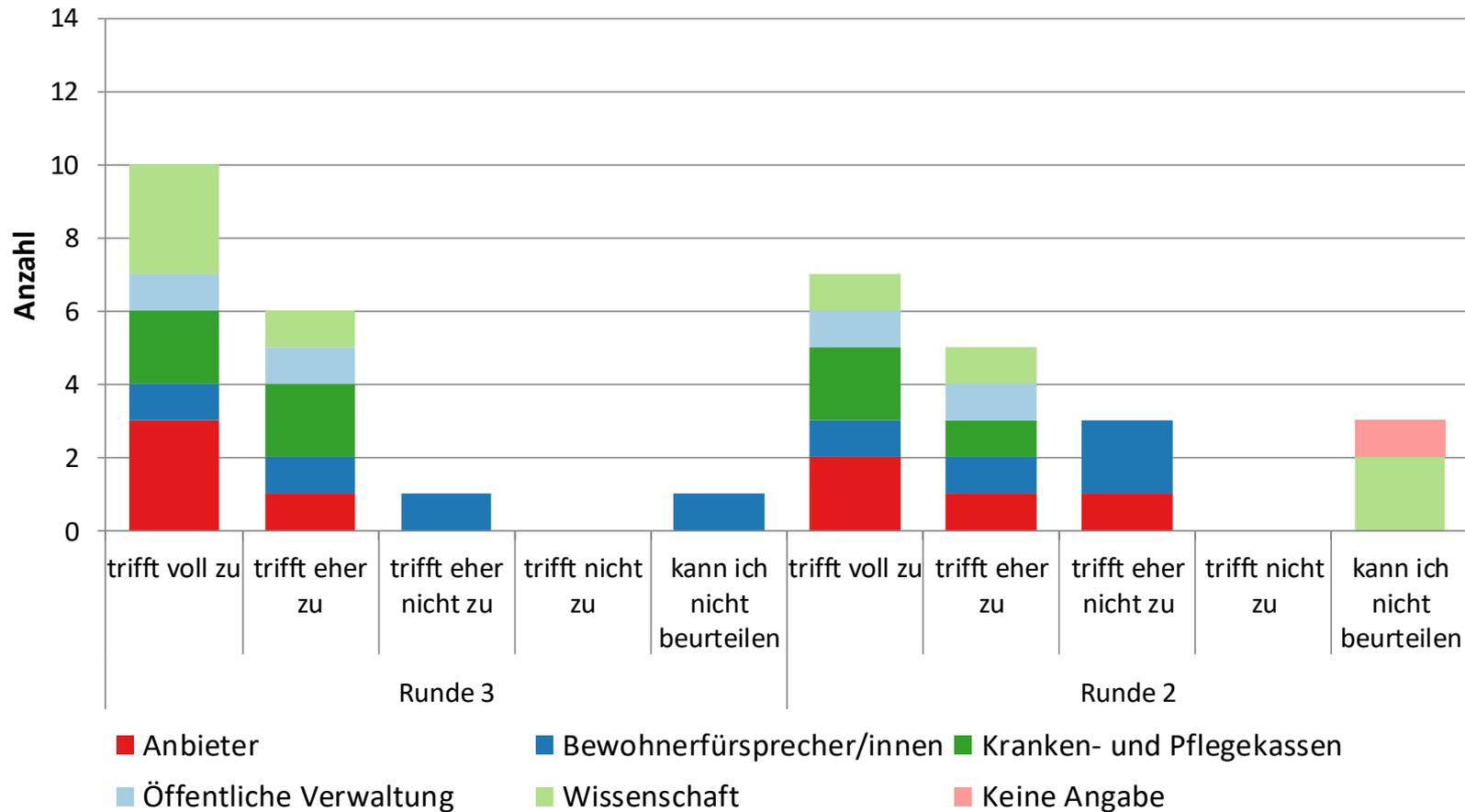
- Mehrausgaben durch die verstärkte Nutzung ambulant betreuter Wohnformen für die Pflege- und Krankenkassen können auf einen Umfang zwischen 276 und 608 Mio. € für 2017 geschätzt werden
- Die höheren Ausgaben der Sozialversicherung gehen mit geringeren Selbsthalten für die Pflegebedürftigen und ggfs. auch der Sozialhilfeträger einher.

II.4 Mehrwert: Befunde aus der Delphi-Studie

- Befragung von 26 Expert/innen aus den Bereichen Anbieterverbände innovativer Wohnformen, Kranken- und Pflegekassen, Interessensverbänden der Bewohnerinnen und Bewohner sowie der öffentlichen Verwaltung und der Wissenschaft
- Drei Befragungsrunden:
 - Runde 1: Offene Befragung zum Mehrwert innovativer ambulant betreuter Wohnformen. Aus den Antworten wurden Aussagen für die nächsten Befragungsrunden gebildet.
 - Runde 2: Bewertung der Aussagen durch Expert/innen
 - Runde 3: Erneute Bewertung der Aussagen durch Expert/innen bei Offenlegung der Aussagetendenzen aus Runde 2

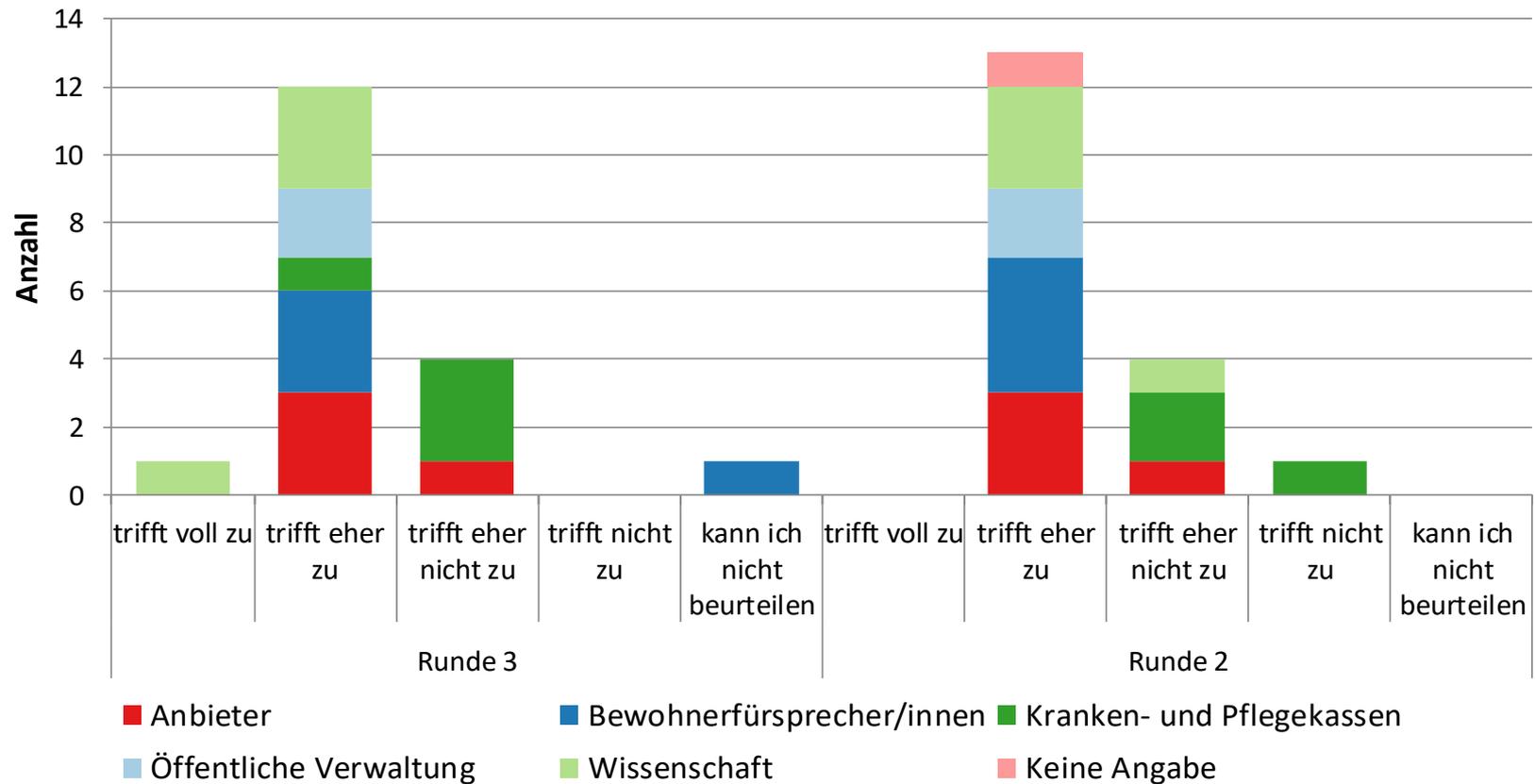
II.4 Mehrwert: Befunde aus der Delphi-Studie

Umsetzungsvarianten innovativer Wohnformen entsprechen derzeit in ihrem Leistungsumfang vollstationären Pflegeeinrichtungen



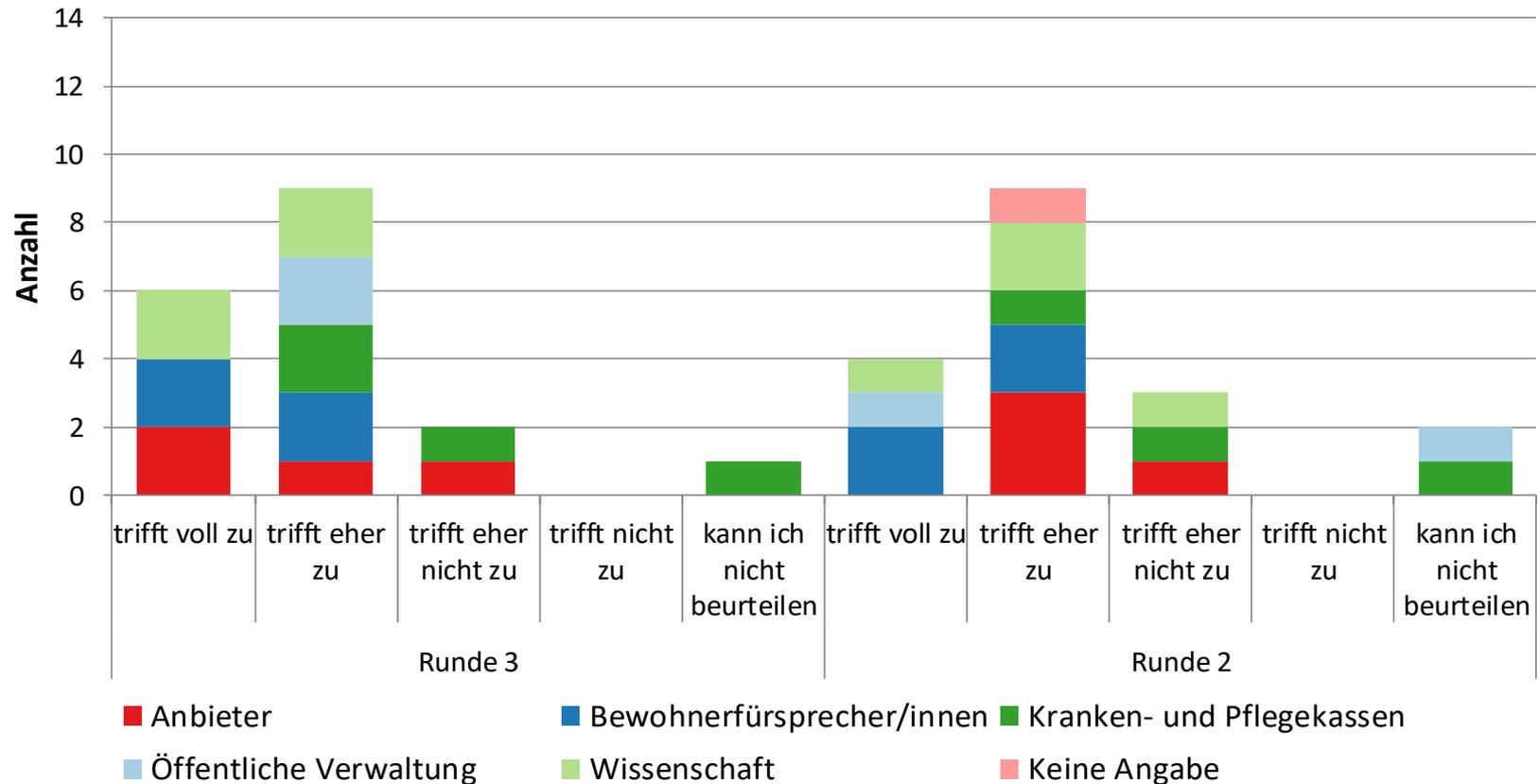
II.4 Mehrwert: Befunde aus der Delphi-Studie

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



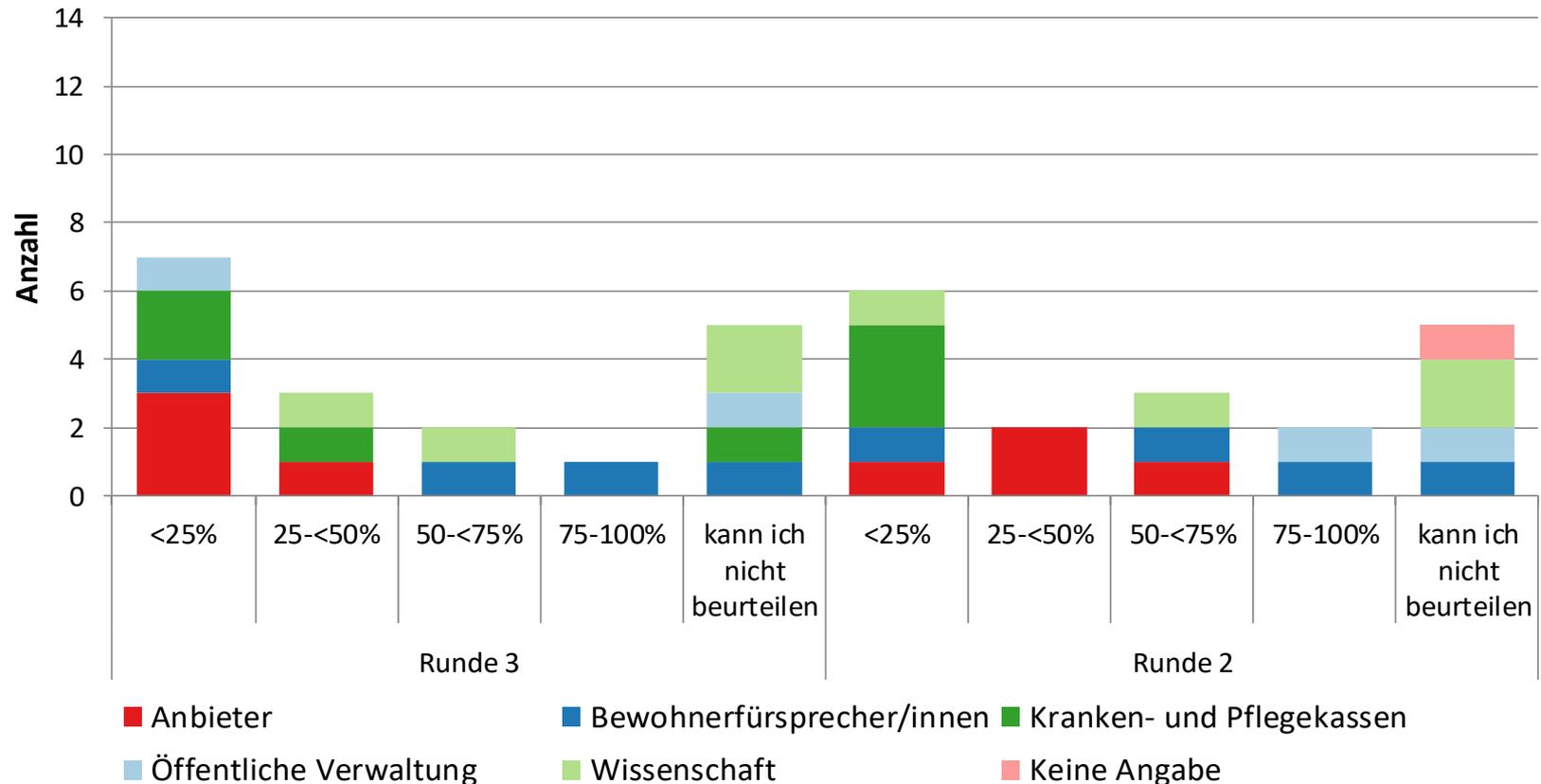
II.4 Mehrwert: Befunde aus der Delphi-Studie

Es gibt Personengruppen, deren Lebensqualität steigt, wenn sie anstelle einer vollstationären Einrichtung eine innovative Wohnform wählen



II.4 Mehrwert: Befunde aus der Delphi-Studie

Wie hoch schätzen Sie den Anteil der derzeit in vollstationären Einrichtungen lebenden Pflegebedürftigen ein, deren Lebensqualität durch einen Wechsel in innovative Wohnformen steigen könnte?



II.4 Mehrwert: Befunde aus der Delphi-Studie

- Evaluationsstudien, die WG-Konzepte mit Pflegeheimen vergleichen
 - Deutschland (ambulant betreute WG),
 - Ausland: Niederlande und Belgien (Small-Scale-Living), Japan (Group Homes) und USA (Green House/ Woodside Place)
- Befunde WG vs. Heim
 - Für Pflegebedürftige: kein signifikanter Unterschied der Lebensqualität (D, A); Vorteile des WG-Konzepts bei Agitiertheit (A); seltenerer Einsatz von Fixierungen und Psychopharmaka (A)
 - Für Angehörige: Sind in WG-Konzepten nicht besser in die Pflege eingebunden, aber zufriedener mit Pflege und Pflegekräften (A)
 - Für Pflegekräfte: Höhere Arbeitszufriedenheit in Pflege-WG (D)

Gliederung

- I. Hintergrund: Was ist Ambulantisierung?
- II. Bestandsaufnahme: Was können wir beobachten?
- III. Empfehlungen: Welche Weiterentwicklung ist zu empfehlen?
 1. Zwei-Sektoren-Lösung
 2. Drei-Sektoren-Lösung
 3. Ein-Sektor-Lösung
- IV. Fazit

III. Problem

- Ambulante Versorgungsformen sind kostspielig, ihr Nutzen ist (noch) nicht erwiesen.
- „Stappelleistungen“ bergen die Gefahr in sich, dass eine im Kern unveränderte Leistung lediglich zu höheren Kosten für die Sozialleistungssysteme erbracht wird.
- Innovative ambulante Wohn- und Versorgungsformen sind nicht eindeutig dem ambulanten oder stationären Sektor zuzuordnen. Das führt zu schwierigen Abgrenzungsproblemen.

III.1 Erste Option zur Weiterentwicklung

- 2-Sektoren-Lösung (stationär, ambulant)
 - sieht innovative ambulante Wohnformen nicht vor, daher Graubereich trotz zwingender Zuordnung aller Angebote in einen der beiden Bereiche
 - Dies führt zu:
 - unspezifischer Abgrenzung mit möglichen Verwerfungen zwischen leistungs- und ordnungsrechtlicher Zuordnung
 - Ungerechtigkeiten zwischen den Sektoren: Stapelleistungen & häusliche Krankenpflege/medizinische Behandlungspflege
 - Das ist nur heilbar, wenn jede Wohnform abschließend konservativ dem ambulanten oder stationären Sektor zugeordnet wird.
- 2-Sektoren-Lösung ist somit strukturkonservativ und innovationsfeindlich

III.2 Zweite Option zur Weiterentwicklung

- 3-Sektoren (stationär, stambulant, ambulant)
 - erzeugt Rechtssicherheit durch Institutionalisierung des Graubereichs in Leistungs- und Ordnungsrecht
 - erfordert eindeutige Zuordnung im Bereich medizinischer Behandlungspflege/häuslicher Krankenpflege
 - ermöglicht die Förderung innovativer Angebote durch höhere Vergütung
 - Problem:
 - geringere Leistungen bei zugleich höherer Vergütung als in stationärer Vollversorgung möglich
 - nur zu rechtfertigen durch höhere Versorgungsqualität
 - Qualitätsverbesserungen sind aber nur schwer nachweisbar, wenn dann vor allem in Bezug auf Selbstbestimmung
- 3-Sektorenlösung dupliziert die Abgrenzungsprobleme und birgt damit das Risiko weiterer innovationsfeindlicher Bürokratisierung

III.3 Dritte Option zur Weiterentwicklung

Aufhebung der Sektorgrenzen

- **Ausgestaltung**
 - Differenzierung nach Wohn- und Pflegeleistungen
 - Gleiche Versicherungsleistungen (nach Pflegegraden) und gleiche Vergütung identischer Module unabhängig vom Ort der Leistungserbringung
- **Vorteile**
 - Innovative ambulante Wohnformen werden vom Risiko der ordnungsrechtlichen Einordnung als Heim befreit.
 - Zivilgesellschaftliches Engagement wird auch „im Heim“ möglich und führt dort zur Reduktion der Entgelte
 - dadurch höchstmögliche Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen
 - Keine Abgrenzungsprobleme

➤ **Option mit dem größten Innovationspotential**

IV. Fazit

- Nutzung ambulant betreuter Wohnformen ist derzeit noch gering, nimmt aber zu
 - Anreize lassen eine zunehmende Nutzung erwarten, weniger durch Umwidmungen als durch Neubauten
 - Ambulantisierung führt zu beträchtlichen Mehrkosten der Sozialversicherungsträger
 - Mehrwert ambulantisierter Versorgungsformen ist national und international nicht nachgewiesen, ExpertInnen sehen aber Potentiale
 - Sektorentrennung behindert innovative ambulante Wohn- und Pflegeformen
- Aufhebung der Trennung ist eine vielversprechende Lösung.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt:

Prof. Dr. Heinz Rothgang, SOCIUM, rothgang@uni-bremen.de

Website: <http://www.socium.uni-bremen.de/projekte/?proj=547>