

Das „Mitmach-Heim“ zur Förderung von Aktivitäten und Teilhabe: eine Vorlage für die große Pflegereform?

Hans-Dieter Nolting

Expertenforum Geriatrie

Hamburg, 17. März 2026

1. Was meint der Titel „Mitmach-Heim“?
2. Evaluation des „stambulanten“ Modells „Haus Rheinaue“ der BeneVit Holding GmbH in Wyhl
3. Was könnte das „Mitmach-Heim“ mit einer „großen“ Pflege-Reform zu tun haben?



Das „Haus Rheinaue“ der BeneVit Holding GmbH in Wyhl (Baden-Württemberg) war eines der Modellprojekte, die von 2015 bis 2018 im „Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen“ (ehemaliger § 45f SGB XI) gefördert wurden.

Titel des Projekts: „Weiterentwicklung der stationären Pflege: Ambulantisierung von Hausgemeinschaften“



Quelle: www.benevit.net

Das „Mitmach-Heim“

„Mitmachen“ bedeutet zweierlei:

- Wichtiges Element des in der stationären Versorgung schon länger etablierten Hausgemeinschafts-Modells ist das „Mitmachen“ der Bewohner/innen: Gemeinsames Zubereiten der Mahlzeiten in den Wohnbereichen, Gartenpflege usw.
- Innovation: In der „ambulantisierten Hausgemeinschaft“ können An- und Zugehörige bei der Pflege „mitmachen“, d.h. Aufgaben übernehmen, die anderenfalls durch Leistungen des Pflegedienstes abgedeckt werden müssten.

Nach der Erprobung im Modellprogramm (2015 bis 2018) wurde das Konzept

- von 2018 bis 2020 im Rahmen eines Vertrags zur integrierten Versorgung (§ 92b SGB XI) und
- ab 2020 als Modellvorhaben nach § 8 Absatz 3 SGB XI fortgeführt.
- Mit dem BEEP wurde das Konzept einer „stambulanten“ Versorgung in die Regelversorgung aufgenommen: § 92c in Verbindung mit § 45h SGB XI.

IGES hat das „Haus Rheinaue“ im Zeitraum 2021-23 im Auftrag des GKV-Spitzenverbands evaluiert.

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

Modellkonzept „Haus Rheinaue (HR)“

Grundidee: „stambulante Versorgung“

- Umwandlung von 4 vollstationären Hausgemeinschaften (à 14 = 56 BEW) in leistungrechtlich ambulant versorgte Hausgemeinschaften
- Ziel: „Kombination der Versorgungssicherheit des stationären Sektors mit der Flexibilität und individuellen Gestaltbarkeit des ambulanten Sektors“

Haus Rheinaue

Grundleistungen

Wohnen,
Verpflegung

- 24/7 Anwesenheit PFK
- PFK: Steuerung Pflegeprozess, Beratung und Anleitung Präsenzkräfte und Angehörige
- Ausgewählte grundpflegerische, hauswirtschaftliche und Betreuungsleistungen
- *Ausgewählte behandlungspflegerische Leistungen (§ 37 SGB V)*

„Eigenleistungen“

- Beteiligung von Angehörigen an der Pflege, Hauswirtschaft, Betreuung

Wahlleistungen

- Ambulante Sachleistungen durch Pflegedienst (§ 36 SGB XI) bzw. Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI)

Modellkonzept „Haus Rheinaue (HR)“

Zielgruppen

- Alle Pflegebedürftigen mit folgenden Ausnahmen: Intensivpflegebedarf; chronische Psychosen; junge Menschen; Menschen, die eine geschlossene Abteilung benötigen.

Ordnungsrechtliche Modellaspekte (Erprobungsregelung gem. § 31 WTPG)

- HR hatte während der Modellerprobung sowohl den Status einer vollstationären Pflegeeinrichtung als auch den Status einer ambulanten Wohnform
- **Aussetzung der „Fachkraftquote“** (50% Fachkräfte, wenn > 4 pflegebedürftige Bewohner) und der Vorschrift, dass es eine **Pflegedienstleitung** geben muss (§ 6 Abs. LPersVO)
- Einhaltung der Vorgabe, dass ständig eine Fachkraft anwesend sein muss

Personalkonzept HR

- Permanente Anwesenheit einer PFK mit Zuständigkeit für die vier Hausgemeinschaften
- Je Hausgemeinschaft zwischen 7:00 und 21:00 ein oder zwei Präsenzkräfte
- Hausleitung (FK, aber nicht unbedingt PFK), Betreuung (1,5 VZÄ, davon 1,0 Fachkraft), technisches und administratives Personal
- **Sonstige erforderliche pflegerische Leistungen (bzw. Hauswirtschaft, Betreuung) durch ambulanten Dienst oder Angehörige**

Fragenkomplexe (FK) und Studiendesign

FK I: Modellausgestaltung und Arbeitsorganisation

FK II: Qualität der Versorgung

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

FK IV: Einordnung in bestehende leistungs- und ordnungsrechtliche Rahmenbedingungen

FK V: Analyse der Kosten

FK VI: Strukturelle Auswirkungen

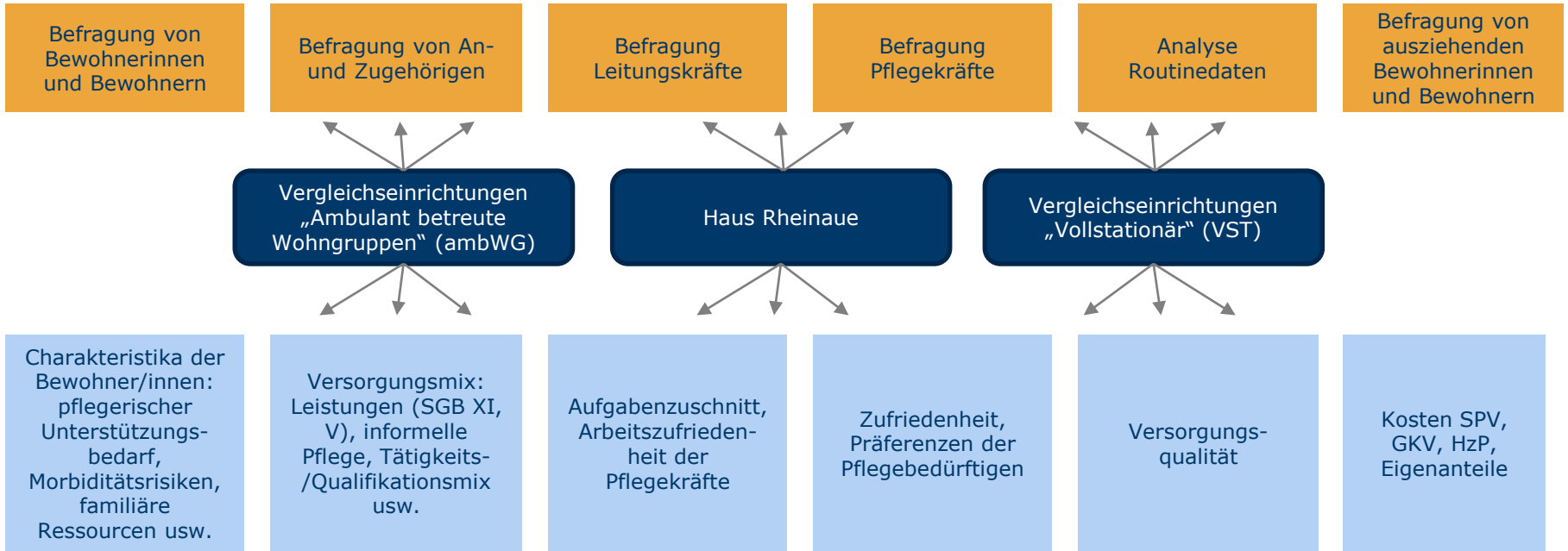
HR im Vergleich zu

- **3 vollstationären Einrichtungen (VST)**, davon 2 mit Hausgemeinschaftskonzept (darunter 1 VST, die ebenfalls zum Träger BeneVit gehört)
- **7 ambulant betreute Wohngruppen (ambWG)**

Datenerhebungen in zwei Zyklen

- 07-11/2021: BEW (ggf. Angeh.), Leitungspersonen, Mitarbeitende
- 06-09/2022: Angeh., Leitungspersonen, Mitarbeitende

Routinedaten der AOK Baden-Württemberg



Wichtigste Limitationen:

- Haus Rheinaue ist ein Solitär mit 56 Bewohnerinnen und Bewohnern (eingeschränkte Verallgemeinerbarkeit)
- Untersuchungszeitraum während der COVID19-Pandemie

Schlussfolgerungen der Evaluation (2023)

FK I Modellausgestaltung und Arbeitsorganisation

- Strukturen und Prozesse des Modellkonzepts wurden – auch unter Pandemie-Bedingungen – erfolgreich umgesetzt und haben sich als funktionsfähig erwiesen.
- Ganz überwiegend positive Bewertungen der Arbeitsorganisation durch Mitarbeitende.

FK II Qualität der Versorgung

- Keine Anhaltspunkte für qualitative Nachteile, aber zahlreiche Hinweise auf höhere Versorgungsqualität (z.B. weniger Khs-Aufnahmen und Krankentransporte, weniger PG-Höherstufungen).

FK III Bewertung durch Pflegebedürftige, Mitarbeitende, Angehörige

- Durchweg mindestens so gut wie VST und ambWG, meist positivere Bewertungen
- Stärker der Qualifikation entsprechender Einsatz von PFK

FK IV Einordnung Ordnungs-, Leistungsrecht, Qualitätsprüfungen

- Ordnungsrechtlich ist HR eine „optimierte Form der ambWG“
- Leistungsrechtliche Modellkomponenten haben sich bewährt. Auch die Möglichkeit als HR-BEW noch Pflegegeld zu beziehen wird realiter genutzt.
- Zuordnung zu stationären Qualitätsprüfungen ist sachlich konsistent.

FK I: Beteiligung bzw. Zusammenarbeit mit Angehörigen

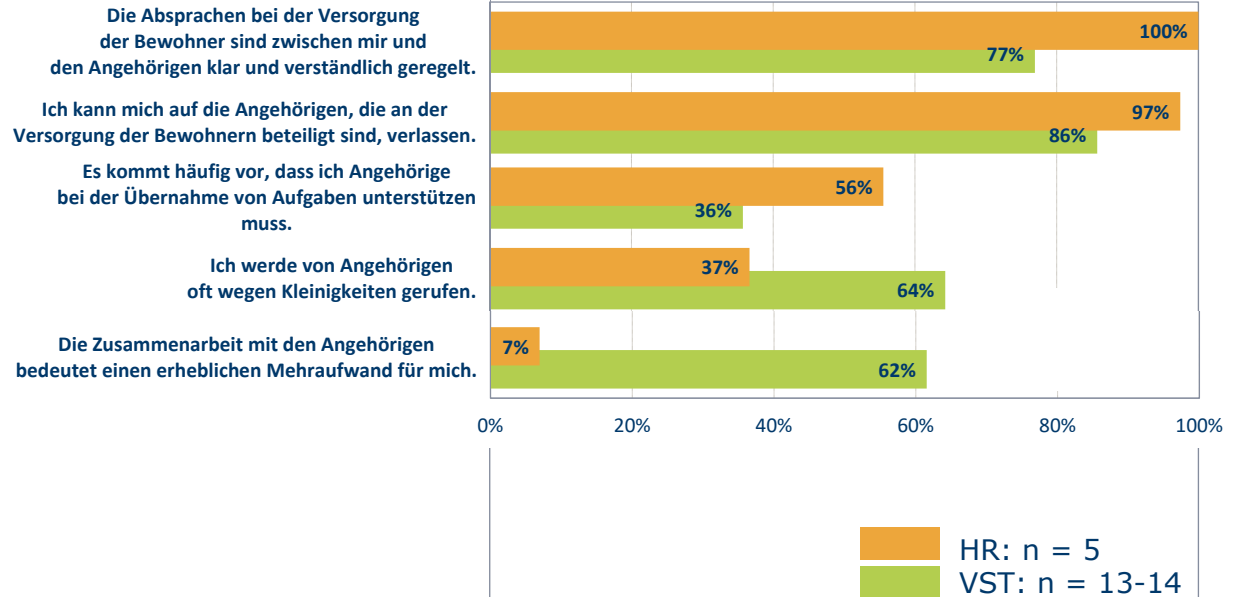
(Befragung Leitungskräfte, PFK)

Beteiligung von Angehörigen an Pflege, Betreuung, Hauswirtschaft

(Angaben Leitungskräfte)

- HR: bei 28 – 35% der BEW
- VST: bei 11 – 21% der BEW
- ambWG: bei 20 – 24% der BEW

Zusammenarbeit mit Angehörigen aus der Sicht der Pflegefachkräfte (trifft eher bis voll und ganz zu)



Schlussfolgerungen der Evaluation (2023)

FK V Analyse der Kosten

- Für BEW seit 2022 kein finanzieller Vorteil mehr gegenüber einer vollstationären Versorgung (Einführung § 43c SGB XI).
- SGB XI: HR ist gegenüber ambWG (-10%) und VST (bis 2021: -5%; in 2022: -30%) kostengünstiger
- SGB V: HR im Vergleich zu VST kostenaufwändiger wegen HKP, aber deutlich kostengünstiger als ambWG (-35% oder mehr). In den meisten Jahren niedrigere Ausgaben für Krankenhaus und Krankentransporte als ambWG und VST.

FK VI Strukturelle Auswirkungen

- Perspektive Einrichtungsträger
 - Hausgemeinschaftskonzept erforderlich
 - Keine Fachkraftquote, insgesamt lag der PFK-Einsatz (inkl. Ambulanter Pflegedienst) etwas unter den Anhaltswerten nach § 113c SGB XI
- Bei Verbreitung des Modells wären positive Effekte auf die pflegerische Versorgung zu erwarten:
 - Mindestens gleiche Versorgungsqualität bei geringerem Einsatz von Pflegefachkräften;
 - Erbringung von Wahlleistungen durch ambulante Pflegedienste verbessert ggf. auch die ambulante Pflege in der Region

Was könnte das „Mitmach-Heim“ mit einer „großen“ Pflegereform zu tun haben?

Fazit der Evaluation (2023)

Unter Beachtung der grundsätzlichen methodischen Einschränkungen (insbesondere der Erprobung in nur einer Einrichtung) zieht IGES folgendes Fazit:

- Vorteile oder zumindest keine Nachteile hinsichtlich der Kontinuität, Sicherheit und Qualität der pflegerischen Versorgung.
- Flexibilisierung sowohl der Leistungsanspruchnahme als auch der Leistungserbringung ist vorteilhaft für BEW und Pflegende und führt zu einer effizienteren Versorgung.
- Wirtschaftliche Versorgungsform (insbes. aus Sicht der Kostenträger).

Klare Empfehlung, das Modell der „stambulanten Versorgung“ in der Regelversorgung zu ermöglichen.

§ 92c Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen

(1) Ambulante Pflegeeinrichtungen können Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen mit den Vertragsparteien nach § 89 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 bis 3 und mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich schließen. Die Verträge regeln auf der Grundlage der Empfehlungen nach Absatz 5 und unter entsprechender Anwendung von § 89

1. ein Basispaket mit körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung gemäß § 36, deren Organisation eigens von der ambulanten Pflegeeinrichtung zur gemeinsamen und individuellen Leistungsanspruchnahme der Pflegebedürftigen übernommen und deren Erbringung insgesamt sichergestellt wird,

Empfehlungen für die „große“ Pflegereform

Die Stärkung der häuslichen Pflege ist seit langem eine bestimmende Maxime der Pflegepolitik

- Starke Präferenz der Bevölkerung
- Eindämmung der Leistungsausgaben der Pflegeversicherung

Nachteile der häuslichen Pflege

- Abnehmende Ressourcen im Bereich der familiären/informellen Pflege
- Ineffizienter Einsatz von professioneller Pflege im Vergleich zu stationärer oder WG-Pflege
- Mangelnde Kapazitäten im Bereich der ambulanten Pflegedienste

Eine Stärkung von stationären Konzepten („neue Wohnformen“) ist allein aus Gründen der Sicherstellung erforderlich.

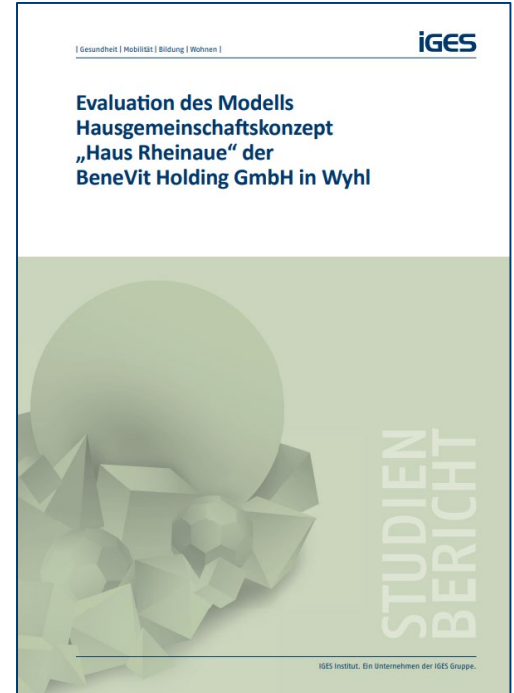
Ansätze, die die Attraktivität von stationären Versorgungsformen bei gleichzeitiger Sicherung (oder Verbesserung) der Pflegequalität steigern können, sollten systematisch entwickelt, gefördert und ermöglicht werden.

Den Abschlussbericht der Evaluation des stambulanten Modells ...

... können Sie auf der Website des Auftraggebers der Evaluation, des GKV-Spitzenverbands herunterladen:

https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte/pflege_laufende_projekte_8/benevit_1.jsp

https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/2023-08_Evaluationsbericht_Haus_Rheinaue.pdf



IGES Institut

hans-dieter.nolting@iges.com

www.iges.com
