



**Modellprogramm der Spitzenverbände der  
Pflegekassen zur Weiterentwicklung der  
Pflegeversicherung gem. § 8 Abs. 3 SGB XI**

**Abschluss- und Ergebnisbericht  
01.01. 2004 bis 30.06.2007  
zu dem Modellprojekt**

**„Evaluation der Effektivität und Effizienz eines integ-  
rierten Versorgungssystems für ältere hilfe- und  
pflegebedürftige Menschen am Beispiel der  
Pflege- und Wohnberatung in Ahlen“**

## **Modellprojekt**

**„Evaluation der Effektivität und Effizienz eines integrierten Versorgungssystems für ältere hilfs- und pflegebedürftige Menschen am Beispiel der Pflege- und Wohnberatung in Ahlen“**

## **Vorwort**

## **I. Einleitung**

## **II. KAA- Pflege- und Wohnberatung** Anlage 1

## **III. Forschungsverbund**

III.1. ISO-Institut, Saarbrücken Anlage 2

III.2. Institut für Medizinische Soziologie Anlage 3  
Institut für Biometrie und Klinische Epidemiologie  
der Charité Universitätsmedizin Berlin

III.3. Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Anlage 4  
Abteilung Münster

Teil A: Bundesweite Befragung und Arbeitsinstrumente  
Teil B: Ortsunabhängige Qualitätsstandards

## **IV. Fazit des Forschungsverbundes** Anlage 5

## **V. Anhang**

Zu II KAA- Pflege- und Wohnberatung - Fallbeispiele; Qualitätshandbuch;  
Screenshots

Zu III.1 ISO-Institut, Saarbrücken - Befragungsinstrumente

Zu III.2 Institut für Medizinische Soziologie und Institut für Biometrie und Klinische  
Epidemiologie der Charité Universitätsmedizin Berlin - Befragungsinstrumente;  
Arbeitsblätter zur Datenerfassung und -bearbeitung; Darstellung der Variablen

Zu III.3 Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Münster -  
Materialien zu der bundesweiten Befragung; Instrumente zur  
Erfassung von Art und Dauer der Beratung ; Qualitätsstandards;

## Vorwort

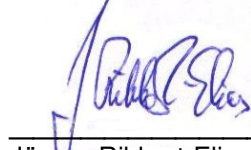
Das Modellprojekt „Evaluation der Effektivität und Effizienz eines integrierten Versorgungssystems für ältere hilfe- und pflegebedürftige Menschen am Beispiel der Pflege- und Wohnberatung in Ahlen“ verdeutlicht einmal mehr die Bedeutung und Wirkung von partnerschaftlicher Kooperation, qualitätsgesicherter Beratungsarbeit und prozesssteuernder Koordination innerhalb eines Versorgungssystems. Die Durchführung und die Ergebnisse dieser Studie haben nicht nur in der Stadt Ahlen, sondern auch auf der Ebene des Kreises Warendorf zu neuen senioren- und gesundheitspolitischen Orientierungen und dem Aufbau innovativer Versorgungsformen geführt. Darüber hinaus bieten die Ergebnisse für die aktuelle politische Debatte um die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung neue Impulse.

Der Verein Alter und Soziales bedankt sich sehr herzlich, auch im Namen der ProjektpartnerInnen, bei den Spitzenverbänden der Pflegekassen für die Modellförderung und bei der Koordinierungsstelle des VDAK für die sehr gute und stets konstruktive fachliche Begleitung über die drei Jahre.

Ein weiterer Dank geht an die Stadt Menden, die Stadt Ahlen sowie den Kreis Warendorf, die ihre Sozialdaten für die Studie zur Verfügung gestellt und den damit verbundenen Aufwand geleistet haben. Desgleichen möchten wir uns für die gute Zusammenarbeit mit den Pflegekassen bedanken, die die Studie mit der Bereitstellung ihrer Daten erst ermöglichten.

Zahlreiche BürgerInnen aus Ahlen beteiligten sich an Interviews. Träger und MitarbeiterInnen der Pflegeangebote in der Stadt Ahlen wurden befragt, die Arbeit des Projektes wurde vor Ort durch Arbeitskreise und eine Lenkungsgruppe intensiv begleitet und gefördert, die lokale Politik befasste sich im Sozialausschuss der Stadt Ahlen mehrfach mit dem Projektfortschritt – für diese tatkräftige und wohlwollende Unterstützung bedankt sich auch im Namen der beteiligten Forschungsinstitute der Verein Alter und Soziales!

Zum Schluss möchte ich ein Wort des Dankes auch an die Forschungsinstitute und deren MitarbeiterInnen sowie an das Team der KAA - Pflege- und Wohnberatung richten. Die engagierte Forschungsarbeit der WissenschaftlerInnen und die innovativen Entwicklungsarbeit der PraktikerInnen vor Ort haben die Ergebnisse hervorgebracht, die wir Ihnen in diesem interessanten und gehaltvollen Bericht vorstellen dürfen.



---

Jürgen Ribbert-Elias  
Vorstandsvorsitzender  
Alter und Soziales e.V.

## Einleitung

In der Stadt Ahlen wird seit 1993 die Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen verbessert durch eine mit Casemanagement arbeitende Pflege- und Wohnberatung, die gleichzeitig als Koordinationsstelle der zunehmend vernetzten ambulanten Versorgungsstruktur Ahlens agiert.

Das Projekt „Evaluation der Effektivität und Effizienz eines integrierten Versorgungssystems für ältere hilfe- und pflegebedürftige Menschen am Beispiel der Pflege- und Wohnberatung in Ahlen“ wurde von dem Verein Alter und Soziales e.V. von Januar 2004 bis Juni 2007 getragen und von den Spitzenverbänden der Pflegekassen gefördert. Ziel war es zu prüfen, ob eine qualifizierte Pflege- und Wohnberatung als Zentrum eines Versorgungssystems für hilfe- und pflegebedürftige Menschen positive Effekte für die betroffenen Menschen, ihre Angehörigen sowie für die Kostenträger und Leistungserbringer hat.

Im Einzelnen wurden drei Ziele verfolgt:

- (1) Untersuchung der Qualität des Ahlener Versorgungssystems und Analyse der durch Pflegebedürftige verursachten Versorgungskosten in Ahlen und Menden
- (2) Entwicklung von Qualitätsstandards für Pflege- und Wohnberatungen und
- (3) konzeptionelle und alltagspraktische Weiterentwicklung der Koordinationsstelle Ambulanter Angebote - Pflege- und Wohnberatung Ahlen und des Ahlener Versorgungssystems.

Die Arbeitsergebnisse zu den drei Zielen werden nachfolgend dargestellt in Form eines Arbeitsberichtes der Koordinationsstelle Ambulanter Angebote und eines Forschungsberichtes der beteiligten Institutionen.

Im Arbeitsbericht der Koordinationsstelle Ambulanter Angebote – Pflege- und Wohnberatung Ahlen wird ihre spezifische Träger- und Organisationsstruktur vorgestellt sowie die im Projektzeitraum erzielten Arbeitsergebnisse erläutert. Dabei handelt es sich insbesondere um die Durchführung einer umfassenden Qualitätsentwicklung zur Steigerung der Effektivität und Effizienz der eigenen Strukturen und Prozesse. Die Weiterentwicklung von Arbeitsinstrumenten, insbesondere die Entwicklung einer Beratungssoftware waren hierbei von zentraler Bedeutung. Außerdem wurde die Vernetzung im Ahlener Versorgungssystem deutlich verbessert und die geregelte Überleitung an dessen Schnittstellen ausgebaut.

Im Rahmen des Projektes untersuchten drei Forschungsinstitutionen (ISO-Institut Saarbrücken, Charité – Universitätsmedizin Berlin mit zwei Instituten, Katholische Fachhochschule Nordrhein - Westfalen) das Ahlener Versorgungssystem.

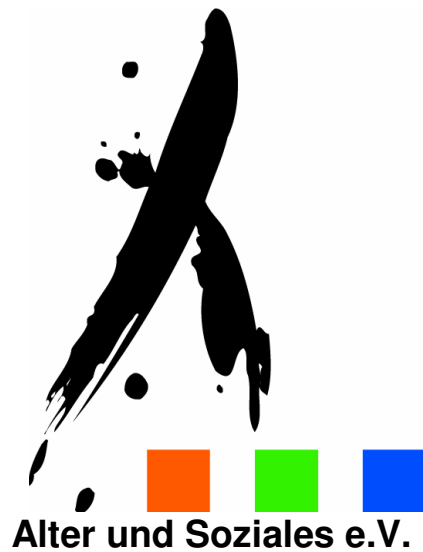
Aufgabe des *iso*-Instituts war es, mit qualitativen Methoden zu klären, in welcher Hilfsituation die Pflege- und Wohnberatungsstelle in Anspruch genommen wird, welchen Hilfebedarf die Ratsuchenden aufweisen und mit welchen Strategien sie ihre Situation bewältigen. Darüber hinaus wurde untersucht, welche Mängel im Ahlener Versorgungssystem existieren und inwieweit der mit dem Modell intendierte Vernetzungsgrad erreicht worden ist.

Im Zentrum der wissenschaftlichen Analyse des Instituts für Medizinische Soziologie und des Instituts für Biometrie und Klinische Epidemiologie stand die Prüfung der Effektivität und Effizienz des Ahlener Versorgungssystems.

Zum einen wurden dafür Pflegebedürftige und Angehörige nach ihrer Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen innerhalb des Ahlener Versorgungssystems befragt. Gleichzeitig wurde ihre Zufriedenheit mit einzelnen Versorgungsinstitutionen untersucht. Zudem wurde ihr subjektives Wohlbefinden erhoben, um die Lebenslage Ahlener Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen genauer beschreiben zu können.

Zum anderen wurden Routinedaten von Pflege- und Krankenkassen von Pflegebedürftigen AhlenerInnen und MendenerInnen (Menden ist die Kontrollregion) sowie Daten des Sozialamtes des Kreises Warendorf ausgewertet. Damit wurden Vergleiche zwischen Ahlener beratenen und nicht beratenen Personen und zwischen AhlenerInnen und MendenerInnen gezogen. Die Vergleiche berücksichtigen insbesondere die Kosten der Versorgung und die unterschiedliche Inanspruchnahme von Leistungen (Krankenhausaufenthalte, Hilfsmittel etc).

Der primäre Auftrag der Katholische Fachhochschule Nordrhein - Westfalen war die Entwicklung ortsunabhängiger Qualitätsstandards für Pflege- und Wohnberatungsstellen. Neben den Arbeitsgrundlagen der Ahlener Beratungsstelle wurden Ergebnisse einer bundesweiten Befragung von Pflege- und /oder Wohnberatungsstellen einbezogen. Zudem erarbeitete die Fachhochschule in Zusammenarbeit mit der KAA Arbeitsinstrumente für Pflege- und Wohnberater sowie ein Instrument zur Bestimmung von Beratungsinhalten und -zeiten für das Management eines Beratungsfalles.



# **KAA - Pflege- und Wohnberatung**

## **Abschlußbericht**

**01.01.2004 bis 30.06.2007**

Ein Projekt im Rahmen des Modellprogramms der Spitzenverbände der gesetzlichen Pflegekassen zur "Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI".

Das Modellprojekt „Evaluation der Effektivität und Effizienz eines integrierten Versorgungssystems für ältere hilfe- und pflegebedürftige Menschen am Beispiel der Pflege- und Wohnberatung in Ahlen“ wird gefördert im Rahmen des Modellprogramms der Spitzenverbände der gesetzlichen Pflegekassen zur "Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI".

Träger des Projektes und Herausgeber des Sachberichtes ist der Verein „Alter und Soziales e. V.“, Wilhelmstraße 5, 59227 Ahlen, Fon 0 23 82/40 90, Fax 0 23 82/40 28, E-Mail: [info@kaa-ahlen.de](mailto:info@kaa-ahlen.de), Homepage: [www.kaa-ahlen.de](http://www.kaa-ahlen.de)

Die Geschäftsführung des Vereins liegt bei der Stadt Ahlen, Der Bürgermeister, Sozialabteilung, Leitstelle „Älter werden in Ahlen“, Frau Dipl.-Päd. Ursula Woltering, Westenmuer 10, 59227 Ahlen, Fon 0 23 82/5 94 67, Fax 0 23 82/5 97 30, E-Mail: [wolteringu@stadt.ahlen.de](mailto:wolteringu@stadt.ahlen.de).

Ahlen, im Juni 2007

## Vorbemerkung

Das Modellprojekt „Evaluation der Effektivität und Effizienz eines integrierten Versorgungssystems für ältere hilfe- und pflegebedürftige Menschen am Beispiel der Pflege- und Wohnberatung in Ahlen“ wurde von dem Verein Alter und Soziales e.V. von Januar 2004 bis Juni 2007 mit dem Ziel durchgeführt, nachzuweisen, dass eine qualifizierte Pflege- und Wohnberatung als Dreh- und Angelpunkt eines Versorgungssystems für hilfe- und pflegebedürftige Menschen eindeutig messbare positive Effekte für die betroffenen Menschen, ihre Angehörige sowie für die Kostenträger und Leistungserbringer hat.

Im Zusammenwirken mit dem ISO-Institut Saarbrücken, der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Münster (KFHNW) und dem Institut für Medizinische Soziologie der Universitätsmedizin Berlin wurde die Arbeit der Beratungsstelle und ihrer KooperationspartnerInnen einer umfangreichen Evaluation unterzogen.

In dem vorliegenden Bericht stellt die KAA- Pflege- und Wohnberatung ihren Anteil an dem Gesamtprojekt und ihre Ergebnisse in der Weiterentwicklung des eigenen Angebotes vor. Im stetigen Kontakt wurden die Arbeitsergebnisse der Institute reflektiert und in die Alltagspraxis der Beratungsstelle eingearbeitet. Für die gute, offene und gedeihliche Zusammenarbeit sei den Kolleginnen und Kollegen in den Instituten herzlich gedankt.

In der Rückschau auf die vergangenen dreieinhalb Jahre können der Verein Alter und Soziales e.V. und das Team der KAA auf eine erfolgreiche Erfüllung der Projektaufträge verweisen. Diese Zeit der Zusammenarbeit mit den VDAK als Koordinierungsstelle des Modellprogramms und den wissenschaftlichen Instituten war für uns eine besondere Chance und Herausforderung, unsere Arbeit in Ahlen noch weiterzuentwickeln und neue Wege zu gehen.

Der Vorstand des Vereins, die Stadt Ahlen sowie das Team der KAA möchten sich an dieser Stelle insbesondere bei dem Zuwendungsgeber, den Spitzenverbänden der Pflegekassen bedanken, die mit ihrer Förderung diese Vorhaben ermöglichten.

Ahlen, den 30. Juni 2007



Jürgen Ribbert-Elias  
Alter und Soziales e.V.  
Vorstandsvorsitzender



## Gliederung

<b>1. Die Ergebnisse der KAA - Pflege- und Wohnberatung im Überblick</b>	<b>6</b>
<b>2. Ziele und Auftrag der KAA – Pflege- und Wohnberatung und Einordnung der KAA in das Gesamtprojekt</b>	<b>8</b>
2.1. Ziele der KAA - Pflege- und Wohnberatung	8
2.2. Auftrag der KAA - Pflege- und Wohnberatung in dem Modellprojekt	8
2.2.1. Durchführung der Pflege- und Wohnberatung	8
2.2.2. Weiterentwicklung von Arbeitskonzept, -methoden und -verfahren	9
2.2.3. Datenquelle und Forschungsgegenstand	9
<b>3. Strukturelle Rahmenbedingungen des Projektes</b>	<b>10</b>
3.1. Der Trägerverein „Alter und Soziales e.V.“	10
3.2. Die MitarbeiterInnen der KAA – Pflege- und Wohnberatung	12
3.3. Die Lenkungsgruppe zum Projekt	12
3.4. Das „Ahlener System“ - Organisationsstruktur der KAA – Pflege- und Wohnberatung als Modellprojekt der Spitzenverbände der Pflegekassen (Schaubild 1)	12
3.5. Die KAA - Pflege und Wohnberatung als Schaltstelle der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Ahlen (Schaubild 2)	12
<b>4. Die Arbeitsschwerpunkte und Ergebnisse der KAA</b>	<b>15</b>
4.1. Weiterentwicklung der KAA und des vernetzten Systems	15
4.1.1. Produkt- und Leistungskatalog und Qualitätsstandards	15
4.1.2. Interne und externe Kommunikation und Arbeitsorganisation	16
4.1.3. Entwicklung eines Assessmentverfahrens für die Pflege- und Wohnberatung	17
4.1.4. Beratungssoftware als kommunikatives und strukturierendes Arbeitsinstrument	18
4.1.5. KAA – Leistungen in Kooperationsbezügen – Schnittstellenmanagement	18
4.1.5.1. KooperationspartnerInnen im System	18
4.1.5.2. Arbeitskreis der Ahlener Pflegedienste	18
4.1.5.3. Kooperationen mit Krankenhäusern / Reha-Kliniken bzw. deren Sozialdiensten	18
4.1.5.4. Kooperationen mit niedergelassenen ÄrztInnen	18
4.1.5.6. Vernetzte Angebote für Demenzkranke und deren Angehörige	18
4.1.5.7. Sonstige vernetzende Aktivitäten	18
4.2. Pflege- und Wohnberatung	18
4.2.1. Auskunft, Beratung, Unterstützungsmanagement	18
4.2.2. Die Pflege- und Wohnberatung in Zahlen	18
4.2.3. Öffentlichkeitsarbeit für die KAA-Pflege- und Wohnberatung	18
4.2.4. Verwaltung	18
4.3. Zusammenarbeit mit den Instituten	18
<b>5. Auswertung des Projektes und Ausblick</b>	<b>18</b>
5.1. Notwendigkeit einer qualitätsgesicherten Pflege- und Wohnberatung	18
5.2. Vielschichtige Probleme erfordern eine ganzheitliche Sichtweise bzw. Lösung	18
5.3. Einsatz und Evaluation der innovativen Beratungssoftware	18
5.4. Diskussion der Ergebnisse hinsichtlich der Erstellung einer Kosten-Nutzenanalyse-Kalkulation	38
<b>6. Schlusswort</b>	<b>41</b>

**Anlagen zum Bericht KAA - Pflege- und Wohnberatung (II)  
im Anhang des Gesamtberichtes**

Anlage 1: Fallbeispiele aus der Beratung

Anlage 2: Qualitätshandbuch der KAA - Pflege- und Wohnberatung

Anlage 3: Screenshots aus der Datenbank

# 1. Die Ergebnisse der KAA - Pflege- und Wohnberatung im Überblick

Die Modellphase 2004 – 2007 gab der KAA – Pflege- und Wohnberatung die Chance, das eigene Arbeitsfeld zu analysieren und im Dialog mit der Wissenschaft weiterzuentwickeln. Im folgenden Abschnitt werden die zentralen Arbeitsfelder und deren Ergebnisse dargestellt.

## Produkt- und Leistungskatalog und Qualitätsstandards

Während im Jahr 2004 die KAA in mehreren Workshops kritisch analysiert wurde und eine grundlegende Weiterentwicklung der Qualität erfolgte, lag der Schwerpunkt der Folgezeit in der Umsetzung der erarbeiteten Optimierungsmaßnahmen zur Steigerung der Fallzahlen und der Effektivität und Effizienz der Arbeit. Es wurden Produkte definiert und in einem Produktkatalog aufgelistet. (siehe. Qualitätshandbuch der KAA im Anhang). Jedes Produkt besteht aus verschiedenen Leistungen. Jede Leistung wurde mit einem Qualitätsstandard versehen, der die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Leistung festlegt. Dabei wurde zunächst ein Ist-Soll-Abgleich vorgenommen, d.h. die Ist-Qualität der Leistung wurde einer Soll-Qualität gegenübergestellt. Im Berichtszeitraum wurden durch zahlreiche Maßnahmen die Soll-Qualitäten erreicht. (siehe. 4.1.1.)

## Interne Entwicklung

Die Entwicklung der Qualitätsstandards gab zahlreiche Impulse für die Verbesserung der internen Organisation und Abläufe, die zur Erhöhung der Fallzahlen führten. Dazu gehören vor allem

- Einbeziehung der Verwaltungskraft in Arbeitsschritte des Beratungsprozesses
- der Einsatz zeitgemäßer Technik: die Beratungssoftware ist auch auf einem Laptop installiert und wird in der Beratungstätigkeit eingesetzt
- EDV-technische beratungsstelleninterne Vernetzung. (siehe. 4.1.2.)

## Assessment

Das bestehende Dokumentationssystem wurde in einem Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis zu einem wissenschaftlich gesicherten Assessmentinstrument für die Pflege- und Wohnberatung weiterentwickelt. Es erfüllt nunmehr nicht nur beschreibende, sondern auch bewertende und im Prozess der Beratung bzw. des Case Management handlungsstrukturierende Funktionen. Es ist somit ein zentraler Baustein der Beratungssoftware. (siehe 4.1.3.)

## Beratungssoftware

Die bestehende „Datenbank“ als Instrument für Dokumentation, Arbeitsstrukturierung und Statistik wurde umfänglich weiterentwickelt und in Kooperation mit einem neuen Softwareentwickler

fertig gestellt. Leitgedanke war dabei die Steigerung der Effektivität und Effizienz der Beratungsarbeit durch EDV-Einsatz.

Die neue Software dient nunmehr folgenden Zwecken:

- der Dokumentation der Beratungsleistungen
- der Strukturierung der Tätigkeit des Beraters durch die Formulare Assessment (siehe 4.1.3.), Antragstellung und Hilfeplanung (s. Anlage im Anhang Screenshots aus der Beratungssoftware)
- der Bewertung von Situationen
- der Durchführung statistischer Auswertungen für verschiedene Zwecke
- der Arbeitserleichterung durch die Möglichkeit aus der Software heraus standardisierte Anschreiben, Berichte, Rechnungen, Vermerke usw. an KooperationspartnerInnen zu versenden. (siehe 4.1.4.)

### **Leistungen der KAA in Kooperationsbezügen – Schnittstellenmanagement**

Die aus der Bestandsaufnahme der Kooperations- und Vernetzungsbeziehungen gezogenen Schlussfolgerungen wurden in verschiedenen Arbeitsbezügen bearbeitet und umgesetzt. Dazu gehörten v.a. die Strukturierung der Zusammenarbeit mit den ambulanten Pflegediensten und Krankenhäusern bzw. Reha-Kiniken sowie die Bemühungen um eine bilaterale Zusammenarbeit mit den niedergelassenen ÄrztInnen. (siehe 4.1.5.)

### **Ein zersplittertes System als Hindernis bei der Stabilisierung häuslicher Lebenssituationen**

Eine Sicherung der häuslichen Situation erfordert eine ganzheitliche Problemlösung über Systemgrenzen (SGB V, SGB IX, SGB XI, SGB XII (und hier nochmals Hilfe zur Pflege/Altenhilfe) hinweg. Professionsgrenzen sind zu überwinden. Ein ausschließlich SGB XI-bezogenes Case Management ist nicht zielführend. (siehe 5.1 und 5.2.)

### **Die KAA in Zahlen**

Die genannten Maßnahmen führten dazu, dass die Beratungsleistungen nicht nur qualitativ, sondern auch quantitativ gesteigert werden konnten. Durch Qualitätsentwicklung und Netzwerkmanagement konnte diese zahlenmäßige Steigerung bei konstantem Personaleinsatz bewältigt werden. (siehe 4.2.2.)

## **2. Ziele und Auftrag der KAA – Pflege- und Wohnberatung und Einordnung der KAA in das Gesamtprojekt**

### **2.1. Ziele der KAA - Pflege- und Wohnberatung**

Das zentrale Ziel der KAA - Pflege- und Wohnberatung ist die bedarfsgerechte Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Ahlen. Dabei gilt es sowohl eine Unter- wie auch eine Überversorgung der Betroffenen zu vermeiden, d.h. die Selbsthilfepotentiale der Menschen und ihrer Angehörigen werden unterstützt und der Grundsatz „ambulant vor stationär“ wird konsequent umgesetzt.

Im Verbund und im permanenten Austausch mit den Forschungsinstituten verfolgte die KAA - Pflege- und Wohnberatung im Rahmen des Projektes die Ziele

- Optimierung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen der eigenen Arbeit zur Erreichung einer Wirkungssteigerung
- Auf- und Ausbau und Weiterentwicklung von Vernetzungsstrukturen auf örtlicher und regionaler Ebene
- Weiterentwicklung eines spezifischen Assessmentverfahrens in Zusammenarbeit mit der KFH Münster zur Einschätzung eines voraussichtlichen Beratungsbedarfes und Erarbeitung von qualitätsgesicherten, praxiserprobten Leistungsmodulen
- Entwicklung einer Beratungssoftware, die den Arbeitsprozess strukturierend unterstützt und durch geeignete Funktionen z.B. bezüglich der Dokumentation und Hilfeplanerstellung sowie der internen und externen Kommunikation erleichtert.

### **2.2. Auftrag der KAA - Pflege- und Wohnberatung in dem Modellprojekt**

#### **2.2.1. Durchführung der Pflege- und Wohnberatung**

Die KAA - Pflege- und Wohnberatung hat sich durch ihre qualitätsgesicherte und dokumentierte Arbeit und ihr außergewöhnliches Trägermodell, das eine vorbildliche Vernetzung im Versorgungssystem ermöglicht, als „Untersuchungsgegenstand“ für diese Evaluationsstudie qualifiziert. In dem Modellprojekt führt die KAA - Pflege- und Wohnberatung ihre Beratungen unvermindert weiter und ermöglicht den Instituten damit einen direkten wissenschaftlichen Zugriff auf die Beratungsarbeit und Zugang zu den Ratsuchenden, den KooperationspartnerInnen und KostenträgerInnen. Die Vorstellung der Beratungsarbeit und die Daten, Zahlen und Fakten zur Beratungstätigkeit sind unter dem Punkt 4.2. ausgeführt.

### **2.2.2. Weiterentwicklung von Arbeitskonzept, -methoden und -verfahren**

Die KAA hatte den Auftrag, den Hilfeprozess mit der Methode Case Management unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu optimieren, bestehende Strukturen weiterzuentwickeln und Wege der Wirkungssteigerung aufzuzeigen und zu erproben. Neben der Arbeit der KAA sollte die Kooperation im Hilfenetz, d.h. an den Schnittstellen durch gezielte Methodenkritik und Weiterentwicklung der Verfahren unter Nutzung moderner EDV-Technik an Effektivität und Effizienz zunehmen und die Fallzahl der Beratungsstelle angehoben werden.

Die Weiterentwicklung ist ein fortlaufender Prozess, der auf der Basis einer Bestands- und Bedarfsanalyse und der damit verbundenen Maßnahmenentwicklung vorgenommen wurde.

Im Jahr 2004 wurde eine gemeinsame kritische Bestandsaufnahme des Leistungskatalogs und der Qualitätsstandards sowie der Kooperationsbeziehungen und -verfahren im Versorgungssystem unter dem Aspekt der Effektivitäts- und Effizienzsteigerung vorgenommen. Es folgte eine Bedarfsermittlung und die Klärung und Definition von idealtypischen Verfahren und Abläufen, um die Kommunikation und Kooperation mit und unter den Diensten zu optimieren

In den Jahren 2005 und 2006 wurden weitergehende Vereinbarungen auf optimierte standardisierte und EDV-gestützte Verfahren und Überleitungen getroffen. Der Ausbau der Professionalisierung und Standardisierung der Kooperationen und Kommunikationen im Pflegesystem wurde vorgenommen und die Absicherung und Weiterentwicklung der bisher überwiegend mündlich kommunizierten Überleitungen und Kooperationen durch ein vereinbartes Verfahren umgesetzt.

In den dreieinhalb Projektjahren wurde kontinuierlich an der Verbesserung der Datenbank gearbeitet. Ein Wechsel des Programmierers brachte 2006 schließlich den gewünschten Erfolg: eine Datenbank, die den Berater bei seiner Arbeit durch aus der Praxis entwickelte Funktionalitäten optimal im Beratungsprozess und in der Dokumentation unterstützt.

Die Netzwerkentwicklung in Kombination mit einer Verbesserung der internen Teamkommunikation u.a. durch EDV-Einsatz führte im Ergebnis zu einer Steigerung der Beratungszahlen um ca. 25% bei gleichem Ressourceneinsatz.

### **2.2.3. Datenquelle und Forschungsgegenstand**

Die Aufgabe der wissenschaftlichen Institute bestand u.a. darin, im Umfeld der KAA Untersuchungen durchzuführen. Dazu wurden Daten der Pflege- und Wohnberatung und ihrer Zielgruppe genutzt bzw. erfasst und Arbeitsinstrumente zur Verfügung gestellt. Für den Datentransfer wurden Datenschutzvereinbarungen getroffen.

Die KAA vermittelte darüber hinaus Kontakte zu den lokalen PartnerInnen. Dafür hatte der Verein im Vorfeld dieses Projektes die Akzeptanz geschaffen.

Besonders intensiv und fachlich-inhaltlich ertragreich war die Zusammenarbeit zwischen der KAA und der KFHNW. Insbesondere zur Erstellung der Qualitätsstandards und des Assessmentverfahrens wurde intensiv zusammengearbeitet.

Unter Punkt 4.3. ist die Zusammenarbeit der KAA mit den Instituten ausgeführt.

### **3. Strukturelle Rahmenbedingungen des Projektes**

#### **3.1. Der Trägerverein „Alter und Soziales e.V.“**

Die Vernetzungsarbeit im Versorgungssystem hat eine große Bedeutung für die Qualität der Zusammenarbeit zwischen den Diensten und ist seit 1993 eine der wesentlichen Aufgaben des Vereins Alter und Soziales e.V.

Die Vereinsmitglieder arbeiten an der Vernetzung auf drei Ebenen:

- Ebene der Planung: Die GeschäftsführerInnen der Wohlfahrtsverbände, wichtiger sozialer Einrichtungen und die Stadt Ahlen arbeiten in dem Verein „Alter und Soziales e.V.“ mit Geschäftsführung der kommunalen Leitstelle „Älter werden in Ahlen“ an der Sozialplanung für ältere Menschen zusammen.
- Ebene der Angebote bzw. des Marktes: Die DienstleistungserbringerInnen / TrägerInnen arbeiten über die MitarbeiterInnen in Arbeitsgremien zusammen und aufeinander abgestimmt; in der Alltagsarbeit wird an den Schnittstellen kooperiert und durch die KAA koordiniert.
- Ebene der NutzerInnen: In komplexen Problemlagen werden den hilfe- und pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen die bestehenden Angebote über eine Ansprechperson zur Verfügung gestellt, d.h. hier erfolgen Beratung und ggf. Case Management durch die KAA.

Die KAA wird von dem Verein „Alter und Soziales e.V.“ getragen. Dem Verein gehören die folgenden aktiven Mitglieder an:

- Arbeiterwohlfahrt, Unterbezirk Hamm-Warendorf e.V.
- Caritasverband für das Dekanat Ahlen e.V.
- St. Vincenz-Gesellschaft mbH als Trägerin des St. Franziskus-Hospitals und des Seniorenheims Elisabeth-Tombrock-Haus in Ahlen sowie von Einrichtungen der Behindertenhilfe und Ausbildung in Ahlen und im Kreis Warendorf
- Deutsches Rotes Kreuz, Ortsverein Ahlen und Beckum e.V.

- Familienbildungsstätte in den Dekanaten Ahlen und Beckum e.V.
- Hospizbewegung im Kreis Warendorf e.V.
- Evangelische Kirchengemeinde Ahlen
- Malteser Hilfsdienst, Ortsgruppe Ahlen e.V.
- Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband Nordrhein-Westfalen e.V., Kreisgruppe Warendorf
- Evangelisches Perthes-Werk, Münster
- Stadt Ahlen

Fördermitglieder sind:

- Elisabeth-Tombrock-Haus, Seniorenheim der St. Vincenz-Gesellschaft mbH
- Hugo-Stoffers-Zentrum, Seniorenzentrum der Arbeiterwohlfahrt
- Horst GmbH & Co KG – Domizil

Während des Förderzeitraums bildeten die folgenden Vereinsmitglieder den Vorstand:

1. Vorsitzender:

seit 12/00: Jürgen Ribbert-Elias (Mitglied der Geschäftsführung der St. Vincenz-Gesellschaft mbH)

2. Vorsitzender:

seit 12/00: Dietmar Zöller (Geschäftsführer der PariSozial gGmbH)

Ständiges Vorstandsmitglied entsandt von der Stadt Ahlen:

von 1998 bis 2005: Claus-Uwe Derichs (Beigeordneter der Stadt Ahlen)

seit 2006: Benedikt Ruhmüller (Bürgermeister der Stadt Ahlen) oder stellvertretend Burkhard Knepper (Abteilungsleiter Jugend und Soziales der Stadt Ahlen)

Die Geschäftsführung des Vereins liegt bei der städtischen Leitstelle „Älter werden in Ahlen“, Frau Dipl. Päd. Ursula Woltering. Sie wirkt intensiv im Modellprojekt mit folgenden Aufgaben mit:

- Absprachen mit dem Zuwendungsgeber
- Herstellung von Infomaterialien und Redaktion des Gesamtberichtes
- Mitwirkung an der konzeptionellen Arbeit der KAA.

Sie nimmt als Vertreterin des Zuwendungsempfängers außerdem an den Arbeitstreffen teil und verfolgt den gesamten Arbeitsprozess der VerbundpartnerInnen. Zudem ist sie Mitglied der Lenkungsgruppe der KAA.



### **3.2. Die MitarbeiterInnen der KAA – Pflege- und Wohnberatung**

Das Projektteam der KAA bestand im Berichtszeitraum aus den folgenden hauptamtlich Beschäftigten:

Martin Kamps, Dipl. Gerontologe (Pflege- und Wohnberatung)

Gunda Wesseler (Verwaltung).

Das Team der hauptamtlich Beschäftigten wurde unterstützt durch die Praktikantinnen

Sina Kulczynski, Studentin der Diplom-Pädagogik, Universität Münster

Mareike Milachowski, Studentin der Diplom-Pädagogik, Universität Münster

Elke Rebert, Studentin Diplom-Pflegewirtin, Fachhochschule Fulda

Katharina Koppenstein, Studentin Diplom-Gerontologie, Hochschule Vechta

### **3.3. Die Lenkungsgruppe zum Projekt**

Nicht nur für die Umsetzung des Projektes, sondern auch für die Begleitung der KAA wurde eine Lenkungsgruppe eingerichtet, bestehend aus den Vorstandsmitgliedern und der Geschäftsführung (siehe Schaubild 1, nächste Seite). Hier wurden die Bestands- und Bedarfsanalyse sowie die Maßnahmenentwicklung abgestimmt. Außerdem wurden hier die Entwicklungen des Gesamtprojektes diskutiert und begleitet.

### **3.4. Das „Ahlener System“ - Organisationsstruktur der KAA – Pflege- und Wohnberatung als Modellprojekt der Spitzenverbände der Pflegekassen (Schaubild 1)**

Das Schaubild verdeutlicht die Verankerung und Organisationsstruktur, von der das Modellprojekt getragen wird.

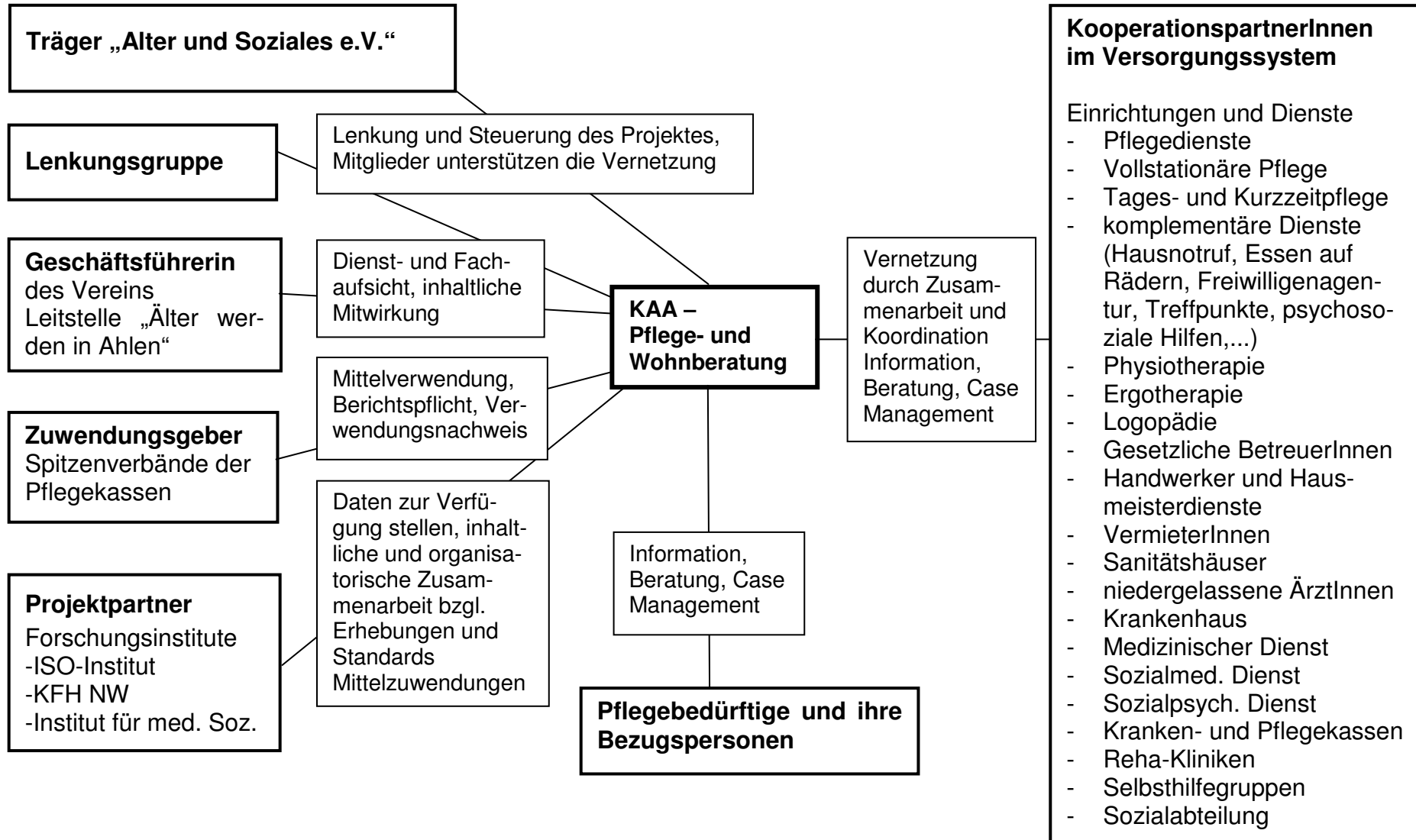
### **3.5. Die KAA - Pflege und Wohnberatung als Schaltstelle der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Ahlen (Schaubild 2)**

Das Schaubild verdeutlicht die Vernetzung der AkteurInnen im Versorgungssystem hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Ahlen mit der KAA – Pflege- und Wohnberatung.

Diese Kooperationskontakte und die Aktivitäten zur Vertiefung werden unter dem Punkt 4.1.5. im Detail beschrieben.

**Schaubild 1**

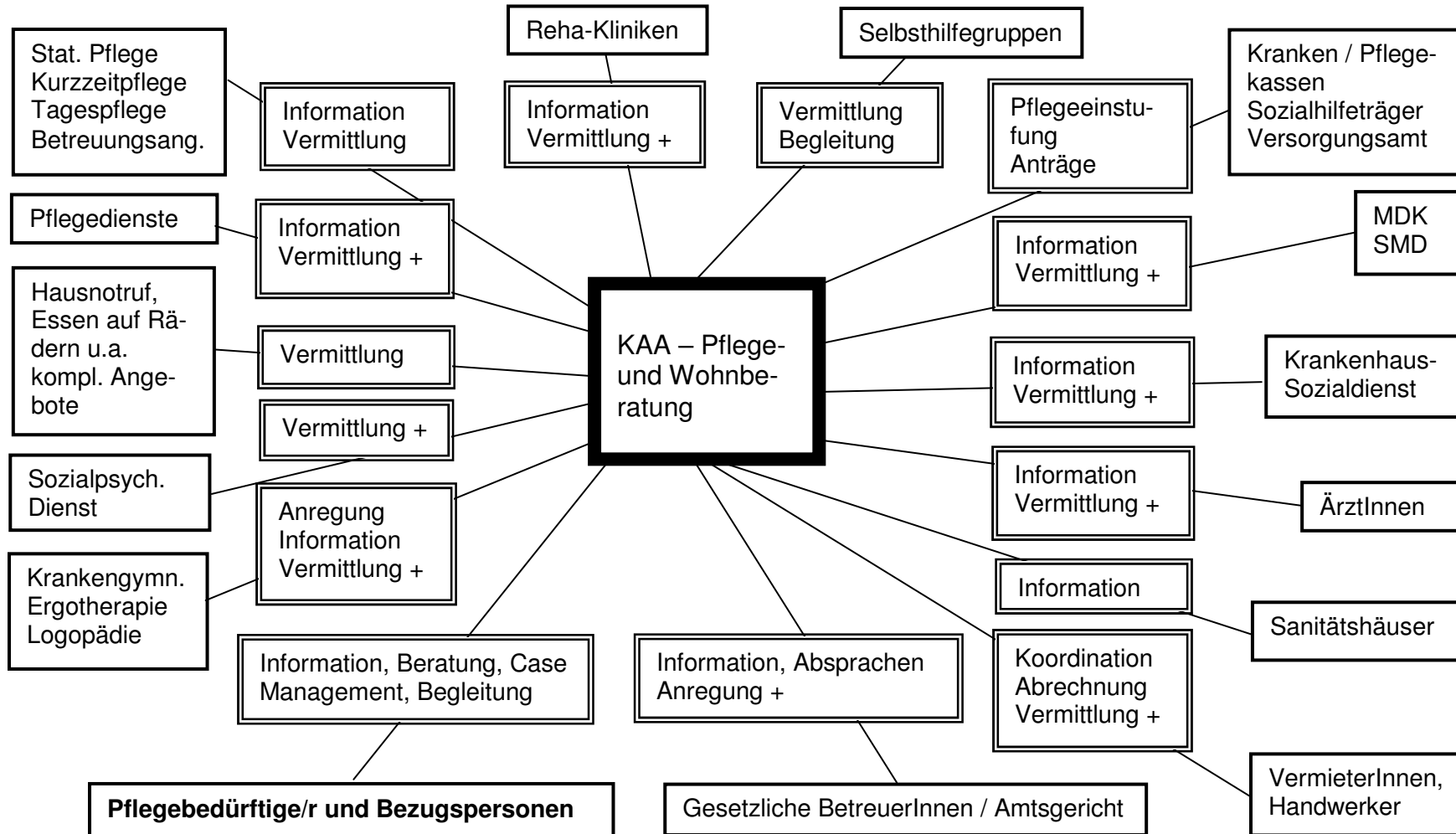
**Das „Ahlener System“ - Organisationsstruktur der KAA – Pflege- und Wohnberatung als Modellprojekt der Spitzenverbände der Pflegekassen**



## Schaubild 2

### KAA als Schaltstelle der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Ahlen KooperationspartnerInnen und Funktionen

(+ bedeutet, dass die Kooperationsfunktionen gegenseitig verlaufen)



## **4. Die Arbeitsschwerpunkte und Ergebnisse der KAA**

### **4.1. Weiterentwicklung der KAA und des vernetzten Systems**

Unter Anwendung eines praxisorientierten Verfahrens wurde die qualitätsgesicherte Entwicklung der KAA und eines vernetzten Systems umgesetzt.

Die KAA hat viele Möglichkeiten der Weiterentwicklung ihres Leistungsangebotes und der Vernetzung, die sie im Rahmen ihrer Einflussmöglichkeiten im Projekt einsetzte. Ihr sind aber von außen Grenzen gesetzt, die klar benannt und als äußere Bedingungen im Entwicklungsprozess vorläufig zu akzeptieren sind. (siehe 5.2.3.)

#### **4.1.1. Produkt- und Leistungskatalog und Qualitätsstandards**

Im Produkt- und Leistungskatalog sind alle Leistungen in Produkten zusammengefasst. Produkte sind definiert als ein Bündel von Leistungen, die von den NutzerInnen abgerufen werden können. Obwohl in der Pflegeberatung zu einem großen Teil die gleichen Leistungen erbracht werden wie in der Wohnberatung, sind diese bei Bedarf auch unabhängig von einander abzufragen. Somit werden sie auch als einzelne Produkte dargestellt.

Eine Besonderheit bilden in diesem Zusammenhang die Produkte „Pflegeeinstufungsberatung“ und „Organisation eines Kurzzeitpflegeplatzes oder Pflegevertretung bei (plötzlicher) Verhinderung der Pflegeperson“. Diese können sowohl als Bestandteil des Produktes Pflegeberatung erbracht werden als auch als gesonderte Produkte nachgefragt und ausgeführt werden.

Case Management stellt sich als komplexe Dienstleistung in speziellen Bedarfslagen dar, die aus mehreren anderen Produkten bestehen kann.

Die Entwicklung der Produkte, die Zuordnung der Leistungen und die Bildung von Produktgruppen sind das Ergebnis eines intensiven Diskussionsprozesses. Änderungen und Ergänzungen wurden während der Praxiserprobung auch im Jahr 2006 noch vorgenommen. Im Ergebnis liegt ein abgeschlossener Produkt- und Leistungskatalog als Qualitätshandbuch der KAA vor (siehe Anlage 2 im Anhang).

Die Qualitätsstandards beschreiben, auf welcher strukturellen Grundlage, in welchen Verfahren und mit welchen Ergebnissen die Leistungen erbracht werden. Somit wird jede Leistung durch Struktur-, Prozess- und Ergebnisstandards beschrieben. Diese Qualitätsstandards sind verbindlich für die Arbeit des Teams der KAA. Die Liste der Qualitätsstandards verdeutlicht die Komplexität und den Umfang der Leistungen der KAA.

#### **4.1.2. Interne und externe Kommunikation und Arbeitsorganisation**

Die erkannten Optimierungspotenziale in der Arbeitsweise der KAA wurden im Berichtszeitraum konsequent bearbeitet und umgesetzt.

##### **Telefonische Kommunikation**

Die Umsetzung des Standards „Telefonische Kommunikation“ (siehe Anlage 2 Qualitäts-handbuch, QS Komm. 1d) erhöhte die Qualität deutlich und kann im Einzelfall einen Beratungsbedarf über das ursprünglich geäußerte Auskunftsverlangen hinaus aufdecken. Die Verwaltungskraft übernimmt hier eine Clearingfunktion.

##### **Interne Kommunikation**

Durch die Installierung entsprechender Software konnte im Berichtszeitraum die interne Kommunikation in der Beratungsstelle erheblich verbessert werden. Durch die gemeinsame Termin- und Dateiverwaltung und die Weiterentwicklung der Beratungssoftware kann die Verwaltungskraft den Berater spürbar im Bereich der Organisation entlasten.

##### **Externe Kommunikation**

Zur Strukturierung und Standardisierung der Kommunikation mit KooperationspartnerInnen wurden Absprachen getroffen und Instrumente entwickelt (siehe 4.1.5.2. ff.).

##### **Technikeinsatz**

Durch den Einsatz des Laptops in den Beratungen wird die Beratungsqualität gesteigert und die Dokumentation beschleunigt. Des Weiteren kann ein „Hilfelotse“ (Übersicht über die örtlichen und regionalen Angebote) in die Software integriert werden. Diese Informationen stehen dann in der Beratungssituation ebenfalls zur direkten Einsicht bzw. zum Ausdruck zur Verfügung.

##### **Einbeziehung der Verwaltungskraft in den Beratungsprozess**

Die Analyse zeigte, dass zahlreiche Arbeitsschritte im Prozess der Pflege- und Wohnberatung teilweise oder ganz durch die Verwaltungskraft erledigt werden können. Dabei handelt es sich z. B. um die Sicherstellung der Kontaktaufnahme, sowohl von Seiten der KAA wie auch durch alle am Prozess Beteiligten, die Erfassung von Stammdaten beim telefonischen Erstkontakt, die Nachverfolgung von Aufgaben und die Übernahme von Leistungsbestandteilen wie z. B. der Angebotseinholung im Rahmen einer Wohnumfeldverbesserung oder der Einholung eines Attestes.

Den Bereich „Auskunft“ konnte die Verwaltungskraft zunehmend selbstständig abdecken aufgrund der fachlichen Schulung im Laufe der Tätigkeit in der Pflege- und Wohnberatung.

Ebenso kann die Verwaltungskraft bei der Leistung „Organisation eines Kurzzeitpflegeplatzes“ verantwortlich mitwirken. Die Erstellung des variablen Formblattes „Suche eines Kurzzeitpflegeplatzes“ bzw. „Anmeldung eines Kurzzeitpflegegastes“ wirkt arbeitsstrukturierend.

Durch den gezielten Einsatz der Verwaltungskraft im direkten „Umfeld“ der Beratung konnte der Berater entlastet werden, so dass die durch die Aktivitäten zur Vernetzung eingetretene Erhöhung der Fall- und Beratungszahlen bewältigt werden sowie eine Qualitätssteigerung in der Nachverfolgung erreicht werden konnte.

#### **4.1.3. Entwicklung eines Assessmentverfahrens für die Pflege- und Wohnberatung**

Das Assessment, d.h. die Erhebung einer Situation mit nachfolgender Einschätzung der Ressourcen, des Hilfebedarfes und der erforderlichen Interventionen, ist ein zentraler Schritt im Rahmen des Beratungs- bzw. Case Managementprozesses. Aus der Literatur und dem fachlichen Austausch vor allem mit anderen Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen waren Erhebungsinstrumente in unterschiedlicher Ausfertigung (z. B. Papiere zum Ankreuzen bzw. Ausfüllen, Excel-Tabellen) bekannt. Diese mehrheitlich selbst erstellten, teilweise von der wissenschaftlichen Begleitforschung (z. B. im Landesprojekt NRW Wohnberatungsstellen) zur Verfügung gestellten Instrumente erfüllen die Funktion „Strukturierung des Arbeitsprozesses – Erhebung und Dokumentation einer Situation“. Weitergehend können mit den aus dem geriatrischen Assessment bekannten Instrumenten wie SOS, Barthel-Index, timed up and go usw. einzelne Körperfunktionen oder Teilbereiche des Lebens nicht nur erhoben, sondern auch skaliert bewertet werden. Bislang nicht vorhanden war jedoch ein Instrument, das der Pflege- und WohnberaterIn über die Erhebung der Situation mit Beschreibung von Ressourcen und Defiziten hinaus eine multiperspektivische Bewertung der Lebenssituation (Pflege/Gesundheit/Verhalten, Haushalt, finanzieller, rechtlicher und psychosozialer Bereich, Wohnsituation, Zufriedenheit mit der Versorgung) ermöglicht und mit der bewertenden Beschreibung die Unterbreitung von standardisierten und mit Prioritäten versehenen Lösungsvorschlägen verbindet.

Die Entwicklung eines solchen Assessmentverfahrens basierte auf den bereits von der KAA erstellten Erhebungsbögen zu Stammdaten, Wohn- und Gesundheits- bzw. Pflegesituation, die aus der Praxis heraus entstanden und in der bestehenden Beratungssoftware integriert waren. Auch sie hatten jedoch ihre Grenzen in der ausschließlich erhebenden Funktion. Zudem war dieses Verfahren nicht wissenschaftlich fundiert. In engem fachlichem Austausch zwischen der Praxis der Pflege- und Wohnberatung und der wissenschaftlichen Arbeit der KFHNW wurde daher unter Sichtung der vorhandenen Instrumente ein spezifisch für die Pflege- und Wohnberatung einsetzbares Assessmentinstrument entwickelt, das folgende Anforderungen erfüllt:

Abschlussbericht 2004 bis 2007 zum Modellprojekt "Evaluation der Effektivität und Effizienz eines integrierten Versorgungssystems für ältere pflege- und hilfsbedürftige Menschen am Beispiel der Pflege- und Wohnberatung in Ahlen

- Erfassung aller für die Pflege- und Wohnberatung relevanten Aspekte einer Lebenssituation
- größtmögliche Standardisierung
- Ressourcenorientierung
- Multiperspektivität
- skalierte Bewertung von Ressourcen und Problemen
- Benutzerfreundlichkeit: einfache Handhabbarkeit.

Weitere zu berücksichtigende Anforderungen, die über die Funktionen eines Assessments im engeren Sinne hinausführen, waren

- standardisierte Handlungsvorschläge mit Prioritätenfestlegung
- arbeitsstrukturierende Orientierung an den Arbeitsschritten des Case Managements
- Umsetzbarkeit in Software und Gestaltbarkeit der Inhalte, nicht der Strukturen, durch die NutzerInnen
- Integration in die Beratungssoftware der KAA.

#### **4.1.4. Beratungssoftware als kommunikatives und strukturierendes Arbeitsinstrument**

Die Beratungssoftware dient vier zentralen Zwecken:

- der Dokumentation der Beratungsleistungen
- der Strukturierung der Tätigkeit des Beraters durch die Formulare Assessment (siehe 4.1.3.), Antragstellung und Hilfeplanung (s. Screenshots aus der Beratungssoftware als Anlage im Anhang)
- der Durchführung statistischer Auswertungen für verschiedene Zwecke
- Arbeitserleichterung durch die Möglichkeit aus der software heraus standardisierte Anschreiben, Berichte, Rechnungen, Vermerke usw. an KooperationspartnerInnen zu versenden.

Daher ist deren Konzept eng an den Arbeitsalltag der Beratung angepasst und bildet standardisierte Arbeitsverläufe ab. Aus den Erfahrungen des Beraters und der Verwaltungskraft im konkreten Umgang mit dem Instrument ergab sich immer wieder Weiterentwicklungsbedarf. Diese Entwicklungsarbeit wurde im Berichtszeitraum zwischen KAA und Programmierer in einem permanenten Austausch betrieben.

Nach einem Wechsel des Programmierers konnte mit der Firma Synectic (Berlin) ein neuer sehr qualifizierter Partner für diese sehr spezifischen Programmierarbeiten gewonnen werden. So konnte in einer fruchtbaren Arbeitsphase von Frühsommer bis Ende 2006 unter enger Zusammenarbeit mit der KFH-NW bzgl. der Einbindung des Assessments die neue grundlegend über-

arbeitete Version der Beratungssoftware zum Ende des Jahres vorgelegt werden. Im 1. Halbjahr 2007 erfolgte der Praxistest, der zu weiteren Anpassungen führte und im Ergebnis ein bedarfsgerechtes Arbeitsinstrument herstellte. (siehe 5.3. und Screenshots als Anlage im Anhang)

#### **4.1.5. KAA – Leistungen in Kooperationsbezügen – Schnittstellenmanagement**

##### **4.1.5.1. KooperationspartnerInnen im System**

Die KAA- Pflege- und Wohnberatung erbringt ihre Beratungsleistungen in zahlreichen Kooperationsbezügen (siehe Schaubild 2, S. 12.)

Ihre PartnerInnen dabei sind:

- Ambulante Pflegedienste
- vollstationäre Pflegeeinrichtungen
- Tages- und Kurzzeitpflege
- komplementäre Dienste (Hausnotruf, Essen auf Rädern, Freiwilligenagentur, Treffpunkte, psychosoziale Hilfen..)
- Selbsthilfegruppen.
- Heilmittelbringer (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie)
- gesetzliche BetreuerInnen
- HandwerkerInnen und Hausmeisterdienste
- VermieterInnen
- Sanitätshäuser
- niedergelassene ÄrztInnen
- Krankenhäuser und Reha-Kliniken bzw. deren Sozialdienste
- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) und Sozialmedizinischer Dienst der Bundesknappschaft (SMD)
- Sozialpsychiatrischer Dienst des Gesundheitsamtes des Kreises Warendorf
- Sozialabteilung der Stadt bzw. Sozial- und Gesundheitsamt des Kreises Warendorf
- Kranken- und Pflegekassen
- Versorgungsamt

An den Schnittstellen im Versorgungssystem bedürfen die beratenen Personen einer geregelten und transparenten Überleitung, so dass der Hilfeprozess reibungslos einsetzen und fortgeführt werden kann. Auch innerhalb der Systemebenen müssen die reibungslose Kooperation und verlässliche Informationsweitergabe sichergestellt sein.



Die Methoden der Zusammenarbeit an den Schnittstellen sowie innerhalb der Systemebenen wurden daher einer kritischen Bewertung unterzogen, erforderliche Verbesserungen gemeinsam mit den KooperationspartnerInnen erarbeitet bzw. ihnen vorgeschlagen.

Von besonderer Bedeutung im Berichtszeitraum für die Zusammenarbeit waren

- Arbeitskreis der Pflegedienste (siehe 4.1.5.2.)
- Arbeitstreffen mit Krankenhäusern (siehe 4.1.5.3.)
- Bemühungen um Zusammenarbeit mit niedergelassenen ÄrztInnen (siehe 4.1.5.4.)
- Kooperationsgespräche mit Pflegekassen und dem örtlichen Sozialhilfeträger (siehe 4.1.5.5.)

#### **4.1.5.2. Arbeitskreis der Ahlener Pflegedienste**

In diesem Arbeitskreis, der unter Moderation der KAA tagt, sind alle mittlerweile 8 ortsansässigen Pflegedienste vertreten. Von besonderer Bedeutung unter den Gesichtspunkten Kooperation und Vernetzung waren folgende Themen:

- Standards der Zusammenarbeit mit der KAA- Pflege- und Wohnberatung:  
Hier wurden die sinnhaften Möglichkeiten der Kooperation aufgelistet und in dem Formular „Mitteilung über Beratungsbedarf“ zusammengefasst. Neben der weiteren Sensibilisierung der Pflegedienste für Situationen der Kooperation dient das Blatt auch der Standardisierung der Kommunikation und dem Vermeiden von Fehlern bei der Datenübertragung. Es wurde von den Pflegediensten im Jahr 2006 zunehmend eingesetzt.
- Zusammenarbeit Pflegedienste mit niedergelassenen Ärzten  
Mit dem Sprecher des Ahlener Ärzteverbandes wurden immer wiederkehrende Fragen und Probleme in der Zusammenarbeit der beiden Berufsgruppen erörtert. Weitere Treffen wurde verabredet.
- Zusammenarbeit Pflegedienste – Krankenhaus  
Mit Einführung der DRGs gewann dieses ohnehin wichtige Thema der Zusammenarbeit der Pflegedienste mit dem Krankenhaus nochmals an Bedeutung. Mit der stv. Pflegedienstleitung des Ahlener Krankenhauses wurden mehrfach aktuelle Fragen und Probleme bei der Umsetzung des existierenden Überleitungsverfahrens erörtert und weitgehend einer Lösung zugeführt. Als hinderlich erwiesen sich auch hier die Systemgrenzen zwischen stationärer Behandlung und ambulantem Sektor v. a. bei der Übernahme der Weiterbehandlung durch die niedergelassenen Ärzte in den Punkten Verordnung häuslicher Krankenpflege, Medikamente und Verbandsmaterialien.
- Zusammenarbeit mit einer großen Pflegekasse  
Auf Anregung einer großen Pflegekasse wurde 2005 und 2006 die Zusammenarbeit zwischen Pflegediensten und dieser Kasse erörtert. Ein wichtiges Thema war hierbei die offensive Unterbreitung eines Beratungsangebotes im Zusammenhang mit der Antragstellung auf Leistun-

gen der Pflegeversicherung und Möglichkeiten der Identifizierung von „teuren“ Versicherten innerhalb der Pflegekasse.

#### **4.1.5.3. Kooperationen mit Krankenhäusern / Reha-Kliniken bzw. deren Sozialdiensten**

- Mit dem Sozialdienst des Ahlener Krankenhauses wurde kontinuierlich am Thema „Standardisierte Überleitungen“ gearbeitet. Hier ist durch den Überleitungsbogen sowie die hausintern geregelten Prozessabläufe bereits ein recht hoher Standard erreicht. Am Punkt „standardisierte Übermittlung von Informationen ergänzend zu dem überwiegend pflegeorientierten Überleitungsbogen“ wird noch gearbeitet. Im Ergebnis liegt jedoch bereits eine hohe Verbindlichkeit bei der Überleitung vor. Die möglichen Leistungen der KAA werden dafür in Frage kommenden Personen regelhaft und offensiv („Darf ich Ihre Telefonnummer an die KAA weitergeben?“) vorgestellt. Dieses Verfahren wird datenschutzrechtlich abgesichert. Der einfache Hinweis „Wenden Sie sich an die Pflegeberatung“ ist zu unverbindlich und erfahrungsgemäß mit hohem „Ausfallrisiko“ verbunden. Dieses Verfahren wurde in der Modellzeit weiter entwickelt mit dem Ergebnis, dass das Krankenhaus die wichtigste zuweisende Stelle ist.
- Mit dem Chefarzt der Neurologischen Fachabteilung wurden Vorgespräche zur Institutionalisierung einer Überleitungskonferenz geführt, um v. a. den Personenkreis der Schlaganfallbetroffenen frühzeitig für die poststationäre Begleitung zu identifizieren.
- Im Nachbarort Beckum wurde Mitte 2006 die kreisweit erste geriatrische Fachabteilung eingerichtet. Kooperationsgespräche zur Anbahnung einer vernetzten Zusammenarbeit wurden mit dem Team von Sozialdienst/Pflegeüberleitung geführt. Es bleibt abzuwarten, welche Bedeutung diese Fachabteilung für Ahlener BürgerInnen künftig haben wird.
- Mit der Klinik für geriatrische Rehabilitation Maria Frieden Telgte, die von vielen Ahlener BürgerInnen aufgesucht wird, wurde die Kooperation intensiviert. U.a. wurde 2006 in Absprache mit dem Team des Sozialdienstes sowie der leitenden Ergotherapeutin ein standardisierter Mitteilungsbogen entwickelt, der für die Reha-Klinik relevante Informationen zu Wohnumfeld und sozialer Situation der/des Reha-PatientIn übermittelt.
- Mit den überregionalen Reha-Kliniken, die für Situationen wie Schlaganfall, nach Sturz, nach Herzoperationen zuständig sind, wird im Einzelfall eine gute Zusammenarbeit gepflegt. Die Sozialdienste erhalten jährlich aktualisierte Informationen zu Angeboten in Ahlen.
- Im regionalen Zusammenhang mit der Alzheimer Gesellschaft im Kreis Warendorf e.V. gab es zwei Treffen mit Sozialdienst und Leitungen und Ärzten der gerontopsychiatrischen Stationen des St. Rochus-Hospitals Telgte (Krankenhaus der Regelversorgung für (gerontopsychiatrisch erkrankte AhlenerInnen).

#### **4.1.5.4. Kooperationen mit niedergelassenen ÄrztInnen**

Zahlreiche Einzelgespräche wurden mit niedergelassenen ÄrztInnen sowie dem 1. Vorsitzenden des Ahlener Ärzteverbundes geführt und um eine standardisierte Kooperation in definierten Situationen geworben. Hauptziel war über die Ärzte einen Zugang zu gewinnen zu sich allmählich verschlechternden häuslichen Situationen im präventiven Sinne. Zur Standardisierung der Kooperation wurde ein einfach zu handhabendes Formblatt „Mitteilung über Beratungsbedarf“ entwickelt und vorgestellt. Die Reaktionen der ärztlichen GesprächspartnerInnen bewegten sich zwischen aufgeschlossen / interessiert und distanziert. Das Ausfüllen des Formblattes mit nachfolgendem Faxversand wurde teilweise, da nicht vergütet, abgelehnt. Es blieb im Berichtszeitraum bei 5 ÄrztInnen in 3 Praxen (von insgesamt 34 AllgemeinmedizinerInnen, Internisten und Neurologen in 27 Praxen), die von sich aus bei erkanntem Bedarf an die KAA herantreten. Aber auch bei diesen Praxen wird lieber zum Telefon gegriffen als dass ein standardisiertes Formular eingesetzt wird. Die Rückmeldung der KAA erfolgt in jedem Fall mit einem standardisierten Formular.

Anzumerken ist, dass die von der KAA ausgehenden Anliegen an ÄrztInnen (v.a. Verordnungen, Atteste) problemlos aufgegriffen werden und nur im Einzelfall eine Rücksprache des Arztes erfolgt.

#### **4.1.5.5. Kooperation mit Pflegekassen und dem örtlichen Sozialhilfeträger**

Ab Mitte 2005 wurden Kooperationsgespräche mit allen großen Pflegekassen sowie dem örtlichen Sozialhilfeträger geführt, die 2006 fortgesetzt wurden.

#### **Pflegekassen**

Es zeichnete sich schon im frühen Stadium der Gespräche ab, dass bei den Pflegekassen die internen Abläufe zur systemübergreifenden (SGB V/SGB XI) Betrachtung der Versicherten sowie zur Identifikation von Bedarfslagen z.B. aus den Pflegegutachten Grenzen haben. Die Beschränkung auf Personen, die über eine Pflegestufe verfügen bzw. eine Pflegestufe beantragt haben, verhindert präventive Beratungen oder präventives Case Management. Auch benannten die Pflegekassen leistungsrechtliche Probleme, Case Management regelhaft zu finanzieren. Zudem halten einige Kassen z.T. selbst Pflegefachkräfte vor, die - in allerdings unterschiedlichem Ausmaß - Beratung bei den Versicherten und deren Angehörigen vornehmen.

Im Ergebnis

- wurde bei einer Pflegekasse ein zentraler Ansprechpartner benannt
- kommen von 2 Pflegekassen vereinzelt Anfragen bei Pflegeeinstufungsfragen und Wohnumfeldproblemen

Ansonsten gilt, dass - wie bei den ÄrztInnen – die Anfragen, die von der KAA ausgehen, problemlos beantwortet bzw. bearbeitet werden.

Eine Zusammenarbeit zwischen den Kassen und der KAA, um

- gefährdete häusliche Situationen aufzudecken,
- den Versicherten im Zusammenhang mit der Erstbeantragung von SGB XI-Leistungen regelmäßig offensiv eine Beratung anzubieten, was erstens bei der Kasse und dem Gutachterdienst zu Arbeitersparnis führen könnte durch Verhindern von absehbar zwecklosen Anträgen, und zweitens schon Handlungsmöglichkeiten eröffnen könnte vor der Begutachtung,
- z.B. bei Anträgen auf Leistungen bei vollstationärer Pflege v.a. bei Pflegestufe 1 den Versicherten das Angebot des Versuchs der Stabilisierung der häuslichen Situation durch Case management zu unterbreiten,

konnte allerdings bislang nicht erreicht werden.

Das Interesse der Kassen an einer Kooperation mit der KAA ist trotz allem sehr hoch und die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Beratungsleistungen der KAA werden von den Kassen sehr wohl erkannt.

## **Sozialhilfeträger**

Nach einer langen Phase der vorherrschenden Meinung, dass Leistungen des Sozialhilfeträgers in der ambulanten Pflege mit der Einführung der Pflegeversicherung eine marginale Randerscheinung sind, konnten die Möglichkeiten des SGB XII bei allen Beteiligten wieder stärker ins Bewusstsein gerückt werden. Dazu hat sicherlich beigetragen, dass die ambulanten Pflegedienste durch die zugehende Beratung und die Unterstützung bei der aufwändigen Antragstellung mit der KAA einen hilfreichen Partner haben.

Zunächst wurden auf örtlicher Ebene in einem Arbeitsgespräch zwischen ambulanten Pflegediensten, Krankenhaus-Sozialdienst, KAA und der Sozialabteilung der Stadt Ahlen Wünsche, Möglichkeiten und Grenzen der Beteiligten ausgetauscht und Wege neu gebahnt. Da als Grenze der örtlichen Sozialabteilung die Bedarfsfeststellung durch den örtlichen Träger der Sozialhilfe benannt wurde, richtete sich die nächste Gesprächsanfrage an den Kreis Warendorf. Im Ergebnis wurde seitens des Kreises zugesichert, die Strukturen so zu entwickeln, dass seine Entscheidungen über die Gewährung von Hilfe zur Pflege beschleunigt werden und im Bedarfsfall binnen Tagen erfolgen.

Neben dieser Arbeit an der Entwicklung von Kommunikationsstrukturen war ebenso von großer Bedeutung die Umsetzung der Initiative, mit dem örtlichen Träger der Sozialhilfe bei dem Punkt „Kostensteuerung im Rahmen Hilfe zur Pflege in Einrichtungen“ stärker als bisher vernetzt zusammenzuarbeiten. Mit dem Ziel der Reduzierung von Heimeinzügen bei Menschen, die bei vollstationärer Pflege sofort oder in absehbarer Zeit Leistungen des Sozialhilfeträgers in Anspruch nehmen müssten, insbesondere mit der „Pflegestufe 0“, wird derzeit ein Verfahren entwickelt und

erprobt, wobei mit der Methode Case Management in komplexen Problemlagen die häusliche Versorgung gesichert wird.

#### **4.1.5.6. Vernetzte Angebote für Demenzkranke und deren Angehörige**

Speziell für den Personenkreis Demenzkranker und deren Angehörigen wurden in Kooperation mit der Tagespflege Mittrops Hof in Trägerschaft des evangelischen Perthes-Werkes mehrere Aktivitäten initiiert und miteinander vernetzt:

- monatlich kommt dort der Angehörigentreff Alzheimerkranker zusammen.
- regelhaft 1x pro Jahr findet in Kooperation mit der Alzheimer Gesellschaft im Kreis Warendorf e.V. / Demenz-Servicezentrum in der Tagespflege ein Pflegekurs für Angehörige Demenzkranker statt.
- die Tagespflege bietet während beider Angebote eine kostenlose Betreuung für die erkrankten Angehörigen.
- in der Tagespflege wurde initiiert vom Demenz-Servicezentrum Münsterland eine Gruppe für Demenzkranke im frühen Stadium der Erkrankung als Pilotprojekt aufgebaut.

Die Tagespflege kann ihrerseits ihre Gäste bzw. deren Angehörige auf diese Angebote verweisen; TeilnehmerInnen der Angebote Angehörigentreff, Pflegekurs und Gruppe für Erkrankte im frühen Stadium werden an das entlastende Angebot Tagespflege herangeführt.

#### **4.1.5.7. Sonstige vernetzende Aktivitäten**

Der Pflege- und Wohnberater arbeitete aktiv in den folgenden Gremien:

- Arbeitskreis Pflegeversicherung in Ahlen
- Schlaganfall-Initiative Ahlen e.V., Vorstand
- Alzheimer Gesellschaft im Kreis Warendorf e.V., Vorstand und Arbeitsgruppenleitung
- Arbeitsgemeinschaft der PflegeberaterInnen im Kreis Warendorf
- Pflegekonferenz im Kreis Warendorf
- Arbeitsgemeinschaft der PflegeberaterInnen Westfalen-Lippe
- Landesverband der Alzheimer Gesellschaften im Land NRW
- Landesarbeitsgemeinschaft Wohnberatung NRW

Der Berater wirkte punktuell mit in dem Angehörigentreff Alzheimerkranker und der Parkinson-Initiative.

## 4.2. Pflege- und Wohnberatung

### 4.2.1. Auskunft, Beratung, Unterstützungsmanagement

Es wird unterschieden zwischen „Auskunft“ und „Beratung“. Unter Auskunft wird die meist telefonische Übermittlung von Informationen verstanden, auf deren Basis der Ratsuchende ggf. sein Anliegen mit befriedigendem Ergebnis selbst weiterverfolgen kann.

Kennzeichen von Beratung sind grundsätzlich:

- Der Ratsuchende beschreibt die Problemlage ungenau und/oder verkürzt.
- Berater und Ratsuchender erarbeiten gemeinsam die Situation und legen Ziele und Maßnahmen fest; der Berater verfolgt die Umsetzung und evaluiert den Prozess (Konzeptberatung).
- Der Berater unterstützt ggf. bei der Erreichung der Ziele (Beratung mit stellvertretender Ausführung).
- Der Berater muss neben der Fachkompetenz (Sach- und Methodenkenntnisse) auch Personalkompetenz aufweisen.
- Beratung ist ein Prozess, er findet überwiegend im persönlichen Gespräch statt.

Jede Beratung wird mit einem Assessment eingeführt. Die Durchführung und Kontrolle beruhen auf einem mit dem Hilfesuchenden vereinbarten Hilfeplan. Die Beratung kann sich entwickeln in

- eine reine Konzeptberatung, bei der die Hilfesuchenden die weitere Verfolgung der vereinbarten Maßnahmen selber übernehmen können,
- in eine Beratung mit stellvertretender Ausführung, sowie
- in ein Case Management, das vor allem gekennzeichnet ist durch die einzelfallbezogene Koordination mehrerer Leistungsanbieter. Die Beratung kann dabei begleitet sein von einer psycho-sozialen Unterstützung oder in akuten psycho-sozialen Krisensituationen von Krisenintervention.

Die Handlungsformen lassen sich wie folgt näher beschreiben:

Case Management als Arbeitsform wird eingesetzt, wenn

- in vielschichtigen Problemsituationen
- mit mehreren notwendigen Leistungserbringern und Kostenträgern
- der hilfsbedürftige Mensch oder seine Familie den Markt der Angebote nicht alleine erschließen und die Hilfen nicht alleine steuern kann,
- eine längerfristige Problemlage sich abzeichnet, und

- eine psychosoziale Begleitung zur Problembewältigung und zur Entwicklung von neuem Bewusstsein und Handlungsstrategien notwendig wird
- eine entsprechende Begleitung gewünscht ist.

Psycho-soziale Begleitung und Krisenintervention können Bestandteile der Beratung und des Case Managements sein.

Psycho-soziale Begleitung:

- der Ratsuchende benötigt psychische und soziale Hilfestellung.
- Berater und Ratsuchender erarbeiten gemeinsam die psycho-soziale Situation und legen Ziele und Maßnahmen fest.

Krisenintervention:

- der Ratsuchende ist in einer akuten Krisensituation, in der er Hilfe von außen benötigt.
- der Berater unterstützt aktiv den Ratsuchenden.
- Ziel ist der Erwerb neuer Bewusstseins- und Handlungsformen.

#### 4.2.2. Die Pflege- und Wohnberatung in Zahlen

Es werden die Zeiträume 2004 bis 2006 verglichen. Weiter zurückliegende Zeiträume können in früheren Berichten eingesehen werden.

**Tab. 1: Allgemeine Informationen**

Allgemeine Informationen	01.01.2004	01.01.2005	01.01.2006
	31.12.2004	31.12.2005	31.12.2006
Zahl der beratenen Personen	259	334	384
Gesamtzahl der Beratungstermine - davon Hausbesuche	354 *	533 355	591 321

\* 2004 nicht erhoben

Wie schon anderenorts dargestellt konnte die Zahl der Beratenen durch die beschriebenen Maßnahmen gesteigert werden. In der Folge ergaben sich auch gesteigerte Anforderungen bei der Zahl der Beratungstermine, die durch die organisatorische Weiterentwicklung bewältigt werden konnten. Die Reduzierung der Zahl der Hausbesuche ergibt sich durch eine sauberere Unterscheidung zwischen „Beratungsterminen“ (siehe Definition Beratung S. 22) und „organisatorischen Terminen“: so wird ein Hausbesuch, der z.B. lediglich dem Einholen einer Unterschrift dient, nicht mehr als solcher gezählt.

**Tab. 2: Kontakte zur KAA erfolgten über:**

Kontakte erfolgten über:	01.01.2004 - 31.12.2004	01.01.2005 - 31.12.2005	01.01.2006 - 31.12.2006
Krankenhaus	71	114	132
Ambulante Pflegedienste	50	36	42
Eigeninitiative / Öffentlichkeitsarbeit	21	45	37
Niedergelassene Ärzte	33	37	32
Von früherer Beratung bekannt	*	18	21
Reha-Kliniken	8	10	11
Sonstige	15	11	7
Stadt Ahlen	4	6	6
Gesundheitsamt	4	3	2
Pflegekassen	2	2	4
Altenheime	5	3	5
(Sozial)Medizinischer Dienst	0	0	0
Nicht erfasst	*	49	84
Andere Beratungsstellen	2	0	1
<b>Gesamt</b>	<b>259</b>	<b>334</b>	<b>384</b>

\* nicht gesondert erfasst

Nach wie vor spielt das Krankenhaus als Zugangsweg zur Beratung die zentrale Rolle: das Krankenhaus ist der Ort, an dem ein latentes Problem manifest wird oder ein Versorgungsbedarf als Folge einer akuten Erkrankung auftritt. Initiativen zur Vernetzung mit allen relevanten Krankenhäusern einer Region sind daher aller Mühe wert. In der Folge spielen andere Zugangswege wie v.a. ambulante Pflegedienste eine nachgeordnete Rolle: Personen mit Beratungsbedarf werden bereits im Krankenhaus identifiziert und an die KAA übergeleitet.

Als erfreulich stellen sich die stabilisierten Beziehungen zu einigen Arztpraxen dar. Diese Beratungen hatten mehrheitlich einen präventiven Charakter (Sicherung häuslicher Pflegesituationen durch Hilfsmiteileinsatz, Wohnumfeldverbesserungen, Entlastung der Pflegepersonen).

Auffällig ist, dass mit zunehmender Bestandsdauer der KAA Ratsuchende auftreten, die vor Jahren wegen eines anderen Familienmitgliedes die KAA genutzt hatten („Damals waren Sie beim



Schwiegervater; jetzt ist es die Mutter/Ehepartner usw.“). Dies ist zum einen ein Qualitätsmerkmal, dass seinerzeit eine Vertrauensbeziehung entstanden ist, und zeigt zum anderen, dass viele Familien „Pflegekarrieren“ durchlaufen.

Die Präsentation von Infomaterialien in eigenen Regalständern an zentralen Stellen in der Stadt (Bürgerservice, Krankenhaus, Stadtbücherei) sowie die kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit in Veranstaltungen trugen ebenfalls zum weiter gewachsenen Anteil derjenigen bei, die aus eigener Initiative den Kontakt zur KAA aufnahmen.

**Tab. 3: Altersstufen der Pflegebedürftigen**

Altersstufe	01.01. 2004	01.01. 2005	01.01. 2006
	31.12.2004	31.12.2005	31.12.2006
0 – 10	6	2	2
11 – 20	2	2	3
21 – 30	1	3	1
31 – 40	2	2	3
41 – 50	4	7	7
51 – 60	17	17	21
61 – 70	31	48	44
71 – 80	89	108	106
81 – 90	77	99	133
> 90	11	22	29
Unbekannt *	19	24	34

\* Das Alter der Hilfe- bzw. Pflegebedürftigen ist nicht in jedem Fall erhoben bzw. bekannt, da diese Information in Situationen, bei denen die Ratsuchenden einmalig die KAA aufsuchen und sich v. a. über grundsätzliche Möglichkeiten der Versorgung oder zum Thema „Umgang mit einem demenzkranken Menschen“ beraten lassen, zunächst keine Rolle spielt.

Die Tabelle spiegelt die bekannte Tatsache, dass Pflegebedürftigkeit ein Thema ist, das im 8. Lebensjahrzehnt in großer Zahl auftritt.

**Tab. 4: Pflegestufe**

Pflegestufen	01.01.2004 - 31.12.2004 (n = 259)		01.01.2005 - 31.12.2005 (n = 334)		01.01.2006 - 31.12.2006 (n = 384)	
0, beantragt	149	57,5 %	178	53,3 %	185	48,3 %
I	69	26,6 %	98	29,3 %	118	30,8 %
II	38	14,7 %	39	11,7 %	69	18,0 %
III	3	1,2 %	19	5,7 %	11	2,9 %

Die erhobene Verteilung unter den Pflegestufen ist nur bedingt aussagekräftig, da ersichtlich ein hoher Anteil in der Rubrik „beantragt“ enthalten ist. Selbst wenn man berücksichtigt, dass ein Teil der in „0, beantragt“ erfassten Personen im Laufe der Beratung eine Pflegestufe erhält, verbleibt ein erheblicher Teil (geschätzt ca. 40%) außerhalb einer Pflegestufe.

**Tab. 5: Hauptdiagnosen (nach „Fall“zahlen)**

Diagnosen (Mehrfachnennung möglich)	01.01.2004 – 31.12.2004	01.01.2005 – 31.12.2005	01.01.2006 – 31.12.2006
	Demenz	57	60
Multimorbidität	36	61	74
Schlaganfall/Hirnblutung	32	61	58
Diabetes (+ Amputation)*	18	32	38
Zustand nach Sturz	19	39	51
Sonstige (u.a. ALS, Rheuma, Sucht)	20	57	46
Herzerkrankung	16	23	28
Krebs	21	25	20
Parkinson	6	17	20
Allgemeine Bewegungseinschränkungen	12	21	27
Erblindung	2	7	10
Amputation	**	6	9
Psychische Erkrankung	4	8	7

Diagnosen (Mehrfachnennung möglich)	01.01.2004	01.01.2005	01.01.2006
	- 31.12.2004	- 31.12.2005	- 31.12.2006
Multiple Sklerose	1	3	5
pflegebedürftiges Kind	8	4	5
Ohne Angabe	-	-	28
<b>Gesamt</b>	<b>253***</b>	<b>424</b>	<b>494</b>

\* bis 2004

\*\* nicht gesondert erhoben

\*\*\* 2004 nur „Hauptdiagnosen“ dargestellt

Bei den Diagnosen finden sich die typischen altersbedingten bzw. degenerativen Erkrankungen. Es ist wichtig, dass Pflege- und Wohnberatungsstellen den besonderen Anforderungen, die die Beratung von Angehörigen Demenzkranker stellt, qualitativ gerecht werden.

**Tab. 6: Kassenzugehörigkeit der Beratenen**

Kassenzugehörigkeit	01.01.2004		01.01.2005		01.01.2006	
	- 31.12.2004		- 31.12.2005		- 31.12.2006	
AOK	68	26,3 %	92	27,5 %	111	29,0 %
Knappschaft	61	23,6 %	85	25,5 %	99	25,8 %
BEK	40	15,4 %	59	17,7 %	61	15,9 %
IKK	12	4,6 %	13	3,9 %	31	8,1 %
TK	2	0,8 %	7	2,1 %	11	2,9 %
Privat	8	3,1 %	5	1,5 %	8	2,1 %
DAK	12	4,6 %	14	4,1 %	7	1,8 %
BKK	3	1,2 %	7	2,1 %	7	1,8 %
Landwirtschaftliche	3	1,2 %	2	0,6 %	5	1,3 %
PostbeamtenPflegek.	-	-	-	-	1	0,3 %
Sozialamt	3	1,2 %	1	0,3 %	1	0,3 %
Unbekannt *	47	18,1 %	49	14,7 %	42	10,7 %
<b>Gesamt</b>	<b>259</b>		<b>334</b>		<b>384</b>	

\* Die Kassenzugehörigkeit der Hilfe- bzw. Pflegebedürftigen ist nicht in jedem Fall erhoben bzw. bekannt, da diese Information in Situationen, bei denen die Ratsuchenden die KAA aufsuchen und sich v. a. über Möglichkeiten der Versorgung oder zum Thema „Umgang mit einem demenzkranken Menschen“ beraten lassen, zunächst keine Rolle spielt.

Bei der Kassenzugehörigkeit der Beratenen steht die AOK an erster Stelle, gefolgt (typisch für die ehemalige Bergbaustadt Ahlen) von der Bundesknappschaft.

**Tab. 7: Inhalte der Beratung; Mehrfachnennungen möglich**

Inhalte der Beratung	01.01.2004 - 31.12.2004	01.01.2005 - 31.12.2005	01.01.2006 - 31.12.2006
Hilfsmittel	215	331	225
Pflegeversicherung – Leistungen	140	256	189
Wohnverhältnisse / Wohnungsanpassung	173	273	161
Pflegesituation / Entlastung	149	195	134
Schwerbehindertengesetz	99	159	115
BSHG / Hilfe zur Pflege	73	116	95
Ambulante u. komplementäre Angebote	66	101	67
Betreuungsrecht	35	57	56
Krankenkasse – Leistungen	55	76	56
Pflegeeinstufungsberatung	47	56	55
Umzug	*	46	40
Kurzzeitpflege	**	**	36
Teilstationäre Angebote	68	93	22
Stationäre Angebote	22	33	16
Umgang mit Krankheiten	10	28	11
Heilmittel	13	22	9
Sonst. finanzielle Fragen (v.a. Wohn- und Blindengeld)	14	46	14
Sonstige Inhalte	24	50	16

\* bis 2004 unter „Wohnumfeld“ erhoben

\*\* bis 2004 unter „teilstationäre Angebote“ erhoben

Hier zeigt sich die Sinnhaftigkeit der KAA-Struktur, Pflegeberatung und Wohnberatung aus einer Hand zu erbringen. Auch ist eine Information bzw. Beratung zu Angeboten nicht zu trennen von der Beratung über deren Finanzierung. Die Zunahme der Beratungen zu Entlastung in Pflegesituationen in Kombination mit einer Zunahme von entlastenden Angeboten und neuen finanziellen Möglichkeiten (Pflegeleistungsergänzungsgesetz) lässt Beratungen aufwändiger werden, zumal solche Beratungen an sich oftmals bereits der Entlastung dienen. Ebenso machen die Neuerungen im SGB V-Bereich (Zuzahlungsregelungen bzw. –begrenzungen) Beratungen aufwändiger, wenn man den Anspruch verfolgt, eine ganzheitliche und leistungerschließende Beratung „aus einer Hand“ zu erbringen.

Weiterhin wird die KAA in erheblichem Umfang als „Verbraucherschutzstelle“ genutzt, indem an sie Fragen im Zusammenhang mit Pflegeeinstufungen herangetragen werden. Hier ist zu betonen, dass solche Beratungen nicht selten zu einer Akzeptanz der Entscheidung der Pflegekasse führen und von einem Widerspruch bzw. im Vorfeld von einer Antragstellung abgesehen wird.

### Tab. 8: Kontaktaufnahme mit anderen Stellen

Die Pflege- und Wohnberatung nahm in Rahmen der Beratungstätigkeit Kontakte zu zahlreichen KooperationspartnerInnen auf. Die Zahlen geben (noch) keine Auskunft über die Intensität und Häufigkeit der Kontakte (Beratung, einfacher oder aufwändiger Informationsaustausch; einmalig/mehrmalig). Die weiterentwickelte Datenbank wird dies in absehbarer Zeit ermöglichen.

Kontaktaufnahme mit:	01.01.2004	01.01.2005	01.01.2006
	- 31.12.2004	- 31.12.2005	- 31.12.2006
Pflege- / Krankenkasse	127	177	163
Niedergelassene ÄrztInnen	91	103	101
Krankenhaus	44	49	88
Stadt / Kreis	71	94	73
Versorgungsamt	22	34	42
Sanitätshaus	50	38	34
Handwerker	38	57	32
Pflegedienst	65	86	31
Vermieter	7	44	26
Reha-Klinik	11	45	24
Stationäre Pflege	10	8	12
Kurzzeitpflegeeinrichtungen	41	14	4

Kontaktaufnahme mit:	01.01.2004 - 31.12.2004	01.01.2005 - 31.12.2005	01.01.2006 - 31.12.2006
Heilmittelerbringer	1	10	6
Tagespflege	2	0	0
Sonstige (u.a. MDK/SMD, Freiwilligen-agentur, Essen auf Rädern, Hospiz, Sozialpsych. Dienst)	*	89	60
<b>Gesamt</b>	<b>580</b>	<b>1025</b>	<b>1260**</b>

\* diese Position konnte noch nicht differenziert erhoben werden

\*\*Hierin enthalten sind Kontakte ohne differenzierte Angabe.

### **Tabelle 9: Auskünfte/Informationen**

Über Anfragen nach Beratungen hinaus werden an die KAA auch sog. „Kurzanfragen“ gerichtet. Es handelt sich dabei um Fragen, die sich durch eine Auskunft, mit der der Ratsuchende dann weitere Schritte selbst unternehmen kann, beantworten lassen. Meist werden diese Anfragen telefonisch erledigt; in wenigen Fällen erscheinen Ratsuchende persönlich in der Beratungsstelle. Anfragen dieser Art kommen nicht nur von Hilfebedürftigen oder deren Angehörigen, sondern auch von verschiedenen Institutionen.

An dieser Stelle sei auch auf die Serie von Info-Blättern verwiesen, die die KAA herausgibt und die laufend aktualisiert und ergänzt werden.

Auskünfte/Informationen	2004 (n = 134)	2005 (n =116)	2006 (n =123)
Ahlen	99	80	84
<b>Gemeinden im Kreis WAF</b>			
Beckum	7	5	4
Beelen	0	0	0
Drensteinfurt	3	3	2
Ennigerloh	3	3	4
Everswinkel	1	1	1
Oelde	2	0	1
Ostbevern	0	0	0
Sassenberg	0	0	0
Sendenhorst	4	2	3
Telgte	1	0	3

Wadersloh	0	0	0
Warendorf	1	4	3
Gemeinden außerhalb des Kreises Warendorf	13	18	17

Die KAA wird auch von Ratsuchenden aus anderen Gemeinden des Kreises Warendorf bzw. der Region in Anspruch genommen. Das gegenwärtig bestehende Konzept des Kreises zur Pflege- und Wohnberatung schließt jedoch eine **Beratungstätigkeit** der KAA in anderen Gemeinden aus. Soweit die Anfrage erkennbar nicht durch eine Auskunft erledigt werden kann, wird auf die örtlichen Berater bzw. die Beratungsstelle beim Kreis verwiesen.

**Tab.10: Inhalte der Auskünfte, Mehrfachnennungen möglich**

Inhalte	01.01. 2004	01.01.2005	01.01.2006
	31.12.2004 (n = 141)	31.12.2005 (n = 106)	31.12.2006 (n = 133)
Wohnungsanpassung – Wohnungen	35	22	22
Pflegeversicherung allgemein	20	15	21
Pflegesituation	6	8	16
Stationäre Pflege	12	5	13
Betreuungsrecht	7	7	12
Verhinderungspflege	7	7	9
Kurzzeitpflege	14	7	8
Schwerbehinderung	7	8	5
Stationäre Reha	0	0	5
Tagespflege	4	3	4
Ambulante u. komplementäre Angebote	8	9	4
BSHG	5	5	4
SGB V	4	4	4
Sonstige	12	10	6

Auch bei den Auskünften stehen Fragen rund um die Wohnung an der Spitze, gefolgt von Fragen zur Pflegeversicherung und Pflegesituation. Fragen zur Stationären Pflege und dem Betreuungsrecht haben im Vergleich zum Vorjahr an Bedeutung gewonnen. Fragen nach entlastenden Angeboten (Tages-, Kurzzeit- oder Verhinderungspflege; Gruppenangebote) spielen nach wie vor eine wichtige Rolle.

**Tab. 11: Art der Bearbeitung**

Art der Bearbeitung	01.01.2004	01.01.2005	01.01.2006
	– 31.12.2004	– 31.12.2005	– 31.12.2006
Persönliche oder telefonische Auskunft	73	46	68
Auskunft und Weiterleitung an andere Stelle	25	41	36
Auskunft und Anschreiben bzw. Zusenden von Info-Material	36	29	19
<b>Gesamt</b>	<b>134</b>	<b>116</b>	<b>123</b>

Bei den Auskünften ist es bei ca. 45% der Situationen erforderlich, die Auskunft durch Zusendung von Materialien zu ergänzen bzw. an andere Stellen weiter zu verweisen.

#### **4.2.3. Öffentlichkeitsarbeit für die KAA-Pflege- und Wohnberatung**

Die KAA verfügt über ein umfassendes Öffentlichkeits- und Kommunikationskonzept, das auf einem einheitlichen „corporate design“ für den Verein „Alter und Soziales e.V.“ und die KAA aufbaut.

Für die Sicherstellung einer qualifizierten Information der Öffentlichkeit und insbesondere der Zielgruppe wurden fortlaufend folgende Aktivitäten umgesetzt:

- Veröffentlichung, laufende Aktualisierung und Verteilung einer Reihe von Kurzinfos zu Themen der Pflege- und Wohnberatung
- Erstellung von 2 Faltblättern mit grundsätzlichen Informationen (Imageflyer“)
- Vorstellung der KAA mit Folien und Powerpoint-Präsentationen in Fachgesprächen und auf Tagungen
- Präsentation von Plakaten auf Veranstaltungen
- Einrichtung und Pflege der Homepage [www.kaa-ahlen.de](http://www.kaa-ahlen.de)
- „Infostellen“ an vier zentralen und stark frequentierten Orten (Informationsstände, die mit Flyern zu den Angeboten der KAA und den Diensten des Versorgungssystems bestückt sind)
- regelmäßige Pressearbeit
- Informationsveranstaltungen.

Der zweithäufigste Zugang zur KAA – Pflege- und Wohnberatung ist inzwischen der über die Öffentlichkeitsarbeit bzw. die Mundpropaganda. Der einheitliche Auftritt in der Öffentlichkeit schafft Klarheit in der Präsentation und erleichtert Hilfesuchenden die Wiedererkennung.



#### **4.2.4. Verwaltung**

Neben der Beteiligung an der fachlich-inhaltlichen Arbeit erbrachte die Verwaltungskraft der KAA zahlreiche Leistungen im Bereich der Finanzabwicklung für den Projektverbund. Sie übernahm u.a. die Mittelzuweisungen an die Institute und die Herstellung des Gesamtverwendungsnachweises.

Die Arbeit der Verwaltungskraft umfasste folgende Schwerpunkte:

- Weiterentwicklung des Tätigkeitsfeldes der Verwaltung nach den gleichen Maßgaben, die für Weiterentwicklung der Beratung gelten (siehe 3.1.1)
- Mitwirkung an der Weiterentwicklung der Beratungssoftware (siehe 3.1.5)
- Entlastung des Beraters in der Organisation, Vor- und Nachbereitung der Beratung (siehe 3.1.3.)
- Wartung, Instandhaltung und Überwachung der EDV der KAA als Systemadministrato-  
rin
- Personal- und Finanzverwaltung der KAA- Pflege- und Wohnberatung mit Verwendungs-  
nachweis
- Abwicklung der Fördergelder an die Institute und Erstellung des Gesamtverwendungs-  
nachweises (siehe 3.3)

#### **4.3. Zusammenarbeit mit den Instituten**

Die Zusammenarbeit mit den Instituten fand in zwei Bereichen statt:

- finanztechnische Abwicklung der Fördermittel
- inhaltliche Zusammenarbeit und Bereitstellen von Daten.

Die finanztechnische Abwicklung der Fördermittel wird von der Verwaltung der KAA in Absprache mit der Geschäftsführerin des Vereins Alter und Soziales e.V. vorgenommen.

Die Institute stellen anhand der von der KAA hergestellten Formulare ihre Mittelabrufe an die KAA. Der Gesamtverwendungsnachweis wird in der KAA nach den Vorgaben der Koordinierungsstelle der Spitzenverbände der Pflegekassen in Siegburg hergestellt.

Insbesondere das ISO-Institut trat mit den qualitativen Interviews im direkten Arbeitskontext der KAA auf und erhielt von der KAA vorbereitete Termine mit Ansprechpersonen im Versorgungssystem für Experteninterviews sowie mit gesprächsbereiten NutzerInnen. In mehreren Perioden von 2-3 Tagen waren die Mitarbeiterinnen des ISO-Institutes in Ahlen vor Ort.

Das ISO-Institut konnte außerdem auf die Dokumentation zugreifen und diese nach für sie relevanten Fragestellungen auswerten.

Der vom ISO-Institut vorgelegte Bericht enthielt in der vorgenommenen Typisierung von Beratungssituationen wertvolle Hinweise, die den Blick des Beraters auf Situationen schärfen und zu einer Qualifizierung des Assessments beitragen.

Zur KFH-NW gab es einen kontinuierlichen engen Arbeitskontakt hinsichtlich der Entwicklung von Qualitätsstandards, Leistungsmodulen sowie des Assessments. Von der KFH erarbeitete Dokumentationsbögen für die Zeiterhebung wurden in der KAA einem Pretest unterzogen und anschließend in der Zeiterhebung eingesetzt. Gleiches galt für andere Erhebungsinstrumente. Arbeitsergebnisse wurden wechselseitig zur Verfügung gestellt, womit Theorie und Praxis in Austausch traten.

Das Institut für medizinische Soziologie konnte bei den Interviewankündigungen auf die Unterstützung der KAA und die Nutzung des Datenbestandes zurückgreifen. Die Geschäftsführerin des Vereins bereitete bei der städtischen EDV-Abteilung deren Kooperation bei der Nutzung kommunaler Daten vor.

## **5. Auswertung des Projektes und Ausblick**

### **5.1. Notwendigkeit einer qualitätsgesicherten Pflege- und Wohnberatung**

Die zunehmende Komplexität des Versorgungssystems sowie die Beachtung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ legt sowohl von Nutzerseite wie auch von der Kostenträgerseite her eine regelhafte Inanspruchnahme von Pflege- und Wohnberatung nahe. Pflegeberatung ist vielerorts – z.B. im SGB XI und im Landespflegegesetz NRW – gesetzlich verankert. Es sind jedoch keine Situationen definiert, in denen Pflege (- und Wohnberatung) verpflichtend einzubeziehen ist. Sowohl seitens der BürgerInnen wie der potenziellen KooperationspartnerInnen ist die Inanspruchnahme bzw. die Art und Weise der Kooperation derzeit freiwillig und unverbindlich. Zudem sind bisher explizit Qualitätsstandards nicht definiert, die das Angebot für die potenziellen NutzerInnen, d.h. BürgerInnen, KooperationspartnerInnen und KostenträgerInnen, transparent machen und qualitätsgesicherte Leistungen garantieren.

Der Verein Alter und Soziales e.V. und das Projektteam haben diese Förderphase genutzt, um die Qualität der KAA - Pflege- und Wohnberatung zu optimieren und transparent zu machen. Damit kann das Projekt einen wichtigen Beitrag zur Diskussion erbringen, welche Qualitäten eine Pflege- und Wohnberatungsstelle aufweisen muss und in welchen Situationen und Problemstellungen sie eingesetzt werden sollte, um den BürgerInnen individuelle Versorgungssicherheit zu vermitteln und im Sinne der Kostenträger sowohl Über- wie Unterversorgung zu vermeiden.

## **5.2. Vielschichtige Probleme erfordern eine ganzheitliche Sichtweise bzw.**

### **Lösung**

Dringend müssen die aus der Zersplitterung der Zuständigkeiten rührenden Probleme (SGB V, SGB IX, SGB XI, SGB XII (und hier nochmals Hilfe zur Pflege/Altenhilfe) geklärt werden: Diese Klärung erscheint als eine zentrale Voraussetzung zur Etablierung von Case Management. Eine Sicherung der häuslichen Situation erfordert eine ganzheitliche Problemlösung über Systemgrenzen hinweg: die SGB XI-Leistungen bedürfen im Einzelfall der Flankierung durch eine sichergestellte finanzielle Basis der Versicherten (Wohngeld, Vergünstigungen des Schwerbehindertenausweises, SGB XII-Leistungen), durch komplementäre Angebote, durch soziale Integration, durch Hilfsmittelversorgung, durch Beschaffen einer pflegegeeigneten Wohnung usw. Hierbei bleiben bei den Kommunen zentrale sozialplanerische Aufgabenstellungen. Ein ausschließlich SGB XI-bezogenes Case Management ist nicht zielführend.

Auch ist noch bei einigen Berufsgruppen weitere Überzeugungsarbeit für eine interprofessionelle vernetzte Zusammenarbeit zu leisten.

## **5.3. Einsatz und Evaluation der innovativen Beratungssoftware**

Die neue Beratungssoftware enthält nicht nur das wissenschaftlich reflektierte Assessmentverfahren, das mit der KFH zusammen entwickelt wurde, sondern auch eine völlig neue Programmlogik und umfangreiche neue Arbeitsmittel (z. B. fallbezogene Terminverfolgung und Aufgabenverwaltung), die Zeitersparnis und Arbeitserleichterungen erbringen sollen.

Um dieses Programm in der Praxis zu erproben und seine Praktikabilität auszuwerten, wurden im 1. Halbjahr 2007 durchgeführte Beratungen mit Hilfe des Programms überwacht, bearbeitet und dokumentiert. Damit werden gesicherte und repräsentative Aussagen über Qualität und Effekte der Nutzung (komplexe Dokumentation, Nachvollziehbarkeit der Beratungsfälle, Auswertung für die Steigerung der Effektivität) erzielt. Die Stabilität und Anwendbarkeit der Software im Beratungsalltag wurden damit unter realen Bedingungen erprobt.

Auch wenn noch manche Anpassung in enger Abstimmung mit dem Softwareentwickler durchgeführt wurde und sicherlich auch in der weiteren Anwendung immer wieder Optimierungen eingearbeitet werden müssen, lässt sich an der Erprobungsphase bereits ein positives Fazit ziehen.

## **5.4 Diskussion der Ergebnisse hinsichtlich der Erstellung einer Kosten-Nutzenanalyse-Kalkulation**

### **Kennzahlen**

Auftrag war u.a. für die Beurteilung von Beratungsleistungen quantitative und qualitative Kennzahlen zur erarbeiten.

Die Qualitätsstandards (siehe Anhang Qualitätshandbuch) können für die Bewertung von Beratungsleistungen als „qualitative Kennzahlen“ fungieren. Sie garantieren die qualitätsgesicherte

Abschlussbericht 2004 bis 2007 zum Modellprojekt "Evaluation der Effektivität und Effizienz eines integrierten Versorgungssystems für ältere pflege- und hilfsbedürftige Menschen am Beispiel der Pflege- und Wohnberatung in Ahlen

Leistungserbringung und eine verlässliche Einschätzung zu den Einzelleistungen, die in den verschiedenen Beratungszusammenhängen erbracht und mit anderen kombiniert werden können. Die Leistungen sind beschrieben und überprüfbar von einander abgegrenzt. Leistungspakete können bedarfsgerecht zusammengestellt werden.

Quantitative Kennzahlen für die Bewertung von Leistungen lassen sich nicht unabhängig von dem Einzelfall aufstellen, sondern sind abhängig von der (kognitiven und physisch/psychischen) Kompetenz aller Beteiligten, ihrer Mitwirkungsbereitschaft und Entscheidungsfreudigkeit sowie ihrem Unterstützungsnetzwerk, d.h. Anzahl und Verhalten der Personen im Umfeld der Betroffenen, v.a. der Familienangehörigen. Zudem ist die spezifische Problemlage wesentlich für den Umfang der Beratung.

Weitere Ausarbeitung und Untersuchung dieser Problematik siehe Bericht der KFH Münster ab Seite 33: „Instrument zur Einschätzung von Art und Dauer der Beratung“.

Praktisch durch die KAA erprobt ist die Durchführung des Assessments im Umfang von 5 Fachleistungsstunden, Fahr- und Vor/Nachbereitungszeiten beinhaltend, aus dem ein Hilfeplan hervorgeht, der eine Abschätzung des erforderlichen Beratungsaufwandes (Prognose) zulässt. Im weiteren Verlauf der Beratung erfolgt auf der Grundlage der Dokumentation eine qualitative Berichterstattung, die die Notwendigkeit einer Fortführung der Beratung belegt.

Damit wird deutlich, dass in der Praxis Aussagen zu dem quantitativen Umfang einer Beratung erst im Verlauf der Umsetzung des Hilfeplanes einzelfallbezogen erstellt werden können.

### **Kosten-Nutzen-Analyse**

Die Untersuchung der Charite ergab im Vergleich der beratenen AhlenerInnen zu den nichtberatenen AhlenerInnen eine Kosteneinsparung für Leistungen nach SGB XI von 200 € pro beratenden AhlenIn monatlich. Das spricht für die Effektivität und Effizienz der Pflege- und Wohnberatung.

Die hier vorgestellte Kosten-Nutzen-Analyse stellt eine sehr grobe Rechnung auf, die nur vorbehaltlich der Beantwortung einiger offener Fragen interpretiert werden darf::

Welche Faktoren haben neben der Beratung für die Kosteneinsparungen eine Rolle gespielt? Diese Frage konnte anhand der Datenlage nicht wissenschaftlich fundiert beantwortet werden. Denkbar ist, dass sich insbesondere Menschen an die Beratungsstelle gewandt haben, die einen Spielraum für die Gestaltung der Pflegesituation hatten.

- Da es sich um den Vergleich beratener und nicht beratender Ahlener handelt, könnte man davon ausgehen, dass das sonstige Versorgungssystem allen in gleichem Ausmaß zur Verfügung stand. Auch hier können sich allerdings schon Kompetenz und

die Qualität des persönlichen Netzwerkes auf die Inanspruchnahme anderer Hilfen ausgewirkt haben.

- Die Dauer der Kosteneinsparung im Einzelfall läßt sich nur durch Hochrechnung aus den Verweildauern in den Pflegestufen errechnen. Einer der Gründe hierfür liegt im Erhebungsschema, das sich auf prävalente, nicht auf inzidente Fällen beziehen musste. Die komplexen Berechnungen wurden hier nicht angestellt.
- Offen ist auch, wieviele Personen, die in dieses Kostenprofil hineinpassen, die Beratungsstelle im Idealfall erreichen könnte, um eigene Kosten zu refinanzieren.

Im ersten Schritt geht diese grobe Hochrechnung von der o.g. Einsparsumme aus und multipliziert diese mit den von der KAA beratenen Personen, die über die Pflegestufe 1 und 2 verfügen. Die Tabelle 4 im Bericht weist 48,8 % der Beratenen Personen in der Stufe 1 und 2 auf, d.h. 187 von 383 Beratende verfügten über diese Pflegestufen.

Rechnung:

200 € Einsparung x 187 Personen = 37.400 € Einsparung für diese Personengruppe für die Kostenträger in SGB XI monatlich.

Anknüpfend wird nun die Ausgabenseite betrachtet:

Im Jahr 2006 beriet die KAA 383 Personen, wofür der Berater und die anteilige Verwaltungskraft tätig waren. Die Kosten für Stelle mit einer vollen Beraterstelle (50.000 €) und die ½ Verwaltungsstelle (16.000 €) betragen incl. Sachkosten (12.000 €) gesamt 78.000 €.

Nach der oben berechneten groben Kalkulation, hätte die Beratungsstelle aus Sicht der Kostenträger des SGB XI sich bereits refinanziert, wenn die von der Charite ermittelten Kosteneffekte für die o.g. 187 Beratenen mit Pflegestufe 1 und/oder 2 nur zwei Monate im Jahr erreicht würden. Zudem belegt die Untersuchung der Charite, dass die beratenen AhlenerInnen länger in der Pflegestufe 1 und 2 bleiben als die nicht beratenen MendenerInnen. So sind die AhlenerInnen in der Pflegestufe 1 in dem zugrunde gelegten Zeitraum von 3 Jahren durchschnittlich 5 Monate länger in dieser als die MendenerInnen, in der Stufe 2 im Schnitt 2,1 Monate. Die Einsparung lässt sich wie folgt quantifizieren, wobei noch unklar ist, welche Leistungen nach dem SGB XI die Personen erhalten (ambulantes oder stationäres Wohnen). Wenn sie stationäre Hilfe in Anspruch nehmen, könnte die Rechnung wie folgt aussehen:

278 stationäre Plätze sind in Ahlen vorhanden, wovon c.a. 70 von Personen in der Pflegestufe 1 bewohnt sind. Angenommen - vorbehaltlich der o.g. Bedenken - diese 70 Personen werden beraten, so könnte man annehmen, dass sie 5 Monate später in die Pflegestufe 2 und u.U. die Pflegeeinrichtung kommen, als ohne Beratung.

Wendet man die o.g. Aussage unreflektiert auf die stationäre Versorgung an, heißt dass:

70 beratene Personen in der Pflegestufe 1 x 1.290 € (Differenz zwischen Stufe 1 und 2 = 258 € x 5 Monate 1.290 €) = 90.300 € : 3 Jahre Bezugszeitraum = 30.100 € pro Jahr.

Als Hinweis für eine weitere Spezifizierung kann dienen, dass die beratenden AhlenerInnen gegenüber den nichtberatenden AhlenerInnen und den MendenerInnen bis zu 16% der Pflegezeit länger ambulant gepflegt werden.

Diese „Szenarien“ ließen sich noch in verschiedenen Betrachtungen fortsetzen, es belegt trotz aller Unwägbarkeiten die Richtigkeit der Annahme, dass die Pflege- und Wohnberatung deutliche Kosteneffekte für die Träger der Leistungen des SGB XI und - mit Blick auf die Vermeidung eines stationären Aufenthaltes - auch des SGB V hat und deren Beteiligung an der Finanzierung der Beratungsstelle rechtfertigt.

## **6. Schlusswort:**

Aufgrund der guten und ergebnisreichen Zusammenarbeit mit allen Beteiligten konnte die KAA - Pflege- und Wohnberatung in der Projektlaufzeit erheblich weiterentwickelt und das vernetzte Versorgungssystem an entscheidenden Schnittstellen optimiert werden. Die Fallzahlen wurden entscheidend erhöht und Instrumente, Verfahren und Abläufe effektiver und effizienter gestaltet. Die Beratungssoftware wurde professionalisiert und kann nun, wie gewünscht, die Arbeitsabläufe strukturiert begleiten und eine differenzierte Dokumentation bereitstellen. Für alle Prozesse der Qualitätsentwicklung und -sicherung gilt, dass diese permanent weitergeführt werden müssen, was in der nunmehr aufgestellten und eingeführten Systematik durch die MitarbeiterInnen und den Verein fortgesetzt wird.

Für die KAA – Pflege- und Wohnberatung und den Verein war die Projektlaufzeit sehr ergebnis- und lehrreich und zugleich die Bestätigung, mit der bisher eingeschlagenen Richtung auf dem richtigen Weg zu sein.

Allen Beteiligten sei daher nochmals ein herzlicher Dank ausgesprochen, der mit dem Wunsch verbunden wird, auch nach der Projektphase im Kontakt und regen Austausch zu bleiben.

## **Anlagen zum Bericht KAA - Pflege- und Wohnberatung (II) im Anhang des Gesamtberichtes**

Anlage 1: Fallbeispiele aus der Beratung

Anlage 2: Qualitätshandbuch der KAA - Pflege- und Wohnberatung

Anlage 3: Screenshots aus der Datenbank



Institut  
für Sozialforschung und  
Sozialwirtschaft e.V.

---

## **III.1 Das Modell aus der Perspektive der Ratsuchenden und der Profis - Ergebnisse der qualitativen Untersuchung**

***iso***-Institut Saarbrücken

**Leitung:** Carola Schweizer

## **Inhalt**

<b>1</b>	<b>Frage- und Zielstellung des Projektes</b>	<b>3</b>
1.1	Methode	5
<b>2</b>	<b>Die Pflege- und Wohnberatung aus der Perspektive der Ratsuchenden</b>	<b>9</b>
2.1	Hilfesituation bei der Kontaktaufnahme	9
2.1.1	stabile Hilfesituation	10
2.1.2	„chaotische“ Hilfesituation	12
2.1.3	plötzliche Krise	13
2.1.4	labile Hilfesituation	14
2.2	Beratungsbedarf bei komplexen Problemlagen	15
2.3	Bewältigungsmuster	18
2.3.1	Die Schicksalsergebenen: „Wir waren immer füreinander da“	18
2.3.2	Die Realisten: „Wir schaffen das schon“	20
2.3.3	Die Kämpfer: „Das lassen wir uns nicht gefallen“	21
2.3.4	Die Resignierten: „Uns kann doch keiner helfen“	22
2.4	„Neuralgische“ Punkte	23
<b>3</b>	<b>Das Ahlener Versorgungssystem</b>	<b>31</b>
3.1	Formen der Zusammenarbeit	31
3.2	Rolle der Pflege- und Wohnberatungsstelle im Ahlener Versorgungssystem	34
<b>4</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>36</b>

## **Anlagen zum Bericht des iso-Institutes Saarbrücken im Anhang**

Anlage 1: Leitfäden für die Expertengespräche

Anlage 2: Narrative Interviews mit Ratsuchenden



## 1 Frage- und Zielstellung des Projektes

In Deutschland werden etwa 1,4 Millionen Pflegebedürftige zu Hause betreut. Zählt man die Menschen hinzu, die zwar noch nicht im Sinne des Pflege-Versicherungsgesetzes pflegebedürftig sind, aber unterhalb dieser Grenze Hilfe- und Pflegebedarf aufweisen, so sind es rund 4 Millionen Menschen (vgl.Tabelle), die in Privathaushalten versorgt werden. Die Familie ist somit „die wichtigste Ressource im Hinblick auf die Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Personen“<sup>1</sup>. Angesichts des demografischen und sozialen Wandels und der erodierenden Sozialsysteme ist es eine der zentralen gesellschaftlichen Aufgaben, diese „Ressource“ zu erhalten und nachhaltig zu stabilisieren.

In den letzten Jahren zielten viele Modelle und Modellprogramme auf die Stabilisierung der häuslichen Versorgung, so auch das „Ahlener System“. Das „Herzstück“ des Modells ist die Pflege- und Wohnberatungsstelle (KAA). Ihre Aufgabe ist es, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen zu beraten und bei der Bewältigung der Pflegesituation zu unterstützen. Zu ihren Aufgaben gehört aber auch die Vernetzung der Hilfen; unter ihrer Federführung werden verbindliche Kooperationsstrukturen aufgebaut.

Zahl der Hilfe- und Pflegebedürftigen in Privathaushalten am Jahresende 2002	
<b>Pflegebedürftige insgesamt<sup>1</sup></b> (in 1000)	<b>1 397</b>
in %	
mit Pflegestufe 1	56
mit Pflegestufe 2	33
mit Pflegestufe 3	11
<b>vorrangig hauswirtschaftlich Hilfebedürftige<sup>2</sup></b> (in 1000)	<b>2 989</b>
in %	
mit täglichem Hilfebedarf	46
mit wöchentlichem Bedarf	36
mit eher seltenem Bedarf	19
<sup>1</sup> Leistungsbezieher der sozialen und privaten Pflegeversicherung	
<sup>2</sup> Personen mit Einschränkungen bei alltäglichen Verrichtungen ohne Pflegebedarf im Sinne des SGB XI	nach: <b>DIW</b> Berlin 2004

Warum ist eine „neutrale“ Pflege- und Wohnberatungsstelle<sup>2</sup>, wie sie in Ahlen konzipiert worden ist, eigentlich erforderlich? Und warum brauchen Menschen, die hilfe- und pflegebedürftig

<sup>1</sup> Holz P (2000) Pflegende Angehörige. In: Wahl H-W, Tesch-Römer C (Hg.) Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Stuttgart, S. 353-358

<sup>2</sup> vgl. Kamps M in Teil I.1

tig sind oder einen Angehörigen (oder eine andere Bezugspersonen) pflegen, gerade diese Form der Unterstützung?

Die Notwendigkeit einer solchen Stelle wird, wenn man die aktuelle Fachdiskussion zusammenfasst, mit dem Informations- und dem Entlastungsbedarf der Pflegepersonen begründet. Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ist im Leben betroffener Menschen nicht nur eine „kurze Episode, sondern betrifft Familien über lange Jahre hinaus ...“<sup>3</sup>. Im Durchschnitt währt die Pflegebedürftigkeit acht Jahre, bei 28 % sogar mehr als 10 Jahre. Die Belastungen durch die Pflege sind relativ hoch: Über 90 % der Hauptpflegepersonen, so die Studie von Blinkert und Klie, schätzen die Belastungen als „sehr stark“ (51 %) oder als „eher stark“ (41 %) ein<sup>4</sup>.

Trotzdem ist Pflege nicht nur Last, sie hat auch positive Seiten: Liebe, Anerkennung, Dankbarkeit sind Gefühle, die in der Pflegebeziehung eine wichtige Rolle spielen und Kraft dafür geben, Aufgaben zu meistern und schwierige Situationen auszuhalten. Wenn jedoch die Belastungen überhand nehmen, dann können sie sich, so Holz, in „sozialer, psychischer und physischer Hinsicht manifestieren“<sup>5</sup> und zu Mängeln in der Pflegequalität führen, in Einzelfällen auch zu Gewalt, vor allem aber zu gesundheitlichen Schäden, Einsamkeit und Depression. Das bestätigen unter anderem die Gespräche, die wir im Rahmen unserer Untersuchung mit pflegenden Angehörigen geführt haben.

Um solche negativen Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen zu vermeiden, sind zunächst Interventionen erforderlich, die den pflegenden Angehörigen entlasten. Pflege ist aber nicht nur körperlich und seelisch anstrengend, sondern verlangt darüber hinaus „organisatorische Fähigkeiten, vor allem große psychosozialen Leistungen ... und ... pflegetechnisches Know-how“<sup>6</sup>. Pflege ist also „keine Allerweltsaufgabe“<sup>7</sup>, die jeder bewältigen kann. Neben dem Fachwissen setzt sie auch Infrastrukturkenntnisse voraus, und beides muss den Betroffenen in der Regel erst vermittelt werden.

Die Informations- und Beratungsangebote, die in die Sozial- und Gesundheitsdienste integriert sind, werden den individuellen Bedürfnissen älterer Menschen meist nicht gerecht. Notwendig sind trägerunabhängige Beratungsstellen mit Fall begleitenden Angeboten (Case Management), wie sie beispielsweise im Ahlener Modell vorgehalten werden. Die Pflege- und Wohnberatungsstelle entspricht nach Döhner dem Beratungstyp „individuelle begleiten-

---

<sup>3</sup> Blinkert B, Klie T (2004) Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demographischen und sozialen Wandel, Hannover, S. 16 ff

<sup>4</sup> ebd. S.20

<sup>5</sup> Holz P (2000) a.a.O. S. 355

<sup>6</sup> ebd. S. 356

<sup>7</sup> Blinkert B, Klie T (2004), S. 179

de Beratung bei komplexen Problemlagen<sup>8</sup>. Diese Typologie stimmt ebenso mit den Beratungsinhalten und –formen überein, wie sie von der KFH Münster im vorliegenden Forschungsbericht definiert worden sind<sup>9</sup>. Ob und inwieweit diese Beratungsform den Anforderungen Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen gerecht wird, wird im Folgenden zu klären versucht.

Bei der Diskussion über die Notwendigkeit adäquater Beratungsangebote darf ein Aspekt nicht außer Acht gelassen werden: „Es ist ein Bestandteil aktiven Alterns ... sich eigeninitiativ zu informieren, um die richtige Unterstützung zur richtigen Zeit am richtigen Ort in Anspruch nehmen zu können. Eine Voraussetzung für selbst bestimmtes und erfolgreiches Handeln ist es, rechtzeitig dieses Wissen einzuholen und auch zu aktualisieren, um einerseits präventiv agieren zu können, aber auch bei plötzlichen Veränderungen des Gesundheitszustandes ohne Zeitverluste und Umwege auf die richtigen Ansprechpartner zugehen zu können“<sup>10</sup>.

## 1.1 Methode

Das Ahlener System ist von 1996 bis 2003 im Modellprogramm des Bundesgesundheitsministeriums „Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger“ gefördert worden<sup>11</sup>. Dieses Modellprogramm diente der Vorbereitung und der Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes, mit dem Ziel, Versorgungslücken zu schließen und zukunftsweisende Angebote zu initiieren.

Im Modellprogramm der Spitzenverbände der Pflegekassen (§ 8 SGB XI) geht es also nicht mehr grundsätzlich um die Frage der Notwendigkeit und nicht um die nach der gelungenen Implementierung, sondern um die Frage nach der Effektivität und der Effizienz des Modellangebots. Bei der Evaluation des Modells ist es Aufgabe des *iso*-Instituts folgende Fragen zu klären: In welcher Situation befinden sich Ratsuchende, wenn sie die Pflege- und Wohnberatungsstelle in Anspruch nehmen und in welcher Weise profitieren sie von dem Angebot? Und inwieweit trägt die Pflege- und Wohnberatungsstelle dazu bei, den mit dem Modell intendierten Vernetzungsgrad zu erreichen?

Zur Klärung dieser Fragen verwendete das *iso*-Institut qualitative Methoden: Der Schwerpunkt lag dabei auf narrativen Interviews mit Ratsuchenden, darüber hinaus sind Experten-

---

<sup>8</sup> Döhner H (2001) Information und Beratung – Ein Beitrag zur Gesundheitsförderung und –versorgung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34/1, S.48-55

<sup>9</sup> vgl. Mennemann H, Schmidt C in Teil II. 3

<sup>10</sup> Döhner H (2001): a.a.O. S.48

<sup>11</sup> vgl. Kamps M u.a. in Teil I

gespräche geführt worden, und in Einzelfällen war eine Wissenschaftlerin als teilnehmende Beobachterin bei Beratungsgesprächen anwesend.

#### **a) *Narrative Interviews mit Ratsuchenden***

Insgesamt wurden 30 narrative Interviews mit Ratsuchenden durchgeführt. Interviewpartner waren sowohl Pflegebedürftige als auch pflegende Angehörige. Der Vorteil des narrativen Verfahrens ist, dass die individuelle Vielfalt der Problemlagen erfasst werden kann und die subjektive Perspektive der Ratsuchenden berücksichtigt wird. Innerhalb des Forschungsverbundes sind die narrativen Interviews eine gute Ergänzung zu den quantitativen Ansätzen, besonders zur standardisierten Primärerhebung des Instituts für Medizinische Soziologie der Charité. Bei den narrativen Interviews bleibt die „Regie“ des Gespräches in der Hand des Ratsuchenden. Die Interviewerinnen folgen mit ihren Erzählaufforderungen jeweils der individuellen Schwerpunkt- und Themensetzung. In der Regel war die Erzählbereitschaft groß, so dass die narrative Struktur beibehalten werden konnte. Nur in Einzelfällen musste stärker nachgefragt werden, um das Gespräch in Gang zu halten.

Die meisten Probanden sprachen ihre Probleme offen an. Die Interviewerinnen mussten deshalb darauf achten, die Gespräche im Konsens, also mit einem „guten Gefühl“ zu beenden, und keinesfalls abrupt nach dem Erzählen einer als Krise erlebten Phase.

Die Interviews fanden in der Wohnung der Pflegebedürftigen statt und dauerten zwischen 20 Minuten und einer bis eineinhalb Stunden. Der Kontakt zwischen den Interviewerinnen und den Ratsuchenden wurde von der Pflege- und Wohnberatungsstelle vermittelt.

Für die Auswahl der Interviewpartner ist zunächst die Dokumentation der Pflege- und Wohnberatungsstelle gesichtet worden. Die Ratsuchenden sind dort in drei Zielgruppen eingeteilt und zwar in

1. die Gruppe der Schlaganfallpatienten,
2. die Gruppe der Menschen mit Demenz und in
3. die Gruppe der multimorbiden bzw. gebrechlichen Menschen.

Aus allen drei Zielgruppen wurden Gesprächspartner ausgewählt, wobei die paritätische Verteilung nicht im Vordergrund stand. Entscheidend für die Auswahl war, dass bei den Ratsuchenden ein komplexer Hilfebedarf vorlag, es mehrere Kontakte mit der Pflege- und Wohnberatungsstelle gab und von dem Pflege- und Wohnberater mehr als ein Hausbesuch durchgeführt worden ist.

#### **Interviewpartner (IP) nach Zielgruppe und Geschlecht**

Zielgruppe	IP	Männer	Frauen
Menschen mit Demenz	8	4	4
Schlaganfallpatienten	8	3	5
Multimorbide Menschen	14	4	10
Insgesamt	30	11	19

Nach den Interviews sind Beobachtungsnotizen gemacht worden. Sie betrafen primär den häuslichen Kontext und die Gesprächsatmosphäre.

Alle narrativen Interviews sind vollständig transkribiert und vor dem Hintergrund folgender Gesichtspunkte ausgewertet worden:

1. *Hilfesituation*: In welcher Situation ist die Pflege- und Wohnberatungsstelle in Anspruch genommen worden?
2. *Hilfebedarf*: Welchen Hilfebedarf beschreiben die Ratsuchenden?
3. *Bewältigungsstrategien*: In welcher Weise bewältigen die Ratsuchenden das Leben mit der Pflegebedürftigkeit? Und welche Rolle spielt dabei die Pflege- und Wohnberatungsstelle?
4. *Versorgungsdefizite*: Welches sind die „neuralgischen Punkte“? Wo treten Probleme auf?

#### **b) Expertengespräche im Ahlener Versorgungssystem**

Von den Kooperationspartnern der Pflege- und Wohnberatungsstelle wollten wir vor allem wissen, in welcher Form sie mit der Beratungsstelle zusammen arbeiten, welche Rolle ihrer Meinung nach die Beratungsstelle im Ahlener Versorgungssystem spielt, ob es Alternativen dazu gibt und ob der konzeptionelle Anspruch, in Ahlen einen hohen Vernetzungsgrad zu erreichen, tatsächlich eingelöst wurde. Die Detailfragen richteten sich nach der jeweiligen Kompetenz des Gesprächspartners.

Die Auswahl der Experten erfolgte in Abstimmung mit der Pflege- und Wohnberatungsstelle und zwar unter dem Gesichtspunkt, wer Kooperationspartner und/oder eine wichtige zuweisende Instanz ist.

Für die Interviews sind teilstrukturierte Leitfäden entwickelt worden. Die Gespräche fanden in den Einrichtungen der ausgewählten Gesprächspartner statt und dauerten etwa eine Stunde.

Insgesamt sind Gespräche mit acht Experten geführt worden, darunter waren zwei Interviews mit Mitarbeitern der Pflege- und Wohnberatungsstelle, eines mit der Leiterin der „Leitstelle Älter werden in Ahlen“, zwei Interviews mit dem Sozialdienst eines Krankenhauses, zwei mit Pflegedienstleitungen ambulanter Pflegedienste und ein Interview mit einem niedergelassenen Arzt.

Die Leitfäden für die Interviews gliedern sich grob in drei Bereiche:

1. Berufliches Selbstverständnis,
2. Form der Zusammenarbeit mit der Pflege- und Wohnberatungsstelle und
3. Einschätzung des Vernetzungsgrades im Ahlener Versorgungssystem.

### **c) *Teilnehmende Beobachtung***

Die teilnehmende Beobachtung fand entweder bei Beratungen in der Pflege- und Wohnberatungsstelle oder bei Beratungen während eines Hausbesuches statt. Ein weiteres Beobachtungsprotokoll wurde über eine Sitzung des Arbeitskreises der ambulanten Pflegedienste geführt.

Die teilnehmende Beobachtung diente nicht nur dazu, die Hilfesituationen genauer zu erfassen, sondern sensibilisierte die Interviewerinnen auch für die Problematik der Ratsuchenden und die Themen, die ihnen „auf den Nägeln brennen“.

## 2 Die Pflege- und Wohnberatungsstelle aus der Perspektive der Ratsuchenden

Im Folgenden werden die Hilfesituationen und Bewältigungsstrategien beschrieben, die sich bei der Auswertung als „typisch“ für eine bestimmte Gruppe unter den Ratsuchenden erwiesen haben. Daran anschließend werden die „neuralgischen Punkte“ aufgezeigt, die im Einzelfall für die suboptimale Versorgung ursächlich sind und dazu führen können, dass der Verbleib des Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit gefährdet ist.

### 2.1 Hilfesituation bei der Kontaktaufnahme

Der Kontakt zur Pflege- und Wohnberatungsstelle kommt auf unterschiedlichen Wegen zustande. Unter den professionellen Diensten und Instanzen sind die Sozialdienste der Kliniken und die ambulanten Pflegedienste die wichtigen Initiatoren. Im persönlichen Kontext erfahren die Ratsuchenden über Nachbarn, Freunde oder Bekannte vom Beratungsangebot oder finden in den an verschiedenen Orten ausliegenden Informationsmaterialien den entsprechenden Hinweis. In welcher Häufigkeit die einzelnen Zugangswege beschriftet werden, zeigt die Statistik der Pflege- und Wohnberatungsstelle im ersten Teil des vorliegenden Berichts.<sup>12</sup>

Der Zugang über die Sozialdienste der Kliniken erfolgt im Rahmen der (akut)stationären Versorgung bei der Entlassungsvorbereitung. Im ambulanten Bereich sind es in der Regel die Pflegedienste, die den Kontakt zur Pflege- und Wohnberatungsstelle herstellen. In Einzelfällen vermitteln auch Selbsthilfegruppen den Kontakt. Die Hausärzte, die gemäß § 73 Abs.1 (2) SGB V für die Koordination der ambulanten Maßnahmen zuständig sind, spielen als Initiatoren des Kontaktes indes nur eine geringe Rolle.

Wenn keine professionellen Dienste an der Versorgung des Pflegebedürftigen beteiligt sind, dann sind es eher Zufälle, die die Ratsuchenden mit der Pflege- und Wohnberatungsstelle in Kontakt bringen: *„Ich hatte Freunden erzählt, dass es mit der Versorgung meiner Mutter immer schwieriger wird, da hatten die gesagt, sie hätten von Arbeitskollegen gehört, da gäbe es eine Beratungsstelle. Und dann hab' ich dort angerufen.“ (I:7)<sup>13</sup>*

Hilfreich sind auch die Informationsmaterialien, die in Ahlen zum Beispiel im Rathaus, bei niedergelassenen Ärzten oder Verbänden ausliegen: *„Ich wollte wissen, welcher Pflegedienst männliche Pflegekräfte hat, weil mein Vater in der Pflege keine Frau akzeptiert. Bei der Stadt Ahlen habe ich dann zufällig eine Broschüre gesehen, wo drin steht, wer was*

---

<sup>12</sup> ebd.

<sup>13</sup> Interview Nr. 7

*macht. Und bei dieser Gelegenheit habe ich die Beratungsstelle als Ansprechpartner gefunden und hab' dort angerufen“.* (I:5)

Die Chance, von dem Beratungsangebot zu erfahren, ist höher, wenn professionelle Hilfen in die Pflege einbezogen werden. Hier sind die Zuweisungs- oder Anmeldeverfahren zum Teil bereits formalisiert. Die Anbieter kennen das Angebot und reagieren entsprechend sensibel auf den Beratungsbedarf. Wenn keine professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird, dann erfahren die Betroffenen eher zufällig vom Beratungsangebot.

In welcher Situation wird die Beratungsstelle in Anspruch genommen? Bei der Auswertung der Interviews sind vier „typische“ Hilfsituationen identifiziert worden. Dabei muss allerdings bedacht werden, dass in die qualitative Untersuchung ausschließlich Ratsuchende einbezogen wurden, die einen komplexen Hilfebedarf aufweisen und von der Pflege- und Wohnberatungsstelle über einen längeren Zeitraum hinweg begleitet worden sind. Alle kurzen Anfragen oder einmaligen Kontakte wurden nicht berücksichtigt:

**Hilfsituation nach Hauptmerkmal und Beratungsbedarf**

Hilfsituation	Hauptmerkmal	Beratungsbedarf
<b>Stabile Hilfsituation</b>	Ergänzung des bestehenden Hilfesettings	Konkretes Anliegen
<b>Chaotische Hilfsituation</b>	Komplexer Hilfebedarf nach Akutereignis (z.B. Schlaganfall)	Umfassender Beratungsbedarf Case Management
<b>Plötzliche Krise</b>	Das Bestehende Hilfesetting wird durch ein plötzliches Ereignis erschüttert	Umfassender Beratungsbedarf ggf. Case Management
<b>Labile Hilfsituation</b>	Überlastung der Hauptpflegeperson	Umfassender Beratungsbedarf Case Management

Die vier Hilfsituationen werden im Folgenden anhand von Fallbeispielen veranschaulicht, dabei werden die jeweils typischen Merkmale hervorgehoben.

**2.1.1 Stabile Hilfsituation**

Die Hilfsituation kann in jeder Zielgruppe stabil sein. In diesen Fällen verfügen die Betroffenen über ein angemessenes Hilfesetting, das in der Regel schon über einen längeren Zeitraum besteht, zu einem bestimmten Zeitpunkt jedoch um weitere Leistungen ergänzt werden muss. Die stabile Hilfsituation unterscheidet sich von den anderen Hilfsituationen dadurch, dass die Ratsuchenden genau wissen, wo ihr Problem liegt. Sie gehen mit einem konkreten



Anliegen auf die Pflege- und Wohnberatungsstelle zu. In der Realisierung des Anliegens oder in der Lösung eines bestimmten Problems liegt deshalb auch der Beratungsbedarf. Ein umfassendes Assessment zur Klärung des Hilfebedarfs und ein begleitendes Case Management sind in der Regel nicht erforderlich.

*Ein junger Mann (28) ist infolge einer progredient verlaufenden Muskelerkrankung hilfe- und pflegebedürftig geworden. Er wohnt bei seinen Eltern in einem Haus in einer ehemaligen Bergarbeitersiedlung. Der Zuschnitt der Räume ist relativ eng, bislang waren jedoch keine größeren Maßnahmen zur Wohnraumanpassung notwendig. Hauptpflegeperson ist die Mutter. Professionelle Hilfen werden nicht prinzipiell abgelehnt, derzeit jedoch nicht in Anspruch genommen. Der Sohn, wie auch seine Eltern sprechen offen über die Krankheit und versuchen „so normal wie möglich“ ihren Alltag zu gestalten. Der Sohn pflegt den Kontakt zu seinen langjährigen Freunden, die ihn auf Ausflüge, zu gemeinsamen Treffen und in Konzerte mitnehmen. Die Möglichkeiten der sozialen Teilhabe sind für ihn also relativ gut, damit hat auch die Mutter genügend Freiräume für eigene Aktivitäten.*

*Über den Verlauf der Krankheit sind die Eltern und der Sohn gut informiert. Sie wissen, dass sich sein Gesundheitszustand schubweise verschlechtern wird. Nach dem letzten Schub, gelang es ihm nicht mehr, mit den bisherigen Hilfen (Handläufe) in die Badewanne zu gelangen. Der behandelnde Neurologe schlug deshalb vor, die Familie solle Kontakt mit der Pflege- und Wohnberatungsstelle aufnehmen, um sich über einen möglichen Umbau des Bades beraten zu lassen. Die Mutter rief daraufhin die Pflege- und Wohnberatungsstelle an und vereinbarte einen Hausbesuch.*

*Der Pflege- und Wohnberater besichtigte während eines Hausbesuches die räumlichen Gegebenheiten und schlug vor, die Badewanne durch eine bodengleiche Dusche zu ersetzen. Dazu holte er sich Angebote von Handwerkern ein, klärte die leistungsrechtlichen Fragen und stellte bei den Pflegekassen den erforderlichen Antrag. Beim Erschließen des Hilfebedarfs stellte der Pflege- und Wohnberater fest, dass der junge Mann keinen Schwerbehindertenausweis hat und von den Rundfunkgebühren nicht befreit war. Beide Anträge wurden auf Wunsch der Familie von ihm gestellt.*

Merkmale der stabilen Hilfsituation sind:

- Die Betroffenen wissen relativ gut über ihre Situation Bescheid und fordern selbstbewusst die notwendigen Informationen ein.
- Die Hauptpflegeperson ist nicht rund um die Uhr mit der Pflege beschäftigt, sondern hat Zeit für sich selbst.
- In die Pflegebeziehung sind „Dritte“ einbezogen – in diesem Fall sind es die Freunde des Sohnes. Somit sind die Möglichkeiten der sozialen Teilhabe für den pflegebedürftigen und der Hauptpflegeperson relativ gut.

Es ist kein Ausnahmefall, wenn in einer stabilen Hilfsituation über das konkrete Anliegen hinaus weiterer Unterstützungsbedarf festgestellt wird. Auch die Tochter, die eine männliche Pflegekraft für ihren Vater sucht und deshalb Kontakt mit der Pflege- und Wohnberatungsstelle aufnimmt, muss im Beratungsgespräch erkennen, dass sie durch kleinere Maßnahmen

im Rahmen der Wohnraumanpassung (Handläufe, Überwinden von Schwellen) die Pflegesituation verbessern und das Sturzrisiko des Vaters deutlich senken kann. In einer stabilen Hilfesituation sind deshalb neben der Realisierung des konkreten Anliegens präventive Gespräche durchaus sinnvoll. Dagegen ist Case Management in der Regel nicht erforderlich.

### 2.1.2 „Chaotische“ Hilfesituation

Die chaotische Hilfesituation tritt in den meisten Fällen nach einem Krankenhausaufenthalt ein und zwar in Folge einer akuten Erkrankung, zum Beispiel nach einem Schlaganfall oder einer (Oberschenkel-) Fraktur. Wenn die Patienten vor der Erkrankung funktionell nicht beeinträchtigt waren, nach der Entlassung aus dem Krankenhaus oder der Rehabilitationsklinik aber pflegebedürftig sind und mit bleibenden Behinderungen leben müssen, dann, so eine 70jährige Gesprächspartnerin *„haut einen das so richtig aus dem Leben raus“*. Nach dem Akutereignis stehen die Betroffenen vor einem für sie unüberschaubaren Berg an Problemen, entsprechend umfassend ist der Beratungsbedarf.

Eine Schlaganfallpatientin (58 Jahre) erzählt, wie einschneidend sich ihr Leben durch die Erkrankung verändert hat:

*„Es war an einem Montagmorgen, ich wollte arbeiten gehen, und beim Anziehen merke ich, es stimmt was nicht mit mir. Ich rief meinen Mann, der wollte mir aufstehen helfen. Ich merkte aber nur, es geht nicht und sagte, er soll den Krankenwagen rufen, und setzte mich zwischen Dusche und Waschmaschine, damit ich nicht umfalle. Aber an einen Schlaganfall hätte ich nie gedacht. Eher an einen Herzinfarkt. Der Notarzt und die Sanitäter haben mich dann auch sofort verkabelt. Im Krankenhaus habe ich eigentlich erst am zweiten oder dritten Tag wahrgenommen, dass meine linke Seite gelähmt ist“*.

*Die Patientin war drei Wochen im Krankenhaus und anschließend sechs Wochen in einer Rehabilitationsklinik. In ihrer Gehfähigkeit blieb sie aber auch nach der Entlassung stark eingeschränkt. „In der Rehabilitation sind dann die Hilfsmittel, die ich für zu Hause brauche, beantragt worden, unter anderem ein Rollstuhl. Als ich nach Hause kam, war nur der Badewannensitz eingetroffen, der passte aber nicht. Mein Mann hat mir dann erstmal eine zeitlang geholfen, in die Badewanne zu kommen, um überhaupt duschen zu können. Der Rollstuhl kam erst ein halbes Jahr später. Bei uns ging alles drunter und drüber. Ich hab' ja bis dahin den ganzen Haushalt gemacht. Jetzt konnte ich nichts mehr, nicht mal ins Schlafzimmer gehen, wegen der Treppe. Mein Bett ist jetzt im Wohnzimmer.*

*Unsere Tochter hat uns anfangs geholfen. Aber das war ja kein Dauerzustand, sie hat selbst Kinder. ... Mein Mann ist ja völlig unselbständig (lacht). Ich hab' früher alles gemacht, Wäsche, kochen, putzen, aufräumen ... Wir wussten wirklich nicht mehr weiter. Wir waren dann, ich weiß nicht mehr warum, bei der (Name der Krankenkasse), die hat uns dann zum Glück die Adresse von der Beratungsstelle gegeben und gesagt, wir sollen uns da mal informieren“.* (I:19)

Es sind aber nicht nur die funktionellen Beeinträchtigungen, die das Leben nach einem Schlaganfall oder einer anderen Erkrankung mit bleibenden Behinderungen so grundlegend

verändern und erschweren, sondern auch die eingespielten familiären Rollen müssen aufgegeben und neu besetzt werden. *„Der Schlaganfall ist auch eine Bewährungsprobe für die Ehe. Für uns war das alles eine gewaltige Umstellung. Nicht nur ich, auch mein Mann hat viel lernen müssen (lacht). Alleine hätten wir das nicht geschafft.“ (I:19)*

Die Merkmale einer chaotischen Hilfesituation sind:

- Das „Chaos“ tritt nach einem Akutereignis ein. In der Regel nach einem Krankenhausaufenthalt und zwar vor allem dann, wenn die Patienten und ihre Angehörigen in der Klinik nur wenig über die Folgen der Erkrankung und über die Funktionsbeeinträchtigungen informiert worden sind.
- Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen können ihre Situation nicht überblicken und haben keine Vorstellung, wie sie von nun an ihren Alltag bewältigen sollen.
- Die Betroffenen sind relativ allein auf sich gestellt und haben wenig informelle und meist keine formellen Helfer, die die Pflegeperson entlasten.

Die Bewältigung der chaotischen Situation erfordert nicht nur ein adäquates Hilfesetting, auch die Verantwortlichkeiten in der Familie müssen besprochen und neu geregelt werden. Der Unterstützungsbedarf durch die Pflege- und Wohnberatungsstelle beginnt mit dem Erschließen des konkreten Hilfebedarfs, dem Aufzeigen und in die Wege leiten der notwendigen Hilfen, der psychosozialen Unterstützung sowie dem Case Management.

### **2.1.3 Plötzliche Krise**

Eine plötzliche Krise kann eintreten, wenn beispielsweise ein bis dahin stabiles Hilfesetting durch ein einschneidendes Ereignis, wie dem Tod oder der Erkrankung der Hauptpflegeperson erschüttert wird.

*Als der Ehemann, der mehrere Jahre seine schwerkranke Frau pflegte, bei einem Autounfall ums Leben kommt, wird der Sohn plötzlich zur wichtigsten (und einzigen) Bezugsperson der Mutter. Der plötzliche Anspruch der sterbenskranken Mutter auf emotionale Nähe und auf Hilfe bei der Pflege überfordert ihn jedoch und lässt ihm wenig Raum für die eigene Trauer. Er reagiert verletzend und fordert die Mutter auf, sich einen Platz im Hospiz oder in einem Pflegeheim zu suchen. Als die Mutter dies vehement ablehnt, verlässt er überstürzt und im Streit das Haus und zieht zu einem Freund.*

*Die Mutter kann sich zwar in der Wohnung ohne Gehhilfe bewegen, außer Haus benutzt sie einen Elektrorollstuhl. Da sie sehr schwach ist, benötigt sie jedoch bei fast allen täglichen Verrichtungen Hilfe. Eine in der Nähe lebende Freundin der Mutter hilft, die Notsituation zu überbrücken und nimmt Kontakt mit der Pflege- und Wohnberatungsstelle auf. Der Hausbesuch des Pflege- und Wohnberaters findet umgehend statt, und es wird gemeinsam besprochen, wer in Zukunft die Pflege übernehmen könnte. Der Wunsch der Mutter ist, so lange wie möglich zu Hause wohnen zu bleiben, auch allein. Der Pflege- und Wohnberater klärt den*

*Hilfebedarf und die finanzielle Absicherung der Pflegebedürftigen. Eine entfernte Bekannte wird kontaktiert und ist bereit, die Hauptlast der Versorgung zu übernehmen. Maßnahmen zur Wohnraumanpassung sind nicht notwendig, weil die schon bei einem früheren Kontakt mit der Pflege- und Wohnberatungsstelle in die Wege geleitet worden sind.*

*Dank des früheren Kontaktes weiß die Pflegebedürftige auch, dass sie sich in Krisensituationen an die Pflege- und Wohnberatungsstelle wenden kann: „In meinem ganzen Unglück bin ich aber doch froh und vor allem dankbar, dass Herr K. (Pflege- und Wohnberater) mir hilft. Wohin hätte ich mich sonst wenden können. Hier weiß ich, ich kann jederzeit – wenn was ist – anrufen. Da brauche ich mich nicht zu schämen, und er hört mir zu“. (I:20)*

Merkmale dieser Situation sind:

- Die Betroffenen leben in einem stabilen Hilfesetting, bis ein Ereignis dieses Arrangement grundlegend erschüttert und sie in diesem Augenblick – ähnlich wie in der chaotischen Hilfsituation – nicht wissen, wie die Krise bewältigt werden kann.
- Für die Betroffenen bricht aber nicht nur ein bewährtes Hilfearrangement zusammen, sondern das plötzliche Ereignis stürzt sie auch in eine emotionale Krise.
- Hat die Hauptpflegeperson ohne formelle und informelle Helfer die Pflege bewältigt, dann ist der Verbleib des Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit gefährdet.

In dieser Situation geht es primär um die schnelle Bewältigung der Krise, um ein neues Hilfearrangement und um psycho-soziale Unterstützung. Für die Betroffenen ist die Pflege- und Wohnberatungsstelle, nicht nur – wie Döhner<sup>14</sup> es nennt - der „Strohalm bei Missgeschicken“, sondern eher der „Rettungsanker“ in einer stürmischen See.

#### **2.1.4 Labile Hilfsituation**

Das Merkmal der labilen Hilfsituation ist, dass die Pflege fast immer nur auf einer Person lastet, diese ihre Belastungsgrenzen aber nicht erkennt oder nicht erkennen will. Meist sind es massive somatische Beschwerden, die dem Pflegenden die Grenze aufzeigen. Der Hinweis, dass es „so nicht weitergeht“, kommt von Freunden, Bekannten, manchmal auch vom Hausarzt.

*Eine Interviewpartnerin, deren Ehemann an Krebs erkrankte, pflegebedürftig wurde und vor kurzem verstorben ist, erzählt rückblickend, dass sie lange Zeit alles allein machte, auch keine weiteren Hilfen hinzuziehen wollte und deshalb heute einfach nur „platt“ sei. „Mir wird langsam bewusst, dass ich nur funktioniert habe und meine Grenzen nicht sehen wollte“. Die gesundheitlichen Konsequenzen bei ihr sind Bluthochdruck und Tinnitus. „Auf die Pflege- und Wohnberatungsstelle ging ich auf Anraten einer Nachbarin zu. Die kannte die Stelle schon. Zuerst habe ich mich gewehrt, Hilfe zu suchen. Meine Freunde sind dann aber doch sehr deutlich geworden und meinten, ob ich mir überlegen würde, was mit meinem Mann wäre, wenn ich zusammenklappe. Eigentlich ist das unverantwortlich, was du machst, haben sie*

---

<sup>14</sup> Döhner H (2001) a.a.O. S.54

*mir gesagt. Da bin ich erschrocken und hab' dann schon auch gemerkt, ich muss was ändern. Ich hab' dann Kontakt aufgenommen, Herr K. war auch hier, mein Mann ist aber bald darauf gestorben. Aber es war schon klar, dass ich so nicht hätte weiter machen können, auch meinem Mann gegenüber nicht". (I:20)*

Merkmale der labilen Hilfesituation sind:

- Die Hauptpflegeperson bewältigt alle Aufgaben allein, ist damit sichtlich überfordert, aber auch nicht bereit, professionelle Hilfen in Anspruch zu nehmen.
- Die Überlastung der Hauptpflegeperson zeigt sich bereits in somatischen Beschwerden. Sie kann aber auch zu Spannungen bis hin zu Aggressionen in der Pflegebeziehung führen.
- Die Betroffenen ziehen sich in die Pflegebeziehung zurück, so dass für Außenstehende die Problematik erst erkennbar wird, wenn sich Stresssymptome zeigen.

In der labilen Hilfesituation geht es zunächst darum, den Hilfebedarf zu konkretisieren und für entlastende Angebote zu sorgen. Letztlich muss aber auch gemeinsam überlegt werden, ob es Alternativen zur häuslichen Versorgung gibt, wobei die Entscheidung, den Pflegebedürftigen in einem Heim unterzubringen, nicht überstürzt getroffen, sondern abgewogen werden muss. Hierbei benötigen Angehörige psychosoziale Unterstützung. Darüber hinaus muss der Pflege- und Wohnberater über die Angebote in der Region informieren, die Finanzierung klären und ggf. einen Heimplatz vermitteln.

## **2.2 Beratungsbedarf bei komplexen Problemlagen**

Auffallend in den Interviews mit den Ratsuchenden war, dass sie oft nicht genau wussten, welche Leistungen die Pflege- und Wohnberatungsstelle für sie erbracht hat. Auf Nachfrage, sagten sie häufig, *„da müssen Sie Herrn K. (Pflege- und Wohnberater) fragen, der weiß das, der hat das alles gemacht.“* Die Beratungsinhalte, die sich in den Interviews letztlich doch identifizieren lassen, stimmen mit den Inhalten überein, die auch Döhner für die „individuelle begleitende Beratung bei komplexen Problemlagen“<sup>15</sup> auflistet und die bei Mennemann und Schmidt unter den Qualitätsstandards aufgeführt werden<sup>16</sup>. Dazu gehören:

- Präventive Gespräche
- Unterstützung bei Verwaltungs-, rechtlichen und Behördenangelegenheiten
- Unterstützung bei Antragsstellung
- Organisation ambulanter Hilfsdienste

---

<sup>15</sup> Döhner H (2001) a.a.O. S. 53

<sup>16</sup> vgl. Mennemann H, Schmidt C: Teil II.3

- Optimierung der Hilfsmittelversorgung
- Beratung zur Wohnraumanpassung
- Heimübersiedlung, Heimplatzsuche
- Umzug, Hilfe bei der Wohnungssuche
- Beratung bei familiären Konflikten
- Emotionale Stützung von Patienten und Angehörigen
- „Strohhalmfunktion“ bei Missgeschicken

Die von Döhner noch angeführte „Beteiligung bei der Entlassungsplanung“ wird von der Pflege- und Wohnberatungsstelle ebenfalls übernommen. Darauf wird in Kapitel IV in Teil III.1 (Zusammenarbeit mit den Kliniksozialdiensten) näher eingegangen.

Die Methode der Wahl bei komplexen Problemlagen ist das Case Management. Für die Betroffenen ist es enorm entlastend, sich an eine kompetente Instanz wenden und darauf vertrauen zu können, dass diese ihre schwierige Lage überblickt. Nach Wendt<sup>17</sup>, aber auch nach Mennemann und Schmidt umfasst das Case Management ein Assessment zur Klärung des Pflege- und Hilfebedarfs, die Planung, die Intervention, das Monitoring und die Evaluation. Wegen der Multidimensionalität der Problemlagen muss das Assessment multidisziplinär durchgeführt werden. Im Ahlener Modell werden die Anforderungen weitgehend erfüllt, wobei die Multidisziplinarität primär die Sozialarbeit und die Pflege umfasst. Die Ärzte sind nur in einem bescheidenen Umfang bereit, an einem Hilfeplan mitzuwirken.

Die in die Wege geleiteten Maßnahmen werden aber nicht nur bis zur Realisierung begleitet. Vielmehr wird in einem gewissen zeitlichen Abstand evaluiert, ob die Hilfesituation stabil geblieben ist. Diese Form der aufsuchenden Nachsorge durch den Pflege- und Wohnberater hat eine stark präventive Wirkung und ist in den Interviews häufig als entscheidender Entlastungseffekt beschrieben worden. Gerade Ratsuchende, die in einer chaotischen Hilfesituation waren oder in eine plötzliche Krise geraten sind, haben dadurch das Gefühl, jemand hat ihre Situation „*im Griff*“ und die Gewissheit, sich „*dort jederzeit hinwenden*“ zu können.

Das Case Management birgt aber die Gefahr, die Ratsuchenden zu stark zu entlasten und damit die Selbsthilfekompetenz nicht genügend zu fördern. Für den Pflege- und Wohnberater ist es deshalb eine Gratwanderung zwischen der notwendigen Entlastung und dem Empowerment der Pflegebedürftigen und ihren primären Bezugspersonen.

---

<sup>17</sup> Wendt WR (1997): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Freiburg

## 2.3 Bewältigungsmuster

In der Literatur sind die Rollenmuster in der Pflegebeziehung mehrfach beschrieben worden. Legt man jene von Dash et al. zu Grunde, so stellt man fest, dass bei den ausgewählten Gesprächspartnern in Ahlen sich keine Pflegenetzwerke aus formellen und informellen Hilfen (Welfare Mix) gebildet haben, obwohl es sich um Probanden handelt, die einen komplexen Hilfebedarf aufweisen. In der Regel ist auch hier ein „auserwähltes“ Familienmitglied oder eine andere Bezugsperson für die Pflege zuständig. Dabei kann „das Familienmitglied ... die Rolle des Pflegenden aus freien Stücken übernehmen oder in sie hinein gedrängt werden“.<sup>18</sup> Wie auch Dash et al. beschreiben, ist in den meisten Fällen „diese Person weiblich, im allgemeinen handelt es sich um die Ehefrau oder die Tochter“.

In der Regel war es also eine Zweierkonstellation aus Pflegenden und zu Pflegenden. Daraus entstehen starke Abhängigkeiten, und zwar im positiven wie im negativen Sinn. Dazu Dash et al.: „Die Zweierbeziehung zwischen dem älteren Menschen und dem Pflegenden entwickelt sich oft zu einem starken emotionalen Band, und die Gesundheit dieser Beziehung kann maßgeblich Einfluss auf die Qualität der Pflege der älteren Person haben“.<sup>19</sup>

Die Bewältigungsmuster, die sich in den meist symbiotischen Zweierkonstellationen abgezeichnet haben, lassen sich vier verschiedenen Typen zuordnen.

### 2.3.1 Die Schicksalsgemeinschaft: „Wir waren immer füreinander da“

Die Schicksalsgemeinschaft beruht auf einem traditionellen Familien- und Eheverständnis: „*Wir haben in guten Tagen zueinander gehalten, jetzt tun wir das auch in schlechten*“. In der Schicksalsgemeinschaft ist entweder die Ehefrau oder der Ehemann oder die Tochter, selten der Sohn die Hauptpflegeperson.

In Bezug auf die Fürsorglichkeit konnten keine geschlechtsspezifischen Unterschiede festgestellt werden. Allerdings betonen die Ehemänner (anders als die Frauen) den Unterschied zu ihrer früheren Rolle: „*Ich war Bergmann. Im Haushalt hab' ich nie was gemacht, hab' ja gearbeitet*“. Ihre Motivation, die Pflege zu übernehmen, begründen beide Geschlechter damit, dass der Partner „*das ebenso für mich getan hätte, wenn es andersrum gekommen wäre*“.

---

<sup>18</sup> Dash K, Zarle NC, O'Donnell L, Vince-Whitmann C (2000): Entlassungsplanung, Überleitungspflege. München, Jena

<sup>19</sup> ebd. S. 93

Das emotionale Band, das die Schicksalsgemeinschaft zusammenhält, beruht auf positiven Gefühlen wie Liebe, Zärtlichkeit und Vertrauen. Aber es gibt auch eine negative Seite: Der Eifer, für den anderen alles tun zu wollen, lässt dem Pflegebedürftigen manchmal kaum eine Chance, noch verbliebene Kompetenzen zu nutzen. Der Pflegebedürftige läuft aber Gefahr, seine Selbständigkeit mehr und mehr zu verlieren, wenn diese nicht gefördert wird.

Die Schicksalsgemeinschaft lässt sich aus einem traditionellen Ehe- und Familienverständnis heraus ungern „von Fremden“ helfen. Inwieweit hier auch finanzielle Erwägungen eine Rolle spielen, lässt sich aus den Interviews nicht erschließen.

Die Ehepartner oder Kinder, die sich allein verantwortlich fühlen und die Hauptlast der Pflege tragen, zeigen in der Regel deutliche Stresssymptome. Sie klagen über ihre gesundheitlichen Probleme, sind zugleich aber nicht bereit, ihre Rolle zu hinterfragen. Sie ergeben sich ihrem Schicksal, auch wenn sie wissen, das alles „*nicht mehr lange durchhalten*“ zu können.

Dieser Rückzug in den ausschließlich familiären Kontext ist für die Pflegenden sehr riskant. Sie übernehmen, wenn sich der Zustand des Pflegebedürftigen mit der Zeit verschlechtert, immer mehr Aufgaben. Dadurch sind sie in immer stärkerem Maß ans Haus gebunden und haben keine Möglichkeit mehr, eigenen Interessen nachzugehen.

Welche Auswirkungen dies auf die pflegenden Angehörigen hat, zeigen die beiden folgenden Beispiele:

*„Bei mir ist auch bald Sense – Ende der Fahnenstange. Ich bin auch nicht gesund, ich hab' eine künstliche Herzklappe. Bei uns ist immer alles zusammen gekommen. Für mich kann ich wenig machen. ... Ich habe keine Zeit für mich, weil ich auch Angst habe, wenn ich weg bin und er allein ist und hinfällt. Ein paar Mal ist er schon abgeknickt, aber da war ich ja immer da, und dann ist es nicht so schlimm. Zu meinem Mann sage ich, bleibe da, wo du bist, lass lieber alles sein“. (I:13)*

Eine andere Angehörige berichtet:

*„Ich lass' ihn nicht allein, das geht nicht, das kann ich nicht. Ich weiß nicht, warum. Wenn ich da vorne ein Brot kaufen gehe, fragen mich Nachbarn: Was rennst Du so? Das merk' ich gar nicht. Ich hab' immer Angst, es passiert irgendwas. Ich stehe früh auf und gehe dann gleich um 8 Uhr einkaufen“. (I:15)*

Die hervorstechenden Merkmale der Schicksalsgemeinschaft sind:

- traditionelles Familienverständnis
- Tendenz zur Überversorgung
- Rückzug in die Familie

Die Inanspruchnahme der Pflege- und Wohnberatungsstelle ist der erste Schritt für die dringend erforderliche Öffnung der engen Schicksalsgemeinschaft für „Dritte“. Der Pflege- und Wohnberater versucht, die Pflegenden dafür zu gewinnen, entlastende Angebote anzuneh-



men. Nicht unbedingt allein durch Einbezug eines ambulanten Pflegedienstes, sondern vielleicht auch über eine ehrenamtliche Kraft oder über die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe oder durch die stärkere Einbindung anderer Familienmitglieder.

### 2.3.2 Die Realisten: „Wir schaffen das schon“

Unter den Interviewpartnern sind einige, die ihre Situation als Herausforderung angenommen und sich zum Ziel gesetzt haben, ihren Alltag so „normal“ wie möglich zu gestalten. Die Hauptpflegeperson ist auch hier meistens ein Familienmitglied, in der Regel ist es die Ehefrau. Die Realisten sind aber bemüht, Aufgaben auf andere Familienmitglieder zu verteilen und ggf. professionelle Hilfen in Anspruch zu nehmen.

Die Realisten wollen über ihre Situation genau Bescheid wissen. Das beginnt im Krankenhaus, wo sie sich weder vom Pflegepersonal noch vom Arzt „abwimmeln“ lassen, sondern über die Krankheit, die Medikation, die pflegerischen Maßnahmen Auskunft verlangen. In den Krankenhäusern gelten sie als interessierte, aber auch als unbequeme Angehörige.

Realisten können ihre Belastungsgrenzen akzeptieren. Sie wissen, dass sie Auszeiten brauchen und „los lassen“ müssen, wie zum Beispiel die Ehefrau eines an Alzheimer erkrankten Mannes. Als sie ihre Erschöpfung merkt, nimmt sie einmal in der Woche Tagespflege in Anspruch: *„Das ist optimal. Dort sind auch nette Leute. Er weint zwar immer ein bisschen, wenn ich gehe und verzieht das Gesicht, aber sie beruhigen ihn. Und ich kann dann auch mal mehr erledigen oder mir ein Kleidungsstück kaufen. Aber die Zeit ist ruckzuck rum.“ (I:6)*

Beeindruckend ist auch, wie ein älteres Ehepaar, der Mann ist pflegebedürftig und nahezu blind, mit viel Humor ihre verkehrten Rollen in der Beziehung schildern:

Ehefrau: *„Den ganzen Schriftekram, da hab' ich mich als Frau früher gar nicht drum gekümmert. Ich muss das jetzt alles machen. Da kabbeln wir uns manchmal schon, aber dann geht's ja wieder.“*

Ehemann: *„Aber ich muss Ihnen auch sagen, ich weiß ja, wie alles geht. Ich hab' zum Beispiel eine Jalousierolle ausgewechselt (beide lachen). Sie hat geschraubt und ich hab' gesagt wo und wie (lacht). Das hat geklappt. Not macht erfinderisch.“ (I:10)*

Die hervorstechenden Merkmale der Realisten sind:

- sie sind gut informiert,
- sie wollen Normalität wahren und „sich nicht unterkriegen lassen“,
- sie sind offen für die Unterstützung durch „Dritte“.

Die Realisten haben klare Erwartungen an den Pflege- und Wohnberater, das kann von der leistungsrechtlichen Beratung, der Hilfe bei der Antragsstellung bis hin zur Realisierung bestimmter Maßnahmen im Rahmen der Wohnraumanpassung reichen. Wenn er diese Erwartung erfüllt, dann sind die Ratsuchenden mit der Beratung zufrieden und auch dankbar, von ihm weitere Informationen zu erhalten. Der Bedarf an psychosozialer Unterstützung ist dagegen eher gering.

### **2.3.3 Die Kämpfer: „Das lassen wir uns nicht gefallen“**

Beispielhaft für diese Form der Bewältigung der Hilfesituation ist ein Mann, der für seine an Demenz erkrankte Ehefrau sorgt, die zufrieden beim Gespräch mit am Tisch sitzt, ihren Ehemann liebevoll anschaut und ihm immer wieder, wenn er besonders aufgebracht ist, über den Arm streichelt. Der Ehemann empfing die Interviewerin mit einem Aktenordner unterm Arm und begann gleich zu erzählen, welche Widersprüche er einlegen muss und welche Ungerechtigkeiten ihm widerfahren sind.

*„Ich hab’ einen Gutachter vom Medizinischen Dienst hier gehabt, der hat ein Gutachten geschrieben, wo ich sagen muss, das ganze Gutachten kann man in den Ofen schieben. Sie haben Pflegestufe I beschlossen. Ich komme, und ich habe meine Frau 24 Stunden am Tag zu betreuen, zu einem anderen Ergebnis: zu Pflegestufe II. Mir hat eine Bekannte die Einstufungslektüre zur Verfügung gestellt, und ich seh’ mich mit der Pflegekasse vor dem Sozialgericht wieder. ... Ich hatte Probleme mit ihr beim Baden. Das war ein Gewaltakt. Das hat sich Dank Herrn K. (Pflege- und Wohnberater) geändert. Wir haben jetzt einen Lifter, und einmal in der Woche kommt der Pflegedienst. Nur einmal, weil ich muss das ja alles finanzieren können. Die Schwester macht ein Vollbad mit ihr, sehr zufrieden stellend, muss ich ehrlich sagen. Die Schwester braucht dazu 30 Minuten. Der Gutachter schreibt in sein Buch: 17 Minuten. Das geht nicht. Sie muss ja erst ins Bad kommen. Sie badet ja nicht im Schlafzimmer oder im Wohnzimmer. Die Entkleidung gehört dazu. Wenn die so fuchsig im Minutentakt berechnen, dann muss ich auch alles berechnen.“(I:7)*

Zum Kämpfer wird man nicht unbedingt aus purer Lust an der Auseinandersetzung, sondern weil man sich ungerecht oder schlecht behandelt oder nicht ernst genommen fühlt: *„... dort (im Krankenhaus) stimmte gar nichts. Ich mein’, es können ja Fehler passieren, dann kann man sich entschuldigen, aber man braucht nicht so tun, als ob alles in Ordnung ist. Man hat das Gefühl, die nehmen dich nicht ernst ...“ (I:13)*

Die Merkmale, die den Kämpfer ausmachen, sind:

- Misstrauen gegenüber dem Versorgungssystem
- Abwehr von Hilfen
- Suche nach Mitstreitern

Von der Pflege- und Wohnberatungsstelle erwartet der Kämpfer ernst genommen zu werden. Er braucht ein „offenes Ohr“, will nicht beschwichtigt werden, was aber nicht heißt, dass er

von einem unsinnigen Widerspruch nicht abzubringen wäre. Wichtig ist dem Kämpfer, dass er in der Person des Pflege- und Wohnberaters einen Mitstreiter hat. Der Pflege- und Wohnberater muss aus der professionellen Distanz heraus die Beratung so gestalten, dass der Kämpfer das Vertrauen in das Versorgungssystem wiedergewinnt. Auch hier ist es von Vorteil, wenn es dem Pflege- und Wohnberater gelingt, die Pflegebeziehung für „Dritte“ zu öffnen, damit der Kämpfer die Möglichkeit hat, seine Perspektive zu relativieren und nicht in seinem Abwehrverhalten verhaften bleibt.

### **2.3.4 Die Resignierten: „Uns kann doch keiner helfen“**

Unter den Resignierten sind vor allem Pflegebedürftige und Pflegende, die als Single oder als Paar relativ isoliert leben. Wenn Kinder da sind, sich aber nicht um die Eltern kümmern oder die Familie zerrüttet ist, dann schlägt die Resignation in Verbitterung um: *„Es kommt keiner. Jeder von denen hat sein eigenes Leben und denkt nicht mehr an uns“.* (I:15)

Eine resignierte Haltung zeigt auch eine Tochter, die auf Druck der Familie ihre Arbeit aufgegeben hat, um die pflegebedürftigen Eltern zu versorgen, und jetzt keine Chance mehr sieht, nach der Pflegezeit beruflich wieder Fuß zu fassen: *„Ich bin von (Name einer Großstadt) nach Ahlen gezogen, um meine Eltern zu pflegen. Habe meinen Job aufgegeben, das war vielleicht falsch, aber was sollte ich machen ...“* (I:11). Die Stimmung zwischen Tochter und pflegebedürftigen Eltern war sehr angespannt, und der Umgangston lieblos und vorwurfsvoll.

Die Gefahr bei der resignierten Haltung ist, dass die Pflegequalität leidet, weil *„... doch alles keinen Sinn mehr macht und ... ich kein Leben mehr hab“*. Im Rahmen der Interviews konnte die Qualität der Pflege zwar nicht eingeschätzt werden, spürbar war jedoch die Atmosphäre in der Wohnung und die Art und Weise, wie Pflegende und zu Pflegenden miteinander umgingen. Die Wohnungen der Resignierten waren nicht weniger aufgeräumt als andere, man gab sich nur weniger Mühe, etwas zu gestalten oder die Wohnung zu schmücken.

Resignation tritt auch dann ein, wenn die Betroffenen sich als „Opfer“ fühlen und außer Stande sind, sich zu wehren. Das folgende Beispiel zeigt, wie das Vertuschen eines Behandlungsfehlers die resignative Haltung verstärkt, vielleicht sogar erst auslöst.

*Bei einer Frau, die nach einer Bandscheibenoperation kein Gefühl mehr in ihrer Hand hat und davon ausgeht, dass „ein Pfuscher“ sie operiert habe, sagt: „Die haben mich danach von einem Arzt zum anderen geschickt. Keiner hat was gesagt. Als die mich noch mal operieren wollten, hab' ich nur gesagt: ich will raus, ich hab' kein Vertrauen mehr. Ich hab' bei meinem Hausarzt angerufen und wollte wissen, ob er den Bericht von der OP habe und wer mich operiert hat. Ich werde den Arzt nicht anklagen können, weil die ja immer Recht bekommen. Es ist schon schlimm, wenn sie mich schon so zurichten, hätten sie mir gleich eine Spritze geben können, dann wäre ich erlöst. Was hab' ich denn noch. Ich sitze hier und kann an*

*keinem öffentlichen Leben teilnehmen. Ich sag' auch zu meinen Kindern, seid mir nicht böse. Ich wünsch' mir echt den Tod.“ (I:17)*

Die Betroffenen haben ein ambivalentes Verhalten gegenüber der Pflege- und Wohnberatungsstelle. Einerseits erwarten sie Unterstützung, andererseits neigen sie dazu, sich im eigenen Unglück zu verschließen, weil „*mir doch keiner helfen kann*“.

Merkmale der resignierten Haltung sind:

- Rückzug in die Pflegebeziehung
- Suboptimale Versorgung
- Latente Suizidgefahr

Der Pflege- und Wohnberater muss auch hier versuchen, „Dritte“ in die Pflegebeziehung einzubinden, um die Isolation aufzubrechen. Wenn er eine latente oder manifeste Suizidgefahr bei einem älteren Menschen zu erkennen meint, muss er umgehend den zuständigen Hausarzt informieren. Darüber hinaus ist es sicherlich notwendig, Alternativen zur derzeitigen Versorgungssituation aufzuzeigen.

## **2.4 „Neuralgische“ Punkte**

Als „neuralgische“ Punkte werden die Mängel in der Versorgung bezeichnet, die die Pflegebereitschaft des Angehörigen schmälern und die Rückkehr in die bzw. den Verbleib in der Privatwohnung gefährden können. In den Gesprächen mit den Ratsuchenden standen die neuralgischen Punkte nicht im Vordergrund. Im Allgemeinen waren sie mit der Versorgung eher zufrieden. Das bestätigen auch die Ergebnisse des Instituts für Medizinische Soziologie Berlin<sup>20</sup>. Auffallend war jedoch, dass – obwohl die Mehrheit der Ratsuchenden im Großen und Ganzen zufrieden war – in fast jedem Interview auf Versorgungsmängel hingewiesen wurde.

Zu den „neuralgischen“ Punkten im Versorgungssystem zählen:

- Defizite in der stationären Versorgung
- Schlechtes Image der stationären Pflege,
- Mängel in der haus- und fachärztlichen Behandlung Pflegebedürftiger
- Mängel im Begutachtungsverfahren gemäß § 18 SGB XI und lange Bearbeitungszeiten bei den Leistungsträgern.

Zu den „neuralgischen“ Punkten, die eine gesellschaftspolitische Relevanz haben, gehören:

- die unzureichende Vereinbarkeit von Beruf und Pflege

---

<sup>20</sup> vgl. Roemheld A u.a. in Teil II.2

- und die negative Konnotation des Begriffes „Pflegebedürftigkeit“.

Die nun folgende Beschreibung der „neuralgischen“ Punkte zielt nicht auf eine Qualifizierung des Ahlener Versorgungssystems, sondern sie zeigt – ohne zu quantifizieren – das Spektrum der Probleme auf, mit denen Ratsuchende in Ahlen konfrontiert gewesen sind.

#### **a) Defizite in der stationären Versorgung**

Die Defizite, die in Bezug auf Krankenhäuser, aber auch in Bezug auf die medizinische Rehabilitation von den Ratsuchenden aufgezählt wurden, betreffen vor allem vier Bereiche:

- Informationsbereitschaft der Ärzte,
- Qualität der Versorgung,
- Umgang mit den Pflegebedürftigen, insbesondere mit Menschen mit Demenz,
- Schnittstellenmanagement (Klärung der Heimbedürftigkeit).

Auffallend ist, wie oft Angehörige schildern, dass sie im Krankenhaus kein Gehör gefunden haben, sogar den Eindruck hatten, „abgewimmelt“ zu werden. Sie mussten den „Ärzten hinterher laufen“, um die notwendigen Informationen zu erhalten. Die ausführliche Information über den Verlauf der Krankheit, die bleibenden Behinderungen, die verbliebenen und zu fördernden Kompetenzen sowie über die weiteren Behandlungsschritte ist aber die Voraussetzung dafür, dass die Betroffenen ihre Situation realistisch einschätzen können.

Auch wenn einzelne Krankenhäuser die Entlassung vorbildlich vorbereiten, so treten in anderen nach wie vor Defizite bei der Überleitung in die ambulante Versorgung auf.

*„Ja, wenn ich in ... (Name eines Krankenhauses) gewesen wäre, hätten wir vielleicht bessere Auskunft gekriegt, wären besser aufgeklärt worden, wie das weiter läuft. ... Aber wenn man keinen Arzt sprechen kann, dann ist das für mich kein richtiges Krankenhaus“ (I:15).*

*„Wir wussten ja nichts, man ist vollkommen unbedarft, wie's weiterläuft, wenn man aus der Klinik kommt“. (I:8)*

Unzufrieden sind die Ratsuchenden aber nicht nur mit der Kommunikation im Krankenhaus, sondern zum Teil auch mit der Behandlung. Das betrifft vor allem die mangelnde Mobilisierung des Patienten: *„... mit ihm (Schlaganfallpatient) ist dort nichts gemacht worden, ein-, zweimal Krankengymnastik in der ganzen Zeit, sonst nichts“.*

Aber auch die geringe Therapiedichte in den Rehabilitationskliniken ist von den Betroffenen immer wieder kritisiert worden. Der Mann einer Patientin mit Multipler Sklerose erzählt:

*„Ich bin zwar Laie, aber was die in der Rehaklinik gemacht haben, das wiegt die Kosten nicht auf. Da war an einem Tag eine Maßnahme, eine Anwendung, dann war wieder zwei Tage Pause und dann kam wieder ein langes Wochenende, da wurde auch nichts gemacht. Also, ich war schon enttäuscht.“(I:17)*

Zum schlechten Ruf tragen aber auch gravierende Nachlässigkeiten in der Versorgung von Patienten bei:

*Eine Tochter erzählt, dass ihre Mutter im Krankenhaus einen Schlaganfall erlitten hat und keine Pflegekraft und kein Arzt es bemerkt habe. „Es war am Wochenende. Als wir ins Zimmer kamen, hing meine Mutter schief im Bett, wir wissen nicht wie lange. Wir haben erstmal den Arzt alarmiert ... Später kam sie dann in die Geriatrie und erhielt dort viel zu viele Medikamente. Im Krankenhaus werden die Leute zugepackt, dann sind sie ruhig und man hat keine Arbeit mit ihnen. Zu Hause haben wir dann in Abstimmung mit dem Hausarzt, die Medikamente abgesetzt, dann ging es meiner Mutter wieder besser.“ (I:23)*

In den Krankenhäusern, auch in der Geriatrie, mangelt es nach wie vor an der Sensibilität und am Know how im Umgang mit Menschen mit Demenz. Eine Angehörige beobachtet, wie die demenzkranke Bettnachbarin ihrer Mutter zur Mittagszeit das Essenstablett auf den Nachttisch gestellt bekommt und hilflos davor sitzen bleibt: *„Die junge Schwester kommt rein gerannt. Stellt das Tablett hin und ist wieder weg. Nach 20 Minuten kommt sie singend rein, stellt sich vor das Bett und sagt empört: Warum haben sie nichts gegessen, Frau Sowieso. Und das in der Geriatrie.“ (I:23)*

Menschen mit Demenz sind nicht so ohne weiteres in den therapeutischen Ablauf (z.B. Gruppenangebote) einer Rehabilitationsklinik einzubinden. Und sie sind in der Regel nicht in der Lage, das in der Klinik Erlernte in die häusliche Umgebung zu transferieren. Alternative Rehabilitationsformen (z.B. aufsuchende Angebote) sind deshalb dringend erforderlich, weil dadurch vermieden werden kann, dass Angehörige von der Klinik *„ultimativ aufgefordert werden, die Patientin abzuholen, weil sie andere Patienten störe und die Fluchttendenzen so stark sind, dass sie dafür keine Verantwortung übernehmen können.“ (I:27)*

Ein Mangel in der akutstationären Versorgung ist, das die Frage der Heimbedürftigkeit viel zu schnell positiv entschieden wird und die Kurzzeitpflege als zeitlicher Puffer bzw. als Clearingphase von den Krankenhäusern bislang nicht in Erwägung gezogen wird:

*„Im Krankenhaus sagten sie, meine Mutter müsse ins Heim, weil sie eine Rundumversorgung braucht. Die konnten nicht verstehen, dass ich zögere und nicht gleich ja sage. Für die war der Fall klar. Da habe ich mich mit der Familie abgesprochen und die Mutter erst in die Kurzzeitpflege getan, um mich an den Gedanken zu gewöhnen. Ich hab' dann Kontakt zur Herrn K. (Pflege- und Wohnberater) aufgenommen und kleinere Sachen in der Wohnung verändert, und dann habe ich sie nach Hause geholt. Das geht jetzt schon, weil meine Tochter mithilft.“ (I:21)*

Wenn Betroffene sich diesen zeitlichen Spielraum bei der Entscheidung nicht einräumen (können), dann kommt es in der Regel zu einer Heimaufnahme, ohne dass die Frage der Heimbedürftigkeit fachgerecht geklärt worden ist. Die Heimaufnahme wird dann vielleicht nur noch aus finanziellen Erwägungen oder wegen des schlechten Images der stationären Pflege nicht in die Wege geleitet.

## **b) Schlechtes Image der stationären Pflege**

Unter den Gesprächspartnern gab es nur wenige, die in der stationären Pflege eine Alternative zu ihrer derzeitigen Versorgungssituation sehen und einen Umzug ins Pflegeheim für sich nicht ausschließen<sup>21</sup>. Die Mehrheit der Ratsuchenden lehnt die stationäre Pflege eindeutig ab, wobei finanzielle Erwägungen keine unerhebliche Rolle spielen:

*„... jede andere Lösung ist angenehmer und billiger als ein Pflegeheim. Wir haben uns auch überlegt, wenn's schlimmer wird, vielleicht doch eine Helferin aus Osteuropa zu nehmen. Sie könnte im Haus wohnen, hätte ein eigenes Bad. Im Vergleich zu den Kosten eines Heimes, wäre es immer noch günstiger“ (I:27).*

Aber auch schlechte Erfahrungen mit der stationären Pflege halten Angehörige davon ab, einen Heimplatz zu suchen. Lieber weichen sie auf andere Lösungen aus:

*„Ganz egal, was passiert, das Pflegeheim möchte ich ihnen (demenzranke Eltern) so lange wie möglich ersparen. Denn nach jedem Aufenthalt (Kurzzeitpflege) kommen sie entweder wund gelegen nach Hause oder haben schon wieder einen richtigen Schub gehabt. Und deshalb erlaube ich mir am Wochenende, also von Samstagfrüh bis Montagabend, eine gelernte Krankenschwester zu beschäftigen. Sie bekommt dafür 149 € am Tag und schläft hier und betreut die beiden“. (I:5)*

Wie dramatisch und entwürdigend ein Pflegeheimaufenthalt für die Betroffenen sein kann, zeigt das nächste Beispiel: Eine pflegende Angehörige, die selbst stundenweise in einem Pflegeheim arbeitet und ihre an Demenz erkrankte Tante, *„nie in ein Pflegeheim geben (würde)“*, erzählt:

*„Manche Bewohner, die direkt nach dem Krankenhaus zu uns kommen, fragen ganz oft, wann können wir nach Hause. Deren Angehörige haben ihnen nicht gesagt, dass sie auf Dauer im Heim bleiben müssen. Wenn sie's merken, muss man sie festschnallen, die hauen sonst ab.“ (I:29)*

Das schlechte Image beruht nicht immer auf konkreten Erfahrungen. Das negative Bild der Pflegeheime hängt auch mit der Berichterstattung in den Medien zusammen, wo fast nur Negativbeispiele angeführt werden, kaum jedoch positiv über das Wohnen im Pflegeheim berichtet wird. Eine differenziertere Darstellung wäre hier wünschenswert, was aber nicht heißen soll, dass sich die Medien bei der Aufdeckung skandalöser Zustände in Pflegeheimen künftig zurückhalten sollten. Im Gegenteil!

## **c) Mängel in der haus- und fachärztlichen Versorgung**

Im Großen und Ganzen waren die Ratsuchenden mit der haus- und fachärztlichen Versorgung zufrieden. Die angesprochenen Mängel betreffen primär das restriktive Verordnungs-

---

<sup>21</sup> vgl. Roemheld A u.a. ebd.

verhalten bei den Heilmitteln. Patienten und ihre Angehörigen bekommen von den Hausärzten häufig zu hören, sie „... dürften das Rezept nicht ausstellen“, dies könne nur der Facharzt, und erhalten dann eine Überweisung. Die meisten meiden die Auseinandersetzung mit ihrem Hausarzt. Wenn sie den Eindruck haben, Krankengymnastik ist notwendig, übernehmen sie die Kosten eher selbst, als die Verordnung einzufordern.

Oft bekommen die Patienten die Information über die Möglichkeit einer längerfristigen Versorgung mit Heilmitteln nicht von ihrem Hausarzt, sondern von ihrem Therapeuten. Auffallend ist, dass das Aktivierungspotential vom Arzt häufig anders eingeschätzt wird als vom Therapeuten.

*„Also die Ärztin sagt, damit ist jetzt Schluss (mit Krankengymnastik). Die Therapeutin meint aber, wenn ihr Mann aussetzt, ist das nicht gut für ihn. Er müsste auf jeden Fall weiter machen. Man könne schon weiter Krankengymnastik bekommen, man müsse das bei der Krankenkasse beantragen. Aber dazu muss die Ärztin ein Attest schreiben ...“ (I:13)*

Ähnlich wie die Klinikärzte tendieren auch niedergelassene Ärzte dazu, Pflegebedürftigen relativ früh und ohne die Heimbedürftigkeit eingehender zu klären, das Übersiedeln in die stationäre Dauerpflege zu empfehlen.

*„Der Hausarzt hat zu mir gesagt: Sie müssen ins Heim. Sie können nicht allein zu Hause bleiben. Ich hab' gesagt: Ich geh nicht ins Heim. Und bin dann zu Herrn K. (Pflege- und Wohnberater). Und der hat mir dann auch geholfen.“ (I:25)*

Obwohl es sich bei den Ratsuchenden um Menschen mit einem komplexen Hilfebedarf handelt, weisen die Hausärzte nur selten ihre Patienten auf die Pflege- und Wohnberatungsstelle hin, mit Ausnahme einzelner Ärzte. Auf die Frage, wohin sie sich gewandt hätten, wenn es die Pflege- und Wohnberatungsstelle nicht geben würde, antworten wenige Ratsuchende: an den Hausarzt. Die meisten sagen, sie hätten nicht gewusst, wohin. Für manche wäre auch eher der Leistungsträger Ansprechpartner gewesen als der Hausarzt: *„Vielleicht an die Krankenkasse, aber sonst, ich hätte es nicht gewusst“.*



**d) Mängel im Begutachtungsverfahren gemäß § 18 SGB XI und lange Bearbeitungszeiten bei den Leistungsträgern**

Bei der Begutachtung gemäß § 18 SGB XI beschwerten sich die Ratsuchenden über die eng bemessenen Zeitkorridore für bestimmte Verrichtungen und über die geringe Anerkennung des Betreuungsaufwandes für Menschen mit Demenz:

*„Also sieben Minuten für Anziehen, Waschen und Rasieren. Sieben das schafft keiner, das kann mir keiner erzählen. Ich mein', ich bin schon schnell, aber ein bisschen vernünftig muss es schon sein“. (I:17)*

*„Es ist nicht zu verstehen, dass wir keine Pflegestufe kriegen. Ich muss mich den ganzen Tag um ihn kümmern. Er hat Demenz. Das müssen die doch einsehen. Ich habe Widerspruch eingelegt“. (I:21)*

Der Medizinische Dienst ist nicht immer über das eigene Verfahren ausreichend informiert, was die Ratsuchende misstrauisch macht und sie befürchten lässt, vom Gutachter „übers Ohr gehauen“ zu werden:

*„Ich hatte im Januar die Höherstufung für meine Mutter beantragt. Die Begutachtung war am 31.5. und die vom Medizinischen Dienst meinten, man würde die höhere Pflegestufe ab Mai bezahlen. Da habe ich mich bei der Verbraucherberatung schlau gemacht, dass das ab Antragstellung gilt. Ich hab' dann bei der Pflegekasse angerufen und mit meinem Anwalt gedroht. Binnen 48 Stunden kam der Anruf, dass der Medizinische Dienst sich vertan hätte. Selbstverständlich gelte es ab Antragstellung.“ (I:5)*

In Einzelfällen wird die Begutachtungssituation als erniedrigend empfunden. Der Mangel an Sensibilität während der Begutachtung schmälert die Wertschätzung und das Vertrauen in die Beurteilung des MDK:

*„Letztes Jahr im Januar hab ich den Antrag gestellt, und dann kamen die, und das fand ich eigentlich schon erniedrigend. Die kommen mit Dingen an wie: Machen Sie mal ihre Schuhbänder auf und ziehen Sie mal ihre Schuhe aus, ziehen Sie mal ihre Socken aus. Ich hab' mich rausgehalten. Ich denke mal, das ist ein Ritual, wo die rausfinden wollen, was nicht mehr klappt. Und: Kämmen Sie sich doch mal – er hat gesagt: hab' ich doch gerade eben gemacht. Waschen Sie sich mal die Hände. Hinterher hat er mich gefragt: Hab' ich was verkehrt gemacht? Ich sag: F. Du hast gar nichts verkehrt gemacht. Wenn, dann sollen sie ihr Geld behalten. Er war davon den ganzen Tag erledigt. Das fand ich nicht gut“. (I:9)*

Abgesehen vom Begutachtungsverfahren werden die Kontakte mit den Pflegekassen als kooperativ und in keiner Weise als restriktiv beurteilt. Positiv werden auch die direkten Kontakte mit den Krankenkassen bewertet, beklagt werden hier jedoch die langen Bearbeitungszeiten. Ein Beispiel ist im Zusammenhang mit der „chaotischen“ Hilfsituation beschrieben worden, wo die Patientin nach der Entlassung aus der Rehabilitationsklinik ein halbes Jahr

auf ihren Rollstuhl warten musste. Es gibt noch mehr Beispiele, die dafür sprechen, dass die Bearbeitungsabläufe deutlich effektiver gestaltet werden müssen.

Wie prekär lange Bearbeitungszeiten von Anträgen bei den Sozialämtern sein können, zeigt folgendes Beispiel. Die Enkelin einer pflegebedürftigen älteren Frau erzählt:

*„Auf die Bewilligung des Wiederholungsantrages für den Mietzuschuss hat sie fünf Monate gewartet. Wissen Sie, was sie an Rente bekommt. Sie bekommt 700 Euro Rente und zahlt davon 400 Euro Miete. Ihr bleibt im Monat also nicht sehr viel“: (I:12)*

#### **e) Unzureichende Vereinbarkeit von Beruf und Pflege**

Die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf ist eine wichtige gesellschaftspolitische Aufgabe. Denn, so ein Ergebnis der Kassler-Studie<sup>22</sup>, die Bereitschaft, in der Familie Verantwortung zu übernehmen, ist relativ ausgeprägt, aber nicht unbedingt zum Preis, die eigene Berufstätigkeit aufzugeben. Unter den Interviewpartnern waren nur zwei (eine Tochter und eine Ehefrau), die für die Pflege eines Angehörigen aus dem Beruf ausgestiegen sind. Im Kapitel über die Bewältigungsmuster ist eine Tochter als Beispiel angeführt worden, die ihren Eltern vorwurfsvoll bis aggressiv begegnet, weil sie ihre Entscheidung bedauert. Die Ehefrau hat nicht bereut, die Pflege übernommen zu haben. Sie möchte noch so viel Zeit wie möglich mit ihrem pflegebedürftigen Ehemann verbringen und ging deshalb in den vorzeitigen Ruhestand.

Für eine verbesserte Vereinbarkeit von Pflege- und Beruf reicht die Rechtsgrundlage des Teilzeitarbeitsgesetzes nicht aus. Deshalb ist zu überlegen, ob ähnlich wie in Österreich ein Pflegekarenzjahr eingeführt werden sollte, damit Pflegende nicht den Verlust des Arbeitsplatzes befürchten müssen. Das könnte allerdings dazu führen, Frauen, die in der Mehrzahl ja die Hauptpflegepersonen sind, in ihrem beruflichen Werdegang erneut zu benachteiligen. Denn ob mit dieser Option auch mehr Männer im erwerbsfähigen Alter bereit wären, die Pflege eines Angehörigen zu übernehmen, ist eher zu bezweifeln.

#### **f) Die negative Konnotation des Begriffes „Pflegebedürftigkeit“**

Pflegebedürftigkeit wird mit Leiden, Isolation und möglichem Verlust von Autonomie verbunden. Mit dem Thema haben sich die meisten Interviewpartner erst beschäftigt, als Pflegebedürftigkeit eingetreten ist. Das Thema wird lange verdrängt, sogar noch dann, wenn Funktionsbeeinträchtigungen vorliegen.

Die negative Konnotation führt dazu, dass viele sagen, das „Schicksal“ habe sie völlig unvorbereitet getroffen. Auch geben viele Angehörige lange nicht preis, dass der Partner oder ein

---

<sup>22</sup> Blinkert B, Klie T (2004) a.a.O.

Elternteil pflegebedürftig oder an Demenz erkrankt ist. Sie schämen sich dafür und versuchen, ihre Situation zu „verstecken“. Die Ehefrau eines Schlaganfallpatienten, der mit bleibenden Behinderungen leben muss, berichtet rückblickend kritisch über ihr eigenes Verhalten:

*„Am liebsten hätten wir uns versteckt. Für uns war es eine große Überwindung, in die Selbsthilfegruppe zu gehen, weil wir erst dachten, jetzt müssen wir uns dieses ganze Elend anschauen. Wir konnten uns nicht vorstellen, dass wir uns dort wohl fühlen, und schon gar nicht, dass wir miteinander Spaß haben können. Aber das geht nicht nur uns so. Eine Bekannte, deren Mann auch einen Schlaganfall hatte, wehrt sich immer noch, da mit hin zu gehen, sie geht aber auch sonst nirgendwo hin.“ (I:10)*

Das negative Bild zu ändern, so Blinkert und Klie, ist angesichts des demografischen und sozialen Wandels in der Gesellschaft eine „kulturelle Herausforderung ersten Ranges“. Deshalb müssten ihrer Meinung nach konkrete Beispiele eines gelingenden Lebens mit Pflegebedürftigkeit stärker kommuniziert werden<sup>23</sup>.

---

<sup>23</sup> ebd.

### **3 Das Ahlener Versorgungssystem**

Das zentrale Anliegen des Ahlener Systems ist es, verbindliche Kooperationsstrukturen aufzubauen, damit ein „transparentes, aufeinander abgestimmtes System der Hilfen“ vorgehalten und die „Beratung aus einer Hand“ angeboten werden kann<sup>24</sup>. Im Mittelpunkt der Expertengespräche stand deshalb die Frage, ob der mit dem Modell intendierte Vernetzungsgrad auch tatsächlich erreicht worden ist.

#### **3.1 Formen der Zusammenarbeit**

Insgesamt sind acht Expertengespräche geführt worden, und zwar mit Mitarbeitern der Pflege- und Wohnberatungsstelle, den Sozialdiensten der Kliniken, den Pflegedienstleitungen der ambulanten Pflegedienste und mit einem niedergelassenen Arzt.

Bei den Kooperationsbeziehungen müssen zwei Ebenen unterschieden werden: Erstens die formale Ebene, also die Verfahren und Instrumente, die zur Systematisierung der Zusammenarbeit eingesetzt werden und zweitens die kommunikative Ebene. Dazu gehören auch die informellen Gespräche, die stark vom individuellen Verhalten, von der Persönlichkeit der Kooperationspartner abhängig sind.

##### **a) Zusammenarbeit mit den Sozialdiensten der Kliniken**

Die Sozialdienste der Krankenhäuser und der Rehabilitationskliniken sind die wichtigsten Zuweisungsinstanzen für die Pflege- und Wohnberatungsstelle. Ein Krankenhaus in Ahlen wendet ein mehrdimensionales Überleitungsverfahren an, das als vorbildlich bezeichnet werden kann. Dieser Überleitungsbogen wird der Pflege- und Wohnberatungsstelle zur Verfügung gestellt. Die Anmeldung des Ratsuchenden erfolgt allerdings auf einem kurz gefassten Anmeldebogen per Fax oder per Mail. In Einzelfällen greift der Mitarbeiter des Sozialdienstes aber auch zum Telefon und bespricht mit dem Pflege- und Wohnberater den Beratungsbedarf.

Darüber hinaus gibt es einen Jour fix für Fallbesprechungen zwischen dem Pflege- und Wohnberater und Mitarbeitern des Sozialdienstes. Die gemeinsame Entlassungsplanung ist also weitgehend systematisiert. Trotzdem darf die Bedeutung des persönlichen Kontaktes nicht unterschätzt werden, denn, so ein Mitarbeiter des Sozialdienstes, „...*wir kennen uns schon lange und wissen, dass die Pflege- und Wohnberatungsstelle gute Arbeit macht*“.

---

<sup>24</sup> vgl. Kamps M u.a. in Teil I

Die Haltung und Ansichten des Kooperationspartners zu kennen, ist ein Vorteil, denn dadurch *„spart man sich Worte und Diskussionen“*. Das gegenseitige Vertrauen und der gegenseitige Respekt sind für die effektive Zusammenarbeit wertvoll.

Für die Mitarbeiter des Sozialdienstes sind vor allem folgende Faktoren die Voraussetzung für eine gute Zusammenarbeit:

1. überzeugende Kompetenz,
2. Verbindlichkeit und
3. schnelles Reagieren auf Anfragen.

Im Zeitalter der Fallpauschalen (DRG) sind die Krankenhäuser daran interessiert, ihre Patienten so früh wie möglich zu entlassen. Der Pflege- und Wohnberater muss deshalb auf Anmeldungen aus den Kliniken umgehend reagieren können, wenn er auf Dauer über diesen Weg Ratsuchende erreichen möchte. Folglich muss er seine Zeitplanung so gestalten, dass ein schnelles Reagieren möglich ist.

Bislang gibt es keine Konkurrenz zwischen den Sozialdiensten der Kliniken und der Pflege- und Wohnberatungsstelle, obwohl es verwandte Professionen sind. Aber die Kapazitäten der Kliniksozialdienste würden es derzeit nicht zulassen, Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt für eine bestimmte Zeit ambulant weiter zu betreuen. Aus diesem Grund sind sie froh über das komplementäre Angebot im ambulanten Bereich. Sie müssen ihre Patienten nicht ins Ungewisse entlassen, sondern können sie guten Gewissens weiter vermitteln.

Ob sich die Situation verändert, wenn spezielle Leistungen des Schnittstellenmanagements in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen werden, die Krankenhäuser damit also Geld verdienen können, bleibt abzuwarten. Denn *„das, was die Pflege- und Wohnberatungsstelle anbietet, können wir auch leisten, wenn uns die entsprechenden personellen Kapazitäten zur Verfügung stünden“*. Die Beratungsstelle wäre dann allerdings nicht mehr neutral. Die Neutralität ist aber für die Ratsuchenden ein wichtiger Faktor, um die Beratung in Anspruch zu nehmen. Sie ist die Voraussetzung dafür, dem Berater zu vertrauen.

Wenn Patienten über Möglichkeiten der ambulanten Weiterversorgung schlecht informiert waren, ist der Sozialdienst in der Regel nicht einbezogen gewesen. Den Vorwurf („neuralgischer Punkt“) der mangelnden Informationsbereitschaft richten die Ratsuchenden primär an die Stationen, besonders an die Stationsärzte.

## **b) Zusammenarbeit mit den ambulanten Pflegediensten**

Die Zusammenarbeit mit den ambulanten Diensten wird von beiden Seiten ebenfalls positiv bewertet. Nach Meinung der Pflegedienste trägt die Pflege- und Wohnberatungsstelle zu „*einer deutlichen Verbesserung der ambulanten Versorgung*“ bei. Ihrer Einschätzung nach wäre bei einigen Kunden der Verbleib in der häuslichen Versorgung ohne die Unterstützung der Pflege- und Wohnberatungsstellen nicht möglich gewesen. Insofern sind die ambulanten Pflegedienste natürlich an Hilfen interessiert, die dazu beitragen, Aufnahmen in die stationäre Pflege zu vermeiden.

Auch die Pflegekräfte beraten ihre Kunden, was aber nicht zu einer Kollision mit der Pflege- und Wohnberatungsstelle führt. Denn Case Management ist im Rahmen der ambulanten Pflege nicht zu leisten, und zwar nicht nur wegen der fehlenden Refinanzierbarkeit, sondern eher wegen der nicht vorhandenen Trägerneutralität.

Als Voraussetzungen für eine gute Zusammenarbeit werden hier ebenfalls die gegenseitige Wertschätzung, die Verbindlichkeit, das schnelle Reagieren auf Anfragen und die Information über das Beratungsergebnis aufgeführt.

Die Formulare für die Bedarfsermittlung, die den Informationsfluss zwischen Beratungsstelle und Pflegedienst systematisieren sollen, werden zwar grundsätzlich als erforderlich erachtet. Bei weiterem Nachfragen wird aber dann doch darauf hingewiesen, dass ein kurzes Telefonat in Anwesenheit der Angehörigen effizienter sei. Der Vorteil ist, so die Pflegedienstleitung „... *ich habe es aus dem Kopf. Die Angehörigen sind dabei, der Kontakt ist hergestellt und es sind die Dinge besprochen, um die es geht*“.

Ein wichtiges Element in der Zusammenarbeit mit den Pflegediensten ist die Information über die Interventionen der Pflege- und Wohnberatungsstelle und über die in die Wege geleiteten Maßnahmen. Diese Information erfolgt in der Regel telefonisch, in Einzelfällen auch per Mail oder per Fax.

## **c) Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten**

Die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten ist schwierig, was sich allein darin zeigt, dass von etwa 20 Praxen nur drei mit insgesamt fünf Ärzten bereit sind, enger mit der Pflege- und Wohnberatungsstelle zu kooperieren<sup>25</sup>. Die Ärzte haben primär die somatischen Beschwerden im Blick und weniger den materiellen und sozialen Kontext des Patienten. Möglicherweise kollidiert hier aber auch ihr berufliches Selbstverständnis, nämlich im ambu-

---

<sup>25</sup> ebd.

lanten Bereich für die Koordination der Maßnahmen (§ 73 SGB V) zuständig zu sein, mit dem Tätigkeitsprofil des Pflege- und Wohnberaters.

Das Formular zur Bedarfsmitteilung wird auch von den kooperationsbereiten Ärzten ungern genutzt. Sie ziehen es ebenfalls vor, in Anwesenheit des Patienten und seinen Angehörigen mit dem Pflege- und Wohnberater zu telefonieren. Der von der Pflege- und Wohnberatungsstelle entwickelte Bogen für die standardisierte Bedarfsmitteilung stößt jedoch noch aus einem anderen Grund auf Widerstand. Bei seiner Entwicklung, so ein niedergelassener Arzt, *„ist ärztliche Kompetenz nicht einbezogen gewesen“*. Deshalb haben sie, ob berechtigt oder nicht, ein Akzeptanzproblem damit. Ärzte lassen sich ungern von nichtärztlichen Berufen vorschreiben, auf was man beim Patienten achten muss. Deshalb wäre es vielleicht hilfreich gewesen, ärztliche Kompetenz bei der Entwicklung des Bogens einzubeziehen.

Die Bedarfsmitteilung enthält neben den (nicht ICD-verschlüsselten und nicht ICF konformen) Hauptdiagnosen mehrere Kriterien, die den Einbezug der Pflege- und Wohnberatungsstelle indizieren. Die Indikatoren „Sturzgefahr“ oder „Bewegungseinschränkung“ seien, so die Kritik eines niedergelassenen Arztes, aber nicht wirklich zutreffend, weil *„wir Ihnen dann fast alle unserer älterer Patienten schicken könnten“*. Das Ausfüllen der relativ kurzen Bedarfsmitteilung wird aber auch mit der Begründung abgelehnt, *„weil es dafür keine Abrechnungsziffer gibt“*.

Damit die Ärzte als zuweisende Instanz nicht auf Dauer nur eine marginale Rolle spielen, muss man sie einerseits stärker für die Problemlagen Pflegebedürftiger sensibilisieren, zum Beispiel über entsprechende Fort- und Weiterbildungsangebote. Andererseits muss die Bereitschaft der Ärzte, sich in ein multiprofessionelles Hilfenetzwerk zu integrieren, von den Ärzteverbänden und den Kassenärztlichen Vereinigungen in irgendeiner Form honoriert werden, wobei aber nicht unbedingt ein finanzieller Anreiz gewählt werden muss.

### **3.2 Die Rolle der Pflege- und Wohnberatungsstelle im Ahlener Versorgungssystem**

Die Pflege- und Wohnberatungsstelle hat aufgrund ihrer Neutralität und ihrer kompetenten personellen Besetzung eine hohe Akzeptanz unter den Trägern. Durch ihre trägerübergreifende Anbindung und durch die lange Modellförderung hat sie sich im Ahlener Versorgungssystem bestens etabliert.

Aber das „Herzstück“ ist sie wegen ihrer strukturbildenden und qualitätssichernden Aufgaben. Der Pflege- und Wohnberater organisiert und moderiert die Arbeitskreise „Ambulante Dienste“ und „Pflegeversicherung“. Über die Auswahl der Themen hat er Einfluss auf die

konzeptionelle Weiterentwicklung des Systems. In der Diskussion mit den ambulanten Anbietern werden aber nicht nur Bedarfe erkannt, sondern auch Standards für die Kooperationsbeziehungen entwickelt.

Die Pflege- und Wohnberatung muss „neutral“ sein. Der Berater darf keine Bewertung einzelner Anbieter vornehmen. Treten Qualitätsprobleme auf, so kann der Pflege- und Wohnberater – dank der bestehenden Kooperationsbeziehungen - den Anbieter entweder direkt darauf ansprechen oder den Arbeitskreis als Forum nutzen, um sich auf Qualitätsstandards zu verständigen.

Die Arbeitskreise, aber auch die enge Zusammenarbeit mit den Selbsthilfegruppen sind entscheidend, um das Angebot nachfrageorientiert weiter zu entwickeln. Insofern gestaltet die Stadt Ahlen die Altenhilfeplanung schon weitgehend partizipativ. Perspektivisch muss das Gewicht weiter in Richtung Bürgerschaftliches Engagement geschoben werden, wenn ein Welfare Mix erreicht werden soll. Die Stadt Ahlen ist diesbezüglich in den letzten Jahren ausgesprochen aktiv gewesen und mehrfach ausgezeichnet worden. In Zukunft wird es deshalb nicht primär um den weiteren konzeptionellen Ausbau gehen, Ahlen hat hier bereits eine Vielzahl innovativer Ansätze vorzuweisen, sondern darum, die Akzeptanz der ehrenamtlichen Hilfen zu erhöhen. Das wird das Ahlener Modell jedoch nicht allein bewerkstelligen können. Damit bürgerschaftliches Engagement in den Pflegebeziehungen stärker zum Tragen kommt, sind gesellschaftspolitische Anreize notwendig.



## 4 Zusammenfassung

Aufgabe des iso-Instituts war es, zu untersuchen, in welcher Hilfsituation die Pflege- und Wohnberatungsstelle in Anspruch genommen wird, welchen Hilfebedarf die Ratsuchenden aufweisen, wie sie ihre Situation bewältigen und welche Rolle die Pflege- und Wohnberatung dabei spielt. Darüber hinaus ist der Frage nachgegangen worden, ob es Mängel im Ahlener Versorgungssystem gibt und ob der mit dem Modell intendierte Vernetzungsgrad erreicht worden ist.

Unter den Ratsuchenden der Pflege- und Wohnberatungsstelle, die einen komplexen Hilfebedarf aufweisen, konnten vier charakteristische Hilfsituationen identifiziert werden:

1. die stabile Hilfsituation,
2. die „chaotische“ Hilfsituation,
3. die plötzliche Krise und
4. die labile Hilfsituation.

Bis auf die „*stabile Hilfsituation*“, in der es um die Realisierung eines konkreten Anliegens geht, liegt in allen anderen Hilfsituationen ein komplexer Beratungsbedarf vor. Die Beratungsinhalte umfassen präventive Gespräche, Unterstützung bei leistungsrechtlichen Fragen und der Antragsstellung, Organisation ambulanter Hilfen, Optimierung der Hilfsmittelversorgung, Wohnberatung, Heimplatzsuche und psychosoziale Unterstützung. Die Methode der Wahl bei komplexen Problemlagen ist jedoch das Case Management, das mit Ausnahme der stabilen Hilfsituation in allen anderen Hilfsituationen indiziert gewesen ist.

Der Nutzen des Angebots liegt für die Ratsuchenden vor allem darin, dass der Pflege- und Wohnberater den Hilfebedarf konkretisiert, die notwendigen Infrastrukturkenntnisse vermittelt, die Realisierung der Maßnahmen kontrolliert und im Rahmen der Nachsorge die Stabilität des Hilfesettings ein weiteres Mal überprüft. Die Nachsorge ist von den Ratsuchenden dankbar aufgenommen worden. Auf diese Weise werden problematische Veränderungen frühzeitig erkannt, und es können Lösungswege aufgezeigt werden, bevor es zu einer krisenhaften Zuspitzung der Hilfsituation kommt. Die aufsuchende Nachsorge hat somit eine stark präventive Wirkung.

Trotz Unterstützung durch die Pflege- und Wohnberatungsstelle ist die Belastung der Hauptpflegeperson relativ hoch. Das liegt daran, dass Pflegebeziehungen in der Regel enge Zweierkonstellationen sind, die ungern „Dritte“ oder „Fremde“ in ihre Symbiose einbeziehen. In welcher Weise die Hilfsituation bewältigt wird, ist primär von dem Verhältnis der Partner

untereinander und der materiellen Situation abhängig. Die Bewältigungsmuster, die für die Zweierkonstellationen charakteristisch sind, lassen sich vier Typen zuordnen, und zwar erstens den „Schicksalsergebenen“, zweitens den „Realisten“, drittens den „Kämpfern“ und viertens den „Resignierten“.

In den meisten Pflegebeziehungen ist psychosoziale Unterstützung notwendig gewesen, wobei der Berater vor allem darauf hinwirken muss, dass in die symbiotische Pflegebeziehung „Dritte“ einbezogen werden. Das können weitere Familienmitglieder sein oder professionelle Dienste, Freunde oder ehrenamtliche Helfer. Das Aufbrechen der Symbiose ist wichtig, um die Hauptpflegeperson zu entlasten und die Pflegequalität zu sichern.

Die Ratsuchenden waren mit ihrer Versorgung im Großen und Ganzen zufrieden. Trotzdem gibt es „neuralgische Punkte“, die eine suboptimale Versorgung zur Folge haben. Die Mängel liegen dabei meistens im Bereich der Kommunikation. Erstaunlich viele Ratsuchende beschwerten sich über die geringe Informationsbereitschaft der Ärzte in den Krankenhäusern und den Rehabilitationskliniken. Information ist aber die Voraussetzung, um selbst bestimmt handeln zu können. Bei allem Verständnis für den Zeitmangel in den Krankenhäusern darf nicht vergessen werden, dass der pflegebedürftige alte Mensch und seine Angehörigen ein Anrecht haben, ausführlich über den Verlauf und die Folgen einer Erkrankung unterrichtet und auf Hilfsmöglichkeiten hingewiesen zu werden. Erst dann können sie entscheiden, welcher Weg für sie der richtige ist.

Defizite im Bereich der Kommunikation, aber auch fehlende Kenntnisse im Bereich der Geriatrie führen dazu, dass Ärzte die Frage der Heimbedürftigkeit nicht fachgerecht klären und es deshalb zu voreiligen Aufnahmen in die stationäre Pflege kommt. In vielen Fällen könnten Heimaufnahmen verhindert werden, wenn die Beteiligten über ambulante Versorgungsmöglichkeiten ausreichend informiert und bei der Krankheitsbewältigung unterstützt worden wären.

Mängel treten aber auch im Rahmen der Begutachtung gemäß § 18 SGB XI auf. Hier wurden vor allem die engen Zeitkorridore bei den einzelnen Verrichtungen kritisiert. Bei der Hilfsmittelversorgung liegen die Mängel in den langen Bearbeitungszeiten der Kassen und den nicht optimal angepassten Hilfsmitteln.

Der mit dem Modell intendierte Vernetzungsgrad ist in der Stadt Ahlen bereits relativ hoch. In Zukunft sollte das Gewicht weiter auf der Stärkung des Bürgerschaftlichen Engagements liegen. Die Stadt Ahlen ist hier bereits aktiv und ihre modellhaften Ansätze sind schon mehrfach ausgezeichnet worden. Von den Ratsuchenden sind ehrenamtliche Tätigkeiten aber kaum in Anspruch genommen worden. Deshalb muss die Akzeptanz solcher Angebote noch

erhöht werden, was aber die Pflege- und Wohnberatungsstelle nicht allein bewerkstelligen kann. Hierzu sind gesellschaftspolitische Anreize notwendig.

Bei der Systematisierung der Schnittstellen zwischen den Versorgungsbereichen muss beachtet werden, dass neben der EDV-gestützten Formalisierung (Anmeldebogen, Bedarfsmitteilung, Dokumentation) auch die zwischenmenschliche Kommunikation gepflegt, reflektiert und ggf. verbessert werden muss. Kompetentes Auftreten und ein respektvolles Miteinander sind die Voraussetzung für eine gute Zusammenarbeit und lassen sich durch keine Form der Systematisierung ersetzen.

Der Optimierungsbedarf im Ahlener Versorgungssystem liegt im weiteren Aufbau von Kooperationsstrukturen, insbesondere mit den niedergelassenen Ärzten. Hier müsste allerdings die Kassenärztliche Vereinigung als Partner gewonnen werden, weil das Zugehen auf einzelne Ärzte für die Pflege- und Wohnberatungsstelle zeitaufwendig und wegen des ablehnenden Verhaltens einzelner Ärzte auch frustrierend ist.

### **Anlagen zum Bericht des iso-Institutes Saarbrücken im Anhang**

Anlage 1: Leitfäden für die Expertengespräche

Anlage 2: Narrative Interviews mit Ratsuchenden



## **III.2 Charité – Universitätsmedizin Berlin**

**Institut für Medizinische Soziologie**

**Institut für Biometrie und klinische Epidemiologie**

**Leitung:** Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei  
Prof. Dr. Peter Martus

**Bearbeitung:** Annegret Roemheld, Dipl. Soz.  
Dr. phil. Ulrike Grittner  
Andrea Ernert  
unter Mitarbeit von Martin Viehweger und Aline Schmidt-Ott

<b>Inhalt</b>	<b>Seite</b>
<b>1 Frage- und Zielstellung des Projektes</b>	<b>4</b>
<b>2 Datenmaterial und Methode</b>	<b>7</b>
2.1 Routinedaten der Kranken- und Pflegekassen sowie des Sozialhilfeträgers (Sekundärdaten)	7
2.1.1 Auswahl der Vergleichsstadt	7
2.1.2 Zugang und Auswahl der Sozialversicherungsträger	9
2.1.3 Datenschutz	11
2.1.4 Datenbasis	11
2.1.4.1 Daten der Kranken- und Pflegekassen	11
2.1.4.2 Daten des Kreises Warendorf	12
2.1.5 Statistische Planung/ Statistische Analysen	14
2.1.6 Aufbereitung der Versichertendaten	17
2.2 Primärdaten aus Befragung von Pflegebedürftigen und Angehörigen aus Ahlen	24
2.2.1 Zugang zur Stichprobe über KAA	24
2.2.2 Ankündigung	25
2.2.3 Entstehung des Fragebogens	25
2.2.4 Durchführung/technische Details	27
2.2.5 Pretest	27
2.2.6 Hauptbefragung	28
2.2.7 Methoden der Auswertung	29
2.2.8 Aufbereitung der Interviews	29
<b>3 Darstellung und Diskussion der Ergebnisse</b>	<b>30</b>
3.1 Beschreibung der Versichertenkohorte	30
3.1.1 Beschreibung der Fall- und Kontrollgruppen bei den „matched-pairs“ Analysen	35
3.2 Kosten medizinischer und pflegerischer Versorgung Pflegebedürftiger in Ahlen und Menden	36
3.2.1 Leistungen nach SGB XI	36
3.2.2 Krankenhaus	48
3.2.3 Hilfsmittel	54
3.2.4 Heilmittel	57
3.2.5 SGB V: Häusliche Krankenpflege	60
3.2.6 Arzneimittel	62
3.2.7 Rehabilitationen	66
3.2.8 Krankentransporte	68
3.2.9 Gesamtkosten	71
3.3 Ergebnisse der Auswertung der Daten des Kreises Warendorf	75
3.3.1 Beschreibung der Stichprobe	75
3.3.2 Ergebnisse bezüglich der Leistungen im Rahmen des BSHG	76
3.4 Ergebnisse der Befragung von Pflegebedürftigen und Angehörigen in Ahlen	82
3.4.1 Beschreibung der Interviews	82
3.4.2 Zufriedenheit mit der KAA	86
3.4.3 Inanspruchnahme des Ahlener Netzes	91
3.4.4 Versorgungszufriedenheit innerhalb des Ahlener Netzes	94
3.4.5 Subjektives Wohlbefinden der Pflegebedürftigen und Angehörigen	98
<b>4 Zusammenfassung und Diskussion</b>	<b>107</b>
Abbildungsverzeichnis	114
Tabellenverzeichnis	115

### **Anlagen zum Bericht der Charite Berlin im Anhang**

- Anlage 1: Fragebögen an Angehörige und Pflegebedürftige
- Anlage 2: Datenlieferung von Krankenkasse 1 und 2 und des Kreises Warendorf
- Anlage 3: Korrekturfaktoren in Ahlen und Menden
- Anlage 4: Übersicht zu den verwendeten Variablen von Daten der Kranken- und Pflegekasse bzw. des Kreises Warendorf

### **Abkürzungsverzeichnis**

KK 1	Krankenkasse 1
KK 2	Krankenkasse 2
KAA	Koordinationsstelle Ambulanter Angebote – Pflege- und Wohnberatungsstelle
PB	Pflegebedürftige(r)
AG	Angehörige(r)
DDD	Defined Daily Dose
MW	Mittelwert
SD	Standardabweichung
N	Stichprobenumfang
PS	Pflegestufe
Ges	gesamt

## 1 Frage- und Zielstellung des Projektes

Der erste Forschungsschwerpunkt bestand in der Untersuchung von Effekten auf die Versorgung Pflegebedürftiger durch das Ahlener Versorgungssystem. Im Rahmen einer Primärerhebung wurden dafür in Ergänzung der Untersuchung des ISO-Institutes Ahlener Pflegebedürftige und deren (teilweise pflegende) Angehörige befragt.

Ein besonderer Fokus lag auf der Arbeit der KAA:

Welche Fragen und Probleme gibt es für Angehörige und Pflegebedürftige, die Beratung durch die KAA – Pflege- und Wohnberatung in Anspruch zu nehmen?

Wie häufig wird die KAA in Anspruch genommen und wovon ist die Nutzung abhängig?

Wie zufrieden sind die beratenen Personen mit den Informationen und der Unterstützung seitens der KAA? Wird die KAA als Koordinationsstelle des Ahlener Versorgungssystems wahrgenommen?

Es bestehen dazu folgende Annahmen:

Die Fragen der Angehörigen und Pflegebedürftigen beziehen sich vorwiegend auf unmittelbare Schwierigkeiten der aktuellen Pflegesituation.

Wenn die häusliche Hilfsituation stabil ist, wird die KAA kaum in Anspruch genommen, weil die KAA eher als Institution zur Erhaltung der häuslichen Pflegesituation in kritischen Momenten der Pflegesituation und zu deren Beginn genutzt wird.

Weiterhin wurden die Inanspruchnahme der Versorgungsinstitutionen bzw. –angebote durch Pflegebedürftige und Angehörige untersucht und die Ursachen für wenig bzw. geringe Inanspruchnahme erfragt. Hierbei wurden die Nutzung aufgrund von akutem Bedarf (wie Krankenhaus und Arztbesuche), aber auch Angebote näher betrachtet, die im Rahmen des SGB XI Wahlmöglichkeiten darstellen, wie die Kurzzeitpflege, oder inwieweit die Kranken- und Pflegekassen als Informationsquelle genutzt werden.

Angenommen wurde, dass die Nutzung der Versorgung heterogen ist, d.h. dass ergänzenden Angebote (wie Selbsthilfegruppen), die in Ahlen bestehen, gerade durch die Vernetzungsstruktur der Ahlener Versorgung umfangreich genutzt werden und den betroffenen Personen das Ahlener Versorgungsnetz eine bekannt Struktur ist.

In einem weiteren Schritt wurde danach gefragt, wie zufrieden die Nutzer mit der medizinischen, pflegerischen und sonstigen<sup>1</sup> Versorgung waren und welche Veränderungen sie sich für die Versorgung Pflegebedürftiger in Ahlen bzw. allgemein vorstellen können im

---

<sup>1</sup> Sonstige Versorgung: hierunter fallen z.B. die Betreuung durch den MDK, die Krankenkassen, (weitere Social Support-Leistungen, wie die durch Selbsthilfegruppen

Sinne der Weiterentwicklung der ambulanten Betreuung von Pflegebedürftigen. Die Qualität der Versorgung für Pflegebedürftige wurde außerdem dadurch genauer ermittelt, dass Kommunikationscharakteristika zwischen Pflegehaushalten und Versorgungsanbietern und die Einbindung der Angehörigen im Versorgungsprozess erhoben wurden. Es bestand die Annahme, dass die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen und Angehörigen hoch ist, da die Zusammenarbeit der einzelnen Anbieter abgestimmt ist, was das Vertrauen in die Versorgung und die Qualität derselben erhöht und gerade die ambulante Betreuung von Pflegebedürftigen erleichtert.

Abschließend wurde das subjektive Wohlbefinden von Pflegebedürftigen und Angehörigen untersucht, um die Lebenslage Ahlener Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen genauer beschreiben zu können. Der Gesundheitszustand, die psychische bzw. physische Belastung der Angehörigen, die Unterstützung durch Freunde sowie Angehörige und weitere informelle Hilfe- und Unterstützungsnetzwerke wurden ermittelt, weil ein Einfluss dieser Variablen auf das subjektive Wohlbefinden angenommen wurde und näher betrachtet werden sollte. Vermutet wurde außerdem, dass gerade die pflegenden Angehörigen neben der Pflegebelastung Teile des Ahlener Versorgungsnetzes als Entlastung wahrnehmen.

Insgesamt wurde davon ausgegangen, dass die Beurteilung der Versorgungsqualität Pflegebedürftiger nicht nur durch individuelle Einstellungen und Erfahrungen beeinflusst wird, sondern auch durch Faktoren wie Geschlecht, Pflegestufe, Generation der Pflegeperson, Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen und die Art der genutzten Pflegeleistung, die Ansprüche Pflegebedürftiger und Angehöriger an einen guten Arzt/ eine gute Ärztin und den ursprünglichen Anlass der Pflegebedürftigkeit (Pflegezustand durch eine chronische Krankheitsentwicklung vs. akuten Ereignis) determiniert ist.

Im Rahmen des zweiten Forschungsschwerpunktes wurden die Kosten der Versorgung pflegebedürftiger Menschen analysiert. Das Hauptinteresse der Untersuchung galt der Frage: Spart die Existenz einer Pflege- und Wohnberatung und einer vernetzten Versorgung in einer Kleinstadt Versorgungskosten bei der Betreuung pflegebedürftiger Personen?

Die Kosten der Versorgung von Pflegebedürftigen in Ahlen und Menden wurden anhand von Daten zweier Kranken- und Pflegekassen betrachtet und verglichen, zusätzlich wurden die Versorgungskosten der Kommune Ahlen (bzw. des zugehörigen Kreises Warendorf) in die Analyse mit einbezogen.

Mit Versorgungskosten sind Kosten gemeint, die im Rahmen des SGB V beziehungsweise XI durch Hilfs-<sup>2</sup>, Heil-<sup>3</sup> und Arzneimittel<sup>4</sup>, Krankenhausleistungen<sup>5</sup>, Pflegeleistungen<sup>6</sup> und Fahrtkosten<sup>7</sup> und bei der Kommune durch das BSHG (jetzt SGB XII) entstehen.

---

<sup>2</sup> Hilfsmittel sind nach SGB V, §33 „...Hörhilfen, Körperersatzstücke, orthopädische und weitere Mittel, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung



Es bestand die Annahme, dass sich in Ahlen auf Grund einer zunehmend vernetzten Versorgungsstruktur und dem sich seit 13 Jahren weiter entwickelnden Angebot der Pflege- und Wohnberatung eine im Vergleich zu Menden effektivere Versorgung Pflegebedürftiger nachweisen lassen kann. Die vorliegende Untersuchung stellt den Versuch dar, Effekte auf die Inanspruchnahme Pflegebedürftiger und die dadurch entstehenden Kosten zu messen, die sich bisher häufig als schwer bzw. nicht messbar in der Literatur finden.

Die Vergleichsstadt Menden verfügt, bei sonst weitgehend Ahlen ähnlichen soziostrukturellen Merkmalen, weder über das Angebot einer Pflege- und Wohnberatung in der Ahlener Form, noch über eine ausgeprägte Vernetzung der Versorgungsstrukturen. Wenn möglich sollten außerdem Personen, die das Angebot der KAA<sup>8</sup> - Pflege- und Wohnberatung in Ahlen in Anspruch genommen haben mit Personen, welche dieses Angebot nicht in Anspruch genommen haben, verglichen werden.

Wenn Unterschiede in den Versorgungskosten bestehen - welche Kostenträger (Sozialhilfeträger, Kranken- und Pflegeversicherung) profitieren ökonomisch von den Auswirkungen (Heimvermeidung etc.) der Arbeit der Pflege- und Wohnberater und der vernetzten Versorgung? Verbessert sich durch eine vernetzte Versorgung die Qualität der Versorgung für Pflegebedürftige?

Im Einzelnen lagen folgende Annahmen vor:

Die Betreuung von Pflegebedürftigen und damit verbunden auch von Angehörigen Pflegebedürftiger erfolgt in Ahlen umfassend und koordiniert. Neben der umfassenden Beratung und Versorgung der Pflegebedürftigen zielen die Angebote der Beratungsstelle und der weiteren Dienste auf die Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“. Gerade die Beratung zu Möglichkeiten in der ambulanten Betreuung und Pflege könnte zu höheren Anteilen der ambulanten Pflege gegenüber der stationären Pflege führen. Es wurde untersucht, inwiefern und für welche Pflegestufen dies zutrifft und in welcher Art die anderen Leistungsbereiche der Pflegeversicherung genutzt werden. Kommt es in Ahlen zu mehr oder weniger Krankenhausaufenthalten? Kann man die durchschnittliche Aufenthaltsdauer und

---

vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des alltäglichen Lebens anzusehen oder nach §34 Abs. 4 ausgeschlossen sind.“

<sup>3</sup> „Heilmittel sind Massagen, Bäder, Krankengymnastik und andere Bestandteile ärztlicher Behandlungen.“ (SGB V, §32)

<sup>4</sup> SGB V, §31

<sup>5</sup> SGB XI, §11

<sup>6</sup> SGB XI, §36ff.

<sup>7</sup> SGB V, §60

<sup>8</sup> Koordinationsstelle Ambulanter Angebote

Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten als Indikator für eine vernetzte Versorgung nutzen?  
Und was besagen Unterschiede in der Analyse der beiden Städte?

Bisher in der KAA erstellte Kasuistiken und Effizienzberechnungen gaben Hinweise darauf, dass von den Pflegebedürftigen unerwünschte Umzüge ins Pflegeheim verhindert werden können. Damit können dem Sozialhilfeträger und der gesetzlichen Pflegeversicherung Ausgaben erspart bleiben. Ob eine Person ambulant oder stationär nach SGB XI betreut wird (und dies unter Umständen auf Grund der besseren ambulanten Versorgungslage und Beratung), kann den Daten der Pflegeversicherung entnommen werden. Krankenseinweisungen aus Versorgungsgründen sind in den Datensätzen nicht differenzierbar.

## **2 Datenmaterial und Methode**

### **2.1 Routinedaten der Kranken- und Pflegekassen sowie des Sozialhilfeträgers (Sekundärdaten)**

#### **2.1.1 Auswahl der Vergleichsstadt**

Um den Einfluss der vernetzten Versorgung beziehungsweise der Pflege- und Wohnberatung auf die Versorgung und die Versorgungskosten von Pflegebedürftigen in Ahlen zu messen, sollte eine Vergleichsstadt gefunden werden, die nicht über eine vergleichbare vernetzte Versorgung verfügt.

Ahlen hat 55.500 EinwohnerInnen, 16,8% der EinwohnerInnen sind 65 Jahre alt und älter, 7,1% der EinwohnerInnen sind 75 Jahre alt und älter. Ahlen liegt im Einzugsbereich der AOK-Westfalen-Lippe.

Bei der Suche nach einer Vergleichsstadt wurden davon ableitend folgende Kriterien verwendet:

- Einzugsbereich der AOK Westfalen-Lippe,
- EinwohnerInnenzahl zwischen 50.000 und 80.000,
- Anzahl von EinwohnerInnen ab 65 Jahren soll im Vergleich zu Ahlen um maximal 15% abweichen,
- die Anzahl der EinwohnerInnen ab 75 Jahren soll im Vergleich zu Ahlen um maximal 10% abweichen,
- in den Vergleichsstädten sollte, wie oben bereits dargestellt, keine vergleichbare Pflege- und/oder Wohnberatungsstelle aktiv sein (Arbeitseinsatz in Zeiteinheiten, Qualifikation,

Öffnungszeiten) und es sollte keine dem Ahlener Netz vergleichbare Versorgungsstruktur vorliegen.

Nach ausführlichen Recherchen von "Alter und Soziales e.V." wurde im Mai 2004 die Stadt Menden ausgewählt, weil sie am besten den Kriterien entsprach.

Dankenswerterweise stimmte der Bürgermeister der Stadt Menden einer Beteiligung an der Untersuchung zu. Menden liegt im Einzugsbereich der AOK Westfalen-Lippe, was die Datenakquise wesentlich vereinfacht. Menden hat 59.000 EinwohnerInnen, die Anzahl von EinwohnerInnen ab 65 Jahren beträgt 16,5% und weicht damit im Vergleich zu Ahlen lediglich um 0,3% Prozentpunkte ab. Die Anzahl der EinwohnerInnen ab 75 Jahren weicht ebenfalls nur geringfügig mit 6,6% gegenüber Ahlen um 0,5% Prozentpunkte ab.

Das Kriterium der Bettenzahlen der Krankenhäuser und Altenheime wurde bei der Auswahl nicht berücksichtigt. Die Vergleichbarkeit dieser Zahlen und deshalb auch die Festlegung einer tolerierbaren Differenz ist insofern problematisch, als im Einzelnen nicht festgestellt werden kann, wie groß die Einzugsräume der Krankenhäuser und Pflegeheime sind. In Ahlen gibt es ein Krankenhausbett auf 184 Einwohner, in Menden auf 135. In Ahlen gibt es einen Pflegeheimplatz auf 200 Einwohner, in Menden auf 272.

Das Hauptauswahlkriterium war, dass in der Vergleichsstadt keine vergleichbare Pflege- und/oder Wohnberatungsstelle aktiv sein sollte und keine dem Ahlener Netz vergleichbare Versorgungsstruktur vorlag, wobei sich die Vergleichbarkeit der Beratungsstelle z.B. auf vergleichbaren Arbeitseinsatz in Zeiteinheiten, Qualifikation der Mitarbeiter oder Beratungszeiten bezieht.

Die Kommune Menden hatte bis Ende 2003, wie fast alle Kommunen in Nordrhein/Westfalen, eine städtisch organisierte Pflegeberatung, die allerdings nicht wie in Ahlen in eine vernetzte Versorgungsstruktur eingebunden war. Zudem weist die Arbeit der Pflege- und Wohnberatung folgende Unterschiede im Vergleich zur Ahlener Pflege- und Wohnberatung auf:

Sie arbeitet nicht mit der Methode des Case Managements<sup>9</sup>, die Mitarbeiter sind für eine psychische Unterstützung von Betroffenen (welche natürlicherweise in Beratungszusammenhängen stattfindet) nicht geschult und sie bietet nur eine eingeschränkte Wohnberatung an (d.h. z.B. es werden keine Hausbesuche durchgeführt). Kontaktaufnahme von Betroffenen über das Internet ist nicht möglich. Die Dokumentation der Mendener Pflegeberatung ist einfacher, und die Arbeit der Einrichtung wird nicht evaluiert.

---

<sup>9</sup> als handlungsleitendes Konzept

Auch das Selbstverständnis der Mendener Pflegeberatung unterscheidet sich von dem der KAA. Die KAA agiert kommunalpolitisch im Sinne der Begleitung von Angehörigen- und Selbsthilfegruppen, Durchführung von Pflegekursen nach SGBXI, §45 und Informationsveranstaltungen zum Themenfeld Pflege. Dieses erweiterte und integrierte Verständnis der Pflege- und Wohnberatung entspricht nicht dem der Mendener Pflegeberatungsstelle.

In einer telefonischen Befragung im März 2005 mit in den Jahren zwischen 2001-2003 in den Beratungsstellen in Ahlen und Menden tätigen Mitarbeitern wurden die genannten Unterschiede zwischen den beiden Beratungsstellen erhoben.

### **2.1.2 Zugang und Auswahl der Sozialversicherungsträger**

#### Kranken- und Pflegeversicherungsdaten

Um Daten von pflegebedürftigen Versicherten aus Ahlen und Menden für eine vergleichende Analyse zu gewinnen, musste Kontakt zu Kranken- und Pflegekassen hergestellt werden.

Der Kontakt zur AOK bestand bereits im Vorfeld des Forschungsantrages.

Darüber hinaus war vom VdAK e.V. Unterstützung bei der Kontaktaufnahme mit den einzelnen in Frage kommenden Kranken- und Pflegekassen zugesichert worden.

Um die pflegebedürftige Bevölkerung Ahlens und Mendens möglichst vollständig in den Analysen abzubilden, war Ziel der Verhandlungen, mit möglichst vielen Kranken- bzw. Pflegekassen zu kooperieren, die pflegebedürftige Versicherte in Ahlen oder Menden haben. Der Kontakt zu privaten Krankenkassen war nicht vorgesehen.

Eine Übersicht vom MDK zur Gesamtzahl der Ahlener Pflegebedürftigen und ihrer Verteilung in den Kranken- bzw. Pflegekassen war leider nicht erhältlich. Die Daten der KAA zeigen, dass die Mehrzahl der pflegebedürftigen Personen Ahlens bei der AOK, Bundesknappschaft oder Barmer Ersatzkasse versichert ist.

In Abstimmung mit Herrn D. (Abteilung Pflege, VdAK/AEV e.V.) wurde an die meisten im Zusammenhang mit dem Projekt relevanten Kranken- und Pflegekassen im Juli und August 2004 eine allgemeine Information zum Modellprojekt versandt.

Gleichzeitig wurde eine Variablenliste (Definition des Datenbedarfes für die Analysen und eventuell benötigte Codierschlüssel, wie der ATC-Code) erstellt, die im Anschluss als Verhandlungsgrundlage bei Gesprächen mit den Kranken- und Pflegekassen genutzt wurde. Hierbei waren es vor allem die Gespräche mit der AOK Westfalen/Lippe, die zügig und sehr effizient verliefen.

Im Mai 2004 wurden die ersten Kontakte zu den Krankenkassen aufgenommen.

Grundsätzlich zeigten sich alle Kranken- und Pflegekassenvertreter wohlwollend gegenüber dem Projekt - schlussendliche Beteiligung und zügige Bearbeitung der für die Forschung benötigten Daten waren jedoch selten.

Generell gilt, dass Daten von Leistungen, die mehr als 5 Jahre zurückliegen, schwer für Forschungszwecke nutzbar zu machen sind. Dies liegt häufig an zwischenzeitlichen Veränderungen von Datenbankstrukturen innerhalb der Kranken- und Pflegekassen, aber auch an Fusionen zwischen Kranken- und Pflegekassen. Dies ist auch eines der Argumente für den gewählten Forschungszeitraum 2001-2003, da ein Vergleich der Jahre 1998 und 2003 (wie ursprünglich geplant) aufgrund der genannten Schwierigkeiten kaum möglich gewesen wäre.

Der Prozess der Entscheidung zur Teilnahme am Modellprojekt dauerte bei einigen Krankenkassen sehr lange, und die ursprüngliche Frist für den Eingangschluss der Datensätze am 31. März 2005 konnte nicht eingehalten werden.

Die Datenverwaltung und damit auch die Möglichkeiten der Nutzbarmachung der Daten bei den Pflege- und Krankenkassen sind sehr unterschiedlich. So sagten die KKH, BEK, DAK und IKK ihre Beteiligung aufgrund mangelnder personeller und technischer Möglichkeiten im Zusammenhang mit der Datenbearbeitung ab.

Die HKK hatte zu geringe Versichertenzahlen in Ahlen und Menden und entschied sich deshalb gegen eine Teilnahme. Die Bundesknappschaft (BK) lieferte zunächst umfangreiche Datensätze zu allen relevanten Leistungsbereichen. Bei der Aufarbeitung und Auswertung dieser Daten stellte sich jedoch heraus, dass die Daten fehlerhaft und damit nicht valide waren. Eine erneute Datenselektion wurde von der BK abgelehnt.

Letztendlich konnten die Daten zweier Kranken- und Pflegekassen mit Angaben von 1420 Pflegebedürftigen für die wissenschaftlichen Analysen genutzt werden. Die Daten umschließen die Leistungsbereiche Häusliche Krankenpflege nach SGB V, Pflegeleistungen nach XI, Hilfsmittel, Heilmittel, Arzneimittel, Krankenhaus, Fahrtkosten und Rehabilitation. Daten zur ambulanten ärztlichen Versorgung standen nicht zu Verfügung

#### Daten der Kommunen Ahlen und Menden

Die für eine Kostenanalyse relevanten Daten der Kommune<sup>10</sup> sollten direkt von den Sozialabteilungen Ahlen und Menden zur Verfügung gestellt werden. In beiden Städten mussten diese Daten von Hand selektiert werden, was Fehlerquellen bedingt. Um diese

---

<sup>10</sup> (es existierte ähnlich der Liste für die Kranken- und Pflegeversicherungen eine Liste mit den für eine wissenschaftliche Analyse benötigten Variablen)

Fehler zu vermeiden, wurden zumindest in Ahlen parallel die Daten von Altenpflegeheimen und den Ambulanten Sozialen Diensten erhoben.

Leider stellte sich im Rahmen der Aufbereitung der kommunalen Daten heraus, dass die Validität der Daten nicht ausreichte, um weitere Analysen anzustellen. Deshalb wurde Anfang des Jahres 2006 Kontakt mit den Kreisen aufgenommen. Der Märkische Kreis, in dessen Einzugsgebiet Menden liegt, teilte sehr zügig mit, dass die gewünschte Datenselektion nicht möglich ist, weil Daten im Bereich der „Hilfen zur Pflege“ nicht stadtbezogen archiviert werden.

Der Kreis Warendorf lieferte nach aufwändigen Verhandlungen Daten zur Versorgung pflegebedürftiger Personen in der Stadt Ahlen.

### **2.1.3 Datenschutz**

Der Datenschutz wurde im Rahmen des Forschungsprojektes ausdrücklich und in enger Abstimmung mit dem Datenschutzbeauftragten der Charité, Herrn Pilgermann, geregelt.

Mit allen Krankenkassen und der Kommune, welche Daten von pflegebedürftigen Personen zur Verfügung stellten, wurde eine Datenlieferung von pseudonymisierten Daten vereinbart, d.h. eine Identifikation von Personen anhand der Daten (Stammdaten wurden nur fragmentarisch geliefert) ist ausgeschlossen.

Außerdem wurden mit allen Verhandlungspartnern im Einzelnen Datenschutzverträge abgeschlossen.

Mit der KAA, die uns Daten aus ihrer Datenbank zur Verfügung gestellt hat, wurde ein gesonderter Datenschutzvertrag von Seiten der KAA vorgelegt und vereinbart.

Die Daten im Rahmen der Primärerhebung wurden anonymisiert gespeichert.

Alle Daten liegen auf einem besonders geschützten Laufwerk der Charité Berlin, das nur autorisierten Personen zugänglich ist.

### **2.1.4 Datenbasis**

#### **2.1.4.1 Daten der Kranken- und Pflegekassen**

Die Datenlieferungen der Kranken- und Pflegekassen (KK1<sup>11</sup> und KK2) beinhalten routinemäßig erfasste Leistungsdaten der Jahre 2001, 2002 und 2003 bezüglich sämtlicher pflegebedürftiger Personen der Städte Ahlen und Menden, die Versicherte dieser Kranken- und Pflegekassen waren.

---

<sup>11</sup> KK1 Kranken- bzw. Pflegekasse 1 und KK2 Kranken- bzw. Pflegekasse 2

Die Datenlieferung der KK1 im Dezember 2004 umfasst 18 Dateien im „Text-Format“. Es wurde je eine Datei für die Städte Ahlen und Menden mit Angaben zu folgenden Inhalten geliefert:

- Personenbezogene Daten,
- Arzneimittel,
- Heilmittel,
- Hilfsmittel,
- Krankenhaus,
- Rehabilitation,
- Krankentransport,
- Pflege nach SGB V und
- Pflege nach SGB XI

Da sich die Arzneimitteldaten des Jahres 2001 sowohl für Ahlen als auch für Menden als unvollständig erwiesen, wurden zwei Datensätze nachgeliefert.

Die Datenlieferung der KK2 im Juli 2005 besteht aus einer Excel-Datei mit sieben Arbeitsblättern mit folgendem Inhalt:

- Personenbezogene Daten,
- Pflege nach SGB XI (2 Arbeitsblätter),
- Pflege nach SGB V,
- Rehabilitation,
- Krankenhaus und
- Hilfsmittel.

Eine Auflistung der von den Kranken- und Pflegekassen gelieferten Dateien mit Angaben zu Variablen und Anzahl der Datensätze findet sich im Anhang (**Tabellen 2.1 und 2.2**).

#### **2.1.4.2 Daten des Kreises Warendorf**

Die vom Kreis Warendorf gelieferten Daten beinhalten vom Sozialhilfeträger gewährleistete Leistungen nach BSHG der Jahre 2001-2003 an Einwohner Ahlens, die nach §68 des BSHG leistungsberechtigt sind. Für stationär versorgte Personen beinhalten die Daten alle im Rahmen des BSHG erbrachten Leistungen. Im ambulanten Bereich liegen lediglich die Leistungsdaten der „Hilfen zur Pflege“ (§69 BSHG), der „Altenhilfe“ (§26 e BVG bzw. §75 BSHG) und der „Hilfen zur Weiterführung des Haushaltes“ (§70 BSHG) vor. Weitere „Hilfen zum Lebensunterhalt“ fehlen bei den ambulanten Kostenangaben.

Nach §68 BSHG, Abs.1 stehen "Hilfen zur Pflege" im Wesentlichen Personen zu, die "wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die

gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen ...“.

Zum Kreis der betroffenen Personen gehören damit neben Pflegebedürftigen mit einer Pflegestufe auch Personen mit zeitlich begrenztem Pflegebedarf.

Personen, die „Hilfen zur Pflege“ erhielten, und die entsprechenden Leistungen sind in den Daten des Kreisamtes Warendorf in drei unterschiedlichen Datensätzen gespeichert. Diese Datensätze umfassen folgende Personengruppen:

1. ambulant versorgte hilfebedürftige Personen,
2. ambulant versorgte Personen, die Kriegsofopferfürsorge erhielten, und
3. Personen, die in den beiden Ahlener Heimen versorgt wurden.

Bei den Personen, die Kriegsofopferfürsorge erhielten, konnte der Wohnort im Kreis Warendorf mit Hilfe der anonymisierten Daten nicht eindeutig zugeordnet werden. Der Personenkreis umfasst ca. 60 Personen. Unter diesen 60 Personen wurden von einer Sozialamtsmitarbeiterin mit Hilfe von Akten, die nicht elektronisch gespeichert sind, 15 Personen ausfindig gemacht, die während des Untersuchungszeitraumes in Ahlen wohnhaft waren.

Auch für die Bewohner der Ahlener Heime war es nicht möglich, den ursprünglichen Wohnort zu ermitteln. Daher sind alle Heimbewohner in der Datei dokumentiert, die „Hilfen zur Pflege“ erhielten, auch wenn sie nicht ursprünglich aus Ahlen stammen.

Personen, die sowohl Anspruch auf Kriegsofopferfürsorge hatten als auch stationär gepflegt wurden, wurden vom Kreisamt Warendorf nicht erfasst, da sie vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe betreut wurden. Die Fallzahl wurde vom Sozialamt allerdings als sehr gering eingeschätzt (<5).

Die Angaben zur Person umfassen das Geburtsdatum (Monat und Jahr) und einen Personenschlüssel, der die Bestimmung des Geschlechts sowie der Stellung der Person im Haushalt (z.B. Haushaltsvorstand oder überwiegend unterhaltende Person im Haushalt) erlaubt. Weiterhin kann zwischen ambulant und stationär gepflegten Personen unterschieden werden. Personen, die Kriegsofopferfürsorge erhielten, können identifiziert werden.



Der Datensatz der vom Sozialamt des Kreises Warendorf im Juni 2006 geliefert wurde, umfasst 35 Dateien im „Text-Format“. Es handelt sich um je zwei Dateien pro Monat der Jahre 2001-2003, wobei für den Monat Februar 2002 keine Daten geliefert werden konnten. Eine Auflistung der vom Sozialamt des Kreises Warendorf gelieferten Dateien mit Angaben zu Variablen und Anzahl der Datensätze findet sich im Anhang (**Tabelle 2.3**).

### **2.1.5 Statistische Planung/ Statistische Analysen**

Ziel der statistischen Auswertung der Daten der Kranken- und Pflegekassen sowie des Sozialträgers war die Beantwortung folgender Fragen:

1. Verzögert oder verhindert die Fallbetreuung des Pflege- und Wohnberaters Umzüge ins Pflegeheim und hilft sie, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen?
2. Welche Kostenträger (Sozialhilfeträger, Kranken- und Pflegeversicherung) profitieren ökonomisch in welchem Umfang von den Auswirkungen (z.B. Heimvermeidung) der Arbeit der Pflege- und Wohnberater?

statistische Planung der Auswertung der Daten der Kranken- und Pflegekassen

Mit Hilfe der Daten zur Pflege nach SGB XI können Zeiten ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Pflege ermittelt werden. Die Daten bezüglich der Krankenhausaufenthalte erlauben die Ermittlung von Dauer und Häufigkeiten dieser Aufenthalte. Weiterhin können Kosten bezüglich folgender Leistungsbereiche ermittelt werden:

- Arzneimittel,
- Heilmittel,
- Hilfsmittel,
- Krankenhaus,
- Rehabilitation,
- Fahrtkosten,
- Pflege nach SGB V und
- Pflege nach SGB XI.

Um den Einfluss der Pflege- und Wohnberatung auf Zeiten ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Pflege, Dauer und Häufigkeiten von Krankenhausaufhalten sowie auf die Kosten bezüglich der einzelnen Leistungsbereiche zu evaluieren, wurde geplant, den Vergleich auf zwei Ebenen durchzuführen:

1. Vergleich der entsprechenden Daten von Pflegebedürftigen der Städte Ahlen und Menden (Vergleich auf Stadtebene) und
2. Vergleich der entsprechenden Daten von Pflegebedürftigen, die die Beratung der Pflege- und Wohnberatung in Anspruch genommen haben, mit Daten von Ahlener

Pflegebedürftigen, die nicht beraten wurden, sowie mit Daten Mendener Pflegebedürftiger (Vergleich auf individueller Ebene).

Für den Vergleich auf Städteebene wurden multivariate lineare Regressionsanalysen geplant, da diese den Vergleich bestimmter Variablen, wie z.B. Kosten beziehungsweise Aufenthaltsdauern unter Berücksichtigung anderer Einflussgrößen, wie z.B. Alter und Geschlecht ermöglichen.

Bei multivariaten linearen Regressionsanalysen geht man davon aus, dass eine zu untersuchende Variable  $Y$  (z.B. Kosten bzw. Aufenthaltsdauern) durch mehrere Größen  $X_i$  (z.B. Alter, Geschlecht, Pflegestufe) beeinflusst wird. Formal lässt sich dieser Zusammenhang durch die Gleichung:

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k$$

beschreiben. Dabei sind  $\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_k$  die zu den Einflussgrößen  $X_1, X_2, \dots, X_k$  gehörenden Regressionskoeffizienten. Durch Schätzung dieser Koeffizienten kann die Frage beantwortet werden, wie stark der Einfluss der Variablen  $X_1, X_2, \dots, X_k$  auf die Variable  $Y$  ist.

Als Ergebnis der multivariaten linearen Regressionsanalysen erhält man Differenzen bezüglich Kosten bzw. Aufenthaltsdauern mit Adjustierung für die weiteren Einflussgrößen.

Für den Vergleich von Pflegebedürftigen, die die Beratung der Pflege- und Wohnberatung in Anspruch genommen haben, mit Ahlener Pflegebedürftigen, die nicht beraten wurden sowie mit Mendener Pflegebedürftigen wurden „matched pairs“ Analysen geplant.

Bei „matched pairs“ Analysen werden Personen zweier Gruppen, die in bestimmten Variablen (wie z.B. Alter, Geschlecht, Pflegestufe) übereinstimmen, hinsichtlich anderer Variablen (z.B. Kosten bzw. Aufenthaltsdauern) verglichen, um den Einfluss der übereinstimmenden Variablen auf den Vergleich zu minimieren.

Ist eine Gruppe deutlich größer als andere, können jeweils einer Person der kleineren Gruppe mehrere Partner der größeren Gruppe zugeordnet werden.

Die Analyse der Vergleichsvariablen erfolgt mit Hilfe des Wilcoxon Tests für verbundene Stichproben.

Kriterium für die Verwendung der Daten einer Person in der Analyse war unter anderem die Pflegebedürftigkeit der Person, d.h. ein vom MDK respektive SMD festgestellter Pflegebedarf (Pflegestufe 1, 2 oder 3). Daher sollten nur diejenigen Daten in die Analysen eingehen, die während des Zeitraums mit Pflegebedarf erhoben wurden.

Auf Grund des durch die Daten vorgegebenen Zeitfensters von drei Jahren wurde jedoch nur für einen Teil der Personen die gesamte Pflegezeit erfasst. Weiterhin sollten sich die

Analysen auf Personengruppen jeweils gleicher Pflegestufe beziehen, um die Vergleichbarkeit der Stichproben zu sichern.

Aus diesen Gründen sollten nicht die Gesamtkosten während der Pflegezeit, sondern mittlere monatliche Kosten im Zeitraum mit Pflegebedarf einer bestimmten Pflegestufe (1,2 oder 3) für einzelne Leistungsbereiche und insgesamt Gegenstand der vergleichenden Analysen sein.

Gleiches gilt auch für die Länge bestimmter Pflegesituationen (ambulant, teilstationär, vollstationär, beziehungsweise Krankenhausaufenthalte). Als Vergleichsgrößen wurden hier die prozentualen Anteile dieser Pflegesituationen an der Pflegezeit einer bestimmten Pflegestufe (1,2 oder 3) gewählt.

#### Statistische Planung der Auswertung der Daten des Kreises Warendorf

Die Daten des Kreises Warendorf erlauben bei den stationär gepflegten Personen die Berechnung der monatlichen Kosten für Leistungen im Rahmen des BSHG. Bei den ambulant versorgten Personen können monatliche Kosten für „Hilfen zur Pflege“, „Altenhilfe“ und „Hilfen zur Weiterführung des Haushalts“ berechnet werden, weitere „Hilfen zum Lebensunterhalt“ fehlen jedoch.

Bei Personen, die Pflegegeld für eine bestimmte Pflegestufe erhalten haben, kann jeweils die Pflegestufe für bestimmte Zeiträume ermittelt werden.

Es wurde geplant, die monatlichen Ausgaben des Kreises Warendorf sowie mittlere monatliche Kosten pro Person für ambulant und stationär versorgte Personen zu vergleichen. Da bei den ambulant versorgten Personen „Hilfen zum Lebensunterhalt“ fehlen, wurde geplant, Hochrechnungen für folgende Szenarien durchzuführen: Der Anteil der „Hilfen zum Lebensunterhalt“ an den Gesamtausgaben macht

- a) 75%,
- b) 50% oder
- c) 25%

der Kosten aus.

Außerdem sollten die mittleren monatlichen Kosten der Personen mit bekannter Pflegestufe ermittelt und verglichen werden. Da die Anzahl von Personen mit bekannter Pflegestufe im ambulanten Bereich sehr klein war, schien uns eine Hochrechnung in diesem Fall nicht sinnvoll.

Um mögliche Veränderungen in der Gesetzeslage bezüglich des BSHG bzw. der Vergabep Praxis zu berücksichtigen, sollte insbesondere auch der zeitliche Verlauf bei Gesamtkosten und monatlichen Kosten pro Person betrachtet werden.

### **2.1.6 Aufbereitung der Versichertendaten**

Eine Überprüfung der übermittelten Daten erfolgte sofort nach Erhalt der einzelnen Datenlieferungen und während der Datenaufbereitung: Überprüfung der Lesbarkeit und der Datenformate, Plausibilitätskontrollen, Vollständigkeitskontrollen, Suche nach doppelten Einträgen usw. Im Zweifelsfall sollten Rückfragen oder Rückgaben und entsprechende Verbesserungen auf diese Weise möglichst schnell durchgeführt werden.

Die Aufarbeitung der Daten erforderte mehrmalige Rückfragen, da die Daten teilweise unvollständig waren oder notwendige Informationen fehlten, wobei die jeweiligen Ansprechpartner der Krankenkassen äußerst kooperativ und entgegenkommend waren.

Auf Grund der komplexen Datenlage konnten einige Fehler, wie z.B. die Unvollständigkeit der Arzneimitteldateien der KK1 des Jahres 2001, erst zu einem relativ späten Zeitpunkt entdeckt werden.

Die Erstellung auswertbarer Datendateien erforderte umfangreiche Transformationen, die im Folgenden beschrieben werden.

Alle Text- bzw. Exceldateien wurden zunächst in SPSS-Dateien umgewandelt, und es wurden entsprechende Variablen – und Wertelabels vergeben.

Die Weiterverarbeitung der Daten erfolgte ebenfalls mit der Software SPSS 12.0.

#### Aufarbeitung der KK1-Daten

##### Personendatei

Um aus den Daten die entsprechenden Leistungen der Krankenkassen zu extrahieren, die die Pflegebedürftigen in der Zeit erhielten, in der sie eine Pflegestufe hatten, war es notwendig, die Leistungsdateien mit der zugehörigen Datei mit den Pflegestufendaten zusammenzuführen.

Der KK1 Datensatz enthielt jedoch nicht wie die anderen Datensätze die Versicherungsnummer der Versicherten, so dass zuerst Identifikationsnummern für die Ahlener bzw. Mendener Pflegebedürftigen gebildet werden mussten, um das Zusammenführen der Dateien zu ermöglichen. Die Identifikationsnummern wurden mit Hilfe des Geburtsdatums, des Geschlechts, der Postleitzahl und des Eintrittsdatums in die Pflegestufe1 bzw. 2 erzeugt.

Mit Hilfe der Anfangs- und Enddaten der Pflegestufen in den Personen-Dateien wurde die Dauer des Verbleibs in der Pflegestufe berechnet. Weiterhin wurde das Alter der Personen zu Beginn des Untersuchungszeitraumes am 01.01.2001 ermittelt. Dieser Zeitpunkt wurde gewählt, da an diesem Tag noch alle Personen am Leben waren.

Die Personen-Dateien enthielten insgesamt 7 Personen (in Ahlen 6 und in Menden 1), für die keine Pflegestufe angegeben war. 5 dieser Personen erhielten ausschließlich Zuwendungen für Behindertenpflege nach SGB XI. 2 Personen erhielten für jeweils einen Monat Pflegegeld nach SGB XI, wurden aber vom MDK nicht als pflegebedürftig eingestuft. Diese Personen wurden von der Analyse ausgeschlossen.

#### Arzneimitteldatei

Nachdem die Arzneimitteldateien mit den Personendateien zusammengeführt wurden, konnten die während der Pflegezeit eingelösten Arzneimitteldateien ausgewählt werden. Die Kosten wurden für die einzelnen Personen über die Pflegezeiten in der/den Pflegestufen aufsummiert und die mittleren monatlichen Kosten für Arzneimittel berechnet.

#### Heil- und Hilfsmitteldateien

Die Heil- und Hilfsmitteldateien, die die KK1 lieferte, enthalten die Heil- und Hilfsmittelverschreibungen mit Anweisungsdatum innerhalb der Jahre 2001-2003.

Das Anweisungsdatum, d.h. der Tag an dem die Krankenkasse die entstandenen Kosten begleicht, liegt jedoch zeitlich nach dem Zeitraum, in dem die Leistung in Anspruch genommen wurde, d.h. dass insbesondere die Leistungen im Jahr 2003 nicht vollständig sind, da für diese Leistungen das Anweisungsdatum im Jahr 2004 gelegen haben könnte.

Um den Anteil nicht dokumentierter Kosten abzuschätzen, wurden für die in den Jahren 2001 und 2002 in Anspruch genommenen Leistungen jeweils die Gesamtkosten und der Anteil der Kosten mit Anweisungsdatum im Folgejahr ermittelt.

Bei den Heilmitteln betrug der Anteil der Kosten mit Anweisungsdatum im Folgejahr an den Jahresgesamtkosten in den Jahren 2001 und 2002 etwa 30%. Bei den Hilfsmitteln lag der Wert bei etwa 13%. Bei beiden Werten gab es nur geringfügige Differenzen zwischen Ahlen und Menden (siehe Anhang **Tabellen 3.1 und 3.2**).

Um Verzerrungen bei der statistischen Auswertung zu vermeiden, wurden die im Jahr 2003 entstandenen Kosten für Heil- und Hilfsmittel mit einem Korrekturfaktor multipliziert.

Als Korrekturfaktor wurde der Mittelwert der für die Jahre 2001 und 2002 berechneten Quotienten: Gesamtkosten des Jahres/ Kosten des Jahres mit Anweisungsdatum im gleichen Jahr gewählt.

Eine Auflistung der Anteile der Kosten mit Anweisungsdatum im Folgejahr an den Jahresgesamtkosten in den Jahren 2001 und 2002 und der Korrekturfaktoren findet sich im Anhang (**Tabellen 3.1 und 3.2**).

Es wurden für alle Personen die während der Pflegezeit bezogen auf die einzelnen Pflegestufen für Hilfs- und Heilmittel entstandenen Kosten ausgewählt, aufsummiert und mittlere monatliche Kosten berechnet.

#### Krankentransportdatei

Die Krankentransportdatei der KK1 enthält Krankentransporte und entsprechende Kosten mit Anweisungsdatum im Zeitraum 2001-2003, so dass davon ausgegangen werden muss, dass die Daten des Jahres 2003 nicht vollständig sind.

Der Anteil der Krankentransportkosten mit Anweisungsdatum im Folgejahr an den Jahresgesamtkosten in den Jahren 2001 und 2002 betrug in Ahlen etwa 15% und in Menden etwa 17%. Auch hier wurden die Kosten des Jahres 2003 mit einem Korrekturfaktor multipliziert, um Verzerrungen bei der statistischen Auswertung zu vermeiden. Die Berechnung der (siehe Anhang **Tabellen 3.1 und 3.2**) erfolgte analog zu den Heil- und Hilfsmitteln.

Es wurden die Gesamtkosten, die während der Pflegezeit für Krankentransporte aufgewendet wurden sowie die mittleren monatlichen Kosten für Krankentransporte bezogen auf die einzelnen Pflegestufen ermittelt.

#### Dateien bezüglich der Pflegeleistungen nach SGB XI

Die Dateien mit Angaben zu Pflegeleistungen nach SGB XI beinhalten nur Leistungen mit Anweisungsdatum in den Jahren 2001-2003 vor, d.h. dass die Daten des Jahres 2003 teilweise unvollständig sind.

Der Anteil der Kosten für Leistungen nach SGB XI mit Anweisungsdatum im Folgejahr an den Jahresgesamtkosten in den Jahren 2001 und 2002 betrug in Ahlen etwa 4% und in Menden etwa 6%. Auch hier wurden die Kosten des Jahres 2003 mit einem Korrekturfaktor multipliziert, um Verzerrungen bei der statistischen Auswertung zu vermeiden. Die Berechnung der Korrekturfaktoren erfolgte analog zu den Heil- und Hilfsmitteln (siehe Anhang **Tabellen 3.1 und 3.2**).

Nach Zusammenfügen der Dateien mit Leistungen nach SGB XI mit den entsprechenden Personendateien wurden zunächst für die Personen die während der Pflegezeit bezogen auf die einzelnen Pflegestufen entstandenen Kosten selektiert, aufsummiert und die mittleren monatlichen Aufwendungen für Leistungen nach SGB XI ermittelt.

Mit Hilfe der Leistungsart konnte eine Unterscheidung zwischen häuslicher, teilstationärer und vollstationärer Pflege getroffen werden. Es folgte die Berechnung der Tage in häuslicher, teilstationärer und vollstationärer Pflege, deren Aufsummierung über den Pflegezeitraum der einzelnen Pflegestufen und die Ermittlung des jeweiligen prozentualen Anteils der entsprechenden Pflegesituation an der Pflegezeit bezogen auf die einzelnen Pflegestufen.

Dateien bezüglich der Pflegeleistungen nach SGB V – häusliche Krankenpflege

Die Datei mit den Leistungen für häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V enthielt alle Leistungen mit Anweisungsdatum in den Jahren 2001-2003. Die Angaben für das Jahr 2003 sind deshalb nicht vollständig vorhanden.

Der Anteil der Kosten für Leistungen nach SGB V mit Anweisungsdatum im Folgejahr an den Jahresgesamtkosten in den Jahren 2001 und 2002 betrug in Ahlen etwa 12% und in Menden etwa 14%. Auch hier wurden die Kosten des Jahres 2003 mit einem Korrekturfaktor multipliziert, um Verzerrungen bei der statistischen Auswertung zu vermeiden. Die Berechnung der Korrekturfaktoren erfolgte analog zu den Heil- und Hilfsmitteln (siehe Anhang **Tabellen 3.1 und 3.2**).

Es wurden die Gesamtkosten, die während der Pflegezeit für Leistungen nach § 37 SGB V aufgewendet wurden und die mittleren monatlichen Kosten für Leistungen nach § 37 SGB V ermittelt. Alle Größen beziehen sich jeweils auf eine Pflegestufe (1,2 oder3).

Krankenhaus- und Rehabilitationsdaten

Die Kosten und die Anzahl der Tage für Krankenhausaufenthalte und Rehabilitationen während der Pflegestufenzeit wurden ausgewählt, summiert und die mittleren monatlichen Werte bezogen auf einzelne Pflegestufen für die alle Personen berechnet.

Eine Differenzierung der Rehabilitationen in stationäre und ambulante Leistungen konnte anhand der Daten nicht durchgeführt werden.

Aufarbeitung der KK2-Daten

Aufarbeitung des Arbeitsblattes Versnrn\_Liste

Das Arbeitsblatt Versnrn\_Liste enthält Versicherungsnummern und Anfangs- und Enddatum der Einstufung in die Pflegeversicherung von allen Personen, die seit 01.04.1995 in die Pflegeversicherung eingestuft wurden. Aus dieser Datei wurden diejenigen Pflegebedürftigen ausgewählt, die im Zeitraum 2001-2003 eine Pflegestufe hatten.

Aufarbeitung des Arbeitsblattes PB\_EV

Mit Hilfe des Geburtsdatums (Monat und Jahr) wurde das Alter der Versicherten zum Zeitpunkt 01.01.2001 bestimmt. Aus den Variablen Abmeldegrund (AB\_GRD) und Abmeldedatum (AB\_DAT) wurde das Todesdatum ermittelt.

Außerdem enthält die Datei Pflegestufen und Anfangs- und Enddaten des Bezugs bestimmter Leistungen nach SGB XI. Aus diesen Daten wurden die entsprechenden Anfangs- und Enddaten der Einstufung in eine bestimmte Pflegestufe ermittelt.

Außerdem konnten über die Leistungsarten Zeiten ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Pflege sowie deren prozentuale Anteile an der Pflegezeit bezogen auf einzelne Pflegestufen ermittelt werden.

#### Aufarbeitung des Arbeitsblattes PB\_Buchungen

Das Arbeitsblatt PB\_Buchungen enthält den Monat und die aufgewendeten Beträge. Nach Zusammenführung dieser Daten mit den Pflegestufendaten wurden die während des Pflegezeitraumes einer bestimmten Pflegestufe aufgewendeten Beträge summiert und mittlere monatliche Kosten ermittelt.

Eine Zuordnung der Leistungsart zu den einzelnen Beträgen ist nicht möglich.

#### Aufarbeitung des Arbeitsblattes Krankenhaus

Nachdem die Krankenhausdaten mit der Versichertendaten (insbesondere Anfangs- und Enddaten der Einstufung in die unterschiedlichen Pflegestufen) zusammengeführt wurde, konnten die Krankenhausaufenthalte während der Pflegezeit ausgewählt werden. Die Krankenhauskosten und –tage wurden für die einzelnen Personen über die Pflegezeiten (Pflegestufe 1,2 oder 3) summiert und die mittleren monatlichen Krankenhauskosten sowie der prozentuale Anteil von Krankenhaustagen an der Pflegezeit berechnet.

#### Aufarbeitung des Arbeitsblattes Kuren

Die für Rehabilitationskuren aufgewendeten Kosten waren teilweise in Euro und teilweise in DM angegeben, so dass zuerst die Kosten in Euro umgerechnet werden mussten. Die Kosten und die Anzahl der Tage Rehabilitationen während der Pflegestufenzeit (Pflegestufe 1,2 oder 3) wurden ausgewählt, summiert und die mittleren monatlichen Werte bzw. prozentuale Anteile an der Pflegezeit für die einzelnen Personen berechnet.

#### Aufarbeitung des Arbeitsblattes Hilfsmittel

Nach Zusammenführung der Daten bezüglich der Hilfsmittel mit den Pflegestufendaten wurden die während des Pflegezeitraumes einer bestimmten Pflegestufe aufgewendeten Beträge summiert und mittlere monatliche Kosten ermittelt.

#### Erstellung einer Datei für die multivariaten Regressionsanalysen

Für die weitere Auswertung mit Hilfe multivariater linearer Regressionsmodelle wurde eine Datei mit allen Pflegebedürftigen und den Angaben über:

- die Pflegestufen und entsprechende Zeiten,
- mittlere monatliche Kosten für die einzelnen Leistungsbereiche während der Pflegezeit,
- mittlere monatliche Gesamtkosten während der Pflegezeit,



- prozentuale Anteile ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Pflege nach SGB XI an der Pflegezeit,
  - prozentuale Anteile von Krankenhausaufenthalten an der Pflegezeit und
  - prozentuale Anteile von Tagen mit häuslicher Krankenpflege nach SGB V an der Pflegezeit
- erstellt.

In dieser Datei entspricht jeweils ein Datensatz einer Person und einer Pflegestufe, d.h. für Personen mit mehreren Pflegestufen gibt es entsprechend mehrere Datensätze.

Eine Auflistung der in der Datei enthaltenen Variablen und die Anzahl der Datensätze finden sich im Anhang (**Tabelle 4.1**).

#### Erstellung von Dateien für die „matched-pairs“ Analysen

Ziel der Untersuchung war neben dem Vergleich der Gesamtdaten beider Städte auch der Vergleich der Daten der Versicherten, die von der KAA intensiv beraten wurden mit Daten von Versicherten aus Menden und nicht beratenen Personen aus Ahlen mit Hilfe von „matched pairs“ Analysen.

Um entsprechende Paare zu bilden mussten zunächst innerhalb der Versichertendaten die von der KAA beratenen Personen identifiziert werden. In der Datei der KAA (Beratene zwischen 2001-2003) sind Daten von 482 Personen enthalten. Davon sind 125 bei der AOK und 8 bei der TK versichert. Bei 92 Personen fehlt die Angabe der Krankenkasse.

In den Sekundärdaten der Krankenkassen konnten 60 Versicherte der KK1 und 5 Versicherte der KK2 identifiziert werden, die von der KAA beraten wurden.

Der relativ geringe Anteil der in den Krankenkassendaten identifizierten von der KAA beratenen Personen ist dadurch zu erklären, dass sich die Krankenkassendaten nur auf zwei Postleitzahlgebiete beziehen, die KAA aber ein größeres Einzugsgebiet hat. Außerdem sind die Angaben der KAA teilweise unvollständig, es fehlen beispielsweise Postleitzahlen und/oder Krankenkasse oder es wurde nur das Geburtsjahr verzeichnet.

Da die identifizierten Versicherten teilweise mehrere Pflegestufen innerhalb der drei Jahre aufwiesen, und wir die Personen getrennt nach Pflegestufen untersuchen wollten, ergaben sich insgesamt 87 durch die KAA beratene Pflegefälle.

Ziel war es, zu jedem beratenen Fall vier nicht beratene Ahlener bzw. Mendener Kontrollen zu finden. Dabei wurden folgende Matchkriterien angewendet:

- Die Partner stimmen in Geschlecht, Pflegestufe und Krankenkasse überein.
- Die Partner haben einen Altersunterschied von maximal 5 Jahren.

Die randomisierte Auswahl der Partner erfolgte mit Hilfe der Software „Matched“.

Bei der Suche nach Ahlener Vergleichspersonen wurden zu 84 der 87 Fälle Partner gefunden. Bei den Fällen, für die kein Partner gefunden werden konnte, handelt es sich um besonders junge Pflegebedürftige (12 und 38 Jahre), die bei der KK1 versichert sind. Da solche Fälle selten auftreten, konnte kein Partner gefunden werden.

Für 71 Fälle wurden jeweils 4 Partner gefunden. In 7 Fällen konnten jeweils 3 Partner, in 4 Fällen 2 Partner und in 2 Fällen nur ein Partner zugewiesen werden.

Unter den 13 Fällen, für die keine 4 Partner gefunden werden konnten, sind 5 Fälle der KK1. Die Ursache dafür liegt in der relativ geringen Anzahl von Fällen, für die von dieser Krankenkasse Daten geliefert wurden.

Die Suche nach Mendener Vergleichspartnern war ebenfalls in 84 von 87 Fällen erfolgreich. Diese 84 Fälle unterscheiden sich nur in einem Fall von den 84 Fällen, zu denen Ahlener Vergleichspersonen gefunden wurden.

Die Fälle, für die kein Partner gefunden wurde, sind wieder relativ jung (38 und 48 Jahre). 2 dieser Fälle gehören zur KK1, einer zur KK2.

Es konnten in 71 Fällen 4 Partner, in 8 Fällen 3 Partner, in 4 Fällen 2 Partner und in einem Fall nur 1 Partner ermittelt werden. Unter den 13 Fällen, für die keine 4 Partner gefunden werden konnten, sind 4 Fälle der KK1.

Für die Kontrollen wurden jeweils Mittelwerte des Alters, der monatlichen Kosten für Heilmittel, Hilfsmittel, Krankenhaus, Arzneimittel, SGB V, SGB XI, Transport und Rehabilitationen sowie der prozentualen Anteile verschiedener Pflegesituationen an der Pflegezeit (ambulante, teilstationäre und vollstationäre Pflege und Krankenhausaufenthalte) ermittelt.

Es wurden zwei Dateien (eine für den Vergleich mit den nichtberatenen Ahlenern und eine für den Vergleich mit den Mendenern) erstellt, die die vergleichende Analyse der für die Kontrollen ermittelten Mittelwerte mit den entsprechenden Werten der Fälle mit Hilfe des Wilcoxon Tests für verbundene Stichproben erlaubt.

Eine Auflistung dieser Dateien, der in den Dateien enthaltenen Variablen und der Anzahl der Datensätze finden sich im Anhang (**Tabelle 4.2**).

#### Aufarbeitung der Daten des Kreises Warendorf

Die Dateien mit den in Frage kommenden Personen wurden jeweils mit den entsprechenden Leistungsdateien über eine eindeutige Personenkennzahl zusammengeführt. Auf diese Weise wurden diejenigen ambulant versorgten Personen (darunter auch Personen mit Kriegsoferfürsorge) identifiziert, die Hilfen zur Pflege in Anspruch nahmen. Unter den Personen mit Kriegsoferfürsorge wurden die ausgewählt, die laut Auskunft des Sozialamtes in Ahlen wohnten.

Das Ergebnis waren insgesamt 35 Dateien, die folgende Daten enthalten:

- alle in Ahlen vollstationär gepflegten Personen (darunter auch Personen mit ursprünglich anderem Wohnort) und der vom Sozialamt für diese Personen ermittelte Bedarf an Hilfen sowie Einkommensangaben
- alle ambulant versorgten Personen aus Ahlen sowie deren Bedarf an „Hilfen zur Pflege“ (§ 69 BSHG), an „Altenhilfe“ (§26 e BVG bzw. § 75 BSHG) und an „Hilfen zur Weiterführung des Haushaltes“ (§ 70 BSHG) sowie Einkommensangaben.

Um die tatsächlich monatlich ausgezahlten Beträge zu ermitteln, mussten je Monat die Bedarfsbeträge summiert und das jeweilige Einkommen abgezogen werden. Aus diesem Grund war es nicht möglich, für einzelne „Hilfen zur Pflege“ (z.B. Pflegegeld) aufgewendete Beträge zu bestimmen.

Die einzelnen Dateien wurden zusammengeführt und für die einzelnen Monate mittlere Kosten pro Person getrennt für ambulant und vollstationär versorgte Personen sowie für Personen mit bekannter Pflegestufe ermittelt.

Eine Auflistung der für die Deskription verwendeten Dateien, den in den Dateien enthaltenen Variablen und der Anzahl der Datensätze finden sich im Anhang (**Tabelle 4.3**).

## **2.2 Primärdaten aus Befragung von Pflegebedürftigen und Angehörigen aus Ahlen**

### **2.2.1 Zugang zur Stichprobe über KAA**

Befragt werden sollten Angehörige und Pflegebedürftige, die ein Unterstützungsangebot der KAA in der Zeit zwischen 2001 bis 2003 in Anspruch genommen hatten. Die Koordinierungsstelle ambulanter Angebote (KAA) ermöglichte den Zugang zu den relevanten Adressen von diesen Personen. Die KAA lieferte Daten von 563 Personen. Die Adressdateien wurden von der KAA als Worddokumente zur Verfügung gestellt.

#### Aufbereitung der Datenquelle

Die Daten wurden zunächst selektiert: Doppelungen durch mehrere Kontakte pro Haushalt (z.B. wenn beide Ehepartner Betreuungsbedarf hatten) mussten jeweils auf eine Person beziehbar sein, der Wohnort sollte Ahlen sein, das Alter der Pflegebedürftigen sollte älter/gleich 65 Jahre ab Erstkontakt mit der KAA sein und es musste eine vollständige Adresse (notwendig für das Ankündigungsschreiben) vorliegen. Verstorbene Personen wurden in der Stichprobe identifiziert, sofern dies möglich war und aus der Stichprobe herausgenommen. Das Einwohnermeldeamt Ahlens konnte in einzelnen Fällen zur Vervollständigung der Adressen und der Identifikation von verstorbenen Personen beitragen.

228 nach den genannten Kriterien gültige Adressen (und damit Adressaten) blieben und wurden über die Befragung informiert.

Elf ausgewählte Variablen (Geschlecht, Geburtsdatum, Postleitzahl, Pflegestufe, Pflegestufenänderung, Telefonnummern, ggf. Sterbedatum, Bezugsperson, besondere Bemerkungen, Betreuungszeit durch KAA, Krankenkassenzugehörigkeit) der Word-Dokumente wurden in eine SPSS-Datei übertragen und mit einer Identifikationsnummer versehen, was eine pseudonymisierte Auswertung ermöglichte.

### **2.2.2 Ankündigung**

Die Ankündigung der Befragung erfolgte postalisch mit Briefen. Ende Mai wurde an 228 ehemals oder noch von der KAA betreute Haushalte ein Ankündigungsschreiben für die Befragung, welche in den darauf folgenden drei Monaten stattfinden sollte, von der KAA verschickt (siehe Anhang). Alle Personen, von denen seitens der KAA eine Telefonnummer vorlag, wurden im Pretest beziehungsweise in der Hauptbefragung angerufen und zu Beginn des Gespräches um Einwilligung zum Interview gebeten.

### **2.2.3 Entstehung des Fragebogens**

Das Forschungsinteresse galt der Inanspruchnahme verschiedener Leistungen durch hilfs- und pflegebedürftige Personen in Ahlen, außerdem der Versorgungszufriedenheit und subjektivem Wohlbefinden, womit die Untersuchungen des ISO-Institutes ergänzt werden.

Um doppelte Befragungen bei Haushalten und inhaltlich Überschneidungen zu vermeiden, wurden mit dem ISO Institut Saarbrücken die Kontaktadressen und die wesentlichen Inhalte des Fragebogens abgestimmt.

Die Erhebung erfolgte mittels einer telefonischen Befragung von Pflegebedürftigen und Angehörigen. Einige der Fragen (und Antwortkategorien) sind an den SF36 bzw. SF12 (vgl. Monika Bullinger) angelehnt. Die Mehrzahl der Fragen und Antwortkategorien beruht auf eigenen Entwicklungen.

Es wurden 2 Fragebögen entwickelt - ein Angehörigen- und ein Pflegebedürftigen-Fragebogen mit quantitativen und qualitativen Fragen.

Eine Einleitung des Interviews wurde zunächst ausformuliert, um den Beginn der Telefonate zu standardisieren.

Eine inhaltliche Strukturierung der Fragebögen wurde durch Einteilung in folgende Themenbereiche gegeben: häusliche Pflegesituation, pflegerische Betreuung, medizinische Betreuung, Unterstützung/soziales Umfeld, Institutionen, KAA, allgemeine Angaben – Fragen zur Wohnsituation, subjektivem Befinden und der hauswirtschaftlichen Versorgung sind nur im Fragebogen für die Pflegebedürftigen enthalten.

Lebensqualität wurde als Gesamtkonzept im Fragebogen nicht erhoben. Dies hatte folgende Gründe: Eine valide Erfassung der Lebensqualität von Pflegebedürftigen erfordert einen hohen zeitlichen Umfang (wenn existierende Tests benutzt würden). Eine telefonische Befragung von tendenziell hochaltrigen Pflegebedürftigen sollte jedoch einen gewissen zeitlichen Rahmen nicht überschreiten, weil dies die Konzentrationsfähigkeit dieser Interviewpartner zu stark beanspruchen könnte. Zudem erschienen der Forschergruppe einige der typischen Fragen zur Erfassung der Lebensqualität unter ethischen Gesichtspunkten fragwürdig.

Es wurden jedoch Fragen zur Zufriedenheit mit bestimmten Leistungen und zum subjektiven Wohlbefinden erarbeitet. Eine methodische Besonderheit ist der Perspektivenwechsel, d.h., dass die pflegebedürftigen befragten Personen bei der Beantwortung immer eine subjektive persönliche Erfahrung wiedergeben, während Angehörige teilweise aus einer Beobachtung und eben nicht unmittelbaren Erfahrung die Medizinische Betreuung, den MDK etc. beurteilen. Beide Gruppen haben Erfahrungen mit dem Ahlener Versorgungssystem, und deshalb erhöht die Erfassung beider Perspektiven den Aussagegehalt der Untersuchung. Es werden teilweise gleiche Fragen gestellt – gerade bei den Fragen zur Zufriedenheit ist es daher wichtig, die beiden Perspektiven in der Auswertung zu berücksichtigen. Ein Beispiel soll dies verdeutlichen: Die Beurteilung des Gesundheitszustandes folgt einem subjektiven Konzept, d. h. die Betroffenen (z.B. Patienten) können selbst am besten Auskunft geben (Selbsteinschätzung). Die Fremdeinschätzung (also wie hier durch Angehörige) sind davon zu unterscheiden, weil sich in vergleichenden (Selbsteinschätzung versus Fremdeinschätzung) Untersuchungen teilweise erheblich voneinander abweichende Beurteilungen ergaben: „Im Allgemeinen werden vor allem Beeinträchtigungen in psychischen und sozialen Bereichen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in der Fremdeinschätzung eher unterschätzt, während Beeinträchtigungen aufgrund von spezifischen Krankheitssymptomen eher überschätzt werden (*Donabedian, A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem. Fund Quarterly, 1966; 44, 166-203.* ). Daher hat sich international die Ansicht durchgesetzt, dass, wenn möglich, die Betroffenen direkt befragt werden sollen (*Brennecke, R. (Hrsg.). Sozialmedizinische Ansätze der Evaluation im Gesundheitswesen. Bd. 1. Berlin: Springer; 1992*). Dies war in unserer Befragung leider nicht immer möglich, zumal die Fragen zur subjektiven Befindlichkeit neben Fragen zur Versorgung im Allgemeinen nur einen verhältnismäßig geringen Umfang einnehmen.

#### **2.2.4 Durchführung/technische Details**

Die Befragung wurde telefonisch realisiert. Telefonische Befragungen haben den Vorteil, dass sie zu einem vereinbarten günstigen Termin und in Ruhe durchgeführt werden können. Kosten und Aufwand einer persönlichen Befragung wäre bei der Größe der Stichprobe nicht verhältnismäßig gewesen. Außerdem ist zu vermuten, dass der persönliche Besuch in einem Haushalt mit Pflegebedürftigen durchaus Vorbehalten ausgesetzt ist, da der Interviewer einen möglicherweise sehr intimen Rahmen/Umfeld betritt. Einer schriftlichen Befragung war die mündliche telefonische Befragung weiterhin deshalb vorgezogen worden, weil es dadurch möglich war, den nicht standardisierten Teil des Fragebogens wesentlich offener und mit einer Rückfragemöglichkeit zu gestalten. Um die ausgewählten Haushalte zu erreichen, wurden maximal sechs telefonische Kontaktversuche unternommen. Sowohl vormittags als auch nachmittags führten die Interviewer meistens direkt - gelegentlich nach Terminvereinbarung - die telefonischen Befragungen durch.

Die Antworten notierten die Interviewer anonymisiert während der Interviews teilweise wortgetreu auf den gedruckten Fragebogenblättern mit „Antworträumen“. Die Fragebögen enthalten deshalb protokolliert wörtliche Äußerungen und sinngemäße Wiedergaben des Gesagten.

#### **2.2.5 Pretest**

Zur Optimierung des Erhebungsinstrumentes wurde ein Pretest vorgenommen, der von einer studentischen Hilfskraft und einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin durchgeführt wurde.

Vor Beginn der Interviews fand eine Interviewerschulung statt.

Die Auswahl der Interviewpartner für den Pretest erfolgte durch eine elektronische Mischung der Namen in der Stichprobe (bearbeitete Liste der Nutzer der KAA der Jahre 2001-2003). Es wurden dann aus der daraus entstandenen Adressliste die Interviewpartner für den Pretest randomisiert selektiert: Jede zwölfte Person (18 aus 214 Personen) wurde zum Pretest ausgewählt und von einem der beiden Interviewer angerufen.

##### Ergebnisse des Pretests

Es ergab sich eine Antwortrate von 44,4% (acht erfolgreiche Interviews). Elf Haushalte konnten aus folgenden Gründen nicht erreicht werden: Personen aus vier Haushalten waren verzogen, drei hatten kein Interesse, zwei Haushalte konnten auch nach sechs Versuchen nicht erreicht werden, Personen aus zwei Haushalten war die KAA unbekannt, deshalb lehnten sie das Interview ab, eine Person war verstorben.

Die Interviews dauerten mit einer Zeitspanne zwischen acht und 37 Minuten (geplant waren circa 10 Minuten) länger als geplant. Sieben der acht Interviewpartner waren Angehörige,

eine interviewte Person war pflegebedürftig. Dies ließ ähnliche Verteilungen in der Hauptbefragung vermuten.

Im Laufe der Pretestinterviews wurde deutlich, dass die standardisierte Gesprächseröffnung für die wenigen vorliegenden Angaben zu den Betreuungsumständen der kontaktierten Haushalte ungeeignet war – häufig musste zuerst am Telefon geklärt werden, wer der Betroffene war, es gab Haushalte in denen mehrere Pflegebedürftigen in den letzten Jahren gepflegt/betreut worden waren - eine flexible Handhabung (ein Leitfaden) der Gesprächseinleitung stellte sich deshalb im Verlauf der Hauptbefragung als zielführender heraus.

Bei der Überarbeitung beider Fragebögen wurden Fragen aussortiert und umformuliert, Antwortkategorien differenziert und zusätzliche Standardisierungen vorgenommen. Außerdem fanden Veränderungen des Layouts zu Gunsten der Übersichtlichkeit während der Dokumentation des Interviews statt.

30 Adressen/Telefonnummern stellten sich während und nach dem Pretest als nicht aktuell/ungültig heraus (Rücksendungen von Ankündigungsschreiben), deshalb blieben für die Hauptbefragung 198 Haushalte in der Stichprobe.

### **2.2.6 Hauptbefragung**

Zwischen 21. Juni 2005 und 19. August 2005 fand die Hauptbefragung statt – wie der Pretest durchgeführt von 2 Personen – einer geschulten studentischen Hilfskraft und einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin. 108 Interviews (mit Personen aus 105 Haushalten) von 198 Kontaktversuchen verliefen erfolgreich. Dies entspricht einer Antwortrate von 54,5%. Die Gründe für die Non - Response sind (absteigend nach ihrer Häufigkeit aufgeführt):

10,6% der potentiellen Interviewpartner (PI) hatten kein Ankündigungsschreiben erhalten. 9,6% der PI waren unter der angegebenen Telefonnummer nicht erreichbar (kein Anschluss), 8,1% der PI haben das Interview verweigert, 7,1% der PI konnten auch nach sechs Versuchen nicht erreicht werden, 3,5% waren bereits verstorben.

2,5% der PI sahen sich gesundheitlich nicht in der Lage, ein Interview zu führen.

2% der PI hatten bislang keinen Kontakt mit der KAA (oder erinnerten sich nicht daran).

1,5% hatten lediglich Informationen von der KAA eingeholt, wobei keine/ oder noch nicht eine pflegerische Betreuung vorlag, deshalb konnten/wollten diese PI keine Aussagen treffen. Eine Person brach das Interview aus Schwäche ab.

#### Kommunikationsbesonderheiten

Etwa 25% der befragten Personen vereinbarten einen späteren Interviewtermin, alle anderen Personen waren sofort zu einem Interview bereit. Viele interviewte Personen berichteten bereitwillig von ihrem Pflgealltag – häufig mit zusätzlichen Informationen neben der Beantwortung der Fragen des Fragebogens. Einige Angehörige weinten während der telefonischen Interviews, unter anderem, weil die Fragen und das Erzählen manche sensible Situation im Pflegealltag bewusst werden ließ. In 5 Fällen waren die Interviews erschwert durch sprachliche Barrieren, konnten jedoch erfolgreich durchgeführt werden. Viele Interviewpartner bedankten sich für die Zeit der Interviewer und waren dankbar, dass mal jemand nach den Umständen fragte und so den Betroffenen eine Stimme gibt, die möglicherweise zu positiven Veränderungen führen kann.

#### **2.2.7 Methoden der Auswertung**

Die Auswertung der Primärerhebung erfolgt entlang der drei Hauptdimensionen Inanspruchnahme, Versorgungszufriedenheit und subjektive Befindlichkeit. Bezogen auf die einzelnen Bereiche des Ahlener Versorgungsnetzes (Medizinischer Bereich, Pflegerischer Bereich, KAA und weitere Versorgungsstrukturen) wurden die quantitativen Angaben deskriptiv ausgewertet und weitergehenden statistischen Analysen unterzogen. Die Analysen wurden durch qualitative Befunde untermauert. In drei Haushalten wurden Angehörige und Pflegebedürftige befragt. Um die Übereinstimmung der Aussagen der Angehörigen und Pflegebedürftigen zu prüfen, wurden diese Haushalte gesondert betrachtet.

Aus den Geburtsdaten und dem Datum des Interviews wurden Altersvariablen (Alter in Jahren, Altersgruppen: 10er und 5er Jahresschritte) für die Identifikation altersbezogener Differenzen generiert.

#### **2.2.8 Aufbereitung der Interviews**

Die zunächst erarbeitete Codierung von Fragen und Antworten wurden nach der Erhebung überarbeitet und teilweise verändert. Nach Abschluss der Interviews wurden die quantitativ erfassten Daten in eine SPSS Datenbank und die qualitativen Angaben wortgetreu in eine Exceldatei übertragen. Die Plausibilität der quantitativen Angaben wurde mit Hilfe des statistischen Auswertungsprogramms (SPSS) geprüft.

Es wurden weitere Variablen generiert, wie beispielsweise drei Altersgruppenvariablen (aus den Altersangaben der Interviewten).



### 3 Darstellung und Diskussion der Ergebnisse

#### 3.1 Beschreibung der Versichertenkohorte

Anzahl der Personen in der Datenbank

Insgesamt beinhalten die Datensätze der beiden Kranken- und Pflegeversicherungen der Jahre 2001-2003 Daten zu 1420 pflegebedürftigen Personen.

Wie **Tabelle 3.1.1** zeigt, entstammt der weitaus größere Teil der Personen (etwa 95%) der KK1. Der Anteil der Ahlener und Mendener in der Stichprobe ist mit 51,2% bzw. 48,8% etwa gleich groß.

**Tabelle 3.1.1:** Anzahl der Personen in der Datenbank

Anzahl der Personen in der Datenbank	KK1 N (%)	KK2 N %	Gesamt N (%)
<b>Ahlen</b>	689 (51,3)	38 (50,0)	727 (51,2)
<b>Menden</b>	655 (48,7)	38 (50,0)	693 (48,8)
<b>Gesamt</b>	1344 (100)	76 (100)	1420 (100)

Geschlechterverteilung

Die Versicherten der KK1 sind zum überwiegenden Teil Frauen, während der Datensatz der KK2 mehr Männer als Frauen enthält.

Insgesamt sind 67,9% der Ahlener Versicherten und 65,9% der Mendener Versicherten weiblich und entsprechend 32,0% der Ahlener Versicherten und 34,0% der Mendener Versicherten männlich. Ein signifikanter Unterschied zwischen den Städten hinsichtlich der Geschlechterverteilung kann jedoch nicht festgestellt werden (Chi-Quadrat nach Pearson:  $p=0,42$ ).

**Tabelle 3.1.2:** Geschlechterverteilung

	KK1 N (%)			KK2 N (%)			Gesamt N (%)		
	♂	♀	Ges	♂	♀	ges	♂	♀	ges
<b>Ahlen</b>	212 (30,8)	477 (69,2)	689 (100)	21 (55,3)	17 (44,7)	38 (100)	233 (32,0)	494 (67,9)	727 (100)
<b>Menden</b>	214 (32,7)	441 (67,3)	655 (100)	22 (57,9)	16 (42,1)	38 (100)	236 (34,0)	457 (65,9)	693 (100)

Altersverteilung

Die Versicherten der KK2 sind deutlich jünger als die Versicherten der KK1. Die Spannweite des Alters reicht bei den Ahlener von 0 bis 101 Jahren und bei den Mendenern von 1 bis 103 Jahren. Weiterhin sind die Ahlener Versicherten im Mittel etwa ein Jahr jünger als die Mendener. Der Vergleich des Alters in beiden Stichproben zeigt zwar keinen signifikanten Unterschied zwischen den Städten, der p-Wert ist mit  $p=0,079^{12}$  jedoch relativ klein.

**Tabelle 3.1.3:** Altersverteilung (Mittelwert MW, Standardabweichung SD, Median)

	KK1		KK3		Gesamt	
	MW (SD)	Median	MW (SD)	Median	MW (SD)	Median
<b>Ahlen</b>	74,5 (16,3)	78,6	47,6 (29,3)	56,0	73,1 (18,2)	77,9
<b>Menden</b>	75,5 (16,8)	79,0	54,4 (28,8)	64,0	74,4 (18,3)	78,8

Pflegestufen

Allen Personen konnte mindestens eine Pflegestufe zugewiesen werden, wobei es teilweise zu einem Wechsel der Pflegestufe innerhalb des Untersuchungszeitraumes kam. Bei den folgenden statistischen Analysen (multivariate lineare Regressionsanalysen und „matched-pairs“ Analysen) bezieht sich ein Fall jeweils auf eine Person und eine Pflegestufe, d.h., dass die Fallzahl größer ist als die Anzahl der Personen, für die Daten von den Krankenkassen geliefert wurden.

Die folgenden Angaben zur Alters- und Geschlechterverteilung sowie zur Länge der Pflegestufenzeiten beschreiben die bei den multivariaten Regressionsanalysen zugrunde

<sup>12</sup> p-Wert des Mann-Whitney-U-Tests

liegende Stichprobe von Pflegefällen. Eine Beschreibung der Fall- und Kontrollgruppen der „matched-pairs“ Analysen folgt im Kapitel 3.1.1.

**Tabelle 3.1.4:** Verteilung der Pflegestufen

	<b>Pflegestufe 1</b>	<b>Pflegestufe 2</b>	<b>Pflegestufe 3</b>	<b>Summe der Fälle</b>
<b>Ahlen</b>	408	361	120	889
<b>Menden</b>	405	364	77	846
<b>Gesamt</b>	813	725	197	1735

Während in den Pflegestufen 1 und 2 die Anzahl der Fälle in Ahlen und Menden etwa gleich groß ist, ist in der Pflegestufe 3 eine relativ große Differenz der Fallzahlen zu beobachten.

Geschlechterverteilung in den Pflegestufen

Die folgende Tabelle zeigt die Geschlechterverteilung in den einzelnen Pflegestufen und bezogen auf die Gesamtheit der Fälle (Anzahl der Fälle >Anzahl der Personen). Sowohl in den einzelnen Pflegestufen als auch insgesamt liegt der Anteil der Männer etwa bei einem Drittel und der der Frauen bei etwa zwei Dritteln.

**Tabelle 3.1.5:** Geschlechterverteilung in den Pflegestufen

	<b>PS1</b>		<b>PS2</b>		<b>PS3</b>		<b>Gesamt</b>	
	N (%)		N (%)		N (%)		N (%)	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
<b>Ahlen</b>	122 (29,9)	286 (70,1)	132 (36,6)	229 (63,4)	41 (34,2)	79 (65,8)	295 (33,2)	594 (66,8)
<b>Menden</b>	130 (32,1)	275 (67,9)	127 (34,9)	237 (65,1)	28 (36,4)	49 (63,6)	285 (33,7)	561 (66,3)

## Altersverteilung in den Pflegestufen

**Tabelle 3.1.6:** Altersverteilung in Jahren (Mittelwert MW, Standardabweichung SD, Median) in den Pflegestufen

	Pflegestufe 1		Pflegestufe 2		Pflegestufe 3		Gesamt	
	MW (SD)	Median	MW (SD)	Median	MW (SD)	Median	MW (SD)	Median
<b>Ahlen</b>	73,1 (16,9)	77,5	73,2 (19,2)	78,6	77,8 (15,1)	80,9	73,7 (17,7)	78,5
<b>Menden</b>	75,3 (17,2)	78,8	75,2 (18,1)	79,6	70,2 (21,4)	76,5	74,8 (18,0)	78,9

Die Ahlener Pflegebedürftigen der Pflegestufe 1 und 2 sind im Mittel etwa zwei Jahre jünger als die entsprechenden Mendener. Vergleicht man das Alter der Ahlener und Mendener in den beiden Pflegestufen, ist der Unterschied in der Pflegestufe 1 signifikant ( $p=0,007^{13}$ ) in der Pflegestufe 2 hingegen nicht ( $p=0,196^{13}$ ).

In der Pflegestufe 3 hingegen sind die Ahlener im Mittel etwa sieben Jahre älter ( $p=0,017^{13}$ ). Über alle Fälle gesehen ergibt sich ein mittlerer Altersunterschied von etwa einem Jahr ( $p=0,081^{13}$ ).

## Verweildauer in den Pflegestufen

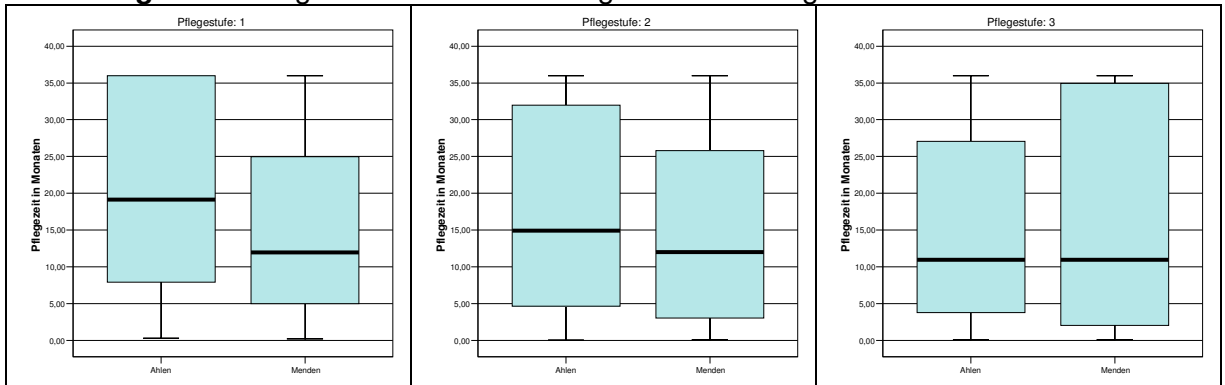
Die Ahlener weisen deutlich längere Verweildauern in den unteren Pflegestufen auf. Ursache ist möglicherweise die durch das differenzierte, integrierte Versorgungssystem und die Arbeit der KAA - Pflege- und Wohnberatung verbesserte Versorgungssituation in Ahlen.

---

<sup>13</sup> Mann-Whitney-U-Test

**Abbildung 3.1.1** zeigt Boxplots<sup>14</sup> der Verweildauern (innerhalb des Untersuchungszeitraumes von drei Jahren) in den einzelnen Pflegestufen, getrennt für die Städte Ahlen und Menden.

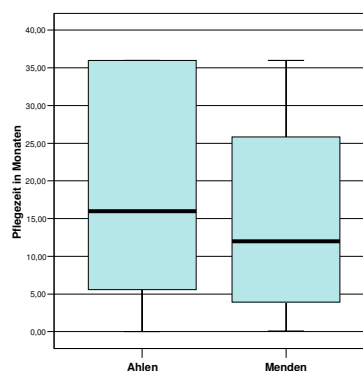
**Abbildung 3.1.1:** Pflegezeit in Monaten bezogen auf die Pflegestufen



Insbesondere in Pflegestufe 1 aber auch in der Pflegestufe 2 zeigt sich bei den Ahlenern eine Verschiebung des Medians und der oberen Boxgrenze zu längeren Verweildauern gegenüber den Mendenern. In der Pflegestufe 3 sind die Mediane in beiden Städten etwa gleich groß, allerdings liegt die obere Boxgrenze bei den Mendenern deutlich oberhalb der Ahlener Linie.

Die **Abbildung 3.1.2** bezieht sich auf die Gesamtheit der Pflegefälle. Auch hier zeigt sich bei den Ahlenern eine deutliche Verschiebung des Medians und der oberen Boxgrenze zu längeren Verweildauern.

**Abbildung 3.1.2:** Pflegezeit in Monaten



In den Pflegestufen 1 und 2 weisen die Ahlener deutlich längere mittlere Verweildauern auf (Vgl. Tabelle 3.1.7) Innerhalb des dreijährigen Untersuchungszeitraumes verweilen die

<sup>14</sup> Innerhalb der Box liegen 50% der Werte. Oberhalb und unterhalb der Box sind jeweils 25% der Werte lokalisiert. Die Linie innerhalb der Box zeigt den Median, also den Wert, unter dem und über dem sich jeweils 50% der Werte befinden.

Ahlerer der Pflegestufe 1 im Mittel 5,0 Monate länger als die Mendener (95% KI: 3,2 -6,7). Der Unterschied ist statistisch signifikant ( $p < 0,0001^{15}$ ). In Pflegestufe 2 beträgt die Differenz der Verweildauern zwischen den Ahlernern und den Mendenern 2,1 Monate (95% KI: 0,2 - 4,0;  $p = 0,032^{16}$ ).

In der Pflegestufe 3 ist die Verweildauer der Mendener im Mittel geringfügig größer als die der Ahlerer. Die Differenz „Verweildauer in Ahlen – Verweildauer in Menden“ beträgt -0,3 Monate (95% KI: -4,3 - 3,6;  $p = 0,860^{17}$ ).

Bei Betrachtung der Gesamtheit der Fälle zeigt sich ebenfalls eine signifikant längere Verweildauer bei den Ahlernern ( $p < 0,0001^{18}$ ). Die Differenz zwischen beiden Städten beträgt 3,1 Monate (95% KI: 1,8 – 4,3).

**Tabelle 3.1.7:** Verweildauer in Monaten in den einzelnen Pflegestufen (Mittelwert MW, Standardabweichung SD, Median)

	Pflegestufe 1		Pflegestufe 2		Pflegestufe 3		Gesamt	
	MW (SD)	Median	MW (SD)	Median	MW (SD)	Median	MW (SD)	Median
<b>Ahlen</b>	20,6 (13,4)	19,1	17,4 (13,3)	14,9	15,0 (13,1)	11,0	18,5 (13,4)	16,0
<b>Menden</b>	15,6 (12,2)	12,0	15,3 (12,8)	12,0	15,4 (14,2)	10,9	15,5 (12,6)	12,0

### 3.1.1 Beschreibung der Fall- und Kontrollgruppen bei den „matched-pairs“ Analysen

In den Sekundärdaten der Krankenkassen konnten 60 Versicherte der KK1 und fünf Versicherte der KK2 identifiziert werden, die von der KAA beraten wurden. Da die identifizierten Versicherten im dreijährigen Untersuchungszeitraum teilweise mehrere Pflegestufen hatten (Auf- bzw. Abstufung) und die Personen getrennt nach Pflegestufen untersucht wurden, ergaben sich insgesamt 87 durch die KAA beratene Fälle.

Zu diesen 87 Fällen wurden Vergleichspersonen unter den nicht beratenen Ahlerer bzw. Mendener Versicherten gesucht. In jeweils 84 Fällen konnte mindestens eine Vergleichsperson aus Ahlen bzw. Menden gefunden werden (vgl. Kapitel 2.1.6).

Es gibt zwischen den gematchten Paaren bezüglich vieler Eigenschaften lediglich geringfügige oder keine Unterschiede, weil sich die Fallgruppen für die Vergleiche mit den nicht beratenen Ahlernern und den Mendenern nur in einer Person unterscheiden.

<sup>15</sup> Test für unabhängige Stichproben

<sup>16</sup> Test für unabhängige Stichproben

<sup>17</sup> Test für unabhängige Stichproben

<sup>18</sup> Test für unabhängige Stichproben

So ist die Verteilung der Pflegestufen unter den Paaren in beiden Fällen wie folgt:

Pflegestufe 1: 44 Paare,

Pflegestufe 2: 33 Paare und

Pflegestufe 3: 7 Paare.

Beim Vergleich mit den nicht beratenen Ahlenern stammen 79 Paare aus der KK1 und fünf Paare aus der KK2. Beim Vergleich mit den nicht beratenen Mendenern gibt es 80 Paare der KK1 und 4 Paare der KK2.

Die 84 gematchten Paare unterteilen sich jeweils in 38 (45,2%) Männer- und 46 (54,8%) Frauenpaare.

Zum Zeitpunkt 01.01.2001 lag das mittlere Alter der Fallgruppe (beratene vs. nicht beratene Ahlener) wie auch das der Kontrollgruppe bei etwa 76 Jahren. Dabei sind die Pflegebedürftigen der Pflegestufe 3 im Mittel am jüngsten (Fallgruppe: 71 Jahre / Kontrollgruppe: 70 Jahre) gefolgt von den Pflegebedürftigen der Pflegestufe 1 (Fallgruppe: 75 Jahre / Kontrollgruppe: 75 Jahre) und den Pflegebedürftigen der Pflegestufe 2 (Fallgruppe: 78 Jahre / Kontrollgruppe: 78 Jahre).

Bei den für den Vergleich mit den nicht beratenen Mendenern gematchten Paaren erhält man ähnliche Altersmittelwerte. Die Fallgruppe ist im Mittel 75 Jahre, die Kontrollgruppe 76 Jahre alt. Auch hier sind die Pflegebedürftigen der Pflegestufe 3 am jüngsten (Fallgruppe: 71 Jahre / Kontrollgruppe: 70 Jahre) und die Pflegebedürftigen der Pflegestufe 2 am ältesten (Fallgruppe: 78 Jahre / Kontrollgruppe: 79 Jahre). In der Pflegestufe 1 sind die Mittelwerte in der Fallgruppe: 74 Jahre und in der Kontrollgruppe: 75 Jahre.

Eine zusammenfassende Darstellung der Geschlechts- und Altersverteilungen sowie der Krankenkassenzugehörigkeiten bezüglich der beiden Fall- und Kontrollgruppen befindet sich im Anhang (**Tabelle 4.4**).

## **3.2 Kosten medizinischer und pflegerischer Versorgung Pflegebedürftiger in Ahlen und Menden**

### **3.2.1 Leistungen nach SGB XI**

Dauer ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Pflege

Mit Hilfe der Pflegekassendaten zu Leistungen nach SGB XI wurde für alle Pflegefälle der Anteil ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Pflege an der Pflegezeit ermittelt. Krankenhausaufenthalte, Aufenthalte in Rehabilitationskliniken oder häusliche Krankenpflege konnten dabei nicht berücksichtigt werden, so dass nicht in jedem Fall die volle Pflegezeit betrachtet wird.

Der Anteil von Personen mit vollstationären Pflegezeiten unterscheidet sich nicht in den Gesamtgruppen der Pflegebedürftigen aus Ahlen und Menden.

Allerdings nehmen in Pflegestufe 1 die Mendener Pflegebedürftigen häufiger die stationäre Pflege in Anspruch als die Ahlener. In der Pflegestufe 2 sind beide Anteile gleich, in der Pflegestufe 3 hingegen ist der Anteil der Personen mit stationärer Pflege höher.

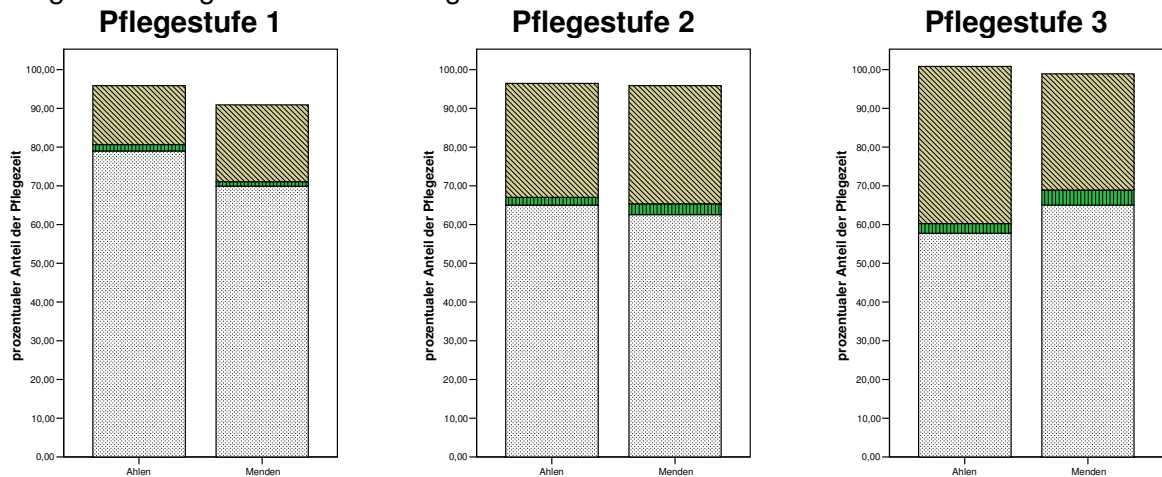
**Tabelle 3.1.8:** Anteil von Personen mit vollstationärer Pflege

	Ahlen		Menden		Signifikanz
	N (gesamt)	N (mit vollstationärer Pflege)	N (gesamt)	N (mit vollstationärer Pflege)	
Pflegestufe 1	408	85 20,8%	405	104 25,7%	0,10
Pflegestufe 2	361	126 34,9%	364	127 34,9%	0,99
Pflegestufe 3	120	54 45,0%	77	25 32,5%	0,08
Gesamt	889	265 29,8%	846	256 30,3%	0,83

Ein differenzierteres Bild liefert die **Abbildung 3.1.3** die die prozentualen Anteile ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Pflege an der Pflegezeit für die verschiedenen Pflegestufen getrennt für Ahlen und Menden zeigt.



**Abbildung 3.1.3:** Anteile ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Pflege an der Pflegezeit bezüglich einzelner Pflegestufen



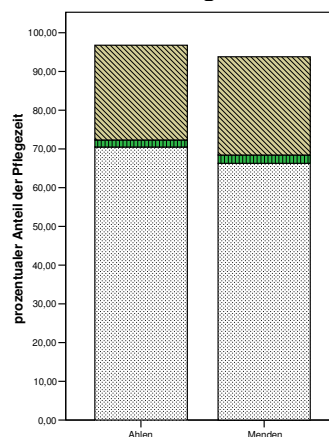
(von unten nach oben: ambulante Pflege, teilstationäre Pflege, vollstationäre Pflege<sup>19</sup>)

In allen Pflegestufen dominiert der Anteil ambulanter Pflege. Dieser Anteil sinkt von Pflegestufe 1 zu Pflegestufe 2.

In der Pflegestufe 1 ist der Anteil der ambulanten Pflege in Ahlen größer als in Menden (77,7% / 68,9%). In Pflegestufe 2 ist der Anteil der ambulanten Pflege in beiden Städten etwa gleich (64,0% / 61,5%) und in der Pflegestufe 3 ist der Anteil in Menden größer als in Ahlen (56,8% / 64,0%).

Betrachtet man alle Pflegefälle, so erhält man das folgende Bild:

**Abbildung 3.1.4:** Anteile ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Pflege an der Pflegezeit bezüglich der Gesamtheit der Pflegefälle



(von unten nach oben: ambulante Pflege, teilstationäre Pflege, vollstationäre Pflege)

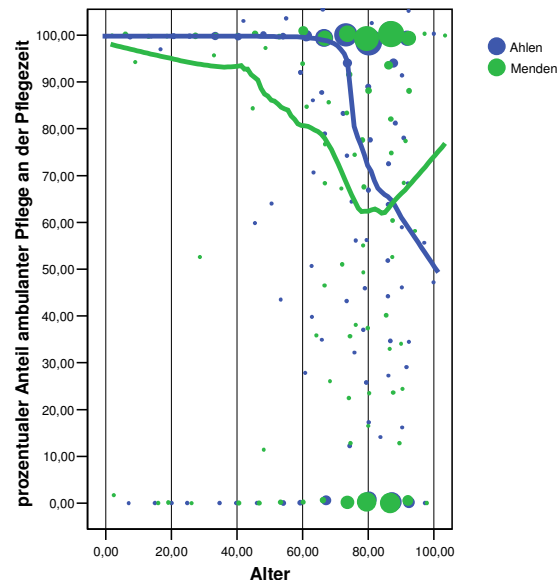
Der Anteil der ambulanten Pflege ist in Ahlen etwas größer als in Menden (69,5% / 65,5%). Bei der vollstationären Pflege ist kein Unterschied zu verzeichnen (25,1% / 26,0%).

<sup>19</sup> Leistungen nach SGB XI wurden häufig nicht über den gesamten Zeitraum der Pflegebedürftigkeit gewährt. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn sich Pflegebedürftige für längere Zeit im Krankenhaus befanden. Daher wird häufig die 100 Prozentmarke nicht erreicht.

Eine genauere Darstellung der Ergebnisse findet sich im Anhang (**Tabellen 5.1 -5.3**).

Die folgende Abbildung zeigt den Anteil<sup>20</sup> ambulanter Pflege in Abhängigkeit vom Alter. Die Anpassungslinien veranschaulichen den Trend.

**Abbildung 3.1.5:** Abhängigkeit des Anteils ambulanter Pflege an der Pflegezeit vom Alter bezüglich der Gesamtheit der Pflegefälle



Der Anteil ambulanter Pflege nimmt erwartungsgemäß in beiden Städten mit zunehmendem Alter ab, da in höherem Alter die Wahrscheinlichkeit für eine höhere Pflegestufe steigt, und damit auch die Wahrscheinlichkeit stationär gepflegt zu werden. Auffällig ist, dass in Ahlen bei Personen unter 70 Jahren der Anteil ambulanter Pflege nahezu konstant 100% beträgt, dieser Anteil bei Personen über 70 Jahren aber stark abnimmt. In Menden hingegen nimmt der Anteil ambulanter Pflege an der Pflegezeit bis zum 80. Lebensjahr nahezu gleichmäßig ab, während er bei den über 80 Jährigen mit zunehmendem Alter wieder ansteigt.

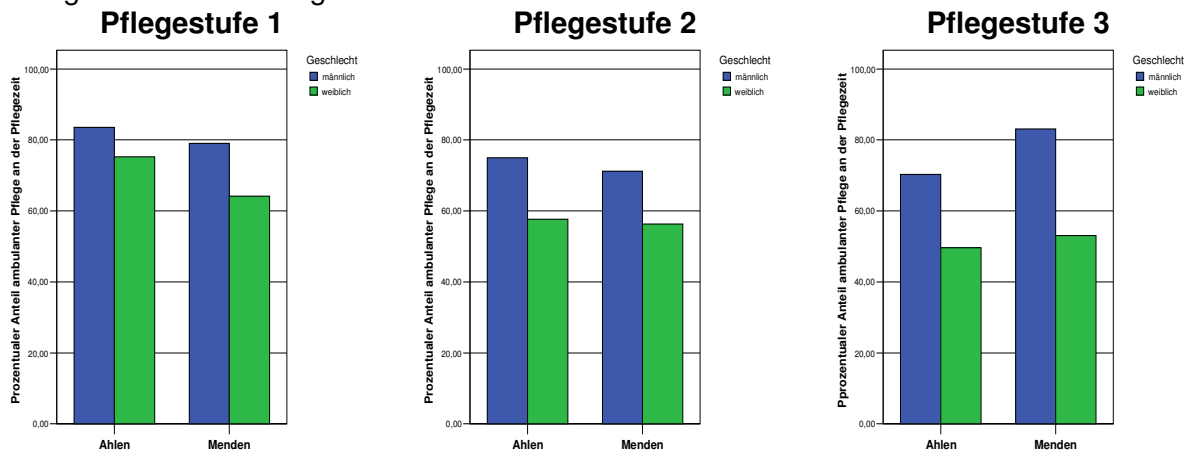
Bei der Interpretation der Grafik ist zu beachten, dass etwa 25% der Pflegefälle jünger als 70 Jahre, 50 % der Pflegefälle zwischen etwa 70 und 90 Jahren und weitere 25 % über 90 Jahre alt sind.

Der Anteil der ambulanten Pflege an der Pflegezeit ist bei Männern im Allgemeinen größer als bei Frauen, wie die folgende Abbildung zeigt. Außerdem scheinen die Differenzen zwischen Männern und Frauen mit zunehmender Pflegestufe zuzunehmen. Zwischen Ahlen und Menden bestehen kaum Unterschiede. Dies erklärt sich zum einen durch die Unterschiede des Sterbealters zwischen Männern und Frauen und zum Anderen durch die relativ jüngeren Ehefrauen, die häufig ihre Ehepartner pflegen, bei Eintritt eigener

<sup>20</sup> Aufgrund von Rundungsfehlern ergeben sich teilweise auch Werte von über 100%.

Pflegebedürftigkeit dann jedoch allein sind, womit die Wahrscheinlichkeit einer stationären Betreuung steigt.

**Abbildung 3.1.6:** Geschlechtsspezifische Anteile ambulanter Pflege an der Pflegezeit bezüglich einzelner Pflegestufen



#### Ergebnisse der multivariaten Analysen

Es wurden multivariate lineare Regressionsmodelle bezüglich der Gesamtheit der Pflegefälle und der einzelnen Pflegestufen gerechnet, um die Pflegebedürftigen in Ahlen und Menden hinsichtlich ihrer Anteile bezüglich bestimmter Pflegesituationen an der Pflegezeit und die dadurch entstehenden monatlichen Kosten und den Einfluss anderer Faktoren zu vergleichen. Dabei wurden neben der Variable *Stadt* jeweils die Variablen: *Geschlecht*, *Alter*, *Krankenkasse* und *Pflegestufe* (nur bei Betrachtung der Gesamtheit der Fälle) in das lineare Regressionsmodell aufgenommen.

Das Ergebnis der multivariaten Analyse der ambulanten Pflege für die Gesamtheit der Pflegefälle zeigt, dass der Anteil der ambulanten Pflege an der Pflegezeit in Ahlen signifikant größer ist als in Menden ( $p=0,045$ ). Die Differenz beträgt 4,2%<sup>21</sup> der Pflegezeit (95%-KI: 0,1% - 8,2%). Signifikanten Einfluss auf den Anteil der ambulanten Pflege haben außerdem die Variablen *Geschlecht* und *Alter*. Dabei ist der Anteil bei Frauen signifikant geringer als bei Männern, und er sinkt mit zunehmendem Alter und zunehmender Pflegestufe.

In der Pflegestufe 1 ist der Unterschied zwischen Ahlen und Menden am größten. So ist der Anteil der ambulanten Pflege an der Pflegezeit in Ahlen um 8,5% (95%-KI: 3,0% - 14,0%) höher als in Menden. Die Abweichung ist auch statistisch signifikant ( $p=0,002$ ). Weiterhin haben das *Geschlecht* (bei Frauen ist der Anteil geringer) und die *Krankenkasse* einen

<sup>21</sup> Die Differenz entspricht der Größe: Mittelwert Ahlen- Mittelwert Menden. Ist die Differenz größer als Null, so heißt dies, dass der Ahlener Wert größer ist. Im negativen Fall ist entsprechend der Mendener Wert größer.

statistisch signifikanten Einfluss auf den Anteil der ambulanten Pflege, wobei die Versicherten der KK2 länger ambulant gepflegt werden als die Versicherten der KK1.

Bei den Pflegebedürftigen der Pflegestufe 2 haben das Alter (mit zunehmendem Alter sinkt der Anteil ambulanter Pflege) und das Geschlecht (bei Frauen ist der Anteil geringer) statistisch signifikanten Einfluss auf die Dauer der ambulanten Pflege. Bei Berücksichtigung der anderen Einflussgrößen ist der prozentuale Anteil der ambulanten Pflege in Ahlen im Mittel zwar um 1,8% größer als in Menden. Der Unterschied ist jedoch nicht statistisch signifikant ( $p=0,60$ ).

In der Pflegestufe 3 hat nur das Geschlecht einen signifikanten Einfluss auf die Dauer der ambulanten Pflege (bei Frauen ist der Anteil geringer). Ein Alterseinfluss kann hier nicht nachgewiesen werden. Zwischen den Städten Ahlen und Menden besteht eine Differenz von -6,4% (95%-KI: 20,5% - 7,6%) bezüglich des Anteils ambulanter Pflege an der Pflegezeit. Die folgende Tabelle zeigt noch einmal zusammenfassend die Ergebnisse des Vergleichs des Anteils ambulanter Pflege an der Pflegezeit in Ahlen und Menden:

**Tabelle 3.1.9:** Adjustierte Differenzen des prozentualen Anteils ambulanter Pflege an der Pflegezeit

	Differenz (Ahlen- Menden)	95% - Konfidenzintervall	p-Wert
Pflegestufe 1	<b>8,5*</b>	3 ; 14,0	0,002
Pflegestufe 2	<b>1,8*</b>	-4,9 ; 8,4	0,60
Pflegestufe 3	<b>-6,4*</b>	-20,5 ; 7,6	0,37
Gesamt	<b>4,2**</b>	0,1 ; 8,2	0,045

\* adjustiert für Alter, Geschlecht und Krankenkasse

\*\* adjustiert für Alter, Geschlecht, Krankenkasse und Pflegestufe

Unter Berücksichtigung der Einflussfaktoren Alter, Geschlecht, Krankenkasse und Pflegestufe konnte sowohl in den einzelnen Pflegestufen als auch insgesamt kein signifikanter Unterschied zwischen Ahlen und Menden beim Anteil der vollstationären Pflege an der Pflegezeit nachgewiesen werden. Die folgende Tabelle zeigt die adjustierten Differenzen:

**Tabelle 3.1.10:** Adjustierte Differenzen des prozentualen Anteils vollstationärer Pflege an der Pflegezeit

	Differenz (Ahlen- Menden)	95% - Konfidenzintervall	p-Wert
Pflegestufe 1	<b>-3,6*</b>	-8,6 ; 1,3	0,18
Pflegestufe 2	<b>-0,6*</b>	-7,0 ; 5,9	0,84
Pflegestufe 3	<b>8,5*</b>	-5,4 ; 22,5	0,14
Gesamt	<b>-1,1**</b>	5,0 ; 2,7	0,81

\* adjustiert für Alter, Geschlecht und Krankenkasse

\*\* adjustiert für Alter, Geschlecht, Krankenkasse und Pflegestufe

Der Anteil vollstationärer Pflege an der Pflegezeit ist demnach in Ahlen in den Pflegestufen 1 und 2 sowie bezüglich aller Pflegefälle im Mittel geringfügig kleiner, in der Pflegestufen 3 größer als in Menden.

#### Ergebnisse der „matched-pairs“ Analysen

Der Vergleich von beratenen Ahlenern mit nicht beratenen Ahlenern bzw. Mendenern zeigt, dass in allen Pflegestufen der mittlere Anteil der ambulanten Pflege an der Pflegezeit in der Gruppe der beratenen Personen größer ist als in den jeweiligen Kontrollgruppen.

Signifikante Unterschiede zwischen den beratenen Ahlenern und den nicht beratenen Ahlener bzw. Mendener Kontrollen können für die Gesamtheit der Pflegebedürftigen und für die Pflegebedürftigen der Stufe 1 nachgewiesen werden. Auch für die Pflegebedürftigen der Pflegestufe 2 sind die Differenzen nahezu signifikant (p-Werte < 0,08).

Die folgenden Tabellen (**Tabelle 3.1.11** und **Tabelle 3.1.12**) stellen diese Ergebnisse dar. Signifikante Differenzen sind farbig unterlegt.

**Tabelle 3.1.11:** Prozentualer Anteil ambulanter Pflege an der Pflegezeit (Vergleich mit Ahlener Kontrollgruppe)

	durch KAA beratene Fälle	Ahlener Kontrollen	Differenzen	p-Wert*
Pflegestufe 1 (44)	<b>88,6 %</b>	<b>76,9 %</b>	<b>11,7 %</b>	0,001
Pflegestufe 2 (33)	<b>77,3 %</b>	<b>60,6 %</b>	<b>16,7 %</b>	0,050
Pflegestufe 3 ( 7)	<b>82,8 %</b>	<b>77,7 %</b>	<b>5,0%</b>	0,50
Gesamt (84)	<b>83,7 %</b>	<b>70,6 %</b>	<b>13,1 %</b>	0,000

\*p-Wert des Wilcoxon Tests für verbundene Stichproben

**Tabelle 3.1.12:** Prozentualer Anteil ambulanter Pflege an der Pflegezeit (Vergleich mit Mendener Kontrollgruppe)

	durch KAA beratene Fälle	Mendener Kontrollen	Differenzen	p-Wert*
Pflegestufe 1 (44)	<b>88,6 %</b>	<b>70,7 %</b>	<b>17,9%</b>	0,000
Pflegestufe 2 (33)	<b>77,3 %</b>	<b>62,0 %</b>	<b>15,3 %</b>	0,078
Pflegestufe 3 ( 7)	<b>82,8 %</b>	<b>77,1 %</b>	<b>5,6 %</b>	0,24
Gesamt (84)	<b>83,7 %</b>	<b>67,8 %</b>	<b>15,8 %</b>	0,000

\*p-Wert des Wilcoxon Tests für verbundene Stichproben

Der Anteil der vollstationären Pflege ist entsprechend bei den Vergleichspersonen länger. Die folgenden Tabellen (**Tabelle 3.1.13** und **Tabelle 3.1.14**) zeigen die entsprechenden Werte.

**Tabelle 3.1.13:** Prozentualer Anteil vollstationärer Pflege an der Pflegezeit (Vergleich mit Ahlener Kontrollgruppe)

	durch KAA beratene Fälle	Ahlener Kontrollen	Differenzen	p-Wert*
Pflegestufe 1 (44)	<b>3,2 %</b>	<b>17,4 %</b>	<b>-14,20 %</b>	0,000
Pflegestufe 2 (33)	<b>16,0 %</b>	<b>30,5 %</b>	<b>-14,49 %</b>	0,022
Pflegestufe 3 ( 7)	<b>14,3 %</b>	<b>25,5 %</b>	<b>-11,24 %</b>	0,34
Gesamt (84)	<b>9,1 %</b>	<b>23,2 %</b>	<b>-14,07 %</b>	0,000

\*p-Wert des Wilcoxon Tests für verbundene Stichproben

**Tabelle 3.1.14:** Prozentualer Anteil vollstationärer Pflege an der Pflegezeit (Vergleich mit Mendener Kontrollgruppe)

	durch KAA beratene Fälle	Mendener Kontrollen	Differenzen	p-Wert*
Pflegestufe 1 (44)	<b>3,2 %</b>	<b>16,8 %</b>	<b>-13,6%</b>	0,000
Pflegestufe 2 (33)	<b>16,0 %</b>	<b>28,9 %</b>	<b>-12,9 %</b>	0,094
Pflegestufe 3 ( 7)	<b>14,3 %</b>	<b>16,8 %</b>	<b>-2,6 %</b>	0,72
Gesamt (84)	<b>9,1 %</b>	<b>21,6 %</b>	<b>-12,4 %</b>	0,000

\*p-Wert des Wilcoxon Tests für verbundene Stichproben

Kosten für Leistungen nach SGB XI

**Tabelle 3.1.15** zeigt Mittelwert, Median und Standardabweichung der monatlichen Kosten pro Kopf für Leistungen nach SGB XI getrennt für Ahlen und Menden bezogen auf die einzelnen Pflegestufen und insgesamt:

**Tabelle 3.1.15:** Monatlichen Pro Kopf Kosten für Leistungen nach SGB XI

	Ahlen				Menden			
	N	MW	Median	SD	N	MW	Median	SD
Pflegestufe 1	408	<b>377</b>	<b>214</b>	546	405	<b>393</b>	<b>218</b>	341
Pflegestufe 2	361	<b>824</b>	<b>517</b>	463	364	<b>803</b>	<b>676</b>	845
Pflegestufe 3	120	<b>1322</b>	<b>1325</b>	835	77	<b>1154</b>	<b>988</b>	1024
Gesamt	889	<b>686</b>	<b>416</b>	791	846	<b>639</b>	<b>438</b>	554

Die Kosten für die Leistungen steigen mit zunehmender Pflegestufe.

Nur bei den Pflegebedürftigen der Pflegestufe 1 weisen die Ahlener geringere mittlere monatliche Kosten auf. In den Pflegestufen 2 und 3 und der Gesamtheit der Pflegebedürftigen sind die Mendener kostengünstiger. Insbesondere in den Pflegestufen 1 und 2 sind die Differenzen aber gering.

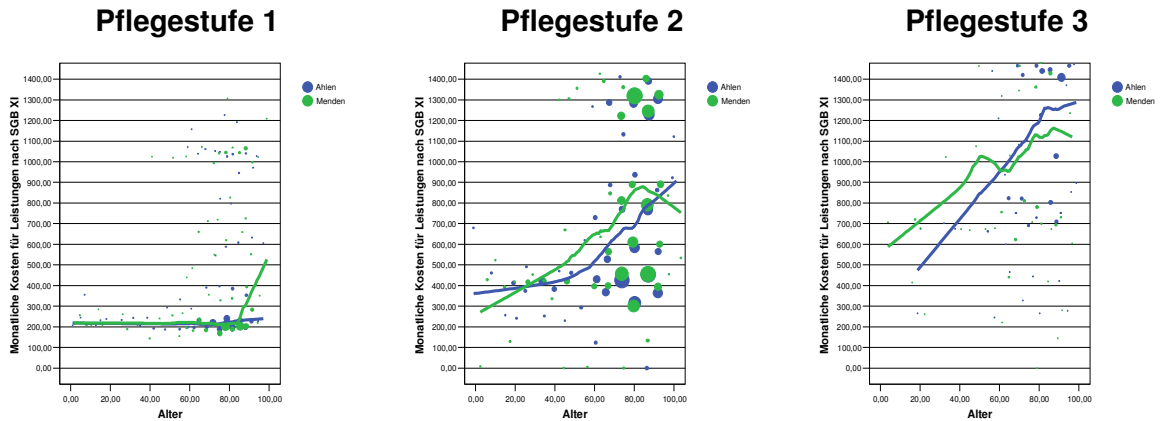
Zu beachten ist in der Pflegestufe 2 der deutlich kleinere Median der Ahlener. Dies deutet darauf hin, dass es einige Ahlener Personen mit sehr hohen SGB XI Kosten gibt, wodurch sich in Ahlen ein höherer Mittelwert ergibt.

In der Pflegestufe 1 erweisen sich die Kosten als nahezu altersunabhängig. Zwischen Ahlen und Menden sind kaum Differenzen zu beobachten. Allerdings nehmen die Kosten bei den Mendener Pflegebedürftigen der Pflegestufe 1 bei den über 80-jährigen stark zu.

In den Pflegestufen 2 und 3 ist eine stärkere Altersabhängigkeit der Kosten festzustellen. Bei den 70 - 90 jährigen, die etwa 50% der Pflegefälle ausmachen, erweisen sich die Ahlener der Pflegestufe 2 gegenüber den gleichaltrigen Mendenern als kostengünstiger. In der Pflegestufe 3 sind in dieser Altersgruppe die Mendener Pflegefälle kostengünstiger.

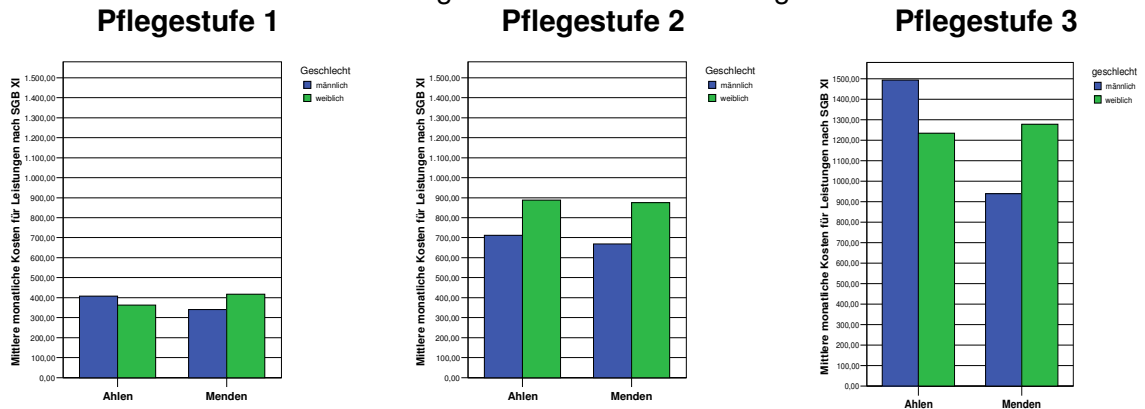


**Abbildung 3.1.7:** Mittlere monatliche pro Kopf Kosten für Leistungen nach SGB XI in Abhängigkeit von Alter und Pflegestufe



In fast allen Gruppen sind die Kosten für Pflegeleistungen nach SGB XI für Frauen höher als für Männer. Auffällig sind die besonders hohen Kosten bei den Ahlener Männern der Pflegestufe 3. Viele Ahlener Männer waren im Bergbau beschäftigt, d.h. die höheren Kosten stehen möglicherweise mit der höheren Krankheitslast der Ahlener durch ihre berufsbedingt höheren Gesundheitsbelastungen in Verbindung.

**Abbildung 3.1.8:** Abhängigkeit der mittleren monatlichen Kosten pro Kopf für Leistungen nach SGB XI vom Geschlecht bezogen auf die einzelnen Pflegestufen



Ergebnisse der multivariaten Analysen

Die folgende Tabelle zeigt die Differenzen bezüglich der mittleren monatlichen Kosten nach SGB XI unter Berücksichtigung der Einflussvariablen Alter, Geschlecht, Krankenkasse und Pflegestufe:

**Tabelle 3.1.16:** Adjustierte Differenzen der mittleren monatlichen Kosten pro Kopf für Leistungen nach SGB XI

	Differenz (Ahlen- Menden)	95% - Konfidenzintervall	p-Wert
Pflegestufe 1	<b>41*</b>	0 ; 823	0,047
Pflegestufe 2	<b>-43*</b>	-145 ; 60	0,41
Pflegestufe 3	<b>226*</b>	-5 ; 462	0,055
Gesamt	<b>37**</b>	-27 ; 100	0,26

\* adjustiert für Alter, Geschlecht und Krankenkasse

\*\* adjustiert für Alter, Geschlecht, Krankenkasse und Pflegestufe

Die Kosten für Leistungen nach SGB XI sind bei den Ahlener Pflegebedürftigen der Pflegestufe 1 im Mittel um 41€ höher als bei den Mendenern. Diese Differenz ist statistisch signifikant. Auch bezüglich der Pflegebedürftigen der Pflegestufe 3 und insgesamt erweisen sich die Ahlener als kostenintensiver. Nur in der Pflegestufe 2 verursachen die Ahlener geringere Kosten.

Ergebnisse der „matched-pairs“ Analysen

Beim Vergleich der von der KAA beratenen Personen mit nicht beratenen Ahlener und Mendener Kontrollpersonen ergibt sich ein gegenüber dem Städtevergleich verändertes Bild.

Die folgende Tabelle veranschaulicht die Ergebnisse des Vergleichs der von der KAA beratenen Personen mit nicht beratenen Ahlenern:

**Tabelle 3.1.17:** Mittelwerte der monatlichen Kosten für Leistungen nach SGB XI in € (Vergleich mit Ahlener Kontrollgruppe)

	durch KAA beratene Fälle	Ahlener Kontrollen	Differenzen	p-Wert*
Pflegestufe 1 (44)	<b>281</b>	<b>434</b>	<b>-153</b>	0,001
Pflegestufe 2 (33)	<b>606</b>	<b>845</b>	<b>-239</b>	0,016
Pflegestufe 3 (7)	<b>1176</b>	<b>1462</b>	<b>-286</b>	0,40
Gesamt (84)	<b>483</b>	<b>681</b>	<b>-198</b>	0,000

\*p-Wert des Wilcoxon Tests für verbundene Stichproben

Betrachtet man alle Pflegefälle unabhängig von der Pflegestufe, so ist festzustellen, dass in 69,0 % der Fälle die nicht beratenen Ahlener Kontrollen im Mittel höhere Kosten für Leistungen nach SGB XI verursachen als die beratenen Fälle. Die Kosten für die beratenen Fälle sind auch signifikant geringer. Der Mittelwert der Differenz beträgt 198 € pro Monat. Signifikante Differenzen bezüglich der monatlichen SGB XI Kosten sind auch in den Pflegestufen 1 und 2 zu verzeichnen. Die Kosten der beratenen Ahlener der Pflegestufe 1 sind im Mittel um 153 € monatlich, die der Pflegestufe 2 um 239 € geringer als die der nicht beratenen Ahlener. Auch in Pflegestufe 3 sind die beratenen Fälle im Mittel günstiger. Der Unterschied ist allerdings nicht signifikant.

Im Vergleich mit den Mendener Kontrollpersonen verursachen die von der KAA beratenen Ahlener der Pflegestufen 1 und 2 signifikant geringere Kosten. Diese Differenzen führen auch zu einem signifikanten Unterschied beim Vergleich der Gesamtgruppe. Die Differenzen betragen: 94 € in Pflegestufe 1, 174 € in Pflegestufe 2 und insgesamt 122 € pro Monat.

Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse des Vergleichs mit der Mendener Kontrollgruppe:

**Tabelle 3.1.18:** Mittelwerte der monatlichen Kosten für Leistungen nach SGB XI in € (Vergleich mit Mendener Kontrollgruppe)

	durch KAA beratene Fälle	Mendener Kontrollen	Differenzen	p-Wert*
Pflegestufe 1 (44)	<b>281</b>	<b>375</b>	<b>-94</b>	0,001
Pflegestufe 2 (33)	<b>606</b>	<b>779</b>	<b>-174</b>	0,030
Pflegestufe 3 (7)	<b>1176</b>	<b>1234</b>	<b>-59</b>	0,31
Gesamt (84)	<b>483</b>	<b>605</b>	<b>-122</b>	0,002

\*p-Wert des Wilcoxon Tests für verbundene Stichproben

### 3.2.2 Krankenhaus

In die Auswertung gingen insgesamt 2169 Krankenhausaufenthalte von 560 Ahlener und 1827 von 539 Mendener Personen ein. Wie **Tabelle 4.1.19** zeigt, unterscheiden sich die Städte Ahlen und Menden in Bezug auf die häufigsten Entlassungsdiagnosen und deren jeweiligen prozentualen Anteil an der Gesamtzahl der Krankenhausaufenthalte kaum.

**Tabelle 3.1.19:** Prozentuale Anteile von Krankenhausdiagnosen (bei Entlassung)

Diagnosen	Ahlen	Menden
Krankheiten des Kreislaufsystems	20,1%	20,9%
Neubildungen	18,0%	14,1%
Krankheiten des Atmungssystems	9,1%	9,5%
Krankheiten des Verdauungssystems	8,2%	9,5%
Krankheiten des Nervensystems	7,7%	6,6%
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	6,9%	8,9%

## Dauer von Krankenhausaufenthalten

Die mittlere Dauer der einzelnen Krankenhausaufenthalte ist in Ahlen mit 13,4 Tagen signifikant kürzer als in Menden mit 15,2 Tagen ( $p < 0,001$ ).

Bezogen auf die Pflegestufenzeit ist die Anzahl der Krankenhaustage pro Monat bei den Ahlenern der Pflegestufe 1 im Mittel kleiner als bei den Mendenern. In den anderen Pflegestufen ist das Verhältnis umgekehrt. Die Pflegebedürftigen der Pflegestufe 2 weisen die höchste Zahl von monatlichen Krankenhaustagen auf, gefolgt von den Pflegebedürftigen der Pflegestufen 1 und 3.

**Tabelle 3.1.20:** Monatliche Krankenhaustage pro Person

	Ahlen				Menden			
	N	MW	Median	SD	N	MW	Median	SD
Pflegestufe 1	408	<b>1,9</b>	<b>0,5</b>	3,8	405	<b>2,4</b>	<b>0,5</b>	4,9
Pflegestufe 2	361	<b>2,6</b>	<b>0,7</b>	5,0	364	<b>2,5</b>	<b>0,7</b>	4,7
Pflegestufe 3	120	<b>1,5</b>	<b>0,2</b>	3,4	77	<b>1,2</b>	<b>0</b>	2,6
Gesamt	889	<b>2,1</b>	<b>0,6</b>	4,3	846	<b>2,3</b>	<b>0,5</b>	4,6

Ergebnisse der multivariaten Analysen

Bei Berücksichtigung der Einflussgrößen Alter, Geschlecht, Pflegestufe und Krankenkasse sind kaum Differenzen zwischen Ahlen und Menden festzustellen.

**Tabelle 3.1.21:** Adjustierte Differenzen der monatlichen Krankenhaustage pro Person

	Differenz (Ahlen- Menden)	95% Konfidenzintervall	p-Wert
Pflegestufe 1	<b>- 0,1*</b>	-0,4 ; 0,1	0,31
Pflegestufe 2	<b>0,1*</b>	-0,2 ; 0,4	0,65
Pflegestufe 3	<b>0,1*</b>	-0,3 ; 0,5	0,52
Gesamt	<b>- 0,1**</b>	-0,2 ; 0,1	0,60

\* adjustiert für Alter, Geschlecht und Krankenkasse

\*\* adjustiert für Alter, Geschlecht, Krankenkasse und Pflegestufe

Bei allen multivariaten Analysen der monatlichen Krankenhaustage erweist sich das Alter als signifikante Einflussgröße. Dabei nimmt die Anzahl der Krankenhaustage bis zu einem Alter von 80 Jahren zu und danach wieder ab.

Ergebnisse der „matched-pairs“ Analysen

Auch bei den Vergleichen von Pflegebedürftigen, die die Beratung der KAA in Anspruch genommen haben, mit anderen Pflegebedürftigen aus Ahlen bzw. Menden sind die Differenzen der monatlichen Krankenhaustage sehr gering. In den Pflegestufen 1 und 2 sind die Werte der beratenen Ahlener jeweils höher, in der Pflegestufe 3 die der Kontrollgruppen. Trotz der geringen Fallzahl ist die Differenz in der Pflegestufe 3 beim Vergleich mit den nicht beratenen Ahlenern signifikant.

**Tabelle 3.1.22:** Mittelwerte der monatlichen Krankenhaustage (Vergleich mit Ahlener Kontrollgruppe)

	durch KAA beratene Fälle	Ahlener Kontrollen	Differenzen	p-Wert*
Pflegestufe 1 (44)	3,3	2,3	1,0	0,59
Pflegestufe 2 (33)	3,8	3,2	0,6	0,50
Pflegestufe 3 ( 7)	0,8	4,9	-4,1	0,043
Gesamt (84)	3,3	2,9	0,4	0,52

\*p-Wert des Wilcoxon Tests für verbundene Stichproben

**Tabelle 3.1.23:** Mittelwerte der monatlichen Krankenhaustage (Vergleich mit Mendener Kontrollgruppe)

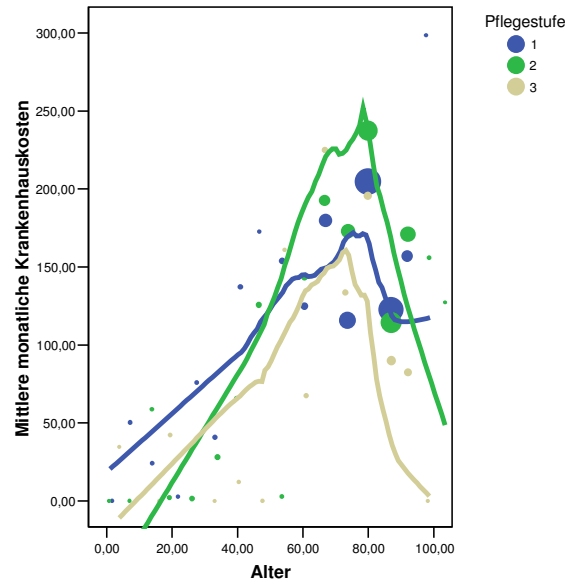
	durch KAA beratene Fälle	Mendener Kontrollen	Differenzen	p-Wert*
Pflegestufe 1 (44)	3,2	2,7	0,5	0,94
Pflegestufe 2 (33)	3,8	3,2	0,6	0,94
Pflegestufe 3 ( 7)	0,8	1, 4	-0,6	0,50
Gesamt (84)	3,2	2,8	0,4	0,73

\*p-Wert des Wilcoxon Tests für verbundene Stichproben

#### Krankenhauskosten

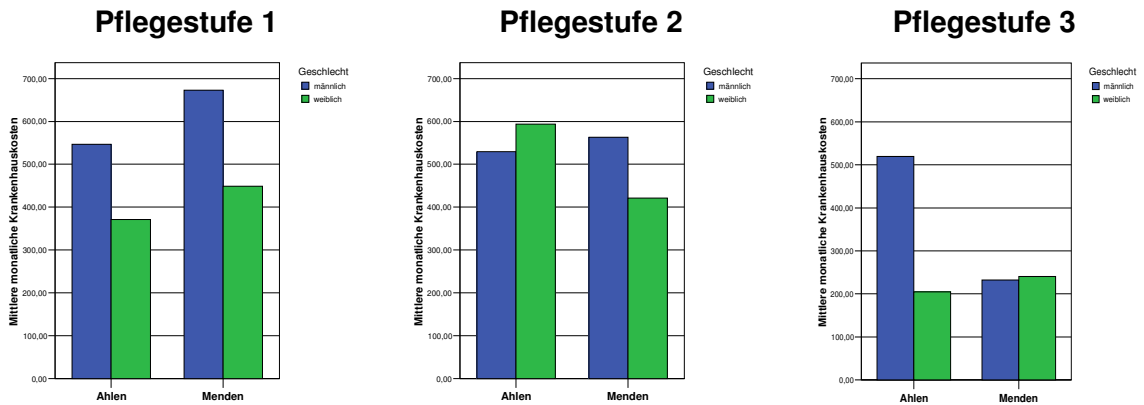
Auf die Gesamtstichprobe bezogen sind die Krankenhauskosten in der Pflegestufe 2 am höchsten und in der Pflegestufe 3 am geringsten. Bis zu einem Alter von etwa 80 Jahren steigen die Krankenhauskosten mit zunehmendem Alter an, bei den über 80 Jährigen sinken die Kosten wieder.

**Abbildung 3.1.9:** Abhängigkeit der monatlichen Krankenhauskosten pro Kopf von Alter und Pflegestufe



Im Gegensatz zu den Frauen und der Gesamtgruppe nehmen bei den Männern die Krankenhauskosten mit zunehmender Pflegestufe ab. Auffällig sind die verhältnismäßig hohen Kosten der Ahlener Männer der Pflegestufe 3.

**Abbildung 3.1.10:** Abhängigkeit der monatlichen Krankenhauskosten pro Kopf vom Geschlecht



Während die Krankenhauskosten in der Pflegestufe 1 in Ahlen geringer sind als in Menden, ist das Verhältnis in den Pflegestufen 2 und 3 umgekehrt. Auf die Gesamtgruppe bezogen sind Kosten nahezu gleich, wie die folgende Tabelle zeigt:

**Tabelle 3.1.24:** Monatliche Krankenhauskosten pro Kopf in €

	Ahlen				Menden			
	N	MW	Median	SD	N	MW	Median	SD
Pflegestufe 1	408	<b>424</b>	<b>110</b>	849	405	<b>521</b>	<b>90</b>	1301
Pflegestufe 2	361	<b>570</b>	<b>151</b>	1155	364	<b>471</b>	<b>115</b>	905
Pflegestufe 3	120	<b>312</b>	<b>28</b>	695	77	<b>238</b>	<b>0</b>	512
Gesamt	889	<b>468</b>	<b>118</b>	972	846	<b>473</b>	<b>93</b>	1091

Ergebnisse der multivariaten Analysen

Unter Berücksichtigung der Einflussgrößen Alter, Geschlecht, Krankenkassen und Pflegestufe (nur bei der Gesamtheit der Pflegefälle) sind kaum Differenzen zwischen den Städten zu beobachten.

**Tabelle 3.1.25:** Adjustierte Differenzen der monatlichen Krankenhauskosten pro Kopf in €

	Differenz (Ahlen- Menden)	95% Konfidenzintervall	p-Wert
Pflegestufe 1	<b>6*</b>	-10 ; 23	0,46
Pflegestufe 2	<b>14*</b>	-14 ; 42	0,32
Pflegestufe 3	<b>10*</b>	-13 ; 35	0,39
Gesamt	<b>11**</b>	-6 ; 27	0,22

\* adjustiert für Alter, Geschlecht und Krankenkasse

\*\* adjustiert für Alter, Geschlecht, Krankenkasse und Pflegestufe

Ergebnisse der „matched-pairs“ Analysen

Beim Vergleich mit nicht beratenen Ahlenern bzw. Mendenern weisen die von der KAA beratenen Pflegefälle der Pflegestufen 1 und 2 höhere Krankenhauskosten auf. In Pflegestufe 3 hingegen verursachen die Kontrollen höhere Kosten. Beim Vergleich mit den Ahlener Kontrollen der Pflegestufe 3 besteht trotz geringer Fallzahl ein signifikanter Unterschied.



**Tabelle 3.1.26:** Mittelwerte der monatlichen Krankenhauskosten in € (Vergleich mit Ahlener Kontrollgruppe)

	durch KAA beratene Fälle	Ahlener Kontrollen	Differenzen	p-Wert*
Pflegestufe 1 (44)	760	445	315	0,54
Pflegestufe 2 (33)	818	657	161	0,48
Pflegestufe 3 (7)	175	860	-685	0,028
Gesamt (84)	734	563	171	0,59

\*p-Wert des Wilcoxon Tests für verbundene Stichproben

**Tabelle 3.1.27:** Mittelwerte der monatlichen Krankenhauskosten in € (Vergleich mit Mendener Kontrollgruppe)

	durch KAA beratene Fälle	Mendener Kontrollen	Differenzen	p-Wert*
Pflegestufe 1 (44)	746	568	178	0,82
Pflegestufe 2 (33)	818	520	299	0,78
Pflegestufe 3 (7)	175	208	-34	0,74
Gesamt (84)	727	519	208	0,99

\*p-Wert des Wilcoxon Tests für verbundene Stichproben

### 3.2.3 Hilfsmittel

Die häufigsten Verschreibungen von Hilfsmittel an die Pflegebedürftigen betreffen Inkontinenzhilfen<sup>22</sup>, Gläser<sup>23</sup>, Hörhilfenreparaturen, Kompressionsstrümpfe/ Befestigungen<sup>24</sup> und Zubehör für Ernährungspumpen<sup>25</sup>.

Der Anteil der Personen mit Hilfsmittelverschreibungen ist in allen Pflegestufen in Ahlen größer als in Menden.

<sup>22</sup> Im Hilfsmittelkatalog Produktgruppe 15: z.B. saugende Inkontinenzvorlagen, Netzhosen für Inkontinenzvorlagen, Auffangbeutel für Dauergebrauch, Stuhlauffangbeutel, Einmal-/ Dauerkatheder

<sup>23</sup> Im Hilfsmittelkatalog Produktgruppe 25: z.B. sämtliche Sehhilfen wie Brillen, Kontaktlinsen, Lupen

<sup>24</sup> Im Hilfsmittelkatalog Produktgruppe 17: z.B. Kompressionstrümpfe, Hilfsmittel zur Narbenkompression, Halterungen

<sup>25</sup> enterale Ernährungsform mit Sondennahrung

**Tabelle 3.1.28:** Inanspruchnahme bei Hilfsmitteln

	Ahlen	Menden
Pflegestufe 1	287 (70%)	253 (62%)
Pflegestufe 2	277 (77%)	264 (72%)
Pflegestufe 3	102 (85%)	53 (69%)
Gesamt	666 (75%)	570 (67%)

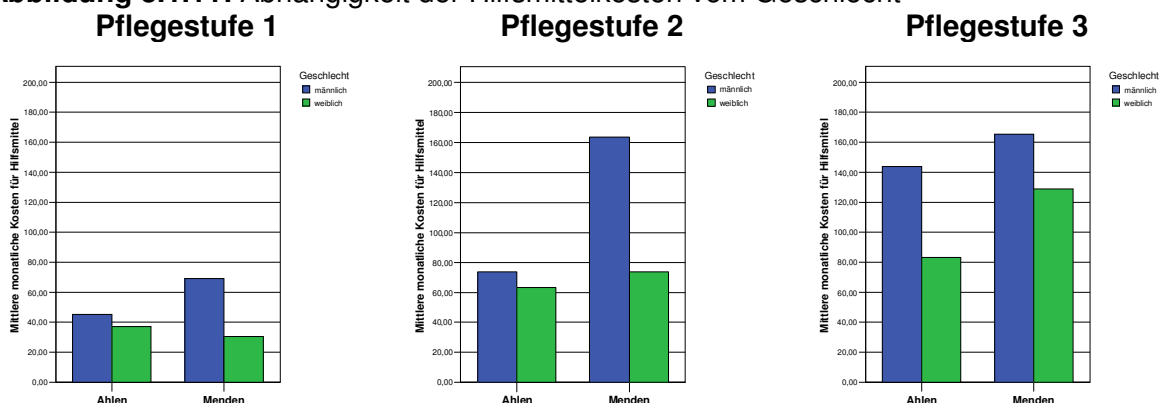
Dennoch sind die mittleren monatlichen Kosten pro Kopf für Hilfsmittel in allen Pflegestufen und der Gesamtheit der Pflegefälle in Ahlen geringer als in Menden. Insbesondere in den Pflegestufen 2 und 3 zeigen sich deutliche Differenzen. Die folgende Tabelle zeigt eine Übersicht der Kosten für Hilfsmittel:

**Tabelle 3.1.29:** Mittlere monatliche Kosten pro Kopf für Hilfsmittel in €

	Ahlen				Menden			
	N	MW	Median	SD	N	MW	Median	SD
Pflegestufe 1	408	<b>39</b>	<b>8</b>	135	405	<b>43</b>	<b>6</b>	181
Pflegestufe 2	361	<b>67</b>	<b>25</b>	148	364	<b>105</b>	<b>23</b>	359
Pflegestufe 3	120	<b>104</b>	<b>49</b>	179	77	<b>142</b>	<b>30</b>	260
Gesamt	889	<b>59</b>	<b>17</b>	148	846	<b>79</b>	<b>14</b>	280

In allen drei Pflegestufen nehmen die Kosten für Hilfsmittel mit zunehmendem Alter ab. Weiterhin verursachen die Männer höhere Kosten als die Frauen, wie die folgende Abbildung zeigt:

**Abbildung 3.1.11:** Abhängigkeit der Hilfsmittelkosten vom Geschlecht



Ergebnisse der multivariaten Analysen

Bei Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Krankenkasse und Pflegestufe (Gesamtstichprobe) sind die Differenzen zwischen Ahlen und Menden relativ klein.

**Tabelle 3.1.30:** Adjustierte Differenzen der monatlichen Hilfsmittelkosten pro Kopf in €

	Differenz (Ahlen- Menden)	95% Konfidenzintervall	p-Wert
Pflegestufe 1	<b>1*</b>	-1 ; 3	0,46
Pflegestufe 2	<b>0*</b>	-6 ; 6	0,99
Pflegestufe 3	<b>16*</b>	-1 ; 34	0,059
Gesamt	<b>2*</b>	-2 ; 5	0,30

\* adjustiert für Alter, Geschlecht und Krankenkasse

\*\* adjustiert für Alter, Geschlecht, Krankenkasse und Pflegestufe

Bei den Analysen der einzelnen Pflegestufen und der Gesamtheit der Pflegefälle erweist sich das Alter als signifikanter Einflussfaktor, wobei die Kosten mit zunehmendem Alter sinken.

Ergebnisse der „matched-pairs“ Analysen

Die von der KAA beratenen Personen verursachen höhere Kosten für Hilfsmittel als die nicht beratenen Personen aus Ahlen bzw. Menden. Dies gilt für alle Pflegestufen und die Gesamtheit der Fall- und Kontrollgruppen. Die Differenzen zu den Ahleiner Kontrollpersonen sind dabei jeweils größer als die Differenzen zu den Mendener Kontrollen. Signifikante Unterschiede zwischen den Fall- und Kontrollgruppen konnten jedoch nicht nachgewiesen werden. Die folgenden Tabellen fassen die Ergebnisse der „matched-pairs“ Analysen zusammen:

**Tabelle 3.1.31:** Mittelwerte der monatlichen Kosten für Hilfsmittel in € (Vergleich mit Ahlener Kontrollgruppe)

	durch KAA beratene Fälle	Ahlener Kontrollen	Differenzen	p-Wert*
Pflegestufe 1 (44)	<b>74</b>	<b>31</b>	<b>43</b>	0,46
Pflegestufe 2 (33)	<b>132</b>	<b>81</b>	<b>51</b>	0,49
Pflegestufe 3 (7)	<b>254</b>	<b>120</b>	<b>134</b>	0,50
Gesamt (84)	<b>112</b>	<b>58</b>	<b>54</b>	0,83

\*p-Wert des Wilcoxon Tests für verbundene Stichproben

**Tabelle 3.1.32:** Mittelwerte der monatlichen Kosten für Hilfsmittel in € (Vergleich mit Mendener Kontrollgruppe)

	durch KAA beratene Fälle	Mendener Kontrollen	Differenzen	p-Wert*
Pflegestufe 1 (44)	<b>74</b>	<b>56</b>	<b>18</b>	0,18
Pflegestufe 2 (33)	<b>132</b>	<b>115</b>	<b>17</b>	0,56
Pflegestufe 3 (7)	<b>254</b>	<b>128</b>	<b>126</b>	0,61
Gesamt (84)	<b>112</b>	<b>85</b>	<b>27</b>	0,21

\*p-Wert des Wilcoxon Tests für verbundene Stichproben

### 3.2.4 Heilmittel

Die häufigsten Leistungen im Bereich der Heilmittel sind Krankengymnastik, Wegepauschalen, „Sonstige Heilmittel“, Massagen und Ergotherapien.

Der Anteil von Personen mit Heilmittelverschreibungen liegt bei etwa 26 %. In den Pflegestufen 1 und 3 ist dieser Anteil in Ahlen etwas größer als in Menden.

**Tabelle 3.1.33:** Inanspruchnahme von Heilmitteln

	Ahlen	Menden
Pflegestufe 1	98 (25%)	80 (21%)
Pflegestufe 2	95 (28%)	100 (29%)
Pflegestufe 3	32 (28%)	16 (23%)
Gesamt	225 (27%)	196 (24%)

Bei den Ahlener Pflegebedürftigen sind die Heilmittelkosten in allen Pflegestufen im Mittel etwas höher als bei den Mendenern, wobei die Differenz in der Pflegestufe 3 mit etwa 20€ am größten ist. Die folgende Tabelle zeigt eine Übersicht der Kosten für Heilmittel:

**Tabelle 3.1.34:** Monatliche Kosten pro Kopf für Heilmittel in €

	Ahlen				Menden			
	N	MW	Median	SD	N	MW	Median	SD
Pflegestufe 1	385	<b>24</b>	<b>0</b>	83	385	<b>17</b>	<b>0</b>	50
Pflegestufe 2	343	<b>33</b>	<b>0</b>	86	348	<b>31</b>	<b>0</b>	86
Pflegestufe 3	115	<b>64</b>	<b>0</b>	183	69	<b>43</b>	<b>0</b>	121
Gesamt	843	<b>33</b>	<b>0</b>	104	802	<b>25</b>	<b>0</b>	76

Die Kosten für Heilmittel steigen mit zunehmender Pflegestufe und sinken mit zunehmendem Alter. Vergleicht man die Kosten von Männern und Frauen so ergibt sich ein uneinheitliches Bild: während in den Pflegestufen 1 und 3 kaum Differenzen bestehen, sind in der Pflegestufe 2 in beiden Städten die Männer deutlich kostenintensiver als die Frauen (ca. 47€ versus 25€).

#### Ergebnisse der multivariaten Analysen

Berücksichtigt man Alter, Geschlecht, Krankenkasse und Pflegestufe (nur bei Betrachtung der Gesamtheit der Fälle) sind keine Unterschiede zwischen Ahlen und Menden festzustellen, wie die folgende Tabelle zeigt:

**Tabelle 3.1.35:** Adjustierte Differenzen der monatlichen Heilmittelkosten pro Kopf in €

	Differenz (Ahlen- Menden)	95% Konfidenzintervall	p-Wert
Pflegestufe 1	<b>0*</b>	-1 ; 1	0,81
Pflegestufe 2	<b>0*</b>	-1 ; 1	0,66
Pflegestufe 3	<b>1*</b>	-1 ; 4	0,21
Gesamt	<b>0**</b>	-1 ; 1	0,73

\* adjustiert für Alter und Geschlecht

\*\* adjustiert für Alter, Geschlecht und Pflegestufe

Bei den Analysen der einzelnen Pflegestufen und der Gesamtheit der Pflegefälle erweist sich jeweils das Alter als signifikanter Einflussfaktor auf die Heilmittelkosten, wobei die Kosten mit zunehmendem Alter sinken.

#### Ergebnisse der „matched-pairs“ Analysen

Die von der KAA beratenen Personen der Pflegestufe 1 verursachen im Mittel geringere Heilmittelkosten als die Ahlener und Mendener Vergleichspersonen. In den Pflegestufen 2 und 3 hingegen kehrt sich das Verhältnis um. Die großen Differenzen bei den Mittelwerten in der Pflegestufe 3 sind auf einen relativ hohen Betrag einer einzelnen von der KAA beratenen Person zurückzuführen, der sich bei der geringen Fallzahl stark auf den Mittelwert auswirkt. Die folgenden Tabellen fassen die Ergebnisse der „matched-pairs“ Analysen zusammen. Signifikante Unterschiede sind farbig markiert.

**Tabelle 3.1.36:** Mittelwerte der monatlichen Heilmittelkosten in € (Vergleich mit Ahlener Kontrollgruppe)

	durch KAA beratene Fälle	Ahlener Kontrollen	Differenzen	p-Wert*
Pflegestufe 1 (40)	<b>12</b>	<b>23</b>	<b>-11</b>	0,020
Pflegestufe 2 (32)	<b>44</b>	<b>35</b>	<b>9</b>	0,20
Pflegestufe 3 (7)	<b>111</b>	<b>38</b>	<b>73</b>	0,69
Gesamt (79)	<b>34</b>	<b>29</b>	<b>5</b>	0,016

\*p-Wert des Wilcoxon Tests für verbundene Stichproben

**Tabelle 3.1.37:** Mittelwerte der monatlichen Heilmittelkosten in € (Vergleich mit Mendener Kontrollgruppe)

	durch KAA beratene Fälle	Mendener Kontrollen	Differenzen	p-Wert*
Pflegestufe 1 (41)	<b>14</b>	<b>20</b>	<b>-6</b>	0,12
Pflegestufe 2 (32)	<b>44</b>	<b>23</b>	<b>21</b>	0,87
Pflegestufe 3 (7)	<b>111</b>	<b>30</b>	<b>81</b>	0,34
Gesamt (80)	<b>34</b>	<b>22</b>	<b>12</b>	0,16

\*p-Wert des Wilcoxon Tests für verbundene Stichproben

### 3.2.5 SGB V: Häusliche Krankenpflege

Leistungen nach SGB V wurden von etwa 25% der Personen in Anspruch genommen. Insbesondere in den Pflegestufen 2 und 3 bestehen Unterschiede zwischen Ahlen und Menden, wobei ein größerer Anteil von Mendenern die Leistungen in Anspruch nahm.

**Tabelle 3.1.38:** Inanspruchnahme von Leistungen nach SGB V (häusliche Krankenpflege)

	Ahlen	Menden
Pflegestufe 1	84 (22%)	73 (19%)
Pflegestufe 2	83 (24%)	99 (28%)
Pflegestufe 3	32 (28%)	25 (36%)
Gesamt	199 (24%)	197 (25%)

Die mittleren monatlichen Kosten für Leistungen nach SGB V sind in allen Pflegestufen in Menden höher als in Ahlen.

**Tabelle 3.1.39:** Monatliche Kosten pro Kopf für Leistungen nach SGB V in €

	Ahlen				Menden			
	N	MW	Median	SD	N	MW	Median	SD
Pflegestufe 1	385	<b>36</b>	<b>0</b>	107	385	<b>50</b>	<b>0</b>	168
Pflegestufe 2	343	<b>46</b>	<b>0</b>	139	348	<b>63</b>	<b>0</b>	158
Pflegestufe 3	115	<b>59</b>	<b>0</b>	150	69	<b>85</b>	<b>0</b>	180
Gesamt	843	<b>44</b>	<b>0</b>	127	802	<b>59</b>	<b>0</b>	165

Ergebnisse der multivariaten Analysen

Bei Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Krankenkasse und Pflegestufe (Gesamtstichprobe) sind die Differenzen zwischen Ahlen und Menden jedoch relativ klein und nicht signifikant.

**Tabelle 3.1.40:** Adjustierte Differenzen der monatlichen Kosten pro Kopf für Leistungen nach SGB V in €

	Differenz (Ahlen- Menden)	95% Konfidenzintervall	p-Wert
Pflegestufe 1	<b>0*</b>	-1 ; 1	0,88
Pflegestufe 2	<b>-1*</b>	-2 ; 1	0,12
Pflegestufe 3	<b>-3*</b>	-7 ; 1	0,11
Gesamt	<b>-1**</b>	-1 ; 1	0,11

• adjustiert für Alter und Geschlecht

\*\* adjustiert für Alter, Geschlecht und Pflegestufe

Als signifikanter Einflussfaktor bei der Analyse der Gesamtgruppe erweisen sich die Pflegestufe (zunehmende Kosten mit zunehmender Pflegestufe) und das Alter, wobei die Kosten bis zum Alter von etwa 75 Jahren zunehmen und danach mit höherem Alter wieder abnehmen.

Ergebnisse der „matched-pairs“ Analysen

Die von der KAA beratenen Pflegebedürftigen der Pflegestufen 1 und 2 sowie der Gesamtgruppe verursachen geringere Kosten als die Ahlener bzw. Mendener



Vergleichspersonen. Bis auf den Vergleich mit den Ahlener Kontrollen der Pflegestufe 1, sind die Unterschiede auch signifikant. In der Pflegestufe 3 weisen die beratenen Fälle höhere Werte auf.

Die folgenden Tabellen veranschaulichen die Ergebnisse der „matched-pairs“ Analysen:

**Tabelle 3.1.41:** Mittelwerte der monatlichen SGB V Kosten in € (Vergleich mit Ahlener Kontrollgruppe)

	durch KAA beratene Fälle	Ahlener Kontrollen	Differenzen	p-Wert*
Pflegestufe 1 (40)	<b>30</b>	<b>41</b>	<b>-11</b>	0,050
Pflegestufe 2 (32)	<b>21</b>	<b>49</b>	<b>-28</b>	0,013
Pflegestufe 3 (7)	<b>137</b>	<b>51</b>	<b>86</b>	0,69
Gesamt (79)	<b>36</b>	<b>45</b>	<b>-9</b>	0,007

\*p-Wert des Wilcoxon Tests für verbundene Stichproben

**Tabelle 3.1.42:** Mittelwerte der monatlichen Heilmittelkosten in € (Vergleich mit Mendener Kontrollgruppe)

	durch KAA beratene Fälle	Mendener Kontrollen	Differenzen	p-Wert*
Pflegestufe 1 (41)	<b>30</b>	<b>73</b>	<b>-43</b>	0,016
Pflegestufe 2 (32)	<b>21</b>	<b>84</b>	<b>-63</b>	0,001
Pflegestufe 3 (7)	<b>137</b>	<b>95</b>	<b>42</b>	0,46
Gesamt (80)	<b>36</b>	<b>80</b>	<b>-44</b>	<0,001

\*p-Wert des Wilcoxon Tests für verbundene Stichproben

### 3.2.6 Arzneimittel

Die Arzneimittelbezeichnungen waren der ATC-Klassifizierung<sup>26</sup> entsprechend kodiert. Die folgende Tabelle zeigt den Anteil von Personen, für die das entsprechende Arzneimittel das am häufigsten Verordnete ist und den Anteil von Personen, für die das entsprechende Arzneimittel verordnet wurde.

<sup>26</sup> Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation von Arzneimitteln mit Tagesdosen für den deutschen Arzneimittelmarkt: Fricke, U., Günther, J., Zawinell, A. (2004): ATC-Index mit ddd-Angaben vom Wido-Institut

Die Obergruppen<sup>27</sup> der zehn am häufigsten verordneten Medikamente stimmen in Ahlen und Menden überein und die Differenzen der prozentualen Anteile sind gering.

**Tabelle 3.1.43:** Häufigste Arzneimittel

Arzneimittel	Anteil von Personen, für die das entsprechende Arzneimittel das am häufigsten Verordnete ist		Anteil von Personen, für die das entsprechende Arzneimittel verordnet wurde	
	Ahlen	Menden	Ahlen	Menden
Psycholeptika	18,4%	18,3%	58,1%	64,0%
Analgetika	10,0%	10,2%	72,6%	71,1%
Herztherapie	8,0%	5,5%	51,2%	51,4%
Antidiabetika	6,0%	4,6%	24,5%	27,8%
Diuretika	4,4%	4,3%	60,4%	61,5%
Husten- und Erkältungspräparate	4,4%	3,1%	61,4%	54,2%
Psychoanaleptika	4,1%	4,8%	34,5%	42,6%
Antiparkinsonmittel	3,9%	5,1%	14,4%	16,6%
Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	3,8%	4,5%	20,3%	25,2%
Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	3,5%	3,1%	48,5%	51,1%

Die monatlichen pro Kopf Kosten für Arzneimittel in Ahlen und Menden unterscheiden sich in den beiden unteren Pflegestufen kaum. In der Pflegestufe 3 sind die Ahlener jedoch im Mittel sehr viel kostenintensiver als die Mendener. Zu beachten ist hier allerdings, dass die Mediane in beiden Städten nahezu gleich groß sind, d.h. dass in beiden Städten 50% der Personen der Pflegestufe 3 Kosten über ca. 120 € monatlich verursachen. Bei der Betrachtung der Gesamtgruppe weisen die Ahlener im Mittel zwar höhere Kosten auf, der Median der Kosten ist aber in Menden höher.

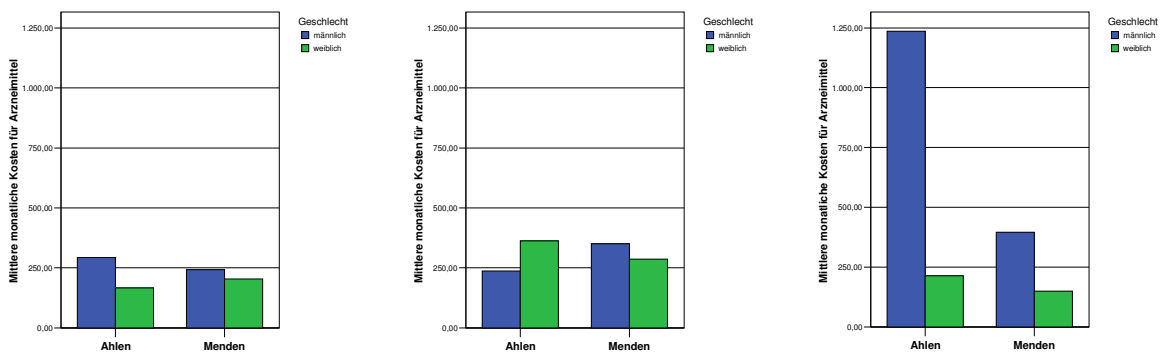
<sup>27</sup> Um das am häufigsten verschriebene Arzneimittel für jede Person zu ermitteln, wurde die ATC-Kodierung auf die ersten drei Stellen des Codes beschränkt und die Häufigkeit der eingelösten Verschreibungen der Arzneimittel bestimmt.

**Tabelle 3.1.44** Monatliche Kosten pro Kopf für Arzneimittel in €

	Ahlen				Menden			
	N	MW	Median	SD	N	MW	Median	SD
Pflegestufe 1	385	<b>203</b>	<b>119</b>	360	385	<b>216</b>	<b>119</b>	356
Pflegestufe 2	343	<b>319</b>	<b>111</b>	1472	348	<b>308</b>	<b>150</b>	530
Pflegestufe 3	115	<b>552</b>	<b>122</b>	3350	69	<b>238</b>	<b>114</b>	496
Gesamt	843	<b>298</b>	<b>117</b>	1572	802	<b>258</b>	<b>131</b>	453

Wie auch die Krankenhauskosten sind die Kosten für Arzneimittel bei den Ahlener Männern der Pflegestufe 3 besonders hoch. Dadurch ist auch der Mittelwert der Ahlener in der Pflegestufe 3 relativ groß.

**Abbildung 3.1.13:** Abhängigkeit der monatlichen Kosten für Arzneimittel vom Geschlecht  
**Pflegestufe 1**                      **Pflegestufe 2**                      **Pflegestufe 3**



Ergebnisse der multivariaten Analysen

Bei Berücksichtigung von Alter, Geschlecht und Pflegestufe (Gesamtstichprobe) erweisen sich die Ahlener der Pflegestufen 1 und 2 sowie der Gesamtgruppe als kostengünstiger, wobei der Unterschied in der Pflegestufe 2 auch signifikant ist. In der Pflegestufe 3 ist das Verhältnis umgekehrt, aber statistisch nicht signifikant.

**Tabelle 3.1.45:** Adjustierte Differenzen der monatlichen Kosten pro Kopf für Arzneimittel in €

	Differenz (Ahlen- Menden)	95% Konfidenzintervall	p-Wert
Pflegestufe 1	<b>-6*</b>	-31 ; 19	0,63
Pflegestufe 2	<b>-38*</b>	-73 ; -3	0,032
Pflegestufe 3	<b>24*</b>	-38 ; 89	0,44
Gesamt	<b>-17**</b>	-39 ; 5	0,12

• adjustiert für Alter und Geschlecht

\*\* adjustiert für Alter, Geschlecht und Pflegestufe

Bei allen Analysen erwies sich das Alter als signifikante Einflussgröße, wobei die Kosten etwa bis zum 65. Lebensjahr ansteigen und später wieder abnehmen. Bei der Analyse der Gesamtgruppe ist zusätzlich die Pflegestufe signifikant. Die Kosten sind in der Pflegestufe 2 am größten, gefolgt von der Pflegestufe 3 und der Pflegestufe 1.

In der Pflegestufe 3 hat außerdem das Geschlecht einen signifikanten Einfluss (Männer verursachen höhere Kosten als Frauen).

#### Ergebnisse der „matched-pairs“ Analysen

Die von der KAA beratenen Personen verursachen geringere Arzneimittelkosten als die nicht beratenen Ahlener bzw. Mendener. Die Unterschiede sind bei den Gesamtgruppen signifikant. In der Pflegestufe 2 ist der Unterschied zu den Mendenern ebenfalls signifikant.

**Tabelle 3.1.46:** Mittelwerte der monatlichen Arzneimittelkosten in € (Vergleich mit Ahlener Kontrollgruppe)

	durch KAA beratene Fälle	Ahlener Kontrollen	Differenzen	p-Wert*
Pflegestufe 1 (40)	<b>207</b>	<b>250</b>	<b>-43</b>	0,15
Pflegestufe 2 (32)	<b>169</b>	<b>245</b>	<b>-77</b>	0,054
Pflegestufe 3 (7)	<b>252</b>	<b>2108</b>	<b>-1856</b>	0,13
Gesamt (79)	<b>196</b>	<b>413</b>	<b>-217</b>	0,006

\*p-Wert des Wilcoxon Tests für verbundene Stichproben

**Tabelle 3.1.47:** Mittelwerte der monatlichen Arzneimittelkosten in € (Vergleich mit Mendener Kontrollgruppe)

	durch KAA beratene Fälle	Mendener Kontrollen	Differenzen	p-Wert*
Pflegestufe 1 (41)	<b>202</b>	<b>253</b>	<b>-51</b>	0,14
Pflegestufe 2 (32)	<b>169</b>	<b>327</b>	<b>-158</b>	0,001
Pflegestufe 3 (7)	<b>252</b>	<b>381</b>	<b>-129</b>	0,50
Gesamt (80)	<b>193</b>	<b>294</b>	<b>-101</b>	0,001

\*p-Wert des Wilcoxon Tests für verbundene Stichproben

### 3.2.7 Rehabilitationen

Rehabilitationen wurden nur von einem geringen Teil (gesamt: 54 Personen) der Versicherten in Anspruch genommen. Dabei überwiegt in der Pflegestufe 1 der Anteil der Ahlener und in der Pflegestufe 3 der Anteil der Mendener.

**Tabelle 3.1.48:** Inanspruchnahme von Rehabilitationen

	Ahlen	Menden
Pflegestufe 1	31 (8%)	12 (3%)
Pflegestufe 2	11 (3%)	6 (2%)
Pflegestufe 3	0 (0%)	4 (5%)
Gesamt	32 (4%)	22 (3%)

Die mittleren monatlichen Kosten pro Kopf sind daher entsprechend gering.

**Tabelle 3.1.49:** Monatliche Kosten pro Kopf für Rehabilitationen in €

	Ahlen				Menden			
	N	MW	Median	SD	N	MW	Median	SD
Pflegestufe 1	408	<b>15</b>	<b>0</b>	71	405	<b>8</b>	<b>0</b>	67
Pflegestufe 2	361	<b>12</b>	<b>0</b>	86	364	<b>9</b>	<b>0</b>	96
Pflegestufe 3	120	<b>0</b>	<b>0</b>	0	77	<b>24</b>	<b>0</b>	146
Gesamt	889	<b>11</b>	<b>0</b>	73	846	<b>10</b>	<b>0</b>	90

## Ergebnisse der multivariaten Analysen

Unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Krankenkasse und Pflegestufe (Gesamtstichprobe) sind die Differenzen zwischen Ahlen und Menden jeweils kleiner als 1 €. Signifikante Einflussfaktoren bei der Gesamtgruppe und der Pflegestufe 1 sind Alter (ab etwa 45 Jahren sinken die Kosten mit zunehmendem Alter) und Geschlecht (Frauen verursachen höhere Kosten). In den Pflegestufen 2 und 3 hat jeweils das Alter signifikanten Einfluss, wobei die Kosten mit zunehmendem Alter abnehmen.

## Ergebnisse der „matched-pairs“ Analysen

Beim Vergleich mit den Ahlener Kontrollpersonen erweisen sich die von der KAA beratenen Personen der Pflegestufe 1 und der Gesamtgruppe als kostenintensiver. In der Pflegestufe 2 ist das Verhältnis umgekehrt und in der Pflegestufe 3 wurden in beiden Gruppen keine Kosten verursacht.

Beim Vergleich mit der Mendener Kontrollgruppe weisen die beratenen Ahlener der Pflegestufe 1 und der Gesamtgruppe höhere Kosten auf.

**Tabelle 3.1.50:** Mittelwerte der monatlichen Kosten pro Kopf für Rehabilitationen in € (Vergleich mit Ahlener Kontrollgruppe)

	durch KAA beratene Fälle	Ahlener Kontrollen	Differenzen	p-Wert*
Pflegestufe 1 (44)	<b>0</b>	<b>18</b>	<b>-18</b>	0,005
Pflegestufe 2 (33)	<b>33</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	0,237
Pflegestufe 3 (7)	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	1
Gesamt (84)	<b>13</b>	<b>16</b>	<b>-3</b>	0,005

\*p-Wert des Wilcoxon Tests für verbundene Stichproben

**Tabelle 3.1.51:** Mittelwerte der monatlichen Kosten für Rehabilitationen in € (Vergleich mit Mendener Kontrollgruppe)

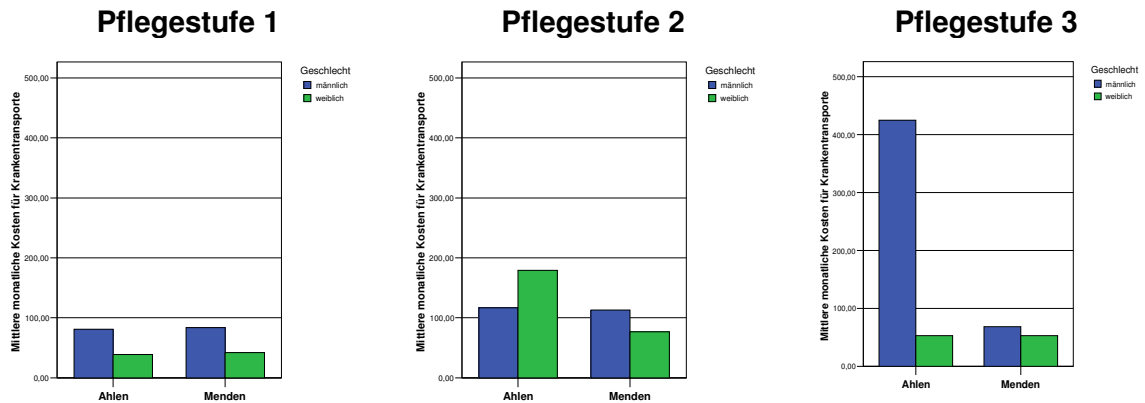
	durch KAA beratene Fälle	Mendener Kontrollen	Differenzen	p-Wert*
Pflegestufe 1 (44)	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>-3</b>	0,068
Pflegestufe 2 (33)	<b>33</b>	<b>0</b>	<b>33</b>	0,317
Pflegestufe 3 (7)	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	1
Gesamt (84)	<b>13</b>	<b>2</b>	<b>11</b>	0,50

\*p-Wert des Wilcoxon Tests für verbundene Stichproben

### 3.2.8 Fahrtkosten

Etwa zwei Drittel der Versicherten nahmen Krankentransporte in Anspruch. Die Kosten sind in der Pflegestufe 2 am höchsten, gefolgt von den Pflegestufen 3 und 1. Weiterhin nehmen die Krankentransportkosten bis zu einem Alter von etwa 70 Jahren zu und danach mit zunehmendem Alter wieder ab. In der Pflegestufe 1 verursachen die Männer in beiden Städten höhere Kosten als die Frauen. Auffällig sind die besonders hohen Kosten der Ahlener Männer der Pflegestufe 3 (wie auch bei den Arzneimittel- und den Krankenhauskosten).

**Abbildung 3.1.14:** Abhängigkeit der monatlichen Kosten für Krankentransporte vom Geschlecht



In den Pflegestufen 2 und 3 sowie in der Gesamtstichprobe weisen die Ahlener Pflegebedürftigen höhere Kosten auf als die Mendener. In der Pflegestufe 1 ist der Mittelwert bei den Ahlenern zwar um 4 € geringer als bei den Mendenern. Allerdings ist der Median der Mendener im Verhältnis zum Ahlener sehr klein, d.h. das 50% der Mendener Kosten unter 5€ und 50% der Ahlener Kosten unter 11 € verursachen.

**Tabelle 3.1.52:** Monatliche Kosten pro Kopf für Krankentransporte in €

	Ahlen				Menden			
	N	MW	Median	SD	N	MW	Median	SD
Pflegestufe 1	385	<b>51</b>	<b>11</b>	142	385	<b>55</b>	<b>5</b>	219
Pflegestufe 2	343	<b>158</b>	<b>31</b>	1010	348	<b>89</b>	<b>23</b>	227
Pflegestufe 3	115	<b>176</b>	<b>24</b>	626	69	<b>58</b>	<b>10</b>	189
Gesamt	843	<b>112</b>	<b>20</b>	693	802	<b>70</b>	<b>14</b>	220

Ergebnisse der multivariaten Analysen

Bei Berücksichtigung von Alter, Geschlecht und Pflegestufe (Gesamtstichprobe) erweisen sich die Ahlener ebenfalls in allen Pflegestufen und der Gesamtgruppe als kostenintensiver. Signifikant sind die Unterschiede bei der Pflegestufe 3 und der Gesamtstichprobe.



**Tabelle 3.1.53:** Adjustierte Differenzen der monatlichen Kosten pro Kopf in € für Krankentransporte

	Differenz (Ahlen- Menden)	95% Konfidenzintervall	p-Wert
Pflegestufe 1	<b>2*</b>	-1 ; 4	0,18
Pflegestufe 2	<b>5*</b>	-3 ; 12	0,23
Pflegestufe 3	<b>19*</b>	5 ; 34	0,006
Gesamt	<b>6**</b>	1 ; 10	0,023

\* adjustiert für Alter und Geschlecht

\*\* adjustiert für Alter, Geschlecht und Pflegestufe

Ergebnisse der „matched-pairs“ Analysen

Beim Vergleich mit nicht beratenen Ahlenern und Mendenern sind die von der KAA beratenen Pflegebedürftigen der Pflegestufen 1 und 2 sowie der Gesamtgruppe kostengünstiger als die jeweiligen Kontrollgruppen. In der Pflegestufe 3 kehrt sich dieses Verhältnis um. Die Unterschiede sind jedoch nicht signifikant.

**Tabelle 3.1.54:** Mittelwerte der monatlichen Kosten für Krankentransporte in € (Vergleich mit Ahlener Kontrollgruppe)

	durch KAA beratene Fälle	Ahlener Kontrollen	Differenzen	p-Wert*
Pflegestufe 1 (40)	<b>111</b>	<b>58</b>	<b>53</b>	0,52
Pflegestufe 2 (32)	<b>98</b>	<b>82</b>	<b>16</b>	0,52
Pflegestufe 3 (7)	<b>88</b>	<b>583</b>	<b>-495</b>	0,063
Gesamt (79)	<b>104</b>	<b>114</b>	<b>-10</b>	0,14

\*p-Wert des WilcoxonTests für verbundene Stichproben

**Tabelle 3.1.55:** Mittelwerte der monatlichen Kosten für Krankentransporte in € (Vergleich mit Mendener Kontrollgruppe)

	durch KAA beratene Fälle	Mendener Kontrollen	Differenzen	p-Wert*
Pflegestufe 1 (41)	<b>109</b>	<b>71</b>	<b>37</b>	0,82
Pflegestufe 2 (32)	<b>98</b>	<b>74</b>	<b>24</b>	0,42
Pflegestufe 3 ( 7)	<b>88</b>	<b>146</b>	<b>-58</b>	1
Gesamt (80)	<b>103</b>	<b>79</b>	<b>24</b>	0,62

\*p-Wert des WilcoxonTests für verbundene Stichproben

### 3.2.9 Gesamtkosten

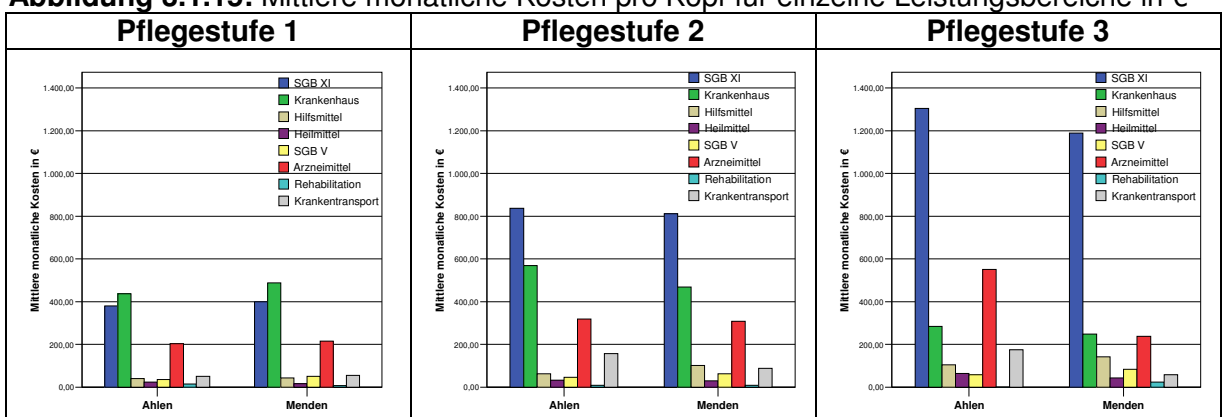
In die Gesamtkosten gingen die Kosten für folgende Leistungsbereiche ein:

- Pflege nach SGB XI,
- Krankenhaus,
- Hilfsmittel,
- Heilmittel,
- SGB V
- Arzneimittel,
- Rehabilitation und
- Krankentransport.

Da nur die KK1 zu allen Leistungsbereichen Daten lieferte, werden im Folgenden auch nur die Versicherten dieser Krankenkasse betrachtet.

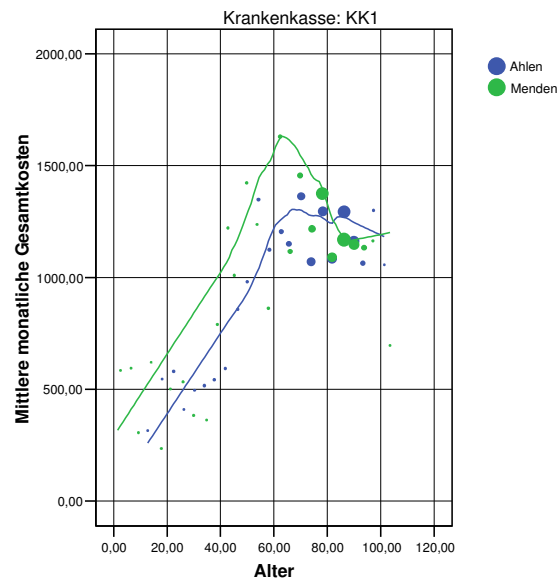
Die folgende Abbildung zeigt die mittleren monatlichen Kosten pro Kopf in € für die einzelnen Leistungsbereiche im Vergleich. Dabei sind in allen drei Pflegestufen die Kosten für Pflege nach SGB XI, Krankenhaus und Arzneimittel jeweils am höchsten.

**Abbildung 3.1.15:** Mittlere monatliche Kosten pro Kopf für einzelne Leistungsbereiche in €



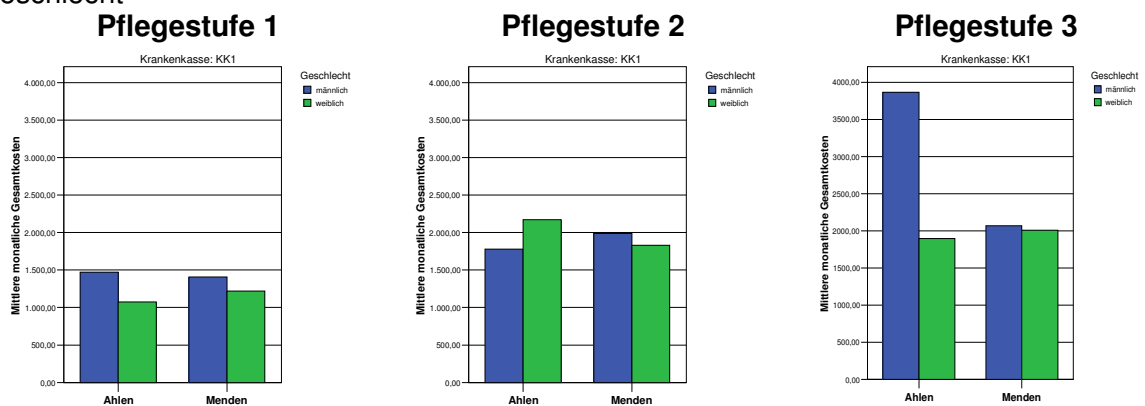
Die monatlichen Gesamtkosten steigen bis zu einem Alter von etwa 65 Jahren und sinken bei den über 65 Jährigen wieder mit zunehmendem Alter. Bei den Personen unter 80 Jahren sind die Gesamtkosten der Ahlener geringer als die der Mendener. Bei den über 80 Jährigen kehrt sich das Verhältnis um.

**Abbildung 3.1.16:** Abhängigkeit der mittleren monatlichen Gesamtkosten pro Kopf vom Alter (alle Pflegestufen)



Der Vergleich der Kosten von Männern und Frauen in den einzelnen Pflegestufen zeigt, dass in der Pflegestufe 1 die Männer etwas höhere Kosten verursachen als die Frauen. Für die Pflegebedürftigen der Pflegestufe 2 kann keine Aussage getroffen werden. In der Pflegestufe 3 fällt der besonders hohe Wert der Ahlener Männer auf.

**Abbildung 3.1.17:** Abhängigkeit der mittleren monatlichen Gesamtkosten pro Kopf vom Geschlecht



Die Gesamtkosten steigen mit zunehmender Pflegestufe an. Nur die Ahlener Pflegebedürftigen der Pflegestufe 1 weisen geringere Gesamtkosten auf als die Mendener. In der Pflegestufe 2 sind die Gesamtkosten zwar bei den Ahlenern höher, der Median ist

aber kleiner als bei den Mendenern. In der Pflegestufe 3 ist die Differenz zwischen den Ahlenern und den Mendenern mit etwa 500 € am größten, allerdings beträgt die Differenz der Mediane nur etwa 100 €. Bei Betrachtung der Gesamtstichprobe sind die mittlern Gesamtkosten der Ahlener um etwa 100 € höher als die der Mendener, der Median ist allerdings bei den Ahlenern um etwa 40 € kleiner als bei den Mendenern.

**Tabelle 3.1.56:** Monatliche Gesamtkosten pro Kopf in €

	Ahlen				Menden			
	N	MW	Median	SD	N	MW	Median	SD
Pflegestufe 1	385	<b>1189</b>	<b>822</b>	1272	385	<b>1278</b>	<b>900</b>	1366
Pflegestufe 2	343	<b>2035</b>	<b>1487</b>	3412	348	<b>1882</b>	<b>1563</b>	1455
Pflegestufe 3	115	<b>2544</b>	<b>1786</b>	4392	69	<b>2028</b>	<b>1697</b>	1518
Gesamt	843	<b>1718</b>	<b>1228</b>	2888	802	<b>1605</b>	<b>1271</b>	1452

Ergebnisse der multivariaten Analysen

Unter Berücksichtigung der Variablen Geschlecht, Alter und Pflegestufe (Gesamtstichprobe) erweisen sich die Ahlener der Pflegestufen 1 und 2 sowie der Gesamtstichprobe als Kostengünstiger als die Mendener. In der Pflegestufe 3 ist das Verhältnis umgekehrt.

**Tabelle 3.1.57:** Adjustierte Differenzen der monatlichen Gesamtkosten pro Kopf in €

	Differenz (Ahlen- Menden)	95% Konfidenzintervall	p-Wert
Pflegestufe 1	<b>-95*</b>	-217 ; 27	0,12
Pflegestufe 2	<b>-35*</b>	-230 ; 160	0,73
Pflegestufe 3	<b>204*</b>	-168 ; 579	0,28
Gesamt	<b>-81**</b>	-212 ; 54	0,23

\* adjustiert für Alter und Geschlecht

\*\* adjustiert für Alter, Geschlecht und Pflegestufe

Ergebnisse der „matched-pairs“ Analysen

Beim Vergleich von Personen, die von der KAA beraten wurden mit nicht beratenen Ahlenern und Mendenern konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. In der Pflegestufe 1 weisen die beratenen Ahlener im Mittel etwas höhere Kosten auf, in den Pflegestufen 2 und 3 sowie in den Gesamtstichproben entstehen bei den beratenen Ahlenern jeweils geringere Kosten.

**Tabelle 3.1.58:** Mittelwerte der monatlichen Gesamtkosten in € (Vergleich mit Ahlener Kontrollgruppe)

	durch KAA beratene Fälle	Ahlener Kontrollen	Differenzen	p-Wert*
Pflegestufe 1 (40)	<b>1522</b>	<b>1342</b>	<b>180</b>	0,80
Pflegestufe 2 (32)	<b>1771</b>	<b>2021</b>	<b>-251</b>	0,19
Pflegestufe 3 (7)	<b>2192</b>	<b>5222</b>	<b>-3030</b>	0,18
Gesamt (79)	<b>1682</b>	<b>1961</b>	<b>-279</b>	0,13

\*p-Wert des Wilcoxon Tests für verbundene Stichproben

**Tabelle 3.1.59:** Mittelwerte der monatlichen Gesamtkosten in € (Vergleich mit Mendener Kontrollgruppe)

	durch KAA beratene Fälle	Mendener Kontrollen	Differenzen	p-Wert*
Pflegestufe 1 (41)	<b>1492</b>	<b>1456</b>	<b>36</b>	0,35
Pflegestufe 2 (32)	<b>1771</b>	<b>1948</b>	<b>-178</b>	0,16
Pflegestufe 3 (7)	<b>2192</b>	<b>2222</b>	<b>-30</b>	1
Gesamt (80)	<b>1665</b>	<b>1720</b>	<b>-55</b>	0,11

\*p-Wert des Wilcoxon Tests für verbundene Stichproben

### 3.3 Ergebnisse der Auswertung der Daten des Kreises Warendorf

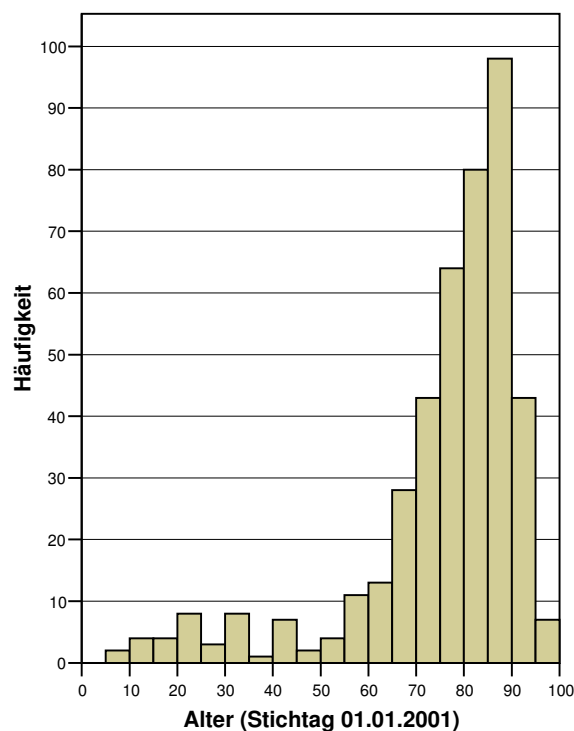
#### 3.3.1 Beschreibung der Stichprobe

In die Auswertung gehen die Daten des Kreises Warendorf<sup>28</sup> von 430 Ahlener Personen ein, die im Zeitraum 2001-2003 „Hilfen zur Pflege“ erhalten haben. Zum Kreis der betroffenen Personen gehören neben Pflegebedürftigen mit einer Pflegestufe auch Personen mit zeitlich begrenztem Pflegebedarf.

77% (absolut: 331) der Personen sind Frauen und 23% (absolut: 99) sind Männer.

Die Personen sind im Mittel 76 Jahre alt (Alter zum Zeitpunkt: 01.01.2001). Die Spannweite des Alters reicht von 10 bis 100 Jahren. Das folgende Histogramm veranschaulicht die Verteilung des Alters in der Stichprobe:

**Abbildung 3.2.1:** Histogramm der Altersverteilung



Für 315 der 430 Personen kann für bestimmte Zeiträume die Pflegestufe angegeben werden, da sie innerhalb dieser Zeiträume Pflegegeld vom Sozialhilfeträger erhielten, das an eine bestimmte Pflegestufe gebunden ist. 125 Personen hatten die Pflegestufe 1, 171 die Pflegestufe 2 und 71 Pflegestufe 3. Bei einigen Personen wechselte die Pflegestufe innerhalb der drei Jahre.

322 der 430 Personen wurden stationär und 108 ambulant gepflegt. Personen, die zunächst ambulant und später stationär gepflegt wurden, konnten nicht identifiziert werden, da sich in einem solchen Fall das Aktenzeichen, das als eindeutiges Kennzeichen für eine Person verwendet wurde, ändert und die übrigen Variablen für eine Identifikation nicht ausreichen.

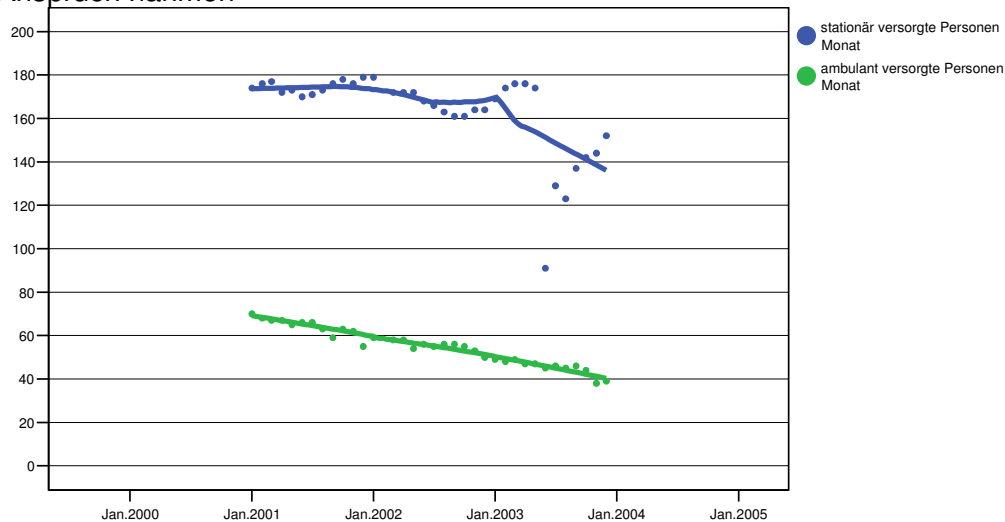
<sup>28</sup> Die Stadt Ahlen liegt im Kreis Warendorf

### 3.3.2 Ergebnisse bezüglich der Leistungen im Rahmen des BSHG

Anzahl von Personen, die „Hilfen zur Pflege“ in Anspruch nehmen

Im Mittel erhielten 219 Personen monatlich „Hilfen zur Pflege“. Ca. 75% (absolut: 164) dieser Personen wurden stationär und ca. 25% (absolut: 55) ambulant versorgt. Die Anzahl der Personen nahm in beiden Gruppen im Zeitraum 2001-2003 ab.

**Abbildung 3.2.2:** Anzahl ambulant und stationär gepflegter Personen, die „Hilfen zur Pflege“ in Anspruch nahmen



Dauer der Inanspruchnahme von „Hilfen zur Pflege“

Im Mittel wurden „Hilfen zur Pflege“ innerhalb der drei Jahre über einen Zeitraum von ca. 18 Monaten in Anspruch genommen. Die Dauer der Inanspruchnahme war bei Personen, die ambulant gepflegt wurden, im Mittel etwa einen Monat länger als bei stationär gepflegten Personen (ca. 19 Monate bei ambulant gepflegten Personen und ca. 18 Monate bei stationär gepflegten Personen). Ein signifikanter Unterschied der Dauer der Inanspruchnahme kann aber nicht nachgewiesen werden (p-Wert=0,28 (t-Test für unabhängige Stichproben)).

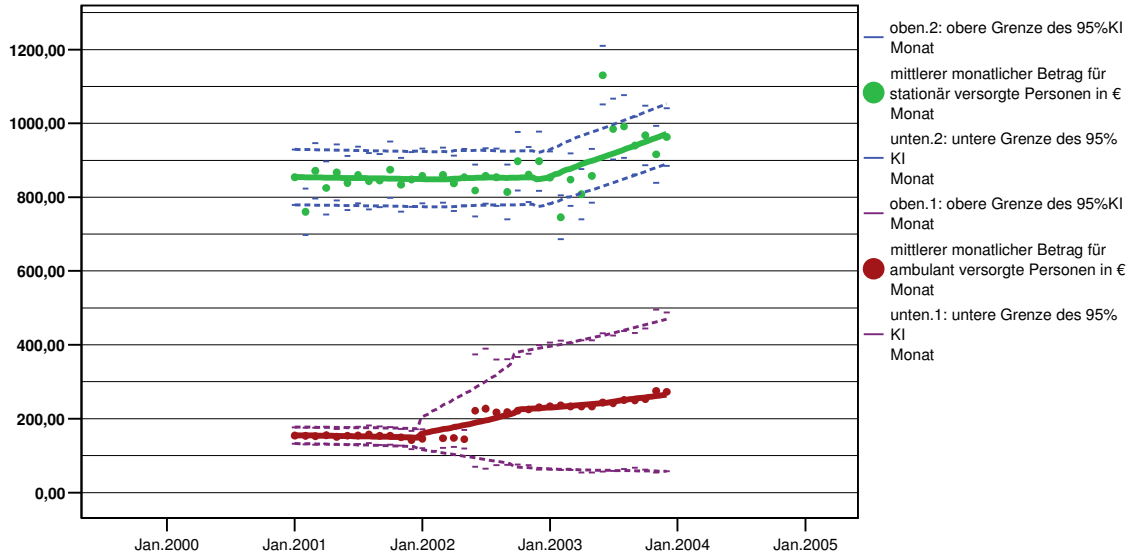
mittlere monatliche Ausgaben pro Kopf

Die vom Sozialamt Warendorf gelieferten Daten der stationär versorgten Personen umfassen alle Leistungen nach BSHG. Für die ambulant versorgten Personen konnten nur „Hilfen zur Pflege“, „Altenhilfe“ und „Hilfen zur Weiterführung des Haushalt“ geliefert werden - weitere „Hilfen zum Lebensunterhalt“ fehlen jedoch.

Die mittleren monatlichen Ausgaben pro Kopf betragen etwa 702 €. Wie zu erwarten, lagen die mittleren monatlichen Ausgaben für stationär gepflegte Personen weit über denen für

ambulant gepflegte Personen. So wurden für stationär gepflegte Personen im Mittel 872 € und für die ambulant Gepflegten nur 198 € monatlich<sup>1</sup> ausgegeben.

**Abbildung 3.2.3:** Mittlere monatliche Beträge pro Kopf in € für ambulant und stationär versorgte Personen



Dargestellt sind die Mittelwerte der monatlichen Beträge für ambulant<sup>1</sup> und stationär gepflegte Personen im zeitlichen Verlauf sowie die oberen und unteren Grenzen der 95% Konfidenzintervalle der Mittelwerte (Punkte). Die Linien beschreiben wieder den jeweiligen Trend.

Die Mittelwerte der monatlichen Beträge für stationär gepflegte Personen sind bis zum Ende des Jahres 2002 nahezu konstant. Mit Beginn des Jahres 2003 ist tendenziell ein Anstieg dieser Beträge zu beobachten.

Bei den monatlichen Beträgen für ambulant gepflegte Personen<sup>1</sup> ist bereits ab Beginn des Jahres 2002 ein tendenzieller Anstieg zu verzeichnen. Die Vergrößerung des Konfidenzintervalls ist auf eine größere Variabilität der Beträge innerhalb der Personengruppe zurückzuführen.

Monatliche Kosten von Personen, denen eine Pflegestufe zugeordnet werden konnte

Die folgenden Tabellen stellen die mittleren monatlichen Ausgaben für stationär bzw. ambulant gepflegte Personen mit Pflegestufe dar:

<sup>1</sup> ohne die Kosten der "Hilfen zum Lebensunterhalt", die im Datensatz der ambulant betreuten Personen nicht enthalten waren



**Tabelle 3.2.1:** Monatliche Ausgaben in € für Leistungen nach BSHG (ohne „Hilfen zum Lebensunterhalt“) für ambulant gepflegte Personen mit Pflegestufe

	MW	Median	SD	Gesamtzahl der Personen	Mittlere Anzahl von Personen pro Monat	Mittlere Dauer der Inanspruchnahme der Leistungen in Monaten
Ambulant gepflegte Personen						
Pflegestufe 1	<b>114</b>	<b>116</b>	14	9	4	14
Pflegestufe 2	<b>315</b>	<b>313</b>	61	7	2	11
Pflegestufe 3	<b>492</b>			1	1	34

**Tabelle 3.2.2:** Monatliche Ausgaben in € für Leistungen nach BSHG für stationär gepflegte Personen mit Pflegestufe

	MW	Median	SW	Gesamtzahl der Personen	Mittlere Anzahl von Personen pro Monat	Mittlere Dauer der Inanspruchnahme der Leistungen in Monaten
stationär gepflegte Personen						
Pflegestufe 1	<b>716</b>	<b>700</b>	79	116	41	13
Pflegestufe 2	<b>811</b>	<b>789</b>	89	164	69	15
Pflegestufe 3	<b>916</b>	<b>902</b>	77	70	34	17

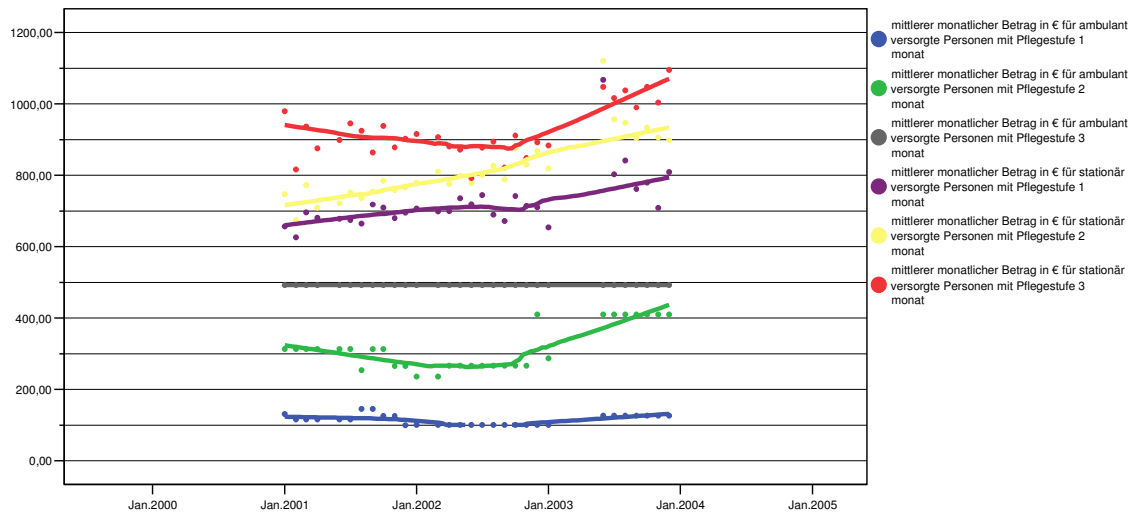
Die mittlere Anzahl von Personen pro Monat, die ambulant gepflegt werden und Pflegegeld einer bestimmten Pflegestufe bekommen, ist mit 7 deutlich geringer als bei den stationär gepflegten Personen mit 135.

In beiden Gruppen steigen die Kosten mit zunehmender Pflegestufe.

Die Kosten für stationär gepflegte Pflegebedürftige sind größer als die für ambulant Gepflegte. Allerdings muss beachtet werden, dass die Werte für die ambulant versorgten Personen jeweils Mittelwerte von sehr wenigen Personen darstellen (<6)

und die „Hilfen zum Lebensunterhalt“ fehlen. Im zeitlichen Verlauf ergibt sich folgendes Bild:

**Abbildung 3.2.4:** mittlere monatliche Kosten für ambulant und stationär gepflegte Personen mit Pflegestufe

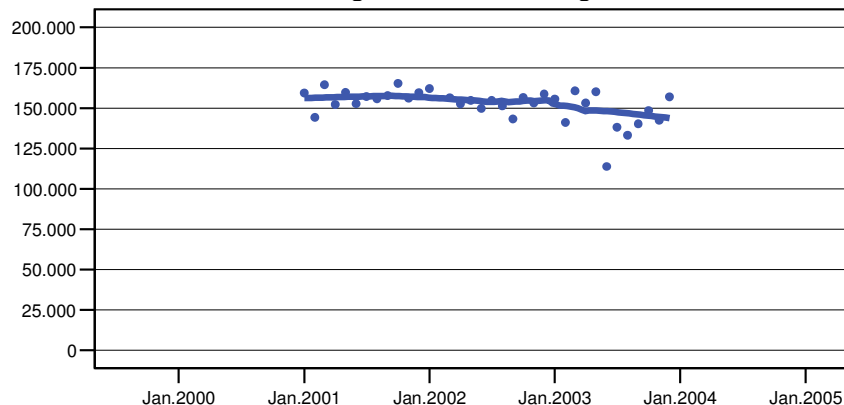


Bei den meisten Personengruppen sind die monatlichen Kosten pro Person im Zeitraum 2001 bis 2003 gewachsen. Nur bei ambulant versorgten Personen der Pflegestufen 1 und 3 scheinen die Kosten konstant geblieben zu sein. Hier muss allerdings die geringe Fallzahl beachtet werden (in der Pflegestufe 3 ist nur eine Person vertreten).

Gesamtausgaben für Leistungen nach BSHG

Die mittleren monatlichen Gesamtausgaben für Leistungen nach BSHG<sup>29</sup> betragen 152 081 €. In der **Abbildung 3.2.5** sind die monatlichen Ausgaben<sup>1</sup> für Leistungen nach BSHG im zeitlichen Verlauf dargestellt. Die Punkte geben die Werte für die einzelnen Monate an, die Anpassungslinie veranschaulicht den Trend.

**Abbildung 3.2.5:** Monatliche Gesamtausgaben für Leistungen nach BSHG in €



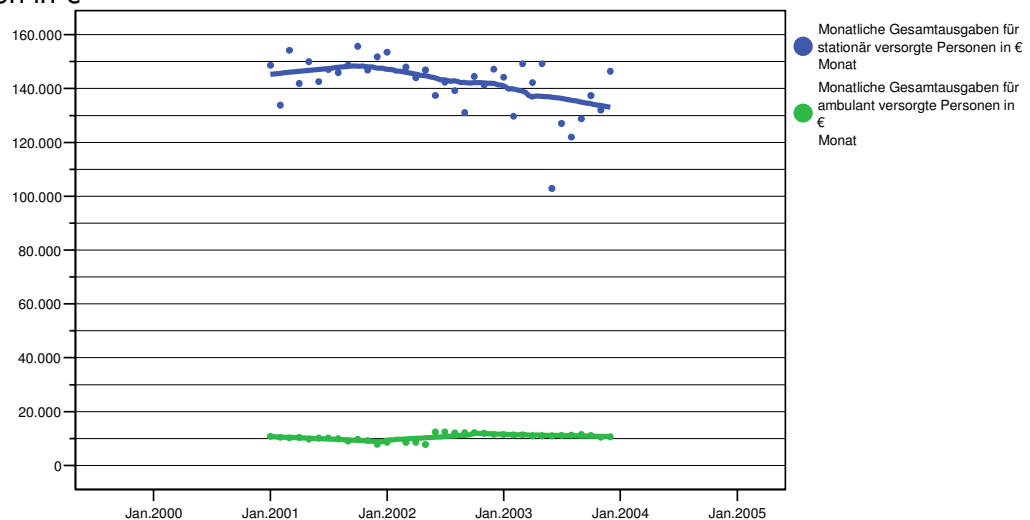
<sup>29</sup> ohne die Kosten der "Hilfen zum Lebensunterhalt", die im Datensatz der ambulant betreuten Personen nicht enthalten waren

<sup>1</sup> ohne die Kosten der "Hilfen zum Lebensunterhalt", die im Datensatz der ambulant betreuten Personen nicht enthalten waren

In den Jahren 2001 und 2002 waren die monatlichen Kosten fast ausschließlich höher als 150. 000€. Im Jahr 2003 häufen sich die Werte unter 150 000€. Daher zeigt die Anpassungslinie einen negativen Trend. Allerdings lagen die monatlichen Ausgaben im Dezember 2003 wieder über 150 000€. Die fallende Tendenz bei den Gesamtkosten beruht auf einer Reduzierung der Personenzahl, nicht der monatlichen Kosten pro Kopf.

Nahezu 93% (absolut: 141 529 €) der monatlichen Ausgaben wurden für stationär gepflegte Personen verwendet, nur etwa 7% der Ausgaben gingen an ambulant gepflegte Personen (absolut: 10 552 €). Der ambulante Kostenanteil ist sehr gering, auch wenn berücksichtigt werden muss, dass im ambulanten Bereich „Hilfen zum Lebensunterhalt“ fehlen.

**Abbildung 3.2.6:** Monatliche Gesamtausgaben für ambulant und stationär versorgte Personen in €



Während die Ausgaben für ambulant versorgte Personen<sup>1</sup> nahezu konstant bei 10.000 € liegen, variieren die Ausgaben für die stationär gepflegten Personen stärker. Die Variabilität der Ausgaben kann damit auf die Variabilität der Ausgaben für stationär betreute Personen zurückgeführt werden.

#### Hochrechnungen der Ausgaben für ambulant gepflegte Personen

Nach Angaben des Sozialamts erhalten nicht alle Personen, die ambulant gepflegt werden und „Hilfen zur Pflege“ in Anspruch nehmen, auch „Hilfen zum Lebensunterhalt“. Die Größe der fehlenden Beträge konnte aber nicht abgeschätzt werden.

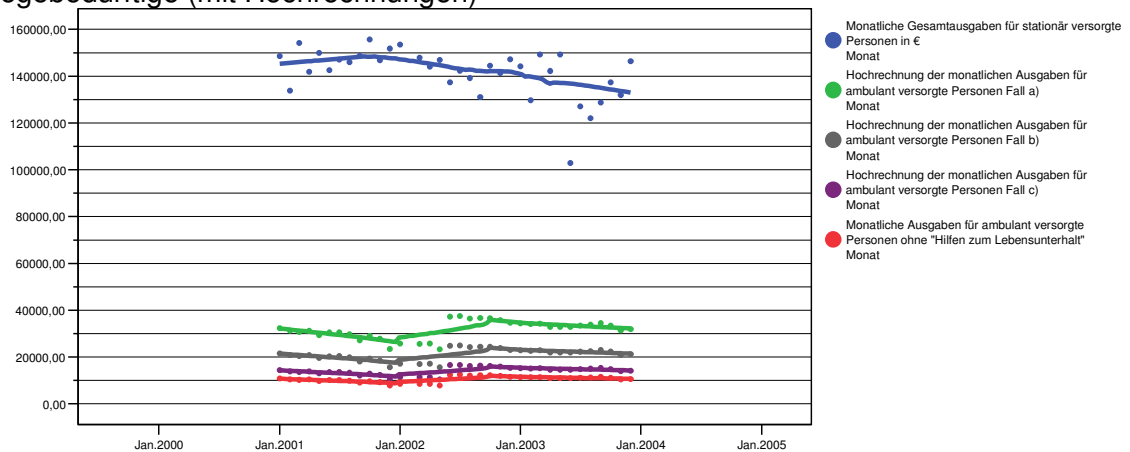
Um dennoch eine Abschätzung der gesamten vom Sozialhilfeträger im Rahmen des BSHG aufgewendeten Kosten für pflegebedürftige Personen in Ahlen vorzunehmen, wurden ausgehend von den bekannten Ausgaben für ambulant versorgte Personen, Hochrechnungen für die Gesamtausgaben für die folgenden Szenarien durchgeführt:

Der Anteil der „Hilfen zum Lebensunterhalt“ an den Gesamtausgaben beträgt

- a) 75%,
- b) 50% und
- c) 25%.

Die folgende Graphik zeigt die hochgerechneten monatlichen Gesamtausgaben für ambulant versorgte Personen in den drei Fällen, die monatlichen Ausgaben für ambulant versorgte Personen ohne „Hilfen zum Lebensunterhalt“ und die entsprechenden Ausgaben für stationär versorgte Personen.

**Abbildung 3.2.7:** Monatliche Gesamtausgaben in € für ambulant und stationär versorgte Pflegebedürftige (mit Hochrechnungen)



Für die Gesamtausgaben und die prozentualen Anteile an den Gesamtausgaben für ambulant und stationär versorgte Personen erhält man bei Hochrechnung die folgenden Werte:

**Tabelle 3.2.3:** Ergebnisse der Hochrechnungen

	Hochrechnungen für:		
	Gesamtausgaben nach BSHG für pflegebedürftige Personen	Ausgaben für stationär versorgte Personen	Ausgaben für ambulant versorgte Personen
Fall a)	<b>ca. 173 000 €</b>	<b>ca. 142 000 €</b> (ca. 82%)	<b>ca. 32 000 €</b> (ca. 18%)
Fall b)	<b>ca. 163 000 €</b>	<b>ca. 142 000 €</b> (ca. 87%)	<b>ca. 21 000 €</b> (ca. 13%)
Fall c)	<b>ca. 156 000 €</b>	<b>ca. 142 000 €</b> (ca. 91%)	<b>ca. 14 000 €</b> (ca. 9%)

### **3.4 Ergebnisse der Befragung von Pflegebedürftigen und Angehörigen in Ahlen**

#### **3.4.1 Beschreibung der Interviews**

Während der Interviews zeigte sich, dass die quantitativen Fragen zwar beantwortet wurden, jedoch häufig der Fragebogenverlauf unterbrochen wurde (trotz freundlicher Erinnerung an die weitere Beantwortung) mit Berichten/Eindrücken weiterer Zusammenhänge in der Pflegesituation durch die Befragten. Dies wird deutlich bei der Länge der telefonischen Interviews, die zunächst mit 10-15 Minuten geplant waren und in Einzelfällen eine Länge von mehr als 45 Minuten hatten.

Die Fragebögen für Angehörige sind etwas umfangreicher, deshalb liegt hier der Mittelwert der Interviewdauer 6,42 min über der Dauer der Interviews mit den Pflegebedürftigen. Interessant ist, dass mit den Angehörigen der gleichen Generation (= gleiche Generation wie pflegebedürftige Person – also meistens „Pfleger Partner“) die mittlere Interviewdauer gegenüber der „Angehörigen Kindergeneration“ durchschnittlich 2.23min länger dauerte. 2 Personen hatten Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache, und deshalb dauerten die Interviews etwas länger.

Einige Angehörige haben stark emotional von der Pflegesituation erzählt.

Viele bedankten sich für das Zuhören und Interesse an ihrer Arbeit.<sup>30</sup>

#### Interviews mit Angehörigen

Bei der Durchführung der Interviews stellten wir fest, dass es folgende Schwierigkeiten gab. Wenn pflegende Angehörige (und dies traf auf etwa ein Drittel der von uns befragten Angehörigen zu) nicht das erste Mal in ihrem Leben näher mit einer pflegebedürftigen Person zu tun haben/bekannt/verwandt sind, passiert es vor allem bei pflegenden Angehörigen, aber auch bei den Pflegebedürftigen, dass sich während der Interviews die Erfahrungen der Betroffenen in und mit den einzelnen Pflegefällen vermischen.

Insbesondere wenn es um die Nutzung von Dienstleitungen wie der KAA, Krankenhausaufenthalt und Leistungen des Sozialen Dienstes handelt, „springen“ häufig die Befragten während der Interviews innerhalb der Pflegesituationen, in welchen sie betreut haben. Dies macht es für den Interviewer nicht einfach, die Aussagen einem einzelnen Pflegebedürftigen zuzuordnen. Für weitere Interviews mit Pflegebedürftigen müsste man diesen Umstand unserer Meinung nach stärker berücksichtigen – insbesondere bei der Thesenbildung, die den Zusammenhang zwischen pflegebedürftiger Person und dem pflegenden Angehörigen als feste und einzige Pflegebeziehung im Leben des pflegenden Angehörigen zum Zeitpunkt der Befragung definieren.

---

<sup>30</sup> Hierauf soll später noch einmal Bezug genommen werden.

Die Angehörigen, mit denen ein Interview geführt wurde, stellen eine sehr heterogene Gruppe dar. So waren in einzelnen Fällen die pflegebedürftigen Angehörigen bereits verstorben und es bestand dennoch große Bereitschaft zu einem Interview über die Pflegesituation. Die Pflegesituationen, in welchen sich die übrigen Angehörigen befanden, reichten von einer sehr intensiven Betreuung angehöriger Pflegebedürftiger bis zu gelegentlichen Besuchen bei pflegebedürftigen Angehörigen im Altenpflegeheim nach teilweise vorherig häuslich geleisteter Pflege. Trotz dieser unterschiedlichen Angehörigenperspektiven stellen alle subjektiven Wahrnehmungen und gemachten Erfahrungen von den Angehörigen im Zusammenhang mit der Pflege, eine wichtige Grundlage der Forschung dar. Die Perspektiven sollen abgebildet werden, weil sie einerseits einen wichtigen Beitrag zur Beurteilung von bestehenden Unterstützungsstrukturen in der Pflege in Ahlen darstellen – und andererseits zur Weiterentwicklung von Strukturen, Angeboten und Regelungen in der Ahlener Versorgungsstruktur dienen können. Der besondere Fokus auf die Arbeit der KAA wird im Kapitel 3.4.2 berücksichtigt.

Zunächst soll die Gruppe der interviewten Ahlener näher beschrieben werden.

Von den 87 Angehörigen, mit denen Interviews geführt wurden, waren 69 gleichzeitig die Pflegeperson. Die interviewten Angehörigen waren 48,1% Töchter und Söhne der Pflegebedürftigen und 38,4% Ehepartner von Pflegebedürftigen.

Bei einigen Analysen erschien es sinnvoll, die zwei interviewten Gruppen (Angehörige und Pflegebedürftige) getrennt zu betrachten.

98 Personen in 104 befragten Haushalten<sup>31</sup> haben einen Leistungsanspruch nach SGB XI. 37,5% und damit die größte Gruppe sind zum Zeitpunkt der Befragung in Pflegestufe II, knapp 28% in Pflegestufe I und 18,26% in Pflegestufe III. 16 Personen sind nicht in eine Pflege eingestuft. Entweder wurden in diesen Fällen die Pflegestufenanträge abgelehnt oder der Antrag lief zum Zeitpunkt der Interviews noch, d.h. es lag noch kein Bescheid seitens der Pflegekasse vor. Diese Gruppe verbindet, dass in allen Fällen ein subjektiv (meist durch die Angehörigen definiert) beurteilter Betreuungsbedarf vorhanden ist.

---

<sup>31</sup> In 4 Haushalten wurden Pflegebedürftige und Angehörige befragt, deshalb sind es insgesamt 108 Interviews.

**Tabelle 3.3.2:** Aktuelle Pflegestufen in den interviewten Haushalten

Pflegestufe	Pflegebedürftige	angehörige Pflegebedürftige	Ges(absolut)	in Prozent von 100
2	5	34	39	<b>37.5</b>
1	8	21	29	<b>27.88</b>
3	-	19	19	<b>18.26</b>
Keine/ abgelehnt	5	7	12	<b>11.54</b>
Beantragt	3	1	4	<b>3,85</b>
0	-	1	1	<b>0,96</b>

Der Beginn der Pflege war entweder durch den chronischen Verlauf einer oder mehrerer Erkrankungen (knapp 52%) oder durch ein akutes Ereignis (knapp 39%) gekennzeichnet, für knapp 10% trafen beide Auslöser zu.

**Tabelle 3.3.3:** Auslöser der Pflegebedürftigkeit

Beginn der Pflege	Pflegebedürftige	Angehörige (Angabe über die angehörigen Pflegebedürftigen)	Ges (absolut)	in Prozent
<b>Chronischer Verlauf</b>	12	42	54	51.92
<b>Akutes Ereignis</b>	8	32	40	38,46
<b>Beides</b>	1	9	10	9,62
<b>gesamt</b>	21	83	104	100

39% der PB leben allein, entweder im Heim (23 Personen) oder im Privathaushalt (11 Personen). 32,2% der befragten Angehörigen leben mit Partner im Privathaushalt. 18,4% der Pflegebedürftigen leben bei den Kindern, 9,2% der PB leben mit Partner bei den Kindern, eine Person ist tagsüber bei den Kindern, schläft aber nachts in eigener Wohnung.

38% der Pflegebedürftigen sind bei der Bundesknappschaft versichert, knapp 35% bei der AOK und weitere 18.47% bei der Barmer Ersatzkasse. Bei der IKK sind 7.36% versichert.

Insgesamt waren 30,6% der interviewten Personen männlich und 69,4% weiblich.

45% der Pflegebedürftigen sind im Alter zwischen 80 und 85 Jahren. Die drei in der Gesamtgruppe am häufigsten (zumeist ehemals) ausgeübten Tätigkeiten beziehungsweise Berufe sind: Hausfrau (23,8%), Angestellte (33,3%) und Arbeiter (23,8%).

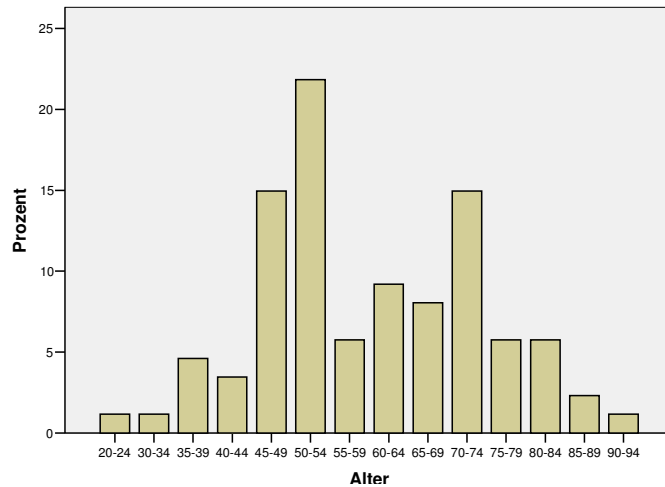
Viele Pflegebedürftige - 47,6%, sind verwitwet, 33,3% sind verheiratet.

Von den 21 befragten Pflegebedürftigen sind 6 männlich und 15 weiblich. Die meisten, 28,6%, haben ein Kind, zwei Kinder haben 23,8% und 14,3% haben drei Kinder.

Die Angehörigen, die befragt wurden, waren zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 20 und 91 Jahre alt. 8 befragte Angehörige waren älter als 80.

Das Alter der Angehörigen verteilt sich wie folgt:

**Abbildung 3.3.1:** Altersverteilung der befragten Angehörigen



Das Alter der (vorwiegend pflegenden) Angehörigen gleicher Generation<sup>32</sup> (68,6%) verteilt sich zwischen 65 und 84 Jahren. In dieser Gruppe (n=35) sind 12 Männer und 23 Frauen. Davon sind 77,1% verheiratet und 17,1% sind verwitwet.

Die meisten (42,9%) sind, beziehungsweise waren, Angestellte, 17,1% Arbeiter.

Von den pflegenden Angehörigen der Kindergeneration<sup>33</sup> sind die meisten zwischen 45 Jahre (23,5%) und 54 Jahre (33,3%). Angestellte sind 47,1%, Arbeiter und Hausfrau jeweils 13,7%. Verheiratet sind davon 70,6% und 13,7% geschieden. Von 51 befragten Angehörigen der Kindergeneration sind 36 weiblich und 15 männlich.

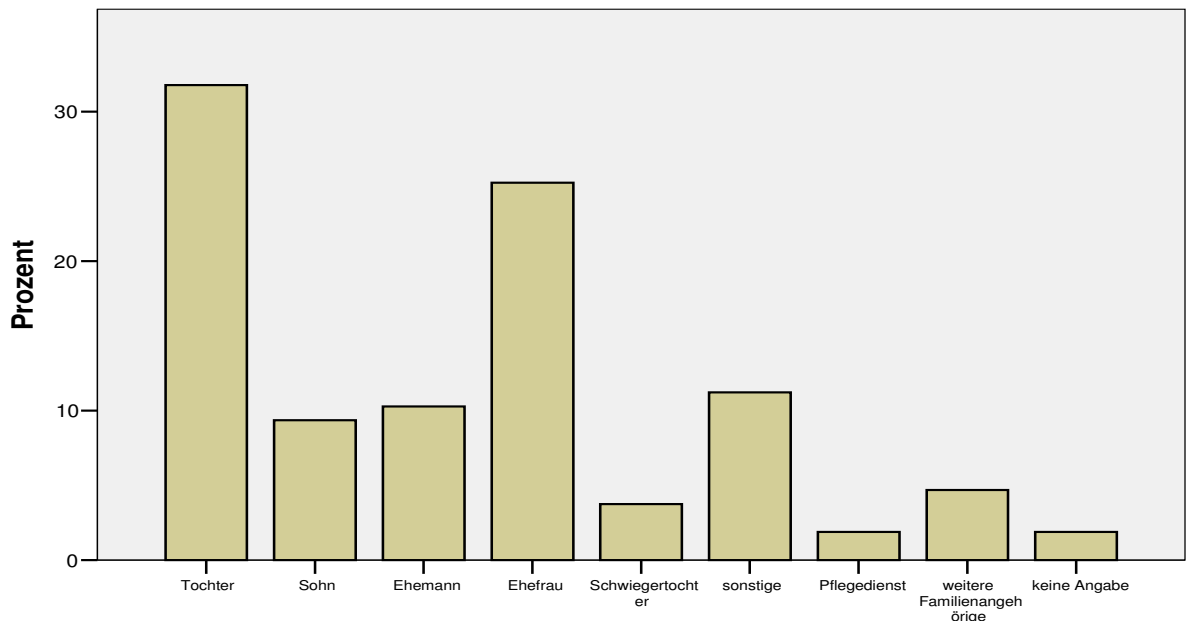
Die Personen (bzw. ihre (meist verwandtschaftliche) Beziehung zum Pflegebedürftigen), die die Pflege des Pflegebedürftigen vorwiegend übernehmen, sind im folgenden Diagramm dargestellt:

<sup>32</sup> bezüglich der Generation der pflegebedürftigen Person

<sup>33</sup> ebenfalls als bezüglich der Generation der pflegebedürftigen Person zu verstehen



**Abbildung 3.3.2: Pflegepersonbezeichnung**



Unter den pflegenden Angehörigen sind 35 Personen aus der gleichen Generation wie die pflegebedürftige Person, 51 Personen sind aus der nächsten (Kinder)Generation.

Die Angaben zur Dauer der Pflegestufen variieren zwischen 0 und 168 Monaten, der Mittelwert liegt bei 34,29 Monaten. Diese Angabe ist mit großer Vorsicht zu behandeln, da sich die Angehörigen häufig nur ungefähr an die Gesamtdauer der Pflegezeit erinnern konnten.

Bis auf einzelne Ausnahmen leben alle befragten Angehörigen in erreichbarer Nähe der Pflegebedürftigen (bis 25 km entfernt).

Ein interviewter Angehöriger besaß die türkische Staatsangehörigkeit, alle anderen besaßen die deutsche Staatsangehörigkeit.

### 3.4.2 Zufriedenheit mit der KAA

Wie nutzen Pflegebedürftige und ihre Angehörigen die KAA und wie zufrieden sind sie mit deren Leistungen?

Zur Beantwortung dieser Fragen wurden die Angehörigen und Pflegebedürftigen im Interview nach Kontak Anlass zur KAA, Kontakthäufigkeit, konkreten Hilfen seitens der KAA und individuellen Erfahrungen mit der KAA gefragt.

Warum nehmen Personen Kontakt zur KAA auf (Anlass und Anliegen)?

Anlass zum Kontakt mit der KAA waren bei den meisten Personen ungeklärte Fragen und Anliegen im Zusammenhang mit der (meist zunehmenden oder beginnenden) Betreuung Angehöriger, kurz die aktuelle Pflegesituation. Da es sich in den meisten Fällen eines

Interventionsbedarfes in der Pflegesituation durch die Angehörigen um die Verschlechterung des Gesundheitszustandes handelt, soll hier kurz angemerkt sein, dass es sich dabei vorwiegend um die Erkrankungen Schlaganfall (dadurch starke Mobilitätseinschränkungen), Demenz (Erreichen eines nächsten Demenzstatus), Diabetes und sich kurzfristig ankündigende Operationen (und damit z.B. um veränderte Zustände nach Krankenhausaufenthalt) bzw. Unfälle/Stürze handelt.

Zu den Gründen, die unmittelbar mit den Pflegebedürftigen zusammenhängen, kommen psychische Probleme von Angehörigen und Geldsorgen, die als Anlass einer Beratung bei der KAA angegeben werden.

Die einzelnen Anliegen neben den bereits angedeuteten Problemlagen sind: Hilfsmittelbedarfe, Bedarf an Hauswirtschaftshilfe oder Unterstützungsgesuche beim Widerspruch gegenüber der Krankenkasse oder Pflegekasse (abgelehnte Pflegestufe, Hilfsmittelanträge).

So gaben mehr als die Hälfte der Angehörigen an, von der KAA Unterstützung bei der Antragstellung erhalten zu haben (52,3%), davon erhielten mehr als 40% (41,9%) Unterstützung bei der Beantragung von Hilfsmitteln.

38,4% erhielten Adressen von Ansprechpartnern für verschiedene Bedürfnisse (Selbsthilfegruppen, Kurzzeitpflege, Spezialkliniken) und bei 18,8% der Befragten wurde ein Schwellenein- und Badumbau angeregt und unterstützt.

80% der Befragten geben an, dass ihnen Gespräch und Beratung durch die KAA eine wichtige Unterstützung in einer Krisenzeit waren.

Für 4,8% der Befragten konnte die KAA eine Kurzzeitpflege arrangieren.

#### Zuweisung KAA

Um genauer zu prüfen, in welcher Weise die KAA intervenierend und vorbeugend arbeitet, war es besonders wichtig, zu erfahren, wie der primäre Kontakt von Pflegebedürftigen beziehungsweise Angehörigen zur KAA entstand. Im Ergebnis zeigt sich, dass fast alle Ahlener Netzpartner von den Nutzern der KAA als „Zuweisende“ direkt oder indirekt genannt wurden: MDK, SozialarbeiterIn des Reha-Zentrums, der Krankenhaussozialdienst, HausärztInn(e)n, Ambulanter Pflegedienst, Pflegestation im Krankenhaus. Manche spätere Nutzer der KAA hatten von der Adresse „KAA“ durch Empfehlungen aus der Verwandtschaft oder durch Zeitungsartikel erfahren. Kranken- und Pflegekassen wurden nicht angegeben als vermittelnde Institution.

Dennoch spricht die Vielzahl der von den Betroffenen genannten Zuweisenden für weiterhin weit gefächerte Informationen zur Arbeit der KAA innerhalb des gesamten Ahlener Versorgungsnetzes, da dieses offensichtlich als Zuweisungssystem gegenüber betroffenen Personen funktioniert.

Einige Angehörige merkten an, dass ihnen eine frühere Information über - und Unterstützung durch die KAA einige Schwierigkeiten in der Pflegesituation erspart hätte (und u. U. auch die Versorgung verbessert hätte, vor allem in den „Übergangszeiten“<sup>34</sup>). Eine frühere Kontaktaufnahme ist in diesen Situationen jedoch häufig unmöglich, weil Angehörigen besonders bei akuten Ereignissen die Orientierung<sup>35</sup> zunächst schwer fällt und zunächst auf die „Erstversorger“ im Versorgungsnetz zugegriffen wird (Ärzte – ambulant und stationär).

Wenn diese sich als Teil des Ahlener Netzes begreifen, ist eine schnelle weitere Betreuung/Beratung der Angehörigen selten ein Problem. Wenn dies nicht der Fall ist und es sich zusätzlich um den Beginn einer Pflegesituation handelt, ist ein Befund der Interviews, dass sich 64 von 87 der befragten Angehörigen vorher nie<sup>36</sup> mit einer kommenden Pflegesituation im eigenen Haushalt oder bei den Eltern wirklich auseinandergesetzt hatten. Dem zu Folge ist es sehr schwer, präventive Arbeit bei dieser Personengruppe zu leisten im Sinne von Zuweisungswegen über Zeitung, Vorträge etc.. Umso wichtiger erscheint erneut die Zusammenarbeit mit Krankenhaus und ambulanten Ärzten, da sie zu einem früheren Zeitpunkt die Möglichkeit haben, als zuweisende Instanz aufgrund einer erkannten Problemlage zu fungieren. Insgesamt muss festgehalten werden, dass die KAA weniger als präventive Maßnahme als eher als Notmaßnahme wahrgenommen wird.

Außerdem kannten 60,8% der Angehörigen über die eigene Nutzung hinaus weitere Angebote der KAA. Das damit vorhandene Wissen über die KAA könnte möglicherweise noch mehr genutzt werden, damit diese Personen als so genannte Multiplier auftreten – indem man sie daraufhin gezielt anspricht.

#### Nutzer der KAA- Pflege- und Wohnberatung

Die Pflege- und Wohnberatung wird vorwiegend von den Angehörigen der pflegebedürftigen Personen nachgefragt und entsprechend in Anspruch genommen, wobei die Angehörigen nicht notwendigerweise die pflegenden Angehörigen sein müssen. In einigen Fällen wurde in den Interviews deutlich, dass die Arbeit mit/um den pflegebedürftigen Angehörigen innerhalb der Familie durchaus aufgeteilt wird und sich so beispielsweise der Sohn um das Organisatorische kümmert und die Tochter die Pflege an sich übernimmt. In der Mehrzahl der Fälle (vor allem, wenn der Partner/die Partnerin die Pflegeperson ist) wird allerdings

---

<sup>34</sup> wenn Pflegebedürftige eine Pflegestufe beantragen, vom Krankenhaus nach Hause kommen mit einem Pflegebedarf etc..

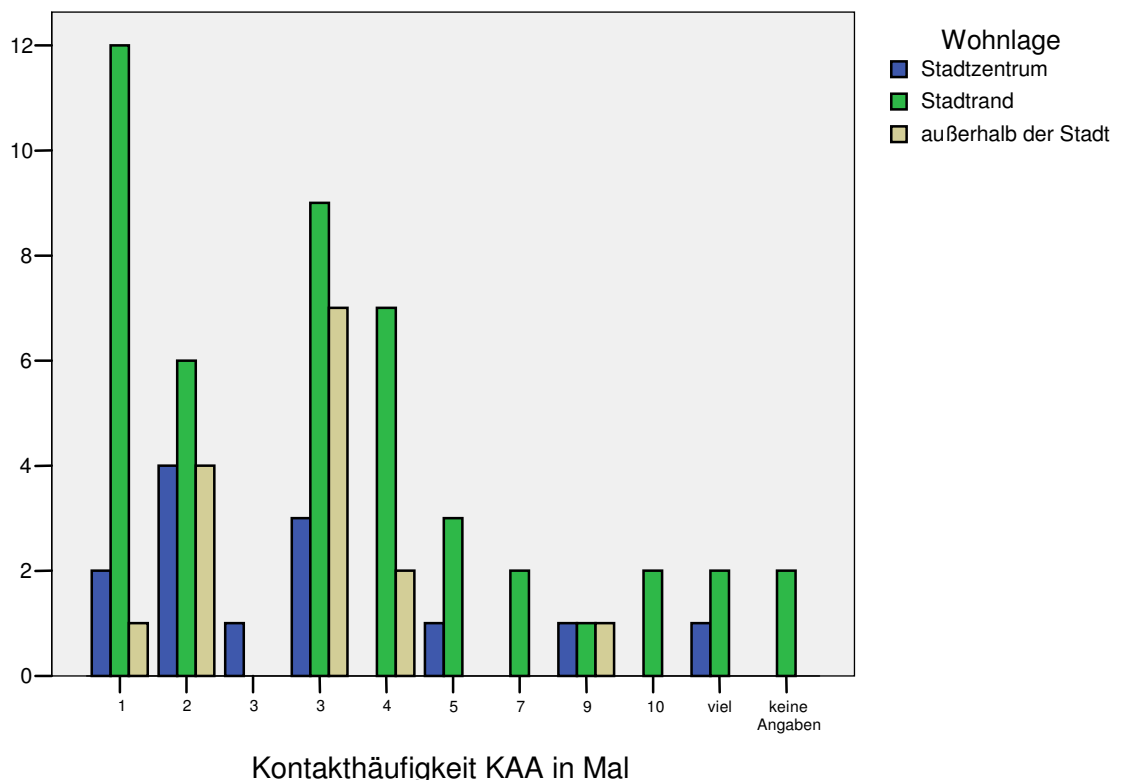
<sup>35</sup> Der Beginn einer Pflegesituation ist häufig krisenhaft, weil einige Entscheidungen recht zügig getroffen werden müssen. Betroffene Angehörige brauchen in dieser Zeit besondere Unterstützung – woher außerhalb der Familie selbst kommt diese Unterstützung? 36,8% fühlen sich in dieser Situation von niemandem unterstützt, 13,8% wurden von der KAA, und weitere 8% gaben an von KAA und Pflegedienst unterstützt worden zu sein.

<sup>36</sup> laut der vorliegenden Befragung haben sich lediglich 64 von 87 befragten Angehörigen vor Eintritt der Pflegesituation nicht mit diesem Thema auseinandergesetzt beziehungsweise sich die Pflege so vorgestellt wie sie sich zum Befragungszeitpunkt darstellte.

alles<sup>37</sup> von dieser angehörigen Person übernommen. Im Verständnis einer lebenslangen Partnerschaft übernimmt der „gesunde“ (häufig der gesündere...) Partner die komplette Betreuung des Partners (vgl. ISO-Institut: Typ: XXX). Dies geschieht sowohl bei plötzlicher Pflegebedürftigkeit von Angehörigen als auch bei Veränderungen während einer bestehenden Pflegebedürftigkeit (wie Krankenhausaufenthalte und anschließende Verschlechterung des Allgemeinzustandes und dadurch neue Anforderungen im häuslichen Pflegeumfeld).

Die Mehrzahl (46 Personen) der Nutzungen der KAA geht von Personen aus, die am Stadtrand wohnen (gegenüber 13 Personen aus der Innenstadt und 15 Personen, die außerhalb Stadt wohnen). Dies ist ein schwer zu interpretierender Befund der Untersuchung.

**Abbildung 3.3.3:** Wohnlage und Kontakthäufigkeit (KAA)



Pflegebedürftige lassen sich am besten als indirekte Nutzer beschreiben. Wenn der Pflege- und Wohnberater Hausbesuche macht, erinnern sich Pflegebedürftige durchaus an ihn als Person und in Verbindung mit einer Erleichterung im Pflegealltag, wie beispielsweise ein

<sup>37</sup> Alles in Sinne von sämtlichen für den Pflegebedürftigen im Alltag zu übernehmenden Aufgaben und Betreuungen.

älterer Herr, der sich an den auf den Besuch vom Pflege- und Wohnberater genehmigten und angebrachten Badewannengriff erinnert. Dass der Pflegebedürftige selbst der alleinige Ansprechpartner für die KAA im Pflegehaushalt ist, kam in den vorliegenden Interviews nicht vor.

#### Häufigkeit der KAA Nutzung

In der Untersuchung ergaben sich 3 Gruppen: 65,8% der Angehörigen nutzten die KAA 1-3mal; 17,8% nutzten die KAA 4 oder 5mal, während 13,6% der Angehörigen sie häufiger als 7mal kontaktierten. Insgesamt waren die Angehörigen durchschnittlich 3mal mit der KAA in Kontakt.

Zum Zeitpunkt der Befragung waren noch 14,3% der befragten Angehörigen weiter im Kontakt mit der KAA, während 85,7% den Kontakt für vorerst abgeschlossen betrachteten.

#### Zufriedenheit der Angehörigen mit der KAA

Die Zufriedenheit der Angehörigen und Pflegebedürftigen ist sehr hoch.

So beschreiben 95,9% der Angehörigen und 81,8 % der Pflegebedürftigen positive Erfahrungen mit der KAA. Die KAA wird dabei von fast allen befragten Nutzern in der Bearbeitung ihrer Anliegen als kompetent und hilfreich beschrieben, weil die KAA aktuelles Fachwissen hat und vermittelt, weil sie in verschiedensten Notlagen und mit diversen Anfragen Angehörige (und Pflegebedürftige) berät und dadurch eine stabile Anlaufstelle darstellt. Zudem ist die Beratung kostenfrei, was von einigen Befragten als positiv angemerkt wird.

Die KAA leistet Hilfe und Unterstützung und nimmt dadurch den Angehörigen Arbeit ab. Nicht zuletzt spielt der personelle Faktor eine große Rolle, der einen großen Wert für die Betroffenen einnimmt – ein empathischer Berater ist unersetzbar.

97,3% der befragten Angehörigen würden die KAA weiterempfehlen aufgrund ihrer guten Erfahrungen. Einige Originalzitate bezüglich der Arbeit aus den Interviews sollen diese Rückmeldung verdeutlichen: „sehr hilfreich und informativ“; „Herr K.<sup>38</sup> war der Einzige, der mir in dieser Zeit zugehört hat und in Ruhe und mit entsprechendem Fachwissen nach einer Lösung mit uns gesucht hat“; „unser Vater wollte so gern zu Hause bleiben und die KAA hat uns dabei sehr geholfen - wir waren anfangs völlig überfordert“.

19% (n=2) der Pflegebedürftigen sagen, dass ihnen die KAA ermöglicht hat, trotz Pflegebedürftigkeit zu Hause zu bleiben. Explizit war im Fragebogen dazu keine Frage gestellt, und gerade deshalb sind diese beiden Bemerkungen besonders wertvoll, denn

---

<sup>38</sup> der Pflege- und Wohnberater

damit wird deutlich, dass in beiden Fällen ein Hauptziel der Arbeit der KAA erreicht wurde, nämlich die gewünschte ambulante Betreuung zu ermöglichen und zu unterstützen.

Negative Erfahrungen mit der KAA entstanden, wenn Hilfsmittelanträgen nicht stattgegeben oder die Pflegestufe nicht erhöht wurde (obwohl eine Unterstützung seitens der KAA vorhanden war. Es bestanden offensichtlich Ansprüche auf einen Erfolg, welche nicht erfüllt werden konnten. Eine andere Familie empfand die Beratung nicht als frei, sondern als Versuch, sie von der ambulanten Versorgung zu überzeugen, was als „nicht ehrlich und nicht unabhängig“ empfunden wurde.

### **3.4.3 Inanspruchnahme des Ahlener Netzes**

#### Das Ahlener Netz

Um zu erfassen, wie groß die Inanspruchnahme des Ahlener Versorgungsnetzes ist, muss zunächst geklärt sein, was das Ahlener Netz ausmacht und wie man im Rahmen einer Befragung die Inanspruchnahme messen kann.

Welcher einzelne Dienstleister sich zum Ahlener Versorgungsnetz zugehörig fühlt, ist schwer zu beurteilen. Sicher ist andererseits, dass dies nicht nur die Institutionen sind, welche sich im Rahmen der Vereins „Alter und Soziales e.V.“ engagieren und damit auf die Arbeit der KAA einen gewissen Einfluss haben.

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass die KAA die Vorstellung hat, dass alle Versorgungsdienste, die für pflegebedürftige Personen Leistungen anbieten, zu diesem Versorgungsnetz gehören. Dies sind neben den Pflegeheimen Krankenhäuser, (Fach)Arztpraxen, Rehabilitationseinrichtungen (Rehabilitationsheime, Ergotherapie-, Physiotherapie- und Logopädieeinrichtungen), Soziale Dienste, Tagespflege- und Kurzzeitpflege-Einrichtungen, Selbsthilfegruppen und hauswirtschaftliche Dienstleistungen, sowie indirekt die Kranken- und Pflegekassen bzw. der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK). Aus dem Verein „Alter und Soziales e.V.“ entstand die Idee einer zentralen Anlaufstelle und damit einer Möglichkeit, diese genannten Institutionen/ Angebote für die (potentiellen) Nutzer auf freiwilliger Basis zu koordinieren und sich damit für eine Verbesserung und Absicherung der Lebensqualität älterer Menschen in Ahlen einzusetzen, sofern dies nicht bereits geschieht (wie beispielsweise die geregelte Überweisung zwischen Hausärzten und Physiotherapeuten).

Die Koordinationsleistungen dieses Netzes lassen sich nominell nicht erfassen.

Die Inanspruchnahme der einzelnen Institutionen im Ahlener Versorgungsnetz durch die befragten Personen wird im Folgenden abgebildet, um die Versorgungslage der Pflegebedürftigen in Ahlen genauer zu beschreiben.

Es kann daraus teilweise abgeleitet werden, wo die quantitativen Versorgungsschwerpunkte im Leben der Pflegebedürftigen liegen. Die Inanspruchnahme der KAA als Koordinierungsstelle der Angebote für Pflegebedürftige ist in einem separaten Kapitel beschrieben (4.3.1.).

**Tabelle 3.3.4:** Inanspruchnahme von Pflegeleistungen (in Abh. von der Wohnlage)

		Wohnlage			gesamt
		Stadtzentrum	Stadttrand	außerhalb der Stadt	
Pflegeleistungen	Pflegegeld	5	26	12	43
	% von Pflegeleistungen	11.6%	60.5%	27.9%	100.0%
	% von Wohnlage	31.3%	43.3%	63.2%	45.3%
Ambulanter Pflegedienst		2	6	1	9
	% von Pflegeleistungen	22.2%	66.7%	11.1%	100.0%
	% von Wohnlage	12.5%	10.0%	5.3%	9.5%
Kombileistung		2	10	4	16
	% von Pflegeleistungen	12.5%	62.5%	25.0%	100.0%
	% von Wohnlage	12.5%	16.7%	21.1%	16.8%
Heim		7	18	2	27
	% von Pflegeleistungen	25.9%	66.7%	7.4%	100.0%
	% von Wohnlage	43.8%	30.0%	10.5%	28.4%
gesamt	Anzahl	16	60	19	95
	% von Pflegeleistungen	16,8%	63.2%	20.0%	100.0%
	% von Wohnlage	100,0%	100,0%	100.0%	100.0%

Die Mehrheit der befragten Personen nehmen das Pflegegeld nach SGB XI (45,3%) in Anspruch. 26,3% der befragten Haushalte nutzen Pflegeleistungen der Sozialen Dienste, wobei mehr als die Hälfte der Personen davon die Kombileistung gewählt hat. 28,4% der Pflegebedürftigen in den befragten Haushalten wohnen in Pflegeheimen. Von den 27 stationär betreuten Personen hatten 23 Personen vorher eine ambulante Pflegezeit. In der Mehrzahl der Haushalte war eine Änderung des Pflegearrangements hin zur stationären Betreuung notwendig, weil sich der Gesundheitszustand verschlechterte und der damit verbundene Pflegeaufwand für die Angehörigen zu hoch wurde. An zweiter Stelle standen

als Grund pflegebedürftige Personen, die aufgrund von Symptomen<sup>39</sup> einer Demenzerkrankung nicht mehr sicher zu Hause betreut werden konnten.

Interessant bei der Auswahl des Pflegearrangements ist der Zusammenhang mit dem Wohnort, der aus anderen Studien bekannt ist. So sind die Häufigkeiten der Pflegearrangements sehr unterschiedlich und lassen sich zusammenfassen als „je städtischer der Haushalt, desto höher die Wahrscheinlichkeit einer stationären Unterbringung“, wie man der oben stehenden Tabelle entnehmen kann.

#### Krankenhäuser

44,4% der Pflegebedürftigen hatten zum Befragungszeitpunkt „innerhalb der letzten 6 Monate“ einen stationären Krankenhausaufenthalt.

Als Ursache für die Krankenhausaufenthalte wurden am häufigsten Schlaganfall, Operationen und Diabetes angegeben.

#### (Fach)Arztpraxen

96,3% der pflegebedürftigen Personen werden regelmäßig vom Hausarzt untersucht.

75,8% der Pflegebedürftigen werden zudem regelmäßig vom Facharzt behandelt. Dabei konsultieren 28,9% der Pflegebedürftigen neurologische Fachärzte, 25,6% Augenärzte, 7,8% Orthopäden und ebenso viele einen HNO-Arzt.

14,9% nehmen einen Zahnarzt in Anspruch, 11,2% einen Urologen und 10,2% der Pflegebedürftigen einen Internisten. Weitaus weniger, 6,9% und 6,7% suchen einen Dermatologen bzw. Chirurgen auf. 5% der Pflegebedürftigen nutzen einen Gynäkologen, 3,6% einen Kardiologen und lediglich 1,3% einen Rheumatologen als Facharzt. Es ist interessant, dass einige Angehörige von der Frage nach Facharztbesuchen überrascht waren, weil die medizinische Versorgung vollständig über Hausärzte realisiert wurde. Insbesondere Zahnärzte wurden für die angehörigen Pflegebedürftigen als nicht (mehr) wichtig erachtet, beziehungsweise sahen die Angehörigen keinen aktuellen zahnärztlichen Behandlungsbedarf. Ob dies auf eine zahnärztliche Unterversorgung von Pflegebedürftigen hindeutet, kann aufgrund der geringen Fallzahlen nicht bestimmt werden.

#### Soziale Dienste

26 der befragten Haushalte nutzen soziale Dienste in Ahlen. Ein Haushalt zahlt den Pflegedienst privat, weil die Pflegekasse vorerst keine Pflegestufe befürwortet hat.

80% der Haushalte nutzen den Pflegedienst 1-3mal täglich, die weiteren 20 % nehmen den Pflegedienst 2-3mal wöchentlich in Anspruch.

---

<sup>39</sup> z.B. orientierungsloses Verlassen des Hauses, Bedienungsfehler an Haushaltsgeräten



Die meisten Haushalte (>50%) wählen selbst den betreuenden Ambulanten Pflegedienst aus, 13,3% der Haushalte wurde von der KAA ein Pflegedienst vermittelt, ebenso vielen vom Krankenhaussozialdienst.

Tagespflege wurde kaum in Anspruch genommen. Hingegen wurde die Kurzzeitpflege während der Betreuung der Pflegebedürftigen insgesamt von 34,5% der Angehörigen genutzt.

#### Sonstige Dienstleistungsangebote

19 Angehörige nutzen hauswirtschaftliche Dienstleistungsangebote, dabei werden Putzhilfen und Essen auf Rädern am häufigsten genannt (80%).

Die Häufigkeit der Nutzung hauswirtschaftlicher Leistungen hängt mit den Umständen der Organisation der Betreuung zusammen, wobei die tägliche Nutzung solcher Angebote eher selten ist (in 15,8% der Fälle).

42,5% der Angehörigen kannten das Angebot von Pflegekursen (unter anderem wurden Malteser und AOK als Anbieter genannt). 8% der befragten Angehörigen hatten einen Pflegekurs besucht.

### 3.4.4 Versorgungszufriedenheit innerhalb des Ahlener Netzes

Für eine Auswahl von Versorgungsinstitutionen innerhalb des Ahlener Netzes wurde die Zufriedenheit der Nutzer erfragt. Dies gilt für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), die Kranken- bzw. Pflegekassen, die Medizinische Betreuung und die pflegerische Betreuung (Soziale Dienste).

Die folgenden Aussagen beziehen sich immer auf die Nutzung der Dienstleistungen durch die pflegebedürftigen Personen. Die Angaben zur Zufriedenheit sind jedoch von Angehörigen und Pflegebedürftigen (Fremd- und Selbstaussagen<sup>40</sup>) gemacht.

**Tabelle 3.3.5:** Zufriedenheit Medizinische Betreuung und Pflegedienst

	sehr zufrieden	zufrieden	Weniger zufrieden	eher unzufrieden und unzufrieden
Medizinische Betreuung (Angehörige)	<b>47 (55,3 %)</b>	<b>27 (31,8 %)</b>	<b>8 (9,4 %)</b>	<b>3 (3,5 %)</b>
Hausarzt (Pflegebedürftige)	<b>11 (52.4 %)</b>	<b>8 (38.1 %)</b>	<b>2 (9.5 %)</b>	
Ambulanter Pflegedienst (Pflegebedürftige/Angehörige)	<b>15 (51.7 %)</b>	<b>10 (34.5 %)</b>	<b>3 (10.3 %)</b>	<b>1 (3.4 %)</b>

<sup>40</sup> Man kann beide Aussagen nicht in einer Gruppe zusammenfassen, da die Ansprüche an die verschiedenen Institutionen von beiden Gruppen unterschiedlich sind (z.B. Pflegebedürftige wollen häufig eine vertrauensvolle Beziehung zum Hausarzt und damit auch von ihm/ihr allein betreut werden – Angehörige sind häufiger an einer fachlich sehr guten Betreuung interessiert).

**Tabelle 3.3.6:** Zufriedenheiten MDK, Krankenhaus, KV/PV

	(eher) positiv	(eher) negativ	sonstiges
MDK (Pflegebedürftige/Angehörige)	54 (73 %)	16 (21,6 %)	4 (5,4 %)
Krankenhausaufenthalt (Pflegebedürftige)	3 (21,4 %)	10 (71,4 %)	1 (7,1 %)
Kranken-/Pflegekasse (Pflegebedürftige/Angehörige)	82 (82.8 %)	10 (10.1 %)	7 (7.1 %)

## MDK

Die Mehrzahl der Befragten äußerten sich grundsätzlich positiv sowohl zur Pflegestufeneinschätzung als auch zur Qualitätskontrolle des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen. Bei 64 Personen (76,2%) war der MDK wegen der Pflegequalitätskontrolle da, zur Pflegestufenprüfung war der MDK bei 76 Personen (89,4%).

73 % der Befragten gaben an, dass die Begegnungen mit dem MDK positiv verliefen, 21,6% verliefen negativ, und 5,4% der Befragten machten sonstige Erfahrungen (meist gemischt: mal positiv, mal negativ).

Wenn der MDK entweder bei einem Besuch zur Prüfung der Pflegebedürftigkeit oder aber zur Begutachtung der Pflegequalität in die Haushalte kam, gaben die MDK-Mitarbeiter nach Angabe der Angehörigen 45,3% keine Empfehlungen, 14,7% pflegerische Empfehlungen, 6,7% organisatorische Hinweise oder beides (8%) oder in 18,7% wenige Empfehlungen.

Bei den erwähnten Qualitätskontrollen wurde teilweise die Kompetenz der Professionellen hervorgehoben, die gute Atmosphäre bei den Besuchen und, dass dabei den Angehörigen gute (pflegerischer Art) Ratschläge (z.B. zur Lagerung des Pflegebedürftigen) gegeben wurden. 16 Interviewte gaben jedoch Mängel an, beziehungsweise äußerten sich negativ zum MDK – dabei vorwiegend zu den Besuchen zur Prüfung der Einstufung nach SGB XI. Zwei Argumente wurden dabei vorgetragen: nach Meinung der Angehörigen gingen die MDK-Mitarbeiter bei der Prüfung der körperlichen Fähigkeiten des Pflegebedürftigen über dessen Belastbarkeit hinaus<sup>41</sup>. Außerdem wurden die Fragen im Gespräch mit den Pflegebedürftigen (Fragen zur Prüfung der geistigen Fähigkeiten) in ihrer Art und Weise (Lautstärke, Formulierung<sup>42</sup>) als teilweise „würdelos“ empfunden.

## Medizinische Betreuung allgemein und durch Hausarzt

Um die Ansprüche der Betroffenen gegenüber den Ärzten zu benennen, wurde die Frage: „Was gehört für Sie zu einem guten Hausarzt?“ gestellt. Bei den Antworten der Pflegebedürftigen überwog die soziale Funktion (z.B. „Vertrauensverhältnis zum Arzt“, „dass sie zuhören kann“, „dass er mich kennt“) des Arztes.

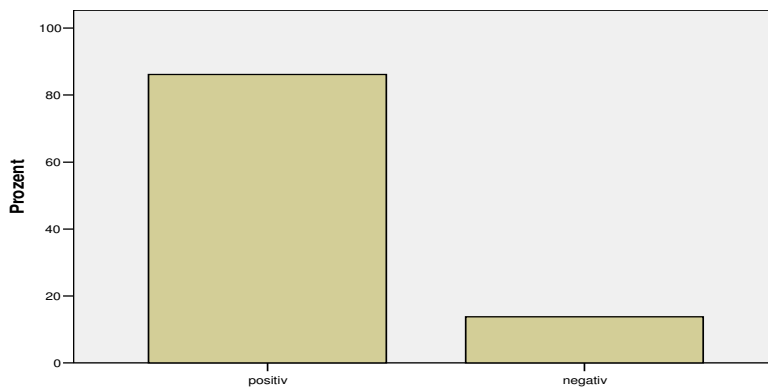
<sup>41</sup> Die Pflegebedürftigen haben aber nichts gesagt, weil sie sich vor den „Fremden“ besonders positiv darstellen wollten, wie 2 Angehörige erklärten

<sup>42</sup> Originalzitat: „sie hat meinen Vater behandelt als wäre er ein Analphabet“

Angehörige hoben eher die Fachkompetenz (gute Untersuchung, Medikamente gut abgestimmt) und die Rahmenbedingungen der Praxis hervor (Zugang mit Rollstuhl, Vorhandensein von Ultraschall). Außerdem waren ihnen Beratung und Information durch den Hausarzt (auch das „beteiligt werden“ an Entscheidungen), die soziale Funktion des Arztes (weniger im Vergleich zu den Pflegebedürftigen) und die Organisation (Erreichbarkeit, zeitnahe Ausstellung/eventuell Zusendung von Überweisungen und Rezepten) wichtig.

Dementsprechend äußerten sich die Angehörigen kritischer zur Medizinischen Betreuung ihrer pflegebedürftigen Angehörigen: 86,2% der Interviewten äußerten sich positiv. Ein Wechsel der Ärzte aufgrund von Unzufriedenheit (13,8%) kam jedoch häufig deshalb nicht zustande, weil entweder kein alternativer Arzt/Ärztin (im Falle von Fachärzten) in der näheren Umgebung (das Hin- und Herfahren zu Ärzten wurde von Angehörigen wiederholt als schwierig und aufwändig (durch die Wartezeiten) angegeben) zur Verfügung gestanden hätte, vor allem aber, weil die Pflegebedürftigen selten von ihren „bekannten“ Ärzten abweichen wollten. 92% der Angehörigen gaben an, dass die Medizinische Versorgung einfach zu erhalten ist, 8% sind nicht dieser Meinung beziehungsweise meinten, dass dies sehr variiert.

**Abbildung 4.3.3:** Zufriedenheit Angehöriger mit der Medizinischen Betreuung



Pflegebedürftige waren zu 90,5% mit ihrem Hausarzt zufrieden.

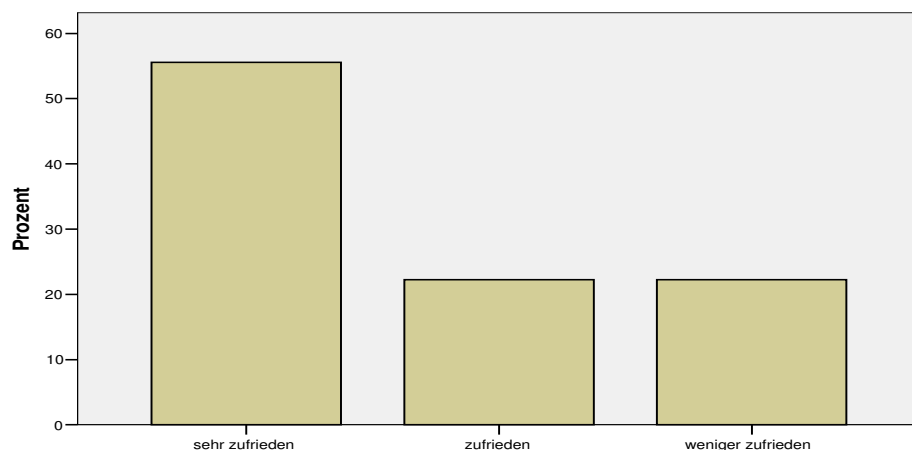
#### Kranken- und Pflegekassen

84,1% der befragten Angehörigen haben mit der Krankenkasse positive Erfahrungen gemacht, 11% negative Erfahrungen und 4,9% sonstige Erfahrungen (5 Personen haben nicht geantwortet). Ein Zusammenhang zwischen der Krankenversicherung, bei der die Befragten versichert sind und der Erfahrungen lässt sich nicht nachweisen.

#### Ambulante Pflegedienste

77,8% der Pflegebedürftigen waren mit den Sozialen Diensten zufrieden, 22,2% weniger bzw. unzufrieden. Die Ursache für Unzufriedenheit waren vorwiegend die mangelnde Zeit, welche die Pflegekräfte für die Pflegebedürftigen hatten und das häufige, den Pflegebedürftigen vorher nicht bekannte Wechseln der PflegerInnen. Die Pflegebedürftigen konnten sich so kaum auf die Pflegekräfte einstellen, und eine stabile Beziehung, wie sie sich Pflegebedürftige teilweise vorstellten, konnte so nicht zustande kommen. 15 der 21 Pflegebedürftigen fühlen sich gut und sehr gut gepflegt – diese Angabe bezieht sich auf die Pflege durch Angehörige als auch auf die Pflege durch die Pflegedienste. Eine Person fühlte sich nicht gut gepflegt und gab an, das dies an den „schnellen und kurzen Besuchen“ des Pflegedienstes und dadurch „zu wenig Zeit fürs Waschen ....und für die Seele“ liege.

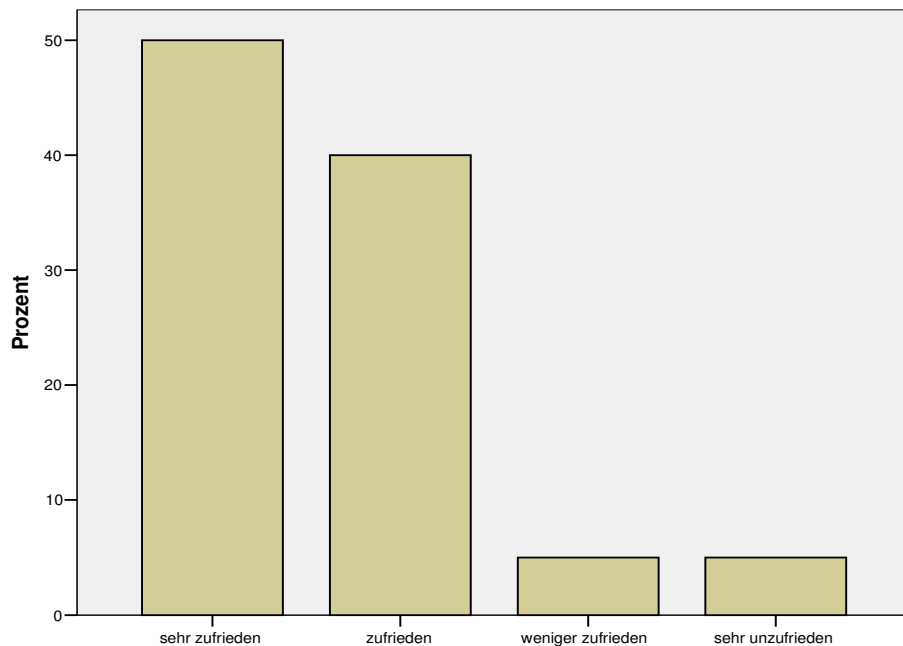
**Abbildung 3.3.4:** Zufriedenheit Pflegebedürftige mit Ambulanten Pflegedienst



90 % der Angehörigen waren zufrieden und sehr zufrieden mit der Arbeit der Ambulanten Pflegedienste. 10% waren weniger oder gar nicht zufrieden. Vereinzelt erzählten Angehörige, dass sie den Ambulanten Pflegedienst aufgrund von Schwierigkeiten oder Unzufriedenheit (vor allem wegen zeitlicher Rahmenbedingungen der Pflegedienste – z.B. dass der Pflegedienst früh nur vor 8 Uhr kommen kann) gewechselt haben.

Die Gründe für die Unzufriedenheit sind denen der Pflegebedürftigen sehr ähnlich.

**Abbildung 4.3.5:** Zufriedenheit Angehöriger mit Ambulanten Pflegedienst



### 3.4.5 Subjektives Wohlbefinden der Pflegebedürftigen und Angehörigen

Zunächst zeigt folgende Tabelle, welchen Gesundheitszustand die Pflegebedürftigen haben. Die Angaben sind nach den Angaben durch Pflegebedürftige (Selbstaussage) und Angaben von Angehörigen (Fremdaussage) getrennt dargestellt. Fasst man die subjektiven und „objektiven“ Aussagen zum Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen zusammen, so ist festzustellen, dass mehr als 43% der Pflegebedürftigen einen schlechten bzw. sehr schlechten Gesundheitszustand haben.

**Tabelle 3.3.7:** Subjektiver Gesundheitszustand

	Pflegebedürftige	Angehörige	Gesamt	Prozent
Mittelmäßig	7	30	37	<b>37,37</b>
Schlecht	5	20	25	<b>25,25</b>
Sehr schlecht	5	13	18	<b>18,18</b>
Eher gut	2	11	13	<b>13,13</b>
Gut	2	4	6	<b>6,06</b>

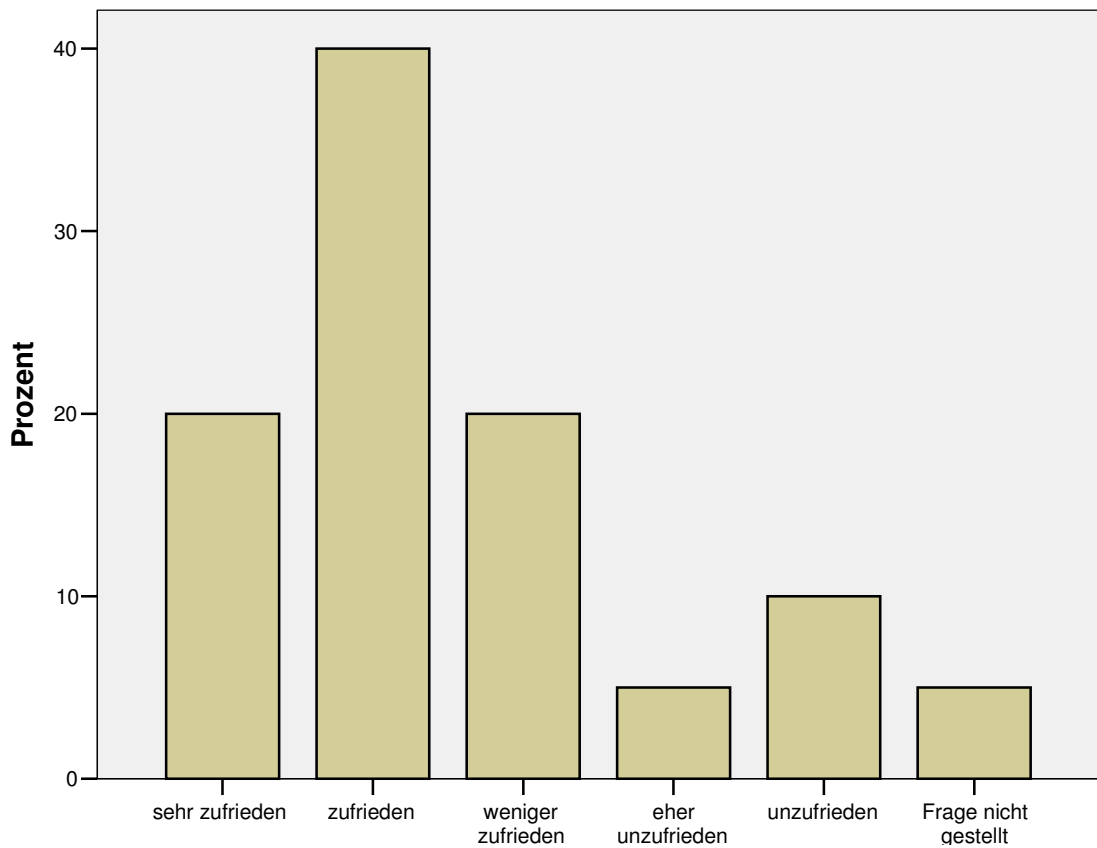
Interessant ist, dass es bei der Fragestellung den Befragten Angehörigen häufig schwer fiel eine Kategorie zu wählen, weil einige spontan, statt der standardisierten, sechsstufigen Zufriedenheitsskala zu folgen, mit „stabiler Gesundheitszustand“ antworteten. Außerdem fiel auf, dass die Mehrheit der Personen bei dieser Frage anmerkte, dass man sich „eben dran gewöhnt“ habe, dass es „zwar schlecht“ wäre, aber es könne sich ja auch noch weiter verschlechtern – was für eine Gewöhnung an den veränderten (meist schlechteren) Gesundheitszustand spricht.

Daran anschließend und damit dem Zufriedenheitsparadox<sup>43</sup> folgend, ist festzustellen, dass 60 % der befragten Pflegebedürftigen angaben, mit ihrem Leben zufrieden beziehungsweise sehr zufrieden zu sein. 35% waren jedoch weniger zufrieden und (eher) unzufrieden. Ein Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und der allgemeinen Lebenszufriedenheit lässt sich nicht finden – im Gegenteil, es zeigt sich eine sehr heterogene Verteilung in Abhängigkeit der individuellen Adaptationsmöglichkeiten und der grundsätzlichen Einstellung zum Leben, welche von einigen Menschen sehr stabil (und damit auch stabil positiv) beibehalten wird - weitgehend unabhängig von gesundheitlichen Einschränkungen. Einigen Personen wurde die Frage zur allgemeinen Lebenszufriedenheit nicht gestellt, da dies den Interviewern nicht angebracht schien.

---

<sup>43</sup> „Hiermit ist gemeint, dass die generelle Lebenszufriedenheit im Alter recht stabil ist, obwohl man annehmen könnte, dass aufgrund zunehmender Verlusterfahrungen auch das subjektive Wohlbefinden eingeschränkt sein müsste“...es zeigt sich jedoch, dass ältere Menschen trotz schlechter Lebensbedingungen zufrieden sind (vgl: Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der BRD (2002): Drucksache 14/8822 des Deutschen Bundestages, S. 67 (2002).

**Abbildung 3.3.6:** Lebenszufriedenheit der Pflegebedürftigen



#### Vorstellungen zur Pflege vor Beginn der Pflegesituation

Ein wichtiger Themenkomplex widmete sich der Fragestellung, wovon die Pflegesituation beeinflusst wird, wie die Pflegesituation entstand und wie und warum sich die Lage in der Familie aufgrund der Pflege wandelte.

Mit der Frage an die Angehörigen „Haben Sie sich die Pflege Ihrer \_\_\_\_\_ vor Beginn der Pflegesituation so vorgestellt, wie sie sich momentan darstellt?“ sollte klarer werden, ob und wie sich Personen, die Pflegende werden, bereits vorher diese Situation(en) vorgestellt haben.

Ausführlichere Begründungen zu den Antworten sind unter der Tabelle als Originalzitate abgebildet.

**Tabelle 3.3.8:** Vorhandensein von Vorstellungen zur Pflegesituation vor deren Eintritt

		in Prozent (%)
Ja	19	22.9
Nein	64	77.1
Gesamt	83	100.0

Die Personen, die diese Frage mit „Ja“ beantwortet haben, sagen:

„... , dass ihnen klar war, dass „es nicht für immer zu Hause allein gehen würde“ (Mutter war erst allein in ihrem Haushalt, später zog sie zu ihren Kindern)  
 ... , dass sie schon in ihrer Jugend Pflegesituationen in der eigenen Familie miterlebt haben oder dass sie „vom Fach“ sind;  
 „...das ist klar, wir haben unser Leben lang hart gearbeitet und irgendwann wird man alt und schwach. Das war doch schon immer so...“;  
 „...ja, weil ich in der Reha (meines Mannes) schon alles genau angesehen hatte, Übungen etc.“ (der Ehemann hatte einen Schlaganfall und war danach pflegebedürftig)  
 „...ja, weil ich schlimmere Fälle aus dem Altenheim kenne“  
 „...ja, weil klar war, dass ohne Beine Probleme auftauchen, aber langsam haben wir alles wieder gelernt.“  
 „...ja, weil wir vorher darüber viel gesprochen haben, so lange ich aushalten kann, will ich die Betreuung machen.“

Die Personen haben also entweder vor der derzeitigen Pflegesituation bereits Erfahrungen in der Pflege gemacht – beruflich oder privat, und zum anderen scheinen es Personen zu sein, denen das Alter und die damit auch häufig irgendwann verbundene Schwäche und Pflegebedürftigkeit bewusster war (Antizipation), und zwar bereits vor Eintreten einer akuten Situation, oder aber eine Person, die durch die Begleitung ihres Mannes in einer Rehabilitationseinrichtung offensichtlich auf die Pflege zu Hause vorbereitet wurde.

Für Personen, die mit „Nein“ geantwortet haben, spielten 4 Dimensionen eine wesentliche Rolle – die Zeit (plötzliches Ereignis), der Verlust eigenen Lebens für den pflegenden Angehörigen, die Verdrängung (diese Personen fühlten sich meist komplett unvorbereitet für den Pflegealltag) und der Rollenwechsel in langjährigen Beziehungen, insbesondere bei Ehepartnern.

Zu Beginn der Pflegesituation empfinden 73% der Befragten die Familie als die wichtigste Unterstützung.



Welche Art Pflege die Angehörigen im Entscheidungsfall wählen und vor allem, welche Faktoren dabei die wichtigste Rolle spielen, ist nur schwer zu beantworten.

Fest steht, wie bereits früher erwähnt, dass es meist die Angehörigen sind, welche diese Entscheidung treffen.

Offensichtlich spielen finanzielle Voraussetzungen und familiäre Vereinbarungen eine wesentliche Rolle bei der Entscheidung für die eine oder andere Pflegeart. Eine Quantifizierung dieses Eindruckes ist schwierig, Angehörige gaben diesen Grund immer parallel mit anderen Gründen an. Mehr als 20 Familien hatten sich zum Zeitpunkt der Befragung für die Versorgung der pflegebedürftigen Person im Pflegeheim entschieden, in der Mehrzahl der Fälle in Verbindung mit einer vorhergehenden häuslichen Pflegezeit. 81,6% der Angehörigen thematisieren in ihren Familien und mit der pflegebedürftigen Person das Thema Heimeinzug, 17,2% tun dies nicht.

Für Familien, die die Entscheidung ambulante und stationäre Versorgung thematisieren, gibt es verschiedene Beweggründe. Für einige ist es bereits Realität (27,5%), für andere kommt es „nicht in Frage“ (34,5%), einige Personen (18,8%) wollen eine ambulante Betreuung „bis es nicht mehr geht“ versuchen, sind sich allerdings der Tatsache bewusst, dass es Umstände gibt, die einen Einzug des angehörigen Pflegebedürftigen in ein Pflegeheim möglicherweise notwendig machen.

Die Gruppe der Angehörigen, welche das Pflegeheim als Betreuungsalternative grundsätzlich ablehnen, scheinen Betroffene zu sein, welche sich bei gleichzeitig existierendem Unterstützungsbedarf offensichtlich tendenziell weniger nach Unterstützung von außen umsehen – ein Grund hierfür könnte in einem sehr hohen Eigenanspruch an die Verpflichtung zur Pflege des angehörigen Pflegebedürftigen liegen.

7,5% der Pflegebedürftigen wollen laut Angabe der Angehörigen auf keinen Fall in ein Pflegeheim, und die Angehörigen versuchen diesem Wunsch zu entsprechen.

Fehlen Angebote zur Unterstützung Pflegebedürftiger?

Neben unsicheren Antworten zu dieser Frage wurden viele positive Rückmeldungen zu vorhandenen Dienstleistungsangeboten wie den Mobilen Sozialen Diensten gegeben. Eine gewisse (mal stärker, mal weniger stark) Last, sagen die Angehörigen, bleibt jedoch immer bei ihnen und dem Pflegebedürftigen selbst.

Folgende, kurz kommentierte, Zitate aus den Interviews sollen die Meinungen der Betroffenen verdeutlichen:

Bestehende Angebote, die von den Angehörigen als positiv wahrgenommen werden, haben zu hohe Preise (z.B. Kurzzeitpflege während Urlauben von Angehörigen).

„Es gibt vieles, aber es hat seinen Preis“

Die ambulante Versorgung demenzkranker Personen wird als („es muss immer jemand da sein“) nicht realisierbar dargestellt, wenn Angehörige arbeiten – ein konkretes Angebot müsste also die Betreuungslücke während der Arbeitszeit der Angehörigen ausfüllen.

Die wenige Zeit der Pflegekräfte für die Pflegebedürftigen beim Angebot der Ambulanten Dienste und wenig Personal im Heim wird als Mangel angemerkt.

An Feiertagen ist die Organisation innerhalb der Familie schwierig, weil die Ansprüche gegenseitig höher sind als im Alltag – ein Entlastungsangebot<sup>44</sup>, so glauben die Angehörigen, könnte diese Schwierigkeit aber kaum erleichtern.

Es fehlen Angebote auf dem Land: „auf dem Land gibt's nur Pflegedienste, zu allen anderen muss man die Pflegebedürftigen hinbringen - in Ahlen ist das Angebot super“ – gemeint sind damit vor allem Fachärzte, Kurzzeitpflege, Tagespflege – vor allem bei den Ärzten ist der Aufwand für die Angehörigen hoch, da die Häufigkeit der Arztbesuche mit abnehmendem Gesundheitszustand häufig steigt – d.h. zum zusätzlichen Pflegeaufwand kommen mehr Fahrten dazu.

Die Wohnungen, in denen ältere Menschen leben, verfügen häufig nicht über behinderten-/pflegegerechte Ausstattung. Beim Bau moderne Wohnungen sollte dies von vornherein beachtet werden, damit Umzüge im Alter vermieden werden können.

Es gibt in Ahlen viele Angebote für Angehörige und Pflegebedürftige, aber wenige, die „gekoppelt“ sind, was sinnvoll wäre (Fahrt hin und zurück gemeinsam, keine Organisation für die Betreuung des Pflegebedürftigen während der Abwesenheit des/der Angehörigen.

„Angebote, wo Schlaganfallpatienten trainieren können und gleichzeitig AG Rückenschule/Schwimmen machen können...“

Nochmals die Fahrten:

---

<sup>44</sup> hierzu fehlte auch jede Idee, welche Art Entlastungsangebot dies sein könnte

– „es gibt eine Initiative in Ahlen, wo die Fahrten wohl übernommen werden“ - genau weiß sie es aber nicht und vielleicht kostet es auch zusätzlich Geld, „aber eine gute Idee ist es und es müsste vielleicht bekannter gemacht werden...“

„Freiwillige, die regelmäßig mit Pflegebedürftigen, sofern dies möglich ist, spazieren gehen würden“ – Angehörige könnten diese Zeit nutzen.

„Pflegegeld ist gut, die Angebote meist zu teuer, Privatpflege ist am Besten, denn der ständige Wechsel von Betreuern ist schlecht“

Außerdem: „So eine Person, die man schnell erreichen kann, (für Arztfahrten und kurzfristige Betreuung), das wäre eine gute Sache“.

Und jemand der „ab und an fragt, wie es den Angehörigen geht, einfach nur so“

Die „Betreuung der Angehörigen ganz am Anfang, da hat man keine Ahnung; Ärzte oder Schwestern müssten dafür geschult werden“.

Diese lose Sammlung von Meinungen gibt einige Hinweise und Ideen, an welchen Stellen das Ahlener Versorgungsnetz möglicherweise weiter arbeiten könnte.

#### Veränderungen der Pflegeversicherung

Abschließend zu den Befindlichkeiten der Ahlener Pflegehaushalte sollen hier die Ergebnisse auf die Frage „Wenn Sie Politiker wären und etwas an der Pflegeversicherung ändern könnten, wofür würden Sie sich einsetzen?“ gezeigt werden. Etwa in der Mitte des Interviews wurde diese Frage an alle gestellt.

Die Pflegebedürftigen forderten an erster Stelle mehr Qualität für die Arbeit der Pflegenden (gute Betreuungsarbeitsplätze schaffen), angemessene und teilweise mehr Leistungen („dass man die Pflegestufe bekommt, wenn man sie braucht“, mehr Betreuungsplätze, schnellere Verwaltung (Wohngeld), bessere Unterstützung, mehr Pflege, „den wirklich Kranken mit mehr Hilfsbedarf mehr Unterstützung geben“ und „mehr Unterstützung für die Schwerpflegenden“) und Änderungen in der Finanzierung. Eine Person wollte die Beitragserhöhung der Pflegebeiträge von denen, die mehr als 1500€ Rente beziehen. Außerdem soll „der Staat mehr in Kinder investieren und die KAA unterstützen“, die Pflegekosten könnten doch vielleicht gesenkt werden, und der schlichte Wunsch nach „mehr Geld“ im System.

Zu den besonderen Kommentaren zählt: „Mehr Kinder müsste es geben, wir haben das damals auch geschafft mit wesentlich weniger Geld, aber heute "muss" alles sein, nur keine Kinder, das ist traurig und nicht normal.“

Bei den Angehörigen werden Veränderungen wesentlich konkreter angesprochen. Einige der folgenden Zitate sollen dies verdeutlichen und die thematische Breite der Kommentare darstellen:

„Wir bräuchten Unterstützung beim Waschen, und ab und zu eine Krankenschwester wäre gut“;  
„Qualität der Versorgung ist nicht gut, das müsste noch besser kontrolliert werden“  
„mehr Personal im Altenheim...(...)....nicht alle sind geeignet“;  
„...riesige Pflegeheime auflösen – stattdessen kleinere fördern - die Versorgung ist nicht sehr menschlich - es gibt wahnsinnige Eingangshalle, aber keine Zeit für die Patienten“;  
„das ist katastrophal, da ist keine Zeit für die Seele in den Heimen, die sind alle gestresst und fertig - mehr Pflegepersonal!“;  
„Rehabilitationsheime müssen Angehörige mit einbeziehen“;  
„Gespartes geht alles in Pflege – musste dann zum Sozialamt, der Gang dorthin war das Schwerste von allem – weint“;  
„Gesundheitssystem .....muss vereinfacht werden“;  
„Stundenweise Betreuung für z.B. auch spontane Arztbesuche etc. – auch gegen Bezahlung - das wäre eine große Hilfe“;  
„....das Ausspannen für die Angehörigen ist wichtig – der Alltag ist erdrückend“;  
„Pflegesatz 205€ ist ein Witz (Sprit, Apotheke, hin- und herbringen und schon ist es alle – unlogisch auch: Vorlagen für Windeln frei, Vorlagen für Bett muss man selbst bezahlen“;  
„alternative Wohnformen für Alte - mehr sinnvolle Beschäftigung im Heim (Vorträge und spazieren) nur Gedächtnistraining ist Blödsinn“;  
„Heim war okay, aber Bewegung draußen fehlt, wenn sich Angehörige nicht kümmern; Konfirmanden könnten das übernehmen“;  
„Antrags-Unwesen, man ist verraten und verkauft, das muss unkomplizierter werden“;  
„Info über Krankenhäuser müssen besser/transparenter sein“;  
„juristische Beratung fehlt: Vollmachten, Patientenverfügungen, Steuererklärung etc. alles sehr schwierig, ohne Freunde sehr schwer – sie (Angehörige) ist Einzelkind, muss alles für Eltern alleine machen“;  
„gute Alternative zum Heim schaffen - meine Schwester ist nach Unfall im Heim, das ist trostlos“;  
„weniger Bürokratie, das überfordert jeden normalen Menschen, die Anträge etc.“;  
„Heim- und ambulantes Personal müssen mehr Zeit haben (auch für sich selbst!) - die müssen wie Maschinen sein - alles ist zu stark finanziell ausgerichtet“;  
„medizinische und pflegerische Abstimmung ist schlecht zwischen Krankenhaus und zu Hause (Bsp. künstliche Ernährung), auch zwischen Krankenhaus und Rehabilitation: ...Vater rief ständig an, bevor er im Heim verstarb und weinte, er wollte nach Hause und die Schwestern würden sich nicht um ihn kümmern - ein Altenheimtag blieb ohne Essen für den Pflegebedürftigen, weil Arzt das Rezept nicht verschrieb“

Häufiger werden finanzielle Aspekte der Pflegesituation thematisiert – es wird mehr Geld benötigt, um in der einen oder anderen Angelegenheit flexibler zu sein und außerdem sich für die Pflege zu Hause zu entscheiden, aber auch, dass die Kontrolle erhöht werden soll. („Kürzung sollte nicht stattfinden im ambulanten Bereich, weil Alte gern zu Hause bleiben wollen“; „häusliche Betreuung hat sich finanziell verschlechtert – die Preise sind gestiegen“,

„Schindluder wird getrieben - Menschen finanzierten sich mit der Pflegeversicherung die eigene Putzfrau - mehr Kontrollen muss es geben“ „....bessere Kontrolle von Bedürftigkeit“)

Gelegentlich kam es bei dieser Frage auch zu fast zynischen Antworten, die wahrscheinlich einer gewissen Frustration entspringen: „Politiker sollte man in ein Krankenhaus oder Heim schicken für einen Monat, und zwar in eine öffentliche Einrichtung“ – sicher ist damit gemeint, dass die Entscheidungen, die politisch getroffen werden ,aus der Perspektive des Betroffenen mit eingeschränkter Kenntnis der Praxis passieren. 3 Angehörige merken an, dass das Thema der Pflege niemals ohne das demographische Thema diskutiert werden darf, z.B. „Kinder, wissen Sie, sind unschätzbar, das muss der Politik klar werden“ oder: “ich bereue, dass ich nicht mehr Kinder habe“.

Außerdem ist es einigen Betroffenen ein wichtiges Anliegen, dass die „Hauspflege“, auch Laienpflege von den Betroffenen genannt, mehr Anerkennung und Verständnis gewinnt („...es wird nie nach den Angehörigen gefragt“).

Und die Qualität der Versorgung (Einstufung früher und rechtzeitiger, Bedürftigkeit) könnte verbessert werden sowie die Wahlmöglichkeiten/Heterogenität der Pflegeangebote erhalten bzw. ausgebaut werden (weil eben die Arbeitswelt auch flexibler wird und ohne Anpassung im Pflegebereich eine Pflege zu Hause immer schwerer zu realisieren ist, wenn es nicht zusätzliche Angebote gibt, auf welche die Angehörigen und Pflegbedürftigen bei Bedarf zurückgreifen können).

Zudem werden praxisverträglicher Bürokratieabbau, die Steigerung von Rehabilitation und Physiotherapie für pflegebedürftige Menschen (und die Angehörigen!) und eine bessere Einbeziehung der Angehörigen bzw. eine zielgerichtete, anwendungsnahe Schulung der Angehörigen angesprochen („Ergotherapie, Physiotherapie nicht weiter streichen - die Übungen sind so gut für die Kranken und von selber passiert in dem Alter nichts, auch als Angehörige ist es schwer, Partner zu amüsieren...“).

Die Wichtigkeit der Heime wird immer wieder betont, jedoch ihre Funktionsweise/Ausgestaltung als verbesserungsbedürftig gesehen („Liste mit Bewohnern für alle erstellen - gemeinsam mehr Kartenspielen, etc. - es gibt im Heim nur "Großveranstaltungen" und die Leute lernen sich nicht kennen; Heime sind zu teuer; menschlichere Leitung der Heime; für die polnischen und russischen Pflegekräfte entweder mehr Sprachkurse oder mehr deutsche Pflegekräfte qualifizieren – Mutter (ist im Heim) hat große Verständigungsschwierigkeiten mit dem Personal; transparentere Kosten im Heim – z.B. Wie viel Gewinne machen kirchliche Heime?“

Auf die Frage, ob die pflegenden Angehörigen die Möglichkeit des Austausches/Gespräches haben, antworteten 25,9% mit nein, 71,8% mit ja, 2 Personen machten keine Angabe. Von den bejahenden Personen haben die meisten die Möglichkeit, sich mit Freunden oder in der Familie (mehr als 90%) über die Pflegesituation auszutauschen, 4 Personen nannten Fachpersonal als Ansprechpartner (KAA, Ambulanter Pflegedienst) und eine Person nannte Personen in der Kirchgemeinde, vielfach wurden Mehrfachnennungen gemacht. Dies zeigt, dass der Bedarf an Austausch bei weitem nicht gedeckt ist.

Die Befindlichkeiten stellen sich sehr heterogen dar und erlauben einen Einblick in den Pflegehaushalt Ahlens. Die meisten Angaben sind nicht notwendigerweise „mehrheitsfähig“, da sie einzelne Kommentare Betroffener sind – jedoch scheint es erlaubt zu sagen, dass es viele Ideen unter Betroffenen gibt, die Versorgung in Ahlen weiter zu verbessern und damit die ambulante Pflege, die von vielen Personen gewünscht wird, zu ermöglichen.

#### **4 Zusammenfassung und Diskussion**

Die Zufriedenheit der Angehörigen und Pflegbedürftigen mit der KAA ist sehr hoch, besonders hervorzuheben ist die vertrauensvolle Zusammenarbeit, die Bedeutung der KAA als stabile Anlaufstelle – vor allem für Angehörige und das Fachwissen, was die KAA hat und zu vermitteln weiß, beziehungsweise die Unterstützung instabiler Pflegesituationen.

Die Inanspruchnahme des Ahlener Netzes ist zunächst geprägt durch die Art der Pflegeleistung und häufig durch das Erwerbsleben der (pflegenden) Angehörigen und der finanziellen Möglichkeiten von Familien. Am meisten werden ärztliche Leistungen in Anspruch genommen, was für die wichtige Rolle der Ärzte im Ahlener Netz spricht. Die meisten unterstützenden Angebote waren den Betroffenen bekannt, die Nutzung ist eher „klassisch“, dass heißt, Selbsthilfegruppen, Tagespflege und Kurzzeitpflege werden – allerdings aus verschiedenen Gründen – eher selten in Anspruch genommen. Die Versorgungszufriedenheit insgesamt mit den genutzten Angeboten und im Kontakt mit Ahlener „pflegerelevanten“ Institutionen ist sehr hoch. Kritik gibt es an der Zusammenarbeit bzw. der Kommunikation zwischen Hausärzten und Fachärzten, zwischen Krankenhaus und Angehörigen, zwischen Rehabilitationseinrichtungen und den Angehörigen, zu zeitlichen Abläufen bei den Ambulanten Pflegediensten und bei den „Einstufungsbesuchen“ durch den MDK.

Das subjektive Befinden der Pflegebedürftigen und Angehörigen ist teilweise sehr unterschiedlich, Angehörige sind teilweise sehr belastet und fühlen sich in der Gesellschaft wenig wahrgenommen. Es gibt positive Rückmeldungen zur Versorgung, aber auch neue Ideen, die Versorgung weiter zu verbessern. Systematische oder signifikante Unterschiede in

der Befindlichkeit lassen sich mit Gesundheitszustand, Geschlecht, Alter und Pflegestufe in der vorliegenden Untersuchung nicht nachweisen.

Um den Einfluss der Pflege- und Wohnberatung auf Zeiten ambulanter und vollstationärer Pflege, Dauer von Krankenhausaufenthalten sowie auf die Kosten bezüglich einzelner Leistungsbereiche zu evaluieren, wurden Vergleiche von Krankenkassendaten auf zwei Ebenen durchgeführt:

- 1 Vergleich der Daten von Pflegebedürftigen der Städte Ahlen und Menden (Vergleich auf Stadtebene) und
- 2 Vergleich der Daten von Pflegebedürftigen, die die Beratung der Pflege- und Wohnberatung in Anspruch genommen haben, mit Daten von Ahlener Pflegebedürftigen, die nicht beraten wurden, sowie mit Daten Mendener Pflegebedürftiger (Vergleich auf individueller Ebene).

Hinsichtlich der *Anteile ambulanter und vollstationärer Pflege an der Pflegezeit* liefern beide Vergleiche konsistente Ergebnisse. Die von der KAA beratenen Personen weisen jeweils höhere Anteile ambulanter Pflege und geringere Anteile vollstationärer Pflege als die nicht beratenen Vergleichspersonen aus Ahlen bzw. Menden auf. Die Unterschiede liegen in der Größenordnung von 12 bis 16% der Pflegezeit und sind statistisch signifikant. Dabei sind die Unterschiede in den Pflegestufen 1 und 2 besonders groß.

Auch beim Vergleich auf Stadtebene insgesamt (beratene und nicht beratene Ahlener versus Mendener) können für die Pflegebedürftigen der Pflegestufe 1 und der Gesamtstichprobe aus Ahlen statistisch signifikant längere Anteile ambulanter Pflege (Pflegestufe 1: 8,5% / Gesamtstichprobe: 4,2%) nachgewiesen werden. In der Pflegestufe 3 hingegen weisen die Ahlener einen kürzeren Anteil ambulanter Pflege an der Pflegezeit auf. Die Differenz ist allerdings nicht statistisch signifikant. In der Pflegestufe 2 bestehen kaum Unterschiede zwischen Ahlen und Menden. Entsprechend umgekehrt sind die Ergebnisse bezüglich des Anteils vollstationärer Pflege, wobei hier keine statistisch signifikanten Differenzen nachgewiesen werden konnten.

Bei Beschränkung auf die von der KAA beratenen Personen können geringere *Kosten für Leistungen nach SGB XI* im Vergleich zu nicht beratenen Personen aus Ahlen bzw. Menden nachgewiesen werden.

Die Kosten für Leistungen nach SGB XI sind bei den beratenen Personen der Pflegestufen 1 und 2 sowie bei der Gesamtgruppe statistisch signifikant geringer als bei den Kontrollpersonen. Die mittlere Differenz beim Vergleich der Gesamtgruppe der beratenen

Ahlener mit den nicht beratenen Ahlenern beträgt ca. 200 € monatlich, beim Vergleich mit der Mendener Kontrollgruppe ca. 120 € monatlich.

Die Mittelwerte der monatlichen Kosten für Leistungen nach SGB XI der Pflegebedürftigen der Pflegestufen 1 und 2 unterscheiden sich in Ahlen und Menden nur geringfügig (Pflegestufe 1: Ahlen 377 €; Menden 393 € / Pflegestufe 2: Ahlen 824 €; Menden 803 €). In der Pflegestufe 3 sind die Ahlener kostenintensiver (Ahlen: 1322 €; Menden: 1154 €). Hier ist mit 150 € die größte Differenz zu verzeichnen. Insgesamt weisen damit die Ahlener Pflegebedürftigen um ca. 50 € höhere Kosten für Leistungen nach SGB XI auf (Gesamt: Ahlen: 686 €; Menden: 639 €).

Nach Adjustierung für Alter und Geschlecht ergibt sich für die Ahlener Pflegebedürftigen der Pflegestufe 1 sogar ein um 43 € signifikant höherer Wert als für die Mendener. In der Pflegestufe 3 und der Gesamtgruppe weisen die Ahlener auch bei statistischer Adjustierung höhere Werte auf, die jedoch nicht statistisch signifikant sind. Die Pflegebedürftigen der Pflegestufen 2 aus Ahlen weisen geringere Kosten auf, die aber auch nicht statistisch signifikant sind.

Beim Vergleich beratener und nicht beratener Personen aus Ahlen oder Menden hinsichtlich der *Hilfsmittelkosten* sind jeweils die beratenen Fälle kostenintensiver (Mittelwerte der Gesamtgruppen: beratene Fälle: 112 €, Ahlener Kontrollgruppe: 58 €; Mendener Kontrollgruppe: 85 €). Statistisch signifikante Unterschiede konnten aber hier nicht nachgewiesen werden.

Auf Stadtebene ist der Anteil von Ahlener Pflegebedürftigen, die Hilfsmittel in Anspruch genommen haben, zwar höher, aber die Mendener verursachen im Mittel in allen Pflegestufen höhere monatliche Hilfsmittelkosten (gesamt: Ahlen 59 €; Menden 79 €). Signifikante Differenzen konnten jedoch nicht nachgewiesen werden.

Die mittlere *Dauer einzelner Krankenhausaufenthalte* ist in Ahlen mit 13,4 Tagen signifikant kürzer als in Menden mit 15,2 Tagen ( $p < 0,001$ ). Bezogen auf die Pflegestufenzeit ist die *Anzahl der Krankenhaustage pro Monat* bei den Ahlenern der Pflegestufe 1 im Mittel kleiner als bei den Menden. In den anderen Pflegestufen ist das Verhältnis umgekehrt (Gesamt: Ahlen 2,1 Tage pro Monat; Menden: 2,3 Tage pro Monat). Statistisch signifikante Unterschiede konnten aber auch hier nicht festgestellt werden.

Beim Vergleich auf individueller Ebene sind die Werte der beratenen Ahlener in den Pflegestufen 1 und 2 jeweils höher, in der Pflegestufe 3 die der Kontrollgruppen (Mittelwerte der Gesamtgruppen beratene Fälle: 3,3 bzw. 3,2 Tage pro Monat, Ahlener Kontrollgruppe: 2,9 Tage pro Monat; Mendener Kontrollgruppe: 2,8 Tage pro Monat).



Die *monatlichen Krankenhauskosten* sind bei den beratenen Personen der Pflegestufen 1 und 2 sowie der Gesamtgruppe höher als bei den jeweiligen Kontrollgruppen. In der Pflegestufe 3 sind die Kosten jeweils geringer, und im Vergleich mit der Ahlener Kontrollgruppe sind die Kosten der beratenen Ahlener auch statistisch signifikant geringer.

Die Ahlener der Pflegestufe 1 weisen geringere Krankenhauskosten auf als die Mendener, in den Pflegestufen 2 und 3 sowie der Gesamtgruppe ist das Verhältnis umgekehrt (Gesamt: Ahlen 468 €; Menden 473 €). Statistisch signifikante Differenzen konnten nicht nachgewiesen werden. Besonders hohe monatliche Krankenhauskosten werden durch die Ahlener Männer der Pflegestufe 3 verursacht (Pflegestufe 3: Ahlener Männer ca. 500 €; Ahlener Frauen ca. 200 €).

Bei den *Arzneimitteln* verursachen die Kontrollgruppen aller Pflegestufen höhere Kosten. Die nicht beratenen Ahlener weisen gegenüber den beratenen Ahlenern im Mittel um 200 € erhöhte Arzneimittelkosten auf, zu der Mendener Kontrollgruppe beträgt die Differenz etwa 100 €. Die Unterschiede sind bezogen auf die Gesamtgruppen auch signifikant.

Die monatlichen Arzneimittelkosten pro Person sind in den Pflegestufen 1 und 2 in Ahlen und Menden vergleichbar (Pflegestufe 1: Ahlen 203 €; Menden 216 € / Pflegestufe 2: Ahlen 319 €; Menden 308 €). In der Pflegestufe 3 weisen die Ahlener jedoch um ca. 300 € erhöhte Kosten auf (Pflegestufe 3: Ahlen 552 €; Menden 238 €). Ursache dafür sind die besonders hohen Kosten der Ahlener Männer der Pflegestufe 3 (Mittelwert: ca. 1250 €).

Die *Gesamtkosten* der von der KAA beratenen Personen der Pflegestufe 1 sind höher als die der Vergleichspersonen aus Ahlen bzw. Menden. In den anderen Pflegestufen und in den Gesamtgruppen sind die beratenen Personen jeweils günstiger. Die Differenzen der mittleren monatlichen Gesamtkosten bezüglich der Gesamtgruppen betragen ca. 280 € (Vergleich mit nicht beratenen Ahlener Kontrollen) bzw. 55 € (Vergleich mit Mendener Kontrollen). Die Unterschiede sind jedoch nicht statistisch signifikant.

Die Gesamtkosten der Ahlener der Pflegestufe 1 sind um etwa 90 € kostengünstiger als die der Mendener (Ahlen 1189 €; Menden 1278 €). In den anderen Pflegestufen ist das Verhältnis umgekehrt (Pflegestufe 2: Ahlen 2035 €; Menden 1882 € / Pflegestufe 3: Ahlen 2544 €; Menden 2028 € / Gesamt: Ahlen 1718 €; Menden 1605 €). In der Pflegestufe 3 ist also die Differenz zwischen Ahlen und Menden am größten. Ursache dafür ist der sehr hohe Mittelwert der Ahlener Männer von ca. 3800 €.

Nach statistischer Adjustierung für Alter, Geschlecht und Pflegestufe (Gesamtstichprobe) erweisen sich die Ahlener der Pflegestufen 1 und 2 als kostengünstiger (adjustierte Differenzen: Pflegestufe 1: 95 € / Pflegestufe 2: 35 € / Gesamtgruppe: 81 €). In der Pflegestufe 3 beträgt die adjustierte Differenz 204 €, wobei die Ahlener höhere Kosten verursachen. Statistisch signifikante Differenzen konnten nicht nachgewiesen werden.

Die folgende Tabelle zeigt eine Übersicht der Ergebnisse des Vergleichs auf Stadtebene insgesamt (beratene und nicht beratene Ahlener versus Mendener) und der Vergleiche von Personen, die von der KAA beraten wurden mit nicht beratenen Ahlenern bzw. Mendenern.

**Tabelle 4.1:** Übersicht der Ergebnisse der Vergleiche auf Stadtebene und der Vergleiche von Personen, die von der KAA beraten wurden mit nicht beratenen Ahlenern bzw. Mendenern.

	Vergleich: Ahlen-Menden				Vergleich: von der KAA beratene Ahlener versus nicht beratene Ahlener				Vergleich: von der KAA beratene Ahlener versus Mendener			
	adjustierte Differenzen in € (Ahlen –Menden)				Differenzen der Mittelwerte in € (beratene Fälle – Kontrollen)				Differenzen der Mittelwerte in € (beratene Fälle – Kontrollen)			
	PS1*	PS2*	PS3*	Ges**	PS 1	PS 2	PS 3	Ges	PS 1	PS 2	PS 3	Ges
SGB XI	41	-43	226	37	-153	-239	-286	-198	-94	-174	-59	-122
Krankenhaus	6	14	10	11	315	161	-685	171	178	299	-34	208
Hilfsmittel	1	0	16	2	43	51	134	54	18	17	126	27
Heilmittel	0	0	1	0	-11	9	73	5	-6	21	81	12
SGB V	0	-1	-3	-1	-11	-28	86	-9	-43	-63	42	-44
Arzneimittel	-6	-38	24	-17	-43	-77	-1856	-217	-51	-158	-129	-101
Rehabilitationen	0	0	0	0	-18	17	0	-3	-3	33	0	11
Transportkosten	2	5	19	6	53	16	-495	-10	37	24	-58	24
Gesamtkosten	-95	-35	204	-81	180	-250	-3030	-279	36	-178	-30	-55

\* adjustiert für Alter, Geschlecht und Krankenkasse

\*\* adjustiert für Alter, Geschlecht, Pflegestufe und Krankenkasse (falls Daten beider Krankenkassen eingehen)

blaue Felder: Kosten in Ahlen bzw. bei den von der KAA beratenen Gruppen geringer

gelbe Felder: Kosten in Menden bzw. bei den nicht beratenen Ahlener oder Mendener Kontrollgruppen geringer

Da verlässliche Angaben über die Gesamtzahl<sup>45</sup> pflegebedürftiger Personen und deren Verteilung nach Merkmalen wie Alter und Geschlecht in den Städten Ahlen und Menden fehlen, kann über die Repräsentativität der Stichprobe und damit der Ergebnisse keine Aussage getroffen werden.

Der Vergleich der *Verweildauern in den einzelnen Pflegestufen* in Ahlen und Menden lieferte Grund zu der Annahme, dass durch das differenzierte, integrierte Versorgungssystem und die Arbeit der KAA - Pflege- und Wohnberatung sowie die damit verbundene verbesserte Versorgungssituation in Ahlen der Wechsel in eine höhere Pflegestufe zeitlich verzögert wurde. So weisen die Ahlener signifikant längere Verweildauern in den Pflegestufen 1 und 2 auf als die Mendener. (Pflegestufe 1: 5,0 Monate; Pflegestufe 2: 2,1 Monate). In der Pflegestufe 3 sind die Verweildauern nahezu gleich.

Da sich das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit im Laufe der Zeit eher erhöht, befinden sich vor allem in den unteren Pflegestufen in Ahlen wahrscheinlich mehr Personen mit relativ höherem Pflegebedarf. Dies gilt aber auch für die Pflegestufe 3, wo die besonders hohen Krankenhaus-, Arzneimittel-, Krankentransport- und Gesamtkosten der Ahlener Männer auffallen.

Diese Unterschiede beeinflussen sowohl die Ergebnisse des Vergleiches auf Stadtebene wie auch die auf der individuellen Ebene. Da die Pflegestufe aber natürlich trotzdem ein Maß für die Pflegebedürftigkeit darstellt, schien es uns nicht gerechtfertigt, sie und somit Unterschiede in den Populationen nicht zu berücksichtigen. Die Idee, die Vergleiche auf Ebene der anfänglichen Pflegestufe durchzuführen, führte auch nicht zur Lösung des Problems, da sich die Folgepflegestufen der Personen in den einzelnen Gruppen ebenfalls unterschieden.

Da die Pflegebedürftigkeit der Ahlener in den einzelnen Pflegestufen höher zu sein scheint, konnten möglicherweise Effekte der Pflege- und Wohnberatung nur eingeschränkt bzw. nicht gemessen werden. Dennoch belegen die Ergebnisse der Befragung von Pflegebedürftigen und Angehörigen sowie die Ergebnisse der Auswertung der Krankenkassendaten bezüglich der Anteile ambulanter und vollstationärer Pflege, dass durch die Arbeit der KAA - Pflege- und Wohnberatung Heimaufenthalte vermieden bzw. hinausgezögert werden.

Einsparungen auf der Ebene des kommunalen Sozialhilfeträgers konnten auf Grund der Datenlage nicht nachgewiesen werden. Die Auswertung dieser Daten zeigt aber deutlich,

---

<sup>45</sup> Zu der Grundgesamtheit der Pflegebedürftigen werden alle in Ahlen bzw. in Menden wohnenden Pflegebedürftigen mit einem vom MDK respektive SMD festgestellten Pflegebedarf (Pflegestufe 0, 1, 2 + 3) gezählt.

dass ambulant versorgte Personen weitaus seltener und auch in weitaus geringerem Umfang Leistungen des Sozialhilfeträgers in Anspruch nehmen. Das größte Einsparpotential ist somit eindeutig in der Verhinderung bzw. Verkürzung von Heimaufenthalten zu sehen.

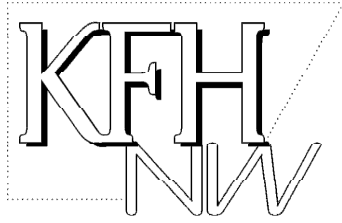
<b>Abbildungsverzeichnis</b>		<b>Seite</b>
Abbildung 3.1.1	Pflegezeit in Monaten bezogen auf die Pflegestufen	34
Abbildung 3.1.2	Pflegezeit in Monaten	34
Abbildung 3.1.3	Anteile ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Pflege an der Pflegezeit bezüglich einzelner Pflegestufen	38
Abbildung 3.1.4	Anteile ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Pflege an der Pflegezeit bezüglich der Gesamtheit der Pflegefälle	38
Abbildung 3.1.5	Abhängigkeit des Anteils ambulanter Pflege an der Pflegezeit vom Alter bezüglich der Gesamtheit der Pflegefälle	39
Abbildung 3.1.6	Geschlechtsspezifische Anteile ambulanter Pflege an der Pflegezeit bezüglich einzelner Pflegestufen	40
Abbildung 3.1.7	Mittlere monatliche pro Kopf Kosten für Leistungen nach SGB XI in Abhängigkeit von Alter und Pflegestufe	46
Abbildung 3.1.8	Abhängigkeit der mittleren monatlichen Kosten pro Kopf für Leistungen nach SGB XI vom Geschlecht bezogen auf die einzelnen Pflegestufen	46
Abbildung 3.1.9	Abhängigkeit der monatlichen Krankenhauskosten pro Kopf von Alter und Pflegestufe	52
Abbildung 3.1.10	Abhängigkeit der monatlichen Krankenhauskosten pro Kopf vom Geschlecht	52
Abbildung 3.1.11	Abhängigkeit der Hilfsmittelkosten vom Geschlecht	56
Abbildung 3.1.13	Abhängigkeit der monatlichen Kosten für Arzneimittel vom Geschlecht	64
Abbildung 3.1.14	Abhängigkeit der monatlichen Kosten für Krankentransporte vom Geschlecht	69
Abbildung 3.1.15	Mittlere monatliche Kosten pro Kopf für einzelne Leistungsbereiche in €	71
Abbildung 3.1.16	Abhängigkeit der mittleren monatlichen Gesamtkosten pro Kopf vom Alter (alle Pflegestufen)	72
Abbildung 3.1.17	Abhängigkeit der mittleren monatlichen Gesamtkosten pro Kopf vom Geschlecht	72
Abbildung 3.2.1	Histogramm der Altersverteilung	75
Abbildung 3.2.2	Anzahl ambulant und stationär gepflegter Personen, die „Hilfen zur Pflege“ in Anspruch nahmen	76
Abbildung 3.2.3	Mittlere monatliche Beträge pro Kopf in € für ambulant und stationär versorgte Personen	77
Abbildung 3.2.4	Mittlere monatliche Kosten für ambulant und stationär gepflegte Personen mit Pflegestufe	79
Abbildung 3.2.5	Monatliche Gesamtausgaben für Leistungen nach BSHG in €	79
Abbildung 3.2.6	Monatliche Gesamtausgaben für ambulant und stationär versorgte Personen in €	80
Abbildung 3.2.7	Monatliche Gesamtausgaben in € für ambulant und stationär versorgte Pflegebedürftige	81
Abbildung 3.3.1	Altersverteilung der befragten Angehörigen	85
Abbildung 3.3.2	Pflegepersonbezeichnung	86
Abbildung 3.3.3	Wohnlage und Kontakthäufigkeit	89
Abbildung 4.3.3	Zufriedenheit Angehöriger mit der Medizinischen Betreuung	96
Abbildung 3.3.4	Zufriedenheit Pflegebedürftige mit Ambulantom Pflegedienst	97
Abbildung 4.3.5	Zufriedenheit Angehöriger mit Ambulantom Pflegedienst	98
Abbildung 3.3.6	Lebenszufriedenheit der Pflegebedürftigen	100

<b>Tabellenverzeichnis</b>		<b>Seite</b>
Tabelle 3.1.1	Anzahl der Personen in der Datenbank	30
Tabelle 3.1.2	Geschlechterverteilung	31
Tabelle 3.1.3	Altersverteilung	31
Tabelle 3.1.4	Verteilung der Pflegestufen	32
Tabelle 3.1.5	Geschlechterverteilung in den Pflegestufen	32
Tabelle 3.1.6	Altersverteilung in Jahren	33
Tabelle 3.1.7	Verweildauer in Monaten in den einzelnen Pflegestufen	35
Tabelle 3.1.8	Anteil von Personen mit vollstationärer Pflege	37
Tabelle 3.1.9	Adjustierte Differenzen des prozentualen Anteils ambulanter Pflege an der Pflegezeit	41
Tabelle 3.1.10	Adjustierte Differenzen des prozentualen Anteils vollstationärer Pflege an der Pflegezeit	42
Tabelle 3.1.11	Prozentualer Anteil ambulanter Pflege an der Pflegezeit	43
Tabelle 3.1.12	Prozentualer Anteil ambulanter Pflege an der Pflegezeit	43
Tabelle 3.1.13	Prozentualer Anteil vollstationärer Pflege an der Pflegezeit	44
Tabelle 3.1.14	Prozentualer Anteil vollstationärer Pflege an der Pflegezeit	44
Tabelle 3.1.15	Monatlichen Pro-Kopf-Kosten für Leistungen nach SGB XI	45
Tabelle 3.1.16	Adjustierte Differenzen der mittleren monatlichen Kosten pro Kopf für Leistungen nach SGB XI	47
Tabelle 3.1.17	Mittelwerte der monatlichen Kosten für Leistungen nach SGB XI in €	47
Tabelle 3.1.18	Mittelwerte der monatlichen Kosten für Leistungen nach SGB XI in €	48
Tabelle 3.1.19	Prozentuale Anteile von Krankenhausdiagnosen	49
Tabelle 3.1.20	Monatliche Krankenhaustage pro Person	49
Tabelle 3.1.21	Adjustierte Differenzen der monatlichen Krankenhaustage pro Person	50
Tabelle 3.1.22	Mittelwerte der monatlichen Krankenhaustage	51
Tabelle 3.1.23	Mittelwerte der monatlichen Krankenhaustage	51
Tabelle 3.1.24	Monatliche Krankenhauskosten pro Kopf in €	53
Tabelle 3.1.25	Adjustierte Differenzen der monatlichen Krankenhauskosten pro Kopf in €	53
Tabelle 3.1.26	Mittelwerte der monatlichen Krankenhauskosten in €	54
Tabelle 3.1.27	Mittelwerte der monatlichen Krankenhauskosten in €	54
Tabelle 3.1.28	Inanspruchnahme bei Hilfsmitteln	55
Tabelle 3.1.29	Mittlere monatliche Kosten pro Kopf für Hilfsmittel in €	55
Tabelle 3.1.30	Adjustierte Differenzen der monatlichen Hilfsmittelkosten pro Kopf in €	56
Tabelle 3.1.31	Mittelwerte der monatlichen Kosten für Hilfsmittel in €	57
Tabelle 3.1.32	Mittelwerte der monatlichen Kosten für Hilfsmittel in €	57
Tabelle 3.1.33	Inanspruchnahme von Heilmitteln	58
Tabelle 3.1.34	Monatliche Kosten pro Kopf für Heilmittel in €	58
Tabelle 3.1.35	Adjustierte Differenzen der monatlichen Heilmittelkosten pro Kopf in €	59
Tabelle 3.1.36	Mittelwerte der monatlichen Heilmittelkosten in €	59
Tabelle 3.1.37	Mittelwerte der monatlichen Heilmittelkosten in €	60
Tabelle 3.1.38	Inanspruchnahme von Leistungen nach SGB V	60
Tabelle 3.1.39	Monatliche Kosten pro Kopf für Leistungen nach SGB V in €	61
Tabelle 3.1.40	Adjustierte Differenzen der monatlichen Kosten pro Kopf für Leistungen nach SGB V in €	61
Tabelle 3.1.41	Mittelwerte der monatlichen SGB V Kosten in €	62
Tabelle 3.1.42	Mittelwerte der monatlichen Heilmittelkosten in €	62
Tabelle 3.1.43	Häufigste Arzneimittel	63

Tabelle 3.1.44	Monatliche Kosten pro Kopf für Arzneimittel in €	64
Tabelle 3.1.45	Adjustierte Differenzen der monatlichen Kosten pro Kopf für Arzneimittel in €	65
Tabelle 3.1.46	Mittelwerte der monatlichen Arzneimittelkosten in €	65
Tabelle 3.1.47	Mittelwerte der monatlichen Arzneimittelkosten in €	66
Tabelle 3.1.48	Inanspruchnahme von Rehabilitationen	66
Tabelle 3.1.49	Monatliche Kosten pro Kopf für Rehabilitationen in €	67
Tabelle 3.1.50	Mittelwerte der monatlichen Kosten pro Kopf für Rehabilitationen in €	68
Tabelle 3.1.51	Mittelwerte der monatlichen Kosten für Rehabilitationen in €	68
Tabelle 3.1.52	Monatliche Kosten pro Kopf für Krankentransporte in €	69
Tabelle 3.1.53	Adjustierte Differenzen der monatlichen Kosten pro Kopf in € für Krankentransporte	70
Tabelle 3.1.54	Mittelwerte der monatlichen Kosten für Krankentransporte in €	70
Tabelle 3.1.55	Mittelwerte der monatlichen Kosten für Krankentransporte in €	71
Tabelle 3.1.56	Monatliche Gesamtkosten pro Kopf in €	73
Tabelle 3.1.57	Adjustierte Differenzen der monatlichen Gesamtkosten pro Kopf in €	73
Tabelle 3.1.58	Mittelwerte der monatlichen Gesamtkosten in €	74
Tabelle 3.1.59	Mittelwerte der monatlichen Gesamtkosten in €	74
Tabelle 3.2.1	Monatliche Ausgaben in € für Leistungen nach BSHG	78
Tabelle 3.2.2	Monatliche Ausgaben in € für Leistungen nach BSHG für stationär gepflegte Personen mit Pflegestufe	78
Tabelle 3.2.3	Ergebnisse der Hochrechnungen	81
Tabelle 3.3.2	Aktuelle Pflegestufen in den interviewten Haushalten	84
Tabelle 3.3.3	Auslöser der Pflegebedürftigkeit	84
Tabelle 3.3.4	Inanspruchnahme von Pflegeleistungen	92
Tabelle 3.3.5	Zufriedenheit Medizinische Betreuung und Pflegedienst	94
Tabelle 3.3.6	Zufriedenheiten MDK, Krankenhaus, KV/PV	95
Tabelle 3.3.7	Subjektiver Gesundheitszustand	98
Tabelle 3.3.8	Vorstellungen zur Pflegesituation vor deren Eintritt	101
Tabelle 4.1	Übersicht der Ergebnisse	111

### **Anlagen zum Bericht der Charite Berlin im Anhang**

- Anlage 1: Fragebögen an Angehörige und Pflegebedürftige
- Anlage 2: Datenlieferung von Krankenkasse 1 und 2 und des Kreises Warendorf
- Anlage 3: Korrekturfaktoren in Ahlen und Menden
- Anlage 4: Übersicht zu den verwendeten Variablen von Daten der Kranken- und Pflegekasse bzw. des Kreises Warendorf



**Katholische  
Fachhochschule** ○ ○ ○ ○  
**Nordrhein-Westfalen**  
*University of Applied Sciences*

## **III.3 Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen**

Abteilung Münster

Teil A: Bundesweite Befragung und Arbeitsinstrumente

Teil B: Ortsunabhängige Qualitätsstandards

**Leitung:**

Prof. Dr. Hugo Mennemann

**Bearbeitung:**

Christine Schröder, Dipl. Päd.



## **Teil A: Bundesweite Befragung und Arbeitsinstrumente**

### **Inhalt**

<b>1 Frage- und Zielstellung des Projektes</b>	<b>3</b>
<b>2 Inhaltlich-fachliche Grundlagen der Standardformulierung</b>	<b>5</b>
2.1 Pflegepolitische Relevanz	6
2.2 Fachliche und gesetzliche Voraussetzungen von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen	8
2.3 Case Management	13
<b>3 Bundesweite Befragung von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen</b>	<b>17</b>
3.1 Ziel und Rahmenbedingungen	17
3.2 Ergebnisse der Befragung und ihre Interpretation	17
3.2.1 Rücklauf und Gültigkeit der Daten	17
3.2.2 Häufigkeiten	23
3.2.3 Korrelationen	29
3.2.4 Clusteranalyse	31
<b>4 Instrument zur Einschätzung von Art und Dauer der Beratung</b>	<b>33</b>
4.1 Hintergründe der Entstehung des Instrumentes	33
4.2 Bemerkungen zur Datenbasis	35
4.3 Ergebnisse	37
<b>5 Zusammenfassung und Ausblick</b>	<b>49</b>
<b>6 Literaturverzeichnis</b>	

### **Anlagen zum Bericht der katholischen Fachhochschule Münster im Anhang**

Anlage 1: Materialien zu der bundesweiten Befragung

Anlage 2: Instrumente zur Erfassung von Art und Dauer der Beratung

## 1 Frage- und Zielstellung des Projektes

Der **Forschungsauftrag** der KFH NW umfasst zwei Inhaltsbereiche:

1. Die Entwicklung ortsunabhängiger Qualitätsstandards für Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen (der Ausdruck „Pflege- und/oder Wohnberatungsstelle“ umfasst alle unterschiedlichen Beratungstypen; s. Kap. 1.2) und die (Mit-)Entwicklung praxisnaher Arbeitsinstrumente, sowie
2. die Erarbeitung eines Instrumentes zur Bestimmung notwendiger Beratungsinhalte und –zeiten im Einzelfall, bevor der eigentliche Beratungsprozess beginnt. Dies soll in Anlehnung an und in Weiterentwicklung des in der KAA entwickelten „Orientierungsscreenings“ geschehen.

Der Forschungsauftrag ist **in der Zusammensicht** mit den Aufträgen der kooperierenden Forschungsinstitute und der Weiterentwicklung des Ahlener Versorgungsnetzes wie folgt **verortet**: Es sollte die Güte von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen bestimmt werden, die vergleichbare Erwartungen bzgl. der Effektivität und Effizienz zulassen, wie die quantitativen und qualitativen Erhebungen im Forschungsprojekt ergeben haben. Deswegen sollten die Qualitätsstandards von der Ahlener Pflege- und Wohnberatungsstelle ausgehen, aber ortsunabhängig formuliert werden, so dass sie übertragbar sind. Die Kernprozesse der Ahlener Pflege- und Wohnberatungsstelle sollten eruiert werden, um diese als Qualitätsstandards ortsunabhängig zu definieren. Die Ausgangshypothese lautete, dass die Ahlener Pflege- und Wohnberatungsstelle aufgrund zu identifizierender Kernprozesse effektiv und effizient arbeitet, so dass die übertragbaren Grundlagen der Güte dieser Stelle auch an anderen Orten unter Berücksichtigung der ortsgegebenen Spezifika fruchtbar gemacht werden können.

Die **Ausgangssituation** der Forschung impliziert die Aufgabe, dass im Rahmen des Forschungsprojektes (erst) festgelegt wird:

- was unter Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen zu verstehen ist,
- welche Aufgaben Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen im Schwerpunkt und in Abgrenzung zu anderen Dienstleistern übernehmen (sollten),
- nach welchen Standards diese arbeiten sollen.

Da weder die Aufgabenbeschreibung und damit auch die Definition von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen noch die Inhalte der Qualitätsstandards definiert sind, bedeutet dies für das **methodische Vorgehen**, dass die einzelnen Forschungsaspekte voneinander abhängig und wechselseitig aufeinander bezogen werden müssen. Das methodische Vorgehen stellt in der Konsequenz eine Kombination aus induktivem und deduktivem Vorgehen dar. Die folgenden **Orientierungspunkte** oder fachlichen Inhalte wurden wechselseitig aufeinander bezogen:

- Die Aufnahme der Praxis mit Blick auf die KAA – Pflege- und Wohnberatungsstelle in Ahlen (laut Forschungsauftrag) und die Rückbindung aller Einzelergebnisse an die Praxis in Ahlen soll Praxisnähe und Qualitätsanhaltspunkte gewährleisten. Gleichzeitig soll die Ahlener Arbeit zielgerichtet weiterentwickelt werden auf der Grundlage der Rechercheergebnisse.
- Die Prüfung der Übertragung des Handlungskonzeptes Case Management auf Pflege- und Wohnberatungsstellen als zentrales Methodenset integrierter Versorgungsformen soll fachliche Hinweise geben.
- Rechtliche Grundlagen für Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen geben erste Rahmenbedingungen für ihre Aufgaben.
- Eine bundesweite Befragung soll weitere Anhaltspunkte über Aufgabenbereiche, Berufsgruppen, Verankerungen, Trägerschaft, Finanzierung etc. von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen geben.
- Eine Auswertung der Literatur zu Fragen der Standardformulierung, der Aufgabenbereiche und Methoden von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen, zu möglicher Weise relevanten Assessmentinstrumenten und zur pflegepolitischen Situation in Deutschland geben weitere Anhaltspunkte.
- Zudem ist eine Sichtung der bestehenden Leistungsstruktur im Pflegebereich im Bundesgebiet erforderlich, um Pflege- und Wohnberatungsstellen eine Funktion zuweisen zu können, die von anderen Akteuren wie Pflegediensten, Pflegekassen und niedergelassenen Ärzten in dieser Form nicht wahrgenommen wird.

Das **Ergebnis** formulierter ortsunabhängiger Qualitätsstandards ist demnach nicht kausal abgeleitet das einzig mögliche, sondern es ist vielmehr *ein* mögliches, im **diskursiven Prozess** erzieltes Produkt. Es beansprucht:

- in sich schlüssig und logisch zu sein,
- transparent begründet und fachlich hergeleitet zu sein,
- anwendbar in der Praxis zu sein,
- Entwicklungspotentiale für Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen zu beinhalten,
- Anhaltspunkte für die Qualitätsentwicklung von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen zu liefern – nicht nur für die KAA – Pflege- und Wohnberatung - sowie
- normierend die Güte von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen zu beschreiben, von denen Effektivität und Effizienz erwartet werden kann gemäß der quantitativen und qualitativen Forschungsergebnisse.

Da die Leistungserbringer, für die die Güte bestimmt werden soll, nicht nur Pflege-, Wohn- sowie Pflege- und Wohnberatungsstellen sein können, sondern innerhalb dieser unterschiedlichen Beratungstypen auch unterschiedliche Aufgabenbereiche abdecken können,

sieht eine differenziertere **Zielerreichung** sinnvoller Weise vor, dass wir unterschiedliche Typen von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen, die es in der Praxis gibt, ausfindig machen und diesen unterschiedliche Qualitätsstandards zuordnen.

Aus den bisherigen Ausführungen ergibt sich der **Aufbau des Abschlussberichts**:

Zunächst sollen die inhaltlich-fachlichen Grundlagen zur Entwicklung ortsunabhängiger Qualitätsstandards dargestellt werden (Kap. 2) mit Blick auf die pflegepolitische Ausgangssituation (Kap. 2.1), die fachlichen und gesetzlichen Grundlagen von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen (Kap. 2.2) sowie das Handlungskonzept Case Management in seinen relevanten Eckpunkten (Kap. 2.3). Anschließend sollen die empirischen Ergebnisse der bundesweiten Befragung aufgelistet werden (Kap. 3): zunächst werden die Ziele und die Rahmenbedingungen dargestellt (Kap. 3.1) und anschließend werden die Ergebnisse erläutert (Kap. 3.2.). In einem weiteren Schritt werden die Erarbeitungen zu einem Instrument zur Einschätzung von Art und Dauer der Beratung dargestellt (Kap. 4): die Hintergründe der Entstehung des Instrumentes (Kap. 4.1), die Bemerkungen zur Datenbasis (Kap. 4.2) sowie die Ergebnisse werden beschrieben (Kap. 4.3). Abgeschlossen wird der Bericht mit einer Zusammenfassung (Kap. 5).

Die ortsunabhängigen Qualitätsstandards werden in einem eigenen Berichtsteil dargestellt (Teil II).

## **2 Inhaltlich-fachliche Grundlagen der Standardformulierung**

Der pflegepolitische Rahmen von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen, der prägnant und in Ausschnitten mit Blick auf Inhalte, die für den Forschungsgegenstand relevant sind, dargestellt werden soll, gibt erste, zentrale Anhaltspunkte für Anforderungen an Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen wieder (Kap. 2.1). Anschließend sollen die fachlichen und gesetzlichen Grundlagen von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen betrachtet werden, um diese als Ausgangspunkt für die empirischen Erhebungen nutzbar zu machen (Kap. 2.2). Und schließlich stellt Case Management das zentrale Handlungskonzept integrierter Versorgungsformen und auch das des „Ahlener Systems“ dar, an dem sich die ortsunabhängigen Qualitätsstandards orientieren (2.3). In diesem Kapitel geht es vor allem um die Übertragung von Case Management auf den Handlungsbereich Pflege- und Wohnberatung.

## 2.1 Pflegepolitische Relevanz

Ohne den Anspruch zu erheben, die pflegepolitischen Herausforderungen umfassend darzustellen, seien doch einige Rahmenpunkte stichwortartig benannt, um die Relevanz von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen sowie ihren gesellschaftlichen Auftrag, den sie sinnvoller Weise einnehmen sollten, zu kennzeichnen. Dieser hat Auswirkungen auf die Wahl des Handlungskonzeptes und die Formulierung von Qualitätsstandards (Greußel/Mennemann 2006, Mennemann/ Ribbert-Elias 2005).

- Nach der demographischen Entwicklung, die eine wachsende Zahl alter und hochaltriger Menschen aufzeigt, steht die Gesellschaft vor der Aufgabe, die Versorgung dieser Menschen bei veränderten Familienverhältnissen zu klären. Denn mit der Zunahme Hochaltriger wächst auch die Zahl hilfsbedürftiger Menschen.

- Im Rahmen der gesellschaftlichen Individualisierungsprozesse (Beck 1986) sind die Lebensverhältnisse plural und auch die Hilfesituationen erfordern individuelle Problemlösungsstrategien. Es stellt sich die Frage, wie vereinheitlichte Qualitätsstandards aussehen können, die zugleich individuelle Lösungsstrategien zulassen.

- Unterschiedliche, sich verändernde Berufsgruppen sind die Akteure im Pflege- und Gesundheitswesen. Die Entwicklung beispielsweise der Profession Pflege hat sich in den letzten 10-20 Jahren stark verändert. Wie können die unterschiedlichen Berufsgruppen Ärzte, Pflegekräfte, Sozialarbeiter/Sozialpädagogen, therapeutischen Berufsgruppen aufeinander abgestimmt zusammen arbeiten? Wie können Einzelaktivitäten aufeinander abgestimmt werden?

- Das Trägersystem der Hilfeleistungen ist historisch gewachsen. Die Träger stehen dabei zusehends in Konkurrenz um die „Kunden“ zueinander. Aber wie kann Domänedenken im Einzelfall überwunden werden und zur kooperativen Zusammenarbeit führen?

- Versorgungs„brüche“ zwischen den Versorgungssegmenten – ambulant, teilstationär, stationär – und zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen – Ärzte, Pflegekräfte, Soziale Arbeit, Therapeutische Berufsgruppen – sowie zwischen unterschiedlichen Leistungsträgern führen zu Unter- und Überversorgungen sowie zu Fehlallokationen.

- Die Einzelinteressen und Lobbygruppen unterschiedlicher Akteure im Gesundheitswesen verhindern ein adressatenorientiertes und volkswirtschaftlich effektives Vorgehen. Wie kann eine ethisch basierte Adressatenorientierung fachlich verbindlich umgesetzt werden?

- Am Einzelfall sind häufig unterschiedliche Kostenträger beteiligt: Pflegekassen, Krankenkassen, Sozialhilfeträger. Die Interessen der Versorgung aus Sicht der einzelnen Kostenträger stimmen nicht immer überein. Aber es stellt sich aus gesellschaftlicher Perspektive die Frage, wie sehen volkswirtschaftliche Lösungen aus.

- Die finanziellen Ressourcen öffentlicher Träger und der Sozialversicherungsträger werden knapp. Es stellt sich die Frage, wie können Hilfssituationen bei gleichbleibender oder steigender Versorgungsqualität kostengünstiger arrangiert werden? Und wie können präventive Systeme erhalten bleiben oder auch neu entstehen bei zunehmendem Druck der Kostenträger, Geld sparen zu müssen?

Die Auflistung der pflegerelevanten Herausforderungen und Fragen ließe sich sicher noch ergänzen. Aber bereits an dieser Stelle wird deutlich, dass gesellschaftlich gesehen möglichst effektive und effiziente Versorgungssysteme benötigt werden. Notwendig sind Stellen, die aus der Sicht der Adressaten im Einzelfall trägerübergreifend und berufsgruppenübergreifend agieren können.

Rechtliche Rahmenbedingungen sind angesichts der benannten Herausforderungen in letzter Zeit verstärkt auf die folgenden Aspekte ausgerichtet:

- Stabilisierung der Ausgaben der Kostenträger über Budgetierungen, d.h. Risikoverlagerung der Kostenübernahme in „Problemfällen“ auf den Leistungserbringer (und den Leistungsempfänger?)
- Bemühungen um integrierte Versorgungsformen (z.B., aber nicht nur § 140 SGB V). Gefördert werden soll die leistungsanbieter- und leistungsträgerübergreifende Zusammenarbeit, die Zusammenstellung des für den Einzelfall passenden Bedarfs sowie Beratung aus einer Hand
- Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten, dazu sind Leistungstransparenz, aktive Beteiligung der Leistungsempfänger und die Gewährung subsidiärer Hilfe notwendig.

Pflege- und Wohnberatungsstellen sind dann gesellschaftlich gesehen effektiv platziert, wenn sie für eine koordinierende Beratung aus einer Hand sorgen, die adressatenorientiert, kosten- und leistungsträgerübergreifend sowie berufsgruppenübergreifend aus Sicht des Einzelfalls agieren.

Das Handlungskonzept Case Management greift die erwähnten Anforderungen auf, ohne die dargestellten Herausforderungen alle lösen zu können (Kap. 1.3). Case Management erfordert in den gegebenen Strukturen im Einzelfall einen gezielten Umgang mit den genannten Herausforderungen, ohne die Strukturen gänzlich aufheben zu können.

## **2.2 Fachliche und gesetzliche Grundlagen von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen**

Ausgangspunkt der bundesweiten Befragung und der Definition von Qualitätsstandards stellen die fachlichen und gesetzlichen Grundlagen von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen dar, die im Folgenden erläutert werden.

Bei der Sichtung veröffentlichter Forschungsergebnisse zu den Aufgaben, Funktionen und zur Finanzierung von Pflege- und/oder Wohnberatung wurde deutlich, dass es wenig Studien gibt, die sich direkt mit diesem Thema befassen (vgl. Asam et.al. 1997; Hansen 2006). Einige Forschungsarbeiten stellen Inhalte dar, die an die Aufgaben, Funktionen und die Finanzierung von Pflege- und/oder Wohnberatung grenzen: Ihre Schwerpunkte waren z.B. allgemeine Seniorenberatungsstellen in Nordrhein-Westfalen (Heinemann-Knoch u.a. 2000), Hausarztpatienten im Projekt Ambulantes Gerontologisches Team (PAGT) (Döhner et.al. 2002), die Arbeits- und Funktionsweisen von regionalen Koordinationsstellen (Geiger 2001), ein Vergleich von Case Management in verschiedenen nationalen Altenhilfesystemen (Engel 2000) sowie die Eurofamcare-Studie, die sich u.a. mit der Nutzung und Erreichbarkeit unterstützender Angebote für pflegende Angehörige im Vergleich mehrerer europäischer Länder befasst (Mestheneos et.al. 2005).

Auffallend ist, dass in diesen Studien die Bedeutung von Vernetzung, insbesondere von Koordination und dem Handlungskonzept Case Management hervorgehoben wird.

Auch frühe Veröffentlichungen zu Pflegeberatungsstellen verweisen bereits auf die Verwendung des Handlungskonzeptes Case Management. Zu nennen sind hier vor allem Veröffentlichungen und Studien zu den Berliner Koordinierungsstellen (Wissert 1996).

Demnach übernehmen Pflege- und/oder Wohnberatung vor allem die folgenden Aufgaben:

- psycho-soziale Beratung/Unterstützung
- Krisenintervention, sofern direkte Intervention notwendig ist und
- Beratung in komplexen Lebenslagen sowie Versorgungssteuerung nach dem Handlungskonzept Case Management.

Diese Inhaltsbereiche werden im Schwerpunkt weder von Pflegediensten noch von Pflegekassen, denen nach dem SGB XI der Auftrag zukommt, für Pflegeberatung zu sorgen (§7 SGB XI), ausgeführt.

Jüngste Veröffentlichungen (Grieshaber 2005) thematisieren die Aufgaben von Pflegeberatungsstellen vor dem Hintergrund pflegespezifischer Fragestellungen und bemängeln ihre Erreichbarkeit sowie den Grad an Professionalität (Grieshaber 2005, Schaeffer 2005).

Trotz einiger Unterschiede haben Pflegeberatung und Wohnberatung eine gemeinsame Zielgruppe, nämlich Pflegebedürftige und ihre Angehörigen. Sie haben sich teilweise überschneidende Inhalte, Wohnberatung übernimmt häufig auch Pflegeberatungsaufgaben.

Pflegeberatung und Wohnberatung unterscheiden sich erheblich voneinander hinsichtlich Verbreitungsgrad, Aufgabenfeld und Organisationsgrad.

Es gibt deutlich mehr Pflegeberatungsstellen in Deutschland als Wohnberatungsstellen. Obwohl eine exakte Momentaufnahme wegen der hohen Fluktuation der Beratungsstellen nicht möglich ist, können ihre Zahlen auf ca. 620 Pflegeberatungsstellen und ca. 230 Wohnberatungsstellen geschätzt werden (siehe Kapitel 3.1).

**Wohnberatung** hat ein relativ eng und **präzise beschriebenes Aufgabenfeld**, dazu gehören insbesondere

- Wohnraumanpassung
- Beschaffung geeigneter Hilfs- und Pflegehilfsmittel
- Koordination der Dienste
- Beratung bei Finanzierungsfragen

Sie ist **stärker organisiert** als Pflegeberatung. Es gibt auf Bundesebene z.B. eine Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung e.V. Auch auf Landesebene gibt es organisatorische Strukturen. So hat z.B. das Land Nordrhein-Westfalen unter [www.wohnberatung.nrw.de](http://www.wohnberatung.nrw.de) umfangreiche Informationen bereitgestellt. In Hessen gibt es eine Fachstelle für Wohnberatung (siehe [www.sozialnetz.de/wohnen](http://www.sozialnetz.de/wohnen)), die **Schulungen** für zukünftige und bereits tätige Wohnberater anbietet. Im Rahmen eines vom Sozialministerium NRW geförderten Projektes wurden Qualitätsstandards für die Wohnberatung im Jahr 2000 entwickelt.

**Pflegeberatung** ist **enorm heterogen**, sie hat ein breites Aufgabenspektrum bzw. Funktionsbereiche. Dabei fiel bei ersten Vorrecherchen im Internet auf, dass die Akteure von unterschiedlichen Definitionen ausgehen, was sie als „Pflegeberatung“ verstanden haben möchten. Dies führt zunächst zu Begriffsunklarheiten und zu Missverständnissen:

- Schwerpunktmäßig ist sie im organisatorischen und unterstützenden Umkreis des Themas Pflege angesiedelt, z.B. Beratung zu finanziellen Leistungen für Pflegebedürftige; Beratung über die Möglichkeiten ambulanter Hilfen, z.B. Pflegedienste, Mahlzeitendienste; Beratung über mögliche Mobilitätshilfen wie Rollstühle.
- Aber ebenfalls angeboten unter dem Titel Pflegeberatung wird Beratung direkt zu Themen der Pflege, wie rückschonendes Arbeiten, Umgang mit dementiell erkrankten Menschen, Inkontinenzhygiene usw.



Pflegeberatung steht immer wieder in der öffentlichen Kritik, z.B. in der Hörsendung „In unserem Alter“ vom Westdeutschen Rundfunk vom 13.11.2004 wurde mangelnde Erreichbarkeit der Ansprechpartner bei den kommunalen Pflegeberatungsstellen NRW beklagt. Auch dass Pflegeberatung, obwohl sie sehr wichtig ist, nicht in ausreichendem Maße angeboten wird, stellt die Fachzeitschrift „Forum Sozialstation“ vom August 2005 fest: „Pflegeberatung muss man zehn Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung meist ebenso umständlich suchen, wie Hilfe-Instanzen, über die man sich Auskunft erhofft. Auch die vielen hundert Einträge, die das Internet zu Angeboten der Pflegeberatung listet, sind eher schöner Schein. Gemessen am Bedarf gibt es Pflegeberatung **viel zu selten**. Und: sie ist zu wenig an den Ratsuchenden orientiert“ (Grieshaber 2005). Dies lässt sich deutlich anhand ihrer Verbreitung sehen: in Deutschland mit einer Bevölkerungszahl von etwa 82 Millionen Menschen, wovon etwa 19,3%, das sind knapp 16 Millionen Menschen, über 65 Jahren sind (Statistisches Bundesamt, August 2006), existieren nur circa 850 Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen.

Dazu kommt, dass es **keinen einheitlichen Namen** gibt, unter dem sie vom Nutzer in den Gelben Seiten usw. gefunden werden könnte, dadurch ist sie selbst für Fachleute aus dem Altenhilfebereich nicht leicht identifizierbar.

Pflegeberatung ist **berufsgruppenoffen**, d.h. es finden sich in ihr unterschiedliche Berufsgruppen (für eine detaillierte Aufschlüsselung siehe Kapitel 3.2.2 und die Antworten aus der bundesweiten Befragung von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen im Anhang dieses Berichtes). Für beide Beratungsformen existieren verschiedene Trägermöglichkeiten. Zu nennen für die **Heterogenität der Träger** sind dabei Kommune/Kreis, Wohlfahrtsverbände, Vereine, Wohnungsunternehmen, Architektenkammer (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung 2002, einen differenzierten Überblick über die Häufigkeiten des Vorkommens der einzelnen Träger geben Kapitel 2.2.1 und die Übersicht der Anwohnhäufigkeiten aus der bundesweiten Befragung im Anhang).

Es ist eine **generelle Marktoffenheit ohne Reglementierung** zu beobachten, d.h. jeder kann sich Pflegeberater nennen und sich mit seinem Angebot darstellen. Beispielsweise beanspruchen auch Pflegedienste den Begriff Pflegeberatung für sich.

Für Pflegeberatung sind Vereinheitlichungsbestrebungen und **Professionalisierungsanstrengungen** im Gange, beispielsweise existiert eine Bundesarbeitsgemeinschaft für Alten- und Angehörigenberatungsstellen BAGA e.V. Der 2002 im Zusammenhang mit der Ev. Fachhochschule Rheinland-Westfalen gegründete Verein Beratung in der Pflege e.V. hat u.a. zum Ziel, Beratung im Berufsfeld der Pflege zu verorten. Auf der Ebene des Landes NRW gibt es einen Zusammenschluss von Pflegeberatern, die sich regelmäßig zum Infor-

mationsaustausch treffen. Es ist zu vermuten, dass es solche Zusammenschlüsse auch in anderen Bundesländern oder Regionen gibt.

Aber keine von diesen Einrichtungen oder Arbeitsgemeinschaften hat sich dabei inzwischen normgebend hervorgehoben. Der Geltungsbereich jeder dieser Institutionen ist regional oder inhaltlich **begrenzt**.

Die Forschungsaufgabe war, überörtlich geltende Qualitätsstandards für Pflege- und Wohnberatung zu erstellen. Da sich die konkreten Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen in ihrer täglichen Arbeit ausrichten an den Gesetzesgrundlagen des jeweiligen Bundeslandes, war zu vermuten, dass schon allein aufgrund unterschiedlicher Gesetzesvorgaben ganz unterschiedliche regionale Ausgestaltungen der Qualität von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen gefunden werden konnten.

Ziel war es also, eine **Übersicht über die bundesweiten gesetzlichen Grundlagen von Pflege- und/oder Wohnberatung** zu erstellen, weil die SOLL-Vorgaben in den einzelnen Bundesländern bereits unterschiedlich sind und unterschiedliche Typen von Beratungsstellen zur Folge haben.

Zudem ging es darum, die höchsten in an Pflege- und Wohnberatungsstellen gesetzlich gestellten Anforderungen herauszufinden, um mit den zu erstellenden überörtlich geltenden Qualitätsstandards diese Anforderungen nicht zu unterschreiten. Dies war eine notwendige Bedingung für deren flächendeckende Anwendbarkeit. Die Sichtung der gesetzlichen Grundlagen diente also als **erste Orientierung für die Formulierung von Qualitätsstandards für die Pflege- und/oder Wohnberatung**.

Gleichzeitig erfolgte damit eine **Vorbereitung der bundesweiten Befragung**. Um sinnvolle Fragekategorien zu gewinnen, wurde bei der Sichtung der gesetzlichen Grundlagen nach Schwerpunkten Ausschau gehalten, ob folgende Gesichtspunkte direkt in den Gesetzen oder Ausführungsverordnungen zu finden sind:

- Träger
- Zielsetzung
- Allgemeine Aussagen über Pflegeberatungsstellen, Wohnberatungsstellen oder kombinierte Beratungsangebote
- Direkte Aussagen über Beratungsstellen
- Bezeichnung der Pflege- und Wohnberatungsstellen
- Qualitätsanforderungen
- Aussagen über Anbindung an Träger
- Lage der Beratungsstellen

- Aussagen über Radius, Einzugsgebiet der Beratungsstellen
- Aussagen über Case Management
- schriftliche Konzepte
- Leistungsbeschreibungen
- Vereinbarungen zur Zusammenarbeit mit anderen Stellen

Unter Verwendung dieser Gesichtspunkte wurden anschließend eine bundesweite Recherche nach gesetzlichen **SOLL-Vorgaben** durchgeführt, wobei klar wurde, dass auf Ebene der Sozialministerien der Länder kaum gesetzliche Grundlagen für den gesamten Bereich der Pflege- und/oder Wohnberatung bekannt waren. Landespflegeberichte und Seniorenberichte wurden zusätzlich mit einbezogen, um mehr Informationen zu erhalten. Die gefundenen gesetzlichen Grundlagen auf Länderebene sind als Resultat im Anhang des Berichtes abgebildet. Der Stand der Recherchen ist Juni 2005. Sie erheben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, denn sie dienten lediglich dazu, aktuelle Entwicklungen zu erfassen, um die bundesweite Befragung vorzubereiten.

Zusätzlich war der „**IST-Zustand**“ von Interesse, also inwieweit die gesetzlichen Vorgaben in den konkreten Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen tatsächlich umgesetzt werden. Zu diesem Zweck wurden stichprobenhaft telefonische Interviews bei Ministerien und Kommunen durchgeführt. Dies erhob aus Kapazitätsgründen nicht den Anspruch auf ein vollständiges oder repräsentatives Bild, sondern diente vorab der Ideengewinnung für den Fragebogen der bundesweiten Befragung, in der welcher „IST-Zustand“ nochmals konkret vor Ort bei den Beratungsstellen erfragt werden sollte.

Zusammenfassend lässt sich über die Gesetzeslage und die so weit wie möglich recherchierte Ist-Situation auf Landesebene sagen, dass sie von großer Unterschiedlichkeit gekennzeichnet ist: die Gesetze unterscheiden sich darin, ob es ein Landespflegegesetz gibt oder stattdessen eine Ausführungsverordnung zum SGB XI. Auch inhaltlich sind sie unterschiedlich detailliert ausgearbeitet. In den meisten Fällen hat sich herausgestellt, dass die Zuständigkeit für Pflege- und/oder Wohnberatung auf der Ebene der Städte und Landkreise liegt. Zum großen Teil existieren die Stellen in städtischer oder freier Trägerschaft ohne eine Vernetzung auf Länderebene. Es gibt nur in Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen - unserer Erkenntnis nach - eine strukturelle übergeordnete Vernetzung auf Länderebene.

Bemerkenswert ist, dass das Handlungskonzept Case Management sowohl in NRW als auch in Sachsen als Arbeitsweise Erwähnung findet. Eine Orientierung an Case Management stellt damit nach den rechtlichen Grundlagen das fachlich höchste Anforderungsniveau dar. Weitere Detailergebnisse sind im Anhang ausführlich im Überblick zusammengefasst.

## 2.3 Case Management

Zunächst und vor allem stellt sich die **Frage, warum Case Management** eine exponierte, konzeptleitende „Rolle“ zugeschrieben wird, Qualitätsstandards für Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen zu formulieren. Fünf Gründe sollen hier aufgezeigt werden:

1. Die gesellschafts- und pflegepolitischen Herausforderungen können methodisch mit Case Management bearbeitet werden (vgl. Kap. 1.1): einzelfallbezogene Koordination der Dienstleistungen, Schnittstellenmanagement zwischen Trägern und Berufen, adressatenorientiertes, kostenträgerübergreifendes Vorgehen im Einzelfall, Transparenz, Dokumentation, Evaluation und stetige Weiterentwicklung des Versorgungsnetzes, weitestgehende Effektivität und Effizienz sowie aus Adressatensicht zentral und gewünscht: Beratung aus einer Hand.

2. Die Ahlener Beratungsstelle (KAA – Pflege- und Wohnberatung) arbeitet nach dem Handlungskonzept Case Management. Idealtypischer Weise hat sie Case Management von der Systemebene aus implementiert: zuerst wurde der Verein gegründet, in dem alle Wohlfahrtsverbände und die Stadt Ahlen sowie weitere Anbieter vor Ort zusammen arbeiten. Die Pflege- und Wohnberatung kann im Einzelfall auf alle Angebote vor Ort koordinierend zugreifen, weil diese über ihre Träger im Trägerverein der Pflege- und Wohnberatungsstelle vertreten sind. Die Netzwerkebene wird über den Verein gesteuert und von der Sozialplanerin der Stadt Ahlen in Zusammenarbeit mit den Dienstleistungsanboten des Vereins „Alter und Soziales“ maßgeblich konzeptuell entwickelt. Die Systemebene wird gestaltet auf der Planungsebene (Bürgermeister, Geschäftsführer der Wohlfahrtsverbände und Leiter anderer sozialer Einrichtungen), auf der Ebene der Leiter von Angeboten (z.B. Pflegedienstleiter in einem Arbeitskreis) und der Ebene der Mitarbeiter. Die Durchführung von mittlerweile über 30 Bundes- und Landesmodellprojekten im Rahmen des Trägervereins der Pflege- und Wohnberatungsstelle, die alle dem Aufbau des Versorgungsnetzwerkes für alte Menschen dienen, haben vertraglich abgesichert dazu beigetragen, dass ein integriertes Versorgungsnetz aufgebaut werden konnte.

Auf der Einzelfallebene ging die KAA von Beginn an konsequent den Weg, auf der einen Seite alle standardisierbaren Inhalte zu definieren: Assessment, Serviceplan, Monitoring, Evaluation sowie auch Schnittstellen zum Krankenhaus und zu niedergelassenen Ärzten. Auf der anderen Seite wurde von Beginn an leitbildorientiert nach ethischen und fachlichen Kriterien Beratung lösungsorientiert und motivationsfördernd durchgeführt. Die Instrumente dienten stets als notwendiges „Werkzeug“ oder im Bild des Menschen als tragendes „Skelett“, um den pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen fachlich versiert, persönlich und wertschätzend begegnen zu können.

3. Die Orientierung von Pflege- und Wohnberatungsstellen an dem Handlungskonzept Case Management in Ahlen ist kein Zufall. Die Ahlener Pflege- und Wohnberatungsstelle hat An-

leihen genommen an der konzeptuellen Ausrichtung der Berliner Koordinierungsstellen (Wissert, 1986). Hospitationen und Gespräche in Berlin haben den Weg der Ahlener be-  
stärkt, konsequent nach dem Handlungskonzept Case Management zu arbeiten. Case Ma-  
nagement im Sinne der Leitprinzipien der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Mana-  
gement verstanden beinhaltet alle wesentlichen fachlichen Rahmenbedingungen, es handelt  
sich um ein umfassendes Handlungskonzept, das viele Methoden impliziert und zudem an-  
schlussfähig an weitere ist. Insofern eignet sich Case Management als Grundlagenkonzept  
für Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen.

4. Die Orientierung an dem Handlungskonzept Case Management bietet die Möglichkeit, auf  
dem höchst möglichen fachlichen Niveau Qualitätsstandards zu formulieren. Da Case Ma-  
nagement zentrale Grundelemente beinhaltet, die auch ohne Anwendung des Gesamtkon-  
zeptes implementiert werden können, kann nach diesen Qualitätsstandards gehandelt wer-  
den mit weniger umfangreichem Auftrag für Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen. Die  
einzelnen Qualitätsstandards behalten ihre Gültigkeit. Mit anderen Worten: unterschiedliche  
fachliche Niveaus und Funktionen von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen lassen sich  
im Rahmen des Handlungskonzeptes Case Management darstellen.

5. Case Management wird handlungsfeld- und professionsübergreifend angewandt. Als  
Handlungsrahmen ist dieses Konzept anschlussfähig an weitere Methoden. Das macht es  
möglich, sich primär, aber nicht nur an Case Management zu orientieren, um ortsunabhän-  
gige Qualitätsstandards zu formulieren. Da die Qualitätsstandards das methodische Vorge-  
hen in den Vordergrund stellen, müssen die unterschiedlichen Beratungsstellen Pflegebera-  
tung, Wohnberatung sowie Pflege- und Wohnberatung bzgl. der Qualitätsstandards nicht  
unterschieden werden, da alle im Grundsatz das gleiche methodische Vorgehen haben.

Im Folgenden sollen nun Kernbestandteile des Case Managements in ihrer Bedeutung für  
Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen dargestellt werden, ohne den Anspruch zu erheben,  
Case Management von Grund auf zu erläutern (s. hierzu beispielhaft Wendt/Löcherbach  
2006, Wendt 2006, Greuël/Mennemann 2006, Löcherbach u.a. 3/2005; Klug 2003, Neufert  
2002; Ewers/Schaeffer 2000):

- Zunächst sollen die Fachbegriffe des sperrigen Wortes Case Management erläutert und  
übertragen werden: der „Case“ oder „Fall“ bezieht sich auf die Situation, in der sich eine  
Person mit Hilfebedarf befindet. Das bedeutet, dass mit Case Management nicht nur der  
Pflegebedürftige, sondern immer auch das räumliche und soziale Umfeld des Pflegebedürf-  
tigen in den Blick genommen werden soll. Die Situation soll mehrdimensional aufgenommen  
und in ihr mehrdimensional agiert werden, um hilfreiche Veränderungen anzuregen: mate-  
riell, finanziell, räumlich, psychisch, sozial, körperlich, spirituell.

„Management“ bezieht sich auf die geschickte Koordination der Dienste im Einzelfall. Der Begriff „Management“ zielt damit zunächst auf die Systemebene. Auf der Einzelfallebene ist Case Management ein Beratungsansatz, der im Fokus alle im Einzelfall notwendigen Dienste optimal aufeinander abstimmen will. Zudem können unterschiedliche Beratungskonzepte ergänzt werden. In der Arbeit mit alten Menschen haben sich hier aus Ahlener Sicht die Lösungsorientierte Beratung (Bamberger 2005) und die Motivationsfördernde Gesprächsführung (Miller; Rollnick 1999) bewährt. Gerade auch mit Blick auf die Adressatengruppe der alten Menschen, die häufig einen persönlichen Kontakt suchen, sind die Aspekte der persönlichen Beziehungsgestaltung, der Herstellung von Vertrauen sowie Motivationsförderung zentral. Pflege- und Wohnberater müssen die „Sprache“ alter Menschen verstehen und in ihr agieren können: die anderen Lebenserfahrungen, der andere Zeitrhythmus, das andere Lebensgefühl müssen Berücksichtigung finden können.

- Case Management steht für eine möglichst umfangreiche Standardisierung der Beratungsinhalte. Standardisiert werden die Inhalte und deren Dokumentation, nicht die Methoden. Nicht die Begegnung mit den alten Menschen wird standardisiert, sondern die fachlichen Inhalte, die im Hintergrund des Gespräches unbedingt stehen müssen, werden definiert. Die Dokumentation des Gespräches ist standardisiert, um softwareunterstützt Hinweise für Bedarfsfeststellungen und Hilfemaßnahmen zu erhalten. Zudem sind die Inhalte der Prozesssteuerung sowie die Evaluationsformen standardisiert. Für die Pflege- und Wohnberatung bedeutet dies, dass die Inhalte der Aufnahme von Hilfsituationen, der Serviceplan, die Prozesssteuerung und die Evaluation standardisiert sind, nach Möglichkeit auch Kriterien der „Fall“feststellung. Was mit inhaltlicher Standardisierung gemeint ist, kann das Beispiel des Assessmentinstrumentes illustrieren (Kap 4.4.2).

- Das Ziel der Unterstützung nach Case Management ist die weitestmögliche Selbstbefähigung der Adressaten (Empowerment) nach dem Subsidiaritätsprinzip: die Hilfe soll professionell gegeben werden, die im Einzelfall unbedingt erforderlich ist, um die Situation zu klären. Das Selbsthilfepotential der alten Menschen und ihrer Familien soll sichtlich gemacht, ggf. strukturiert, gestärkt und zielgerichtet einbezogen werden.

- Case Management auf der Einzelfallebene verläuft nach einem definierten Prozess: „Fall“feststellung („Case finding“) und Vereinbarung der Zusammenarbeit („Intake“), Situationsaufnahme und Bedarfsfeststellung („Assessment“), Ziel- und Maßnahmenformulierung („Serviceplan“), Umsetzung der Maßnahmen und Vernetzung („Linking“), Prozessbeobachtung und –steuerung (Monitoring) sowie „Evaluation“ (vgl. Wendt, Wissmann, Löcherbach, Mennemann). Nach diesen fachlich festgeschriebenen Phasen verläuft auch der Beratungsprozess in Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen. Die Phasen lassen sich in der Praxis i.d.R. nicht eindeutig voneinander unterscheiden, die Beratungssegmente umfassen

möglicherweise inhaltsbezogen mehrere Phasen. Der idealtypische Ablauf hat vielmehr orientierenden und heuristischen Charakter.

- Mit Blick auf die Systemebene geht Case Management davon aus, dass dem Case Manager eine autorisierte Stellung im Versorgungsgefüge zukommt, um im Einzelfall die Dienste koordinieren zu können. Das ist ein sehr hoher Anspruch. Hier stellt sich vor allen die Frage nach der trägerbezogenen Angebundenheit von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen. Damit verbunden sind die strittigen Fragen nach Finanzierung und Neutralität, um adressatenorientiert handeln zu können. Das „Ahlemer System“ ist an der Stelle sehr erfolgreich, wird sich aber auf viele Orte nicht übertragen lassen. Aus Sicht des Case Management-Ansatzes bleibt jedoch die Forderung zentral, dass der Case Manager qua Trägerstruktur oder nach Möglichkeit auf der Grundlage von Vereinbarungen oder Verträgen befugt ist, im Einzelfall die Dienste zu koordinieren.

- Darüber hinaus ist Case Management gebunden an weitere fachliche Standards, die in den Leitprinzipien der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) festgelegt sind ([www.dgcc.de](http://www.dgcc.de)).<sup>1</sup> Diese müssen hier nicht alle eigens erläutert werden. Stattdessen sei noch einmal betont, dass Case Management ein Methodenset ist, das im Einzelfall greift, wenn

- eine komplexe Hilfesituation vorliegt
- mehrere Dienste am Einzelfall zur Problemlösung beteiligt sind und koordiniert werden müssen und
- der Adressat die Hilfe wünscht und diese erforderlich ist.

Nach den Erfahrungen der Ahlemer Pflege- und Wohnberatungsstelle liegt diese Konstellation in ca. 15-20% der Beratungsfälle vor. Aber auch Problemlösungsberatungen ohne Steuerung im Versorgungssystem finden auf dem Assessment- und Serviceplan-Niveau des Case Managements statt. Nach Erstellung des Serviceplanes entscheidet sich dann, ob ein Case Management-„Fall“ vorliegt oder nicht.

Case Management nach dem umfassenden Verständnis der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management bietet Pflege- und Wohnberatungsstellen einen klaren und äußerst hilfreichen Handlungsrahmen für alle Beratungsfälle – auch dann, wenn keine Versorgungssteuerung durchgeführt werden muss. Hilfreich ist dabei nicht nur die fachliche Unterstützung im Einzelfall, sondern vor allem auch die Möglichkeit, die Instrumente und das Versorgungssystem über die Evaluation datenbasiert und transparent stetig weiter zu entwi-

---

<sup>1</sup> Die DGCC ist bislang die einzige Institution, die Case Management fachlich definiert hat und auf einer ethischen Grundlage benennt, deshalb wird ihre Definition hier zugrunde gelegt. Sofern anders verortete, die Qualität definierende Weiterbildungen entwickelt werden sollten, die auf vergleichbarem fachlichem und ethischem Niveau Case Management vermitteln, sind sie dem gleichzusetzen.

ckeln, so dass der Grad der Effektivität und Effizienz überprüft und weiterentwickelt werden kann.

### **3 Bundesweite Befragung von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen**

#### **3.1 Ziel und Rahmenbedingungen**

Ziel der bundesweiten Online-Befragung war vor allem, Hinweise zu der Güte von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen zu erlangen, die bei der Erstellung der ortsunabhängigen Qualitätsstandards berücksichtigt werden sollten. Von Interesse waren insbesondere die folgenden Inhaltsbereiche:

- formale Kriterien der Qualitätssicherung,
- Ausstattung und Leistungen der Beratungsstellen (vgl. Kap. 3.2.2).

Darüber hinaus sollten unterschiedliche Beratungstypen ausfindig gemacht werden, denen die ortsunabhängigen Qualitätsstandards zugeordnet werden können.

Zu Anfang erfolgte die **Definition der Stichprobe**. Es wurden hauptsächlich zwei Adress-Quellen herangezogen: für die Pflegeberatung war dies die CD-Rom des BKK-Bundesverbandes „**BKK Handbuch Pflegeberatung**“ (erschieden im Dezember 2004) und für die Wohnberatung die Adressliste auf der Homepage der **Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung e.V.** [www.wohnungsanpassung.de](http://www.wohnungsanpassung.de). Aus diesen beiden Pools wurden alle Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen in die Stichprobe aufgenommen, die eine Emailadresse angegeben hatten. Durch telefonische Recherchen zusätzlich in Erfahrung gebrachte Emailadressen wurden ergänzt.

Die Gesamtzahl von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen in Deutschland ließ sich durch die starken Veränderungsprozesse und Uneinheitlichkeiten in diesem Bereich (Adressenänderungen, Wegfall oder Umbenennung von Stellen, nicht in Adressverteilern aufgenommen, keine Emailadresse vorhanden oder angegeben) nicht eindeutig feststellen, liegt aber bei mindestens 852 (Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen zusammen). Auch die exakte Zuordnung, ob eine Stelle Pflegeberatung, Wohnberatung oder Pflege- und Wohnberatung anbietet, ließ sich oft den in den Adressen genannten Einrichtungsnamen nicht entnehmen, sondern konnte erst in der Befragung selbst festgestellt werden. Es erfolgte deshalb die Entscheidung, pro Bundesland mindestens jeweils zwei Drittel (gerundet 67%) der eindeutig identifizierbaren Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen in die Stichprobe aufzunehmen,



um einen systematischen Fehler auszuschließen. Dies ergab insgesamt eine Menge von 730 angeschriebenen Pflegeberatungs-, Wohnberatungs- sowie Pflege- und Wohnberatungsstellen.

Explizit nicht in die Stichprobe aufgenommen wurden Pflegedienste und Pflegekassen, weil Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen vorrangig Aufgaben übernehmen sollen, die von Pflegediensten und Pflegekassen zum Zeitpunkt des Modellprojektes nicht übernommen wurden.

Wegen der mehreren hundert anzuschreibenden Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen, der bevorstehenden Portokosten und wegen der aufwändigen manuellen Eingabe der Antworten in ein EDV-Programm wurde die Entscheidung getroffen, die Befragung Online durchzuführen und ein Fragebogen-EDV-Format zu benutzen, das es erlaubt, die Antworten auf elektronischem Weg direkt in das Statistikprogramm SPSS zu importieren, um sie dort auswerten zu können. Der Fragebogen wurde aus 31 Fragen erstellt, mit dem Programm Grafstat in einem Online-Format erzeugt und auf der eigens dazu entwickelten Homepage [www.cm-forschung.de](http://www.cm-forschung.de) eingestellt. Die ausgewählten Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen wurden per Email darum gebeten, sich mittels einer mitgesandten TAN-Nummer ihren Fragebogen online abzuholen, auszufüllen und zurückzuschicken. Dieser Zwischenschritt diente der Wahrung der Anonymität. Die Befragung wurde nach erfolgreichem Pretest in zwei Wellen im November 2005 und Januar 2006 durchgeführt.

Die äußere Form erhielt der Fragebogen in Anlehnung an Hinweise in der Sozialforschungsliteratur zum Thema Erstellung und Auswertung von Fragebögen (z.B. Schaffer 2002, Diekmann 2002) und durch Rückmeldungen aus dem Pretest.

Bei der inhaltlichen Erstellung des Fragebogens wurde Bezug genommen auf verschiedene Faktoren:

- Punkte, die aus Sicht eines Nutzers einer Pflege- und/oder Wohnberatungsstelle qualitätsrelevant sein könnten (z.B. Öffnungszeiten, Verkehrsanbindung) wurden insbesondere berücksichtigt, da die Definition von Qualität einer Dienstleistung nicht nur von der Anbieterseite aus betrachtet werden kann, sondern vor allem unter dem Aspekt der Kundenzufriedenheit zu sehen ist (vgl. Merchel 2001, S. 37f.).
- Der aus der Recherche nach gesetzlichen Grundlagen entstandende Vorab-Überblick über die Beratungslandschaft und das System der Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen in den unterschiedlichen Bundesländern (vgl. Kap. 2.2) flossen ein.
- Für die Abfrage von Finanzierungs- und Trägerformen von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen erfolgte eine Anlehnung an die Broschüre „Finanzierung von Wohnberatungsstellen“ (BAG Wohnungsanpassung e.V. 2002).

- Um die Leistungsbereiche von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen abzufragen, wurden die Übersicht der Qualitätsstandards (siehe Teil II dieses Berichtes) sowie die Zeitmessbögen mit den typischen Themen aus der Pflege- und/oder Wohnberatung (Frontoffice-Eigentliche Beratung sowie Frontoffice-Vor- und Nachbereitung, beide siehe Anhang) eingearbeitet.
- Inhaltlich berücksichtigt wurden zudem Themen, die die Berliner Projektpartner in den Telefoninterviews mit der Pflege- und Wohnberatungsstelle in Menden angesprochen hatten.

### 3.2 Ergebnisse der Befragung und ihre Interpretation

#### 3.2.1 Rücklauf und Gültigkeit der Daten

Während der bundesweiten Online-Befragung von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen wurden in der 1. und 2. Welle insgesamt 667 Emails erfolgreich verschickt, d.h. bei ihnen kann davon ausgegangen werden, dass sie den gewünschten Empfänger wirklich erreicht haben. Es kamen daraufhin 134 ausgefüllte Fragebögen zurück. Daraus errechnet sich eine Rücklaufquote von 20,1%. Dies ist eine **typische Rücklaufquote** von postalisch verschickten Fragebögen, die sich üblicherweise zwischen 10 – 30 % bewegt (Schaffer 2002, S. 105).

Bezieht man die 9 Antworten von Beratungsstellen, die an der Befragung nicht teilnehmen wollten, mit ein, steigt die Rücklaufquote auf 21,4%.

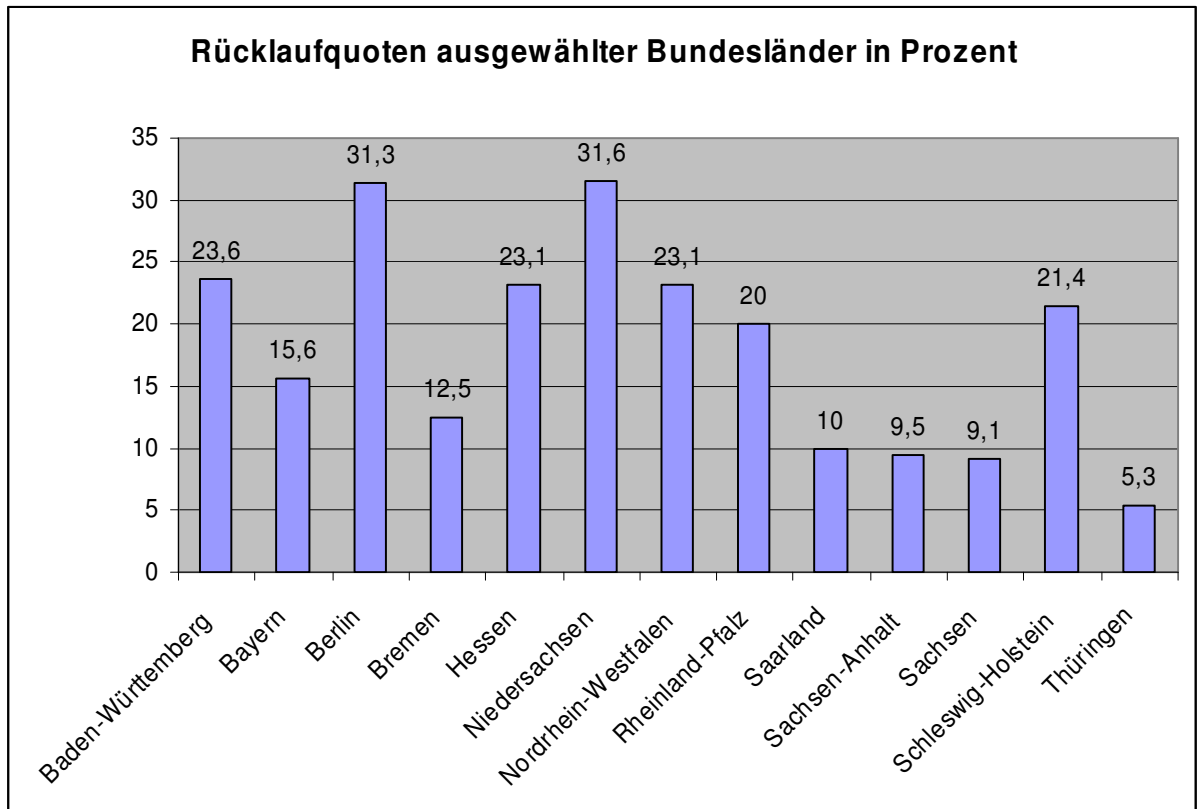
Vermutet werden kann an dieser Stelle eine positive Selektion, d.h. dass wahrscheinlich eher Beratungsstellen mit hohem Qualitätsstandard geantwortet haben, da sie mit einer guten Außenwirkung rechnen können. Zudem liegt die Vermutung nahe, dass Beratungsstellen mit ausreichender personeller Ausstattung am ehesten Zeit dafür aufbringen konnten, den detaillierten Fragebogen auszufüllen.

	Erfolgreich versandte Fragebögen	Beantwortete und rückgesandte Fragebögen	Rücklaufquote in Prozent	Verteilung auf Bundesländer
Keine Angabe	4	1	---	0,7%
Baden-Württemberg	106	25	23,6	18,7%
Bayern	90	14	15,6	10,4%
Berlin	16	5	31,3	3,7%

Brandenburg	13	0	0	0,0%
Bremen	16	2	12,5	1,5%
Hamburg	2	2	100	1,5%
Hessen	39	9	23,1	6,7%
Meckl.- Vorpommern	2	1	50	0,7%
Niedersachsen	19	6	31,6	4,5%
Nordrhein- Westfalen	169	39	23,1	29,1%
Rheinland-Pfalz	105	21	20	15,7%
Saarland	10	1	10	0,7%
Sachsen-Anhalt	21	2	9,5	1,5%
Sachsen	22	2	9,1	1,5%
Schleswig- Holstein	14	3	21,4	2,2%
Thüringen	19	1	5,3	0,7%
<b>GESAMT</b>	<b>667</b>	<b>134</b>	<b>20,1%</b>	<b>100%</b>

Die einzelnen **Rücklaufquoten der Bundesländer** (Zahl der pro Bundesland versandten Fragebögen verglichen mit der Anzahl der Antworten aus diesem Bundesland) schwanken zwischen 9 und 32%. Die extremen Rücklaufquoten von 0, 50 oder 100% treten bei den Bundesländern mit sehr wenigen angeschriebenen Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen auf. Sie sind statistisch in diesem Zusammenhang nicht aussagekräftig.

Die Anzahlen der versandten Fragebögen spiegeln in gewisser Weise das Bild wieder, wie viele Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen pro Bundesland existieren, obwohl keine Gesamtstichprobe genommen wurde, sondern eine Auswahl von ca. 67% stattfand (s. Kap. 3.1), die durch verschiedene Faktoren teilweise gesenkt (Wegfall nicht mehr korrekter Adressen) und teilweise erhöht wurde (Hinzukommen neuer Adressen). Erwähnenswert dabei ist, dass Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern nur über sehr wenige Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen verfügen, während Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Bayern, Bremen und Berlin über ein großes Angebot an Beratungsstellen verfügen.



Die Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen, die sich an der Befragung beteiligt haben, sind **auf die Bundesländer äußerst ungleich verteilt** (vgl. Frage 1 des Fragebogens, detaillierte Darstellung im Anhang). Von den 134 Teilnehmern (100%) kommen (es folgen die häufigsten Nennungen in absteigender Reihenfolge) 29,1% aus NRW, 18,7% aus Baden-Württemberg, 15,7% aus Rheinland-Pfalz, 10,4% aus Bayern, 6,7% aus Hessen, 4,5% aus Niedersachsen und 3,7% aus Berlin. Die übrigen Bundesländer waren mit 0 – 2,2% vertreten. Gründe für diese starken Unterschiede liegen u.a. darin, dass es in einigen Bundesländern fast keine Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen gibt, die hätten befragt werden können.

Ob die tatsächliche Verbreitung der **Träger** der u.g. Rangfolge entspricht, kann nur gemutmaßt werden, da die Datenquellen der Stichprobe möglicherweise ursprünglich aus bestimmten Verteilerlisten erzeugt wurden, die leicht zugänglich waren, wie z.B. von Kommunen und Kreisen, wohingegen private Anbieter nicht auf Verteilern, sondern eher einzeln auf ihrer jeweiligen Homepage zu finden sind.

	Versandte Fragebögen	Beantwortete Fragebögen	Rücklaufquote in Prozent
Kommune/Kreis	399	64	16,0
Wohlfahrtsverband/ Trägergesellschaft	137	30	21,9
Verein	39	22	56,4
Freigewerblicher Träger	20	2	10,0
Wohnungsunternehmen	4	1	25,0
Architektenkammer	3	1	33,3
Sonstiger Träger	62	8	12,9

Am häufigsten (in absoluten Zahlen) kamen beantwortete Fragebögen von Kommunen/Kreisen (64 Nennungen von 134, entspricht 47,8%) gefolgt von den Wohlfahrtsverbänden/ Trägergesellschaften (30 Nennungen, 22,4%) bzw. Vereinen (22 Nennungen, 16,4%). Sonstige, Freigewerbliche Träger, Wohnungsunternehmen und Architekten machen zusammen lediglich einen Anteil von 9,0% aus (Frage 6 des Fragebogens).

Dagegen stellt sich die Rücklaufquote anders dar: hier haben sich fast 60% der Vereine an der Befragung beteiligt. Vermutet werden kann ein starkes Interesse der Vereine an Öffentlichkeitsarbeit sowie eine hohe Identifikation mit der Beratungsstelle. Hingegen kam von den freigewerblichen Trägern ein Rücklauf von 10%, was mit starker Arbeitsbelastung von Freigewerblichen zu tun haben könnte.

	Versandte Fragebögen		Ausgefüllte Fragebögen	In Prozent	pro Handlungsfeld	Gesamt in Prozent
PB	401	ausschließlich PB	6	4,5	32	23,9
		PB kombiniert mit...	26	19,4		
WB	169	ausschließlich WB	21	15,7	35	26,1
		WB kombiniert mit...	14	10,4		
		ausschließlich PWB	14	10,4	65	48,5
		PWB kombiniert mit...	51	38,1		
k.A.	97	k.A.	2	1,5	2	2,7

Anfangs war die zur Verfügung stehende Stichprobe noch sehr unspezifisch, es konnte beim Versand der Fragebögen lediglich grob unterschieden werden in Adressen aus Pflegeberatungsstellen (PB), aus Wohnberatungsstellen (WB) und in viele Stellen, bei denen anhand des Namens in ihrer Adresse nicht sicher festgestellt werden konnte, welchem Handlungsfeld sie angehören (97 Stellen) (Frage 2).

Durch die Antworten zum **Handlungsfeld** aus den Fragebögen (Frage 2) differenzierte sich das Bild stark aus: der größte Anteil kam mit 38,1% von denjenigen Stellen, die Pflege- und Wohnberatung in Kombination mit sonstigen Beratungsleistungen anbieten, der geringste Anteil von Stellen, die ausschließlich Pflegeberatung anbieten (4,5%). Beim Zusammenfassen zu den übergeordneten Handlungsfeldern wird deutlich, dass Pflege- und Wohnberatungsstellen (PWB) insgesamt circa doppelt so oft geantwortet haben (48,5%) wie Pflegeberatungsstellen (23,9%) oder Wohnberatungsstellen (26,1%).

	Ausgefüllte Fragebögen	In Prozent
Ausschließlich PB, WB, PWB	41	30,6
Mischformen	91	67,9
k.A.	2	1,5

Außerdem wird deutlich, dass nur 41 Beratungsstellen (30,6%) **ausschließliche** Pflegeberatungsstellen, Wohnberatungsstellen bzw. Pflege- und Wohnberatungsstellen sind. Viel häufiger sind **Mischformen** mit anderen Beratungsangeboten und Aufgaben (z.B. Heimaufsicht, Sozialplanung, Sachbearbeitung Behindertenfahrdienst, Kindergartenangelegenheiten, Spätaussiedlerangelegenheiten). Sie stellen über 2/3 der Beratungsstellen dar (91 Stellen, 67,9%).

### 3.2.2 Häufigkeiten

Im Fragebogen wurden verschiedene Themenblöcke abgefragt, um Informationen über das Qualitätsniveau in den bundesdeutschen Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen zu erlangen. Nachfolgend werden die 3 Themenbereiche und die relevanten Ergebnisse der **Häufigkeitszählungen** dargestellt. Jeweils in Klammer dahinter steht die dazugehörige Frage-Nummer, die sich in den ausführlichen Häufigkeitsaufzählungen im Fragebogen im Anhang des Berichtes wiederfindet.

#### **Einzel- oder Verbundberatungsstelle sowie Vernetzung mit anderen Diensten:**

Überwiegend haben die Beratungsstellen keine **weiteren Standorte**, z.B. Filialen in anderen Stadtteilen, wo ein eigenes Büro vorgehalten wird (103 Beratungsstellen, 76,9%) (Frage 3). Damit im Zusammenhang steht, dass 109 Beratungsstellen nicht in einem **ortsbezogenen Verbund** tätig sind, in dem eine **vertraglich geregelte Aufgabenteilung** praktiziert wird (81,3%) (Frage 4). Nur 28 Beratungsstellen (20,9%) geben an, dass ihre Beratungsstelle mehrere Standorte betreibt (z.B. in Stadtteilen, Vororten), mit einem eigenen Büro oder Sprechzimmer. 21 von ihnen (15,7%) gehören zu einem ortsbezogenen Verbund von Pfl-

ge- und Wohnberatungsstellen mit vertraglich geregelter Aufgabenteilung. Dies geht oft einher mit einer **Abgabe von komplexen Beratungssituationen untereinander** in diesem Verbund (21 Beratungsstellen, 15,7%) (Frage 5).

Stets zwischen 70% und 90% der Beratungsstellen haben weder eine **mündliche noch eine schriftliche Vereinbarung** mit anderen Beratungsstellen, niedergelassenen Ärzten, dem Krankenhaus und Heilmittelerbringern. Lediglich 38,8% der Beratungsstellen haben eine Vereinbarung mit ambulanten Pflegediensten, über 2/3 davon sind mündliche Vereinbarungen (Frage 17). Über **schriftliche Arbeitsinstrumente**, die die Zusammenarbeit mit anderen Diensten regeln (z.B. Überleitungsbögen, standardisierte Faxmasken), verfügen nur 27,6% der Beratungsstellen (Frage 18).

#### **Formale Kriterien für Qualitätssicherung:**

68,7% der Beratungsstellen erstellen einen **Jahresbericht** mit statistischen Daten (Frage 29).

62,7 % haben nach eigener Auskunft eine **Leistungsbeschreibung** und 68,7% geben an, nach einem schriftlich formulierten **Konzept** zu arbeiten (Fragen 20, 21). 23,1% führen eine interne Evaluation durch. Nach einem anerkannten **Qualitätsmanagementsystem** arbeiten 4 Beratungsstellen (entspricht 3,0 %; Frage 24). Schriftlich formulierte **Qualitätsstandards** haben 18,7% der Beratungsstellen, 59,7% eine **standardisierte Aufnahme der Hilfesituation**. 31,3% verfügen über ein **standardisiertes Arbeitsinstrument zur Erstellung eines Serviceplanes** (Fragen 25, 26, 27, 28).

**Konkrete Qualitätsstandards** scheint es in den Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen selten zu geben. Von den 134 Beratungsstellen unserer Befragung antworteten auf die Frage, ob sie schriftlich formulierte Qualitätsstandards hätten, nur 25 mit „Ja“ (dies entspricht 18,7%). Der Rest von 109 Beratungsstellen antwortete mit „Nein“ oder machten keine Angabe (dies entspricht 81,3%). Selten wurden von den Beratungsstellen ihre konkreten Qualitätsstandards zugeschickt. Teilweise können sie kostenpflichtig erworben werden. Zum Teil hatten die Qualitätsstandards eher den Charakter von Infoflyern für Ratsuchende. Oder sie ähnelten Gedankenstützen für die tägliche Arbeit in Form von schriftlichen Handreichungen. Es handelte sich insgesamt um sogenannte Graue Literatur, also nicht über den offiziellen Buchhandel und Büchereien recherchierbare und erhältliche Literatur.

D.h. im Rahmen des Forschungsprojektes wurden die Qualitätsstandards hauptsächlich ohne die Anlehnung an bereits vorhandene einzelne Standards entworfen. Auf Anschlussfähigkeit der Standards an vorhandene Qualitätsmanagement-Systeme (wie z.B. an DIN EN ISO 9000ff., EFQM) brauchte nicht geachtet zu werden, da dies zum einen nicht For-

schungsauftrag war und zum anderen nur 2,9% der Beratungsstellen angeben, ein **Qualitätsmanagement-System** implementiert zu haben.

**Ausstattung und Leistungen der Beratungsstellen:**

Die **Finanzierung der Personal- und Sachkosten** wird anteilig überwiegend getragen von den Kommunen (60,4%) sowie aus Eigenmitteln des Trägers der Beratungsstelle (29,9%) und dem Land (26,1%). Die Pflegekassen tragen 10,4% (Frage 7).

Die Frage, wie die **Leistungsbereiche und Themenbereiche** in der Beratung sich darstellen, ergab folgendes Bild: 54,5% der Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen geben an, mit **Case Management** zu arbeiten (Frage 19). In den Beratungsstellen besonders **häufig vorkommende Themen** sind (Nennungen über 77%): SGB XI, Hausnotruf, Pflegerische Dienste, Hauswirtschaftliche Dienste, Beratung über Wohnangebote, Hilfsmittelversorgung nach SGB V, Wohnungsanpassung (z.B. Umbauten). Psychosoziale Begleitung in Belastungssituationen bieten 56,7%. Die Themenpalette in den Beratungsstellen ist aber auch darüber hinaus sehr breit gestreut und wird auch in Ihrer Vielfalt vom Kunden abgefragt. Dies macht deutlich, wie wichtig eine „generalistische“ Ausrichtung der BeraterInnen ist (Frage 23).

Bei der Frage nach der personellen Situation in den Beratungsstellen stellte sich folgendes Gesamtbild dar (Frage 9): In den 134 Beratungsstellen, die den Fragebogen beantwortet haben, arbeiteten insgesamt 263 MitarbeiterInnen. Ihr **Bildungsabschluss** ist zu 69,4% ein Hochschul- bzw. Fachhochschulabschluss. 28,5% verfügen über eine abgeschlossene Ausbildung.

	Nennungen	in Prozent
Hochschul-/Fachhochschulabschluß	183	69,6
Ausbildung	75	28,5
Ohne Ausbildungsabschluss	3	1,1
keine Angabe	2	0,8
<b>Gesamt Mitarbeiter</b>	<b>263</b>	<b>100,0</b>

Die mit Abstand am häufigsten vertretene **Berufsgruppe/Hauptprofession** ist die Soziale Arbeit/Pädagogik (54,8%). Verwaltung, Architektur und Sekretariat wurden deutlich seltener genannt. Nur 5,7% kommen aus der Pflege.

	Nennungen	in Prozent
Soziale Arbeit/Pädagogik	144	54,8
Verwaltungsmitarbeiter	32	12,2
Architektur	27	10,3
Sekretariat	20	7,6

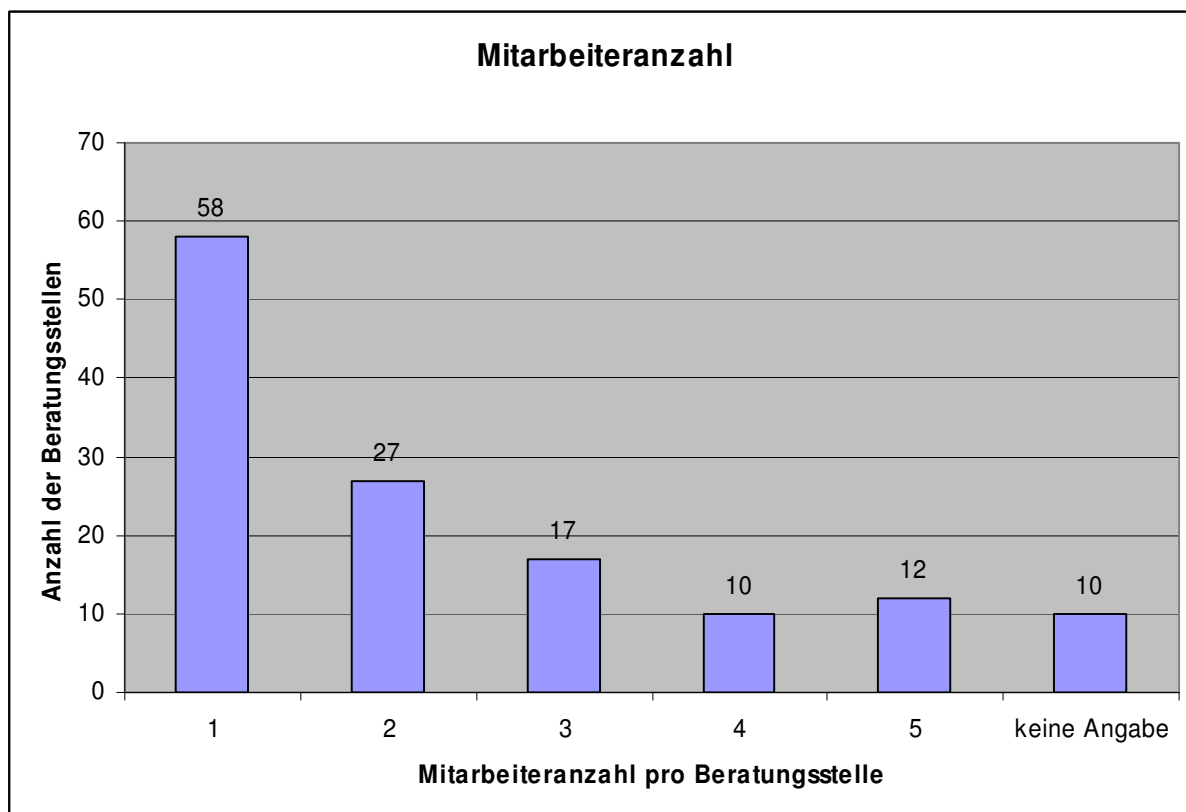


Pflege	15	5,7
Medizin	2	0,8
Gerontologie	1	0,4
Soziologie	1	0,4
Psychologie	1	0,4
Jura	1	0,4
keine Angabe	19	7,2
<b>GESAMT Mitarbeiter</b>	<b>263</b>	<b>100,0</b>

**Zusatzqualifikationen**, die mindestens 100 Unterrichtsstunden umfassten, sind breit gestreut: Vorrangig sind es Gesprächsführung/Beratungsausbildung (bei 19,8% der Mitarbeiter), aber auch gesetzliche Kenntnisse (17,1%), medizinisch-pflegerische Kenntnisse, Altenhilfe, Baulich-Architektonische Kenntnisse, Case Manager mit und ohne Richtlinien nach DGS, DBSH, DBfK und Sozialmanagement.

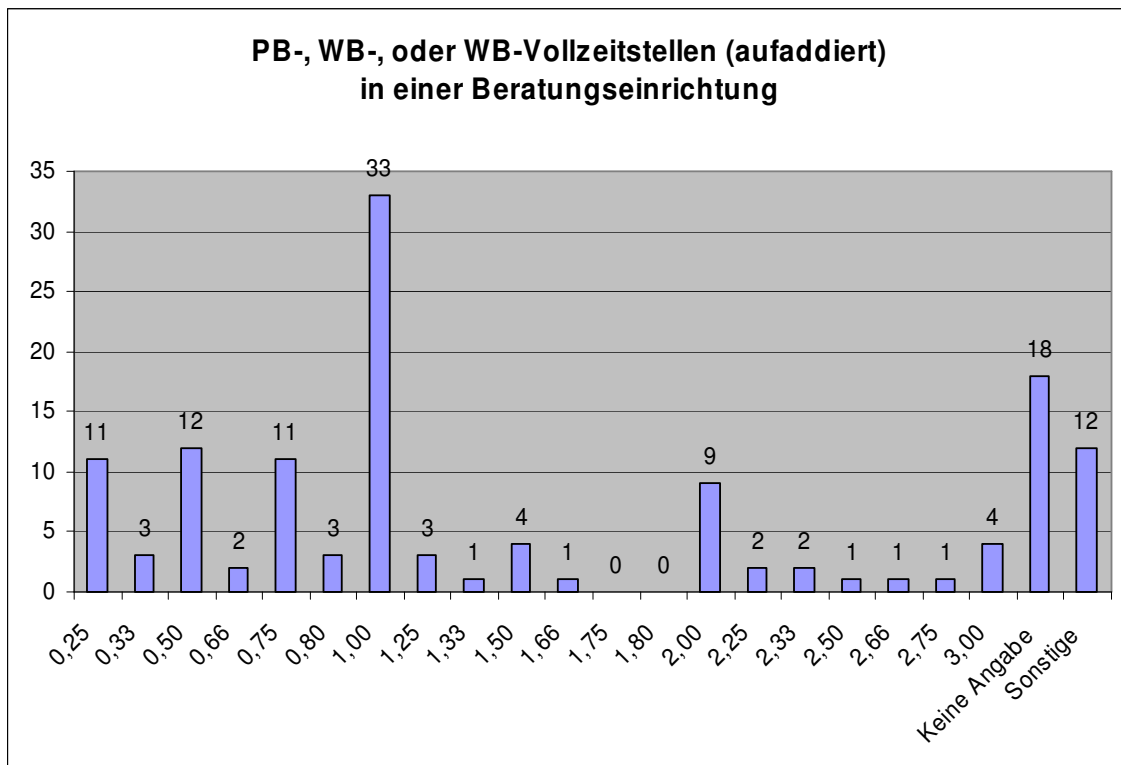
	Nennungen	in Prozent
Gesprächsführung / Beratung	52	19,8
Gesetzliche Kenntnisse (z.B. SGB, BGB, Betreuungsrecht)	45	17,1
Medizinisch-Pflegerisch	26	9,9
Altenhilfe	21	8,0
Baulich-architektonisch	16	6,1
CaseManager nach Richtlinien DGS, DBSH,DBfK	11	4,2
CaseManager ohne Richtlinien nach DGS, DBSH, DBfK	11	4,2
Sozialmanagement	10	3,8
keine Angabe	71	27,0
<b>Gesamt Mitarbeiter</b>	<b>263</b>	<b>100,0</b>

Bei der Auswertung der **Mitarbeiterzahl pro Beratungsstelle** ergab sich folgendes Bild: die meisten Beratungsstellen (58 Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen) haben 1 Mitarbeiter angegeben, ebenfalls häufig vertreten sind Beratungsstellen mit 2 Mitarbeitern (27), über 3-5 Mitarbeiter verfügen nur wenige Beratungsstellen (zwischen 10 und 17 Beratungsstellen). Der Fragebogen erfasste nur maximal 5 Mitarbeiter, deshalb sind 6. und mehr Mitarbeiter hier nicht erwähnt. **Stellenumfang** bei den Mitarbeitern ist am häufigsten eine 100%-Stelle (69,4%), gefolgt von 50%-Stellen (39,6%).



Ein Großteil der Beratungseinrichtungen verfügt über **Teilzeitstellen**: 31,3% (42 Einrichtungen) stehen weniger als 1,0 Personalstellen für die Pflegeberatung, Wohnberatung oder Pflege- und Wohnberatung zur Verfügung (0,25-0,8 Stellen).

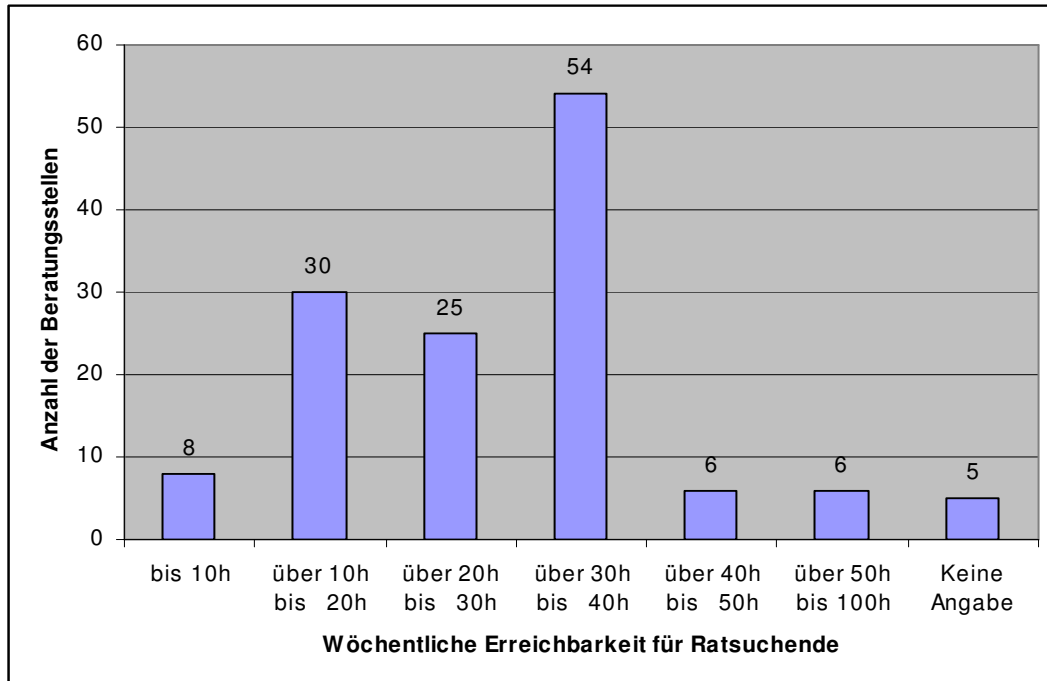
Ein weiterer Schwerpunkt sind die Einrichtungen (33 Einrichtungen), die jeweils mit **Vollzeitstellen** (1,0) für diese Aufgaben ausgestattet sind (24,6%) (Frage 10).



Bei der Frage hinsichtlich der **Anzahl der beratenen Klienten** ergab sich folgendes Bild: am häufigsten vertreten waren jeweils die Beratungsstellen, die im Jahr 1-200 Personen/ Personengruppen mit ihrer Dienstleistung versorgten. Dies betraf Info/Auskunft (40%) und auch Case Management (52,5%) (Frage 30). Auch bei der Frage, wie viele **Beratungskontakte** (also auch einzelne Termine pro Person) die Beratungsstelle im Vorjahr hatte, stellte sich heraus, dass wiederum die meisten Beratungsstellen 1-200 Beratungskontakte durchführten. Dies betraf sowohl die telefonische (37,3%) als auch die persönliche Info/Auskunft (41,8%), Beratung/Case Management telefonisch (32,8%) als auch persönlich (43,3%) (Frage 31).

**Adressatengruppen** von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen sind quasi gleichermaßen Hilfe- und Pflegebedürftige (94,0%), deren Angehörige (91,8%) sowie Senioren ganz allgemein (85,1%). Aber auch andere Fachdienste, z.B. ambulante Pflegedienste, werden als Adressatengruppe häufig genannt (67,9%) (Frage 8).

Der Großteil (40,3%) der Beratungsstellen bietet **Sprechzeiten** von 30-40 Stunden wöchentlich an. In wenigen Beratungsstellen, in denen mehr als 1,0 Mitarbeiter beschäftigt ist, werden auch Beratungsstunden (aufaddiert) bis zu 100 Stunden angeboten (Frage 11). Die meisten Beratungsstellen verteilen ihre Erreichbarkeit auf Montag bis Freitag (76,1%), nur wenige haben an weniger als 5 **Wochentagen** geöffnet (20,1%) (Frage 12). **Qualifizierte Urlaubsvertretung** halten 61,9% der befragten Beratungsstellen bereit (Frage 13).



Fast alle Beratungsstellen sind zentral gelegen (89,6%) und mit ÖPNV gut erreichbar (94,0%). 80,6% haben einen barrierefreien Zugang (Fragen 14, 15, 16).

Über 78% der Beratungsstellen betreiben **Öffentlichkeitsarbeit**, z.B. in Form von Flyern, Homepage, Veröffentlichung in der Presse, thematischen Infoveranstaltungen (Frage 22).

### 3.2.3 Korrelationen

Von denjenigen Beratungsstellen, die **ausschließlich Pflege- und/oder Wohnberatung** betrieben, verfügten 75,6% über eine **schriftliche Leistungsbeschreibung** und ebenfalls 75,6% über ein **schriftliches Konzept**. Bei denjenigen, die **Pflege- und/oder Wohnberatung nur als ein Angebot unter mehreren anderen Beratungsangeboten** vorhielten, waren es nur 55,9% mit schriftlicher Leistungsbeschreibung und 66,7% mit schriftlichem Konzept. Sehr unterschiedlich verteilte sich das Vorhandensein von schriftlicher Leistungsbe-

schreibung bzw. schriftlichem Konzept auf die einzelnen **Bundesländer**. Besonders verbreitet waren sie in nachfolgenden Bundesländern (Angaben in %):

	Schriftliche Leistungsbeschreibung	Schriftliches Konzept
Rheinland-Pfalz	85,7	80,9
Nordrhein-Westfalen	71,8	76,9
Baden-Württemberg	62,5	78,3
Bayern	28,6	42,9

Wichtig hierbei ist aber festzuhalten, dass die Zahlen wegen der oft sehr geringen Fallzahlen aus den einzelnen Bundesländern von reduzierter Aussagekraft sind.

**Case Management** verteilte sich sehr unterschiedlich auf die einzelnen **Bundesländer**. Auch hier bestand wieder das Problem der geringen Anzahl der beantworteten Fragebögen und den wenigen überhaupt vorhandenen Pflege- und Wohnberatungsstellen in einigen Bundesländern, wie Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen, die daher in der Auswertung nicht mit aufgenommen wurden. Am häufigsten wurde Case Management praktiziert in Rheinland-Pfalz (80,9%), außerdem in Baden-Württemberg (68,0%), Hessen (66,7%), Bayern (42,9%) und Nordrhein-Westfalen (41,0%).

Verglich man diejenigen Beratungsstellen, die angaben, nach Case Management zu arbeiten, mit der Anzahl ihrer Mitarbeiter, die eine Case Management-Weiterbildung (mindestens 100-stündig) aufwiesen, ergab sich folgendes Bild: Von den 73 Beratungsstellen, die mit Case-Management arbeiteten, hatten 6 Personen eine **Case-Management-Weiterbildung** nach den Richtlinien von DGS, DBSH, DBfK (8,2%) und 4 Personen eine Case-Management-Weiterbildung ohne die Richtlinien (5,5%).

Bei Wohlfahrtsverbänden wird häufiger mit Case Management gearbeitet. In kommunaler Trägerschaft findet sich häufiger kein Case Management, keine schriftliche Leistungsbeschreibung, aber dafür bei ca. 2/3 ein schriftliches Konzept.

Es liegt die Vermutung nahe, dass Case Management als angewandtes Handlungskonzept zwar häufig genannt, aber in der Praxis unterschiedlich verstanden und nicht auf der Einzel-fall- und Systemebene implementiert ist:

- es gibt nur wenige Pflege- und/oder Wohnberater, die eine entsprechende Weiterbildung absolviert haben und

- bei Vollimplementierung von Case Management müssten die Angaben zur Leistungsbeschreibung, zu standardisierten Arbeitsinstrumenten, zur Evaluation, zu Vereinbarungen mit anderen Dienstleistern vor Ort höher sein.

Case Management wird offensichtlich seitens der Praktiker eine hohe Bedeutung für die Pflege- und/oder Wohnberatung zugesprochen. Das Handlungskonzept muss allerdings mit Blick auf die Qualitätsstandards eigens für Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen definiert werden.

### **3.2.4 Clusteranalyse**

Zusätzlich wurde der Frage nachgegangen, ob sich innerhalb der Pflege- und/oder Wohnberatungslandschaft der Bundesrepublik verschiedene Beratungsstellentypen ausfindig machen lassen. Dazu wurden die Variablen „Träger“ (Frage 6 des Fragebogens), „Handlungsfeld“ (Frage 2) und „Leistungsbereiche“ (Frage 19) gemeinsam per Clusteranalyse untersucht. Es ergaben sich 4 Cluster, die man als Beratungsstellentypen bezeichnen kann. In Klammern stehen jeweils die Häufigkeiten, wie oft dieses Merkmal innerhalb des Clusters vorkam.

#### **Beratungsstellentyp 1: (39 Stellen)**

- Überwiegend Case-Management-Stellen (28)
- Überwiegend Pflege- und Wohnberatung (20) in Trägerschaft von Wohlfahrtsverbänden (24) und Vereinen (12)

#### **Beratungsstellentyp 2: (33 Stellen)**

- Beratungsstellen mit Übernahme von Hilfemaßnahmen (22) (+CM-Stellen 12),
- unterschiedliches Aufgabenprofil
- in kommunaler Trägerschaft (25)
- hoher Grad an Standardisierung

#### **Beratungsstellentyp 3: (37 Stellen)**

- Vorwiegend Beratungsstellen, die neben Pflege- und Wohnberatung noch zu anderen Themen beraten (24)
- Beratung mit Komm-Struktur, ohne Durchführung von Hilfemaßnahmen (26)
- In kommunaler Trägerschaft (32)

#### **Beratungsstellentyp 4: (25 Stellen)**

- Informationsstellen (23), die neben Pflege- und/oder Wohnberatung auch noch zu anderen Themen informieren
- in unterschiedlicher Trägerschaft

Nach dieser Zusammenstellung lassen sich theoretisch abstrahiert und idealtypisch mit Blick auf das mögliche Aufgabenspektrum vier Beratungsstellentypen unterscheiden:

Typ 1 hat Case Management voll implementiert auf der Einzelfall- und der Systemebene: auf den Einzelfall hin können Dienste koordiniert werden. Im Netzwerk kommt dem Pflege- und Wohnberater eine autorisierte Stellung zu.

Typ 2 nimmt umfangreiche Problemlösungsberatungen vor, geht in die Häuslichkeit der Adressaten und übernimmt selber Hilfemaßnahmen. Eine autorisierte Stellung im Netzwerk und eine Koordination aller Maßnahmen auf den Einzelfall hin wird in Abgrenzung zu Typ 1 nicht vorgenommen. Auf andere Dienste wird lediglich verwiesen.

Typ 3 nimmt zwar Problemlösungsberatungen vor, weist aber eine Komm-Struktur auf. In der Regel werden Hilfemaßnahmen nicht selber durchgeführt.

Typ 4 ist eine reine Informationsstelle, Problemlösungsberatungen werden nicht vorgenommen. Auch diese Stelle ist trägerneutral angesiedelt, das inhaltliche Spektrum, zu dem Informationen gegeben werden, umfasst alle für die Pflege- und/oder Wohnberatung relevanten Bereiche.

Interessant ist, dass Pflege-, Wohn-, Pflege- und Wohnberatung sowie weitere Mischtypen jeweils allen vier Beratungstypen zugeordnet werden können.

Die ortsunabhängigen Qualitätsstandards sollten mit Blick auf den Typ 1 zusammengestellt werden, ausgehend von der Ahlener Beratungsstelle und unter Hinzuziehung der Fachliteratur. Die Typen 2-4 stellen gewissermaßen Teilmengen von Typ 1 mit abnehmender Zuständigkeit und abnehmendem Aufgabenspektrum dar. Welcher Typ vor Ort der richtige ist, muss je nach Struktur, Aufgabenspektrum und Eingebundenheit in das Netzwerk vor Ort entschieden werden.

Der Grad der Überschneidung der Aufgaben mit anderen Diensten, die ebenfalls Pflegeberatung anbieten wie zum Beispiel den Pflegediensten, den Pflegekassen und Sozialen Diensten in stationären Einrichtungen, nimmt von Typ 1 bis hin zu Typ 4 kontinuierlich zu: eine reine Informationsstelle weist zwar ein breiteres inhaltliches Spektrum auf und sollte neutral bzw. adressatenorientiert beraten können, aber die inhaltlichen Überschneidungen sind hier am größten.

Die Ahlener Pflege- und Wohnberatungsstelle ist dem Typ 1 zuzuordnen. Insofern sollten alle ortsunabhängigen Qualitätsstandards von der Ahlener Beratungsstelle umgesetzt werden können. Die Aussagen zu den quantitativen und qualitativen Studien beziehen sich damit ausschließlich auf den Beratungstyp 1.

## **4 Instrument zur Einschätzung von Art und Dauer der Beratung**

### **4.1 Hintergründe der Entstehung des Instrumentes**

Forschungsauftrag war die Weiterentwicklung des bereits von der KAA vorliegenden Instrumentes „Orientierungsscreening“, welches dazu dienen sollte, anhand bestimmter Persönlichkeitsfaktoren der Ratsuchenden eine Einschätzung von Art und Dauer einer bevorstehenden Beratung vornehmen zu können.

Um sich einen Überblick über die bereits bestehende Wirksamkeit des Orientierungsscreenings zu verschaffen, wurden die dazu vorliegenden Daten aus der KAA erfasst und ein Vergleich zweier Datenreihen wurde vorgenommen zwischen:

1. dem sogenannten „Zeitwert“, der anhand bestimmter angekreuzter Persönlichkeitsfaktoren im Orientierungsscreening einer Person errechnet worden war und
2. der tatsächlichen Gesamtzeit, die für einen bestimmten Fall benötigt worden war (gemessene reale Zeiten, bestehend aus eigentlicher Beratungszeit, Vor- und Nachbereitung der Beratung, sowie Fahrtzeit), dies war in der EDV-Datenbank der KAA erfasst.

Würde das Orientierungsscreening wirklich zuverlässig den Bedarf an Beratungszeit erfassen können (Zeitwert), müsste sich dieser dann auch in der anschließend erfolgten echten Beratungszeit aus der Datenbank widerspiegeln. Es müsste sich also ein rechnerischer Zusammenhang in Form eines Umrechnungsfaktors zwischen Zeitwert des Orientierungsscreenings (prognostizierte Zeit) und der tatsächlich benötigten Beratungszeit nachweisen lassen. Es stellte sich jedoch heraus, dass dieser gesuchte Umrechnungsfaktor nicht feststellbar war, sondern extreme Schwankungen aufwies mit Werten zwischen 4 und 70, wie anhand einer Auswahl der 42 untersuchten Personen dargestellt:



	OS-Zeitwert	Beratung plus Vor/Nachbereitung	Umrechnungsfaktor (Gesamtzeit geteilt durch OS-Wert) Beispiel Person 1: 1 OS-Zeitwertpunkt entspricht 17 Beratungs- sowie Vor- und Nachbereitungsminuten
Person 1	3	50	17
Person 4	6	30	5
Person 6	4	15	4
Person 9	2	85	43
Person 12	2	100	50
Person 16	1	70	70
Person 22	6	40	7
Person 25	6	60	10

Somit konnte das bislang bestehende **Orientierungsscreening nicht empirisch gesichert** und nicht weiterentwickelt werden. Hierzu gab es keinerlei verlässliche Anhaltspunkte.

Es musste deshalb eine **Änderung im Forschungsdesign** vorgenommen werden. Statt der Weiterentwicklung des ursprünglichen Orientierungsscreenings erfolgte nun eine **Aufspaltung in zwei verschiedene Instrumente**:

- Case Finding Instrument / Schnittstelleninstrument (siehe Teil II des Berichtes).
- Begründetes Empfehlungsformular für Kostenträger. Dieses hat das Ziel, vor Aufnahme der eigentlichen Beratung möglichst schnell und verlässlich Beratungsinhalte und –zeiten zu benennen.

Um erkennbar zu machen, wie viel Zeit wirklich für den einzelnen Ratsuchenden verwendet wurde, und wie viel als allgemeine, nicht einer Einzelperson zuzurechnenden Zeit einer Beratungsstelle anzusetzen ist (vgl. Kap. 4.3), erfolgte eine **Unterscheidung in den Frontoffice- und in den Backoffice-Bereich** (vgl. auch Teil II des Berichtes zu Qualitätsstandards).

- Mit Frontoffice werden alle Tätigkeiten in einer Beratungsstelle benannt, die sich bestimmten Ratsuchenden namentlich zuordnen lassen (z.B. einer Person eine Auskunft geben, jemandem psychosoziale Beratung geben, jemanden beim Ausfüllen eines Antrages unterstützen)
- Backoffice bezeichnet alles, was in der Beratungsstelle keinem bestimmten Ratsuchenden individuell zugeordnet werden kann, aber erbracht werden muss (z.B. Aufbau und Pflege des lokalen Verbundes an Einrichtungen im sozialen Bereich, Gremienarbeit, EDV-Administration, Evaluation der gesamten Beratungsstelle).

Zur Erfassung der Daten zwecks Entwicklung des „Begründeten Empfehlungsformulars für Kostenträger“ wurden **5 verschiedene Messinstrumente** erstellt (Abbildungen der Instrumente siehe Anhang):

**1) Frontoffice – Eigentliche Beratung; 2) Frontoffice – Vor- und Nachbereitung**

Wie lange hat die eigentliche Beratung eines Menschen gedauert? Wie lange hat es gedauert, die Beratung dieses Menschen vor- und nachzubereiten?

**3) Backoffice – Organisation und Verwaltung; 4) Backoffice – Systemebene**

Welche zusätzlichen allgemeinen Tätigkeiten (unabhängig von einzelnen Ratsuchenden) fallen in der Beratungsstelle an, um sie in einen betriebsbereiten Zustand zu versetzen, und wie lange dauern die Tätigkeiten? Typische Tätigkeiten sind z.B. EDV-Administration, Personalentwicklung, Sachmittelverwaltung, Mitarbeit in lokalen Arbeitskreisen, Öffentlichkeitsarbeit.

**5) Liste von Faktoren, die Art und Dauer der Beratung vermutlich beeinflussen**

Von welchen persönlichen Merkmalen der Ratsuchenden lässt sich sagen, dass sie den Beratungsverlauf beeinflussen

a) in seiner Dauer (beschleunigend/verzögernd)

b) in seiner Art (z.B. Notwendigkeit einer Psychosozialen Beratung, oder einer Leistungsanspruchsberatung)?

Es geht um Einschätzung von persönlichen Faktoren des Ratsuchenden, z.B. Vorliegen bestimmter Erkrankungen, psychischer Zustand, Motivation zur Mitarbeit, kognitive Voraussetzungen. Hierbei handelt es sich nicht mehr um eine Zeitmessung, sondern um das Festhalten subjektiver Eindrücke seitens des Beraters.

Folgendes Vorgehen war geplant:

1. Abgleich der Instrumente 1+2 mit dem Instrument 5
2. Pauschale Zuordnung der Backoffice-Instrumente 3+4 zu den Frontoffice-Zeiten

#### **4.2 Bemerkungen zur Datenbasis**

Die 5 genannten Instrumente wurden als Excel-Dokumente von der KFH erstellt, mit Handhabungsanleitungen versehen und nach mehreren Überarbeitungen an die KAA übermittelt. Die KFH entwickelte parallel dazu eine SPSS-Auswertungsmaske, in die die von der KAA erhaltenen, ausgefüllten Zeitmessbögen als Datensätze anschließend manuell eingepflegt wurden.

Die beiden **Frontoffice-Instrumente** wurden in der KAA im Zeitraum vom 24.05.05 bis 31.01.06 konkret eingesetzt. Größtenteils erfolgte das Ausfüllen durch minutengenaue Messungen, teilweise aber auch in Form von minutengenauen Schätzungen, die im Anschluss an das erfolgte Beratungsgespräch stattfanden. Die beiden **Backoffice-Instrumente** wurden mit geschätzten Prozentwerten ausgefüllt, bezogen auf das Kalenderjahr 2005. Eine exakte Messung (z.B. wochenweise) wurde wegen mangelnder Übertragbarkeit von begrenzten Messzeiträumen (z.B. einer konkreten Kalenderwoche) verworfen. Die **Liste der**

**Faktoren, die Art und Dauer der Beratung vermutlich beeinflussen**, wurde vollständig vom Pflege- und Wohnberater für alle Personen ausgefüllt, bei denen auch Beratungszeiten gemessen worden waren. Es wurden dabei nicht nur die Daten des Ratsuchenden, sondern auch die des Pflegebedürftigen sowie die der Hauptpflegeperson erfasst, sofern es sich dabei um verschiedene Personen handelte. Diese Einschätzungen wurden aus der Erinnerung heraus zeitnah im Anschluss an die konkreten Beratungssituationen schriftlich vorgenommen. Der Datenschutz war gewährleistet, da sämtliche Daten anonymisiert wurden, bevor sie verwertet wurden.

Vor der Weiterverarbeitung der Daten wurde eine Bewertung ihrer **Aussagekraft** durchgeführt. Folgende Hinweise zu den **Gütekriterien** sind zu beachten:

- **Objektivität:** Die Listen wurden von 2 verschiedenen Personen ausgefüllt, die ihre subjektive Sicht mit einbrachten. Während der Urlaubsvertretungszeit wurden Schätzwerte statt Messwerte ausgefüllt. Die „Liste der Faktoren, welche Art und Dauer der Beratung vermutlich beeinflussen“ sowie beide Backoffice-Instrumente sind erst im Nachhinein ausgefüllt worden, nicht schon während der Erbringung der Leistung. Der Zeitpunkt des Ausfüllens der „Liste von Faktoren, die Art und Dauer der Beratung vermutlich beeinflussen“ (ob z.B. nach dem 1. Beratungstermin eines Klienten oder nach dem 6.) blieb dem Berater überlassen, da er bestimmten zeitlichen Erfordernissen seiner Arbeit unterworfen war und nicht zu jedem beliebigen Moment Zeit dafür gehabt hätte. Die Tatsache, ob zeitnah oder aus längerer Erinnerung die Liste ausgefüllt wurde, ist eine weitere subjektive Komponente.
- **Externe Validität:** Da die Messungen sich ausschließlich auf die Ahlener Beratungsstelle und den dort tätigen Pflege- und Wohnberater mit seinem subjektiven Beratungsstil bezogen, ist eine Übertragbarkeit auf andere Beratungsstellen und BeraterInnen nicht möglich.

Es wurden bei 101 Personen seitens der KAA Messungen vorgenommen, wovon **97 als gültige Fälle** ausgewertet werden konnten. Es gab Personen, bei denen die Beratungsprozesse bereits vor dem o.g. Messzeitraum begonnen und/oder erst danach aufgehört hatten, d.h. deren tatsächliche Beratungsminutensumme sich nicht nachhalten ließ und auch nicht aus der KAA-Datenbank rekonstruiert werden konnte. Es erfolgte deshalb eine **Aufteilung der Stichprobe in 4 Gruppen**, die unterschiedliche statistische Verwertbarkeiten aufweisen:

- **Gruppe A:** 35 Personen. Von diesen Personen waren minutengenaue Messungen verfügbar.
- **Gruppe B:** 24 Personen. Von diesen Personen liegen die Daten jeweils teils als minutengenaue Messung, teils als minutengenaue Schätzung vor.

Die Beratungen der insgesamt 59 Personen von Gruppe A und B haben innerhalb des Erhebungszeitraums begonnen und sind auch in diesem abgeschlossen worden.

- **Gruppe C:** 16 Personen: Die Beratungen dieser Personen haben bereits vor dem Erhebungszeitraum begonnen, durch Auswertung der KAA-Datenbank konnte die genaue Anzahl dieser außerhalb gelegenen Termine erfasst werden. Jedoch lagen keine minutengenauen Messungen oder Schätzungen vor, d.h. Gruppe C konnte nicht in die geplanten Berechnungen einbezogen werden.

- **Gruppe D:** 23 Personen: Bei diesen Personen war die Anzahl der Beratungstermine nicht eindeutig feststellbar, da sie noch nicht abgeschlossen waren. Damit konnte auch diese Gruppe nicht in die geplanten Berechnungen mit einbezogen werden.

Für alle weiteren Auswertungen wurde der Fokus auf die Gruppen A (35 Personen) und B (24 Personen) gelegt. Dies ergab insgesamt 59 Personen, von denen Zeitmesswerte bzw. Zeitschätzwerte in Minuten vorlagen. Die Personengruppe wurde geprüft auf ihre Inanspruchnahme bestimmter Produkte von Pflege- und Wohnberatung (vgl. Teil II). Dies betraf **Produkt II (Problemlösungsberatung)** (59 Nutzer), **Produkt III (Versorgungssteuerung im Einzelfall)** (43 Nutzer) und **Produkt IV (Psychosoziale Beratung)** (22 Nutzer). Diese Produkte hatten ausreichend hohe Nutzerzahlen, um zur weiteren Berechnung verwendet zu werden.

### 4.3 Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse ist nur vor dem Hintergrund der empirischen Ausgangslage zu werten. Es mussten drei Vorgehensweisen mit jeweils abnehmender Qualität der Antwortgültigkeiten beschränkt werden, um Ergebnisse zu erzielen.

**Erste Vorgehensweise:** Um möglichst detaillierte Angaben über die persönlichen Eigenschaften von Ratsuchenden (z.B. gesundheitliche, bildungsbezogene, motivationale, finanzielle) zu erhalten, war zu Anfang die in Kap. 4.1 bereits erwähnte, 23 Variablen umfassende „Liste von Faktoren, die Art und Dauer der Beratung vermutlich beeinflussen“ (**Instrument 5**) erstellt worden, die vom Berater im Anschluss an Beratungsgespräche angefertigt wurde – über jeden Ratsuchenden nur 1-malig.

Diese sollte nun **mit den Frontoffice-Instrumenten 1 und 2 abgeglichen** werden (s. Kap. 4.1), welche Aussagen über die Art und die Dauer der in Anspruch genommenen Beratung treffen. Hierbei wurde das vorhandene Datenmaterial ausgewertet auf der Suche nach Tendenzergebnissen, z.B. wurde vermutet, dass etwa das Vorliegen von Multimorbidität oder Alleinleben (i.S. von Fehlen von Angehörigen) signifikant längere Beratungszeiten und den Bedarf nach Case Management nach sich ziehen.

Die Relation zwischen der auswertbaren Fallzahl (59) und der Anzahl der möglichen Faktoren, die Art und Dauer der Beratung vermutlich beeinflussen (23), macht bereits die Schwierigkeit deutlich: pro Merkmalsausprägung werden die Personengruppen, die zugeordnet werden können, so klein, dass eine sinnvolle Auswertung bei dieser Vorgehensweise nicht möglich ist.

Deswegen wurde eine andere, **zweite**, qualitativ ausgerichtete **Vorgehensweise** gewählt: die vom **Projektpartner in Saarbrücken** (ISO-Institut) ausfindig gemachten Fallgruppen, die vier „Bewältigungsstrategien der Ratsuchenden“ (die Schicksalsergebenen, die Pragmatiker, die Kämpfer, die Verbitterten), sollten als Bezugsgrundlage für Beratungsinhalte und –zeiten verwandt werden.

Dazu musste zunächst versucht werden, die Fallgruppen auf die Faktorenliste der KFH (23 Faktoren) zu übertragen. Inhaltlich weisen die Fallgruppen einzelne Überschneidungspunkte auf mit der von der KFH entwickelten o.g. Liste von Faktoren (Abbildung siehe Anhang), z.B. werden in der Liste auch „Bewältigung der Lebenssituation“, „Lebenswille, Antrieb/Motivation“ sowie „Mitwirkungs- und Veränderungsbereitschaft“ abgefragt. Dabei sind die ISO- Daten qualitativ ausgerichtet, die der KFH dagegen unter quantitativen Aspekten erhoben worden, sie ergänzen einander als verschiedene Facetten eines Gesamtbildes. Hier wurde nun versucht, die qualitativen Gruppen des ISO-Institutes und die quantitativen Gruppen der KFH einander zuzuordnen, es wurde nach Deckungspunkten gesucht, etwa hinsichtlich der Korrelation qualitativer Fallgruppen des ISO-Institutes mit Beratungsart und Beratungsdauer.

So wurde beispielsweise der „Schicksalsergebene“ unter anderem durch „ambivalente Mitwirkungsbereitschaft“ (entnommen einer Tischvorlage des ISO-Institutes für ein Arbeitstreffen im Juni 2006) definiert.

Hier konnte ein Zusammenhang vermutet werden zur Variable 20 des Instruments 5 der KFH, welche „Mitwirkungs- und Veränderungsbereitschaft vorhanden“ beschrieb, mit den möglichen Ausprägungen von 0 = trifft nicht zu, 1 = trifft geringfügig zu, 2 = trifft überwiegend zu und 3 = trifft vollkommen zu. Die „ambivalente Mitwirkungsbereitschaft“ entsprach allerdings nicht einer konkreten Merkmalsausprägung, sondern hätte bedeutet, dass die Werte zwischen 0 und 3 geschwankt hätten (da bei Ambivalenz zeitweise eine große Mitwirkungsbereitschaft gegeben sein kann und zeitweise überhaupt keine). Weitere Zuordnungsversuche mit anderen Typen und Variablen ergaben ein ähnliches Bild. Eine eindeutige Zuordnung der KFH-Daten zu den Typen des ISO-Institutes ließ sich demnach nicht durchführen, somit konnten diese nicht auf die weiteren Auswertungen der KFH angewendet werden.

Nun wurde schließlich eine quantitativ ausgerichtete, **dritte Vorgehensweise** gewählt: Es erfolgte nun ein Rückgriff auf die erhobenen Daten aus der „Liste von Faktoren, die Art und Dauer der Beratung vermutlich beeinflussen“, mit dem Ziel, diese **quantitativ** auswerten und mit Beratungsart und –dauer vergleichen zu können.

Es wurde zu diesem Zweck ein **Ranking** gebildet. Der Grund liegt darin, dass durch die o.g. subjektive Prägung der Messdaten seitens des Beraters und wegen der relativ geringen verwertbaren Fallmenge von 59 Fällen, es nicht sinnvoll war, mit den sehr fein aufgefächerten Persönlichkeitseigenschaften weitere Berechnungen vorzunehmen, da sich sonst zu kleine Fallzahlen pro Rubrik ergeben hätten.

Bei dem Ranking wurden die Persönlichkeitseigenschaften aus der „Liste der Faktoren, die Art und Dauer der Beratung vermutlich beeinflussen“ **zu 3 quantifizierten Hauptgruppen** zusammengefasst und **verdichtet**. Da keine inhaltlichen Anhaltspunkte vorlagen, wurde diese Zuordnung durch ein **Aufaddieren der Punkte** vorgenommen, die beim Ausfüllen der o.g. Liste der Faktoren durch den Berater vergeben werden konnten. Dazu war die gesamte Skala, auf der maximal 66 Punkte erreicht werden konnten, in drei gleichgroße Teile unterteilt worden

Somit ergaben sich folgende Personengruppen:

- Personen mit komplexer Problemlage (Punktzahl 0-22)
- Personen mit mittlerer Problemlage (Punktzahl 23-44)
- Personen mit geringfügiger Problemlage (Punktzahl 45-66)

Da bei 3 von den 59 Personen der Datenbasis keine Liste der Faktoren vorlag, wurde hier mit **56 Fällen** gerechnet (wovon 40 Produkt III und 22 Produkt IV beanspruchten; die Differenz von 56 zu 62 entsteht durch Personen, die sowohl Produkt III als auch IV nutzten).

Die ursprüngliche Frage aus dem Forschungsauftrag hinsichtlich der Weiterentwicklung des Orientierungsscreenings lautete: Welche **Persönlichkeitseigenschaften** (hier: verdichtet zu Personengruppen) lassen sich welchen typischerweise genutzten Produkten von Pflege- und/oder Wohnberatung zuordnen (**Art der Beratung** – hier beschränkt auf Produkte III und IV) und wie lange dauert die Erbringung der Produkte jeweils (**Dauer der Beratung**)? Hier erfolgt eine erste Antwort:

<b>Personengruppe</b>	<b>Produkt III (Versorgungssteuerung im Einzelfall)</b>	<b>Produkt IV (Psychosoziale Begleitung)</b>
<b>Mit komplexer Problemlage</b>	Anzahl Fälle:3	Anzahl Fälle: 1
	Anzahl Beratungstermine (Mittelwert): 2,7	Anzahl Beratungstermine (Mittelwert): 3,0
	Gesamtdauer Beratungstermin (Mittelwert in Minuten): 249	Gesamtdauer Beratungstermin (Mittelwert in Minuten): 190
	Durchschnittsdauer pro Termin (Mittelwert in Minuten): 93	Durchschnittsdauer pro Termin (Mittelwert in Minuten): 63
<b>Mit mittlerer Problemlage</b>	Anzahl Fälle:35	Anzahl Fälle: 20
	Anzahl Beratungstermine (Mittelwert): 1,9	Anzahl Beratungstermine (Mittelwert): 1,9
	Gesamtdauer Beratungstermin (Mittelwert in Minuten): 131	Gesamtdauer Beratungstermin (Mittelwert in Minuten): 127
	Durchschnittsdauer pro Termin (Mittelwert in Minuten): 69	Durchschnittsdauer pro Termin (Mittelwert in Minuten): 69
<b>Mit geringfügiger Problemlage</b>	Anzahl Fälle:2	Anzahl Fälle: 1
	Anzahl Beratungstermine (Mittelwert): 2,5	Anzahl Beratungstermine (Mittelwert): 1,0
	Gesamtdauer Beratungstermin (Mittelwert in Minuten): 208	Gesamtdauer Beratungstermin (Mittelwert in Minuten): 79
	Durchschnittsdauer pro Termin (Mittelwert in Minuten): 83	Durchschnittsdauer pro Termin (Mittelwert in Minuten): 79
<b>Gesamt</b>	Anzahl Fälle: 40	Anzahl Fälle: 22

**Erläuterung zu Produkt III (Versorgungssteuerung im Einzelfall):**

- Die 3 Personen mit komplexer Problemlage, die das Produkt III in Anspruch nahmen, benötigten durchschnittlich dafür 2,7 Termine. Dabei benötigten sie pro Termin durchschnittlich 91 Minuten (insgesamt für alle Termine zusammen durchschnittlich 249 Minuten).
- Die 35 Personen mit mittlerer Problemlage, die das Produkt III in Anspruch nahmen, benötigten durchschnittlich dafür 1,9 Termine. Dabei benötigten sie pro Termin durchschnittlich 73 Minuten (insgesamt für alle Termine zusammen durchschnittlich 131 Minuten).
- Die 2 Personen mit geringfügiger Problemlage, die das Produkt III in Anspruch nahmen, benötigten durchschnittlich dafür 2,5 Termine. Dabei benötigten sie pro Termin durchschnittlich 85 Minuten (insgesamt für alle Termine zusammen durchschnittlich 208 Minuten).

**Erläuterung zu Produkt IV (Psychosoziale Begleitung):**

- Die 1 Person mit komplexer Problemlage, die das Produkt IV in Anspruch nahm, benötigte dafür 3,0 Termine. Dabei benötigte sie pro Termin durchschnittlich 63 Minuten (insgesamt für alle Termine zusammen 190 Minuten).
- Die 20 Personen mit mittlerer Problemlage, die das Produkt IV in Anspruch nahmen, benötigten durchschnittlich dafür 1,9 Termine. Dabei benötigten sie pro Termin durchschnittlich 69 Minuten (insgesamt für alle Termine zusammen durchschnittlich 127 Minuten).
- Die 1 Person mit geringfügiger Problemlage, die das Produkt IV in Anspruch nahm, benötigte dafür 1,0 Termin. Dabei benötigte sie 79 Minuten für diesen Termin.

Beim Betrachten der Personenzahlen pro quantitativer Fallgruppe fällt auf, dass sich sowohl bei Produkt III als auch bei Produkt IV die meisten Personen jeweils der Gruppe der „Mittleren Problemlagen“ zuordnen lassen. Dagegen weisen nur sehr wenige Personen „Komplexe Problemlagen“ oder „Geringfügige Problemlagen“ auf. Deshalb erlaubt die quantitative Aufteilung an dieser Stelle keine weiteren Schlussfolgerungen.

Beim Erheben der Beratungszeiten in Ahlen sind weitere Daten erzeugt worden, die auf bestimmte Beratungsinhalte hinweisen. Diese sind nicht identisch mit den o.g. Produkten I-IV, sondern geeignet, **4 thematische Schwerpunkte in der Beratung** festzustellen.

Bei der **Leistungsanspruchsberatung (LAB)** geht es vor allem um folgende Themen

- Hartz V/Sozialhilfe
- SGB V
- SGB XI
- Rentenbescheid
- GEZ-Antrag
- Blindengeld
- Kriegsopferfürsorge
- Schwerbehindertengesetz
- Erwerbsunfähigkeitsrente

Dabei wird auch Hilfestellung beim Ausfüllen von Anträgen gegeben.



**Psychosoziale Beratung (PSYB)** beinhaltet vor allem die folgenden Themenbereiche:

- Belastungssituation der Angehörigen
- Hospizbewegung
- Beruhigen, Ermuntern
- Tod

**Dienstleistungsberatung (DLB)** umfasst vor allem:

- Gesetzliche Betreuung
- Pflegerische Dienste
- Medizinische Dienste
- Hauswirtschaftliche Dienste
- Hausnotruf
- Besuchsdienste, Nachbarschaftshilfe
- Freizeitgestaltung
- Komplementäre Angebote

**Wohn- und Hilfsmittelberatung (WHB)** bedeutet vor allem thematisch:

- Bad
- Wege und Treppen
- Bett
- Küche
- Handläufe, Haltegriffe
- Rollstuhl
- Umzug in andere Wohnung

Im Durchschnitt **dauerte die Erbringung** der

- Leistungsanspruchsberatung (LAB): 43 Minuten
- Psychosoziale Beratung (PSYB): 4 Minuten
- Dienstleistungsberatung (DLB): 11 Minuten
- Wohn- und Hilfsmittelberatung (WHB): 10 Minuten

Diese Zahlen errechnen sich aus den Durchschnittswerten der Minuten aller 59 Personen für alle ihre wahrgenommenen Beratungstermine. Beispiel: Der durchschnittliche Ratsuchende Herr Müller hat insgesamt (alle seine Termine im oben definierten Messzeitraum zusammenaddiert) 68 Minuten Beratung erhalten.

Davon entfielen auf LAB 43 Minuten, auf PSYB 4 Minuten, auf DLB 11 Minuten, auf WHB 10 Minuten. Die Anzahl der Beratungstermine, die ein Ratsuchender in Anspruch genommen hat, schwankt je nach seiner persönlichen Situation und nach Beratungsthema:

- Die wenigsten Beratungstermine (Mittelwert 1,0) benötigten Personen mit geringfügiger Problemlage (guter Zustand), die Psychosoziale Begleitung in Anspruch nahmen.
- Die meisten Beratungstermine (Mittelwert 3,0) benötigten Personen mit starker Problemlage, die Psychosoziale Begleitung in Anspruch nahmen.

Eine detaillierte Aufschlüsselung, aus **welchen einzelnen Arbeitsschritten** sich die Tätigkeit eines Pflege- und Wohnberaters bei der Erbringung der Produkte LAB, PSYB, DLB, WHB zusammensetzt, ergab folgendes Bild:

Für den **Frontoffice-Bereich „Eigentliche Beratung“** (die Kategorien in den Tabellen sind analog den Frontoffice-Zeitmessungsinstrumenten dargestellt, siehe Anhang):

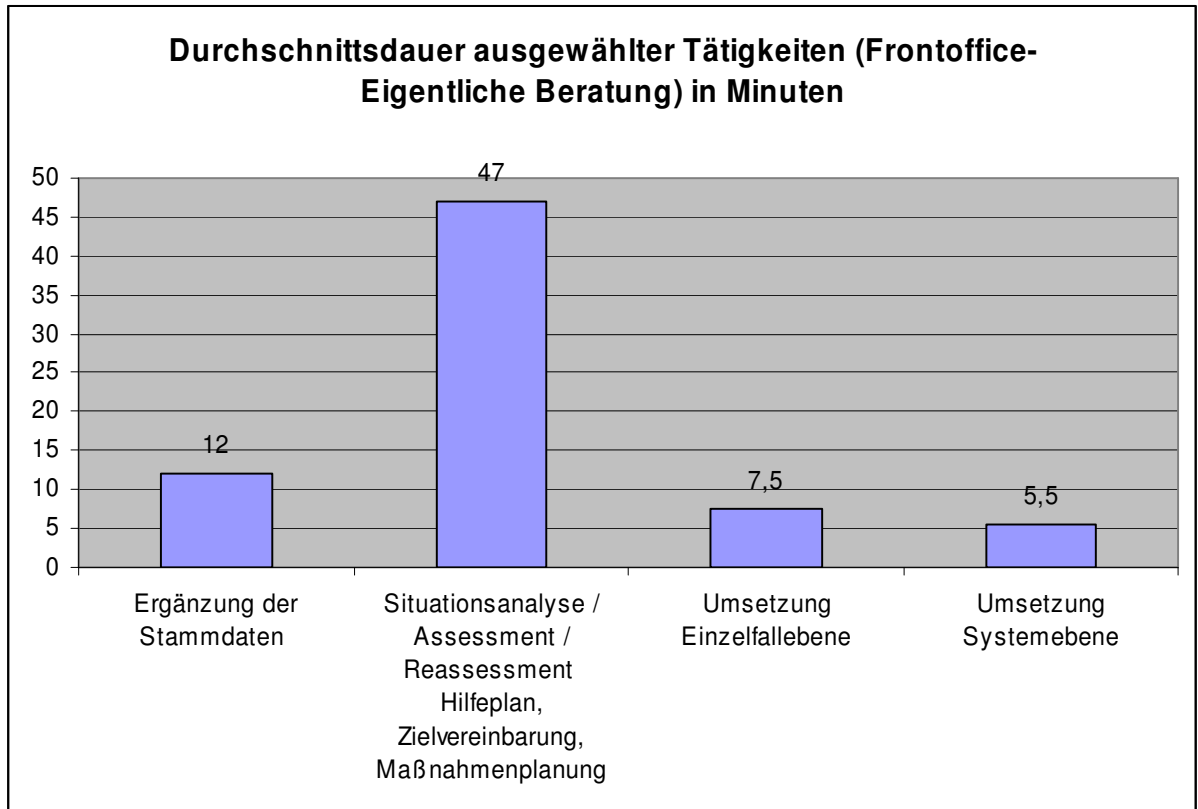
	<b>Durchschnittsdauer in Minuten (berechnet auf Basis der 59 Fälle)</b>			
Wegezeiten (ab Türschwelle der Beratungsstelle)	21			
Wartezeiten	1			
Allgemeine Gesprächseröffnung	2			
Kurze Vorstellung der Beratungsstelle	Unter 1			
Ergänzung der Stammdaten (z.B. Aufnehmen allg. Probleme, Belastungssituation der Angehörigen, Gesundheitszustand)	LAB 10	PSYB 1	DLB Unter 1	WHB Unter 1
Situationsanalyse / Assessment / Reassessment Hilfeplan, Zielvereinbarung, Maßnahmenplanung (inkl. Dokumentieren und Besprechen dieser Themen)	LAB 22	PSYB 3	DLB 12	WHB 10
Umsetzung Einzelfallebene: Kommunikation Berater-Ratsuchender (Infos austauschen,	LAB 6	PSYB Unter 1	DLB Unter 1	WHB Unter 1

Material übergeben)				
Umsetzung Systemebene: Kommunikation Berater- Einrichtungen (Infos austauschen, verhandeln, hinzuziehen, Material übergeben)	LAB 4	PSYB Unter 1	DLB Unter 1	WHB Unter 1
Persönliches (kleine Gespräche zwischen durch)				1
Nächsten Termin vereinbaren				Unter 1
Allgemeinen Gesprächsschluss durchführen				2
Dokumentieren jedes weiteren Termins				1
Den weiteren Verlauf des Hilfe- prozesses prüfen				Unter 1
Individuelles Auswerten des Bera- tungsprozesses (Evaluation)				Unter 1
Nachgehende Kontrolle durchfüh- ren				Unter 1
Gedankliches Vor- und Nachberei- ten des Termins				Unter 1
<b>GESAMT</b>				<b>96</b>

Hinweis: Die Kategorien „Ergänzung Stammdaten“, „Umsetzung Einzelfallebene“ und „Umsetzung Systemebene“ sind deshalb nicht weiter aufgeschlüsselt, weil es sich bei der Messung der konkreten Beratungsverläufe herausstellte, dass diese Teilthemen nie in geordneten Blöcken nacheinander besprochen wurden, sondern das Gespräch immer wieder hin- und her sprang, auch wieder auf Punkte zurückkam, die scheinbar bereits zu Ende besprochen worden waren.

Bei der Betrachtung der Zeitwerte fällt erwartungsgemäß auf, dass das Besprechen der unmittelbar pflege- und wohnungsanpassungsorientierten Fragen den weitaus größten Zeitanteil ausmachen, nur ein kleiner Teil wird für andere, z.B. organisatorische Gesprächsthemen sowie die Auswertung der Beratung verwendet. Die größten Zeitanteile mit 47 Minuten benötigen weitere Klärungen der Situation, (Re-)Assessment sowie Planung der Hilfen und Maßnahmen. Eine ausreichende Erfassung der Stammdaten benötigt durchschnittlich 12

Minuten, wogegen die Umsetzung auf Einzelfall- und Systemebene weniger Zeit in Anspruch nimmt.



Zu dem **Bereich Frontoffice** gehören außerdem die „**Vor- und Nachbereitung**“. Hier sind folgende detaillierte Beratungsschritte und die dazu benötigten Zeiten erkennbar:

	Durchschnittsdauern in Minuten, n=45, da nur von 45 der 59 Fälle ausgefüllte Zeitmessbögen zum Bereich „Frontoffice- Vor- und Nachbereitung“ vorlagen			
Auskunft geben	Unter 1			
Orientierungsscreening	Unter 1			
Verabreden eines Beratungstermins	Unter 1			
Vorbereiten des Beratungstermins	Unter 1			
Stammdatenerhebung	Unter 1			
Sich Infos und Material beschaffen, an andere geben, hinzuziehen, kontaktieren	LAB 7	PSYB 2	DLB 4	WHB 11

Dokumentieren jedes weiteren Termins außerhalb des eigenen Beratungsgesprächs	4
Den weiteren Verlauf des Hilfeprozesses prüfen (Monitoring)	4
Individuelles Auswerten des Beratungsprozesses	Unter 1
Nachgehende Kontrolle ausführen	1
Reflektieren und planen	Unter 1
<b>GESAMT</b>	<b>33</b>

Hier fällt der größere Zeitbedarf auf für Tätigkeiten, die für Beschaffung bzw. Verteilung von Informationen und Material nötig sind, und für Tätigkeiten, die im Kontakt zu anderen Akteuren liegen (insgesamt durchschnittlich 24 Minuten).

Das Verhältnis der Durchschnittsdauer für die eigentliche Beratung (96 Minuten) gegenüber der Vor- und Nachbereitung (33 Minuten) entspricht etwa 3 zu 1.

Neben der Bestimmung der Zeitwerte im Fortoffice-Bereich sollten auch die Zeiten im **Backoffice-Bereich** betrachtet werden, um das **Verhältnis** zwischen unmittelbar klientenbezogenen, z.B. beratenden Tätigkeiten (Frontoffice) und nicht dem Einzelfall zuzuordnenden Leistungen (Backoffice) in der Pflege- und Wohnberatung bestimmen zu können. D.h. es war die Frage zu klären: wie viel Overhead-Bestandteile kommen auf eine erbrachte Beratungsstunde?

Um ein Bild zu gewinnen, wie sich diese Anteile in der praktischen Arbeit einer Beratungsstelle darstellen, wurde auch für den Backoffice-Bereich als Referenzmodell die KAA Ahlen untersucht. Als Bezugszeitraum wurde das Kalenderjahr 2005 gewählt. Es wurden die Arbeitszeitanteile des Ahlener Pflege- und Wohnberaters und der Verwaltungsmitarbeiterin untersucht, die ebenfalls mit einem Teil ihrer Arbeitszeit für die Pflege- und Wohnberatung tätig ist.

Unter der Rubrik „**Frontoffice**“ wurden folgende Arbeitsinhalte erfasst:

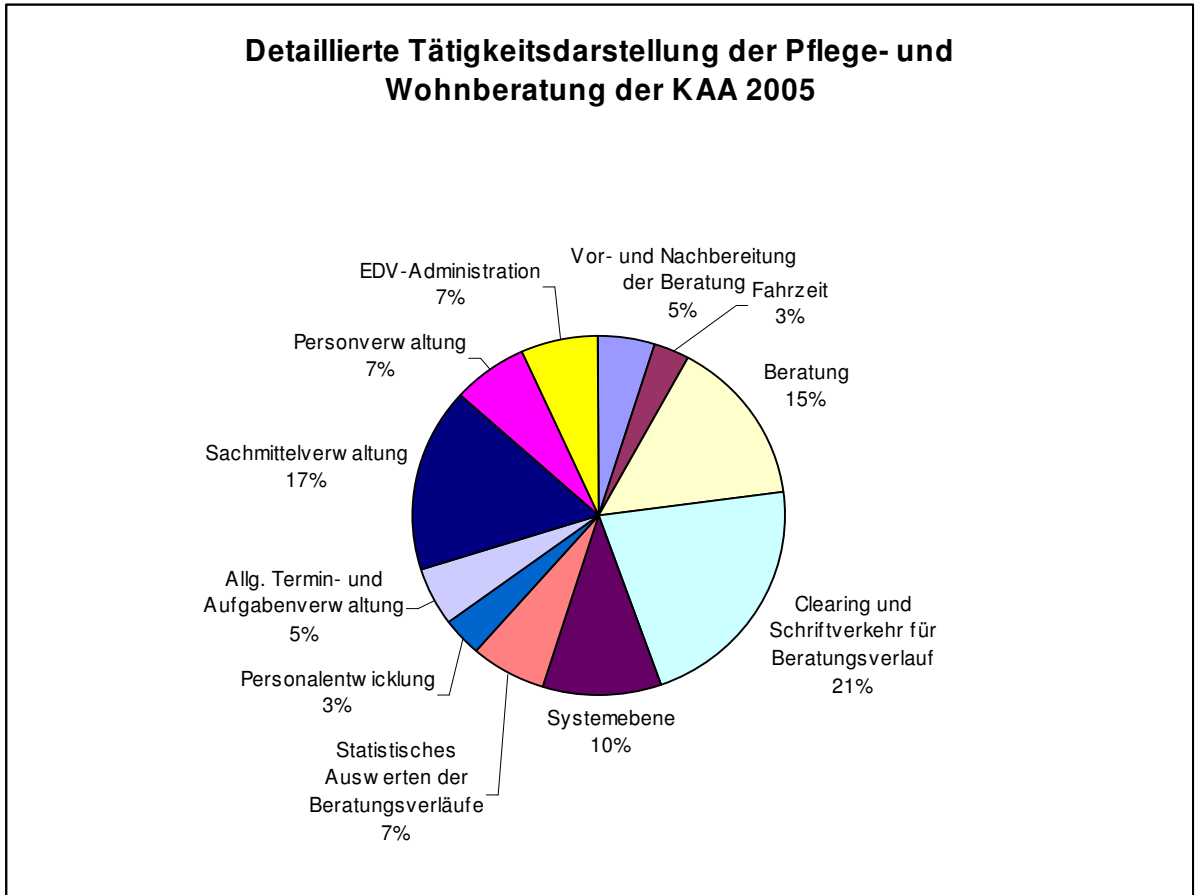
- Vor- und Nachbereitung der Beratung
- Fahrtzeit
- Beratung
- Clearing und Schriftverkehr für den Beratungsverlauf

Die Zahlen für Vor- und Nachbereitung, Fahrtzeit und eigentliche Beratung in 2005 wurden entnommen aus der neuen Datenbank der KAA am 06.11.2006, diese Leistungen wurden durch den Pflege- und Wohnberater erbracht. Die Zeiten für „Clearing und Schriftverkehr für den Beratungsverlauf“ wurden von der Verwaltungsmitarbeiterin erbracht, es handelt sich um Schätzwerte durch sie selbst.

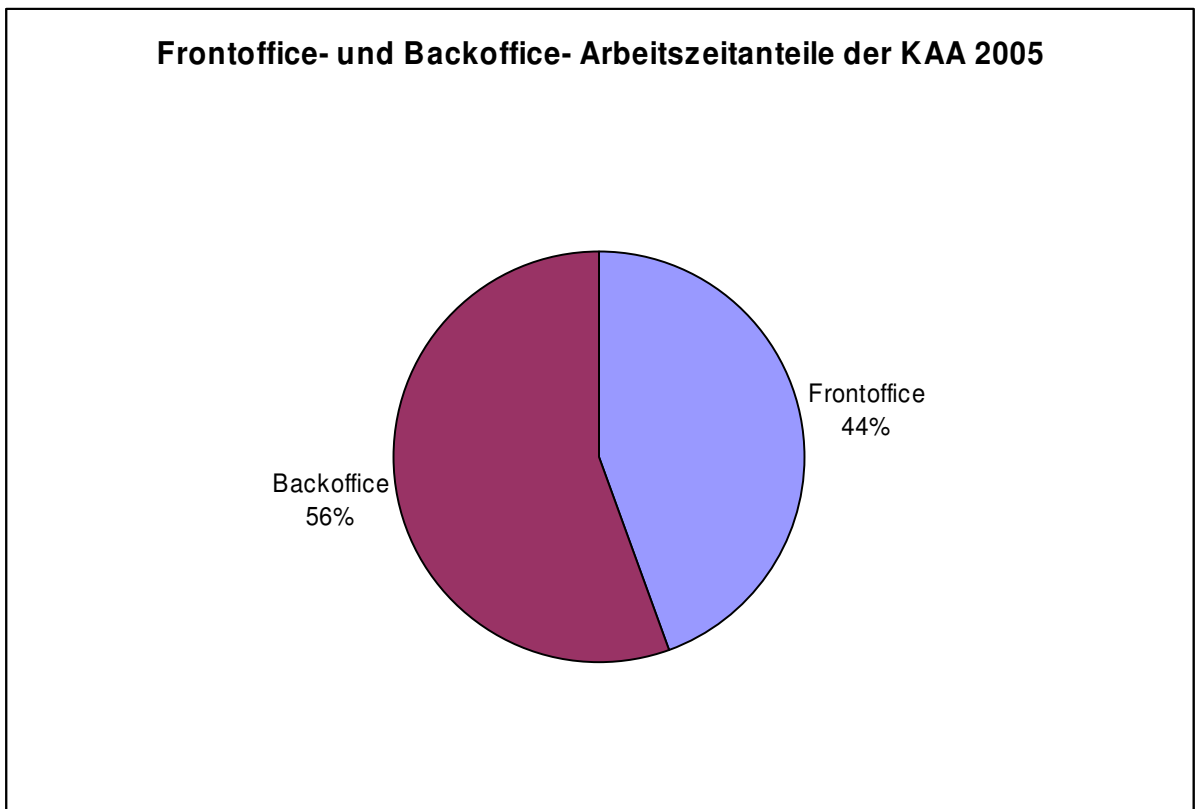
Für „**Backoffice**“ wurden folgende Arbeitsinhalte erfasst:

- Systemebene
- Statistisches Auswerten von Beratungsverläufen
- Personalentwicklung
- Allgemeine Termin- und Aufgabenverwaltung
- Sachmittelverwaltung
- Personalverwaltung
- EDV-Administration

Hier stellten beide Mitarbeiter der Beratungsstelle anhand des Erhebungsformulars „Backoffice-Organisation und Verwaltung“ sowie „Backoffice-Systemebene“ (siehe Anhang) rückwirkend zeitliche Schätzungen an über die von ihnen in 2005 erbrachten Tätigkeiten. Der Grund, warum hier Schätzungen gegenüber Messungen bevorzugt wurden, ist die Tatsache, dass die Backoffice-Tätigkeiten in der KAA im Laufe eines Monats oder eines Jahres variieren: es gibt Zeiten, wo sich Außentermine häufen, oder aber am Geschäftsbericht eines Jahres gearbeitet werden muss. D.h. um wirklich aussagekräftige Messwerte zu bekommen, hätte man einen kompletten Jahreszyklus messen müssen, was außerhalb der zeitlichen Möglichkeiten lag.



Zusammengefasst ergeben die Bereiche Frontoffice und Backoffice folgende Anteile:



Das Ergebnis ist mit Blick auf das Ausmaß und die offensichtliche Bedeutung des Backoffice-Bereichs doch überraschend: nimmt man ausschließlich die reine Beratungszeit (ohne Fahrtzeit, ohne Vor- und Nachbereitung), so kommen auf 1 erbrachte Beratungsstunde 5,6 Stunden sonstiger Tätigkeiten im Fortoffice (Vor- und Nachbereitung) und Backoffice-Bereich. Errechnet man das Verhältnis von Frontoffice- zu Backoffice-Bereich, so ergibt sich, dass auf 1 Beratungsstunde ca. 1,3 Backoffice-Stunden fallen.

Bei diesem Ergebnis muss neben den dargestellten Messungenauigkeiten berücksichtigt werden, dass die Ahlener Beratungsstelle im Rahmen des Forschungsauftrages vor allem auch Backoffice-Aufgaben zu erfüllen hatte. Auch die Verwaltungsmitarbeiterin war überwiegend im Backoffice-Bereich tätig.

Trotz aller Einschränkungen der internen und externen Gültigkeit dieses Ergebnisses ist doch festzuhalten, dass dem Backoffice-Bereich eine inhaltlich wichtige und quantitativ bedeutsame Stellung zukommt, die es bei Stellen-, Aufgaben- und Kostenplanungen zu berücksichtigen gilt.



## 5 Zusammenfassung und Ausblick

Ein zentrales Forschungsziel war die Formulierung ortsunabhängiger Qualitätsstandards für Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen. Um Anhaltspunkte für die Aufgaben und Arbeitsweisen von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen zu erhalten, wurden die pflegepolitischen Voraussetzungen in Deutschland sowie die fachlichen und gesetzlichen Grundlagen von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen dargestellt sowie eine bundesweite Befragung durchgeführt.

Die Versorgung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen ist gekennzeichnet durch die Zuständigkeit unterschiedlicher Kostenträger, unterschiedlicher Leistungsträger sowie dem Zusammenwirken unterschiedlicher Berufsgruppen. Forschungsstudien und auch frühe Literatur zu Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen verweisen auf die Notwendigkeit, dass Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen in Anlehnung an das Handlungskonzept Case Management die komplexe Lebenssituation umfassend aufnehmen und die notwendigen Dienste im Einzelfall koordinieren können. Der in gesetzlichen Grundlagen genannte höchste fachliche Standard stellt ebenfalls das Handlungskonzept Case Management dar.

Die bundesweite Befragung ergab, dass die Beratungsstellen in vier Typen unterschieden werden können. Ein erster Typ mit höchsten fachlichen Standards leistet umfassende Problemlösungsberatung sowie Versorgungssteuerung gemäß des Handlungskonzeptes Case Management. Die Problemlösungsberatung beinhaltet psycho-soziale Beratung und Krisenintervention. Ein zweiter Typ berät Zuhause in komplexen Lebenssituationen, übernimmt ggf. selber notwendige Maßnahmen und verweist auf andere Dienste. Ein dritter Typ bietet Problemlösungsberatung in der Pflege- und/oder Wohnberatungsstelle an. Einzelmaßnahmen werden von der Stelle i.d.R. nicht übernommen. Und ein vierter Typ schließlich stellt ausschließlich eine Informationsstelle dar. Der erste Typ beinhaltet alle möglichen Leistungsanforderungen an Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen. Eine Vollimplementierung von Case Management auf Einzelfall- und Systemebene sowie psycho-soziale Beratung und Krisenintervention sind hier Voraussetzung.

Die Formulierung ortsunabhängiger Qualitätsstandards orientiert sich an dem ersten Beratungsstellentyp. Diesem ist auch die Ahlener Pflege- und Wohnberatungsstelle zuzuordnen. Aus der bundesweiten Befragung können darüber hinaus viele interessante Einzelergebnisse dargestellt werden:

- die Verbreitung von Beratungsstellen ist in den unterschiedlichen Bundesländern sehr heterogen. In einigen existiert eine flächendeckende Versorgung, in anderen gibt es kaum Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen,

- nur in wenigen Ländern gibt es landesweite Zusammenschlüsse von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen,
- es gibt sehr viel mehr Pflegeberatungsstellen als Wohnberatungsstellen,
- etwa die Hälfte der Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen geben an, nach dem Handlungskonzept Case Management zu arbeiten, aber nur sehr wenige haben eine Weiterbildung im Bereich Case Management absolviert,
- die meisten Pflege- und/oder Wohnberater sind Sozialpädagogen/Sozialarbeiter,
- ca. 2/3 der Beratungsstellen haben eine Leistungsbeschreibung und ein schriftlich formuliertes Konzept, aber nur wenige Beratungsstellen haben Qualitätsstandards,
- die Anzahl von Beratungen im Jahr ist je nach Beratungsstelle sehr unterschiedlich: sie reicht von unter 50 bis über 1000 Beratungen komplexer Lebenssituationen.

Ein zweiter Forschungsauftrag bezog sich auf die Erarbeitung eines Instrumentes zur Bestimmung von Beratungszeiten und –inhalten. Dieses Instrument sollte schnell und verlässlich vor Beginn der eigentlichen Beratung eingesetzt werden können.

Aufgrund der hohen Anzahl möglicher Einflussfaktoren auf Beratungsinhalte und –zeiten und der geringen Datenmenge zu minutengenauen zeitlichen Messungen, die am Beispiel der Ahlener Beratungsstelle erhoben werden konnten, ließ sich kein Screeninginstrument zur schnellen Erfassung von Beratungsinhalten und –zeiten erarbeiten. Stattdessen scheint sinnvoll zu sein, Beratungsinhalte und –zeiten im Zusammenhang mit dem Erstellen des Assessments und des Serviceplans zu bestimmen, denn erst diese ermöglichen ein fundiertes Erfassen des Falles. Im Rahmen dieser Erhebungen konnten die Dauer von Tätigkeiten aus der Pflege- und Wohnberatung berechnet werden, z.B. die Durchschnittszeitwerte von Leistungsanspruchsberatung, Psychosozialer Beratung, Dienstleistungsberatung sowie Wohn- und Hilfsmittelberatung. Ebenso konnte die Durchschnittsdauer bestimmter relevanter Tätigkeitsanteile errechnet werden (wie z.B. für Ergänzung von Stammdaten, Situationsanalyse sowie Umsetzung der geplanten Maßnahmen auf der Einzelfall- und auf der Systemebene). Es entstand insgesamt ein aufschlussreiches Bild der anfallenden Arbeitszeitan-teile für eine Pflege- und Wohnberatungsstelle. Durch die Berechnungen wurde erkennbar, dass das Verhältnis von eigentlicher Beratung (im direkten Klientenkontakt) im Vergleich zur Vor- und Nachbereitungszeit für den jeweiligen Beratungsfall mit circa 3 zu 1 anzusetzen ist. Es wurde auch deutlich, wie wichtig es ist, die Bedeutung des Backoffice-Bereiches bei Beratungen nicht zu unterschätzen. Im Falle der untersuchten Beratungsstelle KAA lag das Verhältnis von erbrachten Frontoffice- zu Backoffice-Stunden bei 1,0 zu 1,3. Die qualitative und die quantitative Bedeutung des Backoffice-Bereiches sollte bei Aufgabenbeschreibungen und Finanzierungsplänen von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen berücksichtigt werden.

## 6 Literatur

- Asam, Walter H.; Altmann, Uwe; Lutz-Gräber, Christiane u.a. (1997): Beratung nach dem Landespflegegesetz NRW. Ein Verfahrenshandbuch mit Beispielen aus der kommunalen Praxis. Düsseldorf
- BAG Wohnungsanpassung e.V. (Hrsg., 2002): Finanzierung von Wohnberatungsstellen. St. Wendel
- BAG Wohnungsanpassung e.V. (Hrsg., 2002): Qualitätsanforderungen von Wohnberatungsstellen. St. Wendel
- Bamberger, Günter (2005): Lösungsorientierte Beratung. Praxishandbuch. Weinheim, Basel
- Baur, Nina; Fromm, Sabine (Hrsg.) (2004): Datenanalyse mit SPSS für Fortgeschrittene. Ein Arbeitsbuch. Wiesbaden
- Beck, Ulrich (1996): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt a.M.
- BKK-Bundesverband: BKK Handbuch Pflegeberatung. Als CD-ROM im Dezember 2004 erschienen.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung e.V.: Adressliste von Wohnberatungsstellen auf der Homepage [www.wohnungsanpassung.de](http://www.wohnungsanpassung.de)
- Diekmann, Andreas (2002): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Reinbek
- Döhner, Hanneli; Bleich, Christiane; Kofahl, Christopher (2002): Case Management für ältere Hausarztpatientinnen und –patienten und ihre Angehörigen: Projekt Ambulantes Gerontologisches Team – PAGT. Stuttgart
- Engel, Heike; Engels, Dietrich (2000): Case Management in verschiedenen nationalen Altenhilfesystemen. Stuttgart, Berlin, Köln
- Ewers, Michael; Schaeffer, Doris (Hrsg.) (2000): Case Management in Theorie und Praxis. Bern u.a.
- Geiger, Manfred (2001): Zur Arbeits- und Funktionsweise von regionalen Koordinierungsstellen. Eine exemplarische Analyse auf der Basis von Fallbeispielen. ISO: Saarbrücken
- Greuß, Marius; Mennemann, Hugo (2006): Soziale Arbeit in der Integrierten Versorgung. München/Basel.
- Grieshaber, Uschi (2005): Wundertüte Pflegeberatung. In: Forum Sozialstation, Ausgabe 135, August 2005, S. 12-16. Bonn

- Hansen, Jutta; Berger, Gerhard (2006): Modellprojekt Trägerunabhängige Beratungsstellen in Schleswig-Holstein, Phase II. Zwischenbericht Kosteneffektivität der Beratungsstellen. Kiel
- Heinemann-Knoch, Marianne; Korte, Elke; Hartmann, Erich (2000): Seniorenberatung in Nordrhein-Westfalen. Berlin
- Janssen, Jürgen; Laatz, Wilfried (2005): Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows. Berlin, Heidelberg, New York
- Klug, Wolfgang (2003): Mit Konzept planen – effektiv handeln. Ökosoziales Case Management in der Gefährdetenhilfe, Freiburg i.Br.
- Lamura, Giovanni; Mních, Eva; Wojszel, Beata u.a. (2006): Erfahrungen von pflegenden Angehörigen älterer Menschen in Europa bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 6/2006, S. 429-442.
- Löcherbach, Peter u.s. (Hrsg., 3. Aufl 2005): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. München
- Mennemann, Hugo (2006a): Case Management in der Altenarbeit – Einblicke in Bewährtes und Ausblicke auf Neues. In: Wendt, Wolf Rainer; Löcherbach, Peter (Hrsg.): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis. Heidelberg, 249-265.
- Mennemann, Hugo (2006b): Case Management auf der Systemebene – Aufbau von Netzwerken. In: Case Management 1, 12-18.
- Mennemann, Hugo (2005b): Case Management in der Pflege- und Wohnberatung. In: Case Management 1, 40-42.
- Mennemann, Hugo; Ribbert-Elias, Jürgen (2005): Personen- und systembezogenes Management in der Unterstützung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen am Beispiel des „Ahlener Systems“. In: Gerwin, B.; Lorenz-Krause, R. (Hrsg.): Pflege- und Krankheitsverläufe aktiv steuern und bewältigen. Unter besonderer Berücksichtigung des Corbin-Strauss-Pflegemodells. Münster
- Merchel, Joachim (2001): Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit. Ein Lehr- und Arbeitsbuch. Münster
- Mestheneos; Elizabeth; Triantafillou, Judy (2005): Supporting Family Carers of Older People in Europe. The Pan-European Background Report. Münster
- Miller, William R.; Rollnick, Stephen (1999): Motivierende Gesprächsführung. Freiburg i.Br.
- Ministerium für Wirtschaft und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (2003): Initiativ in NRW. Case Management. Theorie und Praxis.
- Neuffer, Manfred (2002): Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien. Weinheim und München

- Riet van; Wouters, Harry (2002): Case Management. Ein Lehr- und Arbeitsbuch über die Organisation und Koordination von Leistungen im Sozial- und Gesundheitswesen. Luzern.
- Schaeffer, Doris (2005): Orientierung das Ziel – Desorientierung das Ergebnis? In: Forum Sozialstation, Ausgabe 135, August 2005, S. 17-20. Bonn
- Schaffer, Hanne (2002): Empirische Sozialforschung für die Soziale Arbeit. Freiburg i.Br.
- Wendt, Wolf Rainer; Löcherbach, Peter (Hrsg., 2006): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis. Heidelberg.
- Wendt, Wolf Rainer (Hrsg., 1991): Unterstützung fallweise. Case Management in der Sozialarbeit. Freiburg.
- Wissert, Michael u.a. (1996): Ambulante Rehabilitation alter Menschen: Beratungshilfen durch das Unterstützungsmanagement. Freiburg i.Br.
- Wissmann, Peter: Case Management. In: Zippel, C.; Kraus, S. (Hrsg., 2003): Sozialarbeit in der Altenhilfe, Geriatrie und Gerontopsychiatrie. Ein Leitfaden für Sozialarbeiter und andere Berufsgruppen. Berlin

### **Anlagen zum Bericht der katholischen Fachhochschule Münster im Anhang**

Anlage 1: Bundesweite Befragung

Anlage 2: Instrumente zur Erfassung von Art und Dauer der Beratung

## **Teil B: Ortsunabhängige Qualitätsstandards für Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen**

### **Gliederung**

1. Einleitung
2. Qualitätsstandarddefinition
3. Produktgruppen, Produkte und Leistungen in der Pflege- und/oder Wohnberatung
4. Darstellungssystematik der ortsunabhängigen Qualitätsstandards
5. Anwendung der Qualitätsstandards
6. Überprüfung der Qualitätsstandards
7. Implementierung in die Praxis
8. Die Entwicklung von Arbeitsinstrumenten am Beispiel der KAA – Pflege- und Wohnberatung als Grundlage für die Entwicklung eines Softwareproduktes (in Zusammenarbeit mit der KAA – Pflege- und Wohnberatung)
  1. Fallbestimmung („Case Finding“)
  2. Situationsaufnahme und Bedarfsfeststellung („Assessment“)
  3. Serviceplan und Prozessbeobachtung („Monitoring“)
9. Zusammenfassung und Ausblick
10. Literaturhinweise

### **Anlagen zum Bericht der Katholischen Fachhochschule Münster im Anhang**

#### Anlage 3: Qualitätsstandards

- I. Leitprinzipien der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management
- II. Die ortsunabhängigen Qualitätsstandards
- III. Fallbestimmungsinstrument („Case finding Instrument“)
- IV. Instrument zur Situationsaufnahme und Bedarfsfeststellung („Assessmentinstrument“)
- V. Serviceplan- und Prozesssteuerungsinstrument
- VI. Gesichtete Qualitätsstandards von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen

## 1. Einleitung

Die Einbettung der Darstellung und Begründung ortsunabhängiger Qualitätsstandards in den Forschungszusammenhang und die **Zielperspektive** lassen sich wie folgt benennen (s. auch Einleitung, Forschungsbericht Teil I, Kap. 1): Die quantitativen Ergebnisse der Sekundäranalyse und die qualitativen Aussagen zur Zufriedenheit der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, die vom Institut für Medizinische Soziologie an der Charité in Berlin erarbeitet wurden, sowie die qualitativen Beratungsprozessstudien, die vom ISO-Institut Saarbrücken durchgeführt wurden, sollen eine interpretierbare Grundlage mit Blick auf die Arbeitsweise und –instrumente in Ahlen erhalten. Die Erarbeitung ortsunabhängiger Qualitätsstandards soll eine Übertragung der Forschungsergebnisse auf andere Pflege- und Wohnberatungsstellen gewährleisten.

Aus den Anforderungen, die Qualitätsstandards sowohl in Anlehnung an die Ahlener Pflege- und Wohnberatungsstelle als auch ortsunabhängig, d.h. übertragbar auf andere Orte zu formulieren, ergeben sich zwei aufgabenimmanente Zielperspektiven: Erstens die Benennung und Definition der Kernprozesse von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen, die neben spezifischen, ortsgebundenen Handlungsvollzügen notwendiger Bestandteil der Arbeit aller Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen sein sollten. Und zweitens die Bestimmung unterschiedlicher Typen von Beratungsstellen als Ergebnis der bundesweiten Befragung, denen die Qualitätsstandards zugeordnet werden können.

Das **methodische Vorgehen** zur Entwicklung ortsunabhängiger Qualitätsstandards kann wie folgt beschrieben werden: Ausgangspunkt waren neben einer Literaturrecherche (Case Management, pflegepolitische Grundlagen, rechtliche Grundlagen) die „Leistungsbeschreibung und die Qualitätsstandards der KAA – Pflege- und Wohnberatung“. Ein erstes Zwischenergebnis stellte eine sukzessive Herausarbeitung von vermuteten Kernprozessen in Pflege- und Wohnberatungsstellen dar, die im Sinne von Qualitätsstandards ausformuliert wurden.

Dieses Zwischenergebnis wurde im Forschungsteam vorgestellt und besprochen. Es stellte eine zentrale Grundlage dar zur Erarbeitung des Fragebogens für die bundesweite Befragung von Pflege- und Wohnberatungsstellen, um einen Überblick über die Ist-Situation der Aufgabenbereiche, Arbeitsweisen, Leistungsbeschreibungen und Qualitätsstandards zu erhalten.

Aus den Ergebnissen der bundesweiten Befragung sowie vorliegenden Leistungsbeschreibungen und Qualitätsstandards wurden Kernprozesse von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen herausgestellt, zu denen Qualitätsstandards formuliert wurden.

Für die Erstellung von Qualitätsstandards müssen demnach mehrere Inhalte verfolgt und diskursiv aufeinander bezogen werden. In diesem Bericht werden im Wesentlichen die me-

thodischen Wege und die Ergebnisse vorgestellt. Auf eine Darstellung und Begründung aller Einzelentscheidungen und Zwischenergebnisse wird zugunsten der Übersichtlichkeit und Lesbarkeit verzichtet.

Dieser Abschlussberichtsteil ist wie folgt aufgebaut: Qualitätsstandards bestehen aus einer Struktur, nach der die Standards definiert werden sollen (Kap. 2), und den inhaltlichen Kernprozessen, die alle nach der festgelegten Struktur definiert werden (Kap. 3). Im Anschluss kann die Darstellungssystematik im Überblick begründet und expliziert werden (Kap. 4). Im dem Kapitel zur Anwendung der Standards (Kap. 5) werden unterschiedliche Beratungsstellentypen den Standards zugeordnet. Anschließend werden Überprüfungs- (Kap. 6) und Implementierungshinweise (Kap. 7) gegeben. Ergänzend zu den Standards werden dann mit Blick auf die Pflege- und Wohnberatungsstelle in Ahlen Arbeitsinstrumente vorgestellt, die als Grundlage für eine Softwareprogrammierung dienen (Kap. 8).

An dieser Stelle sei die enge Zusammenarbeit mit der KAA – Pflege- und Wohnberatung noch einmal betont: Die Zusammenarbeit mit der KAA steht am Anfang und Ende dieses Forschungsauftrages. Die Arbeitsweise und die Leistungsbeschreibung der KAA stellen zunächst den Ausgangspunkt der Überlegungen dar. Zur Erarbeitung ortsunabhängiger Qualitätsstandards wurde dann eine Abstraktion von der Arbeit in Ahlen notwendig. Qualitätsstandards anderer Beratungsstellen und ein Überblick über die Arbeit von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen im gesamten Bundesgebiet wurden einbezogen, um zu Kernprozessen in Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen unabhängig von ortsgegebenen Spezifika Qualitätsstandards zu formulieren. Und schließlich konnten die erstellten ortsunabhängigen Qualitätsstandards in ihrer Bedeutung für die Arbeit in Ahlen besprochen werden.

## **2. Qualitätsstandarddefinition**

**Ziel** des Forschungsprojektes ist die Definition von ortsunabhängigen Qualitätsstandards. Es geht also, negativ formuliert, nicht um die Entwicklung eines umfangreichen Qualitätsmanagementsystems (s. hierzu: Merchel 2001, Arnold/Maelicke 1998). Die Formulierung von Qualitätsstandards schließt jedoch die Bezugnahme und die Übertragung auf Qualitätsmanagementsysteme nicht aus. Diese müssten allerdings eigens geprüft und hergestellt werden. Als nahe liegendes Qualitätsmanagementsystem könnte sich das DIN EN ISO-Konzept erweisen.

Der **Begriff „ortsunabhängige Qualitätsstandards“** wurde im Unterschied zu dem der „Expertenstandards“ bewusst gewählt. In der Pflege wurden mittlerweile fünf Expertenstandards entwickelt, die im Rahmen von Expertenbesprechungen und –erarbeitungen gemeinsam unter der Verantwortung der Universität Osnabrück erlassen wurden (s. u.a. DNQP



2004). Zwar konnte dieser Grad des Austausches und der Hinzuziehung unterschiedlicher Fachexperten im Bundesgebiet im Rahmen dieses Forschungsprojektes nicht erreicht werden, aber der Aufgabenstellung nach sind die „ortsunabhängigen Qualitätsstandards für Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen“ der Formulierung der Expertenstandards in der Pflege vergleichbar. So wurden grundlegende Überlegungen zur Formulierung der Qualitätsstandards aus den Expertenstandards übernommen (DNQP 2004). Da sich die Qualitätsstandards an dem Handlungskonzept Case Management orientieren, wurde eine Anlehnung an die Arbeit innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management vorgenommen (DGCC 2007). Diese erarbeitet derzeit handlungsfeldübergreifende Qualitätsstandards für Case Management in der Arbeitsgruppe „Grundlagen“.

Im Anschluss an dieses Forschungsprojekt ist ebenfalls eine Anbindung an die Arbeiten der BUKO-QS denkbar.

Die ortsunabhängigen Qualitätsstandards sollen die Güte bzw. die Beschaffenheit (Arnold/Maelicke 1998, 280) der Kernprozesse in Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen festlegen. Dazu muss definiert werden, nach welchen inhaltlichen **Kriterien** oder nach welcher Formalstruktur dies geschehen soll. Dieses kann auf unterschiedliche Art und Weise sinnvoll geschehen. Für die hier gewählte Standarddefinition waren die folgenden Überlegungen handlungsleitend:

- Die in der sozialen und pflegerischen Arbeit häufig verwandte Grundausrichtung an den Qualitätsebenen: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Donabedian 1980) soll beibehalten werden (Arnold/Maelicke 1998, 282). Sie erwies sich in der Praxis als äußerst hilfreich.
- Die Standarddefinition soll sowohl übersichtlich, systematisch und leicht überschaubar, als auch differenziert genug sein, um die unterschiedlichen Inhalte eindeutig abbilden zu können.
- Da es sich um Kernprozesse von Pflege- und Wohnberatungsstellen handelt, macht es Sinn, diese zunächst allgemeingültig und dann in einem zweiten Schritt detailliert zu definieren.
- Eine Effektivitätskontrolle des Kernprozesses setzt die Formulierung von Zielen voraus, die im Anschluss überprüft werden können. Die Formulierung von Zielen ist den drei Qualitätsebenen vorgeschaltet.
- Bzgl. der Qualitätsebene Struktur erwies es sich als sinnvoll, die Bereiche Ort und Personal von anderen strukturellen Voraussetzungen zu unterscheiden.
- Bzgl. der Qualitätsebene Prozess ist es mit Blick auf Kernprozesse sinnvoll, den zu beschreitenden Weg, die Methode, von der zeitlichen Abfolge zu unterscheiden, denn

die Kernprozesse beinhalten mitunter komplexe Vorgehensweisen, die in einer sinnvollen zeitlichen Abfolge zueinander stehen.

- Nicht nur die Leistungsträger- oder Anbietersicht sollte abgebildet werden, sondern auch die Adressatensicht (Arnold/Maelicke 1998, 281). Konkret bedeutet dies, dass die Ergebnisse nicht nur bzgl. der zu erbringenden Leistung („Output“), sondern auch bzgl. der beim Adressaten zu erzielenden Wirkung („Outcome“) beschrieben werden sollen.

Aus den genannten Überlegungen ergibt sich die **Struktur**, nach der die Kernprozesse von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen als Qualitätsstandards definiert werden können:

- Definition
  - o Kurzdefinition
  - o Inhaltliche Beschreibung
- Ziele
- Struktur
  - o Voraussetzungen
  - o Ort
  - o Personal
- Prozess
  - o Methoden
  - o Zeitliche Abfolge
- Ergebnis
  - o Output
  - o Outcome

An die Formulierung von Qualitätsstandards sind Anforderungen zu stellen. Eine Gefahr sind beispielsweise Aussagen, die nicht eindeutig definiert und somit auch nicht überprüfbar sind. Aus der Formulierung von Zielen sind die sogenannten **SMART-Kriterien** bekannt (s. darüber hinaus zur Formulierung von Zielen: von Spiegel, 2004, 135 f.). Ziele sollen danach wie folgt formuliert werden:

- **Spezifisch-konkret**: klar und eindeutig definiert,
- **Messbar**: d.h. möglichst mit entsprechenden Kriterien,
- **Akzeptabel**, attraktiv und motivierend,
- **Realistisch** und erreichbar,
- **Terminiert**, zeitlich eingegrenzt.

Diese Kriterien eignen sich im Grundsatz auch für die Formulierung von Qualitätsstandards. Abstriche müssen lediglich bei dem Kriterium „terminiert, zeitlich eingegrenzt“ vorgenommen

werden, weil die (abstrakten) Kernprozesse häufig nicht in zeitlicher Hinsicht festgeschrieben werden können.

Die Festlegung der Güte der Kernprozesse erfährt darüber hinaus beispielhaft eine **Konkretisierung** durch die entwickelten **Arbeitsinstrumente**. Diese beziehen sich auf eine Pflege- und Wohnberatungsstelle. Sie sind mit der KAA in Ahlen erarbeitet worden. Hier ist beispielsweise das Assessmentinstrument zu nennen: während der Qualitätsstandard den Kernprozess Assessment (abstrakt) definiert, leistet das in Zusammenarbeit mit der KAA in Ahlen entwickelte Instrument eine praxisnahe Konkretisierung.

### **3. Produktgruppen, Produkte und Leistungen in der Pflege- und/oder Wohnberatung**

Neben der Strukturdefinition eines Standards sollten zentrale Kernprozesse von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen herausgearbeitet werden. Dabei wurde wie folgt **methodisch** verfahren:

Die Kernprozesse in der Pflege- und/oder Wohnberatung wurden zunächst in einer ersten Hypothese zusammengestellt nach der Leistungsbeschreibung der KAA – Pflege- und Wohnberatung sowie nach der Literaturrecherche. Zentrales Ergebnis dieser ersten Zusammenstellung war die Erkenntnis, dass sich die Kernprozesse anhand zentraler Handlungsvollzüge unabhängig von den Ahlener Gegebenheiten darstellen lassen. Die konkrete Zusammenarbeit mit Diensten vor Ort konnte ebenso wenig zu einem Standard erhoben werden, weil die Dienstleistungsstruktur ortsgebunden ist, wie konkrete Handlungsvollzüge wie Brief oder Fax versenden, weil diese zum einen keine Kernprozesse darstellen und zum anderen abhängig von den spezifischen strukturellen Bedingungen von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen vor Ort sind. Die Aufgabe bestand darin, eine in sich schlüssige Systematik von Handlungsvollzügen zu finden, in der es keine Dopplungen gibt.

Dieses Arbeitsergebnis stellte eine Grundlage für die bundesweite Befragung dar. Die Ergebnisse dieser Befragung flossen dann wiederum in die Überarbeitung der Qualitätsstandards ein. Uns wurden lediglich sechs Qualitätsstandards von Beratungsstellen zugänglich gemacht inklusive der Standards der KAA – Pflege- und Wohnberatung in Ahlen (s. Anhang VI). Die inhaltlichen Systematiken und Standarddefinitionen wurden jeweils unterschiedlich gewählt. Wichtig war, dass keine relevanten Inhalte übersehen wurden und die genannten Qualitätsstandards entweder begründet nicht berücksichtigt wurden aus o.g. Gründen, subsummiert werden konnten oder direkt übernommen wurden. Diese Recherchearbeiten führten dann zu einem überarbeiteten Qualitätsstandardentwurf, der abschließend mit der KAA – Pflege- und Wohnberatung in Ahlen diskutiert wurde.

Zentral ist die Erkenntnis, dass der besondere Auftrag von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen bei dem umfangreichsten Aufgabenkatalog - in Ergänzung zu den Informations- und Beratungsleistungen von Pflegediensten, Pflegekassen, niedergelassenen Ärzten sowie dem stationärer Einrichtungen - die alltags- und wohnortnahe Beratung zu allen relevanten Inhaltsbereichen pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen ist mit dem speziellen Auftrag, die am Einzelfall beteiligten Dienste vor Ort koordinieren zu können. In methodischer Hinsicht schließt die alltagsnahe Beratung *psycho-soziale Beratung* z.B. zur Erkennung und nach Möglichkeit Auflösung symbiotischer Pflegebeziehungen (s. Ergebnisse ISO-Institut), *Krisenintervention* in akuten Notlagen sowie *Case Management auf der Einzelfallebene und als Netzwerkarbeit auf der Systemebene* ein. Das methodische Repertoire gilt dabei im Grundsatz für Pflege-, für Wohn- sowie für Pflege- und Wohnberatungsstellen gleichermaßen.

Diese methodische Auflistung macht bereits deutlich, dass es zunächst Sinn macht, zwei Handlungsbereiche voneinander zu unterscheiden: direkt klientenbezogene Tätigkeiten („frontoffice“) von mittelbar klientenbezogenen Tätigkeiten („backoffice“). Diese Unterscheidung ist in Wirtschaftszusammenhängen üblich. Die Tätigkeiten lassen sich nach Zuordnung zu diesen zwei Handlungsbereichen zudem in „Produkte“ und „Leistungen“ unterscheiden.

Kriterien für ein **Produkt** sind:

- Produkte stehen für sich alleine; sie benötigen zu einer abgeschlossenen Tätigkeitseinheit im Anschluss keine weiteren Leistungen oder Produkte; es sei denn, sie bauen auf andere Produkte auf.
- Produkte könn(t)en als eigene Tätigkeitseinheit bei Kostenträgern abgerechnet werden.
- Produkte können nach Kriterien eindeutig von anderen Tätigkeitseinheiten oder Produkten unterschieden werden.

**Leistungen** sind einem Produkt zugeordnet, sie stehen nicht für sich alleine. Die Leistungsdefinitionen spezifizieren die Produkte.

Mehrere Produkte können also einem Handlungsbereich oder, um in der wirtschaftsnahen Fachsprache zu bleiben, einer **Produktgruppe** zugeordnet werden. So ergibt sich ein hierarchisches Modell: Produktgruppe > Produkte > Leistungen.

Klientenbezogen lassen sich in der Pflege- und/oder Wohnberatung, so können die Ergebnisse der bundesweiten Befragung interpretiert werden, vier Produkte voneinander unterscheiden: die Stellen halten alle Informationsangebote vor, die entweder in umfangreiche Beratungsprozesse einfließen oder die als solche ausreichen, damit die Adressaten ihre Ziele weiter verfolgen können. Die meisten Beratungsstellen halten darüber hinaus Problemlösungsberatungen vor, d.h. die komplexen Hilfsituationen werden mit dem Berater aufgeschlüsselt, so dass Ziele und Maßnahmen in ihrer Reihenfolge genannt werden können, um

die Hilfesituation zu lösen. Der Pflegebedürftige und die Angehörigen sind dann alleine in der Lage, die Hilfesituation weiter zu klären. Der Berater übernimmt keine an andere Dienste vermittelnde oder koordinierende Aufgaben. Die Problemlösungsberatungen bestehen im Kern in Anlehnung an das Handlungskonzept Case Management aus den unterscheidbaren Bestandteilen oder Leistungen: Gesprächseröffnung, Situationsaufnahme und Bedarfsfeststellung („Assessment“) sowie Bestimmung von Zielen, Maßnahmen, Kosten etc. („Serviceplan“). In der Arbeit mit alten Menschen hat sich darüber hinaus in Ahlen bewährt, eine „Nachgehende Beobachtung“ durchzuführen (vgl. Ribbert-Elias u.a. 1996). Diese hat kontrollierenden und präventiven Charakter. Die Pflegesituationen können sich schnell verändern und kleinere erneute Abstimmungen können leicht und frühzeitig vorgenommen werden. Die ohnehin in der Regel belasteten Angehörigen müssen nicht von sich aus kommen, um die „Kleinigkeiten“ mit dem Pflege- und/oder Wohnberater erneut zu besprechen. Diese Beratungsleistung kann entweder ausschließlich in der Beratungseinrichtung (Komm-Struktur) oder auch in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen (Geh-Struktur) erbracht werden.

Einige Beratungsstellen halten darüber hinaus im Anschluss an die Ziel- und Maßnahmenbesprechung eine umfangreiche Versorgungssteuerung und Koordination der Dienste auf den Einzelfall hin im Sinne eines Case Managements vor. Die Versorgungssteuerung beinhaltet in Anlehnung an Case Management die Leistungen: Maßnahmeneinleitung und –koordination sowie Prozessbeobachtung und –steuerung („Monitoring“). Erst im Anschluss erfolgen eine „Nachgehende Beobachtung“ und eine einzelfallbezogene Evaluation. Da der Bereich Evaluation über die einzelfallbezogene Bewertung weitere Inhalte umfasst, wird er nur 1x aufgeführt und zwar unter den mittelbar klientenorientierten Produkten, um Redundanzen zu vermeiden.

In der Altenarbeit erweist sich darüber hinaus als wesentlich, wie oben bereits erwähnt, intensiven persönlichen Kontakt zu den Pflegebedürftigen und Angehörigen aufnehmen zu können und diese auch psycho-sozial zu begleiten: Entlastung für die Angehörigen durch gezielte beraterische Gesprächsführung und Hinweise können nicht delegiert werden. Die psycho-soziale Beratung stellt ein eigenes, in sich abgeschlossenes Angebotsprodukt dar, das flankierend zu den anderen unmittelbar klientenorientierten Produkten in der Regel zur Anwendung kommt.

Darüber hinaus beschreiben Pflege- und/oder Wohnberater häufig, dass sie in den komplexen Hilfesituationen direkt handeln müssen, um weiteren Schaden kurzfristig abzuwenden. Die Einleitung und/oder Durchführung einer direkten Krisenintervention entspricht nicht den Grundsätzen eines dialogisch orientierten Beratungsprozesses. „Krisenintervention“ stellt somit ein eigenes Produkt dar.

Die mittelbar klientenorientierte Produktgruppe kann zunächst systematisch in ein internes Qualitätsmanagement und ein externes Qualitätsmanagement unterteilt werden. Das interne

Qualitätsmanagement ist äußerst umfangreich. Für die Pflege- und Wohnberatung sollen ausschließlich die Leistungen Dokumentation und Evaluation aufgrund ihrer Besonderheiten in der Pflege- und Wohnberatung hervorgehoben werden. Andere Inhaltsbereiche wie z.B. das Personalmanagement stellen im Wesentlichen keine Besonderheiten für Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen dar. Im Bereich externes Qualitätsmanagement sind in Anlehnung an das Handlungskonzept Case Management die Bereiche: Netzwerkaufbau und –steuerung, also Case Management auf der Systemebene, sowie Öffentlichkeitsarbeit hervorzuheben. Letzterer ist ein Bestandteil des „Outreach“ im Case Management (Wissert 2006). Da die Produkte Öffentlichkeitsarbeit sowie Netzwerkaufbau und –steuerung eigenständige Handlungsbereiche sind, werden sie auch als solche aufgeführt. Dokumentation und Evaluation stellen hingegen aufeinander bezogene Leistungen des internen Qualitätsmanagements dar.

In Anlehnung an der Methodenset Case Management sowie aus den Recherchen und Befragungsergebnissen und mit Blick auf die gewählte Systematik – Produktgruppen, Produkte und Leistungen – ergibt sich ein in sich schlüssiges Bild an Kernprozessen von Pflege- und Wohnberatungsstellen. Dieses kann wie folgt im Überblick dargestellt werden:

- Produktgruppe unmittelbare klientenorientiert („front-office-Bereich“) mit den Produkten (I – IV) und den dazugehörigen Leistungen (1., 2. ...):

- I. Auskunft /Information
- II. Problemlösungsberatung
  1. Gesprächseröffnung sowie Fall- und Leistungsangebotsbestimmung („case finding“)
  2. Situationsaufnahme und Bedarfsfeststellung („Assessment“)
  3. Serviceplan – Ziele und Maßnahmen im Einzelfall
  4. Nachgehende Beobachtung
- III. Versorgungssteuerung (in Abhängigkeit zur Problemlösungsberatung)
  1. Maßnahmeneinleitung und –koordination („Linking“)
  2. Prozessbeobachtung und –steuerung („Monitoring“)
- IV. psycho-soziale Beratung
- V. Krisenintervention

- Produktgruppe mittelbar klientenorientiert („back-office-Bereich“) mit den Produkten:

- VI. Öffentlichkeitsarbeit („Outreach“)
- VII. Netzwerkaufbau und –steuerung („Case Management auf der Systemebene“)
- VIII. Internes Qualitätsmanagement
  1. Dokumentation
  2. Bewertung („Evaluation“)

Die Eigenschaften dieser systematischen Übersicht über die Kernprozesse seien im Folgenden (noch einmal) erläuternd hervorgehoben, um Missverständnisse zu vermeiden:

- Einige Produkte stehen in Abhängigkeit zueinander. Produkt III: Versorgungssteuerung kann nur als Ergänzung zu Produkt II: Problemlösungsberatung zur Anwendung kommen. Und Produkt VII: Netzwerkaufbau ist gebunden an Produkt III: Versorgungssteuerung; diese beiden bilden ein Junktim, d.h. sie gehören untrennbar zusammen.
- Die Qualitätsstandards definieren alle vorhandenen, methodischen Kernprozesse von Pflege- und Wohnberatungsstellen.
- Die Instrumentenbeispiele im Anhang beziehen sich auf den Beratungstyp Pflege- und Wohnberatung. Sie sind im Rahmen des Forschungsprojektes mit Blick auf und in Zusammenarbeit mit der „KAA – Pflege- und Wohnberatung“ in Ahlen/Westfalen entstanden. Sie stellen lediglich Konkretisierungsbeispiele dar und sind insofern nicht Bestandteil der Qualitätsstandards.
- Die ortsunabhängigen Qualitätsstandards enthalten zwei Produktgruppen, 8 Produkte und zusätzlich 8 Leistungen, die jeweils einem Produkt zugeordnet sind.
- Es wurden deutsche Bezeichnungen für die Produkte und Leistungen gewählt, um die Akzeptanz in der Praxis zu erhöhen, in Klammern stehen die englischen Bezeichnungen, wenn sich die Leistungen an Case-Management-Phasen orientieren.
- Die QS II.1-3 und QS III.1+2 sowie QS VIII.2 stellen den „Regelkreis“ im Case Management dar, auch die QS VI + VII orientieren sich unmittelbar an Case Management. Die QS IV + V stellen unabhängig von Case Management ergänzende Leistungsbereiche von Pflege- und Wohnberatungsstellen dar. Schließlich sind nicht alle Beratungssituationen Case Management-„Fälle“. Die QS VIII.1+2 sichern das Qualitätsniveau und die stetige Weiterentwicklung der „lernenden Organisation“ Pflege- und Wohnberatung. Die QS I, IV + V liegen quer zu anderen QS, sie können sowohl Einzelleistungen als auch Bestandteile des Case Management-Prozesses sein oder in ihn hineinführen (QS V). Insofern ist eine eigene Hervorhebung notwendig.
- Und schließlich sei noch einmal betont: Nicht alle Pflege- und Wohnberatungsstellen decken alle benannten Produkte ab. Diese können je nach Beratungsstelle in unterschiedlicher Zusammenstellung zum Aufgabengebiet der Beratungsstelle gehören. Jedoch gehören stets alle benannten Leistungen zu einem Produkt.

Die zwei Bestandteile – Standarddefinition (Kap. 2) und Kernelemente in Pflege- und Wohnberatungsstellen (Kap. 3) – machen es nun in ihrer Bezugnahme aufeinander möglich, ortsunabhängige Qualitätsstandards zu definieren.

#### 4. Darstellung der ortsunabhängigen Qualitätsstandards

Die Darstellung der ortsunabhängigen Qualitätsstandards ist mit den Untergliederungspunkten Standardaussage, Begründung, Leitbild und differenzierte Standarddarstellung vom Aufbau her orientiert an den Expertenstandards aus dem Bereich Pflege. Erst die Kombination der Inhalte ergibt ein schlüssiges Gesamtbild. Hervorgehoben sei in diesem Zusammenhang der ausdrückliche Bezug zu den Leitprinzipien. Diese gewährleisten eine fachliche und ethische Grundlage der Qualitätsstandards. Letztere reichen in ihrer Nennung als Grundlage für professionelles Handeln in der Praxis nicht aus!

Die Leitprinzipien mussten nicht eigens hergeleitet werden, weil diese von der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management bereits erarbeitet sind und ohne Abstriche auch als Grundlage für die Pflege- und Wohnberatung fungieren können und sollten ([www.dgcc.de](http://www.dgcc.de), Anhang I).

Die **Standardaussage** für eine Pflege- und/oder Wohnberatungsstelle oder ein aufeinander abgestimmtes Versorgungssystem mehrerer Beratungsstellen, die eine komplette Versorgung unter Berücksichtigung aller Produkte sicherstellen, lautet:

Jeder Pflegebedürftige und/oder seine Angehörigen erhalten subsidiär und ihrem Unterstützungsbedarf gemäß in Anlehnung an das Handlungskonzept Case Management durch den Berater aus einer Hand individuelle, aufeinander abgestimmte Hilfe zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung.

Mit dieser Standardaussage sind das Wirkungsziel als „Richtschnur“ aller Qualitätsstandards sowie inhaltliche Leitprinzipien und Konzepte benannt.

Die folgende kurze **Begründung** stellt den Zusammenhang zu den gesellschaftlichen und pflegepolitischen Rahmenbedingungen dar (vgl. ausführlich Forschungsbericht Teil I, Kap. 1.1). Sie unterstreicht die Notwendigkeit der über die Qualitätsstandards definierten Leistungserbringung:

Versorgungsbrüche zwischen unterschiedlichen Professionen und Sektoren der Versorgung führen zu Fehlallokationen, Über- und Unterversorgungen sowie unnötigen Belastungen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, vermeidbaren Kosten und Effektivitätsdefiziten. In Anlehnung an das Methodenset Case Management auf der Einzelfall- und der Systemebene kann eine optimale Versorgung sichergestellt werden. Die Systemebene bezeichnet die aufgebaute Netzwerkstruktur der Dienstleistungsanbieter, die für den Einzelfall vom Case Manager als integriertes Hilfe“paket“ zugänglich gemacht werden kann.



Bezugspunkt der Qualitätsstandards sind die **Leitprinzipien des Case Managements**, wie sie von der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management definiert sind ([www.dgcc.de](http://www.dgcc.de)). Die Leitprinzipien sind formuliert mit Blick auf ...

a. den Adressaten/den Klienten

- Klientenorientierung
- Lebensweltnähe
- Mehrdimensionalität des Menschen
- Ressourcenorientierung
- Empowerment

b. die Fachlichkeit

- Interprofessionalität
- Neutralität
- Effektivität
- Effizienz
- Leistungstransparenz

c. gesellschafts- und sozialpolitische Ordnungsgesichtspunkte

- Nachrangigkeit
- Welfaremix
- quer zu den bestehenden segmentierten Kosten- und Leistungsträgerstrukturen
- Grundsatz: Ambulant vor teilstationär vor stationär (ausführliche Erläuterungen s. im Anhang I: Leitprinzipien der DGCC).

Die Leitprinzipien stellen fachliche und ethische Grundlagen dar, die notwendig zur Umsetzung der Qualitätsstandards gehören. Erst die Leitprinzipien gewährleisten die Einordnung der Relevanz der Qualitätsstandards. Letztere liegen im Hintergrund der adressatenorientierten Handlungen. Im Zentrum bleibt auch in der Pflege- und Wohnberatung das Beratungsgespräch, der kommunikative Austausch zwischen Menschen. Die Qualitätsstandards stellen ein das Niveau in der professionellen Arbeit auf Mindeststandards festlegendes Hintergrundwissen sowie konzeptuelles „Handwerkszeug“ dar.

Nach der erläuterten Struktur zur Standarddefinition (vgl. Kap. 2)

1. Definition
  - a. Kurzdefinition
  - b. Inhaltliche Beschreibung
2. Ziele
3. Struktur
  - a. Voraussetzungen
  - b. Ort

- c. Personal
- 4. Prozess
  - a. Methoden
  - b. Zeitliche Abfolge
- 5. Ergebnis
  - a. Output
  - b. Outcome

sind die folgenden Kernprozesse in Pflege- und Wohnberatungsstellen definiert worden (vgl. Kap. 3):

- I. Auskunft /Information
- II. Problemlösungsberatung
  - 1. Gesprächseröffnung sowie Fall- und Leistungsangebotsbestimmung („Case finding“)
  - 2. Situationsaufnahme und Bedarfsfeststellung („Assessment“)
  - 3. Serviceplan – Ziele und Maßnahmen im Einzelfall
  - 4. Nachgehende Beobachtung
- III. Versorgungssteuerung (in Abhängigkeit zur Problemlösungsberatung)
  - 1. Maßnahmeneinleitung und –koordination („Linking“)
  - 2. Prozessbeobachtung und –steuerung („Monitoring“)
- IV. psycho-soziale Beratung
- V. Krisenintervention
- VI. Öffentlichkeitsarbeit („Outreach“)
- VII. Netzwerkaufbau und –steuerung („Case Management auf der Systemebene“)
- VIII. Internes Qualitätsmanagement
  - 1. Dokumentation
  - 2. Bewertung („Evaluation“)

Die unter Berücksichtigung der Fachliteratur vorgenommenen Standarddefinitionen finden sich im Anhang II: Ortsunabhängige Qualitätsstandards.

## 5. Anwendung der Qualitätsstandards

Angesichts der Ergebnisse der bundesweiten Befragung und mit Blick auf theoretisch denkbare Beratungsstellentypen können vier Typen idealtypisch voneinander unterschieden werden:

**Erstens** ist eine **reine Informationsstelle** als Anlaufstelle denkbar. Bei diesem Typ gibt es große Überschneidungen zu den Aufgabenbereichen anderer Dienstleister vor Ort. Der Nutzen einer solchen Stelle liegt in der Neutralität und Adressatenbezogenheit der Informationen sowie in der Breite der Inhalte, zu denen informiert wird.

**Zweitens** ist eine **Beratungsstelle** denkbar, die neben der Information in der Pflege- und/oder Wohnberatungsstelle Problemlösungsberatung vornimmt (**Komm-Struktur**), aber nur in Ausnahmefällen die Ausführung von Maßnahmen selber übernimmt. Nach dem Besuch bei der Beratungsstelle müssen die Adressaten im Wesentlichen selber den Hilfeprozess weiter verfolgen, eine ortsbezogene Wohnberatung ist hier nicht möglich.

**Drittens** ist ein Beratungstyp denkbar und auch häufig vorhanden, der auch in der Wohnung des Adressaten **problemlösungsbezogen umfangreich berät (Geh-Struktur) sowie selber Maßnahmen übernimmt oder an andere weiterleitet**, der aber nicht eingebunden ist in ein Netzwerk. Diese Beratungsstelle koordiniert nicht die Dienste auf den Einzelfall hin, sondern verweist lediglich auf die anderen Einrichtungen.

Und **viertens** kann eine Beratungsstelle neben Information und aufsuchender Problemlösungsberatung **auch die Versorgungssteuerung** übernehmen, sofern diese Beratungsstelle regelhaft in ein Netzwerk eingelassen und autorisiert ist, die Dienste auf den Einzelfall hin zu koordinieren (**Vollimplementierung von Case Management**).

Im Folgenden sollen die Produkte der Qualitätsstandards idealtypisch diesen 4 Beratungstypen zugeordnet werden.

	Beratungsstellentyp 1: Information	Typ 2: Problemlösungsberatung Komm-Struktur	Typ 3 Problemlösungsberatung Geh-Struktur	Typ 4: Case Management voll implementiert
QS I Information	X	X	X	X
QS II Problemlösungsberatung		X	X	X
QS III Versorgungssteuerung				X
QS IV psycho-soziale Beratung		X	X	X
QS V Krisenintervention			X	X
QS VI Öffentlichkeitsarbeit	(X)	(X)	X	X
QS VII Netzwerkaufbau und –steuerung				X
QS VIII internes Qualitätsmanagement	(X)	(X)	(X)	X

Legende:

- X bedeutet, dass dieser Qualitätsstandard von der Beratungsstelle alleine erfüllt werden sollte
- (X) bedeutet, dass dieser Qualitätsstandard nicht notwendig von der Pflege- und/oder Wohnberatungsstelle alleine, sondern auch übergeordnet von dem Träger der Stelle, z.B. der Gemeindeverwaltung, vorgenommen wird.

Die gefundene Systematik ermöglicht, dies wurde bereits angedeutet, weitere Einteilungen: Wohnberatungsstellen entsprechen beispielsweise üblicherweise dem Typ 3 oder dem Typ 4, weil die Besichtigung der Wohnung Voraussetzung einer individuellen Wohnungsanpassungsberatung ist.

## **6. Überprüfung der Qualitätsstandards**

Die Frage nach der Überprüfung der ortsunabhängigen Qualitätsstandards stellt sich nur mittelbar. Zunächst müssen diese mit Blick auf die ortsspezifische Situation konkretisiert und ggf. erweitert werden. Beispielsweise sollten die konkreten Schnittstellen mit den Dienstleistern vor Ort einbezogen werden und Case Finding-Instrumente entwickelt und bei den kooperierenden Einrichtungen platziert werden. Je nach Aufgabenspektrum ist ein Assessmentinstrument für die Beratungsstelle zu entwickeln und einzuführen usw. .

Immer dann, wenn es sinnvoll und möglich schien, sind bereits die ortsunabhängigen Qualitätsstandards mess- und überprüfbar formuliert worden im Sinne der SMART-Kriterien.

Eine Anmerkung zu dem Grad der Konkretheit und Messbarkeit der formulierten ortsunabhängigen Qualitätsstandards sei noch angefügt:

Eine breitere fachöffentliche Diskussion zu den formulierten ortsunabhängigen Qualitätsstandards ist sinnvoll, um sie weiter zu differenzieren und zu konkretisieren. Der Konkretisierungsgrad ortsunabhängiger Qualitätsstandards kann dabei nicht richtig oder falsch, sondern lediglich sinnvoll und in der Praxis anwendbar oder nicht sinnvoll und nicht praxisnah anwendbar, die Spezifik vor Ort unnötiger Weise beschneidend sein. Es gilt also, einen den allgemeinen Fachstand wiedergebenden und als sinnvoll erachteten Grad der Konkretisierung zu finden.

Die vorgelegten Ergebnisse beanspruchen, möglichst umfangreich die ortsunabhängigen Qualitätsstandards konkret und messbar formuliert zu haben. Orientierungs- und Überprüfungskriterien können wie folgt benannt werden:

- Alle Kernprozesse, die vorhanden sein müssen, sind definiert worden.
- Die SMART-Kriterien sind soweit möglich und sinnvoll angewandt und damit sind auch einzelne Aussagen messbar beschrieben worden.

- Die Kernbereiche nach dem Handlungskonzept Case Management sind möglichst präzise definiert worden. Die Begriffsdefinitionen und Beschreibungen gehen hier zum Teil über den Konkretisierungsgrad in der Fachliteratur hinaus und wurden im Rahmen dieses Forschungsprojektes erarbeitet. Dies gilt insbesondere für den Assessment- und Serviceplanbereich. Ergänzende Handlungsbereiche wie Krisenintervention und psycho-soziale Beratung wurden weniger deutlich festgeschrieben, um hier Einzelmethoden mehr Raum zu geben.

## 7. Implementierung in die Praxis – erste Hinweise

Die folgenden Ausführungen beruhen

- auf den Erfahrungen der Pflege- und Wohnberatungsstelle in Ahlen
- den Forschungserfahrungen, Qualitätsstandards und Arbeitsinstrumente zu erarbeiten sowie
- einer Literaturrecherche,

wobei zu letzterem zu sagen ist, dass es wenig Literatur dazu gibt, nach welchen Konzepten Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen orientiert an Qualitätsstandards die Systemebene und die Einzelfallebene aufbauen.

**Zwei Erfahrungen** des Praxis- und Forschungsprojektes sind **konzeptleitend**:

- Die Genese des „Ahlener Systems“ macht zunächst deutlich, dass die erste, zu bearbeitende Ebene die Systemebene ist. Die trägerbezogene Verortung der Pflege- und Wohnberatungsstelle hat Auswirkungen auf die mögliche Stellung im Netzwerk und die Koordinierungs- bzw. Zugriffsmöglichkeiten auf Dienstleistungsangebote vor Ort.
- Die gewählte Forschungsmethodik weist eindeutig darauf hin, dass die Einzelkomponenten in Beziehung zu einander stehen (diskursives, bildlich gesprochen: „spiralförmiges“, datenbasiertes Vorgehen). Ortsbezogene Qualitätsstandards sind das Ergebnis eines diskursiven Prozesses, der den spezifischen Auftrag der Pflege- und/oder Wohnberatungsstelle, die trägerbezogene Anbindung und die vorhandenen spezifischen Fachkompetenzen berücksichtigt. Die Qualitätsstandards können nur wirksam sein, wenn sie auf der Grundlage von fachlichen und ethischen Leitprinzipien mit den Mitarbeitern sowie der Träger- und Einrichtungsleitung erarbeitet wurden.

Daraus ergeben sich Konsequenzen für eine **mögliche Vorgehensweise** der Implementierung von Qualitätsstandards in die Praxis bzw. des konzeptuellen Aufbaus einer Pflege- und Wohnberatungsstelle.

## I. Klärung der Trägerstrukturen und Voraussetzungen

1. Aufnahme der Ist-Situation vor Ort: Welche Angebote gibt es mit welcher Qualität? Wie können Kooperationsstrukturen hergestellt werden? Welche Standards, z.B. an Schnittstellen, gibt es? Wer hat welche Interessen, Ängste oder Bedenken? Wie kann eine Trägerstruktur für die Pflege- und Wohnberatungsstelle sinnvoller Weise aussehen? (Sofern die Trägerstruktur nicht bereits feststeht)
2. Sobald die Trägerstruktur feststeht: Die trägerbezogenen und konzeptuellen Rahmenbedingungen (Zielperspektive, spezifischer Aufgabenbereich, Handlungskonzeptvorgaben sowie ggf. Projektstruktur der Entwicklung und Implementierung) und Kompetenzzuschreibungen (wer hat welche Zuständigkeiten?) sind zu klären.

## **II. Internes Qualitätsmanagement**

3. Entwicklung ethischer und fachlicher Leitprinzipien und Grundlagen für die Pflege- und/oder Wohnberatungsstelle; Erarbeitung der Grundlagen adressatenorientierten Arbeitens; Erarbeitung eines Handlungskonzeptes (in Anlehnung an Case Management); Erarbeitung einer Aufgabenbeschreibung, Leistungsbeschreibung und Qualitätsstandards
4. Erarbeitung einzelfallbezogener Arbeitsinstrumente: Assessment und Serviceplan inklusive Monitoring; dann Erarbeitung von Evaluationsinstrumenten und Case Finding (ggf. in Kooperation mit relevanten Netzwerkpartnern vor Ort)
5. Initiierung eines Prozesses der kontinuierlichen Verbesserung

## **III. System- bzw. Netzwerkaufbau**

6. Hinzuziehen möglicher Kooperationspartner und gezielter Netzwerkaufbau – ggf. auch vor Punkt 3 - (Aufbau eines Netzwerkes, s. Mennemann 2006b, 12ff.): Erarbeitung gemeinsamer Leitprinzipien und Kooperationsvereinbarungen

**Insgesamt** betrachtet ergibt sich ein grober Dreischritt:

- I. Klärung der Trägerstrukturen und ortsbezogenen konzeptionellen Voraussetzungen
- II. Internes Qualitätsmanagement
- III. Weiterer Systemaufbau

Die Abfolge ist nicht als Statik, sondern als stetiges Ineinandergreifen und sich miteinander Fortentwickeln zu begreifen. Case Management ist ein Handlungskonzept, das konzeptimmanent auf stetige Fortentwicklung ausgerichtet ist, weil die Evaluation wieder Auswirkungen auf die Sozialplanung und die einrichtungsinternen Arbeitskonzepte hat.

Zentral ist die Erkenntnis, dass die Arbeitsweise und Wirkmöglichkeiten einer Pflege- und/oder Wohnberatungsstelle von der trägerbezogenen Verortung auf der Systemebene abhängen. Die Einzelfallebene kann parallel und weitestgehend unabhängig qualifiziert wer-

den im Sinne der Qualitätsstandards. Hier geht es um Fragen der Mitarbeiterkompetenz, -fortbildung und –motivation.

Ein ausführliches Implementierungskonzept könnte im Anschluss an dieses Forschungsprojekt und die erarbeiteten Qualitätsstandards in Zusammenarbeit mit Praxiseinrichtungen entstehen. Aus diesen Erfahrungen würden sich differenziertere Rückschlüsse ergeben.

## **8. Die Entwicklung von Arbeitsinstrumenten am Beispiel der KAA – Pflege- und Wohnberatung als Grundlage für die Entwicklung eines Softwareproduktes (in Zusammenarbeit mit der KAA – Pflege- und Wohnberatung)**

Die nach einer Standarddefinition festgeschriebenen Kernprozesse von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen können nun beispielhaft mit Blick auf die KAA – Pflege- und Wohnberatungsstelle in Ahlen anhand der Darstellung von Arbeitsinstrumenten expliziert werden. Die Arbeitsinstrumente sind nicht Bestandteil der Qualitätsstandards.

Die Entwicklung eines Assessmentinstrumentes stellte sich im Rahmen des gesamten Forschungsauftrages als zentral heraus: es diene als fachliche Grundlage für die Instrumente zur Beratungsinhalte- und Beratungszeitenerhebung sowie als eine Grundlage für die bundesweite Befragung. Die für Pflege- und Wohnberatungsstellen relevanten Inhaltsbereiche, die in einem Assessmentinstrument berücksichtigt werden sollten, und die Erstellung einer Übersicht wurden systematisch und gründlich durchgeführt. Das Assessmentinstrument ist das einzige, welches von der KFH NW systematisch aufgearbeitet wurde, insofern kommt ihm auch ein herausragender Stellenwert in der Darstellung zu (s. Anhang IV).

Die zwei Instrumente Case Finding sowie Serviceplan- und Monitoringinstrument wurden ohne größere Recherchen in Anlehnung an die Ahleiner Praxis und zusammen mit der KAA – Pflege- und Wohnberatung und z.T. mit der von „Alter und Soziales e.V.“ beauftragten Softwarefirma in Besprechungen entwickelt.

Evaluationsinstrumente sind zum einen im Rahmen der Assessmentinstrumente mitentwickelt worden und dort dargestellt. Zum anderen liegen in Ahlen von der KAA erarbeitete Evaluationsinstrumente zur Adressatenzufriedenheit und zur Netzwerkarbeit sowie Kriterien für Jahresberichte vor.

Die folgenden Ausführungen umfassen deswegen die Entwicklungsdarstellung der Instrumente zur Fallbestimmung (Kap. 8.1), zum Assessment (Kap. 8.2) sowie zum Serviceplan und zum Monitoring (Kap. 8.3).

### **8.1 Fallbestimmung („Case Finding“)**

Es gibt Anfragen an Pflege- und Wohnberatungsstellen, die mit einer Antwort befriedigend geklärt werden können (QS I), in anderen Situationen muss eingreifend, ohne weitere Absprachen gehandelt werden, um Schlimmeres in der Krise zu verhindern (QS V) und es gibt

Anfragen, die eine umfangreiche Situationsbetrachtung und –klärung notwendig machen (QS II und ggf. später III). Zu Beginn muss die Anfrage oder Situation eingeschätzt werden bzgl. des notwendigen Leistungssegmentes: Information, Problemlösungsberatung (und Versorgungssteuerung sowie psycho-soziale Beratung) oder Krisenintervention. Diese Feststellung – die Anfrage macht Beratung notwendig – muss zu Beginn sehr schnell getroffen werden. Dabei ist nicht nur an die Pflege- und/oder Wohnberatung zu denken, sondern vor allem auch an die kooperierenden Dienste, z.B. an niedergelassene Ärzte oder Pflegedienste. Diese sollten rechtzeitig die Notwendigkeit erkennen, eine Pflege- und/oder Wohnberatungsstelle einzuschalten, sofern der Adressat dies wünscht.

Das bedeutet, dass Kriterien zur Feststellung, dass umfangreiche Problemlösungsberatung in der konkreten Situation notwendig ist, interprofessionell auch außerhalb der Pflege- und Wohnberatungsstelle eingesetzt werden können sollten.

In Ahlen ergab sich insbesondere in der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten die Notwendigkeit, diesen Kriterien an die Hand geben zu können, potentielle Beratungsfälle schnell ausfindig machen und an die KAA – Pflege- und Wohnberatung weiterleiten zu können. Es bedurfte eines Instrumentes, das Kriterien zur „Fall“feststellung beinhaltet.

In der alltagsnahen Sozialen Arbeit gibt es keine validen Screeninginstrumente. Ziel in der Zusammenarbeit mit der KAA konnte ausschließlich sein, aus der Praxis heraus relevante Zentralkriterien zu finden, die auf die Notwendigkeit einer umfassenden Klärung der Pflegesituation hinweisen. Dieses Instrument wurde weder anhand von validen Screeninginstrumenten geprüft noch ist es auf seine Validität hin überprüft worden. Das war nicht ausdrücklicher Auftrag der Forschung, vielmehr hat es sich im Forschungszusammenhang herausgestellt, dass es sinnvoll ist, diese Kriteriensammlung zu entwickeln.

Das ursprüngliche „Orientierungsscreening“ der KAA sollte zwei Funktionen erfüllen: erstens Beratungsfälle ausfindig machen und zweitens Hinweise auf Beratungszeiten und –inhalte geben. Da sich dieses Instrument als nicht hilfreich zur Bestimmung von Beratungszeiten und –inhalten erwies, wurden auf der einen Seite umfangreiche Beratungsinhalte- und Beratungszeiterfassungsinstrumente entwickelt (Forschungsbericht Teil I, Kap. 5) und auf der anderen Seite wurde eine gezielte Kriteriensammlung aus der Praxis erarbeitet, die Hinweise auf eine Beratungsnotwendigkeit im Rahmen von Pflege- und Wohnberatungsstellen geben sollte.

Als handlungsleitende Kriterien konnten die Folgenden ausfindig gemacht werden:

- zunehmende Hilfe- und Pflegebedürftigkeit bei Fehlen einer/der Pflegeperson
- Überforderung des Pflegebedürftigen und/oder der Pflegeperson mit der Pflegesituation



- Bewegungseinschränkungen, die die Selbständigkeit stark beeinträchtigen und/oder die Pflege erschweren
- Sturzgefahr
- Antragstellung / Eingruppierung / Widerspruch (Pflegekasse) notwendig

Bei Vorliegen eines dieser Merkmale ist die Hinzuziehung einer Pflege- und/oder Wohnberatungsstelle angeraten.

Zudem ist es hilfreich, die Hauptdiagnosen zu nennen: Schlaganfall, Demenz, Parkinson, nach Sturz, sonstige Bewegungseinschränkungen, Multimorbidität, Krebserkrankung. Diese geben in Zusammenhang mit einem der anderen Aspekte wichtige Anhaltspunkte für den Pflege- und/oder Wohnberater. Das entwickelte Instrument enthält darüber hinaus ein Feld für freie Eintragungen sowie eine Einverständniserklärung des Pflegebedürftigen und/oder des Angehörigen, die KAA – Pflege- und Wohnberatung hinzuzuziehen.

Unter Federführung der KAA – Pflege- und Wohnberatung wurde dieses Instrument mit einigen niedergelassenen Ärzten besprochen und zum Einsatz gebracht.

Zwar sind die Kriterien nicht spezifiziert und insofern nicht eindeutig, auch gibt es keine Überprüfung der Messgenauigkeit und Gültigkeit dieses Instrumentes, aber es stellt eine praxisnahe, niedrighschwellige, leicht anwendbare Möglichkeit dar, frühzeitig Beratungsnotwendigkeiten zu erkennen.

Das mit der KAA – Pflege- und Wohnberatung entwickelte Instrument ist im Anhang einsehbar (Anhang III).

## **8.2 Situationsaufnahme und Bedarfsfeststellung („Assessment“)**

Die Beratungssituation in der Pflege- und/oder Wohnberatung ist gekennzeichnet durch die Alltagsnähe zum Adressaten sowie seinem sozialen und räumlichen Umfeld. Die Wirklichkeit ist in der gesamten, inhaltlich relevanten Komplexität vom Pflege- und/oder Wohnberater aufzunehmen: physisch, psychisch, sozial, rechtlich, finanziell, institutionell, räumlich, bzgl. alltäglicher Versorgungsmöglichkeiten und ggf. auch spirituell. Es handelt sich also nicht um eine hoch selektive, spezifische Fragestellung, sondern um eine komplexe Lebenssituation, zu der pragmatisch und zugleich inhaltlich umfassend ein Zugang gefunden werden muss. Es ist nicht möglich, die alltagsnahe Lebenswirklichkeit über ein standardisiertes Instrument gültig abzubilden. Die spannungsreiche Aufgabe bestand darin, ein Instrument zu entwickeln, das für Pflege- und/oder Wohnberater sowohl die komplexe Lebenswirklichkeit fachlich angemessen abbildet als auch pragmatisch und anwendbar ist.

Das zu entwickelte Instrument sollte die folgenden **Anforderungen** erfüllen:

- Erfassung aller für die Pflege- und Wohnberatung relevanten Aspekte einer Lebenssituation

- Systematisierung aller relevanten Inhalte: hierarchischer Aufbau des Instrumentes nach inhaltlichen Ebenen
- Anschlussfähigkeit an bewährte Instrumente z.B. aus dem geriatrischen Assessment, die im Bedarfsfall hinzugezogen werden können
- Ressourcenorientierung sowie Aufnahme der Probleme
- Phänomennahe Aufnahme der Hilfesituation und skalierte Bewertung von Ressourcen und Problemen
- Möglichkeit neben der skalierten und standardisierten Bewertung freie Einträge für ergänzende Hinweise vorzunehmen
- Erklärung der verwendeten Fachtermini: Glossar
- Größtmögliche Standardisierung
- Multiperspektivität: die unterschiedlichen Perspektiven zwischen dem Pflegebedürftigen, den Angehörigen, dem Pflege- und/oder Wohnberater sowie ggf. weiteren Beteiligten sollten festgehalten werden können
- Benutzerfreundlichkeit: Einfache Handhabbarkeit

Zwei **Ziele** wurden zur Entwicklung des Assessmentinstrumentes verfolgt: erstens die Erhebung und systematische Zusammenstellung aller relevanten Inhaltsbereiche und zweitens die Entwicklung einer Abbildungsstruktur für ein multiperspektivisches Erhebungsinstrument und eine gezielte und priorisierte Bedarfsfeststellung.

Das **methodische Vorgehen** lässt sich wie folgt beschreiben: **Ausgangs- und Zielpunkt** stellte wie erläutert die Zusammenarbeit mit der KAA dar. Das in der Datenbank der KAA erarbeitete, aus der Praxis entstandene und ausdifferenzierte Assessmentinstrument stellte zunächst den inhaltlichen Bezugspunkt dar. Eine umfangreiche Recherche nach zugänglichen Assessmentinstrumenten und anderen Werkzeugen (bspw. Screenings, Checklisten) in inhaltlich relevanten Bereichen erfolgte in den Fachgebieten Soziale Arbeit, Pflege und Medizin. Diese Instrumente wurden zusammengestellt und inhaltlich ausgewertet nach relevanten groben Inhaltsbereichen für Pflege- und Wohnberatungsstellen. Synoptisch wurden diesen Inhaltsbereichen nun wieder alle Instrumente zugeordnet, um diese auszuwerten für eine inhaltliche Feingliederung der relevanten Bereiche für Pflege- und Wohnberatungsstellen. So entstanden eine Synopse von Instrumenten, die Inhaltsbereichen zugeordnet werden konnten sowie eine inhaltliche Feingliederung für die Pflege- und Wohnberatung. Die systematisch erstellte Feingliederung stellt die Grundlage der inhaltlichen Gliederung des Assessmentinstrumentes dar.

Vorteil dieser Vorgehensweise ist die Erarbeitung eines pragmatischen, der Alltags- und Lebenssituation pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen nahen sowie in Hierarchie-

ebenen gegliederten Instrumentes, dem evidenzbasierte, spezialisierte Assessments bei Bedarf problemlos zugeordnet werden können.

Zudem wurde eine multiperspektivische Formatvorlage erarbeitet, die zu jedem Inhaltspunkt

- die Aufnahme unterschiedlicher Perspektiven
- die Feststellung einer Gesamteinschätzung
- den vorhandenen Handlungsbedarf
- und die Priorität dieses Handlungsbedarfes ermöglicht.

Das aus der Feingliederung und der Formatvorlage zusammengesetzte Instrument dient somit einer differenzierten, standardisierten Situationsaufnahme und einer Bedarfsfeststellung mit Prioritätensetzung. Letztere kann softwareunterstützt in den Serviceplan übergehen. Im Rahmen eines Seminars an der KFH in Münster wurden zudem mit Studierenden Kriterien für Softwareunterstützung in der Sozialen Arbeit erarbeitet und unterschiedliche Produkte vorgestellt und ausgewertet.

Im Zuge der Arbeit sind sukzessive die **folgenden Endergebnisse** entstanden, die im Anhang dargestellt sind:

- Quellenverzeichnis der verwandten Instrumente (Anlage IV.1)
- Grundlagen der Assessmentstruktur (Anlage IV.2)
- Beschreibung des Ablaufs eines Assessments (Anlage IV.3)
- Grundlagen der phänomennahen Aufnahme der Lebenssituation (Anlage IV.4)
- Grundlagen des systematischen Assessments (Anlage IV.5)
- Das Assessmentinstrument (Anlage IV.6). Diese Anlage bildet das zentrale Ergebnis ab.
- Auflistung ergänzender Assessmentinstrumente und anderer Hilfsmittel (Checklisten, Screenings, etc., Anlage IV.7). Diese Auflistung beinhaltet eine Zuordnung ausgewählter Hilfsmittel, die das Assessmentinstrument für die Pflege- und Wohnberatung in bestimmten Inhaltsbereichen noch unterstützen. Nicht jedes Hilfsmittel dieser Auswahl ist durch den Pflege- und Wohnberater selbst durchführbar.
- Zuordnung vorhandener Assessmentinstrumente und anderer Hilfsmittel zu den Inhaltsbereichen des Assessmentinstrumentes der Pflege- und Wohnberatung (Anlage IV.8)
- Erste Kurzdefinitionen zu den im Assessment benannten Inhalten (Anlage IV.9)

**Funktion und Anspruch** des Instrumentes lassen sich wie folgt kennzeichnen: Das nun vorliegende Instrument

- will unterstützen und nicht Beratung ersetzen
- soll als **Hilfsinstrument** verstanden werden

- greift auf gebräuchliche Hilfsmittel (Instrumente, Screenings, etc.) zurück, erhebt dabei aber nicht den Anspruch auf Vollständigkeit
- hat einen Werkzeugcharakter und bildet somit nicht die Wirklichkeit ab

Situationsaufnahme und Bedarfsfeststellung erfolgen im Kontext des Beratungsgespräches, das sei noch einmal ausdrücklich betont. Das entwickelte Assessmentinstrument standardisiert die Inhalte und die Dokumentation, nicht den methodischen Zugang in der Beratung. Es soll nicht als Checkliste falsch verstanden werden. Der Anwendung der Software sollte unbedingt eine fachliche Einführung vorausgehen.

### **8.3 Serviceplan und Prozessbeobachtung („Monitoring“)**

Der **Serviceplan** wurde in Zusammenarbeit mit der KAA – Pflege- und Wohnberatung in Anlehnung an den bestehenden Hilfeplan der KAA in der bei Projektbeginn vorhandenen Software erarbeitet. Er beinhaltet im Sinne des Case Managements eine Festlegung der Ziele, Maßnahmen, Verantwortlichen, Durchführenden, einen Zeitplan, Angaben zu den Kosten und zu den Kostenträgern. Die Ziele sind in Anlehnung an von Spiegel unterteilt in die Angabe eines Wirkungsziels, der Bereichsziele, die den Bereichen des Assessments zugeordnet werden können und Handlungszielen (von Spiegel, 2004, S. 135ff, 209ff.). Nur den Handlungszielen können Maßnahmen, Verantwortliche, Durchführende und ein Zeitplan zugeordnet werden. Das entwickelte Instrument dient als Grundlage für die Softwareentwicklung. In dieser ist hinter den Maßnahmen eine differenzierte Liste bestehender Dienstleistungsangebote hinterlegt. Die im Assessment markierten Interventions- und Handlungsbedarfe werden in dem Serviceplan auf der Handlungszielebene übernommen.

Das entwickelte Instrument gleicht einer Tabelle, auf der auf der Vertikalen die möglichen Inhaltsbereiche bzw. Zielebenen stehen und denen auf der Horizontalen Maßnahmen, Verantwortliche, Durchführende etc. zugeordnet werden.

Als **Instrument zur Prozessbeobachtung** soll im Anschluss an die Serviceplanformulierung für jedes Handlungsziel festgelegt werden, wer, wann, wie die Zielerreichung überprüft, der Grad der Zielerreichung sowie ggf. neu einzuleitende Maßnahmen (Anlage V). Dieses einfache, an den Hilfeplan angeschlossene „Instrument“ erfüllt den Charakter einer regelhaften Prozessbeobachtung. Bei Bedarf muss der Hilfeprozess mit Blick auf Leistungen wie Assessment oder Serviceplan ganz oder in Teilen neu formuliert werden.

## **9. Zusammenfassung und Ausblick**

Die im Rahmen des Forschungsauftrages der KFH NW erarbeiteten ortsunabhängigen Qualitätsstandards vermögen auf der höchsten Anforderungsebene bei Vollimplementierung des Handlungskonzeptes Case Management Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen angesichts

der gesellschaftlichen und pflegepolitischen Herausforderungen so zu **positionieren**, dass ihnen eine dringend notwendige, von etablierten Akteuren nicht wahrgenommene Rolle zukommt: Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen beraten in pflegenahen Fragen umfassend einzelfallbezogen und sind in der Lage, mit Blick auf den Einzelfall die beteiligten Dienste zu koordinieren. Ihnen kommt damit eine autorisierte Stellung im örtlichen Dienstleistungsgefüge zu.

Es sind in der Praxis idealtypisch vier **unterschiedliche Beratungstypen** und Aufgabenstellungen vorhanden und auch grundsätzlich denkbar. Im Rahmen dieses Forschungsprojektes kann die Effektivität und Effizienz nur mit Blick auf die Vollimplementierung von Case Management wie sie von der KAA – Pflege- und Wohnberatung umgesetzt wird, bescheinigt werden.

**Case Management** erweist sich als ein Handlungskonzept, das auf die gesellschaftlichen und pflegepolitischen Herausforderungen reagiert: quer zu Berufsgruppen, Trägergrenzen der Leistungserbringer und der Kostenträger wird Beratung adressatenorientiert „aus einer Hand“ geleistet. Die Beratungsleistung ist dabei inhaltlich bzgl. der Dokumentation, der Beratungsinhalte, der Zielerarbeitung und der Prozessbegleitung standardisiert und damit transparent und evaluierbar.

Pflege- und Wohnberatung steht wie das Handlungskonzept Case Management **unterschiedlichen Berufsgruppen offen**. Es ist nicht notwendig und auch nicht sinnvoll, eine Berufsgruppe mit dieser Aufgabe betrauen zu wollen. Im Zentrum steht die personenbezogene Beratungstätigkeit. So ist es kein Zufall, dass die Berufsgruppe der Sozialarbeiter/Sozialpädagogen in Beratungsstellen mit Abstand am meisten vertreten ist.

Die folgenden **Einzelergebnisse** konnten erzielt und dargestellt werden:

- es konnten ortsunabhängige Qualitätsstandards ausgehend von der KAA – Pflege- und Wohnberatung unter Berücksichtigung einer bundesweiten Befragung von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen erarbeitet werden. Diese können je nach Beratungstyp vor Ort angewandt, konkretisiert und implementiert werden. Da die Kernprozesse bei Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen gleich sind, können die Ergebnisse von allen Beratungstypen inhaltlich mit unterschiedlicher Akzentsetzung angewandt werden.
- Unterschiedliche Arbeitsinstrumente, vor allem das erarbeitete Assessmentinstrument, stellen differenzierte Grundlagen dar, die in ein Softwareprodukt einfließen, das anschließend verbreitet werden kann.
- Case Management konnte angewandt werden auf Pflege- und Wohnberatungsstellen auf der Einzelfall- und der Systemebene. Erstmals sind Qualitätsstandards in Anlehnung an Case Management in dieser Differenziertheit entstanden. Der gesamte Kreislauf kann über standardisierte Instrumente für Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen nun abgebildet werden.

Die erarbeiteten Forschungsergebnisse sind über die Ahlener Beratungsstelle hinaus anwendbar.

Ausgangspunkt der Forschung waren eine unübersichtliche und unbekannte Vielfalt in Struktur und Aufgaben in der Praxis sowie eine nicht einheitlich definierte Zuständigkeit von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen. Das qualitative und zirkuläre Verfahren hat zur Folge, dass die Forschungsergebnisse im diskursiven Prozess weiter entwickelt und weiter überprüft werden können bzgl. ihrer Validität und der Möglichkeit, sie in die Praxis zu implementieren. Der Forschungsauftrag bezog sich lediglich auf die Entwicklung der Standards und Instrumente sowie ihre Rückbindung an die Ahlener Praxis.

Die folgenden, **weiteren Forschungsarbeiten** sind im Anschluss an dieses Forschungsprojekt wünschenswert und denkbar:

- Gezielte fachöffentliche Diskussion der Qualitätsstandards zur Weiterentwicklung und nach Möglichkeit Erlassung über Kostenträger oder einen Verband
- Implementierung der Qualitätsstandards in die Praxis und Erarbeitung eines differenzierten Implementierungskonzeptes oder gar Handbuchs
- Überprüfung der entwickelten Arbeitsinstrumente in der Praxis.

## **Anlagen zum Bericht der Katholischen Fachhochschule Münster im Anhang**

### Anlage 3: Qualitätsstandards

- I. Leitprinzipien der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management
- II. Die ortsunabhängigen Qualitätsstandards
- III. Fallbestimmungsinstrument („Case finding Instrument“)
- IV. Instrument zur Situationsaufnahme und Bedarfsfeststellung („Assessmentinstrument“)
- V. Serviceplan- und Prozesssteuerungsinstrument
- VI. Gesichtete Qualitätsstandards von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen

## 10. Literaturhinweise<sup>1</sup>

- Arnold, Ulli; Maelicke, Bernd (Hrsg.) (1998): Lehrbuch der Sozialwirtschaft. Baden-Baden
- Bamberger, Günter G. (2005): Lösungsorientierte Beratung: Praxishandbuch. Weinheim/Basel, 3. vollständig überarb. Aufl.
- Bullinger, Hermann; Nowak, Jürgen (1998): Soziale Netzwerkarbeit. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (1999): Case Management in verschiedenen nationalen Altenhilfesystemen. Stuttgart
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg., 2002): Case Management für ältere Hausarztpatientinnen und –patienten und ihre Angehörigen: Projekt Ambulantes Gerontologisches Team – PAGT. Stuttgart
- Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC), Arbeitsgruppe „Grundlagen“ (2007): Qualitätsstandards Case Management. Unveröffentlichte Manuskripte.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg., 2004): Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“. Entwicklung – Konsolidierung – Implementierung. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück.
- Donabedian, A. (1980): The definition of quality and approaches to its assessment. Explorations in quality assessment and monitoring. Health Administration: Ann Arbor Michigan.
- Engel, H.; Engels, D. (2000): Case Management in verschiedenen nationalen Altenhilfesystemen. Stuttgart; Berlin; Köln.
- Ewers, Michael; Schaeffer, Doris (Hrsg.) (2000): Case Management in Theorie und Praxis. Bern u.a.
- Greuel, Marius; Mennemann, Hugo (2006): Soziale Arbeit in der Integrierten Versorgung. München/Basel.
- Geiger, Manfred (2001): Zur Arbeits- und Funktionsweise von regionalen Koordinierungsstellen. Eine exemplarische Analyse auf der Basis von Fallbeispielen. ISO: Saarbrücken
- Grieshaber, Uschi: Guter Rat gut versteckt. In: Forum Sozialstation August 2005, S.3.
- Klug, Wolfgang (2003): Mit Konzept planen – effektiv helfen. Ökosoziales Case Management in der Gefährdetenilfe. Freiburg
- Knipping, Cornelia (2006): Reflexionen zum Assessment in der Palliative Care. In: Knipping, Cornelia (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care. Mit einem Geleitwort von Reimer Grone-meyer. Bern.

---

<sup>1</sup> Die Literaturhinweise enthalten auch Literaturangaben, die dem fachlichen Inhalt nach zur Entwicklung ortsunabhängiger Qualitätsstandards berücksichtigt wurden, aber im Fließtext nicht zitiert sind. Die Wortlaute der Standarddefinitionen wurden im Rahmen dieses Forschungsprojektes entwickelt. Deswegen konnte auf konkrete Literaturhinweise zu den jeweiligen Standards verzichtet werden. Die Quellen zu den verwendeten Assessmentinstrumenten sind im Anhang IV eigens benannt.

- Leitprinzipien Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Hrsg. von der Fachgruppe Case Management der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit. In: [www.dgcc.de](http://www.dgcc.de) (Stand: 17.01.2007).
- Löcherbach, Peter u.a. (Hrsg., 3. Aufl 2005): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. München
- Mennemann, Hugo (2006a): Case Management in der Altenarbeit – Einblicke in Bewährtes und Ausblicke auf Neues. In: Wendt, Wolf Rainer; Löcherbach, Peter (Hrsg.): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis. Heidelberg, 249-265.
- Mennemann, Hugo (2006b): Case Management auf der Systemebene – Aufbau von Netzwerken. In: Case Management 1, 12-18.
- Mennemann, Hugo (2005a): Sozialpädagogik als theoriestiftende Disziplin für die soziale Altenarbeit – subjekttheoretische Überlegungen. IN: Schweppe, Cornelia (Hrsg.): Alter und Soziale Arbeit. Theoretische Zusammenhänge, Aufgabe- und Arbeitsfelder. Baltmannsweiler, 47-66.
- Mennemann, Hugo (2005b): Case Management in der Pflege- und Wohnberatung. In: Case Management 1, 40-42.
- Mennemann, Hugo (2005c): Case Management – vernetztes Arbeiten in der gesetzlichen Betreuung. In: Case Management 1, 20-25.
- Mennemann, Hugo (2005d): Case Management in der Pflege- und Wohnberatung. Ein Interview durchgeführt von Michael Monzer. In: Case Management 1, 40-42.
- Merchel, Joachim (2001): Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit. Ein Lehr- und Arbeitsbuch. Münster.
- Metzger-Beck, K.; Titz, E. (2001): Motivation klären, Ziele bestimmen. Trainingsprogramm für Arbeitslose und Sozialhilfeempfänger, Freiburg i.Br..
- Meyer, G.; Köpke, S. (2006): Expertenstandards in der Pflege: wirkungsvolle Instrumente zur Verbesserung der Pflegepraxis oder von ungewissem Nutzen? In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 3, 211-216.
- Ministerium für Wirtschaft und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (2003): Initiativ in NRW. Case Management. Theorie und Praxis.
- Neuffer, Manfred (2002): Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien. Weinheim und München.
- Qualitätsstandards der Koordinationsstelle Ambulanter Angebote: s. Forschungsbericht Teil I.
- Remmel-Faßbender, R. (2006): Handlungskompetenzen in der Fallsteuerung – Anforderungen an Weiterbildungsinhalte. In: Case Management 1, 5-12.



- Ribbert-Elias, J.; Kamps-Link, M.; Rothland, S. (1996): Qualitätsstandards für die Arbeitsform des Case Managements. Eine Antwort der Sozialen Arbeit auf das neue Dienstleistungsparadigma in der Altenhilfe. In: Soziale Arbeit 5, S. 163-168.
- Riet van; Wouters, Harry (2002): Case Management. Ein Lehr- und Arbeitsbuch über die Organisation und Koordination von Leistungen im Sozial- und Gesundheitswesen. Luzern.
- Roccor, B. (2005): EDV-gestütztes Case-Management: Auswahl, Implementierung, Anwendung. In: Case Management 2, 88-93.
- Spiegel, Hiltrud von (2004): Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. München/Basel.
- Tophoven, Christina; Lieschke, Lothar (Hrsg., 2003): Integrierte Versorgung. Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze. Köln
- Weber, Susanne (Hrsg., 2002): Vernetzungsprozesse gestalten. Erfahrungen aus der Beraterpraxis mit Großgruppen und Organisationen. Wiesbaden.
- Wendt, Wolf Rainer; Löcherbach, Peter (Hrsg., 2006): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis. Heidelberg.
- Wendt, W.R. (2005a): Methodisches Fallverstehen und das Management von Fällen – eine Auseinandersetzung. In: Case Management 2, 60-65.
- Wendt, W.R.: Die generelle Rolle und Bedeutung von Case Management in Humandiensten. In: Case Management 1, 4-10.
- Wendt, Wolf Rainer (Hrsg., 1991): Unterstützung fallweise. Case Management in der Sozialarbeit. Freiburg.
- Wissert, M. (2006a): Tools und Werkzeuge beim Case Management: Outreaching – Case Finding – Intaking. In: Case Management 1, 43-46.
- Wissert, M. (2006b): Tools und Werkzeuge beim Case Management: Das Assessment als Teilschritt des Case Management Ablaufprogramms. In: Case Management 2, 107-109.
- Wissert, M. (2005): Software für Case Management. In: Case Management 1, 53-55.
- Wissert, Michael u.a. (1996): Ambulante Rehabilitation alter Menschen: Beratungshilfen durch das Unterstützungsmanagement. Freiburg i.Br.



**Modellprogramm der Spitzenverbände der  
Pflegekassen zur Weiterentwicklung der  
Pflegeversicherung gem. § 8 Abs. 3 SGB XI**

**Fazit der Forschungsinstitute  
01.01.2004 bis 30.06.2007  
zu dem Modellprojekt**

**„Evaluation der Effektivität und Effizienz eines  
integrierten Versorgungssystems für ältere hilfe-  
und pflegebedürftige Menschen am Beispiel der  
Pflege- und Wohnberatung in Ahlen“**



## Herausgeber

### Alter und Soziales e.V.

Der Vorstand  
Geschäftsführerin  
Ursula Woltering

Projektteam  
Koordinationsstelle Ambulanter Angebote  
Pflege- und Wohnberatung  
Martin Kamps  
Gunda Wesseler  
Wilhelmstrasse 5  
59227 Ahlen  
Tel. 02382 - 4090  
Fax. 02382 - 4028  
E-Mail: [info@kaa-ahlen.de](mailto:info@kaa-ahlen.de)  
Home: [Kaa-ahlen.de](http://Kaa-ahlen.de)



Institut  
für Sozialforschung und  
Sozialwirtschaft e.V.

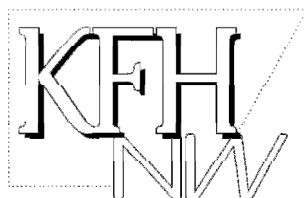
## Forschungsinstitute

Carola Schweizer  
Trillerweg 68  
66117 Saarbrücken  
Tel: 0681 - 954240  
Fax: 0681 - 9542427  
E-mail: [kontakt@iso-institut](mailto:kontakt@iso-institut)



Institut für Medizinische Soziologie  
Annegret Roemheld  
Thielallee 47  
14195 Berlin  
Tel: 030 - 84451885  
Fax: 030 - 84451329  
E-mail: [annegret.sinkwitz@charite.de](mailto:annegret.sinkwitz@charite.de)

Institut für Biometrie und klinische Epidemiologie  
Dr. Andrea Ernert  
Schumannstrasse 20-21  
10117 Berlin  
Tel: 030 - 450562003  
Fax: 030 - 450562972  
E-mail: [andrea.ernert@charite.de](mailto:andrea.ernert@charite.de)



Katholische  
Fachhochschule   
Nordrhein-Westfalen  
*University of Applied Sciences*

Prof. Dr. Hugo Mennemann  
Christine Schröder  
Piusallee 89  
48147 Münster  
Tel: 0251 - 4176757  
E-mail: [h.mennemann@kfhnw.de](mailto:h.mennemann@kfhnw.de)

## Fazit der Forschungsinstitute

Der Forschungsverbund aus drei Forschungseinrichtungen hat vielseitige Forschungsfragen beantwortet, die hier zusammengefasst dargestellt werden, verbunden mit Empfehlungen, die sich aus den vorliegenden Ergebnissen ableiten.

### Forschungsergebnisse des iso-Instituts

Im Rahmen des Forschungsverbundes war es Aufgabe des *iso*-Instituts, folgende Fragestellungen zu klären: In welcher Hilfesituation wird die Pflege- und Wohnberatung in Anspruch genommen, welchen Hilfebedarf weisen die Ratsuchenden auf, wie bewältigen sie ihre Situation und welche Rolle spielt dabei die Pflege- und Wohnberatungsstelle? Von Interesse waren auch die Fragen, welche Mängel es im Ahlener Versorgungssystem gibt und ob der mit dem Modell intendierte Vernetzungsgrad erreicht worden ist?

Bei der qualitativen Untersuchung lag der methodische Schwerpunkt auf narrativen Interviews mit Ratsuchenden (30 Interviews). Darüber hinaus sind aber auch Expertengespräche (8 Interviews) mit wichtigen Kooperationspartnern geführt worden. Die narrative Herangehensweise hat den Vorteil, dass sie die individuelle Vielfalt der Problemlagen erfasst und die subjektive Perspektive der Ratsuchenden berücksichtigt werden kann. Für die Expertengespräche sind strukturierte Leitfäden entwickelt worden, ihr Fokus lag auf den Kooperationsstrukturen zwischen der Pflege- und Wohnberatungsstelle und den zuweisenden Institutionen. Die Interviews mit den Ratsuchenden sind in deren Wohnung durchgeführt worden, die Expertengespräche am Arbeitsplatz der Interviewpartner. Die narrativen Interviews wie auch die Expertengespräche dauerten im Durchschnitt etwa eine Stunde.

### Charakteristik von Hilfesituationen

Bei der Auswertung der Interviews mit den Ratsuchenden haben sich vier charakteristische Hilfesituationen identifizieren lassen, die wie folgt benannt wurden: erstens die „*stabile Hilfesituation*“, zweitens die „*chaotische Hilfesituation*“, drittens die „*plötzliche Krise*“ und viertens die „*labile Hilfesituation*“.

Hauptmerkmal der *stabilen Hilfesituation* ist, dass die Pflegebedürftigkeit schon seit längerem besteht, das Helpesetting angemessen gewesen ist, aber zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme mit der Pflege- und Wohnberatungsstelle um weitere Leistungen ergänzt werden muss. Die stabile Hilfesituation unterscheidet sich von den anderen Hilfesituationen dadurch, dass die Ratsuchenden genau wissen, welches ihr Problem ist. In der Realisierung des Anliegens oder in der Lösung eines bestimmten Problems liegt deshalb auch der

Beratungsbedarf. Ein umfassendes Assessment zur Klärung des Hilfebedarfs und ein begleitendes Case Management sind in der Regel nicht erforderlich.

Die *chaotische Hilfesituation* tritt in den meisten Fällen nach einem Krankenhausaufenthalt ein und zwar in Folge einer Akuterkrankung (z.B. Schlaganfall oder (Oberschenkel-)Fraktur). Wenn die Patienten vor der Erkrankung funktionell nicht beeinträchtigt waren, nach der Entlassung aus dem Krankenhaus aber mit bleibenden Behinderungen leben müssen, wissen sie oft nicht, wie sie ihren Alltag bewältigen können. Sie stehen dann vor einem für sie unüberschaubaren Berg an Problemen, entsprechend umfassend ist der Beratungsbedarf und Case Management ist auf jeden Fall indiziert.

Die *plötzliche Krise* tritt ein, wenn ein bis dahin stabiles Hilfesetting durch ein einschneidendes Ereignis erschüttert wird (z.B. der Tod oder die Erkrankung der Hauptpflegeperson). In dieser Situation geht es primär um die schnelle Bewältigung der Krise, um ein neues Hilfearrangement, aber auch – ggf. sogar über einen längeren Zeitraum - um psycho-soziale Unterstützung.

Das Merkmal einer *labilen Hilfesituation* ist, dass die Pflege fast immer nur auf einer Person lastet, diese ihre Belastungsgrenze nicht erkennt oder nicht erkennen will. Meist sind es erst massive somatische Beschwerden, die dem Pflegenden die Grenzen aufzeigen. In der labilen Hilfesituation geht es zunächst darum, den Hilfebedarf zu konkretisieren und für entlastende Angebote zu sorgen. Der Beratungsbedarf ist dabei relativ umfassend, in der Regel ist Case Management angezeigt.

## **Bedarf an Beratung**

Der Beratungsbedarf, der sich in den Interviews herauskristallisiert hat, stimmt mit den Inhalten überein, die in der Fachliteratur wie auch von der KFH Münster im vorliegenden Bericht für die individuelle Beratung bei komplexen Problemlagen aufgeführt werden. Dazu gehören: Präventive Gespräche, Unterstützung bei leistungsrechtlichen Fragen und bei der Antragsstellung, Organisation ambulanter Hilfsdienste, Optimierung der Hilfsmittelversorgung, Wohnraumberatung, Heimplatzsuche und psycho-soziale Unterstützung.

Die Methode der Wahl bei komplexen Problemlagen ist jedoch das Case Management. In drei der vier „typischen“ Hilfesituationen ist Case Management indiziert gewesen. Nur in der stabilen Hilfesituation, wo es um die Realisierung eines konkreten Anliegens geht, ist Case Management nicht erforderlich. In allen anderen Hilfesituationen umfasst das Case Management ein Assessment zur Klärung des Pflege- und Hilfebedarfs, die Planung, die Intervention, das Monitoring und die Evaluation der Maßnahme. Beim Case Management ist darauf zu achten, den Ratsuchenden nicht alles abzunehmen, sondern die

Selbsthilfekompetenz zu fördern. Für den Pflege- und Wohnberater ist die Methode des Case Managements deshalb immer eine Gratwanderung zwischen der notwendigen Entlastung und dem Empowerment der Ratsuchenden.

#### Typologie der Bewältigung einer Hilfesituation

Geht man der Frage nach, in welcher Weise die Ratsuchenden ihre Hilfesituation bewältigen und welche Rolle die Pflege- und Wohnberatung dabei spielt, stellt man zunächst fest, dass es sich bei den Pflegebeziehungen in der Regel um Zweierkonstellationen handelt und dass die Pflegeperson fast immer ein Familienmitglied ist, in den meisten Fällen ist es die Ehefrau oder die Tochter. Die Bewältigungsmuster, die in den symbiotischen Zweierkonstellationen identifiziert werden konnten, lassen sich vier verschiedenen, wie folgt benannten Typen zuordnen: Erstens der „Schicksalsgemeinschaft“, zweitens den „Realisten“, drittens den „Kämpfer“ und viertens den „Resignierten“.

Die *Schicksalsgemeinschaft* beruht auf einem traditionellen Ehe- und Familienverständnis. Man ist füreinander da und lässt sich ungern von „Fremden“ helfen. Merkmale dieses Beziehungstyps sind der soziale Rückzug und die Tendenz zur Überversorgung. Der Eifer, für den anderen alles tun zu wollen, lässt dem Pflegebedürftigen kaum eine Chance, noch verbliebene Kompetenzen zu nutzen. Der Rückzug in den ausschließlich familiären Kontext führt dazu, dass die Pflegenden, wenn sich der Zustand des Pflegebedürftigen mit der Zeit verschlechtert, immer mehr Aufgaben übernehmen. Sie sind dadurch in immer stärkerem Maß ans Haus gebunden, überlastet und haben keine Möglichkeit mehr, eigenen Interessen nachzugehen.

Eine wichtige Aufgabe des Pflege- und Wohnberaters ist es, die enge Schicksalsgemeinschaft für „Dritte“ zu öffnen. Die Pflegenden müssen dafür gewonnen werden, entlastende Angebote in Anspruch zu nehmen, und sie müssen lernen, in der Pflegebeziehung Grenzen zu setzen.

Für die *Realisten* ist charakteristisch, dass sie über ihre Situation gut informiert sind und auch relativ gute Infrastrukturkenntnisse haben. Sie haben sich zum Ziel gesetzt, trotz Pflegebedürftigkeit, so „normal“ wie möglich zu leben. Die Realisten haben klare Erwartungen an den Pflege- und Wohnberater. Das Spektrum reicht von der leistungsrechtlichen Beratung, der Hilfe bei der Antragsstellung bis hin zur Realisierung bestimmter Maßnahmen im Rahmen der Wohnraumadaptation. Wenn der Pflege- und Wohnberater diese Erwartungen erfüllt, sind die Realisten zufrieden und auch dankbar, wenn sie noch zusätzliche Informationen erhalten. Der Bedarf an psychosozialer Unterstützung ist bei ihnen dagegen eher die Ausnahme.

Die Probanden, deren Bewältigungsmuster den „*Kämpfern*“ zuzuordnen ist, berufen sich bei

ihrer Haltung auf negative Erfahrung mit dem Versorgungssystem, nicht nur mit den Leistungserbringern, sondern auch mit den Leistungs- bzw. Kostenträgern. Ihre besonderen Merkmale sind das grundlegende Misstrauen gegenüber dem System, die Abwehr von Hilfen und die Suche nach Mitstreitern. Der Pflege- und Wohnberater muss hier aus der professionellen Distanz heraus die Beratung so gestalten, dass der Kämpfer das Vertrauen ins Versorgungssystem wiedergewinnt. Auch hier ist es von Vorteil, die Pflegebeziehung für „Dritte“ zu öffnen, damit die Kämpfer die Möglichkeit haben, ihre Sicht der Dinge zu relativieren und nicht im Abwehrverhalten verhaftet bleiben.

Die „Resignierten“ sind vor allem Pflegebedürftige und Pflegendе gewesen, die als Single oder als Paar isoliert leben. Wenn sie Kinder haben und diese sich nicht um sie kümmern oder die Familie zerrüttet ist, dann schlägt die Resignation oft in Verbitterung um. Die Gefahr, die in der resignierten Haltung liegt, ist, dass die Pflegequalität leidet, weil für die Resignierten der Alltag perspektivlos und ohne Sinn ist. Die Betroffenen verhalten sich gegenüber der Pflege- und Wohnberatung ambivalent. Einerseits erwarten sie Unterstützung, andererseits tendieren sie dazu, sich in ihrem Unglück zu verschließen, weil sie davon ausgehen, dass ihnen sowieso keiner helfen kann. Der Pflege- und Wohnberater muss auch hier versuchen, „Dritte“ in die Pflegebeziehung einzubinden, um die Isolation aufzubrechen und um Möglichkeiten zu bieten, die eigene Perspektive oder Perspektivlosigkeit zu relativieren. Wenn er eine latente oder manifeste Suizidgefahr zu erkennen meint, muss er umgehend den zuständigen Hausarzt informieren.

Bei der Charakterisierung der Hilfesituationen und der Bewältigungsmuster zeigt sich, dass in drei von vier identifizierten Hilfesituationen ein umfassender Beratungsbedarf vorliegt, bei dem die Methode des Case Managements indiziert ist. Dieses muss von den Ratsuchenden, aber auch von den Leistungserbringern akzeptiert werden.

Auffallend ist, dass die Pflegebeziehungen in der Regel symbiotische Zweierbeziehungen sind. Die Qualität der Pflege und die Belastung der Pflegeperson hängen deshalb maßgeblich von der Funktionsfähigkeit dieser Beziehungen ab. Aufgabe des Pflege- und Wohnberaters ist es, die Symbiose aufzubrechen und dabei zu helfen, die familiäre Aufgabenteilung neu zu definieren und ggf. fremde Hilfen einzubeziehen. Der Zugang in die symbiotische Pflegebeziehung gelingt der Pflege- und Wohnberatungsstelle eher als anderen ambulanten Hilfen, weil der Berater nicht in geschützte Bereiche der Privatsphäre vordringt.

Mit der Versorgung insgesamt waren die Ratsuchenden eher zufrieden. Trotzdem sind in fast allen Interviews Mängel angesprochen worden, die eine suboptimale Versorgung zur Folge hatten. Erstaunlich viele Ratsuchende beschwerten sich über die mangelnde Informationsbereitschaft der Ärzte in den Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken. Mängel treten aber auch auf im Rahmen der Begutachtung gemäß § 18 SGB XI auf. Hier werden besonders die engen Zeitkorridore bei den einzelnen Verrichtungen als unangemessen bezeichnet und die fehlende Sensibilität für den Hilfebedarf für Menschen mit Demenz beklagt. Bei der Hilfsmittelversorgung sind es vor allem die langen Bearbeitungszeiten der Krankenkassen und die nicht optimal angepassten Hilfsmittel, die zu Mängeln in der Versorgung des Pflegebedürftigen führen.

Die Hilfeangebote sind in Ahlen relativ gut vernetzt, so die Ergebnisse der Auswertung der Expertengespräche. Allerdings sind noch nicht alle Schnittstellen ausreichend formalisiert und systematisiert. Besonders die niedergelassenen Ärzte lassen sich nur schwer in vernetzten Strukturen einbinden. Neben der Formalisierung bleibt die zwischenmenschliche Kommunikation aber der entscheidende Faktor, ob und wenn ja, wie gut die Zusammenarbeit funktioniert.

### **Forschungsergebnisse des Instituts für Medizinische Soziologie an der Charité**

In Ergänzung der Untersuchung des iso-Instituts wurden vom IMS 87 Angehörige von pflegebedürftigen Personen und 21 Pflegebedürftige in Ahlen, die zwischen 2001 und 2003 Kontakt mit der Koordinationsstelle Ambulanter Angebote hatten, standardisiert telephonisch befragt. Es wurde ihre Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen innerhalb des Ahleiner Versorgungssystems und gleichzeitig ihre Zufriedenheit mit einzelnen Versorgungsinstitutionen untersucht. Zudem wurde ihr subjektives Wohlbefinden erhoben, um die Lebenslage Ahleiner Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen genauer beschreiben zu können.

### **Beratung und Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen**

Die Ergebnisse zeigen, dass die Zufriedenheit der Angehörigen und Pflegbedürftigen mit der Beratung durch die Koordinationsstelle Ambulanter Angebote sehr hoch ist. Besonders hervorgehoben wird von den beratenen Personen, dass die Zusammenarbeit mit der Koordinierungsstelle Ambulanter Angebote vertrauensvoll ist und für die Mehrzahl der befragten Personen die einzige Möglichkeit darstellt, die gesamte Pflegesituation mit einer umfassend ausgebildeten und informierten neutralen Person zu besprechen. Dadurch sind auf Informiertheit der Betroffenen beruhende Entscheidungen, zur häufig gewünschten ambulanten Betreuung wesentlich einfacher und zügiger zu verwirklichen. Außerdem stellt vor allem für die Angehörigen das Wissen um eine stabile fachliche Anlaufstelle im Falle



einer im weiteren Pflegeverlauf eintretenden Veränderung eine große psychische Entlastung dar. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass die Koordinationsstelle Ambulanter Angebote durchschnittlich von den Nutzern mindestens dreimal in Anspruch genommen wird. Die Koordinationsstelle Ambulanter Angebote wird allerdings von seinen Nutzern kaum als Koordinationsstelle der Ahlener Versorgungsangebote, als vielmehr als einzelne Anlaufstelle für pflegerelevante Fragen und Situationen gesehen – auch sonst ist das Bewusstsein der Nutzer über das Vorliegen einer vernetzten Versorgungsstruktur in der Stadt Ahlen kaum vorhanden.

Des Weiteren ist die Inanspruchnahme des Ahlener Versorgungsnetzes zunächst geprägt durch die Art der Pflegeleistung und häufig durch die Erwerbseinbindung der (pflegenden) Angehörigen sowie durch die finanziellen Möglichkeiten von Familien. Außerdem gibt es offensichtlich vor Eintritt einer akuten Pflegesituation, und damit vor der Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, bei der Mehrzahl der Befragten sehr genaue subjektive Vorstellungen zur pflegerischen Versorgung einer hilfebedürftigen Person. Angehörige versuchen, in der akuten Situation diesen Vorstellungen zu folgen, beziehungsweise diese mit den Vorstellungen des Pflegebedürftigen abzustimmen. Gelingt dies nicht oder sind die Vorstellungen in den Familien sehr unterschiedlich, ist eine Beratung durch die Koordinationsstelle Ambulanter Angebote besonders hilfreich.

Entgegen der Annahme, dass pflegebedürftige Personen am häufigsten Pflegeleistungen in Anspruch nehmen, werden von ihnen am häufigsten ärztliche Leistungen innerhalb der professionellen Versorgungsstrukturen Ahlens in Anspruch genommen.

Die meisten unterstützenden Angebote für die ambulante Betreuung Pflegebedürftiger waren den Betroffenen bekannt. Auffällig ist allerdings, dass Selbsthilfegruppen, Tagespflege und Kurzzeitpflege eher selten in Anspruch genommen werden gegenüber den „klassischen“ Leistungen (Pflegegeld und Ambulanter Pflegedienst). Ein Welfaremix wird vermutlich deshalb nicht in Anspruch genommen, weil über die Grundpflege hinausgehende Unterstützungen häufig zusätzliche Organisation für den Pflegehaushalt (und damit vorwiegend die Angehörigen) und außerdem weitere Personen in einem sensiblen intimen Umfeld bedeuten. Die sehr begrenzte Verordnung rehabilitativer Heilmittel (Physiotherapie, Ergo- und Logotherapie) seitens der Hausärzte wird mehrfach bemängelt. Die Möglichkeit der Verbesserung beziehungsweise Erleichterung der ambulanten Pflegesituationen durch gezielte Heilmittelverordnungen bleibt somit ungenutzt.

## **Versorgungszufriedenheit**

Die Versorgungszufriedenheit insgesamt mit den genutzten Angeboten und im Kontakt mit Ahlener „pflegerelevanten“ Institutionen ist sehr hoch. Kritik gibt es an der mangelnden

Zusammenarbeit zwischen den Versorgungsanbietern: vor allem zwischen stationären Rehabilitationseinrichtungen und den danach ambulant betreuenden Hausärzten beziehungsweise Physiotherapeuten und auch den Angehörigen. Insbesondere eine stärkere Einbeziehung vor allem pflegender Angehöriger in die Rehabilitation wird gefordert. Weiterhin wird kritisiert, dass die Kooperation zwischen dem Krankenhaus und betreuenden Hausärzten, zwischen Haus- und Fachärzten und zwischen Krankenhaus und Angehörigen unzureichend ist. Zusätzlich erschweren die engen zeitlichen Regelungen der Ambulanten Pflegedienste und deren teilweise ungünstiges Preis-Leistungsverhältnis für die Angehörigen die Pflege, und hier besonders für Angehörige der jüngeren Generation, die neben der Pflege noch berufstätig sind. Die Folge sind teilweise enorme Koordinationsschwierigkeiten und entsprechend Unzufriedenheit über die Qualität der Betreuung ihrer Pflegebedürftigen. Ferner gibt es bei den „Einstufungsbesuchen“ durch den MDK gehäufte Kritik an der Art und Weise der Untersuchung der körperlichen Funktionsfähigkeit durch die MDK-Mitarbeiter.

### **Subjektives Wohlbefinden von Angehörigen und Pflegebedürftigen**

Das subjektive Wohlbefinden der befragten Pflegebedürftigen ist gut, wobei es stark von der sozialen Einbindung in der Familie und der grundsätzlich vorhandenen Lebenseinstellung abhängt, inwiefern sich Pflegebedürftige trotz ihrer häufig zunehmend verschlechternden gesundheitlichen Lage wohl fühlen.

Angehörige hingegen fühlen sich oft sehr belastet und in der Gesellschaft wenig wahrgenommen. Der Rückzug aus dem gesellschaftlichen Leben durch die Pflege wird immer wieder angegeben als ein Grund des geringeren Wohlbefindens, insbesondere, wenn sich die gewohnte Kommunikation mit dem pflegebedürftigen Angehörigen (z.B. durch eine Demenzerkrankung) stark verändert hat gegenüber früheren Jahren. Die Koordinationsstelle Ambulanter Angebote stellt eine Möglichkeit der psychosozialen Unterstützung dar, wie einige Angehörige angeben, allerdings macht den überwiegenden Anteil der angegebenen Belastung die Länge der Pflege und die dadurch dauerhaft bestehende psychische Last aus. Insgesamt zeigt die Telefonbefragung der Angehörigen eine positive Bewertung der gesamten Ahlener Versorgungsstruktur. Gleichzeitig gibt es von Seiten der Angehörigen auch Vorschläge zur Optimierung der Versorgung - diese beziehen sich z.B. auf zusätzliche finanzielle Unterstützung und flexible, auch kurzfristige Betreuungsentlastung Angehöriger beispielsweise durch Freiwillige. Im Gegensatz zu der Annahme, dass das subjektive Wohlbefinden mit den Parametern Gesundheitszustand, Geschlecht, kalendarischem Alter sowie mit der Pflegestufe korreliert, zeigt diese Untersuchung keine signifikanten Zusammenhänge.

## **Schlussfolgerungen aus den qualitativen Studien**

Fasst man die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung des *iso*-Insituts und der Primärerhebung der Charité zusammen, lassen sich die Aufgaben der Pflege- und Wohnberatungsstelle wie folgt beschreiben:

- Gezielte psycho-soziale Beratung, um symbiotische Pflegebeziehungen zu entlasten und gegebenenfalls durch die Einbindung „Dritter“, (professionell oder ehrenamtlich) aufzubrechen;
- Kompetente Intervention in krisenhaften Pflegesituationen;
- Herstellen von Vertrauen und Akzeptanz in das Versorgungssystem, damit professionelle und freiwilligen Hilfen ihre kurative und präventive Wirkung entfalten können;
- Durchführung eines mehrdimensionalen und professionsübergreifenden Assessments, auf dessen Basis der Beratungs- und Unterstützungsbedarf formuliert wird;
- Definition von Beratungszielen, Organisation der Hilfen, Beobachtung und Evaluation des Beratungsprozesses sowie die Überprüfung der nachhaltigen Wirkung.
- Vernetzungs- und Gremienarbeit im Ahlener Versorgungssystem.

Die Kompetenzen, die der Pflege- und Wohnberater dazu benötigt, umfassen leistungsrechtliche Kenntnisse, Wissen über psycho-soziale Zusammenhänge und die dazugehörigen Interventionsmöglichkeiten. Der Pflege- und Wohnberater muss vor allem aber die Methode des Case Managements beherrschen.

Mit diesem Kompetenzbereich hat die Pflege- und Wohnberatungsstelle im bestehenden Versorgungsgefüge, also neben Ärzten, Pflegediensten, Pflegekassen, dem MDK und weiteren Akteuren im Pflege- und Gesundheitswesen, einen eigenständigen Aufgabenbereich.

Diese fachlichen Überlegungen waren bei der Formulierung von Qualitätsstandards für Pflege- und Wohnberatungsstellen von zentraler Bedeutung.

## **Forschungsergebnisse der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen**

Die Aufgabenstellung der Katholischen Fachhochschule Nordrhein Westfalen (Münster) war es, ortsunabhängige Qualitätsstandards für Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen zu formulieren.

Die methodische Vorgehensweise zur Formulierung ortsunabhängiger Qualitätsstandards entsprach einer Kombination von Induktion und Deduktion. Das heißt, es wurden zunächst eine Literaturrecherche, die systematische Beobachtung der Ahlener Beratungsstelle und eine Recherche zu rechtlichen Grundlagen der Arbeit von Pflege- und/oder

Wohnberatungsstellen durchgeführt. Dies führte zu ersten hypothesenhaften Formulierungen zu Kernbereichen von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen. Auf dieser Grundlage wurde ein Fragebogen entwickelt und die Stichprobe für die bundesweite Befragung festgelegt. Die Ergebnisse der bundesweiten Befragung und die qualitativen Ergebnisse des *iso*-Instituts wurden dann bei der weiteren Differenzierung der Formulierung der Qualitätsstandards berücksichtigt. Außerdem wurden zur Formulierung der Qualitätsstandards ein Schema entwickelt und Kriterien festgelegt, nach denen alle Standards definiert werden sollten.

Die entstandenen Qualitätsstandards wurden schließlich den Projektpartnern, vor allem der Ahlener Beratungsstelle zugänglich gemacht. Die Qualitätsstandards können nicht eindeutig kausal abgeleitet werden und sind somit ein im Diskurs des Forschungsverbundes entwickeltes Ergebnis eines datenbasierten, mehrstufigen Verfahrens. Die Qualitätsstandards beanspruchen, in sich schlüssig zu sein, die Kernprozesse von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen abzubilden und zu definieren (als Norm) und in der konkreten Praxis implementiert werden zu können und insofern weitestgehend überprüfbar zu sein.

Die Abstraktion auf ortsunabhängige Kernprozesse von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen hat zur Folge, dass die konkreten, ortsbezogenen Qualitätsstandards durch die hier erarbeiteten erweitert und konkretisiert werden müssen (vgl. die Qualitätsstandards der Koordinationsstelle Ambulanter Angebote<sup>1</sup>).

Aufgrund der unterschiedlichen rechtlichen und inhaltlichen Rahmenbedingungen der bundesweiten Pflege- und Wohnberatungsstellen und weil bisher wenig qualitätsgesicherte Arbeitsinstrumente oder Standards für die Arbeit der Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen in Deutschland existieren, erheben die Ergebnisse nicht den Anspruch, wissenschaftlichen Qualitätskriterien, wie sie beispielsweise im internationalen Medizin- und Pflegekontext existieren, zu genügen (vgl. Meyer, Köpke 2006<sup>2</sup>).

## **Aufgaben der Pflege- und Wohnberatungsstellen**

Die Literaturrecherche ergab vor allem, dass das Methodenset Case Management bereits in den ersten gegründeten Pflege- und Wohnberatungsstellen angewandt und für diese favorisiert wird. Zu nennen sind hier vor allem die Berliner Koordinierungsstellen (vgl. Wissert, 1996<sup>3</sup>).

---

<sup>1</sup> Qualitätsstandards der Koordinationsstelle Ambulanter Angebote: s. eigener Forschungsbericht (im Druck).

<sup>2</sup> **Meyer, G.; Köpke, S. (2006):** Expertenstandards in der Pflege: wirkungsvolle Instrumente zur Verbesserung der Pflegepraxis oder von ungewissem Nutzen? In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 3, 211-216.

<sup>3</sup> **Wissert, M. u.a.:** Ambulante Rehabilitation alter Menschen: Beratungshilfen durch das Unterstützungsmanagement, Freiburg i.Br. 1996

Die Aufgabe der Pflege- und Wohnberatungsstellen ist es, mit Blick auf die individuelle Situation von Pflegebedürftigen die vor Ort vorhandenen Dienstleistungen aufeinander abgestimmt nutzbar zu machen. Sowohl einzelfallbezogene Beratung als auch der Aufbau von Netzwerken sind Aufgabenbereiche von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen. Die Favorisierung des Methodensets Case Management hat zur Folge, dass die Aufgaben von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen von unterschiedlichen Professionen übernommen werden können (vgl. Leitprinzipien DGCC, 2007<sup>4</sup>). Eine professionsbezogene Debatte, wie sie in jüngster Zeit geführt wird (vgl. Grieshaber, 2005<sup>5</sup>), ist weder zielführend noch erstrebenswert. Vielmehr sind beraterische Grundkenntnisse, mehrdimensionales Erfassen der Ausgangssituation, Herausfinden der im Einzelfall notwendig beteiligten Fachdienste und deren Koordination zentrale Inhalte von Beratungsstellen.

Bei den Recherchen zu rechtlichen Grundlagen zeigte sich, dass zum einen für einige Bundesländer keine verlässlichen rechtlichen Informationen vorliegen und zum anderen die vorhandenen Rechtsgrundlagen keine einheitlichen Standards enthalten. Eine gesetzliche Verankerung von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen ist zudem nicht in allen Bundesländern vorhanden und die Angaben zu Qualitätsgrundlagen der Arbeit von Pflege- und Wohnberatungsstellen waren sehr heterogen. Nur zwei Bundesländer benennen das Methodenset Case Management als planerische Grundlage oder im Gesetzestext als Handlungskonzept, an dem sich Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen orientieren sollen.

### **Vorkommen von Pflege- und Wohnberatungsstellen**

Die bundesweite Befragung bestätigte dieses heterogene Bild bezüglich des Vorkommens und der Aufgabenbereiche von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen. Sowohl die vorhandene Adressliste für die Stichprobe als auch der geringe Rücklauf der Befragung lassen die Vermutung zu, dass es in einigen Bundesländern so gut wie keine Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen gibt. In anderen Ländern hingegen sind diese flächendeckend vorhanden. Nur 30,6% der 134 Beratungsstellen, die auf die Befragung geantwortet haben bei einer Rücklaufquote von über 20%, sind ausschließlich Pflege-, Wohn- oder Pflege- und Wohnberatungsstellen, 67,9% beinhalten Mischformen zu anderen sozialen Beratungsleistungen. Die am häufigsten in den befragten Beratungsstellen vertretene Berufsgruppe sind Sozialarbeiter/(Sozial-)Pädagogen. Zwar geben 54% der Beratungsstellen an, mit Case Management zu arbeiten, aber nur knapp 19% verfügen über Qualitätsstandards und nur 28% haben Schnittstelleninstrumente. Weiterbildungen im

---

<sup>4</sup> **Leitprinzipien Case Management** im Sozial- und Gesundheitswesen. Hrsg. von der Fachgruppe Case Management der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit. In: [www.dgcc.de](http://www.dgcc.de) (Stand: 17.01.2007).

<sup>5</sup> **Grieshaber, Uschi:** Guter Rat gut versteckt. In: Forum Sozialstation August 2005, S.3.

Bereich Case Management haben 8,4% der Beratungsstellenmitarbeiter absolviert. 31,3% der Beratungsstellen arbeiten mit weniger als einer vollen Stelle und 24,6% mit einer vollen Stelle. In knapp 20% der Beratungsstellen sind die erstgenannten Mitarbeiter Freiwillige.

## **Kernprozesse von Pflege- und Wohnberatungsstellen**

Dem Methodenset Case Management wird offensichtlich eine hohe Bedeutung zugemessen. Jedoch sind das Verständnis von Case Management und die qualitativen Grundlagen äußerst unterschiedlich.

Die formulierten ortsunabhängigen Qualitätsstandards zeigen, dass sich die Kernprozesse von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen vor allem am Handlungskonzept Case Management, an professioneller psycho-sozialer Beratung und Krisenintervention orientieren. In die Formulierung wurden die Ergebnisse des ISO-Instituts bezüglich der Aufgabenbereiche von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen einbezogen, außerdem orientierte sich die Formulierung an der modellhaften Praxis der Ahlener Beratungsstelle.

Case Management kann auf der Basis der Leitprinzipien der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management definiert werden als methodisch offenes Handlungskonzept, „das es zum einen ermöglicht, einrichtungs- und professionsübergreifend ein Hilfenetz aufzubauen und zu pflegen, und das es zum anderen gewährleistet, das Hilfenetz adressatenorientiert koordinierend aus einer Hand nach standardisierten Verfahren gezielt und transparent sowie unter dialogischer Beteiligung des Adressaten der Hilfe für den Einzelfall nutzbar zu machen“ (Greuël, Mennemann, 2006<sup>6</sup>).

Auf der Einzelfallebene lassen sich die folgenden Kernprozesse benennen: die Gesprächseröffnung sowie Fall- und Leistungsangebotsbestimmung („case finding“ und „intake“), die Situationsaufnahme und Bedarfsfeststellung („Assessment“), der Serviceplan (Ziele und Maßnahmen im Einzelfall), die Maßnahmeneinleitung und –koordination („Linking“), die Prozessbeobachtung und –steuerung („Monitoring“) und die Evaluation.

Zudem erweist sich mit Blick auf die Zielgruppe älterer Menschen eine „Nachgehende Beobachtung“ als hilfreich (Ribbert-Elias u.a., 1996<sup>7</sup>).

Unabhängig vom Einzelfall beinhaltet Case Management darüber hinaus die Kernbereiche Öffentlichkeitsarbeit (Teilaspekt des „Outreach“), Netzwerkaufbau und –steuerung („Case Management auf der Systemebene“) und internes Qualitätsmanagement (inklusive der Leistungen „Dokumentation“ und „Bewertung“).

---

<sup>6</sup> **Greuël, M.; Mennemann, H. (2006):** Soziale Arbeit in der Integrierten Versorgung, S.20, München, Basel.

<sup>7</sup> **Ribbert-Elias, J.; Kamps-Link, M.; Rothland, S. (1996):** Qualitätsstandards für die Arbeitsform des Case Managements. Eine Antwort der Sozialen Arbeit auf das neue Dienstleistungsparadigma in der Altenhilfe. In: Soziale Arbeit 5, S. 163-168.

Kennzeichen von Case Management ist dabei eine weitestgehende Standardisierung bezüglich relevanter Inhaltsbereiche und der Dokumentation. Letzterer kommt eine besondere Bedeutung im Case Management zu.

Die Kernprozesse lassen sich folglich gliedern in zwei Produktgruppen<sup>8</sup>:

- 1 unmittelbar klientenorientierte Produkte, die in sich abgeschlossene Kernprozesse darstellen und ihnen zugeordnete Einzelleistungen sowie in
- 2 mittelbar klientenorientierte Produkte und ihnen zugeordnete Leistungen.

Da nicht alle Beratungssituationen auch eine Versorgungssteuerung vom Pflege- und/oder Wohnberater verlangen, kann dieses Produkt bei Bedarf die Problemlösungsberatung ergänzen.

Die Kernprozesse von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen werden in der folgenden Übersicht dargestellt.

**Produktgruppe „unmittelbar klientenorientiert“ („front-office-Bereich“) mit den Produkten (I – IV) und den dazugehörigen Leistungen (1., 2. ...):**

- I. Auskunft /Information
- II. Problemlösungsberatung
  1. Gesprächseröffnung sowie Fall- und Leistungsangebotsbestimmung
  2. Situationsaufnahme und Bedarfsfeststellung („Assessment“)
  3. Serviceplan – Ziele und Maßnahmen im Einzelfall
  4. Nachgehende Kontrolle
- III. Versorgungssteuerung (in Abhängigkeit zur Problemlösungsberatung)
  1. Maßnahmeneinleitung und –koordination
  2. Prozessbeobachtung und –steuerung („Monitoring“)
- IV. psycho-soziale Beratung
- V. Krisenintervention

**Produktgruppe „mittelbar klientenorientiert“ („back-office-Bereich“) mit den Produkten:**

- VI. Öffentlichkeitsarbeit („Outreach“)
- VII. Netzwerkaufbau und –steuerung („Case Management auf der Systemebene“)
- VIII. Internes Qualitätsmanagement
  1. Dokumentation
  2. Bewertung („Evaluation“: einzelfall-, beratungsstellen- und netzwerkbezogen)

Je nach Beratungstyp können alle Kernprozesse in die Praxis oder auch nur in Teilbereiche implementiert werden. Ausschließliche Informationsbüros haben beispielsweise auf der unmittelbar klientenbezogenen Ebene nur das Produkt I „Auskunft/Information“

<sup>8</sup> Zur Formulierung der Qualitätsstandards werden die Kernprozesse, die in sich abgeschlossen eine Handlungseinheit darstellen, als „Produkte“ bezeichnet. Handlungsprozesse, die „Produkten“ zugeordnet werden können, stellen „Leistungen“ dar. Zur besseren Übersichtlichkeit werden die Produkte – wie soeben inhaltlich erläutert – zudem zwei Produktgruppen zugeordnet. Aufgrund der gewählten Systematik: Produktgruppe – Produkt – Leistung lassen sich nun alle Handlungsprozesse eindeutig aufeinander beziehen.

implementiert. Beratungsstellen mit Komm-Struktur umfassen zumindest zudem Produkt II „Problemlösungsberatung“. Nach Case Management arbeitende Beratungsstellen müssen alle Produkte darstellen.

Diese Kernprozesse von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen wurden definiert in Anlehnung an das Grundmodell nach Donabedian<sup>9</sup>, das erweitert und ausdifferenziert wurde:

1. Definition (a. Kurzdefinition, b. inhaltliche Beschreibung)
2. Ziele
3. Struktur (a. Voraussetzungen, b. Ort, c. Personal)
4. Prozess (a. Methoden, b. zeitliche Abfolge)
5. Ergebnis (a. Output, b. Outcome).

Als weiteres Ergebnis der Forschung wurden ein in Ahlen beispielhaftes Assessmentinstrument und ein Serviceplaninstrument als Grundlage für ein Softwareprodukt nach umfangreicher Literaturrecherche und Auswertung für den Beratungstyp Pflege- und Wohnberatungsstelle in Zusammenarbeit mit der Koordinationsstelle Ambulanter Angebote entwickelt. Ergänzend liegen aus der Praxis in Ahlen Hinweise für ein Case finding-, ein Monitoring- und Evaluationsinstrument vor.

### **Forschungsergebnisse auf der Basis von Pflege- und Krankenkassendaten**

Neben der Befragung zu Inanspruchnahmeverhalten, Zufriedenheit und subjektivem Wohlbefinden hat die Forschungsgruppe an der Charité (IMS und Institut für Biometrie und klinische Epidemiologie) in einem zweiten Forschungsschritt Vergleiche von Krankenkassendaten durchgeführt, um den Einfluss der Pflege- und Wohnberatung auf Zeiten ambulanter und vollstationärer Pflege, Dauer von Krankenhausaufenthalten sowie auf die Kosten bezüglich einzelner Leistungsbereiche zu evaluieren. Diese wurden auf zwei Ebenen durchgeführt.

- |         |   |
|---------|---|
| Ebene 1 | Vergleich der Daten von Pflegebedürftigen der Städte Ahlen und Menden und   |
| Ebene 2 | Vergleich der Daten von Pflegebedürftigen, die die Beratung der Pflege- und Wohnberatung in Anspruch genommen haben, mit Daten von Ahlener Pflegebedürftigen, die nicht beraten wurden, sowie mit Daten Mendener Pflegebedürftiger. |

Der Vergleich der *Verweildauern in den einzelnen Pflegestufen* von Pflegebedürftigen der Städte Ahlen und Menden liefert Grund zu der Annahme, dass der Wechsel in eine höhere Pflegestufe durch das differenzierte, integrierte Versorgungssystem und die Arbeit der

---

<sup>9</sup> **Donabedian, A. (1980):** The definition of quality and approaches to its assessment. Explorations in quality assessment and monitoring. Health Administration: Ann Arbor Michigan.



Koordinationsstelle Ambulanter Angebote - Pflege- und Wohnberatung sowie die damit verbundene verbesserte Versorgungssituation in Ahlen zeitlich verzögert wurde. So weisen die Ahlener innerhalb des dreijährigen Untersuchungszeitraumes signifikant längere Verweildauern in den Pflegestufen 1 und 2 auf als die Mendener (Pflegestufe 1: 5,0 Monate; Pflegestufe 2: 2,1 Monate). In der Pflegestufe 3 sind die Verweildauern nahezu gleich.

Hinsichtlich der *Anteile ambulanter und vollstationärer Pflege an der Pflegezeit* liefern die Vergleiche auf Stadtebene und die paarweisen Vergleiche konsistente Ergebnisse. Die von der Koordinationsstelle Ambulanter Angebote beratenen Personen weisen jeweils höhere Anteile ambulanter Pflege und geringere Anteile vollstationärer Pflege als die nicht beratenen Vergleichspersonen aus Ahlen bzw. Menden auf. Die Unterschiede liegen in der Größenordnung von 12 bis 16% der Pflegezeit und sind statistisch signifikant. Dabei sind die Unterschiede in den Pflegestufen 1 und 2 besonders groß.

Auch beim Vergleich auf Stadtebene insgesamt (beratene und nicht beratene Ahlener versus Mendener) können für die Pflegebedürftigen der Pflegestufe 1 und der Gesamtstichprobe aus Ahlen statistisch signifikant längere Anteile ambulanter Pflege (Pflegestufe 1: 8,5% / Gesamtstichprobe: 4,2%) nachgewiesen werden. In der Pflegestufe 3 hingegen weisen die Ahlener einen kürzeren Anteil ambulanter Pflege an der Pflegezeit auf. Die Differenz ist allerdings nicht statistisch signifikant. In der Pflegestufe 2 bestehen kaum Unterschiede zwischen Ahlen und Menden. Entsprechend umgekehrt sind die Ergebnisse bezüglich des Anteils vollstationärer Pflege, wobei hier keine statistisch signifikanten Differenzen nachgewiesen werden konnten.

Betrachtet man den *Anteil von Personen mit vollstationärer Pflege* so zeigt sich, dass dieser bei den Personen der Pflegestufe 1 in Ahlen geringer ist (Ahlen 21%/ Menden 26%). In der Pflegestufe 2 beträgt der Anteil in beiden Städten 35%. Bei den Pflegebedürftigen der Pflegestufe 3 ist der Anteil der Personen mit vollstationärer Pflege in Ahlen jedoch höher als in Menden (Ahlen 45%/ Menden 32%). Hinsichtlich der Gesamtgruppe der Pflegebedürftigen ist kein Unterschied feststellbar (Ahlen und Menden 30%).

Die mittlere Dauer der einzelnen Krankenhausaufenthalte ist in Ahlen mit 13,4 Tagen signifikant kürzer als in Menden mit 15,2 Tagen ( $p < 0,001$ ).

Der paarweise Vergleich von Personen, die von der Koordinationsstelle Ambulanter Angebote beraten wurden mit nicht beratenen Personen aus Ahlen und Menden zeigt, dass die *Kosten für Leistungen nach SGB XI* bei den beratenen Personen der Pflegestufen 1 und 2 sowie bei der Gesamtgruppe statistisch signifikant geringer sind als bei den Kontrollpersonen. Die mittlere Differenz beim Vergleich der Gesamtgruppe der beratenen

Ahlerer mit den nicht beratenen Ahlerern beträgt ca. 200 € monatlich, beim Vergleich mit der Mendener Kontrollgruppe ca. 120 € monatlich. Beim Vergleich auf Stadtebene konnten jedoch keine signifikanten Differenzen nachgewiesen werden.

Der Vergleich der von der Koordinationsstelle Ambulanter Angebote beratenen Personen mit nicht beratenen Personen aus Ahlen oder Menden hinsichtlich der monatlichen *Hilfsmittelkosten* sind jeweils die beratenen Fälle kostenintensiver (Mittelwerte der Gesamtgruppen: beratene Fälle: 112 €, Ahlerer Kontrollgruppe: 58 €; Mendener Kontrollgruppe: 85 €). Statistisch signifikante Unterschiede konnten aber hier nicht nachgewiesen werden.

Auf Stadtebene ist der Anteil von Ahlerer Pflegebedürftigen, die Hilfsmittel in Anspruch genommen haben, zwar höher, aber die Mendener verursachen im Mittel in allen Pflegestufen höhere monatliche Hilfsmittelkosten (gesamt: Ahlen 59 €; Menden 79 €). Signifikante Differenzen konnten ebenfalls nicht nachgewiesen werden.

Die von der Koordinationsstelle Ambulanter Angebote beratenen Pflegebedürftigen der Pflegestufen 1 und 2 sowie der Gesamtgruppe verursachen signifikant geringere monatliche Kosten für *Leistungen nach SGB V (häusliche Krankenpflege)* als die Ahlerer bzw. Mendener Vergleichspersonen (Gesamtgruppen: von der Koordinierungsstelle Ambulanter Angebote beratene Personen: 36€ / nichtberatene Ahlerer: 45€ / nicht beratene Mendener 80€). Auf Stadtebene konnten jedoch keine Einsparungen bei den Kosten der häuslichen Krankenpflege in Ahlen nachgewiesen werden.

Bei den monatlichen Kosten für Krankenhausbehandlungen konnten keine Einsparungen nachgewiesen werden.

Die Auswertung der Daten des kommunalen Sozialhilfeträgers (Kreis Warendorf) zeigt deutlich, dass ambulant versorgte Personen weitaus seltener (75% der Personen, die Leistungen in Anspruch nehmen, werden vollstationär versorgt) und auch in weitaus geringerem Umfang Leistungen des Sozialhilfeträgers in Anspruch nehmen.

## **Empfehlungen**

Auf Basis der dargestellten Ergebnisse ergeben sich folgende Empfehlungen an gesundheitspolitische Akteure sowie Akteure der Selbstverwaltung, die sich mit der Betreuung pflegebedürftiger Personen beschäftigen.

- 1 Aus folgenden Gründen werden zunächst die Fortführung und Weiterentwicklung der Ahlener Pflege- und Wohnberatung und der Ausbau der Vernetzung der Versorgung empfohlen: Souverän im regionalen Versorgungsnetz agierende (kooperierende) Pflege- und Wohnberater (mit Kenntnissen des Sozialversicherungssystems und der Pflege, außerdem mit geschulter psychosozialer Kompetenz) fördern die ambulante Pflege, wie die Ergebnisse der quantitativen Forschung zeigen. Außerdem sind die Pflege- und Wohnberater stabile Ansprechpartner für die Angehörigen pflegebedürftiger Personen. Sie unterstützen aufgrund ihrer fachlichen Kompetenz (unter anderem das Wissen um sämtliche regionale Versorgungsangebote für Pflegebedürftige) die umfassende Entscheidungsfindung für die häufig variierenden Versorgungsbedürfnisse hilfebedürftiger Personen.
- 2 Der mit dem Modell intendierte Vernetzungsgrad der Versorgung ist in der Stadt Ahlen bereits relativ hoch. Der Optimierungsbedarf im Ahlener Versorgungssystem liegt jedoch im weiteren Aufbau der Kooperationsstrukturen, insbesondere mit den niedergelassenen Haus- und Fachärzten. Dies könnte vor allem den präventiven Charakter der Arbeit der Koordinationsstelle Ambulanter Angebote stärken, da Hausärzte den zunehmenden Hilfebedarf bei Arztbesuchen identifizieren könnten. Um Anreize einer Kooperation zu schaffen, müssten die Kassenärztlichen Vereinigungen als Partner gewonnen werden, damit verbindliche Vereinbarungen getroffen werden können.
- 3 Es ist die Zusammenarbeit der Krankenhäuser mit einem ambulanten Versorgungsnetz zu empfehlen, da dies die Betreuung entlassener Patienten stabilisieren kann. Die Stabilisierung sollte im Interesse von Krankenhäusern liegen, da damit Kosten (durch eine früher mögliche Entlassung der Patienten) gespart werden. Ob für diese Zusammenarbeit strukturelle Anreize geschaffen werden müssen, soll an dieser Stelle offen gelassen werden.
- 4 In der Stadt Ahlen gibt es mehrfach ausgezeichnete Angebote im Rahmen des Bürgerschaftlichen Engagements. Unter den Ratsuchenden ist die Inanspruchnahme solcher Angebote jedoch eher die Ausnahme gewesen, weil es zusätzlichen organisatorischen Aufwand und einen weiteren Ansprechpartner bedeutet. Außerdem gibt es nur wenige von den Angehörigen gewünschte flexible und kurzfristige Unterstützungsangebote im Bereich des Bürgerschaftlichen Engagements. Hier gilt es, die Akzeptanz bestehender Angebote zu erhöhen, um einen tatsächlichen Welfare-mix zu verwirklichen, der die Angehörigen entlastet.

Möglicherweise könnte außerdem die Pflege- und Wohnberatungsstelle zur Entlastung der Angehörigen beitragen, indem sie die Abstimmung mit den Freiwilligengruppen übernimmt. Inwiefern dies innerhalb der vernetzten Ahlener Freiwilligenstrukturen realisierbar wäre, muss überprüft werden.

- 5 Es wird der Ausbau der Forschung auf Basis von Routinedaten empfohlen, um die Versorgung auf Basis einer möglichst großen Stichprobe abbilden zu können. Hierfür ist es notwendig, dass die Leistungsträger zum einen den Zugang (wobei über eine diesbezügliche Verpflichtung nachgedacht werden könnte) zu den Daten und zum anderen deren Vollständigkeit, Standardisierung und digitalisierte Form gewährleisten. Die Daten der ambulanten Versorgung von Pflegebedürftigen (Arztbesuche) müssten ebenfalls leichter und zeitgleich zugänglich gemacht werden, da diese für eine umfangreiche Analyse notwendig sind.

Da Pflegesituationen häufig über längere Zeiträume auftreten, sollten die Daten auch über entsprechend längere Zeiträume verfügbar sein.

Die Kranken- und Pflegekassen sollten die Forschung mit Routinedaten grundsätzlich befürworten und entsprechend unterstützen.

Für Verhandlungen mit Forschungsgruppen ist darüber hinaus zu empfehlen, dass bei den Kranken- und Pflegekassen stabile Ansprechpartner benannt werden, die sowohl mit dem Datenschutz als auch mit der Struktur und dem Inhalt der Daten vertraut sind.

- 6 Pflegesituationen sind offensichtlich aufgrund der verschiedenen Grunderkrankungen, der nach einer gesetzlich festgelegten an physischen Schwächen orientierten Einstufung des Pflegegrads und der vielen Versorgungspartner sehr komplex. Die alleinige Analyse von Routinedaten von Pflegebedürftigen, wie sie bei Kranken- und Pflegekassen vorliegen, kann diese Komplexität nicht vollständig abbilden.

Es wären daher weitere Daten notwendig, die beispielsweise den Pflegebedarf oder die Morbidität der entsprechenden Personen charakterisieren.

Um die Kosten und den Verlauf von Pflegesituationen zu analysieren, ist somit eine Zusammenführung der vollständigen Daten mehrerer Institutionen (MDK, Kranken- und Pflegekassen, Sozialhilfeträger) unumgänglich.

- 7 Die Information, die Angehörigen zur Verfügung steht, ist in einigen Bereichen unzureichend und sollte ausgebaut werden, um die Qualität der Versorgung Pflegebedürftiger weiter zu verbessern. Hierbei sind zum einen Einrichtungen der

Rehabilitation angesprochen, bei der Heilbehandlung von nach der Rehabilitation im häuslichen Umfeld gepflegter Personen eine gezielte Einbindung der Angehörigen zu unterstützen, um die weitergehende Mobilisierung zu Hause angemessen zu ermöglichen. Dadurch könnte das Verständnis der Angehörigen für die Bedeutsamkeit der Rehabilitation gestärkt werden. Dies könnte beispielsweise die Adhärenz gegenüber empfohlenen Übungen fördern. Zum anderen sind Krankenhäuser und hausärztliche Praxen angesprochen, ihre Aufklärungs- und Informationspflicht auch gegenüber Angehörigen stärker wahrzunehmen. Vielen Angehörigen würde die Betreuung der Pflegebedürftigen durch mehr Information zum weiteren medizinischen Vorgehen und zum Verlauf bestimmter Erkrankungen wesentlich erleichtert. Diese Einbeziehung und Information könnte nicht zuletzt mit Kostenersparnissen einhergehen, da das Verständnis der Angehörigen und damit ihre Handlungskompetenzen wesentlich gestärkt werden könnten.

Außerdem sollte die ambulante Rehabilitation der älteren pflegebedürftigen Personen allgemein stärker als bisher ausgebaut und mit Anreizen versehen werden.

- 8 Folgende Empfehlung richtet sich vor allem an den MDS beziehungsweise MDK: Für die Forschung wären Statistiken oder Angaben zum genaueren Wohnort von Personen mit gesetzlich festgestellter Pflegebedürftigkeit (und unter Einbeziehung der privat versicherten Pflegebedürftigen) sehr hilfreich, um die Repräsentativität der Stichprobe darstellen zu können. Eine Möglichkeit besteht in der standardisierten elektronischen Erfassung der Postleitzahl der pflegebedürftigen Person bei der Einstufung der Pflegebedürftigkeit.
- 9 Vor dem Hintergrund, dass am häufigsten ambulante ärztliche Leistungen durch die Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden, kann man einerseits empfehlen, die Ärzte noch stärker als bisher in dieses Versorgungsnetz zu integrieren. Andererseits verwundert dieser Befund, und eine Ausrichtung hin zu einem zunehmenden Professionenmix wird empfohlen. Durch beispielsweise zusätzliche Versorgungskompetenzen von Pflegekräften könnten ärztliche Leistungen, welche von Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden, ersetzt werden.

Über die Empfehlungen hinaus besteht aus Sicht des Forschungsverbundes zu folgenden Themen weiterer Entwicklungs- und Forschungsbedarf.

- 1 Schaffung und Untersuchung von Anreizen zur Kooperation von, beziehungsweise zwischen Versorgungsakteuren;

- 2 Forschung zur Entlastung von pflegenden Angehörigen zur Stabilisierung ambulanter Pflegesituationen, beziehungsweise zur Vermeidung der Überlastung von Angehörigen, wobei die unterschiedlichen Zielgruppen von Angehörigen berücksichtigt werden müssen (erwerbstätige Angehörige der „Kindergeneration“ und Angehörige der gegenüber dem Pflegebedürftigen gleichen Generation);
- 3 Eine gezielte fachöffentliche Diskussion der Qualitätsstandards zu ihrer Weiterentwicklung;
- 4 Die Implementierung der Qualitätsstandards in die Praxis und die Erarbeitung eines differenzierten Implementierungskonzeptes oder gar Handbuches;
- 5 Ausbau innovativer ambulanter und stationärer Versorgungsstrukturen, die in der Lage sind auch ohne die Unterstützung Angehöriger komplexe Gesundheits- und Pflegesituationen aufzufangen, um die Versorgung allein stehender Personen zu verbessern;
- 6 Die Prüfung der Idee einer regelmäßigen (z.B. alle 2 Jahre) Rehabilitationsmöglichkeit für pflegende Angehörige („hidden patients“) und die Pflegebedürftigen. Dies könnte eine Möglichkeit sein, den psychischen und physischen Belastungen der pflegenden Angehörigen mit rehabilitativen Maßnahmen zu begegnen und damit gerade die Leistung der lang andauernden ambulanten Pflege zu stabilisieren, beziehungsweise zu unterstützen. Indem gleichzeitig (quasi als Begleitperson) die Pflegebedürftigen in der Rehabilitationseinrichtung betreut werden, würde den Angehörigen die Entscheidung für eine solche Kur sicher erleichtert. Interventionsmöglichkeiten hätte man zudem auch in der medikamentösen, pflegerischen und medizinischen Betreuung der Pflegebedürftigen.



**Modellprogramm der Spitzenverbände der  
Pflegekassen zur Weiterentwicklung der  
Pflegeversicherung gem. § 8 Abs. 3 SGB XI**

## **Anhang**

**„Evaluation der Effektivität und Effizienz eines integrierten Versorgungssystems für ältere hilfe- und pflegebedürftige Menschen am Beispiel der Pflege- und Wohnberatung in Ahlen“**

## **Modellprojekt**

**„Evaluation der Effektivität und Effizienz eines integrierten Versorgungssystems für ältere hilfs- und pflegebedürftige Menschen am Beispiel der Pflege- und Wohnberatung in Ahlen“**

## **Gliederung des Anhangs zum Gesamtbericht**

### **Anlagen zum Bericht der KAA Pflege- und Wohnberatung (II)**

- Anlage 1: Fallbeispiele aus der Beratung
- Anlage 2: Qualitätshandbuch der KAA - Pflege- und Wohnberatung
- Anlage 3: Screenshots aus der Datenbank

### **Anlagen zum Bericht des iso Instituts Saarbrücken (III.1)**

- Anlage 1: Leitfäden für die Expertengespräche
- Anlage 2: Narrative Interviews mit Ratsuchenden

### **Anlagen zum Bericht der Charite Berlin (III.2 )**

- Anlage 1: Fragebögen an Angehörige und Pflegebedürftige
- Anlage 2: Datenlieferung von Krankenkasse 1 und 2 und des Kreises Warendorf
- Anlage 3: Korrekturfaktoren in Ahlen und Menden
- Anlage 4: Übersicht zu den verwendeten Variablen von Daten der Kranken- und Pflegekasse bzw. des Kreises Warendorf

### **Anlage zum Bericht der KFH Münster (III.3)**

#### **Teil A:**

#### **Bundesweite Befragung**

- Anlage 1: Landespflegegesetz und Ausführungsverordnungen, Ansprechpartner in den einzelnen Bundesländern
- Anlage 2: Relevante Textpassagen aus Gesetzestexten und Verordnungen zu den Landespflegegesetzen der Bundesländer
- Anlage 3: Antworten der bundesweiten Befragung der Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen
- Anlage 4: Zeiterfassungsbögen
- Anlage 5: Einflussfaktoren Beratung

### **Instrumente zur Erfassung von Art und Dauer der Beratung**

- Anlage 1: Zeiterfassungsmatrix
- Anlage 2: Zeiterfassungsbogen
- Anlage 3: Erläuterungen zur Zeiterfassungsmatrix
- Anlage 4: Liste von Faktoren, die Art und Dauer der Beratung vermutlich beeinflussen



**Teil B:****Qualitätsstandards**

- Anlage 1: Leitprinzipien der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management
- Anlage 2: Ortsunabhängige Qualitätsstandards
- Anlage 3: Fallbestimmungsinstrument
- Anlage 4: Instrument zur Situationsaufnahme und Bedarfsfeststellung
- Anlage 5: Serviceplan- und Prozesssteuerungsinstrument
- Anlage 6: Gesichtete Qualitätsstandards von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen



**Alter und Soziales e.V.**

## **Anlagen zu dem Abschluss- und Ergebnisberichtes der KAA - Pflege und Wohnberatung (II)**

Anlage 1: Fallbeispiele

Anlage 2: Qualitätshandbuch der KAA - Pflege und Wohnberatung

Anlage 3: Screenshots aus der Datenbank



**Alter und Soziales e.V.**

## **Anlagen zu dem Abschluss- und Ergebnisberichtes der KAA - Pflege und Wohnberatung (II)**

Anlage 1: Fallbeispiele

# Fallbeispiel 1 Herr F.S.

## 1. Identifikation des zu Beratenden / Zugang zum Ratsuchenden

### Strukturelle Voraussetzungen:

Seit Jahren wird durch den Verein „Alter und Soziales e.V.“, die KAA und den Case Manager (CM) eine intensive Vernetzungsarbeit betrieben. Mit dem örtlichen Krankenhaus und dessen Sozialdienst wurde eine standardisierte Kommunikationsstruktur aufgebaut. Bausteine dieser Struktur sind:

- regelmäßige Arbeitstreffen 2x jährlich zur grundsätzlichen Erörterung der Zusammenarbeit
- Kommunikation im Einzel“fall“ durch Übersendung des Überleitungsbogens mit ergänzenden mündlichen Informationen
- Rückmeldung der KAA bei diagnostischem Hausbesuch vor der Entlassung bzw. nach erfolgter Entlassung
- Krankenhausseitig basiert die Zusammenarbeit auf einem hausinternen Screening zur Identifikation von PatientInnen mit Überleitungsbedarf.

### April 2006

Krankenhaus-Sozialdienst teilt mit:

Herr S., hochaltrig, allein lebend, befindet sich im Krankenhaus wegen einer Herzerkrankung, zeige keine Problemeinsicht, keine Selbsthilfefähigkeiten, stehe zur Entlassung an. Keine Angehörigen, nur „ein Bekannter“ (Herr L.); dieser sei mit der Situation überfordert. Seitens des Krankenhauses sei eine Überleitung im Rahmen §3 PfGNW eingeleitet, jedoch abgelehnt worden. Die KAA möge die weitere Begleitung übernehmen. Die Einschätzung, dass Herr S. für Case Management (CM) in Frage kommen, wird sich nach dem Assessment bestätigen. Herr S. ist mit der Kontaktaufnahme seitens der KAA einverstanden. Die Kontaktaufnahme erfolgt vor Entlassung noch im Krankenhaus.

## 2. Assessment

Bei der Rückkehr in die Wohnung ist der CM mit dem benannten Bekannten zugegen.

Herr S., Jg. 26., allein lebend, keinerlei Angehörige, kleine Rente, keine Ersparnisse, kognitiv schlicht, aber kooperativ und entscheidungsfähig. Herr S. hat keinerlei Kenntnisse aus dem Bereich „Sozialrechtliche Ansprüche“.

Kleine 2-Zi.-Wohnung in MFH, EG mit 5 Stufen, Bad mit WC und Wanne, kein Telefon. Etwas unsauber.

Herr S. verlässt Haus nur gelegentlich zum Einkaufen (ca. 200 m. entfernt). Seine Tagesstrukturierung besteht aus Zusammensein mit Herrn L. und Fernsehen bei mäßigem Alkoholkonsum bereits am Morgen beginnend.

Es zeigen sich leichte Defizite bei der persönlichen Hygiene. Diese Einschätzung wird von Herrn S. nicht geteilt, jedoch ist die Unterstützung in pflegerischen Dingen und im Haushalt sein Ziel. Die Badewanne sei schon lange nicht mehr benutzt worden.

Herr L. übernahm bisher das Einkaufen, die Kommunikation mit dem Hausarzt sowie das Beschaffen der Medikamente. Seine Frau habe gelegentlich die Fenster geputzt. Herr L. befürchtet, dass nun Aufgaben auf ihn zukommen, die ihn überfordern.

Herr S. kann seine Medikamente und die Einnahme nicht sicher benennen.

## 3. Hilfeplan

Als **Grobziel** wird die Sicherung der häuslichen Situation formuliert.

### Ziele im Bereich „Pflege“:

Sicherstellung der Körperhygiene

Sicherstellung der Medikamenteneinnahme

### **Ziele im Bereich „Haushalt“:**

Verlässliche Sicherstellung der Wohnungsreinigung

### **Ziele im Bereich Finanzen:**

Erschließen der möglichen Ressourcen des SGB XII, SGB IX und SGB V

## **4. Umsetzung des Hilfeplans**

**Maßnahme 1:** Einbeziehung eines Pflegedienstes zum Baden und Medikamenteneinnahme nach Absprache mit Hausarzt wegen Verordnung.

**Maßnahme 2:** Haushaltshilfe: die bereits bisher sporadisch tätige Ehefrau des Herrn L. ist bereit, gegen Vergütung regelmäßig 2 Std. / wchtl. tätig zu werden.

**Maßnahme 3:** Sicherstellung der Finanzierung des Pflegedienstes und der Haushaltshilfe durch Beantragung von SGB XII-Leistungen nach absehbarer und tatsächlich erfolgender Ablehnung einer Pflegestufe nach SGB XI; CM ist bei Begutachtung durch MDK zugegen und stimmt mit Gutachterin den Hilfebedarf ab.

**Maßnahme 4:** Beschaffung einer Hilfsmittelverordnung „Badebrett“ (wirtschaftlich und ausreichend, da Vollbad bei Herzerkrankung kontraindiziert und Pflegedienst Baden durchführt)

**Maßnahme 5:** Beantragung eines Schwerbehindertenausweises beim Versorgungsamt zur Erlangung eines evtl. Freibetrages bei Wohngeldantrag

CM organisiert Pflegedienst, Verordnungen, führt Antragstellungen bei Sozialamt „Hilfe zur Pflege“ incl. Beschaffung aller zugehöriger Unterlagen, Krankenkasse (Zuzahlungsbegrenzung bei chronischer Erkrankung), Versorgungsamt (Schwerbehindertenausweis), Wohngeldstelle durch.

Die Installation eines Hausnotrufgerätes wird erörtert, da jedoch Voraussetzung ein Telefonanschluss wäre und dieser von Herrn S. abgelehnt wird („wofür brauche ich Telefon?“), entfällt Maßnahme.

## **5. Monitoring der Leistungserbringung**

**Pflegedienst** berichtet über Beginn der Tätigkeit: Herr S. sehe Notwendigkeit einer täglichen Körperpflege nicht ein; man einigt sich auf 3 x wchtl.; Medikamentengabe sei problemlos.

**Haushalt:** Leistungen werden erbracht

**Hilfsmittel:** Badebrett wird geliefert

### **Anträge:**

- SGB XII-Leistungen werden bewilligt wie gestellt
- Schwerbehindertenausweis: 80%, G > Wohngeldantrag entfällt; Wertmarke ÖPNV ist für Herrn S. uninteressant
- Zuzahlungsbegrenzung: Herr S. bekommt eine Rückzahlung von der Krankenkasse

## **6. Evaluation (Ende April 06)**

### **Evaluation Ebene des Individuums:**

In Übereinstimmung mit Pflegedienst, Herrn S. und dessen Bezugsperson wird Umfang der Hilfe als ausreichend eingeschätzt. Herr S. schöpft die vom Sozialhilfeträger bewilligten Leistungen nicht aus, da eine tgl. Ganzkörperwäsche seinen Lebensgewohnheiten nicht entspricht.

### **Evaluation Systemebene:**

Das Ahlener Versorgungssystem hat erwartungsgemäß funktioniert.

### **Evaluation Kosten:**

**Sozialhilfeträger**

3 x wchtl. Modul 1 + Hausbesuchspauschale bei 13 Einsätzen / Monat € 249,08  
2 Std. wchtl. Haushaltshilfe: € 16.- x 4,32 € 69,12

### **Krankenkasse**

1x tgl. Medikamentengabe (LG 1)  
Badebrett

### **Vergleichskosten vollstationär:**

bei PS „0“: ca. € 65.- /Tag = ca. € 2000.-/Monat % Renteneinkommen ca. € 950.-  
> € 1050.- Kostenanteil für Sozialhilfeträger  
> Ersparnis des Sozialhilfeträgers: ca. € 700.- / mtl.

## **7. Nachgehende Beobachtung**

Nach 2 Monaten vereinbart, ergibt übereinstimmend gesicherte Situation, dito nach weiteren 3 Monaten.

### **Januar 2007**

Neue Situation: Herr S. ist in der Wohnung gestürzt, Schenkelhalsbruch. Pflegedienst informiert KAA, KAA informiert Krankenhaus-Sozialdienst über bisherige Situation.  
Herr S. erhält Reha, KAA nimmt Kontakt zu Sozialdienst Reha-Klinik auf. Schilderung der häuslichen Versorgungssituation und Kompetenzen des Herrn S. zu Ende der Reha. Pflegedienst wird informiert. Herr S. erhält mit Entlassung Rolator.

### **Reassessment bei Rückkehr 12.02.07**

Eingeschränkte körperliche Fähigkeiten erfordern weiteren Hilfsmittleinsatz:

- Toilettensitzerhöhung mit Armstützen
- Pflegebett (Betterhöhung scheidet wegen Gebrechlichkeit des vorhandenen Bettes aus)
- Herr S. geht in der Wohnung sicher am Rolator

Pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung: Bedarf unverändert

### **Hilfeplanergänzung:**

- Hilfsmittelverordnungen vom Hausarzt beschaffen; vorübergehende Versorgung aus Beständen des Pflegedienstes und der KAA
- Verordnungen zur Krankenkasse mit Anschreiben wegen Ablehnung Pflegebett
- zu erwartende Ablehnung des Pflegebettes als Antragsgrundlage für Antragstellung Eingliederungshilfe beim Sozialhilfeträger

### **Vorläufige Evaluation / Ebene des Unterstützten:**

Herr S. ist nach Einschätzung aller Beteiligten weiterhin gut versorgt.

### **Evaluation Systemebene:**

Eine Schwachstelle zeigte sich darin, dass die weitergeleitete Nachricht des Krankenhaus-Sozialdienstes über das bestehende Hilfesystem in der Reha-Klinik nicht ankam. Dieses Kommunikationsdefizit konnte durch das standardmäßige Nachverfolgen von Situationen durch den CM aufgefangen werden. Der Krankenhaus-Sozialdienst wurde informiert.

### **Nachgehende Beobachtung:**

Ist nicht erforderlich, da Herr L. Herrn S. verlässlich täglich besucht und im Bedarfsfall informiert.

(Sachstand Juni 2007)

## Fallbeispiel 2 Frau E.P.

### 1. Identifikation des zu Beratenden / Zugang zum Ratsuchenden

#### Strukturelle Voraussetzungen:

Seit Jahren wird durch den Verein „Alter und Soziales e.V.“, der KAA / den case manager eine intensive Vernetzungsarbeit betrieben. Mit den 8 örtlichen ambulanten Pflegediensten wurde eine Arbeits- und Kommunikationsstruktur aufgebaut. Bausteine dieser Struktur sind:

- regelmäßige Arbeitstreffen 2monatlich zur Erörterung aktueller Themen und Abstimmung der Zusammenarbeit
- Kommunikation im Einzel“fall“ durch Austausch vorhandener Materialien mit ergänzenden mündlichen Informationen
- Rückmeldung der KAA bei beraterischen Aktivitäten, die durch eine Bedarfsmitteilung nach Beratungsbesuch der Pflegedienste im Rahmen §37,3 eingeleitet wurden

#### Februar 2006

Einer der Ahlener Pflegedienste hatte Ende 2005 nach §37,3-Besuch der KAA einen Beratungsbedarf bei Herrn S., Pflegestufe 1, mitgeteilt. Der Beratungsprozess war Anfang 2006 zur Zufriedenheit des Herrn S. abgeschlossen worden. Ende Feb. 2006 teilt Herr S. folgende Problemsituation mit:

Seine Partnerin Frau E.P., bislang völlig selbstständig in eigener Wohnung lebend, sei wegen einer akuten Erkrankung („entgleister Diabetes“) im Krankenhaus und „könne gar nichts mehr“. Herr S. ist sehr besorgt, denn bislang hielt er sich an 3-4 Tagen in der Woche bei ihr in der Wohnung auf, während sie die anderen Tage der Woche in seiner Wohnung verbrachte und ihn mit kleinen Hilfen im Haushalt unterstützte.

Die KAA/der Case Manager (CM) nahm Kontakt zum Krankenhaus-Sozialdienst auf. Im Krankenhaus war Frau A bereits im hausinternen screening als Patientin mit Überleitungsbedarf identifiziert worden. Die KAA wurde über Pflegebedarf mittels Überleitungsbogen (Hilfebedarf in allen Bereichen bei kompletter Bettlägerigkeit, Harn- und Stuhlinkontinenz) und Entlasstermin informiert. Es wurde ein §3 PFG NW -Verfahren erfolgreich durchgeführt.

### 2. Assessment Teil a. - soweit für Pflege / Betreuung in den ersten Tagen nach Entlassung relevant

Frau E.P., Jahrgang 1918, allein lebend, keine Kinder, keine Angehörigen mehr. Kognitiv grundsätzlich nicht eingeschränkt, jedoch in akuter Krankheitssituation überfordert. Stimmung ausgeglichen, gelegentlich verzagt („was soll man machen, man kann doch nichts ändern“). Die Angaben des Überleitungsbogens bzgl. der körperlichen Einschränkungen erweisen sich als zutreffend. Frau P. wurde als für den Einsatz von case management in Frage kommend identifiziert.

#### Bedarf:

4x tgl. grundpflegerische Versorgung, Sicherstellung der Medikamenteneinnahme, kontinuierliche Betreuung, hauswirtschaftliche Versorgung, Pflegebett, Toilettenstuhl

#### Ressourcen / Bezugspersonen:

- Partner Herr S. ist körperlich eingeschränkt, jedoch mit Gehhilfen im Haus und elektrischem Rollstuhl außer Haus mobil. Frau P. hat hohes Vertrauen in ihren Partner („das macht alles der Werner“).
- Nachbarin Frau K. (Mo.- Fr. 7.30 – 17.00 Uhr außer Haus wegen Berufstätigkeit), sonst jederzeit, im Notfall auch nachts, unterstützungsbereit und ansprechbar.
- Pflegedienst des Herrn S.
- Bewilligung einer Pflegestufe im Rahmen §3 PFG NW

### **3. Hilfeplan Teil a. - vorläufiger Hilfeplan (für die ersten Tage nach der an einem Freitagmittag erfolgenden Entlassung)**

Als **Grobziel** wird die Vermeidung von Heimeinzug / Sicherung der häuslichen Situation formuliert.

#### **Ziele in den Bereichen „Pflege und Betreuung“:**

**Ziel 1:** Insbes. Sicherstellung der Körperhygiene bei Harn- und Stuhlinkontinenz sowie der Mobilität

**Maßnahme 1:** Grundpflege: Pflegedienst 4x tgl., angesprochen von Herrn S.

**Maßnahme 2:** Hilfsmittel: Krankenhaus verordnet Pflegebett und Toilettenstuhl (hier auch erstes monitoring: Pflegebett ist bei Entlassung vorhanden, Toilettenstuhl nicht > holt die Nachbarin aus dem Depot der KAA für kurzfristigen Bedarf ab.). Pflegedienst stellt Inkontinenzhilfsmittel zur Verfügung bis zum Vorliegen einer Verordnung und der Lieferung durch das Sanitätshaus.

**Ziel 2:** Sicherstellung der Medikamenteneinnahme (nicht insulinpflichtiger Diabetes)

**Maßnahme:** Verabreichung durch Herrn S.

**Ziel 3:** Allgemeine Sicherstellung der häuslichen Lebenssituation:

**Maßnahmen:** Herr S. hält sich tagsüber ab ca. 10.00 Uhr bei Frau P. auf. Nachbarin wird über Wochenende ergänzend unterstützen und die nächtliche Betreuung gewährleisten. Hauswirtschaft: Herr S. und die Nachbarin

Nach übereinstimmender Einschätzung von Krankenhaussozialdienst, Pflegedienst, der Nachbarin, Frau P., Herrn S. und der KAA ist die Situation über Wochenende ausreichend gesichert. Man vereinbart sich auf einen weiteren gemeinsamen Termin am Montagnachmittag nach Rückkehr der Nachbarin von der Arbeit. Die Hausärztin, die am Freitagnachmittag einen Hausbesuch durchführt und der KAA umgehend eine Heimnotwendigkeit mitteilt, kann unter Darlegung des vorläufigen Hilfeplans umgestimmt werden.

### **2. Assessment Teil b. - Vervollständigung**

#### **Wohnsituation:**

Mietwohnung, Stadtmitte, Erdgeschoss, 1 Stufe zur Wohnung, Flur, Wohnzimmer, Schlafzimmer, Küche, Bad mit Wanne und WC. Türbreite Bad 53 cm, Tür nach innen aufschlagend. In allen Räumen ausreichend Bewegungsfläche. Alle anderen Türen 80 cm.

Vorhandene Hilfsmittel: Pflegebett (im Schlafzimmer) mit Bettschutzeinlagen, Toilettenstuhl, Wannenaufzug, Inkontinenzhilfsmittel. Im Wohnzimmer elektrisch verstellbarer Liegesessel (wird tagsüber genutzt).

#### **Finanzielle Situation:**

Rente ca. € 1400.-, keine Ersparnisse, kein sonstiges Vermögen, Miete ca. € 500.- warm

### **3. Hilfeplan Teil b. - Vervollständigung**

#### **Ziele im Bereich Finanzen:**

**Ziel 1:** Finanzierung der Einsätze des Pflegedienstes bei erwarteter Pflegestufe 2

**Maßnahme 1:** Beantragung von aufstockenden SGB XII-Leistungen

**Ziel 2:** Nutzung der Nachteilsausgleiche nach SGB IX

**Maßnahme 2:** Beantragung eines Schwerbehindertenausweises beim Versorgungsamt zur Erlangung der Merkzeichen RF und aG; parallel vorsorgliche Beantragung bei GEZ

#### **Ziele im Bereich Hilfsmittel/Wohnumfeld:**

**Ziel 3:** Zugänglichkeit des Bades/WCs sowie Erhöhung der Bewegungsfläche im Bad/WC

**Maßnahme 3:** Beantragung einer Türverbreiterung als Maßnahme der Wohnumfeldverbesserung, dabei Anschlag der Tür verändern



**Ziel 4:** Erleichterung der Nahrungsaufnahme im Liegesessel

**Maßnahme 4:** Verordnung eines Pflegebettisches

**Ziel 5:** Gewährleistung von Sicherheit während der Abwesenheit von Betreuungspersonen

**Maßnahme 5:** Installation eines Hausnotrufgerätes

#### 4. Hilfeplan Teil c. - Umsetzung des Hilfeplans

**Maßnahme 1 (SGB XII-Beantragung):** Ausführung CM nach Bereitlegen der erforderlichen Unterlagen durch Herrn S., Anforderung einer Leistungsaufstellung vom Pflegedienst sowie Angaben vom Vermieter

**Maßnahme 2 (Schwerbehindertenausweis/Nachteilsausgleiche):** Ausführung CM nach Bereitlegen der erforderlichen Unterlagen durch Herrn S.

**Maßnahme 3 (Türverbreiterung):** Ausführung CM einschl. Beschaffung der erforderlichen Anlagen (Terminvereinbarung mit Handwerkern für Angebotserstellung, Einholen der Vermieterzustimmung); Bedarf wird bei Begutachtung durch Herrn S. mitgeteilt

**Maßnahme 4 (Pflegebettisch):** CM holt Verordnung ein und leitet weiter

**Maßnahme 5 (Hausnotrufgerät):** CM organisiert Aufbau über Pflegedienst

#### 5. Monitoring

**Pflegedienst:** erbringt Leistungen verlässlich, kann auf 3x tgl. + bedarfsweise reduziert werden

**Finanzierung der Pflege (SGB XI / XII):** Nach erwartungsgemäß erfolgreicher Zuerkennung PS 2 werden Bescheid und Gutachten dem Sozialamt zugestellt; Sozialamt bewilligt bedarfsdeckend unter Anrechnung des übersteigenden Einkommens

**Türverbreiterung:** Angebote gehen ein, Antrag wird weitergeleitet, Ergebnis der Bearbeitung verfolgt, Aufträge erteilt, Ausführung verfolgt, Rechnungseingang verfolgt, Begleichung veranlasst.

**Pflegebettisch:** Lieferung erfolgt

**Hausnotruf:** wird binnen 24 Std. aufgestellt

**Schwerbehindertenausweis:** Nach Eingang Bescheid Weiterleitung an GEZ und Telekom

#### 6. Evaluation (Juli 2006)

##### Evaluation Ebene der Unterstützten:

In Übereinstimmung mit Pflegedienst, Frau P., Herrn S. und Hausärztin wird Betreuungs- und Pflegesituation als eingespielt und gut eingeschätzt. Alle Anträge sind erfolgreich bewilligt. Pflege ist auch finanziell sichergestellt.

##### Evaluation Systemebene:

Das Versorgungssystem hat gut und erwartungsgemäß funktioniert. Es hat sich allerdings gezeigt, dass durch die ärztliche Intervention („das geht nicht zuhause“) ein Störfaktor auftrat, dem durch Einbeziehung und Information (soweit möglich) vorgebeugt werden muss.

##### Evaluation Kosten:

###### Pflegekasse:

Pflegestufe 2 ambulant / Sachleistungen € 921.- / mtl.

Hausnotruf einmalig € 10,21, laufend € 17.90 / mtl.

Wohnumfeld ca. € 650.- einmalig, auf 3 Jahre umgelegt ca. € 20.- / mtl.

Pauschale Bett, Lieferung Pflegebettisch, auf 3 Jahre umgelegt ca. € 20.-/ mtl.

Weitere Kosten fallen für die Pflegekasse nicht an.

Gesamtkosten Pflegekasse bei PS 2 ambulant: ca. € 980.-/Monat

### **Sozialhilfeträger:**

Da die Einsätze des Pflegedienstes sich bei 3x tgl. stabilisieren, ist wegen des vorhandenen Einkommens keine Kostenbeteiligung des Sozialhilfeträgers erforderlich. Frau P. kann die die Pflegekassenleistungen übersteigenden Kosten selbst tragen.

### **Kostenvergleich ambulant – stationär**

Kosten Pflegekasse bei PS 2 stationär € 1279.-/Monat

**Ergebnis:** die **Pflegekasse** spart durch die Organisation und Sicherung der häuslichen Pflege durch CM ca. € 300.- / monatlich, im Jahr also ca. € 3600.-

Bei einer perspektivisch möglich erscheinenden Pflegestufe 1 würde sich die Schere weiter öffnen und dann ca. € 570.- / mtl., also ca. € 7000.- / Jahr (!) betragen.

Da bei Pflegestufe 2 Frau P. selbst bei ihrem relativ guten Renteneinkommen die die Pflegekassenleistungen übersteigenden Kosten (in Ahlen ca. € 1650.-) nicht selbst decken könnte, müsste der **Sozialhilfeträger** ca. € 300.-/Monat übernehmen. Bei der Versorgung in der häuslichen Umgebung entstehen dem Sozialhilfeträger keine Kosten (s.o.). Er hat also bei häuslicher Pflege eine Kostenersparnis von ca. € 300.-/Monat, im Jahr also ca. € 3500.-

## **7. Nachgehende Beobachtung**

Nach 2 Monaten vereinbart, ergibt übereinstimmend gesicherte Situation. Eine weitere Nachschau wird nicht terminiert, da Herr S. erklärt, bei Problemen sich zu melden. Außerdem ist kontinuierlich der Pflegedienst als ggf. informierende Instanz tätig.

### **Nov. 2006**

Pflegedienst teilt mit: eine Wiederholungsbegutachtung habe eine Rückstufung in Pflegestufe 1 ergeben.

Folgende Maßnahmen werden verabredet:

- nach Assessment Pflegebedarf und Abgleich mit Pflegegutachten wird Widerspruch eingelegt
- der Sozialhilfeträger wird umgehend über die veränderte Leistungssituation informiert
- monitoring bzgl. Verlauf des Widerspruchs > Pflegedienst ist bei Wiederholungsbegutachtung zugegen.

### **März 2007**

Eingang des Bescheides, dem Widerspruch wurde stattgegeben. Es erfolgt Information an den Sozialhilfeträger über leistungsrechtlich unveränderte Situation.



## Anlage 2 zum Bericht der KAA - Pflege- und Wohnberatung

# Qualitätshandbuch

**Qualitätsstandards**

**Arbeitsinstrumente**

**Stand Juni 2007**

**Herausgeber:**

Alter und Soziales e.V. - Der Vorstand - Wilhelmstrasse 5 - 59227 Ahlen

Tel. 02382 – 4090 - Fax. 02382 – 4028 - E-Mail: [info@kaa-ahlen.de](mailto:info@kaa-ahlen.de) - Home: Kaa-Ahlen.de

Inhaltsverzeichnis	2-3
Einleitung	4
Auflistung der Qualitätsstandards mit Festlegung der Bezeichnung	5-7
Produkte und Leistungen mit Definitionen der KAA- Pflege- und Wohnberatung	8-11
Strukturstandards der KAA- Pflege- und Wohnberatung	12-13
Produktgruppe „Beratung“	14-42
Ber 1 „Auskunft“	14
Ber 2 „Kontaktherstellung zur KAA über KooperationspartnerIn“	15
Ber 2 a „Überleitung Krankenhaus – KAA“	16
Ber 3 „Verabredung und Vorbereitung eines Beratungstermins“	17
Ber 4 „Durchführung eines Beratungstermins“	18-19
Ber 5 „Durchführung eines Hausbesuches“	20
Ber 6 „Assessment Pflegesituation“	21
Ber 7 „Assessment Wohnumfeld“	22
Ber 8 „Hilfeplan“	23
Ber 9 „Kontakt zu einer KooperationspartnerIn im Rahmen des Beratungsprozesses (ohne / mit Hausbesuch), KAA bezieht ein“	24
Ber 10 „Einholen und Weiterleiten eines Attestes/einer Verordnung“	25
Ber 11 „Antragstellung bei einem Leistungsträger“	26
Ber 12 „Monitoring“ (Überwachung und Kontrolle des Unterstützungsprozesses)	27
Ber 13 „Dokumentation der Pflege- und Wohnberatung“	28
Ber 14 „Evaluation“ (Beratung)	29
Ber 15 „Nachgehende Kontrolle“	30
Ber 16 „Organisation von Kurzzeitpflege oder Pflegevertretung (Verhinderung der Pflegeperson)“	31-32
Ber 17 „Widerspruchsberatung“	33
Ber 18 „Schulung in häuslicher Umgebung gem. § 45 SGB XI“	34-35
Ber 18a „Schulung in häuslicher Umgebung gem. § 45 SGB XI“ Angehörige Demenzkranker gem. § 45 SGB XI	36-37
Ber 19 „Qualitätsmanagement“	38
Ber 20 „Evaluation“ (KAA)	39
Vern. 1 „Vernetzung (auf der Strukturebene)“	40
Öff 1 „Information der Öffentlichkeit durch Material zur Pflege- und Wohnthematik“	41
Öff 2 „Durchführung von Informationsveranstaltungen, Berater als Referent“	42

## Fortsetzung Inhaltsverzeichnis

Produktgruppe „Organisation und Verwaltung“	43-59
EDV 1 Überwachung, Wartung und Aktualisierung der Hard- und Software	43-44
EDV 2 Datenverwaltung (Ablagestruktur 2a/Datensicherung 2b)	45-46
EDV 3 Schulung der MitarbeiterInnen in EDV- und Kommunikationstechnik	47
Komm. 1 a Briefverkehr	48
Komm. 1 b Faxverkehr	49
Komm. 1 c Email-Verkehr	50
Komm. 1 d Telefonische Kommunikation	51-52
Orga 1 Empfang von BesucherInnen	53
Orga 3 Termin- und Aufgabenverwaltung und –überwachung	54
Orga 4 Verwaltung des Informationsmaterials	55
Verw. 1 Finanzverwaltung	56-57
Verw. 2 Personalverwaltung	58
Verw. 3 Material-/Ausstattungsverwaltung	59

## Einleitung

Im Verlauf des Projektes „Evaluation der Effektivität und Effizienz eines integrierten Versorgungssystems für ältere hilfe- und pflegebedürftige Menschen am Beispiel der Pflege- und Wohnberatung in Ahlen“ im Rahmen des Modellprogramms der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gem. § 8 Abs. 3 SGB XI hat die KAA die Aufgabe, die Effektivität und Effizienz des Beratungs- und Hilfeprozess zu steigern.

Die Produkte und Leistungen sind im Folgenden beschrieben und mit entsprechenden Definitionen versehen.

In diesem Zusammenhang entwickelte die KAA- Pflege- und Wohnberatung nach den Gesichtspunkten Struktur-, Prozess- und Ergebnisstandards ihre Produkte und Leistungen in Form von Qualitätsstandards weiter, die in dieser Materialsammlung vorliegen.

Neben den Qualitätsstandards stellen die eingesetzten Arbeitsinstrumente und deren Entwicklung bzw. Weiterentwicklung eine entscheidende Grundlage für die effektive und effiziente Arbeit der KAA- Pflege- und Wohnberatung dar.

Hierbei handelt es sich vor allem um die Frage der internen Organisation (Formular Arbeitsauftrag) sowie die Sicherstellung einer zuverlässigen Überleitung von Personen mit identifizierbarem Beratungsbedarf in die Beratung (Formular „Mitteilung über Beratungsbedarf“). Diese Arbeitsinstrumente sind ebenfalls beigefügt.

Die hier vorliegende Fassung der Materialsammlung der KAA- Pflege- und Wohnberatung stellt den Stand der Entwicklungsarbeit im Juni 2007 dar.



## Produktgruppe „Beratung“

Qualitätsstandard Nr.	Titel der Leistung
Ber 1	„Auskunft“
Ber 2	„Kontaktherstellung zur KAA über KooperationspartnerIn“
Ber 2 a	„Überleitung Krankenhaus – KAA“
Ber 3	„Verabredung und Vorbereitung eines Beratungstermins“
Ber 4	„Durchführung eines Beratungstermins“
Ber 5	„Durchführung eines Hausbesuches“
Ber 6	„Assessment Pflegesituation“
Ber 7	„Assessment Wohnumfeld“
Ber 8	„Hilfeplan“
Ber 9	„Kontakt zu einer KooperationspartnerIn im Rahmen des Beratungsprozesses (ohne / mit Hausbesuch), KAA bezieht ein“
Ber 10	„Einholen und Weiterleiten eines Attestes/einer Verordnung“
Ber 11	„Antragstellung bei einem Leistungsträger“
Ber 12	„Monitoring“ (Überwachung und Kontrolle des Unterstützungsprozesses)
Ber 13	„Dokumentation der Pflege- und Wohnberatung“
Ber 14	„Evaluation“ (Beratung)
Ber 15	„Nachgehende Kontrolle“
Ber 16	„Organisation von Kurzzeitpflege oder Pflegevertretung (Verhinderung der Pflegeperson)“

Fortsetzung Auflistung der Qualitätsstandards  
**Produktgruppe „Beratung“**



<b>Qualitätsstandard Nr.</b>	<b>Titel der Leistung</b>
Ber 17	„Widerspruchsberatung“
Ber 18	„Schulung in häuslicher Umgebung gem. § 45 SGB XI“
Ber 18 a	„Schulung in häuslicher Umgebung für Angehörige Demenzerkrankte gem. § 45 SGB XI“
Ber 19	„Qualitätsmanagement“
Ber 20	„Evaluation“ (KAA)
Öff 1	„Information der Öffentlichkeit durch Material zur Pflege- und Wohnthematik“
Öff 2	„Durchführung von Informationsveranstaltungen, Berater als Referent“
Öff 3	„Durchführung von Informationsveranstaltungen“
Vern. 1	„Vernetzung (auf der Strukturebene)“





## Produktgruppe „Organisation und Verwaltung“

Qualitätsstandard Nr.	Titel der Leistung
EDV 1	Überwachung, Wartung und Aktualisierung der Hard- und Software
EDV 2	Datenverwaltung (Ablagestruktur 2a/Datensicherung2b)
EDV 3	Schulung der MitarbeiterInnen in EDV- und Kommunikationstechnik
Komm. 1 a	Briefverkehr
Komm. 1 b	Faxverkehr
Komm. 1 c	Email-Verkehr
Komm. 1 d	Telefonische Kommunikation
Orga 1	Empfang von BesucherInnen
Orga 2 offen	Eingabe in Datenbank (eigenes Handbuch - nach Überarbeitung der KAA-Datenbank)
Orga 3	Termin- und Aufgabenverwaltung und -überwachung
Orga 4	Verwaltung des Informationsmaterials
Verw. 1	Finanzverwaltung
Verw. 2	Personalverwaltung
Verw. 3	Material-/Ausstattungsverwaltung

## **Produkte und Leistungen der KAA– Pflege- und Wohnberatung**

Im Rahmen ihrer Qualitätssicherung hat die KAA- Pflege- und Wohnberatung ihre Tätigkeiten in zwei Produktgruppen zusammengefasst, diese in einzelne Produkte gegliedert und die dazugehörigen Leistungen beschrieben. Die einzelnen Leistungen sind mit Qualitätsstandards versehen, die die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Leistung beschreiben. Damit ist die Grundlage für eine effektive und effiziente Beratungstätigkeit gegeben, die jederzeit hinsichtlich ihrer Qualität überprüfbar ist.

### **1. Produktgruppe Beratung**

#### **1.1. Auskunft**

Unter Auskunft wird die persönliche, telefonische oder schriftliche Übermittlung von Informationen verstanden, auf deren Basis der Ratsuchende ggf. sein Anliegen mit befriedigendem Ergebnis selbst weiterverfolgen kann.

#### **1.2. Beratung**

Kennzeichen von Beratung sind grundsätzlich:

Der Ratsuchende beschreibt die Problemlage ungenau und/oder verkürzt.

Berater und Ratsuchender erarbeiten gemeinsam die Situation und legen Ziele und Maßnahmen fest; der Berater verfolgt die Umsetzung und evaluiert den Prozess (Konzeptberatung).

Der Berater unterstützt ggf. bei der Umsetzung der Maßnahmen und Erreichung der Ziele (Beratung mit stellvertretender Ausführung).

Der Berater muss neben der Fachkompetenz (Sach- und Methodenkenntnisse) auch Personalkompetenz aufweisen.

Beratung ist ein Prozess, der überwiegend im persönlichen Gespräch stattfindet.

##### **1.2.1. Pflegeberatung**

Leistungen der Pflegeberatung sind:

- Kontakt zu einem Ratsuchenden über einen Kooperationspartner
- Verabredung und Vorbereitung eines Beratungstermins
- Durchführung eines Beratungstermins
- Durchführung eines Hausbesuchs
- Assessment Pflegesituation
- Kontakt zu einem Kooperationspartner
- Einholen und Weiterleiten eines Attestes oder einer Verordnung
- Antragstellung bei einem Leistungsträger
- Pflegeeinstufungsberatung/Widerspruchsberatung
- Organisation von Kurzzeitpflege oder Pflegevertretung bei (plötzlichem) Ausfall der Pflegeperson
- Hilfeplan
- Monitoring
- Dokumentation
- Evaluation

### **1.2.2. Wohnberatung**

Leistungen der Wohnberatung sind:

- Kontakt zu einem Ratsuchenden über einen Kooperationspartner
- Verabredung und Vorbereitung eines Beratungstermins
- Durchführung eines Beratungstermins
- Durchführung eines Hausbesuchs
- Assessment Wohnsituation
- Kontakt zu einem Kooperationspartner
- Einholen und Weiterleiten eines Attestes oder einer Verordnung
- Antragstellung bei einem Leistungsträger
- Widerspruchsberatung
- Hilfeplan
- Monitoring
- Dokumentation
- Evaluation

### **1.2.3. Pflegeeinstufungsberatung/Widerspruchsberatung**

Antragsteller sind oftmals mit den Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung und den formalen Wegen nicht vertraut. Mit dem Ratsuchenden wird die Pflegesituation erhoben (Assessment), werden die Leistungsvoraussetzungen geklärt und ggf. die Antragstellung durchgeführt.

Antragsteller sind zudem oftmals mit einem Entscheid einer Behörde bzw. Kasse nicht einverstanden. Mit dem Ratsuchenden werden die entscheidungsrelevanten Materialien durchgearbeitet und offene Fragen geklärt. Ggf. werden ergänzende Informationen eingeholt und es wird eine Empfehlung für das weitere Vorgehen gegeben.

Leistungen der Widerspruchsberatung sind:

- Verabredung und Vorbereitung eines Beratungstermins
- Durchführung eines Beratungstermins
- Ggf. Widerspruchsberatung
- Monitoring
- Dokumentation
- Evaluation

### **1.3. Organisation von Kurzzeitpflege oder Pflegevertretung bei (plötzlichem) Ausfall der Pflegeperson**

Wenn eine pflegende Person kurzfristig und unvorhersehbar oder auf mittlere Sicht und geplant ausfällt, ist die Weiterführung der Pflege entweder in der häuslichen Umgebung (Beschaffung vertretender Dienste oder Personen) oder in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung (Platzsuche, Kostenklärung, Anfahrt) zu organisieren. Pflegende Angehörige sind damit oftmals überfordert.

Leistungen der Organisation von Kurzzeitpflege oder Pflegevertretung sind:

- Verabredung und Vorbereitung eines Beratungstermins
- Durchführung eines Beratungstermins
- Organisation von Kurzzeitpflege oder Pflegevertretung
- Monitoring
- Dokumentation
- Evaluation

## 1.4. Case Management

Case Management wird in Abgrenzung zu den Produkten „Beratung“ als Arbeitsform eingesetzt,

- in vielschichtigen Problemsituationen;
- bei Kontakt mit mehreren notwendigen Leistungserbringern und Kostenträgern;
- wenn der hilfsbedürftige Mensch oder seine Familie den Markt der Angebote nicht alleine erschließen und die Hilfen nicht alleine steuern kann;
- wenn sich eine längerfristige Problemlage abzeichnet;
- wenn eine psychosoziale Begleitung zur Problembewältigung und zur Entwicklung von neuem Bewusstsein und Handlungsstrategien notwendig wird.

**Psychosoziale Begleitung** (der Ratsuchende benötigt psychische und soziale Hilfestellung; Berater und Ratsuchender erarbeiten gemeinsam die psycho-soziale Situation und legen Ziele und Maßnahmen fest) und **Krisenintervention** (der Ratsuchende ist in einer akuten Krisensituation, in der er Hilfe von außen benötigt, der Berater unterstützt aktiv den Ratsuchenden, Ziel ist der Erwerb neuer Bewusstseins- und Handlungsformen) können Bestandteile der Beratung und des Case Managements sein.

Im Rahmen des Case Management werden je nach Bedarf Leistungen aus folgenden Produkten erbracht:

- Auskunft
- Pflegeberatung
- Wohnberatung
- Pflegeeinstufungsberatung/Widerspruchsberatung
- Organisation von Kurzzeitpflege oder Pflegevertretung bei Verhinderung der Pflegeperson
- Vernetzung

## 1.5. Vernetzung

Für eine effektive und effiziente Angebots- und Kooperationsstruktur ist regelhaft vernetztes Arbeiten unabdingbar.

Leistungen der Vernetzung sind:

- Durchführung bzw. Initiieren von zielführenden Arbeitskreisen und Gremien
- Teilnahme an entsprechenden Arbeitskreisen und Gremien
- Initiierung von vernetzten Angeboten und Abläufen.

## 1.6. Öffentlichkeitsarbeit

Leistungen der Öffentlichkeitsarbeit sind:

- Information der Öffentlichkeit durch Broschüren und andere Materialien und Medien zur Pflege- und Wohnthematik
- Informationsveranstaltungen zur Pflege- und Wohnthematik
  - o Berater als Referent
  - o Beratungsstelle als Veranstalter

## 2. Produktgruppe Verwaltung

Die Verwaltung hat eine wichtige Funktion in einem effizienten Beratungsprozess durch Büroorganisation („back office“) und abgestimmte Übernahme von Leistungen und Arbeitsschritten („front office“). Sie erbringt dabei folgende Leistungen:

- Büroorganisation (EDV und Kommunikation, Materialwirtschaft u. a.)
- Mitwirkung im Beratungsprozess, z. B.
  - o Terminvergabe mit Klärung der Problemlage
  - o Auskünfte
  - o Wohnumfeldverbesserung: Nachverfolgung der Angebotsabgabe, Weiterleitung an Kostenträger
  - o Hilfsmittelversorgung: Beschaffung und Weiterleitung der Verordnungen, nachgehende Kontrolle
  - o Verwaltung des Infomaterials
- Finanz- und Personalverwaltung.

## **Strukturstandards KAA- Pflege- und Wohnberatung**

### **Allgemeines**

- Leitbild
- unabhängige Trägerschaft und Neutralität
- wieder erkennbares Erscheinungsbild in der Außendarstellung (Logo)

### **Erreichbarkeit**

- zentral gelegenes Beratungsbüro, barrierearm zugänglich
- feste Zeiten der Erreichbarkeit
- tagesaktueller Anrufbeantworter
- zugehendes Beratungsangebot
- flexible und bedarfsgerechte Terminabsprachen mit Ratsuchenden, ggf. auch in den frühen Abendstunden

### **Personelle und sächliche Ausstattung**

- Qualifizierte MitarbeiterInnen mit
  - Schlüsselqualifikationen und -kompetenzen (Kommunikations- und Beratungskompetenz, Gesprächsführung)
  - Basisqualifizierungen (Sozialrecht, Grundwissen Pflege, relevante Erkrankungen/Erleben der Erkrankten und Umgang mit ihnen, Hilfsmittel und Möglichkeiten der Wohnungsanpassung)
  - regelmäßiger Weiterqualifizierung

Die Verwaltungskraft ist in den Beratungsprozess eingebunden.

- geregelte Urlaubsvertretung
- zeitgemäße EDV-Ausstattung/Internetzugang/Telefonausstattung
- Beratungs-/Besprechungszimmer
- Homepage
- Fachbibliothek
- Fahrzeug

### **Arbeitsinstrumente**

- Produkt- und Leistungskatalog mit Qualitätsstandards (Struktur, Prozess, Ergebnis)
- Einsatz der Methode Case Management
- Einsatz von Assessments
- EDV-gestützte, arbeitsstrukturierende Dokumentation

## Fortsetzung Strukturstandards KAA- Pflege- und Wohnberatung

- Vorhalten relevanter Antragsformulare
- Vorhalten relevanter Informationen zu Angeboten und deren Kosten, Sozialrecht und Erkrankungen
- Erstellung ortsbezogener Info-Materialien
- eigenständige Öffentlichkeitsarbeit

**Kommunikation und Vernetzung**

- feste Einbindung im örtlichen und regionalen System (Multiplikatoren/Kooperationspartner)
- strukturierte und standardisierte Kommunikation und Kooperation im Einzelfall intern wie extern
- strukturierte Vernetzung (z. B. mit Hausärzten, Krankenhäusern, Pflegediensten...)
- regelmäßige Teamgespräche und fachlicher Austausch mit Vorstand und Geschäftsführung
- Teilnahme an bzw. Moderation von relevanten Gremien



## Qualitätsstandard Ber. 1

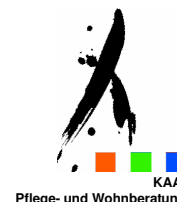
### „Auskunft“

Standards	Ist
Strukturstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ EDV- und Kommunikationsausstattung (siehe dazugehörigen Qualitätsstandard Nr.1)</li> <li>➤ feste Zeiten der telefonischen und/oder persönlichen Erreichbarkeit (Mo.-Do. 8:30 -17:00 u. Fr. 8:30 – 15:30)</li> <li>➤ Vorhalten und Pflege von Informationsmaterial</li> </ul>
Prozessstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ bei klarer Frageformulierung der Ratsuchenden: Auskunft in mündlicher (persönlich/telefonisch) bzw. schriftlicher Form über <ul style="list-style-type: none"> <li>- das Leistungsangebot der KAA- Pflege- und Wohnberatung</li> <li>- Einrichtungen, DienstleisterInnen und Angebote im Bereich „Pflege und Wohnen“ einschließlich deren Kosten und Möglichkeiten der Finanzierung</li> </ul> </li> <li>➤ bei Wunsch und Bedarf Kontaktherstellung</li> <li>➤ bei erkanntem Beratungsbedarf erfolgt Verabredung eines Beratungstermins (s. QS Ber 3) mit Durchführung eines Assessment (s. QS Ber 6 bzw. 7)</li> </ul>
Ergebnisstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ der/die Ratsuchende ist in der Lage, nach entsprechender Informationsübermittlung seine/ihre Angelegenheit selbstständig und mit befriedigendem Resultat weiterzuverfolgen.</li> <li>➤ ein weiterführender Beratungsbedarf ist erkannt</li> <li>➤ Inhalt der Anfrage ist evaluierbar dokumentiert</li> </ul>



**Qualitätsstandard Ber. 2****„Kontakttherstellung zur KAA über KooperationspartnerIn“**

Standards	Ist
Strukturstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ EDV- und Kommunikationsausstattung (s. QS EDV 1)</li> <li>➤ standardisierte Computervorlagen für Info-Austausch (Überleitungsbogen, Zustimmungserklärung, Information für Kurzzeitpflegeeinrichtungen)</li> </ul>
Prozessstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Anruf oder (standardisierter) Fax- oder Email-Kontakt der/des KooperationspartnerIn mit Benennung des Problems</li> <li>➤ Kontaktaufnahme zu benannter Person innerhalb eines Werktages nach Problembenennung</li> <li>➤ Verabredung eines Beratungstermins, ggf. Hausbesuches, ggf. gemeinsam mit dem/der KooperationspartnerIn (s. QS Ber. 3)</li> <li>➤ nach erfolgter Durchführung des Termins Information über Verlauf an KooperationspartnerIn</li> <li>➤ nach Beendigung der Maßnahme Rückmeldung an KooperationspartnerIn mit Information über Ergebnis</li> </ul>
Ergebnisstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ KooperationspartnerInnen sind über wichtige Schritte bzw. das Ergebnis des Prozesses informiert</li> <li>➤ die Informationen werden ggf. schriftlich übermittelt</li> </ul>

**Qualitätsstandard Ber. 2 a****Überleitung Krankenhaus - (Reha-Klinik) -  
ambulanter Bereich, KAA wird einbezogen“**

Standards	Ist
Strukturstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ EDV- und Kommunikationsausstattung (s. QS EDV 1)</li> <li>➤ Screening im Krankenhaus</li> <li>➤ standardisierte Computervorlagen für Info-Austausch (Überleitungsbogen mit Zustimmungserklärung)</li> <li>➤ Standardisierter Antwortbogen (Fax)</li> </ul>
Prozessstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Anruf oder (standardisiertes) Fax des Krankenhaus-Sozialdienstes mit Benennung des Problems, i.d.R. den Überleitungsbogen enthaltend</li> <li>➤ Kontaktaufnahme zu benannter Person bzw. Angehörigen innerhalb eines Werktages nach Problembenennung</li> <li>➤ „Kennenlernen“ im Krankenhaus (Vertrauensbasis herstellen), sofern möglich und notwendig</li> <li>➤ Verabredung eines Beratungstermins (i.d.R. Hausbesuch, s. QS Ber. 3); (bei anschließender Reha: ca. 1 Woche nach Reha-Beginn) (Outlook)</li> <li>➤ Durchführen erforderlicher Assessments (v.a. Wohn- und soziale Situation)</li> <li>➤ nach erfolgter Durchführung des Termins Information über Verlauf an Krankenhaus</li> <li>➤ Nachhalten der Info über Entlasstermin (Outlook)</li> <li>➤ Bei anschließender Reha: Reha-Klinik erhält vom Krankenhaus Info über Einbeziehung der Beratungsstelle</li> <li>➤ ca. 1 Woche nach Reha-Beginn Kontaktaufnahme zur Reha-Klinik (Outlook)</li> <li>➤ zwischenzeitlich: Kontakt halten mit Reha-Klinik und Angehörigen (Entwicklung, evtl. Verlängerungen)</li> <li>➤ ca. 1 Woche vor absehbarem Ende der Reha: Kontakt mit Klinik wegen Sachstand, Verordnungen (v.a. Hilfsmittel), häuslicher Versorgung (§3)</li> <li>➤ „Übernahme“ des RS in der häuslichen Umgebung</li> <li>➤ Ggf. „Erstbesuch“ mit Pflegedienst</li> <li>➤ nach Beendigung der Maßnahme Rückmeldung an KooperationspartnerIn mit Information über Ergebnis</li> </ul>
Ergebnisstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ KooperationspartnerInnen sind über wichtige Schritte bzw. das Ergebnis des Prozesses informiert</li> <li>➤ die Informationen werden ggf. schriftlich übermittelt</li> </ul>



### Qualitätsstandard Ber. 3

#### „Verabredung und Vorbereitung eines Beratungstermins“

Standards	Ist
Strukturstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ EDV- und Kommunikationsausstattung</li> </ul>
Prozessstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ groben Sachverhalt abklären (Abschätzen des benötigten Zeitaufwandes)</li> <li>➤ Stammdaten im Büro durch Verwaltung soweit wie möglich aufnehmen</li> <li>➤ Klärung der TeilnehmerInnen (sind weitere Angehörige, Nachbarn usw. zu beteiligen? Wer informiert diese?)</li> <li>➤ Termin nach Notwendigkeiten, Möglichkeiten und Interessen der Teilnehmer planen; Gesichtspunkte: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dringlichkeit</li> <li>- Ort: Häuslichkeit (Mobilität der Ratsuchenden, Wohnumfeldberatung), KAA, anderer Ort (v.a. Krankenhaus, Reha-Klinik)</li> <li>- Pflegebedürftige/r: zeitliche Verfügbarkeit, gewohnte Tagesstruktur</li> <li>- Angehörige: zeitliche Verfügbarkeit</li> <li>- Berater: Reihung örtlich benachbarter Termine</li> </ul> </li> <li>➤ Verbindliche Terminvereinbarung; bei Reihung Hinweis auf zeitlichen Spielraum</li> <li>➤ bei evtl. Änderungen/Absage Information aller Beteiligten sicherstellen</li> </ul>
Ergebnisstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Termin ist effektiv vorbereitet (Informationen liegen vor; Rahmenbedingungen sind geklärt)</li> <li>➤ Terminvereinbarung berücksichtigt Interessen aller Beteiligten</li> <li>➤ Termin ist allen Beteiligten bekannt</li> </ul>



## Qualitätsstandard Ber. 4

### „Durchführung eines Beratungstermins“

Standards	Ist
Strukturstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ EDV- und Kommunikationsausstattung (s. QS EDV 1)</li> <li>➤ Vorhalten von Materialien (Dokumentationsbögen, Antragsformulare, Informationsmaterial)</li> </ul>
Prozessstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Vorstellung des Beraters und des möglichen Leistungsangebotes</li> <li>➤ Hinwirken auf eine positive Atmosphäre</li> <li>➤ Aufnahme der (unstrukturiert) geschilderten Problemsituation <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Bei Angehörigen Demenzkranker:</b> Raum für entlastendes Gespräch geben</li> </ul> </li> <li>➤ systematische Aufnahme bzw. Vervollständigung der Stammdaten, Pflegesituation (soweit möglich und erforderlich) (s. QS Ber. 6 "Assessment Pflegesituation")</li> <li>➤ Diskussion des beschriebenen und erkannten Bedarfs und der Lösungsmöglichkeiten bzgl. Pflegesituation einschließlich des geschätzten Kostenrahmens, ggf. unter Nutzung von Informationsmaterialien, mit dem Pflegebedürftigen und der Pflegeperson</li> <li>➤ Information über erforderliche bzw. mögliche Antragstellungen <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ SGB XI</li> <li>➤ SGB XII</li> <li>➤ Versorgungsamt / GEZ</li> <li>➤ Wohngeld</li> <li>➤ SGB V „Härtefallregelung“</li> <li>➤ Weitere Antragstellungen in besonderen Situationen: <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Bei Angehörigen Demenzkranker:</b> Anregung einer ges. Betreuung</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>➤ nach Klärung: Festlegen der weiteren Handlungsschritte (ggf. Verabredung eines Hausbesuches; s. QS Ber. 3 "Verabredung und Vorbereitung eines Beratungstermins") und Verantwortlichkeiten bzgl.:</li> <li>➤ Ausführung (s. QS Ber. 9 „Kontakt zu einem Kooperationspartner“, QS Ber. 10 „Einholen eines Attestes“ und QS Ber. 11 „Antragstellung“)</li> <li>➤ Überwachung der Ausführung (s. QS Ber. 12 „Monitoring“)</li> <li>➤ Überprüfen der Zielerreichung (s. QS Ber. 14 „Evaluation“)</li> </ul>

Fortsetzung QS Ber 4

**„Durchführung eines Beratungstermins“**

Standard	Ist
Prozessstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ bei komplexen Situationen ggf. Erstellen, Ausdruck und Übergabe eines Hilfeplans (s. QS Ber. 8 „Hilfeplan)</li> <li>➤ ggf. Übergabe von Informationsmaterial</li> <li>➤ ggf. Verabredung eines neuen Termins</li> <li>➤ Übergabe einer Karte, Verabschiedung</li> <li>➤ ggf. Rückmeldung an Kontakt vermittelnde Stelle</li> </ul>
Ergebnisstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Vorliegen eines möglichst vollständigen Assessments</li> <li>➤ weitere Handlungsschritte sind verabredet</li> <li>➤ u.U. Erstellung eines Hilfeplans</li> <li>➤ gleicher Wissensstand bei allen Beteiligten</li> <li>➤ bei Ratsuchenden bestehen Klarheit und idealerweise Zuversicht</li> </ul>

**Qualitätsstandard Ber. 5****„Durchführung eines Hausbesuchs“**

Standards	Ist
Strukturstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Fahrzeug</li> <li>➤ EDV- und Kommunikationsausstattung (s. QS EDV 1)</li> <li>➤ Vorhalten bzw. Mitnahme von Materialien (Antragsformulare, Informationsmaterial)</li> </ul>
Prozessstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Vorstellung des Beraters und des möglichen Leistungsangebotes</li> <li>➤ Hinwirken auf eine positive Atmosphäre</li> <li>➤ Aufnahme der (unstrukturiert) geschilderten Problemsituation</li> <li>➤ systematische Aufnahme bzw. Vervollständigung der Stammdaten, Pflege- und Wohnsituation (soweit erforderlich) (s. QS „Assessment Wohnsituation“ und „Assessment Pflegesituation“) auf dem Dokumentationsbogen</li> <li>➤ Diskussion des beschriebenen und erkannten Bedarfs und der Lösungsmöglichkeiten bzgl. Wohn- und Pflegesituation einschließlich des geschätzten Kostenrahmens, ggf. unter Nutzung von Informationsmaterialien, mit dem Pflegebedürftigen und der Pflegeperson, ggf. Pflegedienst</li> <li>➤ Information über erforderliche Antragstellungen</li> <li>➤ nach Klärung: Festlegen der weiteren Handlungsschritte und Verantwortlichkeiten bzgl.: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausführung (s. QS Ber. 11 „Antragstellung“; Anträge werden in Papierformat vorgehalten, und QS Ber. 9 „Kontaktaufnahme zu einem Kooperationspartner“)</li> <li>- Überwachung der Ausführung (s. QS Ber. 12 „Monitoring“) durch Terminsetzung im Büro (Outlook)</li> <li>- Überprüfen der Zielerreichung</li> <li>- bei komplexen Situationen ggf. Erstellen, Ausdruck und Übergabe eines Hilfeplans (s. QS Ber. 8 „Hilfeplan“) im Nachgang zum Termin</li> <li>- ggf. Übergabe von Informationsmaterial</li> <li>- ggf. Verabredung eines neuen Termins</li> <li>- Hinterlassung einer Karte, Verabschiedung</li> </ul> </li> <li>➤ ggf. Rückmeldung an Kontakt vermittelnde Stelle</li> </ul>
Ergebnisstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ein möglichst vollständiges Assessment liegt vor.</li> <li>➤ Weitere Handlungsschritte sind verabredet.</li> <li>➤ Ggf. ist ein Hilfeplan erstellt.</li> <li>➤ Bei allen Beteiligten besteht gleicher Wissensstand.</li> <li>➤ Bei Ratsuchenden besteht Klarheit.</li> <li>➤ Bei Ratsuchenden besteht idealerweise Zuversicht.</li> </ul>

**Qualitätsstandard Ber. 6****„Assessment Pflegesituation“**

Standards	Ist
Strukturstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ EDV- und Kommunikationsausstattung (s. QS EDV 1)</li> <li>➤ Assessmentinstrument</li> </ul>
Prozessstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aufnahme der Pflegesituation unter den allgemeinen Gesichtspunkten <ul style="list-style-type: none"> <li>- objektiver und gedeckter Bedarf und Bedürfnisse</li> <li>- beteiligte Dienste</li> <li>- beteiligte Angehörige, Nachbarn usw. und deren Belastungssituation</li> </ul> </li> </ul>
Ergebnisstandards	<p>Es liegt eine Aufnahme der Pflegesituation vor, die als Grundlage dient für weiteres Vorgehen wie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Anregung der Einbeziehung von professionellen Diensten</li> <li>➤ Anregung der Nutzung entlastender Angebote</li> <li>➤ Beschaffen von Verordnungen (Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege)</li> <li>➤ weitergehende Antragstellungen</li> <li>➤ Schulung in häuslicher Umgebung</li> <li>➤ Stellungnahmen für Pflegekassen u.a. Stellen</li> </ul>

**Qualitätsstandard Ber. 7****„Assessment Wohnumfeld“**

Standards	Ist
Strukturstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ EDV- und Kommunikationsausstattung (s. QS EDV 1)</li> <li>➤ Assessmentinstrument Wohnumfeld</li> <li>➤ Digitalkamera und Zollstock</li> </ul>
Prozessstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aufnahme der Wohnsituation unter den allgemeinen Gesichtspunkten <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sicherheit und Selbstständigkeit</li> <li>- Tätigkeit der Pflegeperson</li> <li>- Bewegungsflächen</li> <li>- Zustand</li> </ul> </li> <li>➤ in den Bereichen <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zuweg: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Treppen, Stufen, Schwellen</li> </ul> </li> <li>- Bad: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wanne: Lifter, Griffe, Einstiegshilfe</li> <li>- Dusche: Einstiegshöhe, Griffe, Sitz, Abtrennung</li> </ul> </li> <li>- WC: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sitzhöhe, Sitzerrhöhung, Griffe</li> </ul> </li> <li>- Schlafzimmer: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bett, Höhe, Verstellbarkeit</li> </ul> </li> <li>- Kommunikation <ul style="list-style-type: none"> <li>- Telefon, Hausnotruf, Funkgong o.ä.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
Ergebnisstandards	<p>Es liegt eine Aufnahme der Wohnsituation vor, die als Grundlage dient für weiteres Vorgehen wie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Beschaffen von Hilfsmittelverordnungen (s. QS Ber 10)</li> <li>➤ Antragstellung Wohnumfeldverbesserung (s. QS Ber 11)</li> <li>➤ Schulung in häuslicher Umgebung</li> <li>➤ Verordnung Krankengymnastik od. Ergotherapie (s. QS Ber 10)</li> <li>➤ Stellungnahmen für Pflegekassen u.a. Stellen</li> </ul>



**Qualitätsstandard Ber. 8****„Hilfeplan“**

Standards	Ist
Strukturstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ EDV- und Kommunikationsausstattung (s. QS EDV 1)</li> <li>➤ Formblatt für Hilfeplan (Datenbank; s. QS EDV 1)</li> <li>➤ Vorliegen aktueller Kosteninformationen</li> </ul>
Prozessstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ gemeinsame Verständigung auf Ziele, Maßnahmen, Zeitrahmen und Verantwortlichkeiten (s. QS Ber. 5 „Durchführung eines Hausbesuches“)</li> <li>➤ Verschriftlichung aller Vereinbarungen auf Formblatt</li> <li>➤ Unterzeichnung und Aushändigung des Hilfeplans</li> <li>➤ Festlegen der Modalitäten zur Überprüfung der Zielerreichung</li> </ul>
Ergebnisstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ es besteht ein verbindlicher Maßnahmenkatalog</li> <li>➤ Hilfeprozess ist evaluierbar <ul style="list-style-type: none"> <li>- bzgl. Grad der Zielerreichung</li> <li>- in finanzieller Hinsicht</li> </ul> </li> </ul>



## Qualitätsstandard Ber. 9

### „Kontakt zu einer KooperationspartnerIn im Rahmen des Beratungsprozesses, KAA bezieht KooperationspartnerIn ein“

Standards	Ist
Strukturstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ EDV- und Kommunikationsausstattung (siehe QS EDV 1)</li> <li>➤ standardisierte Computervorlagen für Info-Austausch (Überleitungsbogen, Zustimmungserklärung, Information für Kurzzeitpflegeeinrichtungen)</li> </ul>
Prozessstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Anruf oder (standardisierter) Fax- oder Email-Kontakt mit Benennung des Problems</li> <li>➤ Evtl. weitergehende Problemlösung telefonisch oder im pers. Kontakt mit KooperationspartnerIn; ggf. Verabredung eines gemeinsamen Hausbesuches</li> <li>➤ nach erfolgter Durchführung der Beratung Information über Verlauf an KooperationspartnerIn; ggf. schriftliche Bestätigung des Ergebnisses (z.B. bei Beauftragungen im Rahmen Wohnumfeldverbesserung)</li> <li>➤ nach Beendigung der Beratung bzw. Maßnahme Rückmeldung an KooperationspartnerIn mit Information über Endergebnis</li> </ul>
Ergebnisstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ KooperationspartnerInnen sind über wichtige Schritte bzw. das Ergebnis des Prozesses informiert</li> </ul>

**Qualitätsstandard Ber. 10****„Einholen und Weiterleiten eines Attestes/einer Verordnung“**

Standards	Ist
Strukturstandards	➤ s. EDV- und Kommunikationsausstattung
Prozessstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Telefonat mit Arztpraxis; Ansprechperson je nach Situation (Arzt/Ärztin; andere/r PraxismitarbeiterIn)</li> <li>➤ Darstellung des Anliegens/des Sachzusammenhangs</li> <li>➤ Klärung des Zeitpunkts der Fertigstellung/Abholung</li> <li>➤ Ablage einer Kopie in Dokumentation, ggf. Kopie für Patienten bei weiterem Verwendungsbedarf</li> <li>➤ Weiterleitung des Originals an Empfänger (Sanitätshaus, Kranken/Pflegekasse, Sozialamt usw.)</li> <li>➤ Terminsetzung zur Nachverfolgung (s. QS Ber. 12 „Monitoring“ und 14 „Evaluation“)</li> </ul>
Ergebnisstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Eine für den Antragszusammenhang brauchbare Verordnung liegt beim Empfänger vor.</li> <li>➤ Der Vorgang ist dokumentiert.</li> <li>➤ Verfolgung der Ausführung und Evaluation sind terminiert.</li> </ul>



## Qualitätsstandard Ber. 11

### „Antragstellung bei einem Leistungsträger“

Standards	Ist
Strukturstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ EDV- und Kommunikationsausstattung (s. QS EDV 1)</li> <li>➤ Vorhalten von Antragsformularen</li> <li>➤ Möglichkeit eines Hausbesuches</li> </ul>
Prozessstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Vereinbarung eines Beratungstermins (s. QS Ber 3)</li> <li>➤ ggf. Hinzuziehen von Angehörigen, sonst. Vertrauenspersonen</li> <li>➤ Abschätzung der Erfolgsaussichten</li> <li>➤ Unterstützung beim Ausfüllen des Formulars</li> <li>➤ Unterstützung bei der Beschaffung von Anlagen (s. QS Ber 10)</li> <li>➤ Versand des Antrags an zuständige Stelle</li> <li>➤ Nachverfolgung mit Terminsetzung (s. QS Ber 12)</li> <li>➤ ggf. Verabredung eines neuen Termins, je nach Ergebnis des Antrags: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Umsetzung der Antragsergebnisse</li> <li>- Erörterung der Erfolgsaussichten eines Widerspruchs</li> <li>- Erörterung alternativer Handlungsmöglichkeiten</li> </ul> </li> <li>➤ Information an KooperationspartnerInnen: Abstufungen (zeitlich), Art und Weise ist noch zu vereinbaren</li> </ul>
Ergebnisstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ korrekte und vollständige Antragstellung einschl. aller Anlagen</li> <li>➤ Ausschöpfen der sozialrechtlichen Möglichkeiten</li> <li>➤ gesicherter Informationstand bei allen Beteiligten</li> <li>➤ möglichst Zufriedenheit und Akzeptanz des Ergebnisses erzielen</li> </ul>



## Qualitätsstandard Ber. 12

### „Monitoring“ (Überwachung und Kontrolle des Unterstützungsprozesses)

Standards	Ist
Strukturstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ EDV- und Kommunikationsausstattung (siehe dazugehörigen Qualitätsstandard Nr.1); hier insbes. Aufgaben/Kalenderfunktion</li> <li>➤ Datenbank mit Statistikfunktion</li> <li>➤ Arbeitskonzept mit Zieldefinition</li> <li>➤ Vorliegen eines Hilfeplans</li> </ul>
Prozessstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Einzelaufgaben des Hilfeplans werden mit erfahrungsgestützten oder mit HS/RS abgesprochenen Terminen versehen (Aufgabenfunktion Outlook)</li> <li>➤ Termingerechte Nachfrage bei HS / RS / Kooperationspartner über Erledigung bzw. Sachstand der Aufgabe</li> <li>➤ Ggf. Vereinbarung eines Beratungstermins (s. QS Ber 3); ggf. Durchführen eines Hausbesuches (v.a. bei Maßnahmen der Wohnumfeldverbesserung)</li> <li>➤ Ggf. erfolgt Intervention / Nachfrage bei zuständiger Stelle</li> <li>➤ Maßnahmen werden dokumentiert</li> <li>➤ Ggf. erfolgt erneute Terminsetzung</li> </ul>
Ergebnisstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Unterstützungsprozess verläuft zielgerichtet</li> <li>➤ Alle Beteiligten sind über Stand informiert</li> <li>➤ Stockungen / Verzögerungen im Ablauf werden vermieden bzw. frühzeitig erkannt</li> </ul>

**Qualitätsstandard Ber. 13****„Dokumentation“**

Standards	Ist
Strukturstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ EDV- und Kommunikationsausstattung (s. QS EDV 1)</li> <li>➤ standardisierter Erfassungsbogen</li> <li>➤ Digitalkamera</li> <li>➤ Datenbank stationär</li> </ul>
Prozessstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Stammdatenerhebung, Assessment und Verlaufsdokumentation des Beratungstermins im Laufe eines Beratungsgesprächs nach festgelegten Kriterien</li> <li>➤ nachträgliche Übertragung der handschriftlichen Dokumentation in die Datenbank</li> <li>➤ Erfassung mündlicher oder schriftlicher Kontakte zu Kooperationspartnern sowie deren Inhalte</li> </ul>
Ergebnisstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Beratungsverlauf ist eindeutig nachvollziehbar.</li> <li>➤ Beratungsdaten liegen in statistisch auswertbarer Form zur weiteren Verwendung (Geschäftsbericht, Sozialplanung...) vor.</li> </ul>

**Qualitätsstandard Ber. 14****„Evaluation“ (Beratung)**

Standards	Ist
Strukturstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ EDV- und Kommunikationsausstattung</li> <li>➤ Datenbank mit Statistikfunktion</li> <li>➤ Arbeitskonzept mit Zieldefinition</li> </ul>
Prozessstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Auswertung der erhobenen personenbezogenen Daten, Beratungsinhalte und Hilfepläne (s. QS Ber. 13 „Dokumentation“)</li> <li>➤ Erstellen und Auswerten von Statistiken</li> <li>➤ Bewertung des Erreichten im Vergleich zur Zielsetzung; Aspekte: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Selbstständigkeit / Selbsthilfefähigkeit</li> <li>- Entlastung</li> <li>- Sicherheit</li> </ul> </li> <li>➤ Bewertung des Aufwandes (Zeit, Kosten) in Beziehung zum Erreichten</li> <li>➤ Bewertung des Arbeitsprozesses und der vorhandenen Angebote</li> <li>➤ Durchführung und Auswertung von Befragungen (z.B. NutzerInnen der KAA, örtliche KooperationspartnerInnen)</li> </ul>
Ergebnisstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Bereitstellung von Grundlagen zur <ul style="list-style-type: none"> <li>- Weiterentwicklung der Beratungsqualität</li> <li>- Sozialplanung</li> <li>- Darstellung der wirtschaftlichen Effizienz und Effektivität der Pflege- und Wohnberatung</li> </ul> </li> </ul>

**Qualitätsstandard Ber. 15****Nachgehende Kontrolle des  
Unterstützungsprozesses („Nachschau“)**

Standards	Ist
Strukturstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ EDV- und Kommunikationsausstattung hier insbes. Aufgaben/Kalenderfunktion</li> <li>➤ Vorliegen eines Hilfeplans</li> </ul>
Prozessstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ratsuchender wird bei Ende der Beratung über Nachschau informiert und Zeitabstand festgelegt</li> <li>➤ In Kalender wird Nachschautermin eingetragen (Aufgabenfunktion Outlook)</li> <li>➤ Termingerechte Nachfrage bei RS bzgl. Sachstand</li> <li>➤ Ggf. Vereinbarung eines Beratungstermins (s. QS Ber 3); ggf. Durchführen eines Hausbesuches</li> <li>➤ Nachhaltigkeit der erreichten Ergebnisse überprüfen</li> <li>➤ Evtl. neu aufgetretenen Bedarf erfassen, evtl. erneuter Beratungs- und Hilfeprozess</li> </ul>
Ergebnisstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tragfähigkeit der Beratungsergebnisse ist überprüft</li> <li>➤ Bei zwischenzeitlich erneut aufgetretenem Bedarf: RS „fällt nicht durch das Netz“</li> </ul>



**Qualitätsstandard Ber. 16****„Organisation von Kurzzeitpflege oder Pflegevertretung  
(Verhinderung der Pflegeperson)“**

Standards	Ist
Strukturstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ EDV- und Kommunikationsausstattung</li> <li>➤ Formularvorlagen „Suche eines Kurzzeitpflegeplatzes“ bzw. „Anmeldung eines Gastes“</li> <li>➤ Aktuelle Informationen über AnbieterInnen</li> </ul>
Prozessstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Klärung der Bedarfslage <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ab wann ist Vertretung notwendig?</li> <li>- Worin besteht Pflegebedarf (Umfang, Dauer)?</li> <li>- Ist häusliche Vertretung möglich?</li> <li>- Ist Kurzzeitpflege zwingend?</li> </ul> </li> <li>➤ Welche Rolle können Angehörige übernehmen bei <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evtl. häuslicher Vertretung</li> <li>- Organisation häuslicher Vertretung oder Kurzzeitpflege und Antragstellung wenn ja, Übermittlung entsprechender Infos zum Weiterverfolgen wenn nein, Organisation von häuslicher Vertretung</li> </ul> </li> <li>➤ Information an Angehörige bzw. pflegebedürftige Person über Rahmenbedingungen bei kurzfristiger Suche (Ort, EZ / DZ)</li> <li>➤ Organisation häuslicher Vertretung: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kostenklärung mit Pflegekasse</li> <li>- Information an Pflegedienst</li> <li>- Ggf. Beschaffung ergänzender Betreuungspersonen</li> </ul> </li> <li>➤ Organisation von Kurzzeitpflege: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Platzsuche</li> <li>- Stammdaten und andere wichtige Infos an Einrichtung (Standardformular; s. Anlage)</li> <li>- Antragstellung bei Pflegekasse, ggf. SGB XII; evtl. Anspruch nach §45b klären (s. QS Ber 11 „Antragstellung...“)</li> <li>- Organisation der Fahrt, ggf. des Gepäcks</li> <li>- Informationsfluss sicherstellen (Hausarzt, Pflegedienst, Pflegekasse, Angehörige, ggf. Fahrdienst) (s. QS Ber 9 „Kontakt zu Kooperationspartner, KAA bezieht ein“)</li> </ul> </li> <li>➤ Verlauf des Bedarfs verfolgen, ggf. ergänzende Antragstellung Verhinderungspflege oder SGB XII (s. QS Ber 11 „Antragstellung...“)</li> </ul>

## Fortsetzung QS Ber 16

**„Organisation von Kurzzeitpflege oder Pflegevertretung  
(Verhinderung der Pflegeperson)“**

Standards	Ist
	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ggf. Organisation der Rückfahrt</li> <li>➤ Verlauf des Bedarfs verfolgen, ggf. ergänzende Antragstellung Verhinderungspflege oder SGB XII (s. QS Ber 11 „Antragstellung...“)</li> </ul>
Ergebnisstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pflegeperson erlebt von organisatorischen Problemen unbelastete Abwesenheit</li> <li>➤ Pflegebedürftiger ist adäquat und soweit möglich wunschgemäß versorgt</li> <li>➤ sozialrechtliche Fragestellungen sind geklärt bzw. Anträge sind rechtzeitig gestellt</li> <li>➤ bei allen relevanten Beteiligten ist Informationsstand sichergestellt (Kurzzeitpflegeeinrichtung, Pflegedienst, Hausarzt, Pflegekasse, Angehörige, sonstige Betreuungspersonen, ggf. Fahrdienst)</li> </ul>

**Qualitätsstandard Ber. 17****„Widerspruchsberatung“**

Standards	Ist
Strukturstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ EDV- und Kommunikationsausstattung (s. QS EDV 1)</li> <li>➤ Vorliegen aktueller Begutachtungsrichtlinien</li> <li>➤ Vorliegen von Pfl egetagebüchern</li> </ul>
Prozessstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ratsuchende/r (RS) stellt der KAA das Gutachten zu und teilt Widerspruchsfrist mit</li> <li>➤ Beratungstermin nach Zustellung des Gutachtens binnen 3 Werktagen, jedenfalls innerhalb der Widerspruchsfrist vereinbaren</li> <li>➤ mit RS Gutachten durcharbeiten auf Basis der Begutachtungsrichtlinien</li> <li>➤ Fragen des RS beantworten bzw. aktiv nachfragen insbes. bzgl. relevanter Verrichtungen (insbes. Dauer und Häufigkeit, Erschwernisfaktoren)</li> <li>➤ Information bzgl. Abgrenzung Grundpflege, Behandlungspflege, Betreuung</li> <li>➤ ggf. Ausfüllen des Pfl egetagebuchs veranlassen</li> <li>➤ ggf. ergänzende Informationen bzw. Unterlagen (v.a. Pfl edgedienst) beschaffen</li> <li>➤ auf Basis vorliegender Informationen Empfehlung geben bzgl. Einlegen bzw. Nichteinlegen eines Widerspruchs</li> <li>➤ bei begründeten Erfolgsaussichten eines Widerspruchs Grundlagen für die Einlegung eines Widerspruchs geben</li> <li>➤ Information geben über weiteren Ablauf des Verfahrens</li> <li>➤ ggf. Überleitung an Rechtsanwaltspraxis</li> <li>➤ Ergebnisverfolgung (s. QS Ber 12 „Monitoring“)</li> </ul>
Ergebnisstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ idealerweise ist Verständnis und Akzeptanz bzgl. einer Ablehnung erreicht</li> <li>➤ bei begründeten Erfolgsaussichten ist eine präzise begründete fristgerechte Formulierung eines Widerspruchs (bzw. einer Stellungnahme) möglich</li> </ul>

**Qualitätsstandard Ber. 18****„Schulung in der häuslichen Umgebung“**

Standards	Ist
Strukturstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Fahrzeug</li> <li>➤ EDV- und Kommunikationsausstattung (s. QS EDV 1)</li> <li>➤ Vorhalten von Materialien (Dokumentationsbögen, Antragsformulare, Informationsmaterial)</li> <li>➤ Verabredung eines Hausbesuches ist erfolgt (s. QS Ber. 3 "Verabredung und Vorbereitung eines Beratungstermins")</li> </ul>
Prozessstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Vorstellung des Beraters und des möglichen Leistungsangebotes</li> <li>➤ Hinwirken auf eine positive Atmosphäre</li> <li>➤ Grundsätzlich: Raum für entlastendes Gespräch geben</li> <li>➤ Aufnahme der (unstrukturiert) geschilderten Problemsituation</li> <li>➤ systematische Aufnahme bzw. Vervollständigung der Stammdaten, Pflege- und Wohnsituation, soweit erforderlich (s. QS Ber. 6 "Assessment Pflegesituation" und QS Ber. 7 „Assessment Wohnsituation“)</li> <li>➤ Diskussion des beschriebenen und erkannten Bedarfs und der Lösungsmöglichkeiten bzgl. Wohn- und Pflegesituation einschließlich des geschätzten Kostenrahmens, ggf. unter Nutzung von Informationsmaterialien, mit dem Pflegebedürftigen (soweit möglich) und der Pflegeperson, ggf. Pflegedienst</li> <li>➤ Ggf. Einbeziehung eines Pflegedienstes für die Schulung in grund- und behandlungspflegerischen Tätigkeiten</li> <li>➤ Information über erforderliche bzw. mögliche Antragstellungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- SGB XI</li> <li>- SGB XII</li> <li>- Versorgungsamt und damit verbundene Nachteilsausgleiche</li> <li>- Wohngeld</li> <li>- SGB V (Verordnungen und „Härtefallregelung“)</li> <li>- Weitere Antragstellungen in besonderen Situationen</li> </ul> </li> <li>➤ nach Klärung: Festlegen der weiteren Handlungsschritte und Verantwortlichkeiten bzgl.: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausführung (s. QS Ber. 9 „Kontaktaufnahme zu einem Kooperationspartner“, QS Ber. 10 „Einholen eines Attestes / einer Verordnung“, QS Ber. 11 „Antragstellung“)</li> </ul> </li> </ul>

**Fortsetzung Qualitätsstandard Ber. 18****„Schulung in der häuslichen Umgebung gem. § 45 SGB XI“**

Standards	Ist
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Überwachung der Ausführung (s. QS Ber. 12 „Monitoring“) durch Terminsetzung / Wiedervorlage (Outlook)</li> <li>- Überprüfen der Zielerreichung (s. QS 14 „Evaluation“)</li> <li>- bei komplexen Situationen ggf. Erstellen, Ausdruck und Übergabe eines Hilfeplans (s. QS Ber. 8 „Hilfeplan“) im Nachgang zum Termin</li> <li>- ggf. Übergabe von Informationsmaterial</li> <li>- ggf. Verabredung eines neuen Termins (im Beratungsprozess, zum Monitoring, zur Evaluation, zur nachgehenden Kontrolle)</li> <li>- Hinterlassung einer Karte, Verabschiedung</li> <li>➤ ggf. Rückmeldung an Kontakt vermittelnde Stelle</li> <li>➤ Dokumentation (s. QS Ber. 13 „Dokumentation“) bzw. Anfertigen eines Protokolls</li> </ul>
Ergebnisstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ein möglichst vollständiges Assessment liegt vor.</li> <li>➤ Weitere Handlungsschritte sind verabredet.</li> <li>➤ Ggf. ist ein Hilfeplan erstellt.</li> <li>➤ Bei allen Beteiligten besteht gleicher Wissensstand.</li> <li>➤ Bei Ratsuchenden besteht Klarheit.</li> <li>➤ Bei Ratsuchenden besteht idealerweise Zuversicht.</li> </ul>



## Qualitätsstandard Ber. 18 a

### „Schulung in der häuslichen Umgebung für Angehörige Demenzkranker gem. § 45 SGB XI“

Standards	Ist
Strukturstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Fahrzeug</li> <li>➤ EDV- und Kommunikationsausstattung (s. QS EDV 1)</li> <li>➤ Vorhalten bzw. Mitnahme von Materialien (Antragsformulare, Informationsmaterial)</li> <li>➤ Verabredung eines Hausbesuches ist erfolgt (s. QS Ber. 3 "Verabredung und Vorbereitung eines Beratungstermins")</li> </ul>
Prozessstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Vorstellung des Beraters und des möglichen Leistungsangebotes</li> <li>➤ Klärung der Einbeziehung des Erkrankten</li> <li>➤ Hinwirken auf eine positive Atmosphäre</li> <li>➤ Aufnahme der (unstrukturiert) geschilderten Problemsituation <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Bei Angehörigen Demenzkranker:</b> Raum für entlastendes Gespräch geben</li> </ul> </li> <li>➤ systematische Aufnahme bzw. Vervollständigung der Stammdaten, Pflege- und Wohnsituation, soweit erforderlich (s. QS Ber. 6 "Assessment Pflegesituation" und QS Ber. 7 „Assessment Wohnsituation“)</li> <li>➤ Diskussion des beschriebenen und erkannten Bedarfs und der Lösungsmöglichkeiten bzgl. Pflege- und Wohnsituation einschließlich des geschätzten Kostenrahmens, ggf. unter Nutzung von Informationsmaterialien, mit dem Pflegebedürftigen (soweit möglich) und der Pflegeperson, ggf. Pflegedienst</li> <li>➤ Ggf. Einbeziehung eines Pflegedienstes für die Schulung in grund- und behandlungspflegerischen Tätigkeiten</li> <li>➤ Schwerpunktsetzung bei Themen, z. B. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Umgang mit schwierigen Situationen</li> <li>- Beschäftigung des Angehörigen</li> <li>- Eigene Situation/Selbstpflege</li> <li>- Wohnumfeld/Sicherheit</li> </ul> </li> <li>➤ Information über erforderliche bzw. mögliche Antragstellungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- SGB XI</li> <li>- SGB XII</li> <li>- Versorgungsamt und damit verbundene Nachteilsausgleiche</li> <li>- Wohngeld</li> <li>- SGB V (Verordnungen und „Härtefallregelung“)</li> </ul> </li> </ul>

## Fortsetzung Qualitätsstandard Ber. 18 a

## „Schulung in der häuslichen Umgebung für Angehörige Demenzkranker gem. § 45 SGB XI“



Standards	Ist
Prozessstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Weitere Antragstellungen in besonderen Situationen</li> <li>- Bei Angehörigen Demenzkranker: Anregung einer gesetzlichen Betreuung</li> <li>➤ nach Klärung: Festlegen der weiteren Handlungsschritte und Verantwortlichkeiten bzgl.: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausführung (s. QS Ber. 9 „Kontaktaufnahme zu einem Kooperationspartner“, QS Ber. 10 „Einholen eines Attestes / einer Verordnung“, QS Ber. 11 „Antragstellung“)</li> <li>- Überwachung der Ausführung (s. QS Ber. 12 „Monitoring“) durch Terminsetzung / Wiedervorlage (Outlook)</li> <li>- Überprüfen der Zielerreichung (s. QS 14 „Evaluation“)</li> <li>- bei komplexen Situationen ggf. Erstellen, Ausdruck und Übergabe eines Hilfeplans (s. QS Ber. 8 „Hilfeplan“) im Nachgang zum Termin</li> <li>- ggf. Übergabe von Informationsmaterial</li> <li>- ggf. Verabredung eines neuen Termins (im Beratungsprozess, zum Monitoring, zur Evaluation, zur nachgehenden Kontrolle)</li> <li>- Hinterlassung einer Karte, Verabschiedung</li> </ul> </li> <li>➤ ggf. Rückmeldung an Kontakt vermittelnde Stelle</li> <li>➤ Dokumentation (s. QS Ber. 13 „Dokumentation“) bzw. Anfertigen eines Protokolls</li> </ul>
Ergebnisstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ein möglichst vollständiges Assessment liegt vor.</li> <li>➤ Weitere Handlungsschritte sind verabredet.</li> <li>➤ Ggf. ist ein Hilfeplan erstellt.</li> <li>➤ Bei allen Beteiligten besteht gleicher Wissensstand.</li> <li>➤ Bei Ratsuchenden besteht Klarheit.</li> <li>➤ Bei Ratsuchenden besteht idealerweise Zuversicht.</li> </ul>

**Qualitätsstandard Ber. 19****„Qualitätsmanagement“**

Standards	Ist
Strukturstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ EDV- und Kommunikationsausstattung (s. QS EDV 1)</li> <li>➤ Leitbild (s. „Integriertes Handlungskonzept“)</li> <li>➤ Qualitätsstandards</li> <li>➤ Ressourcen zur Weiterentwicklung von Leitbild und Qualitätsstandards</li> </ul>
Prozessstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Grundsätzliche Arbeit nach Qualitätsstandards</li> <li>➤ Regelmäßige Teamsitzungen</li> <li>➤ regelmäßige Überprüfung der Strukturen, Arbeitsabläufe und QS an den aktuellen Anforderungen (Basis: Evaluation von Beratungen und Nutzerbefragungen, fachliche Entwicklung,...) z.B. in internen Workshops, ggf. mit externer Anleitung</li> </ul>
Ergebnisstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Vorliegen von aktuellen zielführenden Qualitätsstandards</li> <li>➤ Effektive und effiziente Arbeitsform in Beratung und Verwaltung</li> <li>➤ nach außen nachweisbare Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität</li> </ul>



**Qualitätsstandard Ber. 20****„Evaluation“ (KAA)**

Standards	Ist
Strukturstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ EDV- und Kommunikationsausstattung (s. QS EDV 1)</li> <li>➤ Datenbank mit Statistikfunktion</li> <li>➤ Arbeitskonzept mit Zieldefinition</li> </ul>
Prozessstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Erstellen und Auswerten von Statistiken der beraterbezogenen Daten</li> <li>➤ Bestandsaufnahme und Bewertung der Arbeitsprozesse in Beratung und Verwaltung (s. QS Ber 19 „Qualitätsmanagement“)</li> <li>➤ Bestandsaufnahme und Bewertung der Öffentlichkeitsarbeit</li> <li>➤ Bestandsaufnahme und Bewertung des Standes der Kooperationen und Vernetzung</li> <li>➤ Durchführung und Auswertung von Befragungen (z.B. NutzerInnen der KAA, örtliche KooperationspartnerInnen, Vereinsmitglieder)</li> </ul>
Ergebnisstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Es liegen Daten vor zur <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nutzerstruktur</li> <li>- Weiterentwicklung der Arbeitsprozesse in Verwaltung und Beratung</li> <li>- Darstellung der wirtschaftlichen Effizienz und Effektivität der Pflege- und Wohnberatung</li> <li>- Zielgerichteten Gestaltung von Öffentlichkeitsarbeit</li> <li>- Weiterentwicklung von Kooperationen und Vernetzung</li> <li>- Sozialplanung</li> </ul> </li> </ul>



## Qualitätsstandard Vern. 1

### „Vernetzung“ (auf der Strukturebene)

Standards	Ist
Strukturstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ EDV- und Kommunikationsausstattung (s. QS EDV 1)</li> <li>➤ Arbeitsstrukturen/-gremien zu relevanten Themen (Alter und Soziales e.V., AK der Pflegedienste, AK Pflegeversicherung)</li> </ul>
Prozessstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Einladen zu bzw. Teilnahme an Arbeits-, Kooperations- und Vernetzungsgremien (evtl. erfolgt hier Identifizieren von relevanten Fragestellungen)</li> <li>➤ Initiieren von bzw. Mitwirken an Analysen der Versorgungsstruktur, der Kooperationsformen und -beziehungen in der Region</li> <li>➤ Erarbeiten von Konzepten zur Verbesserung von Kooperation, Koordination und Vernetzung und zur Behebung von Versorgungsdefiziten</li> <li>➤ Festlegen von Zielen und Arbeitsschritten</li> <li>➤ Initiierung, Leitung, Moderation von und Begleitung der Umsetzung neuer Kooperations- und Versorgungsstrukturen</li> <li>➤ Initiierung von vernetzten Angeboten und Abläufen</li> <li>➤ Regelmäßige Überprüfung des Grades der Zielerreichung</li> <li>➤ Berichterstattung an die Kommune und andere relevante PartnerInnen (Qualität und Formen der Vernetzung)</li> <li>➤ Pflege der Arbeitsbeziehungen zu den KooperationspartnerInnen</li> </ul>
Ergebnisstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ neue Problem- und Bedarfslagen werden zeitnah identifiziert</li> <li>➤ Problemlösungen (neue Angebote und Strukturen) werden in demokratischem abgestimmtem Verfahren erarbeitet</li> <li>➤ es besteht eine leichtgängige effiziente vernetzte Kooperations- und Versorgungsstruktur</li> <li>➤ Angebotsdoppelungen und Reibungsverluste durch Konkurrenzverhalten werden vermieden oder verringert</li> <li>➤ Gute Beziehungen zu den KooperationspartnerInnen auf der fachlichen wie der persönlichen Ebene</li> </ul>



## Qualitätsstandard Öff. 1

### „Information der Öffentlichkeit durch Material zur Pflege- und Wohnthematik“

Standards	Ist
Strukturstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Broschürenstände an relevanten Orten</li> <li>➤ Aufsteller bei einigen Krankenkassen und Arztpraxen</li> </ul>
Prozessstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Auflistung der relevanten Broschüren erstellen / lfd. aktualisieren (Fachpresse u.a. Quellen)</li> <li>➤ lfd. Aktualisierung / Neuerstellung der KAA-Info-Materialien</li> <li>➤ regelmäßige Pflege der Ständer (alle 14 Tage Kontrolle)</li> <li>➤ Information über Neuerscheinungen über Presse</li> </ul>
Ergebnisstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ aktuelle und möglichst flächendeckende Information zu relevanten Themen ist ergänzend zur Pressearbeit gegeben</li> </ul>

**Qualitätsstandard Öff. 2****„Vorbereitung und Durchführung von Informationsveranstaltungen; Berater als Referent“**

Standards	Ist
Strukturstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ EDV- und Kommunikationsausstattung (s. QS EDV 1)</li> <li>➤ Kooperation mit Familienbildungsstätte, VHS, Selbsthilfegruppen</li> </ul>
Prozessstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Themenangebot an FBS, VHS, Selbsthilfegruppen usw.</li> <li>➤ Absprachen zur Veranstaltung (Thema / Schwerpunkte, Ablauf, Ort, Zielgruppe, ca. TeilnehmerInnen-Zahl, Technik, Ansprechperson)</li> <li>➤ Klärung Honorar bzw. Spende</li> <li>➤ Vereinbarung mit Veranstalter</li> <li>➤ 2 Tage vorher: Letzte Absprachen mit Veranstalter (TeilnehmerInnen-Zahl, Technik, Teilnehmerliste &gt; Verwendung klären!, Presse)</li> <li>➤ Veranstaltung: Rahmenablauf: Vorstellung Referent, Vorstellung Ablauf, Durchführung evtl. mit Pause, Verabschiedung / Dank / Hinweis auf Info-Material</li> <li>➤ Info-Material vor Veranstaltungsbeginn auslegen</li> </ul>
Ergebnisstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Organisatorische Rahmenbedingungen sind rechtzeitig geklärt</li> <li>➤ Sachinformation an TeilnehmerInnen erfolgt</li> <li>➤ Öffentlichkeitsarbeit für KAA, ggf. Alzheimer Gesellschaft oder Selbsthilfegruppe geleistet</li> <li>➤ Ggf. Adresspool erweitert</li> </ul>



## Qualitätsstandard EDV 1

### „EDV- und Kommunikationsausstattung der Pflege- und Wohnberatung“

Standards	Ist
Strukturstandards	<p>Ergänzend zur EDV- Ausstattung – Kommunikations-Ausstattung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Telefon, Telefonanlage</li> </ul> <p><u>Hardware:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Computer/Laptop mit Netzwerkkarten, CD-Rom/DVD-Laufwerk, Festplatte, Monitor, Tastatur, Maus</li> <li>➤ Brenner (CD-R, CD-RW)</li> <li>➤ Computerfaxkarte (im Netz nur eine nötig)</li> <li>➤ Netzwerkverkabelung inkl. Switches</li> <li>➤ T-DSL Modem</li> <li>➤ Router (nicht erforderlich im Netzwerk mit Linuxserver, übernimmt die Routerfunktion)</li> <li>➤ Drucker (Farblaser)</li> <li>➤ Scanner</li> <li>➤ Beamer mit Leinwand</li> <li>➤ Digitale Kamera</li> <li>➤ Betriebssystem (Windows XP Professionell + Linux (Server))</li> </ul> <p><u>Software:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Standardprogramme/vorlagen (MS Office: Word, Excel/Briefformular, Serienbriefformular, Etikettendruckvorlage, Spesenabrechnung, Urlaub, Dienstreise)</li> <li>➤ Emailprogramm (MS Outlook)</li> <li>➤ Termin/Aufgabenverwaltungsprogramm (MS Outlook + OLXTeamoutlook, ermöglicht die Freigabe von Kalendern, gemeinsame Nutzung von Ordnern wie Kontakte etc. im Netz)</li> <li>➤ Adressverwaltung (gemeinsame Nutzung über OLXTeamoutlook des Adressbuches aus MS Outlook)</li> <li>➤ Dokumentationsdatenbank (Eigenentwicklung der KAA, Linuxserver zur Bereitstellung der DB wünschenswert)</li> <li>➤ Brennsoftware (Nero)</li> <li>➤ Sicherungsprogramme (Backup, Bestandteil von Windows XP)</li> <li>➤ Spezialprogramme Paint Shop Pro, Corel Draw, Corel Paint, MS PowerPoint</li> <li>➤ Finanzbanking Programm (Quicken)</li> <li>➤ Lohnabrechnungsprogramm (z. B. Stollfuß, Gehalt (BAT; Helmut Kraiss))</li> <li>➤ Übermittlungssoftware der mtl./jährlichen Meldungen Finanzamt/Krankenkassen (SVnet, Elsterformular, Bestandteil von Stollfuß)</li> </ul>



## Fortsetzung QS EDV 1

### EDV- und Kommunikationsausstattung der KAA- Pflege- und Wohnberatung

Standard	Ist
Prozessstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Medienkompetenz bei den MitarbeiterInnen</li> <li>➤ Fortbildungen zu aktuellen Technikentwicklung</li> <li>➤ Fachlichkundiger für die Hardware</li> <li>➤ Installieren der Software</li> </ul>
Ergebnisstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sicherstellen der Arbeitsleistung im qualitativen und quantitativen Sinne</li> <li>➤ Vereinfachung der Arbeitsabläufe</li> <li>➤ Standardisierung von Arbeitsleistungen und –abläufen</li> <li>➤ Sicherung der Qualität der erarbeiteten/erstellten Dokumente</li> </ul>

**Qualitätsstandard EDV 2a****Ablagestruktur der Daten/Dateien der Pflege- und Wohnberatung**

Standards	Ist
Strukturstandards	➤ s. EDV- und Kommunikationsausstattung
Prozessstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dateien in Bearbeitung erhalten den Anhang „bR“ (bitte Rücksprache)</li> <li>➤ Dateien in der abschließenden Version werden mit „zwV“ (zur weiteren Verwendung“) gekennzeichnet.</li> <li>➤ Die Dateien erhalten eine Fußzeile, die die Herkunft (KAA mit Adresse), Stand der Bearbeitung, den Pfad und Dateinamen, sowie die Seitenzahl und Seitenanzahl (Format: verborgen Arial 9 pt „Seite X von XX“) angibt. Ebenso wird das Datum der letzten Speicherung angegeben, sowie wer zuletzt gespeichert hat (s. unten in der Fußzeile als Beispiel)</li> <li>➤ Dies wird entweder durch eine Formatvorlage, die diese Fußzeile enthält sichergestellt oder durch Einrichten von Autotext „KAA Fußzeile“</li> </ul>
Ergebnisstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Einfaches und schnelles Auffinden benötigter Dateien ist sichergestellt.</li> <li>➤ Arbeit ist erleichtert durch nachvollziehbare und einheitliche Datenstruktur auch für andere Beteiligte</li> <li>➤ Redundante Dateiablage wird zumindest minimiert</li> </ul>



## Qualitätsstandard EDV 2b

### „Sicherung der Datenbestände“

Standards	Ist
Strukturstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ s. EDV- und Kommunikationsausstattung</li> <li>➤ Server</li> <li>➤ Windows XP Backup-Programm, Brennsoftware (Nero)</li> <li>➤ Brenner; CD-RW; USB-Stick</li> </ul>
Prozessstandards	<p>Daten außerhalb der KAA – Datenbank:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Voraussetzung: Es werden keine Daten lokal auf den einzelnen Computern gespeichert</li> <li>➤ Serverintern werden die Emailpostfächer auf einem 2. PC gesichert, ebenso der komplette Datenbestand unter S:\daten (ahlen)</li> <li>➤ Zum Schutz bei Beschädigung der Festplatte/Servers: Externe Sicherung der Daten nach folgendem Schema: Vollständige Sicherung des Datenlaufwerkes Freitags auf CD-RW täglich differentielle Datensicherung (d. h. alle Daten, die sich seit der letzten Volldatensicherung geändert haben) je nach Umfang auf Diskette oder USB-Stick (kann problemlos überschrieben werden)</li> <li>➤ Beschriftung der CD`s: KAA – Volldatensicherung Datum TT.MM.JJJJ Wichtig: Lagerung aller CD`s außerhalb der Pflege- und Wohnberatung</li> <li>➤ Die Profile (spezielle Einstellungen der im Netzwerk eingesetzten Computer) werden einmal monatlich auf CD-ROM gesichert.</li> <li>➤ Beschriftung der CD`s: KAA – Profile TT.MM.JJJJ</li> <li>➤ Betriebssystem- und Programmsicherung je Rechner alle 3-6 Monate</li> <li>➤ Datenbank der KAA: Derzeit ist die Datenbank beim Programmier auf dem Server untergebracht und wird von diesem gesichert</li> </ul>
Ergebnisstandard	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Schutz der Datenbestände</li> <li>➤ Korrigieren von Fehlern/Beschädigungen ermöglicht</li> <li>➤ Rekonstruktion verloren gegangener Daten sichergestellt</li> <li>➤ Wiederherstellung eines arbeitsfähigen Systems vereinfacht</li> </ul>



**Qualitätsstandard EDV 3****Qualitätsstandard: „Schulung der Mitarbeiter in EDV- und Kommunikationstechnik“**

Standards	Ist
Strukturstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ s. EDV- und Kommunikationsausstattung</li> <li>➤ Fortbildung der verantwortlichen Person</li> <li>➤ Ausgangsqualifikation der Mitarbeiter (Niveau festlegen??)</li> </ul>
Prozessstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ durch Verwaltung/“SystemadministratorIn“ bei neuen Mitarbeitern: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Darstellung der Netzwerkstruktur mit Anlage eines eigenen Verzeichnisses auf dem Server</li> <li>Bereitstellen der Email-Adresse und (sofern notwendig) Einführung in Outlook</li> <li>- Darstellung der vorh. Programme</li> <li>- Eigenverantwortung hinsichtlich Updates von Antivirensoftware/Betriebssystem erklären und Vorgehensweise beschreiben</li> <li>- Weitergabe von erbetenen Informationen entsprechend der Fähigkeiten des jeweiligen Mitarbeiters</li> <li>- Bekanntmachen der QS, vor allem aber EDV 2 a+b; Komm 1a-d</li> <li>- Darstellung der Telefonanlage mit Tastenkombinationen und Durchwahlnummern</li> </ul> </li> <li>➤ durch Verwaltung/“SystemadministratorIn“ bei den MitarbeiterInnen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- bei Bedarf Unterstützung zur Problemlösung/Aufgabenbewältigung</li> <li>- gegebenenfalls Recherche, eigene Fortbildung</li> </ul> </li> </ul>
Ergebnisstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Einheitlicher Wissenstand der Mitarbeiter ist sichergestellt</li> <li>➤ Bewältigung der Aufgaben unter Zuhilfenahme der EDV- und Kommunikationsausstattung ist ermöglicht</li> </ul>

## Qualitätsstandard Komm 1 a

### „Schriftverkehr - Brief“



Standards	Ist
Strukturstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ s. QS EDV 1 EDV- und Kommunikationsausstattung</li> <li>➤ Computer, Drucker</li> <li>➤ Vorhalten von Briefmarken</li> <li>➤ Textverarbeitungsprogramm (MS Word)</li> <li>➤ Briefvorlage</li> <li>➤ Festplatte, Server</li> </ul>
Prozessstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ jeglicher Schriftverkehr wird auf einem festgelegten, evt. auf die schreibende Person angepassten Briefformular erstellt</li> <li>➤ der/die AdressatIn wird möglichst mit seinem/ihrer Namen benannt</li> <li>➤ bei Institutionen wird möglichst der/die AnsprechpartnerIn im Adressfeld und auch bei der Anrede benannt</li> <li>➤ das Original wird farbig ausgedruckt (KAA-Vorlage), die Kopie zur Akte des Hilfebedürftigen</li> <li>➤ der Dateiname des Briefes setzt sich zusammen aus: <u>Firmenname Name AnsprechpartnerInnen</u> oder <u>AdressatInnen Inhalt</u> (QS Benennung Dateinhalt) bei stellvertretenden Schreiben <u>Name der/des Betroffenen</u> und <u>Erstelldatum (Format TT.MM.JJJJ)</u> also z. B. <u>AOK Ahlen Bosse Wohnumfeld Ellefred 03.11.2004</u> wichtig: Reihenfolge einhalten und mit kompletter Jahreszahl um eine evtl. Suche/Dokumentation zu erleichtern</li> <li>➤ Original falten, in Briefumschlag, frankieren und in den Postausgangskorb</li> <li>➤ Kopie ablegen zur Akte des Hilfebedürftigen, sofern der Brief im Zusammenhang mit Beratung steht</li> <li>➤ allgemeiner Schriftverkehr wird auf die gleiche Weise erstellt. Die Kopie dann im Postausgangsordner (chronologisch mit Nummerierung, Eintrag in die Postausgangsliste (alphabetisches Register nach Adressat im Ordner mit Nummerierung)) abgelegt</li> </ul>
Ergebnisstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ optisch einheitlicher, wieder erkennbarer Schriftverkehr – corporate identity</li> <li>➤ gesichertes, reproduzierbares Arbeitsergebnis</li> <li>➤ nachvollziehbare, belegbare Vorgänge</li> <li>➤ Transparenz der Vorgänge für alle beteiligten Mitarbeiter</li> </ul>



## Qualitätsstandard Komm. 1b

### „Schriftverkehr - Fax“

Standards	Ist
Strukturstandards	➤ „EDV- und Kommunikationsausstattung“
Prozessstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ jeglicher Schriftverkehr per Fax wird auf einem festgelegten, evt. auf die schreibende Person angepasstem Faxformular erstellt.</li> <li>➤ die/der AdressatIn wird möglichst mit Namen benannt</li> <li>➤ bei Institutionen wird möglichst die/der AnsprechpartnerIn im Adressfeld und auch bei der Anrede benannt</li> <li>➤ vor dem Versand wird das Fax mit der hinterlegten Unterschrift + Stempel versehen</li> <li>➤ das versendete Fax wird ausgedruckt, ebenso der Sendebericht</li> <li>➤ jedes Fax verbleibt in der Faxsoftware (s. QS EDV 2a „Ablagestruktur“ und QS EDV 2b „Sicherung der Datenbestände“)</li> </ul>
Prozessstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Kopie ablegen zur Akte der/des Hilfebedürftigen, sofern dies im Zusammenhang mit Beratung steht</li> <li>➤ Allgemeiner Faxschriftverkehr wird auf die gleiche Weise erstellt, die Kopie + Sendebericht im Postausgangsordner gespeichert.</li> </ul>
Ergebnisstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ optisch einheitlicher, wieder erkennbarer Schriftverkehr – corporate identity</li> <li>➤ gesichertes, reproduzierbares Arbeitsergebnis</li> <li>➤ nachvollziehbare Vorgänge</li> </ul>



## Qualitätsstandard Komm. 1c

### „Schriftverkehr - E-Mail“

Standards	Ist
Strukturstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ s. „EDV- und Kommunikationsausstattung“</li> <li>➤ Emailvorlage</li> <li>➤ Adressen (Kontakte aus Outlook, Datenbank)</li> </ul>
Prozessstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ jeglicher Schriftverkehr per Email wird auf einem festgelegten, evt. auf die schreibende Person angepassten Emailformular erstellt</li> <li>➤ die/der AdressatIn wird möglichst mit ihrem/seinem Namen benannt</li> <li>➤ bei Institutionen wird möglichst die/der AnsprechpartnerIn bei der Anrede benannt</li> <li>➤ die Betreffzeile beinhaltet folgende Informationen: Absender (KAA - Pflege- und Wohnberatung) Thema/Inhalt, ggf. Name der/des Hilfebedürftigen Datum (TT.MM.JJJJ)</li> <li>➤ die versendete Email wird ausgedruckt und in die Akte geheftet</li> </ul>
Prozessstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ jede Email verbleibt in der Emailsoftware. (s. QS EDV 2b „Sicherung der Datenbestände“)</li> <li>➤ Kopie ablegen zur Akte der/des Hilfebedürftigen, sofern die Email im Zusammenhang mit Beratung steht</li> <li>➤ allgemeiner Emailschriftverkehr wird auf die gleiche Weise erstellt und im Postausgangsordner gespeichert.</li> </ul>
Ergebnisstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ optisch einheitlicher, wieder erkennbarer Schriftverkehr – corporate identity</li> <li>➤ gesichertes, reproduzierbares Arbeitsergebnis</li> <li>➤ nachvollziehbare Vorgänge</li> </ul>



## Qualitätsstandard Komm. 1 d

### „Telefonische Kommunikation“

Standards	Ist
Strukturstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Telefonanlage mit Anrufbeantworter (AB)</li> <li>➤ Zeiten der telefonischen Erreichbarkeit (Mo.- Do. 8:15 – 16:45 Uhr, Fr. 8:15 – 15:00 Uhr)</li> <li>➤ AB ist eingeschaltet</li> <li>➤ Outlook mit OLXTeam (geöffnet)</li> <li>➤ KAA-Datenbank (geöffnet)</li> </ul>
Prozessstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Die Verwaltung hört den AB morgens ab und verfährt wie unter Prozessstandards beschrieben</li> <li>➤ Meldung mit „KAA - Pflege- und Wohnberatung, Nachname“</li> <li>➤ Anliegen des Anrufers „sortieren“:  <u>Beratung:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Auskunft</u> wird je nach Thema sofort gegeben, bei komplexeren Fragestellungen evt. Vermittlung (Tastenkombination „R“+Nr.) an den Berater</li> <li>- Dokumentation erfolgt in der KAA-Datenbank unter Auskunft</li> <li>- <u>Erstkontakt:</u> Wenn die Notwendigkeit eines Beratungs-termins festgestellt wird, erfolgt die <u>Terminvereinbarung</u> (Outlook) mit Klärung, ob ein Hausbesuch erforderlich ist.</li> <li>- sofern relevant, wird der Berater über erledigte Anrufe informiert.</li> </ul> </li> <li><u>allgemein:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Weitervermittlung an die gewünschte Person,</li> <li>- Gesprächsnotiz bei Abwesenheit, Information über Anliegen mündlich oder schriftlich mittels der Gesprächsnotiz (s.u.)</li> </ul> </li> <li>➤ Bei Vermittlung zu der gewünschten Person wird diese/r mit Namen genannt („Ich verbinde Sie weiter zu Herrn/Frau „xyz“)</li> <li>➤ Ist die/der gewünschte MitarbeiterIn erreichbar, teilt man dieser/m mit, wer am Apparat ist und benennt evt. schon das Anliegen</li> <li>➤ Sofern Vermittlung nicht möglich ist, wird eine <u>Gesprächsnotiz</u> angefertigt mit: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Datum / Uhrzeit</li> <li>- Name / Telefonnummer der AnruferIn</li> <li>- Anlass des Anrufs</li> <li>- Evtl. Zeitvereinbarung zum Rückruf (RR)</li> <li>- AnruferIn erhält eine Aussage über ungefähren Zeitpunkt des RR („sofort“, „wenn er zurück ist, ca. xx Uhr“, „morgen“ usw).</li> </ul> </li> </ul>

## Fortsetzung QS Komm 1 d

## „Telefonische Kommunikation“



Standards	Ist
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nachgang zum Telefonkontakt: Weiterleiten (persönliche Übergabe/Ablage im Eingangskorb der/des entsprechenden MitarbeiterIn) der Gesprächsnotiz</li> <li>➤ Rückrufe werden generell binnen 24 Std. bzw. am nächsten Werktag erledigt</li> </ul>
Ergebnisstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Einheitliches, wieder erkennbares Auftreten am Telefon</li> <li>➤ Gesicherter Empfang, Weiterleitung und Bearbeitung von Nachrichten</li> <li>➤ Entlastung des Berater</li> </ul>

## Qualitätsstandard Orga 1

### „Empfang von Besuchern“



Standards	Ist
Strukturstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Computer etc.</li> <li>➤ Besprechungsraum</li> </ul>
Prozessstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Erster Empfang grundsätzlich über Verwaltung zur Entlastung des Beraters</li> <li>➤ Begrüßung durch Verwaltung/Berater:</li> <li>➤ „Guten Dank, mein Name ist..., was kann ich für Sie tun?“</li> <li>➤ Erfassung der Stammdaten in DB durch Verwaltung</li> <li>➤ <u>nicht verabredeter Besuch:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klärung des Anliegens: Auskunft/Infomaterialweitergabe durch Verwaltung/Berater</li> <li>komplexe Problemlage:</li> <li>- Berater ohne Zeitressourcen: Verwaltung nimmt Stammdaten auf + Terminvereinbarung</li> <li>- Berater mit Zeitressourcen: Verwaltung nimmt Stammdaten auf, erhebt grobe Problemlage und verweist an Berater zwecks sofortiger Übernahme des Besuchers</li> </ul> </li> <li>➤ <u>verabredeter Besuch:</u> Beratungsgespräch: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verwaltung führt die Besucher in den Besprechungsraum, bietet Erfrischung/Kaffee an</li> <li>- Verwaltung informiert Berater, klärt evt. leichte Zeitverschiebung ab</li> <li>- Verwaltung informiert Besucher: „Herr... ist sofort bei Ihnen.“ “Herr... benötigt noch einige Minuten.“</li> </ul> </li> <li>Vereinbarte Übergabe/Übernahme von Unterlagen</li> <li>- Kopien werden erstellt u. C</li> </ul>
Ergebnisstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Besucher fühlt sich willkommen</li> <li>➤ Klare Vereinbarung bzgl. weiteren Vorgehens</li> <li>➤ Berater ist von Verwaltungstätigkeiten entlastet</li> </ul>

## Qualitätsstandard Orga 3



## „Termin- und Aufgabenverwaltung und -überwachung“

Standards	Ist
Strukturstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ s. EDV- und Kommunikationsausstattung</li> <li>➤ Outlook und OLXTeamoutlook</li> </ul>
Prozessstandards	<p>Wichtig: nach Termin und Aufgaben/Arbeitsaufträgen unterscheiden</p> <p><u>Termine:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Eintrag in Outlook nach folgendem Schema:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Name der Person, die aufgesucht wird oder zur Beratung in die KAA kommt bzw. Name der Institution/Person mit anderem Anliegen;</li> <li>2. in jedem Fall Tel. Nr. für evt. Änderungen in der 1. Zeile in Outlook</li> <li>2. Bei Hausbesuch Kürzel HB an erster Stelle (wird ist im Kalender dann besser vom KAA Besuch zu unterscheiden)</li> <li>3. Stichwort zum Thema/Inhalt des Termins (Erstberatung, Wohnumfeld, Krisenintervention, Antrag PS ...-ergänzen)</li> <li>4. Ortsangabe</li> <li>5. Einstellen der Erinnerungsfunktion (1 Std. vor Termin?)</li> <li>6. Kategorie: Hausbesuch – KAA - Besuch – Öffentlichkeitsarbeit – Projektarbeit (ermöglicht Filtern von Terminen)</li> <li>7. unter „Datei einfügen“: eventuell erforderliche Dateien, Formulare etc. mit dem Termin verbinden</li> </ol> <p>Diese Angaben erscheinen im Kalenderblatt.</p> </li> </ul> <p><u>Aufgaben:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Eintrag in die eig. Aufgabenliste oder der der/des betroffenen Mitarbeiterin/s nach folgendem Schema in Outlook:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stichwort zur Beschreibung der Aufgabe: Telefonat, Brief, Besorgung, Infobeschaffung</li> <li>2. Kennzeichnen der Aufgabe: Kontakt wg. Kurzzeitpflege, Wohnumfeld, Antrag PS, Gutachterbesuch etc.</li> <li>3. Fälligkeitstermin eintragen</li> <li>4. Prioritäten festlegen</li> <li>5. Erinnerungsfunktion einstellen (sofern die Aufgabe <u>nicht</u> in der eigenen Aufgabenliste steht: nach Arbeitsbeginn, so dass der Termin/die Aufgabe bekannt gemacht wird und der Betroffene diese in seine Aufgabenplanung einbeziehen kann.</li> </ol> </li> </ul>
Ergebnisstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Strukturierte Arbeitsabläufe werden ermöglicht</li> <li>➤ Abstimmung zur Bewältigung von aufeinander aufbauenden Aufgaben wird erleichtert</li> <li>➤ Kontrolle von Aufgaben und Terminen</li> <li>➤ Sicherung/Unterstützung einer Vertrauen schaffenden Zuverlässigkeit</li> </ul>



**Qualitätsstandard Orga 4****„Verwaltung des Infomaterials“**

Standards	Ist
Strukturstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ s. EDV- und Kommunikationsausstattung</li> <li>➤ Vorlagen „Infoblätter“ (derzeit Worddokumente A4 Hochformat)</li> </ul>
Prozessstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Durch Berater: Inhaltliche Überprüfung und gegebenenfalls Aktualisierung</li> <li>➤ Nach Bedarf: Ausdruck der versch. Informationsmaterialien Bei Aktualisierung: Anpassen der PDF Dateien</li> </ul>
Ergebnisstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Weitergabe von fundierten Informationen gewährleistet</li> </ul>

## Qualitätsstandard Verw 1

### „Finanzverwaltung“



Standards	Ist
Strukturstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Finanzbanking-Programm, z. B. Quicken</li> <li>➤ Computer/Internet</li> <li>➤ Stempel mit Kostenstelle/Projekt; Betrag; sachlich richtig; rechnerisch richtig; Buchungsdatum</li> </ul>
Prozessstandards	<p>Voraussetzungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. einfache Einnahmen-/Ausgabenrechnung</li> <li>2. keine steuerlich relevanten Vorgänge</li> <li>3. Zahlungen über 400,00 € werden von der Geschäftsführung autorisiert</li> <li>4. Überwachung der Liquidität - Zeitgerechte Mittelanforderung</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Zahlungsverkehr mit Belegverwaltung:           <p><b>Rechnungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stempeln (s. oben)</li> <li>- Vergleich mit evt. vorliegender Auftragsbestätigung / Angebot</li> <li>- Prüfung der RG. auf rechnerische Richtigkeit – abzeichnen Prüfung der RG. auf sachliche Richtigkeit – abzeichnen lassen</li> <li>- Überwachen der Fälligkeit</li> <li>- Zahlung der online-Überweisung z. B. in Quicken (nähere Beschreibung s. Anleitung)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kategorisierung erfolgt aufgrund gemerkter Buchungen nahezu automatisch – überprüfen! Evt. anpassen                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auflistung der durchgeführten Überweisungen unbedingt:                       <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ausdrucken</li> <li>2. abspeichern unter „Haushalt XXXX/onlinebanking“ – Format: TTMMJJJKto</li> </ol> </li> </ul> </li> <li>- Kopien der relevanten Belege / Kontoauszüge in Projektordner f. Zuwendungsgeber</li> <li>- Ablage der Originalbelege hinter Kontoauszug (nähere Beschreibung s. Anleitung) in Vereinsordner</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p><b>Überwachung der Lastschriften</b> (Belegverwaltung wie unter Rechnungen)</p> <p><b>Gehaltszahlungen</b> (Belegverwaltung wie unter Rechnungen):</p>

## Fortsetzung QS Verw 1 Finanzverwaltung



Standards	Ist
Prozessstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auszahlungsbeträge nach Freigabe durch Geschäftsführung auf Auszahlungsliste an Mitarbeiter überweisen</li> <li>Überwachung der Lastschriften (SV-Beiträge; Finanzamt)</li> <li><b>Bargeldzahlungen:</b></li> <li>- Überwachen der Liquidität</li> <li>- Belegverwaltung wie unter Rechnungen</li> <li>- Buchung in separatem Quickenkonto mit Kategorisierung etc.</li> <li>➤ Überwachen der Konten: <ul style="list-style-type: none"> <li>- tägliches Abrufen der Kontoauszüge über Quicken</li> <li>- wöchentliches Abholen der Papierkontoauszüge: Zuordnen der Belege</li> </ul> </li> <li>Nummerierung der Vorgänge</li> </ul>
Ergebnisstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Den Grundsätzen der Buchführung entsprechende Finanzverwaltung ist gesichert</li> <li>➤ Für alle Beteiligten sind die Vorgänge nachvollziehbar.</li> </ul>

## Qualitätsstandard Verw. 2

### „Personalverwaltung“



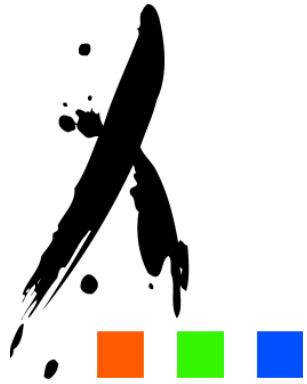
Standards	Ist
Strukturstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ S. EDV- und Kommunikationsausstattung</li> <li>➤ Computer/Internet</li> <li>➤ Helmut Kraiss – Gehalt (neueste Version)</li> <li>➤ Stollfuss – Lohn- und Gehaltsabrechnung (neueste Version)</li> <li>➤ Online-Finanzbanking-Programm</li> <li>➤ Tarifvertrag</li> <li>➤ Vorlage Arbeitsvertrag</li> <li>➤ Vorlage Spesenabrechnung</li> <li>➤ Erteilte Einzugsermächtigungen Krankenkassen (SV-Beiträge) und Finanzamt (Lohnsteuer)</li> </ul>
Prozessstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Vor/bei Dienstantritt eines/einer AN: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausfertigung eines Arbeitsvertrages (Entwurf, endgültige Fassung mit Unterschriften – Übernahme in Personalakte und Aushändigung an AN</li> <li>- Zusammenstellung der Personalakte mit Kopie SV-Ausweis, Lohnsteuerkarte,</li> <li>- Anmeldung (Svnet) des/der AN bei der Krankenkasse, evt. Einrichten einer Betriebskontonummer,</li> </ul> </li> <li>➤ monatlich: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Überprüfen der tarifl. Bedingung mit Kraiss – Gehalt</li> <li>2. gegebenenfalls Anpassung der Gehaltsdaten in Stollfuss</li> <li>3. „Durchführen der Reihenabrechnung“ mit 2 Ausdrucken (1 AN – 1 AG)</li> <li>4. Überweisung der Gehälter (Überweisung der VWL bei Bedarf) an die AN und Aushändigung der Gehaltsabrechnung <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausdruck der Auszahlungsliste zur Freigabe der Gehaltsüberweisung</li> <li>- Einholen der Freigabe zur Onlineüberweisung</li> <li>- Ablage der Belege im Ordner Gehalt</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>➤ Zum 10. jeden Monats: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meldung der Sozialabgaben:</li> <li>2. Erstellen der onlinefähigen Meldung in Stollfuss</li> <li>3. Übermittlung der Daten aus dem Programm per DEÜV</li> <li>4. Drucken der Meldebestätigung</li> <li>5. Ablage der Belege im Ordner Gehalt</li> </ol> </li> <li>➤ Jährlich: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meldung der Lohnsumme pro AN an KV</li> <li>2. Formular Jahresmeldung über Svnet ausfüllen und online übermitteln</li> <li>3. Belegexemplar für Übertragung in Personalakte und Übergabe an AN</li> </ol> </li> </ul>

## Qualitätsstandard Verw. 3

### „Materialverwaltung“



Standards	Ist
Strukturstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Kataloge</li> <li>➤ Computer/Internet</li> <li>➤ Vergabeordnung</li> <li>➤ Genehmigungspflicht für Ausgaben &gt; € 400.- durch Geschäftsführung/Vorstand</li> </ul>
Prozessstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Für den Preisvergleich werden Recherchen im Internet vorgenommen (je nach Bedarfslage/Bestellmenge)</li> <li>➤ Ggf. werden 3 Angebote eingeholt und Geschäftsführung / Vorstand zur Genehmigung vorgelegt</li> <li>➤ Bestellungen werden von der Verwaltung gesammelt, kostengünstig platziert und i. d. R. telefonisch überwacht: <ul style="list-style-type: none"> <li>- bei Terminverzögerungen nachfassen</li> <li>- bei dringendem Bedarf grundsätzlich Lieferzeit klären, evt. schriftliche Bestätigung verlangen</li> </ul> </li> <li>➤ <u>Büromaterial:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- grundsätzliche Überwachung der Bestände an allg. Büromaterial durch die Verwaltung</li> <li>- Information an die Verwaltung durch die Mitarbeiter bei Bedarf</li> <li>- Information an die Verwaltung durch die Mitarbeiter bei speziellem Bedarf zur Lösung/zur Umsetzung einer bes. Aufgabe/Anforderung</li> </ul> </li> <li>➤ <u>Computer-/Druckerzubehör</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- frühzeitige Information an die Verwaltung durch die Mitarbeiter, um einen kostengünstigen Einkauf zu unterstützen</li> </ul> </li> <li>➤ <u>Einrichtungsgegenstände</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (Ersatz)Beschaffung unter Berücksichtigung des Bedarfs</li> <li>- ggf. Genehmigung</li> </ul> </li> <li>➤ <u>Verbrauchsmaterial (Toilettenpapier / Papierhandtücher etc.)</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Überwachung / Nachbestellung durch Verwaltung</li> </ul> </li> </ul>
Ergebnisstandards	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Kostensparendes Bestellwesen, gesicherte Versorgung mit Materialien</li> </ul>



**Alter und Soziales e.V.**

## **Anlagen zu dem Abschluss- und Ergebnisberichtes der KAA-Pflege und Wohnberatung (II)**

Anlage 3: Screenshots aus der Datenbank

1.

SYNCASE\_KAA: synCase KAA - [KARTEIbox]

Datenquellen Bereiche Tools Suchen/Online Auswertung Stammdaten Fenster

KARTEIbox PROFILbox PROJEKTbox TERMINbox MATCHbox STATISTIKbox

drucken Sammlung passende Projekte Modus: \01. Falleingangsphase alle

20 von 28 Hilfebedürftige/r Fotos

01. Falleingangsphase  
Anzahl = [27]

**01. Falleingangsphase**  
Liste filtern/sortieren

**Praktikant - <NEU> {109B9BA5-1DA5-4D61-939D-BA91E50F4CE0}**

Interne Nummer	3125	Praktikant - <NEU> {109B9BA5-1DA5-4D61-939D-BA91E50F4CE0}
Datum der Aufnahme		Aufnahmedatum:
Abrechnungsart		Pflegestufe:
Abrechnungsstelle		
Zuordnung	[X]-01. Falleingangsphase	
Herr / Frau / Titel	(kein Eintrag)	
Name		
Vorname		
Strasse		
PLZ		
Ort		
Telefon		
Mobil		
Fax		
Email		
Geburtsdatum		
Alter		
Geschlecht	(kein Eintrag)	
Derzeitiger Aufenthaltsort		
Beratungsbedarf		
Hauptdiagnose	[bitte hier klicken]	
Notiz		
Anrede	(kein Eintrag)	
Dateneingabe am	15.06.2007	
Dateneingabe durch	Praktikant	
Letzte Änderung am		
Letzte Änderung durch		

Start SYNCASE\_KAA: synCa... DE

Der weiße Block an der linken Seite unter Falleingangsphase beinhaltet eine alphabetische Namensliste der Fälle, die in der Falleingangsphase gespeichert sind. In die Liste ist aus datenschutzrechtlichen Gründen nichts eingetragen. Diese Namensliste ist in den folgenden Screen Shots ausgeblendet, kann aber jederzeit in der Software wieder aufgerufen werden.

2.

The screenshot shows the SYNCase\_KAA software interface. The main window displays a table with the following columns: Beziehungstyp, Beziehungsstatus, Beziehungsziel, Beziehungsgrad, and Beziehungsart. The table contains five rows of data, with the 'Beziehungsziel' column currently obscured by a blacked-out block.

Beziehungstyp	Beziehungsstatus	Beziehungsziel	Beziehungsgrad	Beziehungsart
→ ist	Angehörige(r)		2. Beziehungsperson	beidseitig gewünscht
← hat	Ehepartner		1. Beziehungsperson	beidseitig gewünscht
← hat	Hilfsdienst		sonstige	(-)
← hat	Hausarzt/Hausärztin		sonstige	vorübergehende Beziehung
← hat	Pflegekasse		(-)	(-)

Anstelle des oben geschwärtzten Blocks wird in der Software (auch bei den anderen geschwärtzten Feldern in den folgenden Screen Shots) der Name und der Wohnort des Hilfebedürftigen angezeigt. In das Feld Beziehungsziel werden die Namen der Angehörigen, Pflegedienste oder sonstiger beteiligter Organisationen eingetragen (aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht ausgefüllt).



3.

SYNCASE\_KAA: synCase KAA - [K A R T E I box]

Datenquellen Bereiche Tools Suchen/Online Auswertung Stammdaten Fenster

KARTEIbox PROFILbox PROJEKTbox TERMINbox MATCHbox STATISTIKbox

Hilfebedürftige/r Antragsstellungen Hilfenetzwerk/Kontakte Beratungsverlauf/Aufgaben Fotos

Verlauf / Auswahl

Filter: Datum Kategorie

Datum	W	P	K	Zeit	Kategorie / Beteiligte / Text
14.06.2007	■	■	■	00:00	07. Nachschau/Nachgehende Kontrolle KAMPS-MARTIN     PRAKTIKANT-1 PK - Feststellung einer Pflegestufe - Erstantrag ambulante Pflege
08.05.2007	■	■	■	11:09	Antrag gestellt am KAMPS-MARTIN     PRAKTIKANT-1 VA - Schwerbehindertenausweis neu
08.05.2007	■	■	■	11:10	Antrag gestellt am KAMPS-MARTIN     PRAKTIKANT-1 - GEZ
07.05.2007	■	■	■	11:08	Antrag gestellt am KAMPS-MARTIN     PRAKTIKANT-1 PK - Feststellung einer Pflegestufe - Erstantrag ambulante Pflege
30.04.2007	■	■	■	10:00 11:00	Hausbesuch PRAKTIKANT-1

Bearbeitung

Beratungsprotokoll Checkliste Beteiligte

10:00 [Hausbesuch] GRIMMINGER-EGON-AHLEN, WESTF, PRAKTIKANT-1

Kategorie	Hausbesuch
Datum Beginn	30.04.2007
Uhrzeit von	10:00
Datum Ende	30.04.2007
Uhrzeit bis	11:00
Kostenträger Beratungsstelle	0
Beratungsinhalt	Assessment   Linking   Maßnahmeneinleitung und -koordination
Erläuterung Beratungsinhalt	siehe Akte
Eingestellte Ressourcen / Unterstützung im Umfeld	
Veränderungen seit dem letzten Kontakt	
Ziele für die weitere Arbeit	
Ergebnisse der heutigen Beratung	
Absprachen	
Wiedervorlage	<input type="checkbox"/>
ab	
erledigt	<input checked="" type="checkbox"/>
Kommentar Wiedervorlage	
Fahrtzeit	
Vor- / Nachbearbeitung	
Abrechnung Fachleistung relevant	<input type="checkbox"/>
Zeitaufwand/Fachleistungsstunde	60 Minuten
Face to Face	40
Vor- und Nachbereitung	20
Entfernung in Kilometer	

Start SYNCASE\_KAA: synCa... DE

4.

	Eingabedatum	Änderungsdatum	Übernahme Ausdruck	Status Hilfeplan	Herkunft Assessment	Bedarf-Ressource	Handlungsziel	Maßnahmen
▶	04.06.2007	04.06.2007	<input type="checkbox"/>	Beobachtungsbedarf Priorität 2	01. Pflege/Gesundheit/Verhalten - 08. Sonstiges - 08.01. Schmerzsituation			
	04.06.2007	04.06.2007	<input type="checkbox"/>	Beobachtungsbedarf Priorität 0	02. Haushalt - 02.02. Kochen			
	04.06.2007	04.06.2007	<input type="checkbox"/>	Beobachtungsbedarf Priorität 0	02. Haushalt - 02.04. Raumpflege			
	04.06.2007	04.06.2007	<input type="checkbox"/>	Beobachtungsbedarf Priorität 0	02. Haushalt - 02.06. Wäschepflege			
	04.06.2007	04.06.2007	<input type="checkbox"/>	Beobachtungsbedarf Priorität 2	02. Haushalt - 02.08. Verwahrlosung			
	04.06.2007	04.06.2007	<input type="checkbox"/>	-	02. Haushalt - 02.05. Heizen			
	04.06.2007	04.06.2007	<input type="checkbox"/>	! Beobachtungsbedarf Priorität 3	01. Pflege/Gesundheit/Verhalten - 02. Ernährung - 02.01. Gesunde und mengenmäßige ausreichende Ernährung	Essen versorgende Person		
	04.06.2007	04.06.2007	<input type="checkbox"/>	! Beobachtungsbedarf Priorität 3	01. Pflege/Gesundheit/Verhalten - 03. Körperpflege - 03.03. Baden	Pflegeperson		
	04.06.2007	04.06.2007	<input type="checkbox"/>	! Beobachtungsbedarf Priorität 3	01. Pflege/Gesundheit/Verhalten - 05. Verhalten (screening gem. §45 SGB XI) - 05.03. Selbst-/Fremdfährdung	geschulte Betreuungsperson		
	04.06.2007	04.06.2007	<input type="checkbox"/>	Beobachtungsbedarf Priorität 0	02. Haushalt - 02.03. Spülen			

01. Pflege/Gesundheit/Verhalten - 08. Sonstiges - 08.01. Schmerzsituation

5.

The screenshot displays the SYNCASE\_KAA software interface. The main window shows a detailed record for 'KAA PFLEGE UND WOHNBERATUNG' (Internal Number 2667). The record includes contact information, address, and organizational details. On the left, a sidebar shows a list of filters for the '07. Datenerfassung Hilfenetzwerk'.

KAA PFLEGE UND WOHNBERATUNG	
Interne Nummer	2667
Zuordnung	[X]-02. Komplementäre Hilfen
Name	KAA Pflege und Wohnberatung
Anmerkung	
Strasse	Wilhelmstr. 5
Postfach	
PLZ Postfach	
PLZ	59227
Ort	Ahlen
Telefon Zentrale	( 0 23 82 ) 40 90
Fax Zentrale	( 0 23 82 ) 40 28
Email Zentrale	info@kaa-ahlen.de
Herr / Frau	Herr
Ansprechpartner Nachname	Martin Kamps
Ansprechpartner Vorname	
Position	(kein Eintrag)
Telefon / Durchwahl	
Mobil	
Fax	
Email	
www	www.kaa-ahlen.de
Einsatzgebiet/Region	
Punkte	
Notiz	Bürozeiten: MO. - DO. 8.30 - 17.30 Uhr, FR. 8.30 - 15.30 Uhr
Import / Träger	Verein Alter und Soziales e. V. +Ahlen +59227 +Wilhelmstraße 5
Anrede	(kein Eintrag)

Additional information on the right side of the record:

**KAA PFLEGE UND WOHNBERATUNG**  
 59227 Ahlen  
 Wilhelmstr. 5

die letzten 3 Termine:  
 -----

Die Liste auf der linken Seite unter Datenerfassung Hilfenetzwerk beinhaltet eine alphabetische Liste des Hilfenetzwerkes wie Krankenkassen, Pflegedienste, Seniorenheime, Ärzte etc., die in der Software gespeichert sind (aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht ausgefüllt).



Institut  
für Sozialforschung und  
Sozialwirtschaft e.V.

---

## **Anlagen zum Bericht des iso Institutes Saarbrücken (III.1)**

Anlage 1: Leitfäden für die Expertengespräche

Anlage 2: Narrative Interviews mit Ratsuchenden

# 1. Leitfäden für die Expertengespräche

## 1. Leitstelle „Älter werden in Ahlen“

### Gliederung

1. Geschichte des Fördervereins „Alter und Soziales e.V.“
2. Aufgaben und Zielsetzung der Leitstelle (Geschäftsführung des Fördervereins)
3. Zusammenarbeit mit der Pflege- und Wohnberatungsstelle
4. Zusammenarbeit im Verbund
5. Idee und Zielsetzung des Modellantrags

### 1. Geschichte des Vereins „Alter und Soziales e.V.“

- Wann wurde der Förderverein gegründet, was war der Anlass? Wer sind die Gründungsmitglieder? Welche Mitglieder kamen später hinzu? Wer kann Mitglied im Verein werden?
- Der Verein ist Träger der KAA? Was war der Anlass in Ahlen eine Koordinierungsstelle einzurichten? Ist es eine Reaktion gewesen auf bestimmte Defizite, wenn ja, auf welche?
- In welche Gremien gliedert sich der Verein? Welche Funktion hat er im Ahleener System? Welche Zielsetzung verfolgt er?
- Welche Vor- und Nachteile hat diese Form der Trägerschaft für die KAA?

### 2. Aufgaben und Zielsetzung der Leitstelle „Älter werden in Ahlen“

- Wann wurde die Leitstelle eingerichtet? Welche Aufgaben hat die Leitstelle? Ist sie in erster Linie Anlaufstelle für die Bürger oder liegt ihr Schwerpunkt auf sozialplanerischen Aufgaben?
- Welche Auswirkung hat die Einrichtung auf die kommunale Altenhilfepolitik? Wie konkret können Sie Einfluss auf die konzeptionelle Weiterentwicklung nehmen?

### **3. Zusammenarbeit mit der Pflege- und Wohnberatungsstelle (KAA)**

- In welcher Art und Weise sind Sie in die Arbeit der Pflege- und Wohnberatungsstelle involviert? In welcher Form wird die Zusammenarbeit strukturiert? Haben Sie feste Zeiten für die Arbeit mit der KAA reserviert oder arbeiten Sie je nach Bedarf?
- Kommt es vor, dass Ratsuchende direkt mit der Leitstelle „Älter werden in Ahlen“ Kontakt aufnehmen? Wenn ja, aus welchem Anlass?
- Wie können Sie aus der Sicht der Leiterin der Leitstelle „Älter werden“ die Arbeit der KAA unterstützen? Inwieweit können Sie vor allem die Vernetzung der KAA mit anderen Anbietern vorantreiben?

### **4. Zusammenarbeit im Ahlener Netzwerk**

- Wie schätzen Sie den Vernetzungsgrad im Ahlener Versorgungssystem ein? Welche Prinzipien liegen Ihren Vernetzungsaktivitäten zu Grunde? Wie unterstützen Sie die einzelnen Träger beim Aufbau formalisierter Kooperationsstrukturen?
- Welche Rückmeldung erhalten sie von den Leistungserbringern? Welche Vor- und Nachteile haben die vernetzten Strukturen für die beteiligten Träger?

### **5. Zielsetzung des Modells**

- Vor welchem Hintergrund ist die Modellidee entstanden? Gab es einen konkreten Anlass? Welches Ziel verbinden Sie mit der Modellförderung? Welches Ergebnis erwarten Sie?

## **2. Pflege- und Wohnberatungsstelle**

### **Gliederung**

1. „Entwicklungsgeschichte“
2. Grundstruktur
3. Zielgruppen
4. Beratungsprozess
5. Das Ahlener System
6. Ergebnisbewertung
7. Leistungsrechtliche Verankerung

### **1. „Entwicklungsgeschichte“**

- Die KAA war ursprünglich eine Koordinierungsstelle mit dem Schwerpunkt, die Versorgungsinfrastruktur in Ahlen konzeptionell weiterzuentwickeln. Seit wann ist die KAA eine „reine“ Pflege- und Wohnberatungsstelle?
- Sind im Verein „Alter und Soziales e.V.“ alle Leistungserbringer in Ahlen vertreten? Welche Rolle spielt der Verein für Ihre Arbeit?
- Wer ist Ihr unmittelbarer Dienstvorgesetzter?
- Seit wann arbeiten Sie in der KAA? Wie hat sich Ihr Aufgabenfeld im Laufe der Zeit verändert?

### **2. Grundstruktur**

- Wie viele Leute arbeiten in der KAA? Was sind Sie von Beruf? Welche berufliche Qualifikation haben Sie?
- Wie sind die Aufgaben verteilt? Gibt es Überschneidungen der Aufgabenbereiche? Wie wird die Urlaubsvertretung organisiert?
- Die KAA ist vor ein paar Jahren in die Wilhelmstraße umgezogen. Die vorherige Lage war ebenfalls zentral. Welches sind die Vor- und Nachteile des jetzigen Standorts?

### **3. Zielgruppen**

- In der Datenbank haben Sie Ihren Kundenkreis in drei Gruppen eingeteilt: In Schlaganfallpatienten, in Menschen mit Demenz und in Menschen, die multimorbid, die gebrechlich sind. Kann man sagen, dass es für diese drei Zielgruppen einen „typischen“ Hilfebedarf gibt? Wie würden Sie diesen beschreiben?
- Wer ist in der Regel Ihr Ansprechpartner? Sind es primär die Angehörigen? In welchen Fällen ist es der Hilfebedürftige selbst?
- Wer ist für Sie ein schwieriger, wer ein einfacher Klient?

#### **4. Beratungsprozess**

- Wie sind Ihre Öffnungszeiten? Gibt es Urlaubszeiten, in der die Beratungsstelle geschlossen ist? Ist das für Sie so in Ordnung oder fänden Sie eine andere Lösung besser?
- Laut Ihrer Statistik dominiert unter den Initiatoren der Beratung das Krankenhaus (27%). Ist es in der Regel der Sozialdienst des Krankenhauses, der Sie direkt anspricht und den Kontakt zu den Ratsuchenden vermittelt?
- Wie verläuft die Zuweisung aus dem Krankenhaus (mit Anmeldebogen oder Telefonanruf)? Wie viele Tage sind das schätzungsweise vor der Entlassung? Wie genau bekommen Sie die Hilfssituation geschildert?
- In den letzten beiden Jahren haben sich die Zuweisungen durch niedergelassene Ärzte erhöht (16%). Woran liegt das? Haben Sie gezielt bei den Ärzten für die KAA geworben?
- Ruft der Arzt direkt bei Ihnen an? Äußern sich die niedergelassenen Ärzte zum Hilfebedarf des Patienten?
- In welche Arbeitsschritte gliedert sich der Beratungsprozess? Gilt das für jede Zielgruppe? Haben Sie die Qualitätsstandards definiert (Beispiele)?
- Die häufigsten Beratungsinhalte, so Ihre Statistik, beziehen sich auf die Pflegesituation und auf die Entlastung pflegender Angehöriger. Welche Problemlagen bekommen Sie geschildert?
- Weitere dominierende Beratungsinhalte sind die Versorgung mit Hilfsmitteln und die Wohnberatung? Um welche Hilfsmittel handelt es sich vorrangig? Welche Beratungsschritte halten Sie dabei ein?
- Welche Problemlagen werden Ihnen im Kontext der Wohnberatung geschildert? Welche Problemkonstellationen treten am häufigsten auf?



- Bei fast der Hälfte Ihrer Beratungen (41 %) geht es um Leistungen der Pflegeversicherung, so Ihre Statistik. Um welche Problemlagen handelt es sich dabei?

## **5. Das Ahlener Netzwerk**

- Welches sind Ihre wichtigsten Kooperationspartner im Ahlener Netz? Funktioniert die Zusammenarbeit auf einer eher informellen Basis – also auf Grund guter persönlicher Kontakte – oder sind die Kooperationsbeziehungen bereits systematisiert? Wenn ja, welche Formulare verwenden Sie, welche Formalitäten müssen eingehalten werden?
- Mit welchen Leistungserbringern im System arbeiten Sie wenig zusammen? An was liegt das?
- Wo sind Ihrer Meinung nach noch Lücken im Angebotsspektrum des Ahlener Netzwerks?
- Wo liegen Ihrer Meinung nach die Defizite in der Kommunikation innerhalb des Netzwerks? Was müsste verbessert werden? In welcher Form könnte dies geschehen?
- Wie ist die Zusammenarbeit mit dem MDK? Kommen die begutachtenden Ärzte auf Sie zu, werden Sie nach Ihrer Einschätzung gefragt?
- Wie ist die Zusammenarbeit mit den Kranken- und Pflegekassen? Ein Teil Ihrer Kunden wird Ihnen ja von dort zugewiesen. In welchen Fällen kommt das vor?
- Wie gestalten Sie die Zusammenarbeit mit dem Sozialhilfeträger?

## **6. Ergebnisbewertung**

- Wie bewerten Sie Ihr Arbeitsergebnis? Welche Kriterien legen Sie zu Grunde?
- Welche Rolle spielt die Datenbank bei der Ergebnisbewertung? In welcher Form können Sie dort das Ergebnis Ihrer Arbeit abrufen?
- In welcher Form müssen Sie Ihre Arbeitsergebnisse dem Verein gegenüber transparent machen?
- In welcher Form sind Kosten-Nutzen-Rechnungen erstellt worden?
- Hat das Angebot „Pflege- und Wohnberatung“ Auswirkungen auf die örtliche Pflegeinfrastruktur gehabt?

## **7. Leistungsrechtliche Verankerung**

- Wo wird die Arbeit, die Zielsetzung der Pflege- und Wohnberatung durch rechtliche Bestimmungen behindert? Wie sehen diese aus und welche Verbesserungen wären erforderlich?
- Welche Erfahrungen machen Sie mit der Begutachtung gemäß § 18 SGB XI durch den MDK? Erfolgt die Begutachtung in der Regel zeitnah? Begutachtet der MDK auch regelmäßig im Krankenhaus?
- Wie sieht es mit der Verordnung und der Bewilligung von rehabilitativen Maßnahmen aus? Regionales Angebot? Haben Sie Einfluss auf die Verordnung von Heil- und Hilfsmittel? In welcher Form?
- Wie müsste Ihrer Meinung nach die Pflege- und Wohnberatung leistungsrechtlich verankert sein? Wie müsste das Angebot finanziert werden?

### **3. Pflegedienstleitung ambulanter Pflegedienst**

#### **Gliederung:**

1. Situation der ambulanten Pflegedienste in Ahlen
2. Zusammenarbeit mit der KAA
3. Vorteile des „Ahleener Netzwerkes“

#### **1. Ambulante Pflegedienste in Ahlen**

- Wie schätzen Sie in Ahlen die Versorgung durch ambulante Pflegedienste ein? Hat sich die Situation in den letzten Jahren verändert (verbessert/verschlechtert)?
- Wie ist die Entwicklung bei den privaten Anbietern? Drängen viele auf den Markt?
- Wie groß ist Ihre Einrichtung (wie viele VZ-Stellen)? Haben Sie ein bestimmtes Einzugsgebiet?
- Welche Entwicklungschancen sehen Sie für Ihren Dienst?
- Der Arbeitskreis „Ambulante Pflegedienste“ ist von der KAA initiiert worden? Sind alle Anbieter Ahlens mit am Tisch? Welches Ziel verfolgt der Arbeitskreis?
- Was planen Sie im Arbeitskreis gemeinsam (z.B. Konzepte, Öffentlichkeitsarbeit, Veranstaltungen)?

#### **2. Zusammenarbeit mit der KAA-Pflege- und Wohnberatungsstelle**

- Wie gestaltet sich im Einzelfall die Zusammenarbeit mit der Pflege- und Wohnberatungsstelle?
- In welchen Fällen empfehlen Sie Ihren Kunden, Kontakt mit der Pflege- und Wohnberatungsstelle aufzunehmen? Vermitteln Sie die Adresse/Telefonnummer oder übernehmen Sie die Kontaktaufnahme mit der KAA?
- In welchen Fällen kommt die Pflege- und Wohnberatungsstelle auf Sie zu?
- Treffen sich Ihre Mitarbeiter mit der KAA beim Patienten? Was müssen Sie gemeinsam klären?

- Gab es Situationen, wo ihre Mitarbeiter den Pflege- und Hilfebedarf anders eingeschätzt haben als der Pflege- und Wohnberater? Wie regeln Sie das dann?
- Welchen Vorteil hat eine Pflege- und Wohnberatungsstelle für einen ambulanten Pflegedienst?
- Würde sich an der Zusammenarbeit etwas ändern, wenn die Beratungsleistungen der KAA regulär finanziert werden würden?
- Ist es notwendig, dass die Beratungsstelle bei einem „neutralen“ Träger angesiedelt ist?

### **3. Das Ahlener Netzwerk**

- Das Ahlener Netzwerk besteht ja aus vielen Teilprojekten, haben Sie den Überblick, wer alles dazu gehört (ohne nachzuschauen)?
- Gibt es Leistungserbringer, mit denen Sie besonders häufig zusammenarbeiten?
- Wie hoch schätzen Sie in Ahlen den Grad der Vernetzung ein? Welche Kriterien würden Sie dieser Einschätzung zu Grunde legen?
- Was ist der Unterschied zu anderen Städten, die das gleiche Leistungsspektrum anbieten?
- Was würde Ihrer Meinung nach zu einer Optimierung der Kooperationsstrukturen beitragen?

## **4. Sozialdienst des Krankenhauses**

### **Gliederung:**

1. Rolle des Sozialdienstes im Krankenhaus
2. Zusammenarbeit mit der KAA-Pflege- und Wohnberatung
3. Grad der Vernetzung im Ahlener System

### **1. Rolle des Sozialdienstes im Krankenhaus**

- Welche Aufgaben hat der Sozialdienst eines Krankenhauses?
- Wie stellen die Stationsärzte oder Pflegekräfte fest, ob ein Patient Beratungsbedarf hat oder nicht?
- Wie bzw. in welcher Form werden Sie von den Stationen aufgefordert, bei einem Patienten tätig zu werden?
- Kommen Patienten oder Angehörige direkt, also ohne die Vermittlung über die Station auf Sie zu? In welchen Fällen?
- Hat sich in den letzten Jahren hinsichtlich der Problemstellung etwas geändert?
- Was sind die häufigsten Problemkonstellationen, mit denen Sie zu tun haben?
- Hatte die Einführung der DRGs Auswirkungen auf Ihren Arbeitsalltag? Inwiefern?
- Wie könnte die hohe Zahl der Aufnahmen in ein Pflegeheim reduziert werden, die direkt im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt in die Wege geleitet wird?

### **2. Zusammenarbeit mit der KAA-Pflege- und Wohnberatung**

- In welchen Fällen schalten Sie die Pflege- und Wohnberatung ein? Wie läuft die Vermittlung (Anmeldung) konkret ab? Könnten Sie ein Beispiel erzählen?
- Wenn Sie den Patienten angemeldet haben, gibt es dann im Einzelfall noch Abstimmungsbedarf zwischen Ihnen und dem Pflege- und Wohnberater?
- Welche mündlichen oder schriftlichen Informationen erhält der Pflege- und Wohnberater von Ihnen?

- Erhalten Sie eine Rückmeldung von der Pflege- und Wohnberatungsstelle über die Maßnahmen, die im Einzelfall durchgeführt werden?
- Welchen Vorteil hat für Sie die Zusammenarbeit mit der KAA-Pflege- und Wohnberatung?
- Wenn die Beratungsleistungen der KAA regulär finanziert würden, würde das bei Ihnen bzw. Ihrem Träger Begehrlichkeiten wecken?
- Welcher Vorteil hat, Ihrer Meinung nach, die „neutrale“ Anbindung der KAA?
- Was müsste in der Zusammenarbeit zwischen Ihnen und der KAA verbessert werden?

### **3. Vernetzungsgrad in Ahlen**

- Sind Ihnen (ohne nachzuschauen) die einzelnen Teilprojekte des Ahlener Netzwerks bekannt?
- Können Sie einschätzen, wie gut die Teilprojekte miteinander vernetzt sind?
- Glauben Sie, dass ein alter Mensch in Ahlen besser versorgt wird als in ihren Nachbarstädten?
- Was könnte/müsste im Ahlener Versorgungssystem verbessert werden? Wo gibt es noch Lücken in der Versorgung?

## **5. Niedergelassene Ärzte**

### **Gliederung:**

1. Rolle des Arztes in der ambulanten Versorgung Pflegebedürftiger
2. Zusammenarbeit mit der KAA-Pflege- und Wohnberatung
3. Einschätzung des Vernetzungsgrades

### **1. Die Rolle des Arztes in der ambulanten Versorgung Pflegebedürftiger**

- Wie hoch ist – grob geschätzt – der Anteil älterer Menschen in Ihrer Praxis? Wäre es Ihnen lieber, wenn sich die Gewichtung stärker zu Gunsten jüngerer Patienten verschieben würde?
- Vor welche Probleme stellt Sie die Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen? Worauf legen Sie Ihr Hauptaugenmerk?
- Wann machen Sie einen Hausbesuch? Wie oft kommt das wöchentlich in etwa vor?
- Welche Rolle spielen die pflegenden Angehörigen bei der Behandlung des Patienten?
- Was machen Sie, wenn Sie den Eindruck haben, die Angehörigen sind überfordert? Wie reagieren Sie, wenn Sie Pflegefehler feststellen?
- Achten Sie beim Hausbesuch auf die Wohnsituation des Patienten? Worauf fällt Ihr Blick zuerst? Auf was achten Sie noch?
- Wie viel Zeit nimmt ein Hausbesuch durchschnittlich in Anspruch? Haben Sie festgelegte Zeiten für Ihre Hausbesuche? In welcher Situation entscheiden Sie sich ad hoc für einen Hausbesuch?

### **2. Zusammenarbeit mit der KAA-Pflege- und Wohnberatung**

- Haben Sie häufig Kontakt mit der Pflege- und Wohnberatungsstelle?
- In welchen Fällen nehmen Sie Kontakt mit der Pflege- und Wohnberatungsstelle auf? In welcher Form nehmen Sie den Kontakt auf?
- Wenn Sie telefonisch Kontakt aufnehmen, sind dann der Patient und sein Angehöriger beim Gespräch in der Regel anwesend?
- Welche Informationen erhält die Pflege- und Wohnberatungsstelle von Ihnen?

- Inwieweit schätzen Sie den Hilfebedarf des Patienten ein? Wo sehen Sie hier die Grenzen Ihrer Möglichkeiten?
- Informiert Sie der Pflege- und Wohnberater über die Maßnahmen, die er bei Ihrem Patienten in die Wege geleitet hat? In welcher Form erfolgt diese Information?
- Für wie wichtig halten Sie das Leistungsangebot der Pflege- und Wohnberatungsstelle? Welche Vorteile verbinden Sie damit für Ihre Arbeit?
- Welche Kompetenzen des Pflege- und Wohnberaters schätzen Sie am meisten?
- Wohin hätten Sie die Patienten verwiesen, wenn es das Angebot der Pflege- und Wohnberatungsstelle in Ahlen nicht geben würde?

### **3. Einschätzung des Vernetzungsgrades**

- Ahlen hat ja ein relativ differenziertes Leistungsangebot für Pflegebedürftige? Kennen Sie die einzelnen Angebote? Wer hat sie darüber informiert?
- Wie gut sind Ihrer Meinung nach die einzelnen Angebote miteinander vernetzt?
- Der Übergang aus der akutstationären in die ambulante Versorgung birgt für viele ältere Menschen immer noch das Risiko, nicht mehr nach Hause zurück zu kehren, sondern in die stationäre Pflege aufgenommen zu werden? Hat sich hier in den letzten Jahr die Situation verändert (wenn ja, inwiefern)?
- Wo sehen Sie in Ahlen noch Lücken in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen? Was könnte bei den Kooperationsstrukturen noch verbessert werden?
- Werden Fortbildungen zum Thema Geriatrie angeboten? Haben Sie an welchen teilgenommen? Was interessiert Sie besonders?
- Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit zwischen den ambulanten Diensten und den niedergelassenen Ärzten? Was ist suboptimal und müsste verbessert werden?
- Wie eng ist Ihre Zusammenarbeit mit niedergelassenen Therapeuten? In welcher Form tauschen Sie sich über das Ergebnis von therapeutischen Maßnahmen aus?
- Wie erklären Sie sich, dass der Kontakt zur Pflege- und Wohnberatungsstelle nur selten von niedergelassenen Ärzten initiiert wird?





## 2. Narrative Interviews mit Ratsuchenden

### Gliederung:

1. Vorstellung des Interviewers, des Forschungskontextes und die Zielsetzung des Modellvorhabens
2. Eckdaten zur Hilfsituation
3. Problemlage und Hilfebedarf
4. Bewältigungsstrategien und „neuralgische Punkte“ im Versorgungssystem

### 1. Vorstellung des Interviewers und Anlass des Gesprächs

Kurze Vorstellung des Interviewers und des *iso*-Instituts Saarbrücken und des Forschungsvorhabens: Das Forschungsvorhaben wird im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen durchgeführt. Aufgabe der Untersuchung ist es, die Wirksamkeit der Leistungen der Pflege- und Wohnberatungsstelle zu erfassen und zu klären, welche Voraussetzungen eine solche Stelle erfüllen muss, um sie regulär zu finanzieren und um ggf. ihr Angebot auf andere Standorte zu transferieren. (Abhängig vom Interesse des Interviewpartners kann das Forschungsvorhaben näher erläutert werden). Für die Bewertung eines solchen Angebotes ist die Einschätzung der Ratsuchenden entscheidend. Aus diesem Grund geht ein besonderer Dank an den Interviewpartner, der sich für dieses Gespräch Zeit genommen hat.

Der Ratsuchende muss gefragt werden, ob das Interview mitgeschnitten werden darf. Der Mitschnitt dient nur Forschungszwecken, wird also nur institutsintern verwendet und alle Zitate werden anonymisiert.

Für das narrative Interview werden keine Gesprächsleitfäden entwickelt. Die Regie des Gespräches liegt in der Hand des Ratsuchenden. Der Interviewer folgt jeweils der individuellen Schwerpunktsetzung. Dennoch hat die wissenschaftliche Begleitung „grobe“ Eckpunkte gesetzt, an denen sich der Interviewer orientierte und Erzählauforderung auch in diese Richtung lenkte.

### 2. Eckdaten zur Hilfsituation

(Gesprächsvorbereitung anhand der Patientendokumentation)

Was war der Anlass, mit der Pflege- und Wohnberatungsstelle Kontakt aufzunehmen? Wer hat den Kontakt initiiert? Inhalt des ersten Beratungsgesprächs? Wo fand

der Kontakt statt? In welcher Situation befand sich der Ratsuchende (ausführlich erzählen lassen)?

### **3. Problemlage und Hilfebedarf**

War zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme mit der Pflege- und Wohnberatungsstelle dem Ratsuchenden bewusst, welche Hilfen er konkret braucht? Welche Rolle spielt die Pflege- und Wohnberatungsstelle bei der Klärung des Hilfebedarfs?

Welche Problemlagen werden von den Ratsuchenden beschrieben? Gibt es hier eine Differenz zur Einschätzung des Pflege- und Wohnberaters? Welche Personen und Institutionen sind in die Problemkonstellation involviert?

### **4. Bewältigungsstrategien**

Wie bewältigen die Ratsuchenden ihre schwierige Situation? Wie lässt sich die Pflegebeziehung beschreiben? Welche Rolle spielt die Pflege- und Wohnberatungsstelle bei der Bewältigung der Hilfsituation?

An welchen Stellen im Versorgungssystem lassen sich „neuralgische“ Punkte identifizieren, die die Versorgung des Pflegebedürftigen zu Hause destabilisieren? Wo liegen die Grenzen der häuslichen Versorgung?



## **Anlagen zum Bericht der Charite in Berlin (III.2)**

Anlage 1: Fragebögen an Angehörige und Pflegebedürftige

Anlage 2: Datenlieferung von Krankenkasse 1 und 2 und des Kreises Warendorf

Anlage 3: Korrekturfaktoren in Ahlen und Menden

Anlage 4: Übersicht zu den verwendeten Variablen von Daten der Kranken- und Pflegekasse bzw. des Kreises Warendorf

## 1.1 Fragebogen Angehörige

### Befragung Angehöriger und Pflegebedürftiger in Ahlen:

ID \_\_\_\_\_

1 (gekoppelt an Pflegebedürftigeninterview im gleichen Haushalt)

ja (1)/nein (0)

2 Name des Interviewers: 1 (=M.Viehweger); 2 (=A.Roemheld)

3 Datum des Interviews: (20051125)

4 Dauer des Interviews: [20 (20min)]

5 Anzahl der Versuche:

Versuchstag: Zeit: Kurzkomentar:

Versuchstag: Zeit: Kurzkomentar:

Versuchstag: Zeit: Kurzkomentar:

Versuchstag: Zeit: Kurzkomentar:

Versuchstag: Zeit: Kurzkomentar:

Versuchstag: Zeit: Kurzkomentar:

Allgemeine Bemerkungen des Interviewers:

-Name

-Charité Berlin

-Ankündigung unseres Anrufes per Post von der KAA

-unabhängiges Institut will die Versorgung von Pflegebedürftigen in Ahlen untersuchen

-anderer Zeitpunkt möglich

-Angaben anonym und vertraulich behandelt – Teilnahme selbstverständlich freiwillig.

Wenn Sie eine pflegebedürftige Person betreuen, möchte ich Ihnen nun einige Fragen stellen.

Sind Sie die Person, die mit der KAA Kontakt hatte? (ja/nein)

-falls nein, wer war das – u.U. diese Person ans Telefon holen/neue Zeit vereinbaren/wie kann man diese Person erreichen

### Interview

#### **BESCHREIBUNG HÄUSLICHE PLEGESITUATION**

6 Können Sie zunächst die augenblickliche Pflegesituation beschreiben?

7 Sind Sie die Pflegeperson ?

1=ja 0=nein

7a Wenn nicht: Wer ist die Pflegeperson?

8 In welcher verwandtschaftlichen Beziehung stehen Sie zur pflegebedürftigen Person?

9 Welche Pflegestufe hat Ihre \_\_\_\_\_?

1=PS beantragt 2=PS abgelehnt 3=I 4=II 5=III 6=sonstiges

9a Falls eine PS besteht, seit wann?

10 Können Sie sich an die Zeit erinnern, als Sie bemerkten, dass Ihre \_\_\_\_\_ mehr Unterstützung benötigt?

- 10a Was ist damals passiert?
- 10b Welche Schritte wurden unternommen, um die nötige Unterstützung zu organisieren?
- 11 („durch die Pflege haben Sie sicher vieles lernen müssen“)  
Wer hat Ihnen zu Beginn der Pflege außerhalb der Familie geholfen, mit der neuen Situation umzugehen?
- 12 Haben Sie sich die Pflege Ihrer \_\_\_\_\_ vor Beginn der Pflegesituation so vorgestellt, wie sie sich momentan darstellt?  
ja, weil \_\_\_\_\_ nein, weil \_\_\_\_\_

#### WOHNSITUATION

- 13 Wie ist die Wohnsituation im Pflegehaushalt?  
Lebt die Pflegebedürftige.....?  
1= allein 2= mit Partner bei Kindern 3 = mit Partner 4 = ohne Partner bei Kindern 5= sonstige
- 13a Wie viele Personen leben im Pflegehaushalt?
- 14 Wohnt Ihre \_\_\_\_\_ im .....?  
1=Stadtzentrum 2=Stadtrand 3=außerhalb der Stadt  
4=sonstiges:
- 15 Wie weit wohnen Sie von Ihrer \_\_\_\_\_ entfernt?  
1= \_\_\_\_\_min zu Fuß 2= \_\_\_\_\_min per Auto 3= \_\_\_\_\_km  
4= \_\_\_\_\_sonstiges

#### SUBJEKTIVES BEFINDEN

- 16 Wie stark belastet Sie die aktuelle Pflegesituation?  
1=sehr stark 2=stark 3=mittelmäßig 4=eher gering 5=gering  
6=sehr gering
- 17 Haben Sie jemals in Ihrer Familie den Heimeinzug Ihrer \_\_\_\_\_ thematisiert?
- 18 Besteht für Sie die Möglichkeit, sich mit anderen über die Schwierigkeiten der Pflegesituation auszutauschen?  
1=ja 0=nein
- 18a Wenn ja, mit wem?
- 19 Welche Angebote fehlen Ihrer Meinung nach, um eine gute ambulante Betreuung von pflegebedürftigen Personen zu gewährleisten?

#### PFLEGERISCHE BETREUUNG

- 20 Welche Pflegeleistungen nutzt Ihre \_\_\_\_\_?  
1= Pflegegeld 2= Ambulanter Pflegedienst 3= Kombileistung  
4= Sonstiges  
falls 2/3:
- 20a Wie häufig kommt der Ambulante Pflegedienst?
- 20b Wer hat Ihnen den Pflegedienst vermittelt?

<p>20c Wie zufrieden sind Sie mit der Versorgung durch den Ambulanten Pflegedienst? 1= sehr zufrieden 2= zufrieden 3= weniger zufrieden 4= eher unzufrieden 5= unzufrieden 6= sehr unzufrieden 7= das ist sehr unterschiedlich 8= ich weiß nicht</p> <p>21 Welche Besuche gab es bei Ihnen durch den MDK? 21a= Pflegestufeneinteilung 22b= Pflegequalitätskontrolle falls ja:</p> <p>21c Wie haben Sie die Besuche erlebt?</p> <p>21d Was wurde Ihnen bei den Besuchen des MDK zur Pflege empfohlen?</p> <p>22 Haben Sie einen Pflegekurs besucht? 1= ja 0= nein Falls ja:</p> <p>22a Wer hat diesen Kurs angeboten/durchgeführt?</p> <p>22b Was hat Ihnen der Kurs gebracht? Falls nein:</p> <p>22c Können Sie sagen, wer solche Kurse anbietet?</p> <p>23 Haben Sie die Kurzzeitpflege schon einmal in Anspruch genommen?</p>	<p><b>MEDIZINISCHE BETREUUNG</b></p> <p>24 Wie würden Sie den momentanen Gesundheitszustand Ihrer _____ beurteilen? 1= sehr schlecht 2= schlecht 3= mittelmäßig 4= eher gut 5= gut 6= sehr gut</p> <p>25 Ist es für Sie einfach, eine gute medizinische Versorgung für Ihre _____ zu erhalten? 1= ja 0= nein Begründung:</p> <p>26 Geht Ihre _____ regelmäßig zum Hausarzt, bzw. kommt der Hausarzt regelmäßig zu Hausbesuchen? 1= ja 0= nein</p> <p>27 Geht Ihre _____ regelmäßig zu Fachärzten? 1= ja 0= nein</p> <p>27a Wenn ja: welche?</p> <p>28 Sind Sie mit der Medizinischen Betreuung ihrer _____ zufrieden ? 1= sehr zufrieden 2= zufrieden 3= weniger zufrieden 4= eher unzufrieden 5= unzufrieden 6= sehr unzufrieden</p> <p>29 Was gehört für Sie zu einem guten Hausarzt?</p> <p>30 War Ihre _____ in letzter Zeit im Krankenhaus? 1= ja 0= nein</p>
---	--

<p><b>UNTERSTÜTZUNG/SOZIALES UMFELD</b></p> <p>31 Wessen Unterstützung ist Ihnen in der Pflegesituation momentan am wichtigsten?</p> <p><b>HAUSWIRTSCHAFTLICHE VERSORGUNG</b></p> <p>32 Wer unterstützt Sie bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten für den Pflegebedürftigen (Reinigung, Essen zubereiten, Einkaufen, Wäsche)?</p> <p>33 Nutzen Sie hauswirtschaftliche Dienstleistungsangebote ? (Essen auf Rädern/ Wäschedienst/Reinigungskraft)</p> <p>33a falls ja: in welchem Umfang?</p> <p><b>INSTITUTIONEN</b></p> <p>34 Welche Erfahrungen haben Sie mit der Pflegekasse bzw. der Krankenkasse Ihrer _____ gemacht?</p> <p>35 Bei Welcher Krankenkasse ist Ihre _____ versichert?  1= AOK 2= Bundes Knappschaft 3= DAK 4= BEK 5= IKK  6= Krankenversorgung Bundesbahnbeamten  7= BKK 8= privat 9= BSHG Sozialhilfe 10= TK 11= KKH  12= GEK 99= keine Angaben</p> <p>36 Wenn Sie Politiker wären und etwas an der Pflegeversicherung</p>	<p>ändern könnten, wofür würden Sie sich einsetzen?</p> <p>37 Welche ambulanten Angebote zur Unterstützung von Pflegebedürftigen in Ahlen sind Ihnen bekannt?</p> <p>38 Von wem haben Sie die meisten Informationen zur Pflege erhalten?  1= Kamps/KAÄ 2= Pflegedienste 3= Parität 4= Caritas  5= Freunde 6= Nachbarn 7= Familie  8= Zeitung 9= Internet 10= Verbraucherzentrale  11= Sonstiges</p> <p><b>KAÄ</b></p> <p>39 Was war der Anlass Ihres Kontaktes zur KAÄ?</p> <p>40 Wie war die Pflegesituation zum Zeitpunkt der Beratung durch die KAÄ?</p> <p>41 Was war die konkrete Hilfe, die Ihnen die KAÄ gegeben hat?</p> <p>42 Wie oft und wann waren Sie bisher in Kontakt mit der KAÄ?</p> <p>43 Sind Sie noch immer im Kontakt mit der KAÄ?</p> <p>44 Wie würden Sie Ihre Erfahrungen mit der KAÄ beschreiben?</p> <p>45 Würden Sie die KAÄ weiterempfehlen?  1= ja 0= nein Begründung:</p> <p>46 Kennen Sie weitere Angebote der KAÄ?  1= ja 0= nein welche:</p>
--	--



Zum Abschluss möchten wir Ihnen noch einige Fragen zu Ihrer Person stellen:

**ALLGEMEINE ANGABEN**

47 Wie ist Ihr Familienstand?

1=ledig 2=verheiratet 3=geschieden 4=verwitwet

5=getrennt lebend

48 Was ist Ihre Staatsangehörigkeit?

1= deutsch 2= russisch 3= türkisch 4= jugoslawisch

5= italienisch 6= andere:

49 Darf ich Sie fragen, welcher Berufsgruppe Sie angehören/angehörten?

1=Hausfrau/-mann 2=Akademiker/in 3=Beamte/r

4=Angestellte/r 5=Arbeiter/in 6=Facharbeiter/in

7=Selbstständige/r 8=arbeitslos 9=sonstiges

49a falls angegeben: konkrete Berufsbezeichnung:

50 Geschlecht:

1= männlich 2= weiblich

51 Können Sie mir zum Abschluss sagen, zu welchem Geburtsjahrgang Sie gehören?

Ich danke Ihnen für das Gespräch.

(falls anfangs nicht geklärt) Besteht die Möglichkeit mit dem

Pflegebedürftigen zu sprechen?

Sie können uns bei Rückfragen jederzeit gern anrufen – möchten Sie eine Rückruftelefonnummer?

Stand 30.05.2005

## 1.2 Fragebogen Pflegebedürftige

### Befragung Angehöriger und Pflegebedürftiger in Ahlen:

ID\_\_\_\_\_

1 (gekoppelt an Angehörigeninterview im gleichen Haushalt)  
ja (1)/nein (0)

2 Name des Interviewers: 1 (=M.Viehweger); 2 (=A.Roemheld)

3 Datum des Interviews: 20051125

4 Dauer des Interviews: 20 (20min)

5 Anzahl der Versuche:

Versuchstag: Zeit: Kurzkomentar:

Versuchstag: Zeit: Kurzkomentar:

Versuchstag: Zeit: Kurzkomentar:

Versuchstag: Zeit: Kurzkomentar:

Versuchstag: Zeit: Kurzkomentar:

Versuchstag: Zeit: Kurzkomentar:

Allgemeine Bemerkungen des Interviewers:

-Name

-Charité Berlin

-Ankündigung unseres Anrufes per Post von der KAA

-unabhängiges Institut will die Versorgung von Pflegebedürftigen in Ahlen untersuchen

-anderer Zeitpunkt möglich

-Angaben anonym und vertraulich behandelt – Teilnahme selbstverständlich freiwillig.

### Interview

#### BESCHREIBUNG HÄUSLICHE PLEGESITUATION

6 Können Sie zunächst kurz Ihre augenblickliche Situation zu Hause beschreiben (im Zusammenhang mit der Pflege)?

7 Wie ist Ihre Wohnsituation?

1= allein lebend 2= allein bei Kindern lebend

3= mit Partner lebend 4= mit Partner bei Kindern lebend

5= andere Personen 6= sonstige

8 Sind Sie in den letzten 5 Jahren umgezogen?

1=ja 0=nein

8a Falls ja, warum ?

9 Haben Sie jetzt eine Pflegestufe ?

1=PS 2=PS abgelehnt beantragt 3=I 4=II 5=III 6=sonstiges

10 Von wem werden Sie betreut/gepflegt?

10a (falls notwendig) Ist Ihre Pflegeperson mit Ihnen verwandt?

11 Wenn Sie an die Zeit zurückdenken, als Sie bemerkten, dass Sie mehr Unterstützung brauchen – wie war das damals?

11a Welche Schwierigkeiten traten auf?

**PFLEGERISCHE BETREUUNG**

12 Nutzen Sie einen Ambulanten Pflegedienst?

1= ja 0=nein

12a wenn ja, wie oft kommt der Ambulante Pflegedienst?

12b Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Versorgung durch den Ambulanten Pflegedienst ?

1= sehr zufrieden 2= zufrieden 3= eher zufrieden

4= eher unzufrieden 5= unzufrieden

6= sehr unzufrieden 7= das ist sehr unterschiedlich

8= ich weiß nicht

12c Wer hat Ihnen den Dienst vermittelt?

13 Werden Sie Ihrer Meinung nach gut gepflegt?

1= ja 0=nein warum?

**MEDIZINISCHE BETREUUNG**

14 Wie würden Sie Ihren jetzigen Gesundheitszustand beurteilen?

1= sehr schlecht 2= schlecht 3= mittelmäßig 4= eher gut

5= gut 6= sehr gut

15 Werden Sie von mehreren Ärzten betreut?

1= ja 2= nein

15a Von wie vielen Ärzten werden sie betreut?

16 Gehen Sie regelmäßig zum Hausarzt ?

1= ja 0= nein

16a Oder kommt Ihr Hausarzt regelmäßig zu Hausbesuchen?

1= ja 0= nein

17 Seit wann behandelt Ihr Hausarzt Sie?

18 Sind Sie mit Ihrem Hausarzt zufrieden ?

1= sehr zufrieden 2= zufrieden 3= weniger zufrieden

4= eher unzufrieden 5= unzufrieden

6= sehr unzufrieden 7= das ist sehr unterschiedlich

8= ich weiß nicht

19 Was macht für Sie einen guten Hausarzt aus?

20 Waren Sie in letzter Zeit im Krankenhaus ?

1= ja 0= nein

falls ja:

20a Wie haben Sie den Krankenhausaufenthalt erlebt?

20b Waren Sie froh, wieder zu Hause zu sein?

21 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

1= ja 0= nein

22 Wie einfach ist es für Sie, eine gute medizinische Versorgung zu erhalten?

1= sehr einfach 2= einfach 3= eher einfach 4= eher schwer

5= schwer 6= sehr schwer

<p><b>UNTERSTÜTZUNG/SOZIALES UMFELD</b></p> <p>23 Können Sie sich erinnern, wer Ihnen zu Beginn der Pflegesituation geholfen hat?</p> <p>24 Wer unterstützt Sie momentan Ihrer Meinung nach am meisten, wenn es Ihnen nicht gut geht?</p> <p>25 Wer unterstützt Sie in der Haushaltsführung (Wäsche, Saubermachen, Essen zubereiten)?</p> <p>26 Besteht für Sie die Möglichkeit mit anderen Menschen über Dinge zu sprechen, die sie bewegen?</p> <p>27 Von wem erwarten Sie manchmal mehr Unterstützung? 1= Kamps/CAA 2= Pflegedienste 3= Parität 4= Caritas 5= Freunde 6= Nachbarn 7= Familie 8= Zeitung 9= Internet 10= Verbraucherzentrale 11= Sonstiges</p> <p>29 Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit Ihrem Leben? 1= sehr zufrieden 2= zufrieden 3= weniger zufrieden 4= eher unzufrieden 5= unzufrieden 6= sehr unzufrieden 7= das ist sehr unterschiedlich 8= ich weiß nicht</p> <p>30 Wenn Sie Politiker wären und etwas an der Pflegeversicherung ändern könnten, wofür würden Sie sich einsetzen?</p>	<p>31 Hat Sie der MDK besucht, als es um die Pflegeeinstufung ging? 1= ja 0= nein</p> <p>31a falls ja: Welche Erfahrungen haben Sie mit dem MDK gemacht?</p> <p>32 Welche Erfahrungen haben Sie seit Ihrer Pflegebedürftigkeit mit der Pflege-/Krankenkasse gemacht?</p> <p>33 Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert? 1= AOK 2= Bundes Knappschaft 3= DAK 4= BEK 5= IKK 6= Krankenversorgung 7= BKK 8= privat 9= BSHG Sozialhilfe 10= TK 11= KKH 12= GEK 99= keine Angaben Bundesbahnbeamten</p> <p><b>CAA</b></p> <p>34 Ist Ihnen die CAA bekannt? 1= ja 0= nein falls ja:</p> <p>34a Was war der Anlass Ihres Kontaktes zur CAA?</p> <p>34b Welche Hilfe/Unterstützung hat Ihnen die CAA gegeben (konkret)?</p> <p>34c Waren Sie zufrieden mit der CAA ?</p> <p>34d Woher wussten Sie von der Existenz der CAA ?</p> <p>34e Glauben Sie, dass die CAA Ihnen ermöglicht hat, weiter zu</p>
<p><b>INSTITUTIONEN</b></p>	

<p>Hause wohnen können? Zum Abschluss möchten wir Ihnen noch einige Fragen zu Ihrer Person stellen:</p> <p><b>ALLGEMEINE ANGABEN</b></p> <p>35 Wie ist Ihr Familienstand? 1=ledig 2=verheiratet 3=geschieden 4=verwitwet 5=getrennt</p> <p>36 Haben Sie Kinder? 1= ja 0= nein</p> <p>36a wenn ja, wie viele?</p> <p>37 Was ist Ihre Staatsangehörigkeit? 1= deutsch 2= russisch 3= türkisch 4= jugoslawisch 5= italienisch 6= andere:</p> <p>38 Darf ich Sie fragen, zu welcher Berufsgruppe Sie angehören/angehörten? 1=Hausfrau/-mann      2=Akademiker/in      3=Beamte/r 4=Angestellte/r 5=Arbeiter/in 6=Facharbeiter/in 7=Selbstständige/r 8=arbeitslos      9=sonstiges</p> <p>39a falls angegeben: konkrete Berufsbezeichnung:</p> <p>40 Geschlecht: 1= männlich 2= weiblich</p> <p>41 Wohnen Sie im</p>	<p>1=Stadtzentrum 2=Stadtrand 3=außerhalb der Stadt 4=sonstiges:</p> <p>42 Welches ist Ihr Geburtsjahr?</p> <p>Ich danke Ihnen für das Gespräch.</p> <p>Besteht die Möglichkeit, mit einem Ihrer Angehörigen zu sprechen? Hinweis auf Rückrufmöglichkeit: 030-8445 1885</p>
---	---

## 2.1 Datenlieferung der KK1

Name der txt-Datei	Beschreibung/Bemerkungen	Variablen	Anzahl der Datensätze
t_ahlen_personen.TXT t_menden_personen.TXT	Enthält aller Pflegebedürftigen der Städte Ahlen bzw. Menden der Jahre 2001-2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Postleitzahl</li> <li>- Geburtsdatum</li> <li>- Geschlecht</li> <li>- Pflegestufe1 (ja/nein)</li> <li>- Anfangs- und Enddatum der Pflegestufe 1</li> <li>- Pflegestufe2 (ja/nein)</li> <li>- Anfangs- und Enddatum der Pflegestufe 2</li> <li>- Pflegestufe3 (ja/nein)</li> <li>- Anfangs- und Enddatum der Pflegestufe 3</li> <li>- Sterbedatum</li> </ul>	Ahlen: 695 Menden :656
t_ahlen_arzneimittel.TXT t_menden_arzneimittel.TXT	Enthält die eingelösten Arzneimittelverschreibungen der Pflegebedürftigen der Städte Ahlen bzw. Menden der Jahre 2001-2003 (Angaben für 2001 unvollständig)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Postleitzahl</li> <li>- Geburtsdatum</li> <li>- Geschlecht</li> <li>- Pflegestufe1 (ja/nein)</li> <li>- Anfangsdatum der Pflegestufe 1</li> <li>- Pflegestufe2 (ja/nein)</li> <li>- Anfangsdatum der Pflegestufe 2</li> <li>- Pflegestufe3 (ja/nein)</li> <li>- Anfangsdatum der Pflegestufe 3</li> </ul>	Gesamt: Ahlen: 79245 Menden: 68695
t_ahlen_am_2001_neu.TXT t_menden_am_2001_neu.TXT	Enthält die eingelösten Arzneimittelverschreibungen der Pflegebedürftigen der Städte Ahlen bzw. Menden des Jahres 2001 (Datennachlieferung vom Juli 2005)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verordnungsdatum</li> <li>- Pharmazentralnummer</li> <li>- ATC-Code des Arzneimittels</li> <li>- Nummer der Rote-Liste-Indikationsgruppe des Arzneimittels</li> <li>- Daily Defined Dosis</li> <li>- Brutto- Einzelpreis des Arzneimittels</li> </ul>	
t_ahlen_heilmittel.TXT	Enthält die	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Postleitzahl</li> </ul>	Ahlen: 4894

t_menden_heilmittel.TXT	Heilmittelverschreibungen der Pflegebedürftigen der Städte Ahlen bzw. Menden mit Anweisungsdatum innerhalb der Jahre 2001-2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geburtsdatum</li> <li>- Geschlecht</li> <li>- Pflegestufe1 (ja/nein)</li> <li>- Anfangsdatum der Pflegestufe 1</li> <li>- Pflegestufe2 (ja/nein)</li> <li>- Anfangsdatum der Pflegestufe 2</li> <li>- Pflegestufe3 (ja/nein)</li> <li>- Anfangsdatum der Pflegestufe 3</li> <li>- Leistungsart</li> <li>- Kontierungsmerkmal</li> <li>- Beginn der Leistung</li> <li>- Ende der Leistung</li> <li>- Anweisungstag</li> <li>- Kosten</li> </ul>	Menden: 3526
t_ahlen_hilfsmittel.TXT t_menden_hilfsmittel.TXT	Enthält die Hilfsmittelverschreibungen der Pflegebedürftigen der Städte Ahlen bzw. Menden mit Anweisungsdatum innerhalb der Jahre 2001-2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Postleitzahl</li> <li>- Geburtsdatum</li> <li>- Geschlecht</li> <li>- Pflegestufe1 (ja/nein)</li> <li>- Anfangsdatum der Pflegestufe 1</li> <li>- Pflegestufe2 (ja/nein)</li> <li>- Anfangsdatum der Pflegestufe 2</li> <li>- Pflegestufe3 (ja/nein)</li> <li>- Anfangsdatum der Pflegestufe 3</li> <li>- Leistungsart</li> <li>- Beginn der Leistung</li> <li>- Ende der Leistung</li> <li>- Anweisungstag</li> <li>- Kosten</li> </ul>	Ahlen: 5584 Menden: 4994

Name der txt-Datei	Beschreibung/Bemerkungen	Variablen	Anzahl der Datensätze
t_ahlen_krankenhaus.TXT t_menden_krankenhaus.TXT	Enthält die Krankenhausbehandlungen der Pflegebedürftigen der Städte Ahlen bzw. Menden der Jahre 2001-2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Postleitzahl</li> <li>- Geburtsdatum</li> <li>- Geschlecht</li> <li>- Pflegestufe1 (ja/nein)</li> <li>- Anfangsdatum der Pflegestufe 1</li> <li>- Pflegestufe2 (ja/nein)</li> <li>- Anfangsdatum der Pflegestufe 2</li> <li>- Pflegestufe3 (ja/nein)</li> <li>- Anfangsdatum der Pflegestufe 3</li> <li>- Aufnahme diagnose (ICD-10 -Schlüssel)</li> <li>- Entlassungsdiagnose (ICD-10- Schlüssel)</li> <li>- Aufnahme tag</li> <li>- Entlassung tag</li> <li>- Fachabteilung</li> <li>- Gesamtkosten</li> </ul>	Ahlen: 2044 Menden: 1738
t_ahlen_rehabilitation.TXT t_menden_rehabilitation.TXT	Enthält die Rehabilitationsbehandlungen der Pflegebedürftigen der Städte Ahlen bzw. Menden der Jahre 2001-2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Postleitzahl</li> <li>- Geburtsdatum</li> <li>- Geschlecht</li> <li>- Pflegestufe1 (ja/nein)</li> <li>- Anfangsdatum der Pflegestufe 1</li> <li>- Pflegestufe2 (ja/nein)</li> <li>- Anfangsdatum der Pflegestufe 2</li> <li>- Pflegestufe3 (ja/nein)</li> <li>- Anfangsdatum der Pflegestufe 3</li> <li>- Hauptdiagnose (ICD-10-Schlüssel)</li> <li>- Aufnahme tag</li> <li>- Entlassung tag</li> <li>- Kosten</li> </ul>	Ahlen: 94 Menden: 57



Name der txt-Datei	Beschreibung/Bemerkungen	Variablen	Anzahl der Datensätze
t_ahlen_fahrkosten.TXT t_menden_fahrkosten.TXT	Enthält die Krankentransporte der Pflegebedürftigen der Städte Ahlen bzw. Menden mit Anweisungsdatum innerhalb der Jahre 2001-2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Postleitzahl</li> <li>- Geburtsdatum</li> <li>- Geschlecht</li> <li>- Pflegestufe1 (ja/nein)</li> <li>- Anfangsdatum der Pflegestufe 1</li> <li>- Pflegestufe2 (ja/nein)</li> <li>- Anfangsdatum der Pflegestufe 2</li> <li>- Pflegestufe3 (ja/nein)</li> <li>- Anfangsdatum der Pflegestufe 3</li> <li>- Leistungsart</li> <li>- Beginn der Leistung</li> <li>- Ende der Leistung</li> <li>- Anweisungstag</li> <li>- Kosten</li> </ul>	Ahlen: 4784 Menden: 1526
t_ahlen_pflegeleistungen_§37_SGB_V.TXT t_menden_pflegeleistungen_§37_SGB_V.TXT	Enthält die Leistungen nach § 37 SGB V für die Pflegebedürftigen der Städte Ahlen bzw. Menden mit Anweisungsdatum innerhalb der Jahre 2001-2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Postleitzahl</li> <li>- Geburtsdatum</li> <li>- Geschlecht</li> <li>- Pflegestufe1 (ja/nein)</li> <li>- Anfangsdatum der Pflegestufe 1</li> <li>- Pflegestufe2 (ja/nein)</li> <li>- Anfangsdatum der Pflegestufe 2</li> <li>- Pflegestufe3 (ja/nein)</li> <li>- Anfangsdatum der Pflegestufe 3</li> <li>- Leistungsart</li> <li>- Beginn der Leistung</li> <li>- Ende der Leistung</li> <li>- Anweisungstag</li> <li>- Kosten</li> </ul>	Ahlen: 1973 Menden: 2063

Name der txt-Datei	Beschreibung/Bemerkungen	Variablen	Anzahl der Datensätze
t_ahlen_pflegeleistungen_SGB_XI.TXT t_menden_pflegeleistungen_SGB_XI.TXT	Enthält die Leistungen nach SGB XI für die Pflegebedürftigen der Städte Ahlen bzw. Menden mit Anweisungsdatum innerhalb der Jahre 2001-2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Postleitzahl</li> <li>- Geburtsdatum</li> <li>- Geschlecht</li> <li>- Pflegestufe1 (ja/nein)</li> <li>- Anfangsdatum der Pflegestufe 1</li> <li>- Pflegestufe2 (ja/nein)</li> <li>- Anfangsdatum der Pflegestufe 2</li> <li>- Pflegestufe3 (ja/nein)</li> <li>- Anfangsdatum der Pflegestufe 3</li> <li>- Leistungsart</li> <li>- Beginn der Leistung</li> <li>- Ende der Leistung</li> <li>- Anweisungstag</li> <li>- Kosten</li> </ul>	Ahlen: 21437 Menden: 16235

## 2.2 Datenlieferung der KK2

Arbeitsblätter der Exel-Datei Ahlen1.xls	Beschreibung/Bemerkungen	Variablen	Anzahl der Datensätze
Versnrn_Liste	Enthält alle Personen aus Ahlen und Menden, die seit dem 01.04.1995 in eine Pflegestufe eingestuft wurden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Versicherungsnummer</li> <li>- Beginn und Ende der Einstufung in die Pflegeversicherung</li> </ul>	94
PB_EV	Enthält Leistungsarten und zugehörige Zeiträume von Leistungen nach SGB XI der Personen aus Versnrn_Liste	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Versicherungsnummer</li> <li>- Pflegestufe</li> <li>- Paragraph des SGB XI (Leistungsart)</li> <li>- Beginn und Ende des Bezugs der Leistungsart</li> <li>- Stadt</li> <li>- Postleitzahl</li> <li>- Geburtsdatum (Monat und Jahr)</li> </ul>	159

Arbeitsblätter der Exel-Datei Ahlen1.xls	Beschreibung/Bemerkungen	Variablen	Anzahl der Datensätze
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geschlecht</li> <li>- Abmeldegrund</li> <li>- Abmeldedatum</li> </ul>	
PB_Buchungen	Enthält Beträge für Leistungen nach SGB XI und zugehörige Zeiträume der Personen aus Versnrn_Liste	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Versicherungsnummer</li> <li>- Leistungsausgabemonat</li> <li>- Pflegeleistungs-Ist-Betrag</li> <li>- Technischer Zahlungsweg einer Pflegeleistung zum Zahlungsempfänger/ Buchungskennzahl</li> </ul>	6525
Krankenpflege	Enthält Anfangs- und Enddaten von Zeiten häuslicher Krankenpflege der Personen aus Versnrn_Liste	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Versicherungsnummer</li> <li>- Beginn und Ende der häuslichen Krankenpflege (Datum)</li> <li>- Kennzeichen für Behandlungspflege</li> <li>- Kennzeichen für Grundpflege</li> <li>- Kennzeichen für hauswirtschaftliche Versorgung</li> <li>- Rechtsgrundlage</li> <li>- Kennzeichen für selbstbeschaffte Krankenpflege</li> </ul>	126
Kuren	Enthält Kosten sowie Anfangs- und Enddaten von Rehabilitationen der Personen aus Versnrn_Liste	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Versicherungsnummer</li> <li>- Diagnose (ICD 10- Verschlüsselung)</li> <li>- Beginn und Ende der Kur (Datum)</li> <li>- Kurart</li> <li>- Behandlungsart</li> <li>- Kostenträgerbezeichnung</li> <li>- Kosten</li> </ul>	27
Krankenhaus	Enthält Kosten sowie Anfangs- und Enddaten von Krankenhausaufenthalten der Personen aus Versnrn_Liste	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Versicherungsnummer</li> <li>- Beginn und Ende der Krankenhausbehandlung (Datum)</li> <li>- Aufnahmediagnose (ICD 10- Verschlüsselung)</li> <li>- Entlassungsdiagnose (ICD 10- Verschlüsselung)</li> <li>- Fachabteilung</li> </ul>	613

Arbeitsblätter der Exel-Datei Ahlen1.xls	Beschreibung/Bemerkungen	Variablen	Anzahl der Datensätze
Hilfsmittel	Enthält Hilfsmittelarten und Kosten der Personen aus Versnrn_Liste	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rechnungsbetrag</li> <li>- Versicherungsnummer</li> <li>- Hilfsmittel-Bezeichnung</li> <li>- Offizielle Hilfsmittelpositionsnummer.</li> <li>- Menge bzw. Anzahl des beantragten Hilfsmittels</li> <li>- Übernommene Kosten bei endgültiger Entscheidung</li> <li>- Eigenanteil des Versicherten</li> <li>- Bewilligungsdatum</li> </ul>	289

### 2.3 Datenlieferung vom Sozialamt des Kreises Warendorf

Name der txt-Datei	Beschreibung/Bemerkungen	Variablen	Monat	Anzahl der Datensätze
200101.SA10P.TXT, 200102.SA10P.TXT, ... 200312.SA10P.TXT	Enthalten sind jeweils alle Personen, die in Ahlen vollstationär gepflegt wurden, alle Personen des Kreises Warendorf die Kriegsopferfürsorge erhielten und alle weiteren Personen aus Ahlen, die Leistungen vom Sozialamt bezogen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ordnungsbegriff (Personenkennzahl)</li> <li>- Fallnummer</li> <li>- Prüfziffer</li> <li>- Personennummer</li> <li>- Geburtsmonat</li> <li>- Personenschlüssel</li> <li>- Beginn des Bezugs von Sozialleistungen</li> <li>- Ende des Bezugs von Sozialleistungen</li> </ul>	01.2001	4305
			02.2001	4308
			03.2001	4313
			04.2001	4160
			05.2001	4155
			06.2001	4207
			07.2001	4159
			08.2001	4164
			09.2001	4177
			10.2001	4233
			11.2001	4236
			12.2001	4215
			01.2002	4193
			03.2002	4140
			04.2002	4089
			05.2002	4079
			06.2002	4129
			07.2002	4047
			08.2002	3988
			09.2002	3990
			10.2002	3966
			11.2002	3960
			12.2002	3971
			01.2003	4158
02.2003	4192			
03.2003	4480			
04.2003	4509			
05.2003	4572			
06.2003	4629			
07.2003	4491			
08.2003	4351			
09.2003	4369			

Name der txt-Datei	Beschreibung/Bemerkungen	Variablen	Monat	Anzahl der Datensätze
			10.2003	4360
			11.2003	4385
			12.2003	4420
200101.SA11HB.TXT, 200102.SA11HB.TXT, ... 200312.SA11HB.TXT	Enthält alle im Rahmen des BSHG geleisteten Leistungen für in Ahlen vollstationär gepflegte Personen sowie alle Leistungen der „Hilfen zur Pflege“ (§ 69 BSHG), der „Altenhilfe“ (§26 e BVG bzw. § 75 BSHG) und der „Hilfen zur Weiterführung des Haushaltes“ (§ 70 BSHG) für ambulant gepflegte Personen (Ahlerer sowie Kriegsofopferfürsorge-empfänger des Kreises Warendorf).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ordnungsbegriff (Personenkennzahl)</li> <li>- Kreis</li> <li>- Gemeinde</li> <li>- Amt</li> <li>- Sachgebiet</li> <li>- Bearbeiter</li> <li>- Fallnummer</li> <li>- Prüfziffer</li> <li>- Personennummer</li> <li>- Hilfeartenschlüssel</li> <li>- Beginn der Leistung</li> <li>- Ende der Leistung</li> <li>- DM</li> <li>- Nettobetrag</li> </ul>	01.2001 02.2001 03.2001 04.2001 05.2001 06.2001 07.2001 08.2001 09.2001 10.2001 11.2001 12.2001 01.2002 03.2002 04.2002 05.2002 06.2002 07.2002 08.2002 09.2002 10.2002 11.2002 12.2002 01.2003 02.2003 03.2003 04.2003 05.2003 06.2003 07.2003	1445 1419 1432 1387 1395 1376 1387 1388 1407 1420 1408 1397 1389 1356 1359 1357 1384 1367 1283 1278 1259 1267 1258 1288 1314 1339 1336 1337 1314 1291

Name der txt-Datei	Beschreibung/Bemerkungen	Variablen	Monat	Anzahl der Datensätze
			08.2003 09.2003 10.2003 11.2003 12.2003	1249 1237 1240 1177 1206

### 3 Korrekturfaktoren<sup>1</sup>

#### 3.1 Ahlen

	Prozentualer Anteil der Kosten mit Anweisungsdatum im Folgejahr für				
Jahr	Heilmittel	Hilfsmittel	Krankentransport	SGB XI	SGB V
2001	28,1	10,1	12,7	4,2	15,3
2002	29,4	14,1	17,4	4,1	8,6
<b>Mittelwert</b>	28,7	12,1	15,0	4,2	11,9

	Heilmittel	Hilfsmittel	Krankentransport	SGB XI	SGB V
<b>Korrekturfaktor für Kosten des Jahres 2003</b>	1,403	1,138	1,178	1,044	1,137

#### 3.2 Menden

	Prozentualer Anteil der Kosten mit Anweisungsdatum im Folgejahr für				
Jahr	Heilmittel	Hilfsmittel	Krankentransport	SGB XI	SGB V
2001	30,0	15,0	16,9	6,2	15,5
2002	31,5	12,7	16,9	4,8	11,5
<b>Mittelwert</b>	30,7	13,8	16,9	5,5	13,5

	Heilmittel	Hilfsmittel	Krankentransport	SGB XI	SGB V
<b>Korrekturfaktor für Kosten des Jahres 2003</b>	1,444	1,160	1,204	1,058	1,156

<sup>1</sup> Bei den Leistungsbereichen Heil- und Hilfsmittel, Fahrten, SGB V und SGB XI lieferte die KK1 alle Leistungen mit Anweisungsdatum innerhalb der Jahre 2001-2003.

Das Anweisungsdatum, d.h. der Tag an dem die Krankenkasse die entstandenen Kosten begleicht, liegt jedoch zeitlich nach dem Zeitraum, in dem die Leistung in Anspruch genommen wurde, d.h. dass insbesondere die Leistungen im Jahr 2003 nicht vollständig sind, da für diese Leistungen das Anweisungsdatum im Jahr 2004 gelegen haben könnte. Um den Anteil nicht dokumentierter Kosten abzuschätzen, wurden für die in den Jahren 2001 und 2002 in Anspruch genommenen Leistungen jeweils die Gesamtkosten und der Anteil der Kosten mit Anweisungsdatum im Folgejahr ermittelt. Um Verzerrungen bei der statistischen Auswertung zu vermeiden, wurden die im Jahr 2003 entstandenen Kosten der oben genannten Leistungsbereiche mit einem Korrekturfaktor multipliziert. Als Korrekturfaktor wurde der Mittelwert der für die Jahre 2001 und 2002 berechneten Quotienten: Gesamtkosten des Jahres/ Kosten des Jahres mit Anweisungsdatum im gleichen Jahr gewählt.



#### 4 Übersicht zu den verwendeten Variablen von Daten der Kranken- und Pflegekassen bzw. des Kreises Warendorf

##### 4.1 Variablen und Anzahl der Datensätze der Datei für die multivariaten Analysen der Daten der Kranken- und Pflegekassen

Variablen in der Datei	Anzahl der Datensätze
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikationsnummer</li> <li>- Postleitzahl</li> <li>- Stadt</li> <li>- Geschlecht</li> <li>- Alter</li> <li>- Krankenkasse</li> <li>- Pflegestufe</li> <li>- Anfangs- und Enddatum Pflegestufe1</li> <li>- Anfangs- und Enddatum Pflegestufe2</li> <li>- Anfangs- und Enddatum Pflegestufe3</li> <li>- Pflegezeit Pflegestufe1</li> <li>- Pflegezeit Pflegestufe2</li> <li>- Pflegezeit Pflegestufe3</li> <li>- Summe der Pflegezeit</li> <li>- Initiale Pflegestufe (Erste Pflegestufe im Untersuchungszeitraum)</li> <li>- Pflegezeit in der initialen Pflegestufe</li> <li>- Monatliche Heilmittelkosten</li> <li>- Monatliche Hilfsmittelkosten</li> <li>- Monatliche Krankenhauskosten</li> <li>- Monatliche Kosten für Leistungen nach SGB V</li> <li>- Monatliche Kosten für Leistungen nach SGB XI</li> <li>- Monatliche Kosten für Krankentransporte</li> <li>- Monatliche Kosten für Arzneimittel</li> <li>- Monatliche Kosten für Rehabilitation</li> <li>- Gesamtkosten pro Monat (KK1)</li> <li>- Gesamtkosten pro Monat (KK2)</li> <li>- Prozentualer Anteil ambulanter Pflege an der Pflegezeit</li> <li>- Prozentualer Anteil teilstationärer Pflege an der Pflegezeit</li> <li>- Prozentualer Anteil vollstationärer Pflege an der Pflegezeit</li> <li>- Prozentualer Anteil von Krankenhaustagen an der Pflegezeit</li> </ul>	1735

##### 4.2 Variablen und Anzahl der Datensätze der Dateien für die „matched-pairs“ Analysen der Daten der Kranken- und Pflegekassen

Variablen in der Datei	Anzahl der Datensätze
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paarnummer</li> <li>- Pflegestufe</li> <li>- Stadt</li> <li>- Geschlecht</li> <li>- Krankenkasse</li> <li>- Verweildauer der beratenen Person in der Pflegestufe</li> <li>- Alter der beratenen Person</li>   <li>- Monatliche Heilmittelkosten der beratenen Person</li> <li>- Monatliche Hilfsmittelkosten der beratenen Person</li> <li>- Monatliche Krankenhauskosten der beratenen Person</li> <li>- Monatliche Kosten für Leistungen nach SGB V der beratenen Person</li> <li>- Monatliche Kosten für Leistungen nach SGB XI der beratenen Person</li> <li>- Monatliche Kosten für Krankentransporte der beratenen Person</li> <li>- Monatliche Kosten für Arzneimittel der beratenen Person</li> <li>- Monatliche Kosten für Rehabilitation der beratenen Person</li> <li>- Gesamtkosten pro Monat (KK1) der beratenen Person</li> <li>- Gesamtkosten pro Monat (KK2) der beratenen Person</li> <li>- Prozentualer Anteil ambulanter Pflege an der Pflegezeit der beratenen Person</li> <li>- Prozentualer Anteil teilstationärer Pflege an der Pflegezeit der beratenen Person</li> <li>- Prozentualer Anteil vollstationärer Pflege an der Pflegezeit der beratenen Person</li> <li>- Prozentualer Anteil von Krankenhaustagen an der Pflegezeit der beratenen Person</li>   <li>- Mittlere Verweildauer der Kontrollpersonen in der Pflegestufe</li> <li>- Mittleres Alter der Kontrollpersonen</li> <li>- Mittlere monatliche Heilmittelkosten der Kontrollpersonen</li> <li>- Mittlere monatliche Hilfsmittelkosten der Kontrollpersonen</li> <li>- Mittlere monatliche Krankenhauskosten der Kontrollpersonen</li> <li>- Mittlere monatliche Kosten für Leistungen nach SGB V der Kontrollpersonen</li> <li>- Mittlere monatliche Kosten für Leistungen nach SGB XI der Kontrollpersonen</li> <li>- Mittlere monatliche Kosten für Krankentransporte der Kontrollpersonen</li> <li>- Mittlere monatliche Kosten für Arzneimittel der Kontrollpersonen</li> <li>- Mittlere monatliche Kosten für Rehabilitation der Kontrollpersonen</li> <li>- Mittlere monatliche Gesamtkosten pro Monat (KK1) der Kontrollpersonen</li> </ul>	<p>Vergleich mit nicht beratenen Ahlener Kontrollpersonen: 84</p> <p>Vergleich mit Mendener Kontrollpersonen: 84</p>

Variablen in der Datei	Anzahl der Datensätze
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mittlere monatliche Gesamtkosten pro Monat (KK2) der Kontrollpersonen</li> <li>- Mittlerer prozentualer Anteil ambulanter Pflege an der Pflegezeit der Kontrollpersonen</li> <li>- Mittlerer prozentualer Anteil teilstationärer Pflege an der Pflegezeit der Kontrollpersonen</li> <li>- Mittlerer prozentualer Anteil vollstationärer Pflege an der Pflegezeit der Kontrollpersonen</li> <li>- Mittlerer prozentualer Anteil von Krankenhaustagen an der Pflegezeit der Kontrollpersonen</li> </ul>	

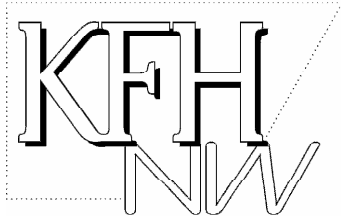
#### 4.3 Variablen und Anzahl der Datensätze der Dateien für die deskriptiven Analysen der Daten des Kreises Warendorf

Funktion der Datei für die Auswertung	Variablen in der Datei	Anzahl der Datensätze
Beschreibung der Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ordnungsbegriff (Personenkennzahl)</li> <li>- Alter</li> <li>- Geschlecht</li> <li>- Pflegestufe (falls bekannt)</li> <li>- Ambulante oder stationäre Pflege</li> <li>- Kosten je Monat</li> </ul>	418
Beschreibung der Gesamtkosten und der mittleren Kosten pro Person bezogen auf die einzelnen Monate	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monat</li> <li>- Anzahl von Leistungsempfängern im entsprechenden Monat</li> <li>- Anzahl von männlichen Personen unter den Leistungsempfängern</li> <li>- Anzahl von weiblichen Personen unter den Leistungsempfängern</li> <li>- Anzahl von Personen mit Pflegestufe 1 unter den Leistungsempfängern</li> <li>- Anzahl von Personen mit Pflegestufe 2 unter den Leistungsempfängern</li> <li>- Anzahl von Personen mit Pflegestufe 3 unter den Leistungsempfängern</li> <li>- Anzahl von stationär versorgten Personen unter den Leistungsempfängern</li> <li>- Anzahl von ambulant versorgten Personen unter den Leistungsempfängern</li> <li>- Summe der Kosten im entsprechenden Monat</li> <li>- mittlere Kosten pro Person im entsprechenden Monat</li> <li>- Standardabweichung der Kosten pro Person im entsprechenden Monat</li> <li>- Oberes Konfidenzintervall der Kosten pro Person im entsprechenden Monat</li> <li>- Unteres Konfidenzintervall der Kosten pro Person im entsprechenden Monat</li> </ul>	35
Beschreibung der Gesamtkosten und der mittleren Kosten pro Person bezogen auf die einzelnen Monate getrennt für stationär und ambulant versorgte Personen,	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monat</li> <li>- Anzahl von Leistungsempfängern im entsprechenden Monat</li> <li>- Anzahl von ambulant bzw. stationär versorgten Personen unter den Leistungsempfängern</li> <li>- Anzahl von männlichen Personen unter den ambulant bzw. stationär versorgten Leistungsempfängern</li> <li>- Anzahl von weiblichen Personen unter den ambulant bzw. stationär versorgten</li> </ul>	35

Funktion der Datei für die Auswertung	Variablen in der Datei	Anzahl der Datensätze
Hochrechnung für fehlende Beträge bei ambulant versorgten Personen	<p>Leistungsempfängern</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anzahl von Personen mit Pflegestufe 1 unter den ambulant bzw. stationär versorgten Leistungsempfängern</li> <li>- Anzahl von Personen mit Pflegestufe 2 unter den ambulant bzw. stationär versorgten Leistungsempfängern</li> <li>- Anzahl von Personen mit Pflegestufe 3 unter den ambulant bzw. stationär versorgten Leistungsempfängern</li> <li>- Summe der Kosten im entsprechenden Monat für ambulant bzw. stationär versorgte Personen</li> <li>- mittlere Kosten pro Person für ambulant bzw. stationär versorgte Personen im entsprechenden Monat</li> <li>- Standartabweichung der Kosten pro Person für ambulant bzw. stationär versorgte Personen im entsprechenden Monat</li> <li>- Oberes Konfidenzintervall der Kosten pro Person für ambulant bzw. stationär versorgte Personen im entsprechenden Monat</li> <li>- Unteres Konfidenzintervall der Kosten pro Person für ambulant bzw. stationär versorgte Personen im entsprechenden Monat</li> <li>- Hochrechnung der monatlichen Ausgaben für ambulant versorgte Personen falls 25% der Kosten dokumentiert sind,</li> <li>- Hochrechnung der monatlichen Ausgaben für ambulant versorgte Personen falls 50% der Kosten dokumentiert sind,</li> <li>- Hochrechnung der monatlichen Ausgaben für ambulant versorgte Personen falls 75% der Kosten dokumentiert sind</li> </ul>	

**4.4 Krankenkassenzugehörigkeit, Geschlechts- und Altersverteilungen bezüglich der beiden Fall- und Kontrollgruppen der „matched-pairs“ Analysen**

Anzahl der gefundenen Paare	KAA –Beratene versus Ahlener								KAA –Beratene versus Mendener							
	gesamt		PS 1		PS 2		PS 3		gesamt		PS 1		PS 2		PS 3	
	84		44		33		7		84		44		33		7	
Krankenkasse	KK1	KK2	KK1	KK2	KK1	KK2	KK1	KK2	KK1	KK2	KK1	KK2	KK1	KK2	KK1	KK2
	79	5	40	4	32	1	7	0	80	4	41	3	32	1	7	0
Geschlecht	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W
	38	46	18	26	14	19	6	1	38	46	18	26	14	19	6	1
Mittelwert des Alters	Fälle	Kont.	Fälle	Kont.	Fälle	Kont.	Fälle	Kont.	Fälle	Kont.	Fälle	Kont.	Fälle	Kont.	Fälle	Kont.
	75,51	75,76	74,66	74,74	77,62	78,29	70,90	70,32	75,21	76,04	74,08	74,98	77,62	78,64	70,90	70,42



**Katholische  
Fachhochschule** ○ ○ ○ ○  
**Nordrhein-Westfalen**  
*University of Applied Sciences*

## **Anlagen zum Bericht der katholischen Fachhochschule Münster (III.3)**

### **Teil A:**

#### Anlage 1: Materialien zu der bundesweiten Befragung

- Landespflegegesetz und Ausführungsverordnungen, Ansprechpartner in den einzelnen Bundesländern
- Relevante Textpassagen aus Gesetzestexten und Verordnungen zu den Landespflegegesetzen der Bundesländer
- Antworten der bundesweiten Befragung der Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen

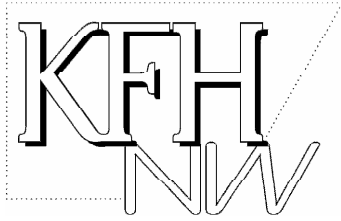
#### Anlage 2: Instrumente zur Erfassung von Art und Dauer der Beratung

- Zeiterfassungsmatrix
- Zeiterfassungsbogen
- Erläuterungen zur Zeiterfassungsmatrix
- Liste von Faktoren, die Art und Dauer der Beratung vermutlich beeinflussen

### **Teil B:**

#### Anlage 3: Qualitätsstandards

- I. Leitprinzipien der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management
- II. Ortsunabhängige Qualitätsstandards
- III. Fallbestimmungsinstrument
- IV. Instrument zur Situationsaufnahme und Bedarfsfeststellung
- V. Serviceplan- und Prozesssteuerungsinstrument
- VI. Gesichtete Qualitätsstandards von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen



**Katholische  
Fachhochschule** ○ ○ ○ ○  
**Nordrhein-Westfalen**

*University of Applied Sciences*

## **Anlagen zum Bericht der katholischen Fachhochschule Münster (III.3)**

### **Teil: A**

#### **Anlage 1: Bundesweite Befragung**

- Landespflegegesetz und Ausführungsverordnungen, Ansprechpartner in den einzelnen Bundesländern
- Relevante Textpassagen aus Gesetzestexten und Verordnungen zu den Landespflegegesetzen der Bundesländer
- Antworten der bundesweiten Befragung der Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen



## Übersicht der Regelungen der Bundesländer zum Landespflegegesetz

	<u>Baden-Württemberg</u>	<u>Bayern</u>	<u>Berlin</u>	<u>Bremen</u>	<u>Brandenburg</u>
<b>Landespflegegesetz</b>					
- Genauer Name	Gesetz zur Umsetzung der Pflegeversicherung	keine Gesetz vorhanden	Gesetz zur Planung und Finanzierung von Pflegeeinrichtungen (Landespflegeeinrichtungsgesetz ) im Haushaltsentlastungsgesetz 2002	Bearbeitung bislang nicht möglich	LandespflegeGesetz zur Umsetzung des SGB XI
- Offizielle Abkürzung	LPfIG	keine Angabe	LPflegEG	#	LPflegeG
- Erlass-Stelle		keine Angabe		#	
- Erlassdatum	11.09.95	keine Angabe	19.07.02	#	29.06.04
- Fundstelle	GBl. 1995 S. 665	keine Angabe	GVBl. S.199, 201	#	GVBl. Brandenburg Teil 1, Nr. 15 vom 6.07.04
- Anmerkungen	zuletzt geändert durch das Verwaltungsstruktur-Reformgesetz - VRG vom 01. Juli 2004, (GBl. 2004 5. 469)	keine Angabe	keine Angabe	#	
<b>Ausführungsverordnungen</b>					
- Genauer Name	keine Angabe	Ausführungsverordnung zum SGB XI	keine Ausführungsverordnungen angegeben	#	keine Ausführungsverordnungen angegeben
- Offizielle Abkürzung	keine Angabe	AGPflegeVG	keine Angabe	#	keine Angabe
- Erlass-Stelle	keine Angabe	Bayrische Staatsregierung	keine Angabe	#	keine Angabe
- Erlassdatum	keine Angabe	01.04.95	keine Angabe	#	keine Angabe

## Übersicht der Regelungen der Bundesländer zum Landespflegegesetz

	<u>Baden-Württemberg</u>	<u>Bayern</u>	<u>Berlin</u>	<u>Bremen</u>	<u>Brandenburg</u>
- Fundstelle	keine Angabe	Bayrisches GVBl. Nr. 1/1995 S.3	keine Angabe	#	keine Angabe
<b>Sonst. Anmerkungen</b>					
<b>Ansprechpartner</b>					
- Ministerium	Sozialministerium Baden-Württemberg	Bayrisches Staatsministerium für Arbeit u. Sozialordnung	Senatorin für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz	Senat für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen
- Referat				Abteilung 5: Soziales	
- Ansprechpartner				Dr. Karl Bronke	Monika Mey
- Tel-Nr.	Tel.: + 49-711-123-0 Fax.: + 49-711-123-3999	Tel.: + 49-89-12 61-01 Fax.: + 49-89-12 61-1122	Tel.: + 49-30-9028-0 Fax.: + 49-9028-2056	0421 361-2275	(0331) 866-5539
- Email	Poststelle@sm.bwl.de	Poststelle@stmas.bayern.de	poststelle@sengsv.verw	karl.bronke@soziales.bremen.de	Monika.Mey@masgf.brandenburg.de
- Homepage	<a href="http://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/">http://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/</a>	<a href="http://www.stmas.bayern.de/">http://www.stmas.bayern.de/</a>	<a href="http://www.berlin.de/sengessozv">http://www.berlin.de/sengessozv</a>		
- Adresse	Schellingstraße 15 70714 Stuttgart	Hausanschrift: Winzerstr. 9 80797 München Postanschrift: Postfach 80792 München	Oranienstr. 106 10696 Berlin	Contrescarpe 72 28195 Bremen	Heinrich-Mann-Allee 103 14473 Potsdam Postanschrift: Postfach 601163 14411 Potsdam

## Übersicht der Regelungen der Bundesländer zum Landespflegegesetz

	<u>Hamburg</u>	<u>Hessen</u>	<u>Mecklenburg- Vorpommern</u>	<u>Niedersachsen</u>	<u>Nordrhein-Westfalen</u>
<b>Landespflegegesetz</b>					
- Genauer Name	Hamburgisches Landespflegegesetz	Hess. Ausführungsgesetz zum Pflegeversicherungsgesetz	Landespflegegesetz M-V	Niedersächsisches Pflegegesetz - Gesetz zur Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen nach SGB XI	Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen
- Offizielle Abkürzung	HmbLPG		LPflegeG M-V	NPflegeG	PfG NW
- Erlass-Stelle	Senat				
- Erlassdatum	20.06.96	19.12.94	16.12.2003 in Kraft am 1.01.04	26.05.04	01.08.03
- Fundstelle	GmbGVBl. 1996, S. 124	GVBl. Teil 1, Nr. 31	GVOBl. M-V S.675	BGBI. I S. 1014, 2797	GV.NRW. 2003 S.380
- Anmerkungen			Außer Kraft am 31. Dezember 2013. Davon abweichend treten die in §§ 7 bis 9 getroffenen Regelungen zum 31. Dezember 2007 außer Kraft.	zuletzt geändert am 15.12.1995 BGBI. I S. 1724	
<b>Ausführungsverordnungen</b>					
- Genauer Name	keine Ausführungsverordnungen angegeben	Verordnung über die Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen und Sozialstationen	keine Ausführungsverordnungen angegeben	keine Ausführungsverordnungen angegeben	keine Ausführungsverordnungen angegeben
- Offizielle Abkürzung	keine Angabe		keine Angabe	keine Angabe	keine Angabe
- Erlass-Stelle	keine Angabe	Hess. Landesregierung	keine Angabe	keine Angabe	keine Angabe
- Erlassdatum	keine Angabe	02.05.96	keine Angabe	keine Angabe	keine Angabe

## Übersicht der Regelungen der Bundesländer zum Landespflegegesetz

	<u>Hamburg</u>	<u>Hessen</u>	<u>Mecklenburg- Vorpommern</u>	<u>Niedersachsen</u>	<u>Nordrhein-Westfalen</u>
- Fundstelle	keine Angabe		keine Angabe	keine Angabe	keine Angabe
<b>Sonst. Anmerkungen</b>					
<b>Ansprechpartner</b>					
- Ministerium	Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales	Hess. Ministerium für Frauen, Arbeit und Sozialordnung	Sozialministerium Mecklenburg- Vorpommern	Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit	Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie
- Referat		Referat II 5.4	Abteilung 4 -Soziales		
- Ansprechpartner		Irene Gah	Leiter: Hartmut Renken		
- Tel-Nr.	Tel.: + 49-40-42863-0 Fax.: + 49-40-42863- 2286	0611-817 3276	( 0385) 588-9040	Tel.: + 49-511-120-0 Fax.: + 49-511-120- 4296	Tel.: 0211 855-5 Fax: 0211 855-3211
- Email	poststelle@bsf.hambur g.de	poststelle@hsm.hesse n.de	Poststelle@sm.mv- regierung.de	poststelle@ms.nieders achsen.de	info@mail.mfjfg.nrw.de
- Homepage	<a href="http://fhh.hamburg.de/stadt/Aktuell/behoerden/soziales-familie/">http://fhh.hamburg.de/s tadt/Aktuell/behoerden/ soziales-familie/</a>	<a href="http://www.sozialministerium.hessen.de">http://www.sozialminist erium.hessen.de</a>	<a href="http://www.sozial-mv.de">www.sozial-mv.de</a>	<a href="http://www.mfas.niedersachsen.de">http://www.mfas.nieder sachsen.de</a>	<a href="http://www.mfjfg.nrw.de">http://www.mfjfg.nrw.de</a>
- Adresse	Hamburger Str. 47 22083 Hamburg	Dostojewskistr. 4 65187 Wiesbaden	Werderstr. 124 19055 Schwerin Postanschrift: Postfach 19048 Schwerin	Heinrich-Wilhelm-Kopf- Platz 2 30001 Hannover	Fürstenwall 25 40219 Düsseldorf

## Übersicht der Regelungen der Bundesländer zum Landespflegegesetz

	<u>Rheinland-Pfalz</u>	<u>Saarland</u>	<u>Sachsen</u>	<u>Sachsen-Anhalt</u>	<u>Schleswig-Holstein</u>
<b>Landespflegegesetz</b>					
- Genauer Name	Landesgesetz über ambulante, teilstationäre und stationäre Pflegehilfen	<i>Laut Auskunft des Sozialministeriums Keine Landesregelungen für das SGB XI vorhanden</i>	Sächsisches Pflegegesetz	Ausführungsgesetz zum Pflege-Versicherungsgesetz	Landespflegegesetz - Ausführungsgesetz zum Pflege-Versicherungsgesetz
- Offizielle Abkürzung	LPflegeHG	#	SächsPflegeG	PflegeV-AG	LPflegeG
- Erlass-Stelle		#			
- Erlassdatum	28.03.95	#	1996	07.08.1996	10.02.96
- Fundstelle	GVBl. S.55	#		GVBl. LSA Nr. 29/1996	GVOBl. Schl-H. 1996 S.227
- Anmerkungen	teilweise aufgehoben zum 01.01.05	#	SächsPflegeG Ende 2002 ausgelaufen keine gesonderten Regelungen für den Bereich der Pflege		
<b>Ausführungsverordnungen</b>					
- Genauer Name	Landesverordnung zur Durchführung des LPflegeHG	#	keine Ausführungsverordnungen angegeben	keine Ausführungsverordnungen angegeben	Landesverordnung zur Durchführung der §§5,6 & 8 des LPflegeG
- Offizielle Abkürzung	LPflegeHGDVO	#	keine Angabe	keine Angabe	Landespflegegesetzverordnung LPflegeGVO
- Erlass-Stelle		#	keine Angabe	keine Angabe	
- Erlassdatum	12.12.95	#	keine Angabe	keine Angabe	19.06.96

## Übersicht der Regelungen der Bundesländer zum Landespflegegesetz

	<u>Rheinland-Pfalz</u>	<u>Saarland</u>	<u>Sachsen</u>	<u>Sachsen-Anhalt</u>	<u>Schleswig-Holstein</u>
- Fundstelle	keine Angabe	#	keine Angabe	keine Angabe	GVOBl. Schl.-H. 1996 S.521
<b>Sonst. Anmerkungen</b>					
<b>Ansprechpartner</b>					
- Ministerium	Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit	Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales	Ministerium für Soziales	Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt	Ministerium für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz
- Referat			Referat 44		
- Ansprechpartner	Jürgen Dorsch		Eduard Gauggel		
- Tel-Nr.	06131-16 2079	Pressestelle: Tel.: + 49-681-501-3181 Fax.: + 49-681-501-3169		Tel.: + 49-391-567-4607 oder-4608 Fax.: + 49-391-567-4622	Tel.: + 49-431-988-5300 Fax.: + 49-431-988-5474
- Email	juergen.Dorsch@masfg.rlp.de	poststelle@mifags.x400.saarland.de	gauggel@sms.sachsen.de	ms-presse@ms.sachsen-anhalt.de	pressestelle@sozmi.la-ndsh.de
- Homepage	www.masfg.rlp.de	www.soziales.saarland.de/		http://www.sachsen	http://landesregierung.schleswig-holstein.de/coremedia/generator/Aktueller_20Bestand/MSGV/
- Adresse	Bauhofstraße 9 55116 Mainz	Franz-Josef-Röderstr. 23 66119 Saarbrücken Postanschrift: Postfach 10 24 53 66024 Saarbrücken	Albertstr. 10 1097 Dresden	Turmschanzenstraße 25 39114 Magdeburg	Adolf-Westphal-Straße 4 24143 Kiel

## Übersicht der Regelungen der Bundesländer zum Landespflegegesetz

	<u>Thüringen</u>
<b>Landespflegegesetz</b>	
- Genauer Name	Thüringer Gesetz zur Ausführung des Pflege-Versicherungsgesetzes
- Offizielle Abkürzung	ThürAGPflegeVG
- Erlass-Stelle	
- Erlassdatum	20.06.96
- Fundstelle	ThürGVBl. 10 1996 S. 97
- Anmerkungen	
<b>Ausführungsverordnungen</b>	
- Genauer Name	keine Ausführungsverordnungen angegeben
- Offizielle Abkürzung	keine Angabe
- Erlass-Stelle	keine Angabe
- Erlassdatum	keine Angabe

## Übersicht der Regelungen der Bundesländer zum Landespflegegesetz

	<u>Thüringen</u>
- Fundstelle	keine Angabe
<b>Sonst. Anmerkungen</b>	
<b>Ansprechpartner</b>	
- Ministerium	Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit
- Referat	
- Ansprechpartner	
- Tel-Nr.	Tel.: + 49-361-37-900 Fax.: + 49-361- 37- 98800
- Email	Poststelle@tmsfg.thuer ingen.de
- Homepage	<a href="http://www.thueringen.de/de/tmsfg/">http://www.thueringen.d e/de/tmsfg/</a>
- Adresse	Werner- Seelenbinderstr. 6 99096 Erfurt Postanschrift: Postschließfach 10 12 52 99012 Erfurt



## Relevante Textpassagen aus Gesetzestexten und Verordnungen zu den Landespflegegesetzen der Bundesländer

Stand: 26.04.05

<u>Bundesland</u>	<u>Seite</u>
Baden-Württemberg .....	2
Berlin .....	3
Bayern .....	4
Brandenburg.....	4
Bremen.....	5
Hamburg.....	5
Hessen .....	6
Mecklenburg-Vorpommern .....	8
Nordrhein-Westfalen.....	9
Niedersachsen .....	11
Rheinland-Pfalz .....	12
Saarland .....	15
Sachsen .....	16
Sachsen-Anhalt .....	18
Schleswig-Holstein .....	19
Thüringen .....	20

Hinweis zum Lesen:

Die Auswertung der gesetzlichen Grundlagen geschah nach einem stets gleich bleibenden Raster:

- Zielsetzung
- Allgemeine Aussagen
- Direkte Aussagen über Beratungsstellen
- Bezeichnung der Beratungs-/Koordinierungsstellen
- Qualitätsanforderungen
- Anbindung (Träger)
- Aussagen über Lage
- Räumlicher Radius, Einzugsgebiet
- Case Management
- Quelle/Fundort

Wenn zu einem oder mehreren Punkten im jeweiligen Gesetz keine Angaben gefunden wurden, sind die jeweiligen Punkte im Folgenden weggelassen worden.

### **Zielsetzung**

#### **§1**

##### *Grundsatz*

(1) Zweck des Gesetzes ist es, die notwendige Grundversorgung der Bevölkerung durch eine möglichst wohnortnahe, leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgungsstruktur zu gewährleisten. Das Gesetz soll zu sozial tragbaren Pflegesätzen beitragen.

(2) Wird die notwendige Grundversorgung nicht durch freigemeinnützige und private Träger sichergestellt, so sind Stadt- und Landkreise hierzu verpflichtet.

(3) Die für soziale und medizinische Maßnahmen der Pflegevermeidung, die pflegerische Versorgung im Rahmen der Krankenbehandlung und im Vorfeld des Leistungsangebots der Pflegeversicherung sowie für weitergehende Leistungen der Hilfe zur Pflege und Eingliederung zuständigen Leistungsträger bleiben hierzu verpflichtet, ebenso zum Zusammenwirken und gegenseitigen Ergänzen ihrer Maßnahmen.

(4) Die Beratung Pflegebedürftiger und von Pflegebedürftigkeit bedrohter Menschen sowie ihrer Angehörigen und Pflegepersonen durch die zuständigen Stellen soll alle sie betreffenden Angelegenheiten der Pflege und der in Absatz 3 genannten Leistungen umfassen und möglichst gemeinsam durchgeführt werden. Die Beratung soll sich auch auf die Vermittlung der Leistungen erstrecken.

### **Allgemeine Aussagen**

#### **§3**

##### *Rahmenplan auf Landesebene*

(1) Zur Verwirklichung der in diesem Gesetz und in den §§8 und 9 SGB XI genannten Zwecke und Ziele erstellt das Sozialministerium unter Beteiligung des Landespflegeausschusses den Landespflegeplan, dabei ist das Einvernehmen mit den Pflegekassen und den kommunalen Landesverbänden anzustreben.

(2) Der Landespflegeplan umfasst Grundsätze und Ziele für die notwendige, leistungsfähige und wirtschaftliche Grundversorgung der Bevölkerung sowie Hinweise zu pflegevermeidenden und -ergänzenden Maßnahmen und bildet den Rahmen für die Kreispflegepläne. [...]

#### **§4**

##### *Kreispflegeplan*

(1) Die Stadt- und Landkreise erstellen entsprechend den örtlichen Bedürfnissen und Gegebenheiten räumlich gegliederte Kreispflegepläne. Der Kreispflegeplan enthält die Darstellung von Bestand, Bedarf und erforderliche Maßnahmen zur Bedarfsdeckung

#### **§16**

##### *Verantwortung für das Vorfeld und Umfeld der Pflege*

Das Land, die Stadt- und Landkreise sowie die Gemeinden fördern im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit und nach Maßgabe ihrer Haushaltspläne Maßnahmen zur Versorgung im Vorfeld und Umfeld der Pflegebedürftigkeit. Förderwürdig sind insbesondere Hilfen bei beginnender Pflegebedürftigkeit, soziale Maßnahmen zur Vermeidung und Verhinderung der Pflegebedürftigkeit sowie Entlastung pflegender Angehöriger.

### **Bezeichnung der Beratungs-/Kordinierungsstellen**

Informations-Anlauf-Stelle –IAV-  
(nicht im Gesetz erwähnt)

**Quelle/Fundort:**

Landesgesetz	Gesetz zur Umsetzung der Pflegeversicherung
Offizielle Abkürzung	LPfIG
Erlassdatum	11.09.1995
Fundstelle	GBI. 1995 S. 665

**Berlin**

---

**Zielsetzung****§ 1***Gegenstand und Zweck des Gesetzes*

(1) Gegenstand dieses Gesetzes ist die Planung und Finanzierung teilstationärer und vollstationärer Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der jeweils geltenden Fassung nach Maßgabe der folgenden Vorschriften.

(2) Zweck des Gesetzes ist es, im Land Berlin eine qualitativ angemessene, bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgungsstruktur für Pflegebedürftige zu gewährleisten. Die pflegerische Versorgung soll regional ausgeglichen sein sowie aufeinander abgestimmt und bei geeigneten Angeboten vorrangig durch nicht-öffentliche Träger sichergestellt werden. Ein Vorrang der teilstationären Einrichtungen (Tages- und Nachtpflege) und Einrichtungen der Kurzzeitpflege vor vollstationären Einrichtungen der Langzeitpflege ist zu berücksichtigen. Die Pflegebedürftigen sollen weitestgehend von Beiträgen zu Aufwendungen im Sinn des § 82 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch entlastet werden.

(3) Zu diesem Zweck hat die für die Pflegeversicherung zuständige Senatsverwaltung mit den Bezirken, den Trägern der Pflegeeinrichtungen und den Pflegekassen unter Beteiligung des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung eng und vertrauensvoll im Interesse der Pflegebedürftigen zusammenzuwirken.

**Quelle/Fundort:**

Landesgesetz	Gesetz zur Planung und Finanzierung von Pflegeeinrichtungen (Landespflegeeinrichtungsgesetz ) Im Haushaltsentlastungsgesetz 2002
Offizielle Abkürzung	LPflegEG
Erlassdatum	19. Juli 2002
Fundstelle	GVBl. S.199, 201

## Bayern

---

### Zielsetzung

#### Art. 1

##### *Zweck des Gesetzes*

(1) Zweck dieses Gesetzes ist es, im Freistaat Bayern eine bedarfsgerechte, leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante, teilstationäre und vollstationäre Versorgung der Bevölkerung mit Pflegeeinrichtungen zu gewährleisten.

(2) Zu diesem Zweck haben die zuständigen Behörden des Freistaates Bayern, die Gemeinden, Landkreise und Bezirke, die Träger der Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung eng und vertrauensvoll im Interesse der Pflegebedürftigen zusammenzuwirken.

### Allgemeine Aussagen

#### §28

##### *Förderungsvoraussetzungen*

(1) Nach den Vorschriften dieses Abschnitts werden bedarfsgerechte Pflegeeinrichtungen, die auf Grund eines Vertrages mit den Pflegekassen Pflegeleistungen nach dem SGB XI erbringen, gefördert, wenn sie den Qualitätsvorgaben des SGB XI und den darauf beruhenden Vorschriften sowie den fachlichen Zielen des Landes und dem Grundsatz der Vernetzung entsprechen.[...]

(2) Pflegedienste haben darüber hinaus ihre Leistungen, gegebenenfalls im Verbund mit anderen, rund um die Uhr zu erbringen und müssen die Betreuungspersonen der Pflegebedürftigen wie diese selbst auch durch Beratung und fachliche Hilfe unterstützen. Sie sind verpflichtet, die Pflege durch Fachpersonal oder fachgerecht fortgebildetes Personal in ausreichender Zahl durchzuführen.

### Quelle/Fundort:

Landesgesetz	Ausführungsverordnung zum SGB XI
Offizielle Abkürzung	AGPflegeVG
Erlassdatum	07.04.1995
Fundstelle	Bayrisches GVBl. Nr. 1/1995 S.3

## Brandenburg

---

### Zielsetzung

#### §2

##### *Zielsetzung*

Ziel dieses Gesetzes ist es, eine leistungsfähige, wirtschaftliche und zahlenmäßig ausreichende ambulante, teilstationäre und vollstationäre pflegerische Versorgungsstruktur sicherzustellen. Zugleich solle eine regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte Versorgung für alle Pflegebedürftigen gewährleistet werden.

**Quelle/Fundort:**

Landesgesetz	LandespflegeGesetz zur Umsetzung des SGB XI
Offizielle Abkürzung	LPflegeG
Erlassdatum	29.06.2004
Fundstelle	GVBl. Brandenburg Teil 1, Nr. 15 vom 6.07.04

**Bremen**

---

Zum Stand 28.04.05 konnte kein Landespflegegesetz bzw. entsprechende Verordnungen vom Land Bremen beschafft werden.

**Hamburg**

---

**Zielsetzung****§ 1***Zielsetzung*

(1) Ziel dieses Gesetzes ist es, in der Freien und Hansestadt Hamburg eine leistungsfähige, zahlenmäßig ausreichende und wirtschaftliche sowie regional gegliederte und aufeinander abgestimmte ambulante, teilstationäre und vollstationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Zugleich soll für Pflegebedürftige das Eintreten von Sozialhilfebedürftigkeit in Folge von Beiträgen zu Investitionsaufwendungen gezielt vermieden werden.

(2) Bei der Umsetzung der Ziele dieses Gesetzes wirken insbesondere die zuständige Behörde, die Bezirke, der Sozialhilfeträger, die Träger der Pflegeeinrichtungen, die Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sowie die Organisationen der Pflegebedürftigen im Interesse der Pflegebedürftigen nach Maßgabe dieses Gesetzes eng und vertrauensvoll zusammen.

**Allgemeine Aussagen****§ 2***Zusammenwirken der Leistungsträger*

(1) Zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und zur Unterstützung des Vorrangs der häuslichen Pflege wirken die Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, die Träger der ambulanten, teilstationären und vollstationären pflegerischen Versorgung sowie die zuständige Behörde darauf hin, dass die für die Pflegebedürftigen zur Verfügung stehenden Hilfen koordiniert und die geeigneten Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, Behandlungspflege, Prävention und Rehabilitation, Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung sowie andere gesundheits- und sozialpflegerische Angebote nahtlos und störungsfrei ineinander greifen. Hierzu gehört ebenso die Zusammenarbeit bei der Aufklärung und Beratung in allen mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen sowie des Nutzerschutzes. [...]

**§ 6***Allgemeine Grundsätze der Förderung*

(1) Die zuständige Behörde stellt auf der Grundlage der Rahmenplanung nach § 4 und nach Anhörung des Landespflegeausschusses sowie nach Maßgabe der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel ein jährliches Förderprogramm für die in Absatz 3 genannten Maßnahmen auf.

- (2) Voraussetzung für die öffentliche Förderung ist neben der Aufnahme der Pflegeeinrichtung in den Rahmenplan nach § 4 das Vorliegen
1. eines Versorgungsvertrages nach § 72 SGB XI und
  2. einer Vergütungsvereinbarung nach § 85 oder § 89 SGB XI .
- (3) Zur Förderung der pflegerischen Versorgungsstruktur können Zuschüsse oder Darlehen beziehungsweise beide Fördermittel gewährt werden für
1. Wohnpflegeeinrichtungen (§ 7),
  2. strukturelle Änderungs- und Anpassungsmaßnahmen (§ 8) und
  3. Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgungsstruktur (§ 9)
- (4) Ein Rechtsanspruch auf Aufnahme in das Förderprogramm besteht nicht. Ein Rechtsanspruch auf Förderung wird erst durch die Bewilligung von Fördermitteln begründet.

### § 7

#### *Förderung von Wohnpflegeeinrichtungen*

(1) Investive Maßnahmen in zugelassenen Wohnpflegeeinrichtungen, in denen Pflegebedürftige dauerhaft wohnen und in bedarfsgerechter Weise ambulant gepflegt und hauswirtschaftlich versorgt oder stationär gepflegt und versorgt werden, können auf der Grundlage der für das Wohnen angemessenen Kosten nach Maßgabe der Rahmenplanung nach § 4 gefördert werden. [...]

### § 8

#### *Förderung von strukturellen Änderungs- und Anpassungsmaßnahmen*

(1) Einzelne strukturelle Änderungs- und Anpassungsmaßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgungsstruktur, insbesondere qualitätsverbessernde Modernisierungs-, Sanierungs- und Umstrukturierungsvorhaben, können auf der Grundlage der Rahmenplanung nach § 4 und nach Maßgabe verfügbarer Haushaltsmittel gefördert werden, soweit sie für eine ausreichende und zweckmäßige pflegerischen Versorgung notwendig sind. [...]

### § 9

#### *Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgungsstruktur*

(1) Für infrastrukturelle Maßnahmen zur regionalen Kooperation können Zuschüsse gewährt werden, um insbesondere in einzelnen Versorgungsregionen die Zugänglichkeit für die Pflegebedürftigen, eine kleinräumige Zusammenarbeit und Vernetzung von Pflegeeinrichtungen mit anderen gesundheits- und sozialpflegerischen Angeboten sowie die Verbraucherrolle der Pflegebedürftigen und die Organisation von Verbraucherschutz anzuregen und zu fördern. [...]

#### **Quelle/Fundort:**

Landesgesetz	Hamburgisches Landespflegegesetz
Offizielle Abkürzung	HmbLPG
Erlassdatum	20.06.96
Fundstelle	GmbGVBl. 1996, S. 124

## **Hessen**

---

#### **Zielsetzung**

##### §1

- (1) Ziel des Gesetzes ist die Gewährleistung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur, die eine

regional gegliederte und ortsnahe sowie aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre Versorgung sicherstellen soll.

- (2) Dem Vorrang ambulanter vor stationärer Hilfen sowie dem Vorrang von Prävention und Rehabilitation vor der Pflege ist durch Aufbau und Förderung entsprechender Angebote Rechnung zu tragen.

### **Allgemeine Aussagen**

#### **§2**

Die Pflegekassen sollen ihre Leistungen mit anderen Sozialleistungsträgern, insbesondere mit solchen der gesetzlichen Krankenversicherung, der Altenhilfe und der Eingliederungshilfe für Behinderte mit dem Ziel einer ganzheitlichen Versorgung der Pflegebedürftigen (Pflege, Hauswirtschaft, Betreuung) abstimmen.

### **Direkte Aussagen über Beratungsstellen**

#### **§3**

Die nach Bundesrecht vorgesehene Beratung Pflegebedürftiger und von Pflegebedürftigkeit bedrohter Menschen sowie ihrer Pflegepersonen durch die zuständigen Stellen soll alle sie betreffenden Angelegenheiten dieses Gesetzes einbeziehen. Die Beratung soll sich insbesondere auch auf die Abstimmung der Leistungen der Pflegeversicherung mit den sonstigen Sozialleistungen nach §2 erstrecken.

### **Quelle/Fundort:**

Landesgesetz	Hess. Ausführungsgesetz zum Pflegeversicherungsgesetz
Offizielle Abkürzung	
Erlassdatum	19.12.94
Fundstelle	GVBl. Teil 1, Nr. 31

---

#### **§1**

Die Planung von Pflegeeinrichtungen und von Sozialstationen hat dem Vorrang ambulanter vor stationären Hilfen sowie dem Vorrang von Prävention und Rehabilitation vor der Pflege Rechnung zu tragen. Das Angebot und die erforderlichen Hilfen sollen in der Weise darauf abgestimmt werden, dass sie jederzeit bedarfsorientiert verfügbar sind.

#### **§2**

(1) Sozialstationen nach §5 Abs. 2 des Hess. Ausführungsgesetzes zum Pflegeversicherungsgesetz und sonstige zugelassene Pflegedienste werden nicht in die Bedarfsplanung nach §4 Abs. 2 des Hess. Ausführungsgesetzes zum Pflegeversicherungsgesetz einbezogen.

(2) Im übrigen geht die Planung von Sozialstationen in der Regel von den bestehenden Grenzen der Landkreise und kreisfreien Städte aus. Sie orientiert sich an den Grundsätzen einer regional gegliederten und ortsnahen sowie aufeinander abgestimmten Versorgung unter Berücksichtigung der bestehenden Struktur.

(3) Die Planung von Sozialstationen soll mit den in ihrem Einzugsbereich tätigen sonstigen Pflegediensten abgestimmt werden.

#### **§3**

Die Förderung von Sozialstationen nach §5 Abs. 2 des Hess. Ausführungsgesetzes zum Pflegeversicherungsgesetz dient vorrangig der Koordinierung der Pflegeleistungen mit sonstigen Sozialleistungen, insbesondere solcher der Altenhilfe und der Eingliederungshilfe für Behinderte, sowie einer entsprechenden Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer

Pflegepersonen. Dabei ist auf den Aufbau trägerübergreifenden Beratungs- und Koordinierungsangebote hinzuwirken.

**Quelle/Fundort:**

Landesgesetz	Verordnung über die Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen und Sozialstationen
Offizielle Abkürzung	
Erlassdatum	02.05.1996
Fundstelle	GVBl. Teil 2, 34-37

**Mecklenburg-Vorpommern**

---

**Zielsetzung**

**§1**

*Ziel des Gesetzes*

Ziel dieses Gesetzes ist es, in Mecklenburg-Vorpommern eine leistungsfähige, zahlenmäßig ausreichende und wirtschaftliche pflegerische Versorgungsstruktur vorzuhalten, die am Wohl der Pflegebedürftigen, der Pflegenden und an den Grundsätzen der Pflegequalität ausgerichtet ist. Die ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsangebote sollen ortsnah und aufeinander abgestimmt sein sowie den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit entsprechen. Sie sollen in überschaubaren und wohnortbezogenen Formen erbracht werden. Die darauf aufbauende Versorgung soll nach dem Grundsatz des Vorrangs der häuslichen Versorgung ortsnah, aufeinander abgestimmt und nach dem allgemein anerkannten medizinisch-pflegerischen Erkenntnisstand sichergestellt werden und die pflegenden Angehörigen bei der häuslichen Pflege unterstützen.

[...]

Die Pflegeangebote sollen durch freigemeinnützige, private und öffentliche Träger unter Berücksichtigung von § \*11 Abs. 2 Satz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sichergestellt werden. Darüber hinaus soll durch die Gewährung von Zuschüssen an Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige zu sozialverträglichen Pflegeentgelten beigetragen werden. Bei der Umsetzung des Gesetzes ist den Grundsätzen ambulanter Versorgung vor teilstationärer Versorgung und teilstationärer Versorgung vor stationärer Versorgung sowie Rehabilitation vor Pflege Rechnung zu tragen.

**Direkte Aussagen über Beratungsstellen**

**§4**

*Beratungs- und Vermittlungsstellen*

(1) Pflegebedürftige, von Pflegebedürftigkeit Bedrohte und ihre Angehörigen sind trägerunabhängig zu beraten und über die erforderlichen ambulanten, teilstationären, vollstationären und komplementären Hilfen zu unterrichten.

(2) Die an der pflegerischen Versorgung Beteiligten verständigen sich im Rahmen von Pflegekonferenzen über ein geeignetes Verfahren sowie über die Form der Unterstützung bei der Auswahl eines geeigneten Hilfeangebotes. Bei der Weiterentwicklung des Beratungsangebotes soll nach Möglichkeit auf gemeinsame und unabhängige Beratungsstellen und die Entwicklung von Fallmanagement hingewirkt werden.

**Bezeichnung der Beratungs-/Koordinierungsstellen**

Sozialstationen

**Case Management**



#### §4

##### *Beratungs- und Vermittlungsstellen*

[...]Bei der Weiterentwicklung des Beratungsangebotes soll nach Möglichkeit auf gemeinsame und unabhängige Beratungsstellen und die Entwicklung von Fallmanagement hingewirkt werden.

#### **Quelle/Fundort:**

Landesgesetz	Landespflegegesetz M-V
Offizielle Abkürzung	LPflegeG M-V
Erlassdatum	16.12.2003 in Kraft am 1.01.04
Fundstelle	GVOBl. M-V S.675

### **Nordrhein-Westfalen**

---

#### **Zielsetzung**

##### **§ 1**

##### *Ziel*

(1) Ziel dieses Gesetzes ist es, eine leistungsfähige und wirtschaftliche ambulante, teilstationäre, vollstationäre und komplementäre Angebotsstruktur für alle Pflegebedürftigen zu gewährleisten. Die Struktur soll sich an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen und der sie Pflegenden orientieren. Sie soll in kleinen, überschaubaren und stadtteilbezogenen Formen unter Beachtung der Grundsätze der Qualitätssicherung, der Wirtschaftlichkeit und des Wettbewerbs der Anbieter untereinander entwickelt werden. Die darauf aufbauende Versorgung soll nach dem Grundsatz des Vorrangs der häuslichen Versorgung ortsnah, aufeinander abgestimmt und nach dem allgemein anerkannten medizinisch-pflegerischen Erkenntnisstand sichergestellt werden und die pflegenden Angehörigen bei der häuslichen Pflege unterstützen. Das bürgerschaftliche Engagement in der häuslichen und in der stationären Pflege ist zu stärken. Bei Maßnahmen nach diesem Gesetz sind zudem die unterschiedlichen Auswirkungen auf Frauen und Männer zu berücksichtigen. Dabei ist die Gleichstellung von Frauen und Männern als durchgängiges Prinzip zu befolgen. Die besonderen Belange pflegebedürftiger Migrantinnen und Migranten sowie pflegebedürftiger Menschen mit gleichgeschlechtlichem Lebensentwurf sind zu berücksichtigen. Bei vollstationären Pflegeeinrichtungen haben Sanierung und Modernisierung Vorrang vor dem Neubau von Pflegeeinrichtungen. Sie sind so zu gestalten, dass insbesondere in Pflegeheimen selbständiges und individuelles Wohnen auch mit der Unterstützung von Angehörigen möglich ist. Bei der Weiterentwicklung der pflegerischen Infrastruktur sollen neue Wohn- und Pflegeformen einbezogen werden.

(2) Die zuständigen Landesbehörden, die Kreise, kreisangehörigen und kreisfreien Städte, die überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Träger der Pflegeversicherung einschließlich der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege und der anderen Vereinigungen der Träger, die Pflegekassen unter Beteiligung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie die Seniorenvertretungen und die Vertretungen der Pflegebedürftigen, Behinderten und chronisch Kranken arbeiten zur Erreichung der in Absatz 1 bestimmten Ziele eng und vertrauensvoll im Interesse der Pflegebedürftigen zusammen. Dabei sind auch die Maßnahmen zur Verbesserung der Angebotsstruktur im Sinne von Absatz 1 Sätze 1 bis 3 und Maßnahmen zur Förderung eines geeigneten Wohnungsangebotes zur Sicherung der eigenen Häuslichkeit für Pflegebedürftige aufeinander abzustimmen. Die für die Bauvorhaben zuständigen Fachämter sollen beteiligt werden."

## **Direkte Aussagen über Beratungsstellen**

### **§4**

#### *Beratung*

(1) Pflegebedürftige, von Pflegebedürftigkeit Bedrohte und ihre Angehörigen sind trägerunabhängig zu beraten und über die erforderlichen ambulanten, teilstationären, vollstationären und komplementären Hilfen zu informieren.

(2) Die Beratung soll im Zusammenwirken von Kommunen, Pflegekassen und den anderen an der pflegerischen Versorgung Beteiligten erfolgen. Diese verständigen sich im Rahmen der Pflegekonferenzen über ein geeignetes Verfahren sowie über die Form der Unterstützung bei der Auswahl eines geeigneten Hilfeangebotes.

Bei der Weiterentwicklung des Beratungsangebotes soll insbesondere auf gemeinsame und unabhängige Beratungsstellen und die Entwicklung von Fallmanagement (case-management) hingewirkt werden.

### **§ 5**

#### *Pflegekonferenzen*

(2) Aufgabe der Pflegekonferenzen ist die Mitwirkung bei der Sicherung und quantitativen Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur einschließlich der notwendigen komplementären Hilfen.

Hierzu gehören insbesondere:

- die Mitwirkung an der kommunalen Pflegeplanung,
- die Förderung der Beteiligung von Betroffenen an Fragen der zukünftigen Sicherung der Pflege in den Kommunen,
- die Hinwirkung auf eine koordinierte Aufgabenwahrnehmung im Aufgabenfeld der an der Pflege beteiligten Akteure, insbesondere im Bereich der Beratung und des Fallmanagements.
- Allgemeine Erfahrungsberichte der Heimaufsicht sind regelmäßig in die Beratung einzubeziehen.

### **§ 6**

#### *Kommunale Pflegeplanung*

[...]Darüber hinaus soll die kommunale Pflegeplanung Angebote der komplementären Hilfen, neue Wohn- und Pflegeformen sowie zielgruppenspezifische Angebotsformen aufzeigen und bei der Weiterentwicklung der örtlichen Infrastruktur einbeziehen.

### **§ 14**

#### *Komplementäre ambulante Dienste*

(1) Zu den komplementären ambulanten Diensten gehören insbesondere hauswirtschaftliche Hilfen, Beratungsdienste zur Wohnraumanpassung, Hausbetreuungsdienste, Hausnotrufdienste und andere ergänzende ambulante Hilfen für Pflegebedürftige.

(2) Die Kreise und kreisfreien Städte sind für die zur Umsetzung des Vorranges der häuslichen Versorgung erforderlichen komplementären ambulanten Dienste verantwortlich.

(3) Das Land fördert die Weiterentwicklung komplementärer ambulanter Dienste im Rahmen verfügbarer Haushaltsmittel.

## **Anbindung (Träger)**

### **§ 2**

#### *Sicherstellung der pflegerischen Angebotsstruktur*

(1) Die Kreise und kreisfreien Städte sind verpflichtet, eine den örtlichen Anforderungen entsprechende und die Trägervielfalt berücksichtigende pflegerische Angebotsstruktur nach Maßgabe dieses Gesetzes sicherzustellen.

(2) Die kreisangehörigen Städte und Gemeinden sind in die Aufgabenwahrnehmungen nach diesem Gesetz mit einzubeziehen.

(3) Öffentliche Träger sollen neue eigene Einrichtungen nur errichten, soweit sich keine geeigneten freigemeinnützigen oder privaten Träger finden.

(4) Die Träger der Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen sind zur Kooperation verpflichtet, um eine auf den Einzelfall abgestimmte Pflege unter Beachtung der Wünsche der Pflegebedürftigen sicherzustellen.

### **Case Management**

#### **§4**

##### *Beratung*

(1) Pflegebedürftige, von Pflegebedürftigkeit Bedrohte und ihre Angehörigen sind trägerunabhängig zu beraten und über die erforderlichen ambulanten, teilstationären, vollstationären und komplementären Hilfen zu informieren.

(2) Die Beratung soll im Zusammenwirken von Kommunen, Pflegekassen und den anderen an der pflegerischen Versorgung Beteiligten erfolgen. Diese verständigen sich im Rahmen der Pflegekonferenzen über ein geeignetes Verfahren sowie über die Form der Unterstützung bei der Auswahl eines geeigneten Hilfeangebotes.

Bei der Weiterentwicklung des Beratungsangebotes soll insbesondere auf gemeinsame und unabhängige Beratungsstellen und die Entwicklung von Fallmanagement (case-management) hingewirkt werden.

#### **§ 5**

##### *Pflegekonferenzen*

(2) Aufgabe der Pflegekonferenzen ist die Mitwirkung bei der Sicherung und quantitativen Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur einschließlich der notwendigen komplementären Hilfen.

Hierzu gehören insbesondere:

- die Mitwirkung an der kommunalen Pflegeplanung,
- die Förderung der Beteiligung von Betroffenen an Fragen der zukünftigen Sicherung der Pflege in den Kommunen,
- die Hinwirkung auf eine koordinierte Aufgabenwahrnehmung im Aufgabenfeld der an der Pflege beteiligten Akteure, insbesondere im Bereich der Beratung und des Fallmanagements.
- Allgemeine Erfahrungsberichte der Heimaufsicht sind regelmäßig in die Beratung einzubeziehen.

### **Quelle/Fundort:**

Landesgesetz	Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes (Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen)
Offizielle Abkürzung	PfG NW
Erlassdatum	1. August 2003
Fundstelle	GV.NRW.2003 S.380

## **Niedersachsen**

---

### **Zielsetzung**

#### **§ 1**

##### *Ziel und Anwendungsbereich des Gesetzes*

(1) Ziel dieses Gesetzes ist es, eine leistungsfähige, wirtschaftliche und räumlich gegliederte pflegerische Versorgungsstruktur zu gewährleisten, die mit einer ausreichenden Zahl von Pflegeeinrichtungen eine ortsnahe, aufeinander abgestimmte, dem allgemein anerkannten medizinisch-pflegerischen Erkenntnisstand entsprechende ambulante, teilstationäre und vollstationäre Versorgung der Pflegebedürftigen sicherstellt (notwendige pflegerische

Versorgungsstruktur). Hierzu wirken das Land, die kommunalen Körperschaften, die Träger der Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung eng zusammen.

### **Allgemeine Aussagen**

#### **§ 4**

##### *Örtliche Pflegekonferenzen*

(1) Im Zuständigkeitsbereich eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt können eine Pflegekonferenz (örtliche Pflegekonferenz) oder mehrere solcher Konferenzen gebildet werden, um dort Fragen

1. der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung,
2. der notwendigen pflegerischen Versorgungsstruktur,
3. der Koordinierung von Leistungsangeboten zu beraten.

#### **§ 13**

##### *Förderung neuartiger Maßnahmen*

Das Land kann die Entwicklung und Erprobung neuartiger

1. Formen der Pflege,
2. Maßnahmen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und
3. Verbindungen von Pflegeangeboten oder -einrichtungen mit gesundheits- und sozialpflegerischen Angeboten oder Einrichtungen

durch Zuwendungen gesondert fördern. Zu den neuartigen Maßnahmen nach Satz 1 zählen auch Modellvorhaben nach § 45c SGB XI .

### **Quelle/Fundort:**

Landesgesetz	Gesetz zur Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (Niedersächsisches Pflegegesetz)
Offizielle Abkürzung	NPflegeG
Erlassdatum	26. Mai 1994 zuletzt geändert 15. Dezember 1995
Fundstelle	BGBl. I S. 1014, 2797 / BGBl. I S. 1724

## **Rheinland-Pfalz**

---

### **Zielsetzung**

#### **§1**

##### *Zielsetzung*

Ziel des Gesetzes ist die Gewährleistung einer leistungsfähigen, bedarfsgerechten und wirtschaftlichen ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung von Menschen die aufgrund ihres Alters oder wegen Krankheit, Behinderung oder aus sonstigen Gründen auf Hilfen angewiesen sind

### **Allgemeine Aussagen**

#### **§2**

##### *Sicherstellung der pflegerischen Versorgungsstruktur*

(1) Die Landkreise und die kreisfreien Städte sind verpflichtet, eine den örtlichen Anforderungen entsprechende und die Trägervielfalt weitestgehend berücksichtigende pflegerische Versorgungsstruktur nach Maßgabe dieses Gesetzes und der aufgrund dieses Gesetzes erlassenen Rechtsverordnungen sicherzustellen. Sie arbeiten hierbei eng mit den Trägern der Einrichtung, den Pflegekassen und den sonstigen Kostenträgern zusammen.

## §8

### *Allgemeines*

(1) Ambulante Hilfen sind Leistungen der häuslichen Pflege, der häuslichen Krankenpflege und der Familienpflege sowie der Alten- und Behindertenhilfe

(2) Ambulante Hilfen sollen Hilfe Suchenden zu einer selbstständigen Lebensführung befähigen, ihren Aufenthalt in der vertrauten Umgebung ermöglichen und dazu beitragen, stationäre Aufenthalte zu vermeiden.

### **Direkte Aussagen über Beratungsstellen**

## §8

### *Sozialstationen (Ambulante-Hilfe-Zentren –AHZ-)*

(1) Die Gewährleistung einer flächendeckenden Grundversorgung mit ambulanten Hilfen erfolgt durch Sozialstationen (AHZ), die durch die Aufgaben von Sozialstationen bisheriger Art und mobilen sozialen Diensten wahrnehmen. Sozialstationen (AHZ) sind Einrichtungen, die im Rahmen von selbstständig wirtschaftender Organisationseinheiten mit geeigneten Fachkräften bedarfsgerechte, ganzheitlich ausgerichtete Hilfeleistungen für alte, kranke, behinderte oder aus sonstigen Gründen hilfebedürftige Menschen erbringen und koordinieren. Hierbei arbeiten die Fachkräfte mit den Angehörigen und qualifizierten Helferinnen und Helfern sowie mit ehrenamtlichen Kräften zusammen.

(2) Sozialstationen (AHZ) können von Verbänden der freien Wohlfahrtspflege und deren Mitgliedsorganisationen, von Kirchengemeinden, von kirchlich getragenen Vereinen und Zweckverbänden, von Krankenpflegevereinen, von gemeinnützigen Stiftungen, von Religionsgesellschaften des öffentlichen Rechts, von privaten Anbietern und von kommunalen Gebietskörperschaften und Zweckverbänden errichtet und unterhalten werden. Soweit sich die Trägerschaft einer Sozialstation (AHZ) nicht auf die selbstständig wirtschaftenden Organisationseinheiten erstreckt, können diese als selbständige Anbieter einzelner Leistungsbereiche im Rahmen von Kooperationsverträgen mit der Sozialstation (AHZ) zusammenarbeiten.

(3) Aus Sozialstationen bisheriger Art und mit ihnen zusammenarbeitenden oder selbstständig tätigen mobilen sozialen Diensten, soweit sie ambulante Hilfen im Sinne des §11 erbringen, können Sozialstationen (AHZ) gebildet werden; Sozialstationen bisheriger Art und mobile soziale Dienste können auch in Sozialstationen (AHZ) eingegliedert werden.

(4) Die flächendeckende Grundversorgung mit Sozialstationen (AHZ) ist bis spätestens 31. Dezember 1999 sicherzustellen.

## §9

### *Beratungs- und Koordinationsstelle*

(1) Für jede Sozialstation (AHZ) ist eine Beratungs- und Koordinationsstelle einzurichten.

(2) Die Beratungs- und Koordinationsstelle hat insbesondere die Aufgabe, Hilfe suchende Menschen und ihre Angehörigen qualifiziert zu beraten, die im Einzelfall erforderlichen ambulanten, teilstationären oder stationären Hilfen zu vermitteln und das Hilfeangebot zu koordinieren. Sie arbeitet mit anderen ambulanten Diensten und Einrichtungen sowie mit teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen und sonstigen Einrichtungen eng zusammen. Sie hat über die Angebote der verschiedenen Träger auch außerhalb der Sozialstationen (AHZ) sowie im Bereich benachbarter Sozialstationen (AHZ) zu informieren.

(3) Die Aufgaben der Beratungs- und Koordinationsstelle werden von geeigneten Fachkräften übernommen.

(4) Das fachlich zuständige Ministerium wird ermächtigt, nach Anhörung der kommunalen Spitzenverbände und des Landespflegeausschusses durch Rechtsverordnung das Nähere über die Aufgabenbereiche, die personelle Ausstattung und die erforderliche Qualifikation der Fachkräfte der Beratungs- und Koordinationsstellen zu regeln.

## §10

### *Betreuungsbereich, Betreuungsauftrag*

(1) Der Landkreis oder die kreisfreie Stadt vereinbart mit dem Träger einer Sozialstationen (AHZ) unter Berücksichtigung des örtlichen Bedarfs einen Betreuungsbereich, in dem diese ihre Leistungen anbietet. Ein Betreuungsbereich soll in der Regel 25.000 bis 30.000 Personen umfassen. Abweichungen hiervon sind insbesondere aufgrund der örtlichen Gegebenheiten möglich.

(2) Der Träger der Sozialstation (AHZ) verpflichtet sich, das erforderliche Leistungsangebot bereitzuhalten und im Rahmen der personellen Möglichkeit allen Hilfe Suchenden zugänglich zu machen. Der Träger gewährleistet dabei die Erreichbarkeit der Sozialstation (AHZ) und die Leistung der ambulanten Hilfen bei Tag und Nacht sowie an Sonn- und Feiertagen in geeigneter Weise, gegebenenfalls in Kooperation mit anderen Sozialstationen.

(3) Die Sozialstation (AHZ) erbringt im Rahmen des Betreuungsauftrages Pflege, Versorgung und Betreuung entsprechend dem allgemeinen Stand medizinisch-pflegerischer und sozialpflegerischer Erkenntnisse. Die Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung der ambulanten Pflege nach §80 des SGB XI sind zu beachten.

(4) Die Hilfe Suchenden können unabhängig von bestehenden Betreuungsbereichen zwischen verschiedenen Anbietern ambulanter Hilfe wählen.

## §11

### *Leistungsangebot*

(1) Das Angebot der Sozialstation (AHZ) umfasst die Leistungsbereiche der häuslichen Pflege, der häuslichen Krankenpflege und der Familienpflege sowie der Alten- und Behindertenhilfe. Diese Leistungsbereiche schließen Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung, Behandlungspflege und Haushaltshilfe sowie Information, Beratung und Anleitung Hilfe Suchender und ihrer Angehörigen ein.

### **Quelle/Fundort:**

Landesgesetz	Landesgesetz über ambulante, teilstationäre und stationäre Pflegehilfen
Offizielle Abkürzung	LPflegeHG
Erlassdatum	28.03.1995
Fundstelle	GVBl. S.55

---

## §2

### *Aufgabenbereiche*

Die Beratungs- und Koordinierungsstelle (§9 LPflegeHG) nimmt unter Beachtung der Zuständigkeit sonstiger Stellen insbesondere die folgenden Aufgaben wahr:

1. Mitwirkung bei der Ermittlung des persönlichen Hilfebedarfs,
2. qualifizierte Information und Beratung Hilfe suchender Menschen und ihrer Angehörigen über Hilfeangebote der Sozialstation(AHZ), benachbarter Sozialstationen (AHZ) und sonstiger ambulanter, teilstationärer und stationärer Einrichtungen auch anderer Träger mit Hinweis auf die Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Anbietern ambulanter Hilfen nach §10 Abs.4 LPflegeHG.
3. Mitwirkung bei der Erstellung eines umfassenden Hilfeplans
4. Vermittlung geeigneter ambulanter, teilstationärer und stationärer Hilfen und Koordinierung der Hilfeangebote auf Wunsch der Hilfe suchenden Menschen.
5. Zusammenarbeit mit anderen ambulanten Diensten und Einrichtungen sowie mit teilstationären Pflegeeinrichtungen und sonstigen Einrichtungen,
6. Zusammenarbeit mit den an der Feststellung der Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit beteiligten Personen und Stellen und
7. Förderung der Selbsthilfe der Hilfe suchenden Menschen, Erhaltung und Stärkung der Familien- und Nachbarschaftshilfe und Gewinnung und Begleitung von ehrenamtlichen und nebenamtlichen Kräften.
8. Die Aufgaben der Pflegedienstleitung und der Einsatzleitung der Sozialstation (AHZ) bleiben unberührt; der Träger der Sozialstation (AHZ) hat die Tätigkeitsbereiche voneinander abzugrenzen.

**Quelle/Fundort:**

Landesgesetz	Landesverordnung zur Durchführung des Landesgesetzes über ambulante, teilstationäre und stationäre Pflegehilfen
Offizielle Abkürzung	LPflegeHGDVO
Erlassdatum	12.12.1995

**Bezeichnung der Beratungs-/Kordinierungsstellen**

Beratungs- und Koordinierungsstellen angegliedert an Sozialstationen (Ambulante Hilfe Zentren -AHZ-)

**Qualitätsanforderungen****§3*****Personelle Ausstattung und Qualifikation der Fachkräfte***

(1) Der Träger der Beratungs- und Koordinierungsstelle hat sicherzustellen, dass die Beratungs- und Koordinierungsstelle mit den zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlichen geeigneten Fachkräften (Abs.2) ausgestattet ist; ihr muss eine geeignete Fachkraft angehören, die dort mindestens halbtags tätig ist.

(2) Geeignete Fachkräfte sind Personen mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung als Sozialarbeiterin, Sozialarbeiter, Sozialpädagogin oder Sozialpädagoge; sie sollen über eine mehrjährige Berufserfahrung verfügen. Personen mit anderen Berufsausbildungen können in Ausnahmefällen als geeignete Fachkräfte in einer Beratungs- und Koordinierungsstelle eingesetzt werden, wenn sie zum Zeitpunkt der Einrichtung der Beratungs- und Koordinierungsstelle bei dem Träger der Beratungs- und Koordinierungsstelle beschäftigt sind und über eine mehrjährige Berufserfahrung als Beratungs- und Koordinierungsfachkraft in den in §2 Satz 1 genannten Aufgabenbereichen verfügen.

**Quelle/Fundort:**

Landesgesetz	Landesverordnung zur Durchführung des Landesgesetzes über ambulante, teilstationäre und stationäre Pflegehilfen
Offizielle Abkürzung	LPflegeHGDVO
Erlassdatum	12.12.1995

**Räumlicher Radius, Einzugsgebiet****§10*****Betreuungsbereich, Betreuungsauftrag***

(1) Der Landkreis oder die kreisfreie Stadt vereinbart mit dem Träger einer Sozialstationen (AHZ) unter Berücksichtigung des örtlichen Bedarfs einen Betreuungsbereich, in dem diese ihre Leistungen anbietet. Ein Betreuungsbereich soll in der Regel 25.000 bis 30.000 Personen umfassen. Abweichungen hiervon sind insbesondere aufgrund der örtlichen Gegebenheiten möglich.

**Quelle/Fundort:**

Landesgesetz	Landesverordnung zur Durchführung des Landesgesetzes über ambulante, teilstationäre und stationäre Pflegehilfen
Offizielle Abkürzung	LPflegeHGDVO
Erlassdatum	12.12.1995

**Saarland**

Hinweis: Laut Auskunft des Sozialministeriums sind keine Landesregelungen für das SGB XI vorhanden

Hinweis: Das Landespflegegesetz (SächsPflegeG) ist seit Ende 2002 außer Kraft. Alle aufgeführten Textpassagen sind dem Sächsischen Seniorenbericht entnommen.

„Zur Ausführung des SGB XI wurde auf Landesebene 1996 des Sächsischen Pflegegesetz (SächsPflegeG) erlassen. Dieses Gesetz wurde durch zwei Rechtsverordnungen des sächsischen Sozialministeriums, die Pflegeheim- und die Pflegedienstverordnung, ergänzt. Regelungsgegenstand waren folgende drei, vom Bundesgesetzgeber im SGB XI ausdrücklich nicht geregelten Punkte:

1. die Pflegeeinrichtungsplanung
2. die Förderung von Pflegeeinrichtungen und
3. die näheren Regelungen über die Umlage von Investitionskisten der Pflegeeinrichtungen auf die Pflegebedürftigen nach §82 Abs.3 und 4 SGB XI.

[...]

Das Landesgesetz selbst ist Ende 2002 ausgelaufen.“(S.57)

### **Zielsetzung**

„In diesem Verständnis ist Altenhilfe ein historisch gewachsenes Arbeits- und Institutionsfeld, deren zentrale Einrichtungen in erster Linie auf den tatsächlichen Hilfe- und Pflegebedarf ausgerichtet waren und sind [...]Dazu gehören insbesondere Alten- und Pflegeheime, Sozialstationen, weitere ambulante und teilstationäre Hilfen, Hospizdienste, Betreutes Wohnen, Hauspflegedienste, mobile soziale und psychologische Hilfen, Beratungsangebote, etc. Die Hilfen und Unterstützungen sollen älteren und alten Menschen auch zur Vorbereitung auf das Alter dienen; sie sollen dazu beitragen, Schwierigkeiten zu verhüten, zu überwinden[...].

Demnach ist der Staat verpflichtet, Lebensverhältnisse solidarisch und gerecht, eigenverantwortlich und gemeinwohlorientiert zu gestalten zu gestalten und weiterzuentwickeln. Bei ihm liegt die konkrete Ausgestaltungsverpflichtung, in welchem Umfang und durch wen der Staat welcher Art sozialer „Daseinsvorsorgeleistungen“ erbringen lässt.

### **Allgemeine Aussagen**

#### **2.4.1 Einrichtungen und Angebote**

„Klassische Einrichtungen der offenen Altenhilfe sind vor allem Begegnungsstätten und Seniorenclubs, die meist ein vielfältiges Angebot bereithalten. Weiterhin gehören dazu senioren(alters)bezogene Beratungseinrichtungen(z.B. Seniorenbüros, Wohnberatungsstellen), [...].

Die Bereitstellung und/oder Unterstützung solcher Einrichtungen erfolgt bisher meist unter finanziellen Gesichtspunkten. Je nach Ausstattungslage der Träger der Sozialhilfe gibt es eine Vielzahl oder nur wenige bis gar keine Angebote.

[...]

Offene Altenhilfe(arbeit) trägt wesentlich bei der Vermeidung bzw. Verzögerung des Bedarfs an weitergehenden Hilfen (ambulant, teilstationär oder stationär) – ist also ein wichtiger Beitrag zur Prävention.

[...]

Ein Problem innerhalb der traditionellen Angebote der offenen Altenhilfe ist die Qualität der Angebote. Sie folgen noch vielerorts der Betreuungsmentalität, ohne die alten Menschen zu aktivieren bzw. auf konkrete Bedürfnisse einzugehen.“ (S.107)

[...]

#### **2.5 Altenhilfeplanung**

Der Bereich der offenen Alten- bzw. Seniorenarbeit wurde meist nur in Seniorenwegweisern erfasst. Es wird deutlich, dass dieser Bereich nur in wenigen Kommunen oder Landkreisen in den Planungs- und damit auch in den Steuerungsprozess einbezogen wird. (S.111)



## 2.6 Altenhilfepraxis

Eine in Sachsen bis jetzt einmalige Praxis im Bereich der Altenhilfe ist die Verleihung des „Altenhilfepreises“ alle zwei Jahre im Regierungsbezirk Leipzig.

[...]

Im Jahr 2001 wurde aus 10 Bewerbungen an folgende Träger bzw. Projekte Preise vergeben:

1.Preis: Senioren und Familienhilfe (SEFA) e.V. Leipzig, Wohn- und Umzugshilfe (S.114).

### 3.3.2 Projekte, Initiativen, Vereine und Verbände

„Die konkrete Zahl solcher Zentren (sie nennen sich auch Familienzentren, Begegnungs-, Bildungs- und Beratungszentren, z.B. Zentrum für Begegnung, Bildung und Beratung Pirna e.V.) lässt sich für den Freistaat Sachsen nicht nennen.

Für den Bereich der Seniorenarbeit gibt es keine überregionale Struktur oder eine Landesarbeitsgemeinschaft.“ (S.134)

### 3.3.4 Selbsthilfekontaktstellen, Freiwilligenagenturen und Seniorenbüros

„Seniorenbüros gehen ursprünglich auf ein Modellprogramm des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zurück, das von 1992 bis 1997 durchgeführt wurde. Auch über das Modellprogramm hinaus wurden Seniorenbüros gegründet. Eine Gemeinsamkeit aller Seniorenbüros ist die Engagementförderung für Menschen in der nachberuflichen und nachelterlichen Lebensphase. Ihr Leistungsspektrum umfasst:

- Information über Aktivitätsmöglichkeiten vor Ort
- Beraten zu individuellen Vorlieben und Bedürfnissen und den vorhandenen Möglichkeiten eines bürgerschaftlichen Engagements
- Vermitteln von Trägern, Initiativen und Organisationen, die ehrenamtliche Mitarbeiter suchen (in diesem Punkt überschneiden sie sich mit dem Aufgabenbereich von Freiwilligenagenturen, lediglich ihre Zielgruppe ist eingeschränkt)
- Ansprechpartner bei Problemen und Konflikten
- Unterstützung beim Aufbau selbstorganisierter Seniorengruppen

Seniorenbüros arbeiten mit einem Team aus haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitern und sind trägerübergreifend tätig.“ (S.140f)

## Direkte Aussagen über Beratungsstellen

### 1.2.1.3 Wohnberatungsstellen

„Von 1998 bis 2001 wurde das Bundes-Modellprogramm „Selbstbestimmt Wohnen im Alter“ durchgeführt.

[...]

Die Sächsische Koordinierungsstelle war in Dresden und wurde von der SÜDOST WOBA und der Volksolidarität getragen.[...]Eine Finanzierung der Koordinierungsstelle über die Laufzeit des Modellprojekts hinaus konnte nicht erfolgen.

[...]

Wohnberatungsstellen (im Modellprojekt Koordinierungsstellen genannt) sind Dienstleister zu Fragen des Wohnens im Alter.

[...]“(S.176f)

### 3.2.1 Ambulante Pflegedienste (einschließlich Sozialstationen)

„Die Zahl der ambulanten Pflegedienste ist stetig gestiegen. Zum Stichtag 31.Dezember 2001 waren in der amtlichen Statistik neben den 206 Sozialstationen im Freistaat Sachsen 673 ambulante Pflegedienste tätig.

[...]

Weil insbesondere die Sozialstationen in ihrer Region bekannt sind, einen guten Ruf haben und inzwischen für viele hilfsbedürftige Menschen und ihre Angehörigen zum ersten Anlaufpunkt geworden sind, sollen sie mit Hilfe staatlicher Förderungen zusätzliche

Koordinierungs-, Beratungs-, und Vernetzungsleistungen von dafür qualifizierten Fachkräften(Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen) erbringen.[...] Wenn die Leistungen nicht von den Sozialstationen erbracht werden, müssen sie von der kommunalen Ebene angeboten werden.“ (S.247

### **Bezeichnung der Beratungs-/Koordinierungsstellen**

Wohnberatungsstellen / Koordinierungsstellen

### **Anbindung (Träger)**

#### **1.2.1.3 Wohnberatungsstellen**

[...]

Die Wohnberatungsstellen sind unterschiedlich organisiert, manche sind bei Städten oder Landkreisen angebunden, andere werden von Wohlfahrtsverbänden, Architektenkammern oder Verbraucherzentralen getragen oder arbeiten als Selbsthilfevereine. Fünf der sächsischen Beratungsstellen in Chemnitz, Döbeln, Dresden (zwei Anbieter) und Leipzig sind in der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung e.V. organisiert. Wohnberatung und Hilfe bei der Wohnraumanpassung bieten im Freistaat Sachsen auch die Sozialstationen. Die Angebote erfolgen flächendeckend. Sie können von den Betroffenen direkt abgerufen werden. Die vorhandenen Angebote decken den Bedarf ab.“(S.176f)

### **Case Management**

#### **2.7 Gesundheitsversorgung**

„Das Case Management steckt in der Region noch in den Kinderschuhen. Obwohl es eine optimale Betreuung mit den richtigen Hilfen zur richtigen Zeit bietet, Leidenswege verkürzt oder vermeidet und dadurch nicht zuletzt Kosten spart.“

Landespläne wie die „*Rahmenkonzeption zur geriatrischen Hilfe im Freistaat Sachsen*“ sähen Case Management zwar vor, aber die Entwicklung verlaufe schleppend. Es sei noch viel Überzeugungsarbeit zu leisten „was die Notwendigkeit und den Nutzen des interdisziplinären Denkens und Handelns im Sinne der Hilfebedürftigen betrifft“.

aus: Dialog 5, Ausgabe 5/2003, ISSN 1618-5501. Schwerpunkt

(S.118)

### **Quelle/Fundort:**

Quelle: Sächsischer Seniorenbericht  
Herausgeber: Sächsisches Staatsministerium für Soziales,  
Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit  
Albertstraße 10, 01097 Dresden  
e-mail: [info@sms.sachsen](mailto:info@sms.sachsen)

Redaktionsschluß: Februar 2004

Fundstelle

### **Sachsen-Anhalt**

---

Hinweis: Auskunft des Ministeriums für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt vom 13.04.05, Betreff: Landesaltenplan für Sachsen-Anhalt

„Die Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen im Land Sachsen-Anhalt erfolgt entsprechend dem Ausführungsgesetz zum Pflegeversicherungsgesetz vom 7.8.1996, veröffentlicht im Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Sachsen-Anhalt Nr.29 vom 12.8.1996 und dem Artikel 3 des Haushaltsbegleitgesetzes 1997, veröffentlicht im Gesetz und Verordnungsblatt für das Land Sachsen-Anhalt Nr.45 vom 30.12.1996. An der

Novellierung des Gesetzes wird gearbeitet, da kein weiteres Förderungsprogramm vorgesehen ist.

Für die Landespflegekonzeption „Wege in eine neue Pflegelandschaft“ veröffentlicht im Ministerialblatt für das Land-Sachsen-Anhalt Nr.30 vom 15.06.1998, die Grundsätze und Rahmenbedingungen für die Umgestaltung der Pflegelandschaft im Land Sachsen-Anhalt enthält, ist unter dem Hintergrund des demographischen Wandels und der soziostrukturellen Veränderung eine Überarbeitung bis Ende 2005 vorgesehen.“

### **Zielsetzung**

#### **§1**

Zweck des Gesetzes

(1) Der Zweck des Gesetzes ist gerichtet auf die Vorhaltung einer pflegerischen Versorgungsstruktur im Land Sachsen-Anhalt, die leistungsfähig, zahlenmäßig ausreichend und wirtschaftlich ist. Durch das Gesetz soll eine bedarfsgerechte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante, teilstationäre und vollstationäre pflegerische Versorgung durch gemeinnützige, private und öffentliche Träger gesichert werden

### **Quelle/Fundort:**

Landesgesetz	Ausführungsgesetz zum Pflege-Versicherungsgesetz
Offizielle Abkürzung	PflegeV-AG
Erlassdatum	7.08.1996
Fundstelle	GVBl. LSA Nr. 29/1996

## **Schleswig-Holstein**

---

### **Zielsetzung**

#### **§ 1**

*Zielsetzung*

(1) Ziel dieses Gesetzes ist, eine leistungsfähige, bedarfsgerechte, wirtschaftliche; regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante, teilstationäre und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Dieses Gesetz soll zugleich die soziale Absicherung der Pflegebedürftigen insbesondere bei stationärer Pflege verbessern.

(2) Das Land, die Kreise, kreisfreien Städte und Gemeinden sowie die Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen, Krankenkassen, Unternehmen der privaten Pflegeversicherung und deren Verbände wirken unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung eng und vertrauensvoll im Interesse der Pflegebedürftigen zusammen. Sie haben durch Förderung geeigneter Maßnahmen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und zur Stärkung der häuslichen Pflege beizutragen sowie für ein nahtloses Ineinandergreifen der Leistungen ambulanter, teilstationärer und stationärer Pflegeeinrichtungen zu sorgen. Gemeinsam mit den zuständigen Leistungsträgern und Einrichtungen sollen sie auf eine Vernetzung der Pflegeleistungen mit den gesundheits- und sozialpflegerischen Angeboten, die nicht vom Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) erfaßt werden, hinwirken.

### **Quelle/Fundort:**

Landesgesetz	Ausführungsgesetz zum Pflegeversicherungsgesetz
Offizielle Abkürzung	LPflege G
Erlassdatum	10.02.1996
Fundstelle	GVOBl. Schl.-H. 1996 S.227

### **Zielsetzung**

#### **§ 1**

##### *Ziel des Gesetzes*

(1) Ziel dieses Gesetzes ist die Gewährleistung einer am Wohl der Pflegebedürftigen und den Grundsätzen der Pflegequalität ausgerichteten leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur in Thüringen. Eine ortsnahe sowie aufeinander abgestimmte ambulante, teilstationäre und vollstationäre pflegerische Versorgung durch freigemeinnützige, private und öffentliche Träger soll sichergestellt werden. Dem Vorrang ambulanter Pflege vor stationärer Pflege ist dabei Rechnung zu tragen.

### **Allgemeine Aussagen**

#### **§ 2**

##### *Sicherstellung der pflegerischen Versorgungsstruktur*

(1) Die Landkreise und kreisfreien Städte sind verantwortlich für die Vorhaltung der ambulanten Versorgungsstruktur. Sie nehmen diese Aufgabe im eigenen Wirkungskreis wahr. Das Land ist verantwortlich für die Vorhaltung der teilstationären und vollstationären Versorgungsstruktur.

(2) Die Aufwendungen für die öffentliche Förderung ambulanter Pflegeeinrichtungen tragen die Landkreise und kreisfreien Städte, die Aufwendungen für die öffentliche Förderung teilstationärer und vollstationärer Pflegeeinrichtungen das Land.

(3) Abweichend von Absatz 2 werden die Investitionsmittel nach Artikel 52 Abs. 2 Satz 2 Halbsatz 2 des Pflege-Versicherungsgesetzes (PflegeVG) für die Förderung von teilstationären und vollstationären Pflegeeinrichtungen im Bereich der Altenhilfe vom Land sowie den Landkreisen und kreisfreien Städten je zur Hälfte getragen.

### **Quelle/Fundort:**

Landesgesetz	Thüringer Gesetz zur Ausführung des Pflege-Versicherungsgesetzes
Offizielle Abkürzung	ThürAGPflegeVG
Erlassdatum	20. Juni 1996
Fundstelle	ThürGVBl. 10 1996 S. 97

## Antworten der bundesweiten Befragung der Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen

Ausgefüllte gültige Fragebögen n= 134

Die Antworthäufigkeiten sind jeweils in ganzen Zahlen (= jeweilige Anzahl der Beratungsstellen) angegeben.

Sie sind absteigend geordnet, um besonders hohe Häufigkeiten am jeweiligen Anfang der Auflistung sichtbar zu machen.

### **1. Bundesland**

Nordrhein-Westfalen	39
Baden-Württemberg	25
Rheinland-Pfalz	21
Bayern	14
Hessen	9
Niedersachsen	6
Berlin	5
Schleswig-Holstein	3
Bremen	2
Hamburg	2
Sachsen	2
Sachsen-Anhalt	2
Mecklenburg-Vorpommern	1
Saarland	1
Thüringen	1
Brandenburg	0
Keine Angabe	1

### **2. Handlungsfeld**

unter anderem Pflege- und Wohnberatung, kombiniert mit .....	51
unter anderem Pflegeberatung, kombiniert mit .....	26
ausschließlich Wohnberatung	21
ausschließlich Pflege- und Wohnberatung	14
unter anderem Wohnberatung, kombiniert mit .....	14
ausschließlich Pflegeberatung	6
keine Angabe	2

### **3. Pflege- und Wohnberatungsstelle mit mehreren Standorten (z.B. Stadtteile, Vororte) mit eigenem Büro/Sprechzimmer**

Nein	103
Ja	28
Keine Angabe	3

### **4. Arbeit in einem ortsbezogenen Verbund von Pflege- und Wohnberatungsstellen (z.B. eine Hauptstelle mit mehreren Nebenstellen) mit vertraglich geregelter Aufgabenteilung**

Nein	109
Ja	21
Keine Angabe	4

## 5. In der Regel die Abgabe von komplexen Beratungssituationen an andere Pflege- und Wohnberatungsstellen des Verbundes

Nein	105
Ja	21
Keine Angabe	8

## 6. Träger

Kommune / Kreis	64
Wohlfahrtsverband / Trägergesellschaft	30
Verein	22
Sonstiger	8
Freigewerblicher Träger	2
Wohnungsunternehmen	1
Architektenkammer	1
Keine Angabe	5

## 7. Finanzierung der Beratung

### Personalkosten

Kommune / Kreis	10
Eigenmittel des Trägers (ohne Kommune / Kreis)	7
Land	7
Spenden	6
Honorare für Vorträge, Aufsätze, Verkauf v. Infomaterialien	2
Beratungsgebühren	2
Pflegekassen	1
Krankenkassen	1
Förderinstrumente der Arbeitsagentur (Lohnzuschüsse u.ä.)	1
Lotterien	1
KDA	0
Bund	0
Stiftungen	0
Gewinne	0
Wohnungsunternehmen	0
Sponsoring	0

### Sachkosten

Spenden	7
KDA	6
Beratungsgebühren	5
Kommune / Kreis	4
Pflegekassen	4
Honorare für Vorträge, Aufsätze, Verkauf v. Infomaterialien	3
Krankenkassen	2
Eigenmittel des Trägers (ohne Kommune / Kreis)	1
Förderinstrumente der Arbeitsagentur (Lohnzuschüsse u.ä.)	1
Stiftungen	1
Sponsoring	1
Land	0
Bund	0

Gewinne	0
Wohnungsunternehmen	0
Lotterien	0

### **Personal- und Sachkosten**

Kommune / Kreis	81
Eigenmittel des Trägers (ohne Kommune / Kreis)	40
Land	35
Pflegekassen	14
Spenden	8
Wohnungsunternehmen	5
Honorare für Vorträge, Aufsätze, Verkauf v. Infomaterialien	3
Beratungsgebühren	3
Bund	1
Stiftungen	1
Sponsoring	1
Krankenkassen	0
KDA	0
Förderinstrumente der Arbeitsagentur (Lohnzuschüsse u.ä.)	0
Gewinne	0
Lotterien	0

### **Keine Angabe**

Gewinne	134
Bund	133
Lotterien	133
Förderinstrumente der Arbeitsagentur (Lohnzuschüsse u.ä.)	132
Stiftungen	132
Sponsoring	132
Krankenkassen	131
Wohnungsunternehmen	129
KDA	128
Honorare für Vorträge, Aufsätze, Verkauf von Infomaterialien	126
Beratungsgebühren	124
Pflegekassen	115
Spenden	113
Land	92
Eigenmittel des Trägers (ohne Kommune / Kreis)	86
Kommune / Kreis	39

### **8. Adressatengruppen**

Hilfe- und Pflegebedürftige	126
deren Angehörige	123
Senioren allgemein	114
andere Fachdienste (z.B. ambulante Pflegedienste)	91

### **9. MitarbeiterInnen der Beratungsstelle.**

Dass die Addition der jeweiligen Personen manchmal mehr als n=134 umfasst, liegt daran, dass jede der 134 antwortenden Beratungsstellen bis zu fünf MitarbeiterInnen angeben konnte.

## **Stellenumfang**

100%	93
50%	53
Ehrenamtlich	26
weniger als 25%	22
75%	19
33%	16
66%	15
25%	14
80%	5

## **Bildungsabschluss**

Hochschule	183
Ausbildung	75
Ohne Ausbildungsabschluss	3

## **Hauptprofession**

Soziale Arbeit bzw. Pädagogik	144
Verwaltungsmitarbeiter mit Beratungsfunktion	32
Architektur	27
Sekretariat	20
Pflege	15
Betriebswirtschaft	4
Gerontologie	1
Soziologie	1
Psychologie	1
Medizin	1
Jura	1
Keine Angabe	19

## **Zusatzqualifikation (mindestens 100-stündig) (Mehrfachantworten)**

Gesprächsführung / Beratung	52
Gesetzliche Kenntnisse (z.B. SGB, BGB, Betreuungsrecht)	45
Medizinisch-Pflegerisch	26
Altenhilfe	21
Baulich-architektonisch	16
CaseManager nach Richtlinien DGS, DBSH, DBfK	11
CaseManager ohne Richtlinien nach DGS, DBSH, DBfK	11
Sozialmanagement	10

## **10. Vollzeitstellen (aufaddiert), die für die Pflegeberatung, Wohnberatung oder Pflege- und Wohnberatung zur Verfügung stehen.**

1,0	33
0,5	12
Sonstige:	12
0,25	11



0,75	11
2	9
1,5	4
3	4
0,33	3
0,8	3
1,25	3
0,66	2
2,25	2
2,33	2
1,33	1
1,66	1
2,5	1
2,66	1
2,75	1
1,75	0
1,8	0
Keine Angabe	18

**11. An wie vielen Stunden pro Woche sind Sie für die Ratsuchenden erreichbar (alle Zeiten aufaddiert)?**

über 30h bis 40h	54
über 10h bis 20h	30
über 20h bis 30h	25
bis 10h	8
über 40h bis 50h	6
über 50h bis 100h	6
Keine Angabe	5

**12. Die Erreichbarkeit der Beratungsstelle verteilt sich**

auf 5 Wochentage (Mo-Fr)	102
auf weniger als 5 Wochentage	27
Keine Angabe	5

**13. Urlaubsvertretung (vergleichbar qualifiziert wie vertretene Person)**

Vorhanden	83
keine Urlaubsvertretung	46
Keine Angabe	5

**14. Zentrale Lage der Beratungsstelle (nahe am Orts- oder Stadtteilzentrum)**

Vorhanden	120
nicht gegeben	9
Keine Angabe	5

## 15. Nahe gelegener ÖPNV-Anschluss

Vorhanden	126
Nicht vorhanden	2
Keine Angabe	6

## 16. Barrierefreier Zugang

Vorhanden	108
nicht vorhanden	20
Keine Angabe	6

## 17. Mit welchen der unten genannten Dienste haben Sie verbindliche (mündliche oder schriftliche) Kooperationsvereinbarungen? (Mehrfachnennungen)

### mündliche Vereinbarungen

Ambulante Pflegedienste	38
Krankenhaus	33
Andere Beratungsstelle (z.B. für Schulden, Krise, Sucht)	29
Kommune /Kreis (z.B. Sozialplanung)	28
Teilstationäre Pflegeeinrichtungen	24
Stationäre Pflegeeinrichtungen	24
Wohlfahrtsverband	23
Kranken- und Pflegekassen	22
Kirchengemeinde	19
Hospizbewegung	18
Medizinische Dienste der Krankenkassen	14
Bildungseinrichtung	14
Bauträgergesellschaft	13
Heilmittelerbringer (z.B. KG, Logopädie, Ergotherapie)	9
Architektenkammer	7
Niedergelassene Ärzte	2

### schriftliche Vereinbarungen

Kommune /Kreis (z.B. Sozialplanung)	33
Kranken- und Pflegekassen	10
Ambulante Pflegedienste	9
Krankenhaus	8
Stationäre Pflegeeinrichtungen	8
Wohlfahrtsverband	8
Hospizbewegung	8
Teilstationäre Pflegeeinrichtungen	7
Andere Beratungsstelle (z.B. für Schulden, Krise, Sucht)	6
Niedergelassene Ärzte	4
Heilmittelerbringer (z.B. KG, Logopädie, Ergotherapie)	3
Medizinische Dienste der Krankenkassen	3
Kirchengemeinde	3
Bildungseinrichtung	2
Architektenkammer	1
Bauträgergesellschaft	1

### **mündliche und schriftliche Vereinbarungen**

Kommune /Kreis (z.B. Sozialplanung)	12
Andere Beratungsstelle (z.B. für Schulden, Krise, Sucht)	5
Ambulante Pflegedienste	5
Kranken- und Pflegekassen	3
Teilstationäre Pflegeeinrichtungen	2
Stationäre Pflegeeinrichtungen	2
Medizinische Dienste der Krankenkassen	2
Wohlfahrtsverband	2
Bauträgergesellschaft	2
Bildungseinrichtung	2
Krankenhaus	1
Niedergelassene Ärzte	0
Heilmittelerbringer (z.B. KG, Logopädie, Ergotherapie)	0
Architektenkammer	0
Hospizbewegung	0
Kirchengemeinde	0

### **Keine Angabe**

Architektenkammer	126
Heilmittelerbringer (z.B. KG, Logopädie, Ergotherapie)	122
Bauträgergesellschaft	118
Bildungseinrichtung	116
Medizinische Dienste der Krankenkassen	115
Kirchengemeinde	112
Niedergelassene Ärzte	108
Hospizbewegung	108
Teilstationäre Pflegeeinrichtungen	101
Wohlfahrtsverband	101
Stationäre Pflegeeinrichtungen	100
Kranken- und Pflegekassen	99
Andere Beratungsstelle (z.B. für Schulden, Krise, Sucht)	94
Krankenhaus	92
Ambulante Pflegedienste	82
Kommune /Kreis (z.B. Sozialplanung)	61

### **18. Verfügen Sie außerdem über schriftliche Arbeitsinstrumente, die die Zusammenarbeit regeln (z.B. Überleitungsbögen, standardisierte Faxmasken)**

Nein	90
Ja	37
Keine Angaben	7

### **19. Leistungsbereiche: Info / Auskunft**

Tel. + in der B.-Stelle + in Wohnung/Haus des Klienten	72
telefonisch + in der B.-Stelle	9
nur telefonisch	1
in der B.-Stelle + in Wohnung/Haus des Klienten	1
nur in der Beratungsstelle	0
nur in Wohnung/Haus des Klienten	0

Keine Angaben 51

**19. Leistungsbereiche: reine Beratung (Ausführung macht Klient selbst)**

Tel. + in der B.-Stelle + in Wohnung/Haus des Klienten 87  
telefonisch + in der B.-Stelle 17  
nur in Wohnung/Haus des Klienten 3  
in der B.-Stelle + in Wohnung/Haus des Klienten 2  
nur telefonisch 1  
nur in der Beratungsstelle 1  
telefonisch + in Wohnung/Haus des Klienten 0  
Keine Angaben 23

**19. Leistungsbereiche: Beratung + Durchführung der Hilfemaßnahmen durch Berater**

Tel. + in der B.-Stelle + in Wohnung/Haus des Klienten 47  
Nur in Wohnung/Haus des Klienten 12  
telefonisch + in der B.-Stelle 4  
in der B.-Stelle + in Wohnung/Haus des Klienten 4  
telefonisch + in Wohnung/Haus des Klienten 1  
nur telefonisch 0  
nur in der Beratungsstelle 0  
Keine Angaben 66

**19. Leistungsbereiche: Case Management**

Tel. + in der B.-Stelle + in Wohnung/Haus des Klienten 49  
in der B.-Stelle + in Wohnung/Haus des Klienten 10  
Nur in Wohnung/Haus des Klienten 9  
Nur telefonisch 3  
Nur in der Beratungsstelle 1  
telefonisch + in der B.-Stelle 1  
telefonisch + in Wohnung/Haus des Klienten 0  
Keine Angaben 61

**20. Verfügen Sie über eine schriftliche Leistungsbeschreibung?**

vorhanden 84  
keine schriftl. Leistungsbeschreibung 45  
Keine Angabe 5

**21. Arbeiten Sie in Anlehnung an ein schriftliche formuliertes Konzept?**

Ja 92  
Nein 35  
Keine Angabe 6

**22. In welcher Form betreiben Sie Öffentlichkeitsarbeit?**

Flyer, Homepage u.ä. über die Beratungsstelle 117  
Veröffentlichungen in den Medien (z.B. Presseserie) 105

Thematische Infoveranstaltung	104
Tag der offenen Tür	36

### 23. Themenbereiche der Beratung

#### Leistungsanspruchsberatung

SGB XI (Pflegeversicherung) [inkl. Widerspruchsberatung]	108
Schwerbeh.Gesetz (z.B. Ausweis, Sonderparkgenehmigung)	86
SGB V (Krankenversicherung)	85
Hartz IV/ Sozialhilfe	78
Blindengeld	75
GEZ-Antrag	68
Wohngeldberatung	60
Kriegsopferfürsorge	47
Rentenantrag	29
Erwerbsunfähigkeitsrente	29

#### Psychosoziale Begleitung in Belastungssituation der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen

Ja	76
Nein	3
Keine Angabe	55

#### Dienstleistungsberatung

Hausnotruf	112
Pflegerische Dienste	110
Hauswirtschaftliche Dienste	107
Gesetzliche Betreuung (u. Vorsorgevollmacht)	99
Besuchsdienste, Nachbarschaftshilfe	98
Komplementäre Angebote	83
Freizeitgestaltung	81
Heilmittelerbringer (z.B. Ergotherapie, Logopädie, KG)	70

#### Wohn- und Hilfsmittelberatung

Beratung über Wohnangebote	107
Hilfsmittelversorgung (aus dem SBG V Leistungsbereich)	105
Wohnungsanpassung (z.B. Umbauten)	104
Umzugsmanagement	46

Das Leistungsspektrum und die Häufigkeit der Leistungsangebote der Beratungsstellen sind äußerst heterogen.

### 24. Verwenden Sie ein Qualitätsmanagement-System?

Interne Evaluation bzw. Selbstevaluation	31
DIN EN ISO 9000 ff.	3
EFQM	1
Benchmarking	0

## 25. Haben Sie schriftlich formulierte Qualitätsstandards?

Ja	25
Keine Angabe	109

## 26. Wenn ja, welche?

## 27. Vorhandene schriftlich formulierte, standardisierte Arbeitsinstrumente?

zur Dokumentation des Beratungsprozesses	92
zur Aufnahme der Hilfsituation	80
zur Evaluation des Einzelfalles	55
zur Evaluation aller Beratungsabläufe	43
zur Erstellung des Hilfeplanes	42
zur Evaluation der Zusammenarbeit mit anderen Diensten	23

## 28. Falls Sie schriftliche Assessmentinstrumente verwenden (Gemeint sind Instrumente zur standardisierten Aufnahme der Hilfsituation), welche Inhaltsbereiche decken diese ab?

beanspruchte ambulante Dienste	73
finanzielle Situation	69
Gesundheit	68
vorhandene Hilfsmittel	66
Wohnen	66
Familie	65
Mobilität	62
soziale Kontakte	51
behindertengerechtes Wohnen	49
Körperpflege (Kontinenz)	45
Ressourcen der Angehörigen	44
kognitive Leistungsfähigkeit	36
Aktivitäten des Alltags	33
Umgebung	30
Ernährung	29
Kommunikation	28
Freizeit	24
Beziehungsgestaltung	18

## 29. Erstellen Sie einen Jahresbericht mit statistischen Daten?

Ja	92
Keine Angabe	42

## 30. Wie viele PERSONEN bzw. Personengruppen (z.B. Familien) (ausschließlich Hilfebedürftige und/oder Angehörige - keine Fachkollegen) haben Sie im Jahr 2004 informiert und beraten?

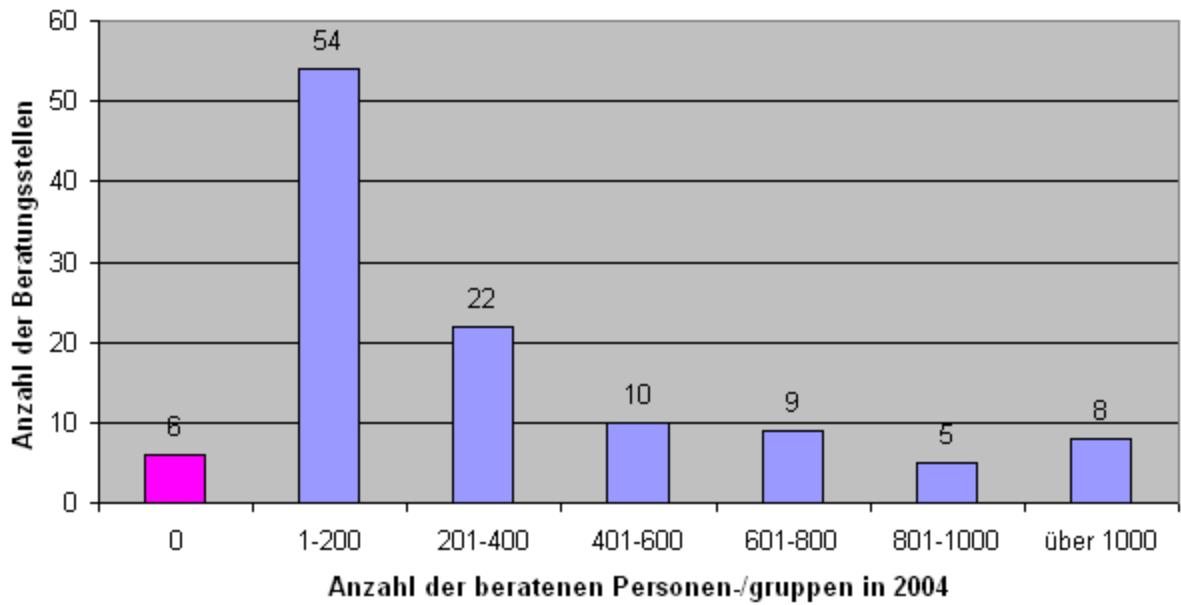
### Info / Auskunft (Kurzanfragen)

Das Spektrum der Antworten reicht von 0 bis 6500 Personen bzw. Personengruppen.  
Keine Angabe: 20 Stellen.

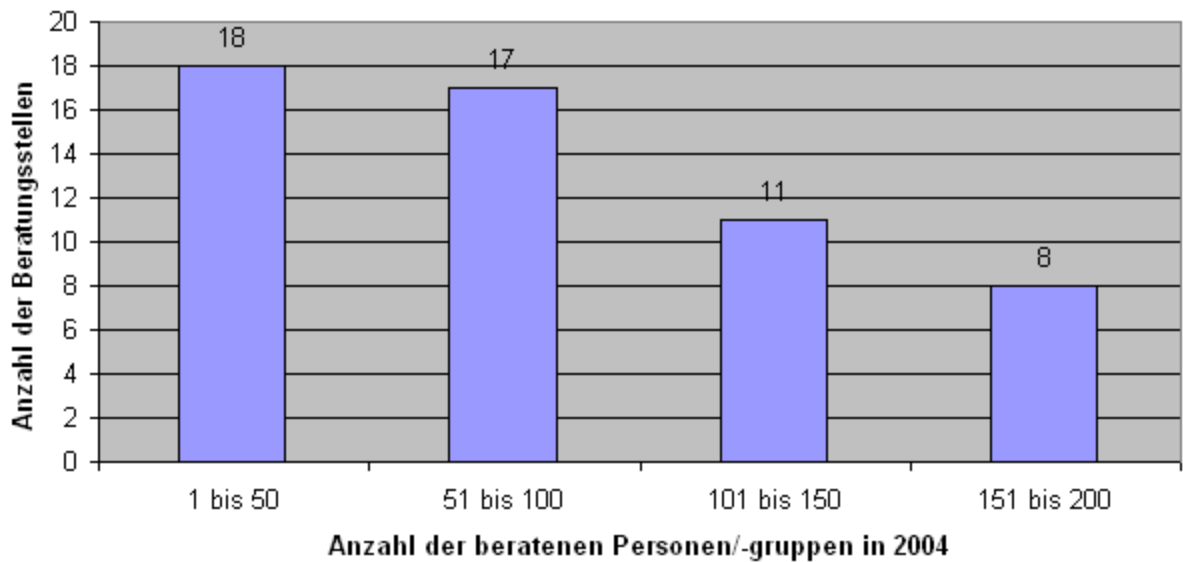
### Beratung / Case Management

Das Spektrum der Antworten reicht von 0 bis 4985 Personen bzw. Personengruppen.  
Keine Angabe: 15 Stellen.

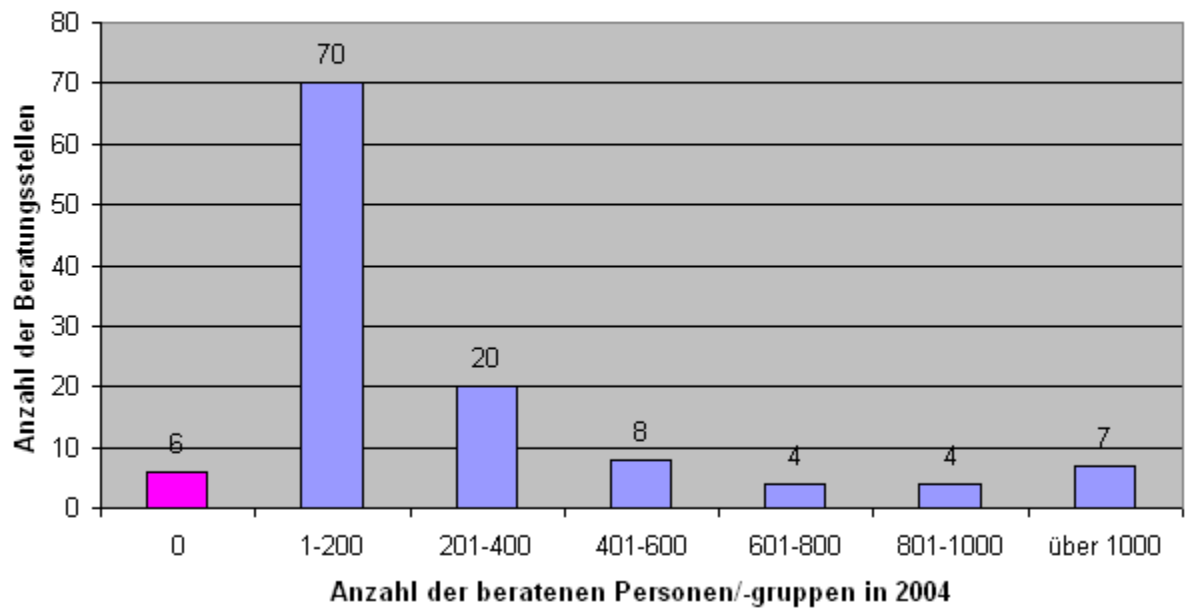
**Frage 30  
Info/Auskunft**



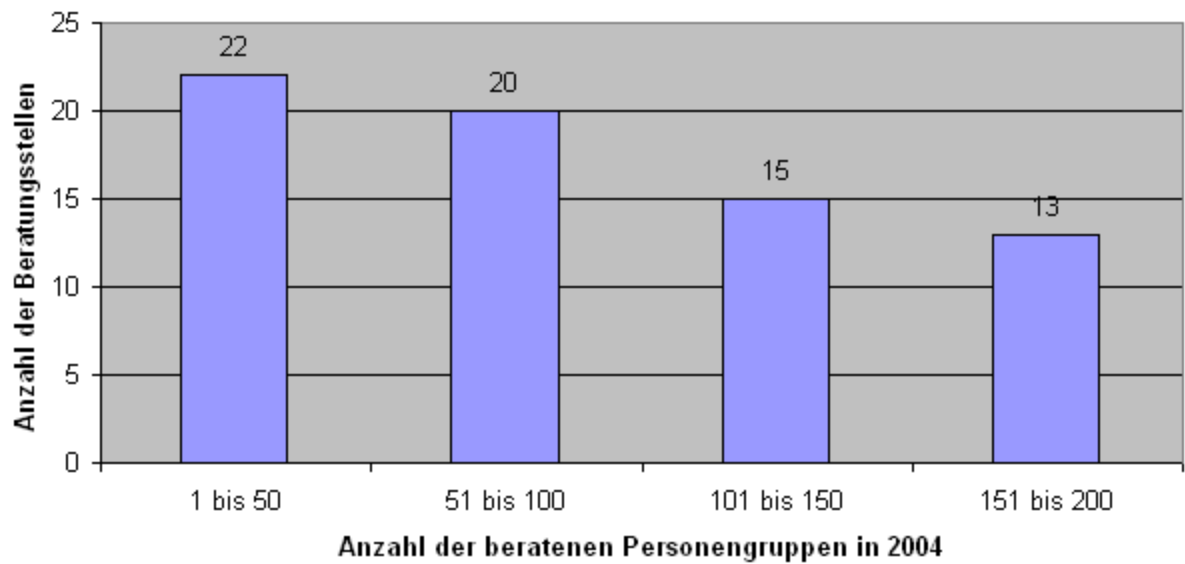
**Frage 30  
Info/Auskunft  
Detaillierte Betrachtung der Rubrik 1-200**



**Frage 30  
Beratung/CaseManagement**



**Frage 30  
Beratung/Case Management  
Detaillierte Betrachtung der Rubrik 1-200**





### **31. Wie viele Informations- und BeratungskONTAKTE hatten Sie im Jahr 2004?**

#### **Info / Auskunft telefonisch**

Das Spektrum der Antworten reicht von 0 bis 4500 Informations- und Beratungskontakten.  
Keine Angabe: 38 Stellen.

#### **Info / Auskunft persönlich**

Das Spektrum der Antworten reicht von 0 bis 3200 Informations- und Beratungskontakten.  
Keine Angabe: 44 Stellen.

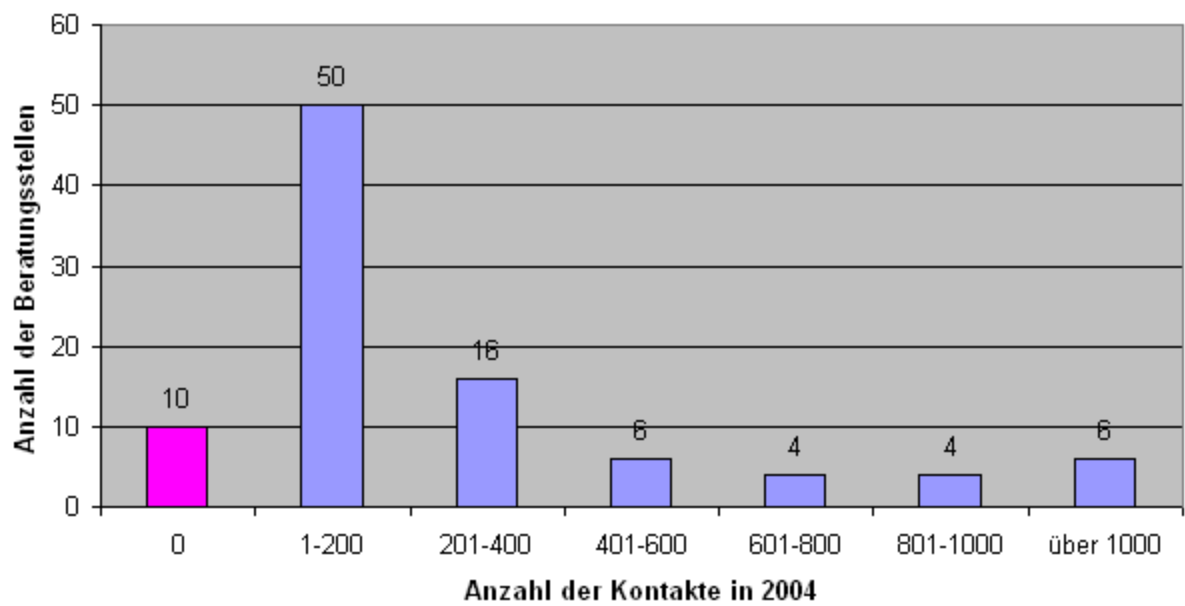
#### **Beratung / Case Management telefonisch**

Das Spektrum der Antworten reicht von 0 bis 7789 Informations- und Beratungskontakten.  
Keine Angabe: 49 Stellen.

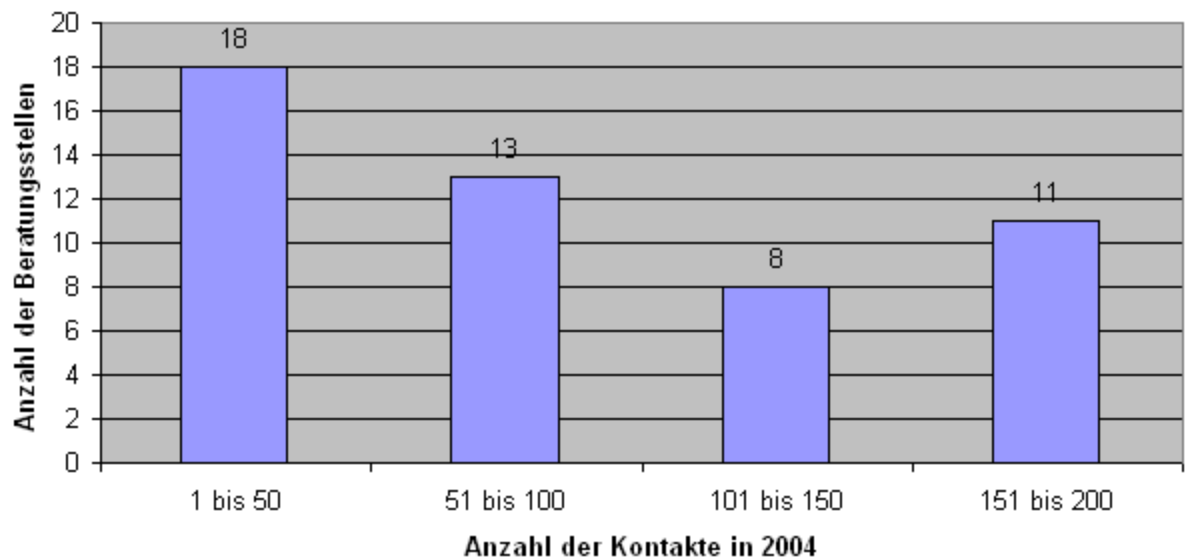
#### **Beratung / Case Management persönlich**

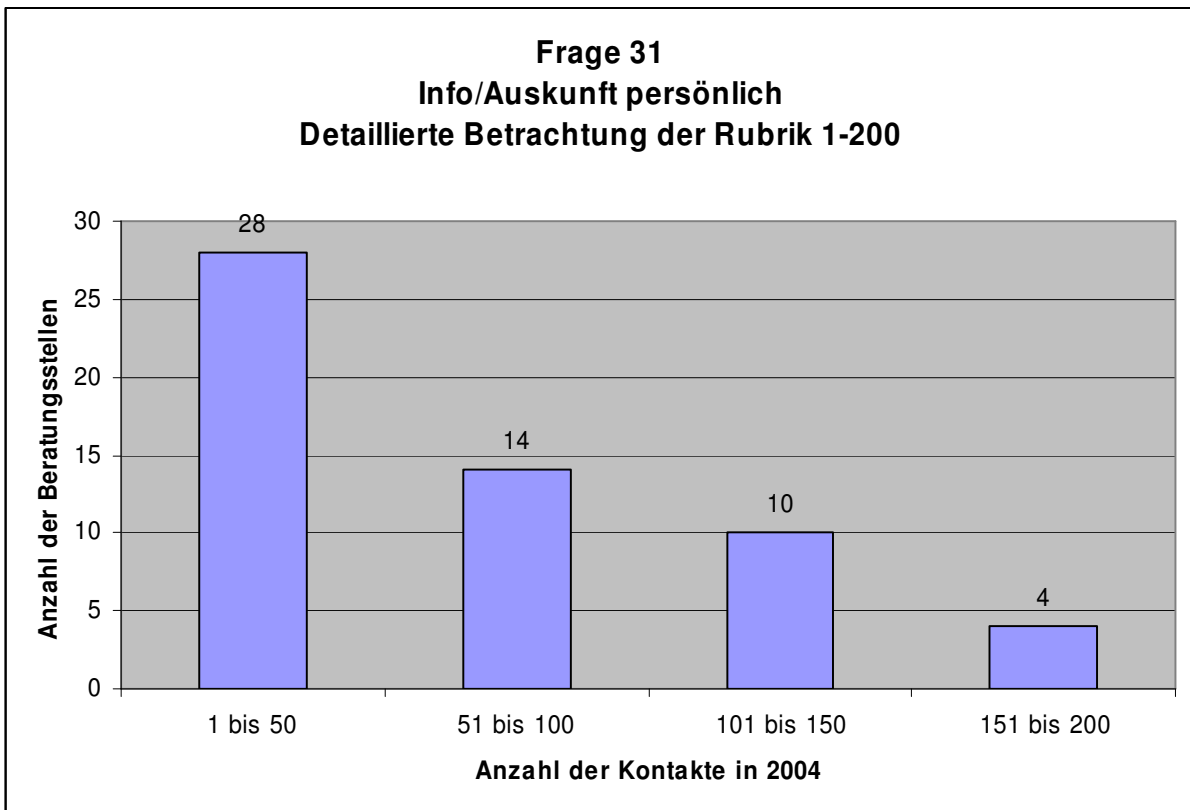
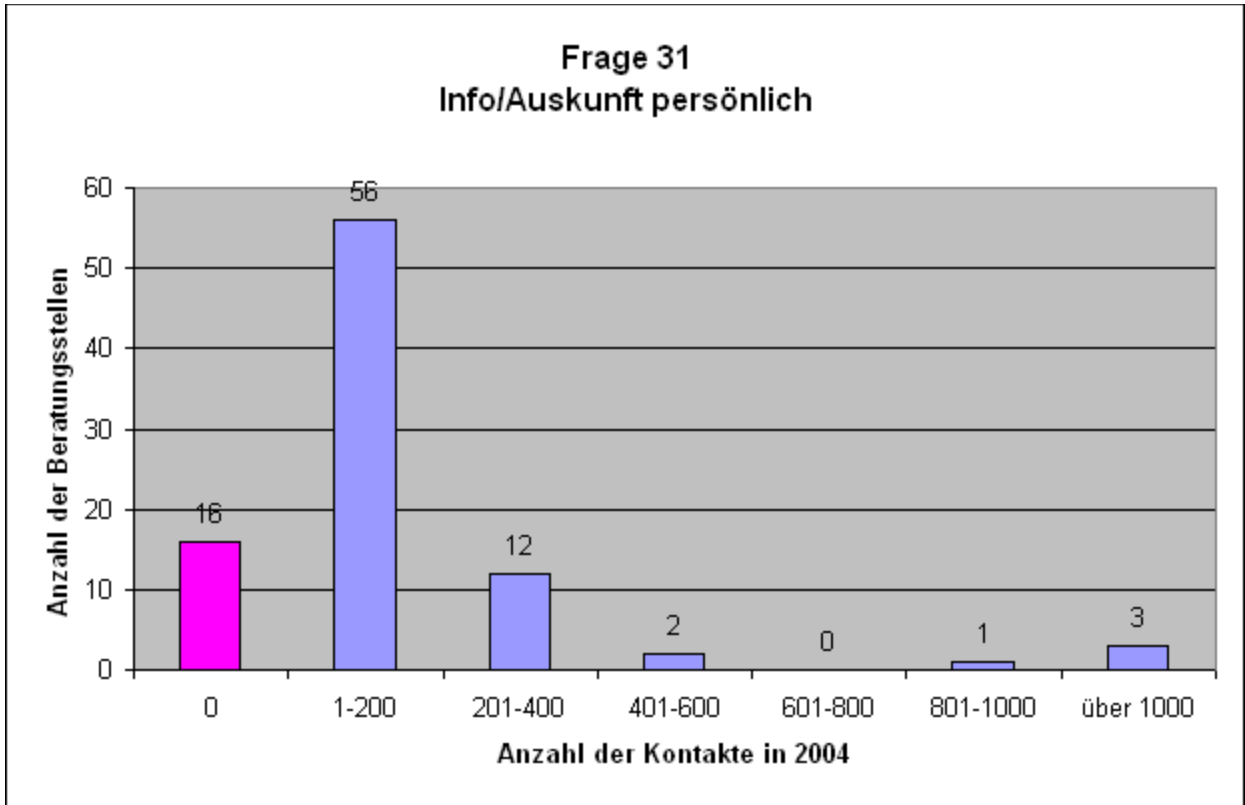
Das Spektrum der Antworten reicht von 0 bis 2600 Informations- und Beratungskontakten.  
Keine Angabe: 31 Stellen.

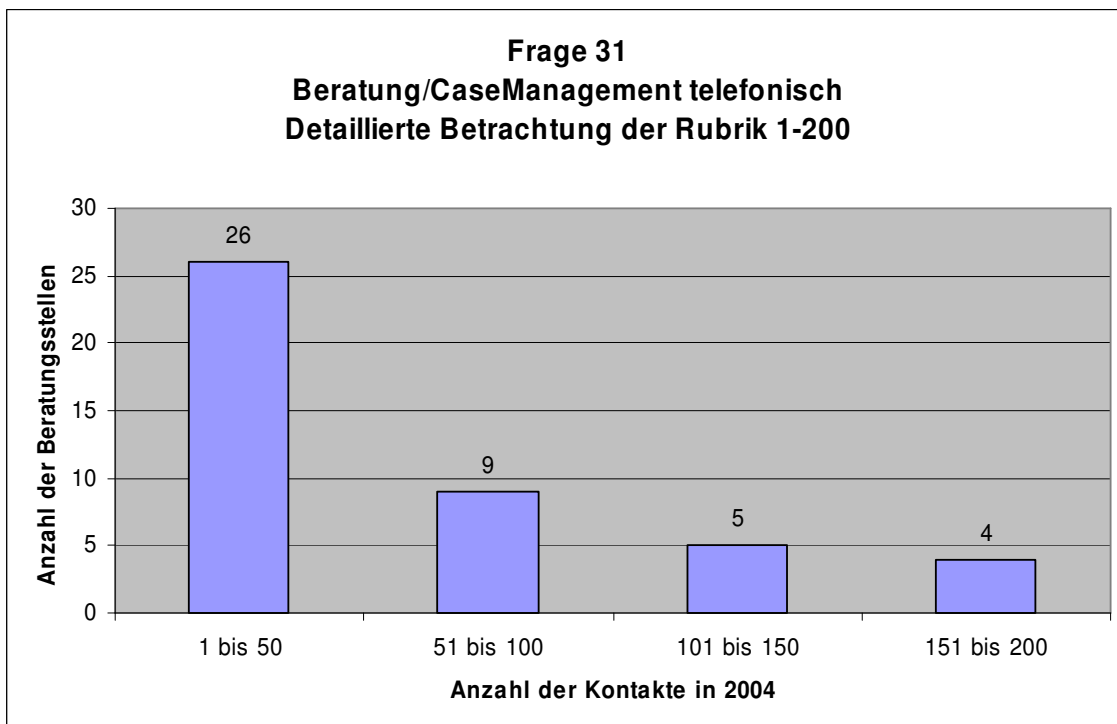
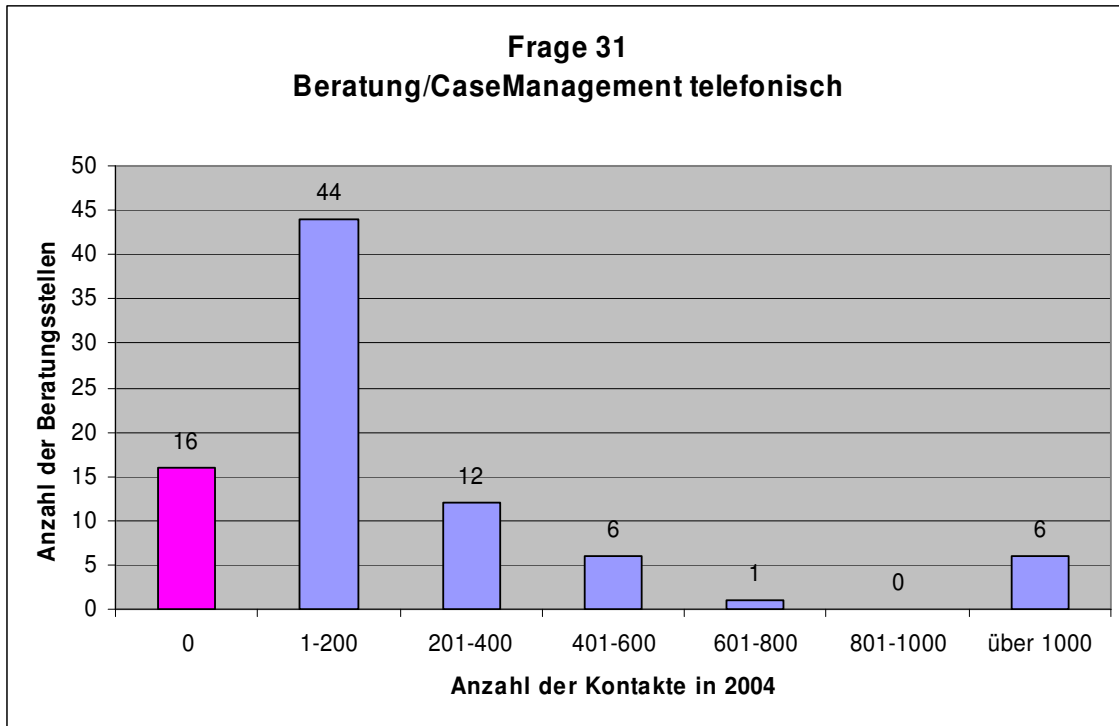
**Frage 31**  
**Info/Auskunft telefonisch**

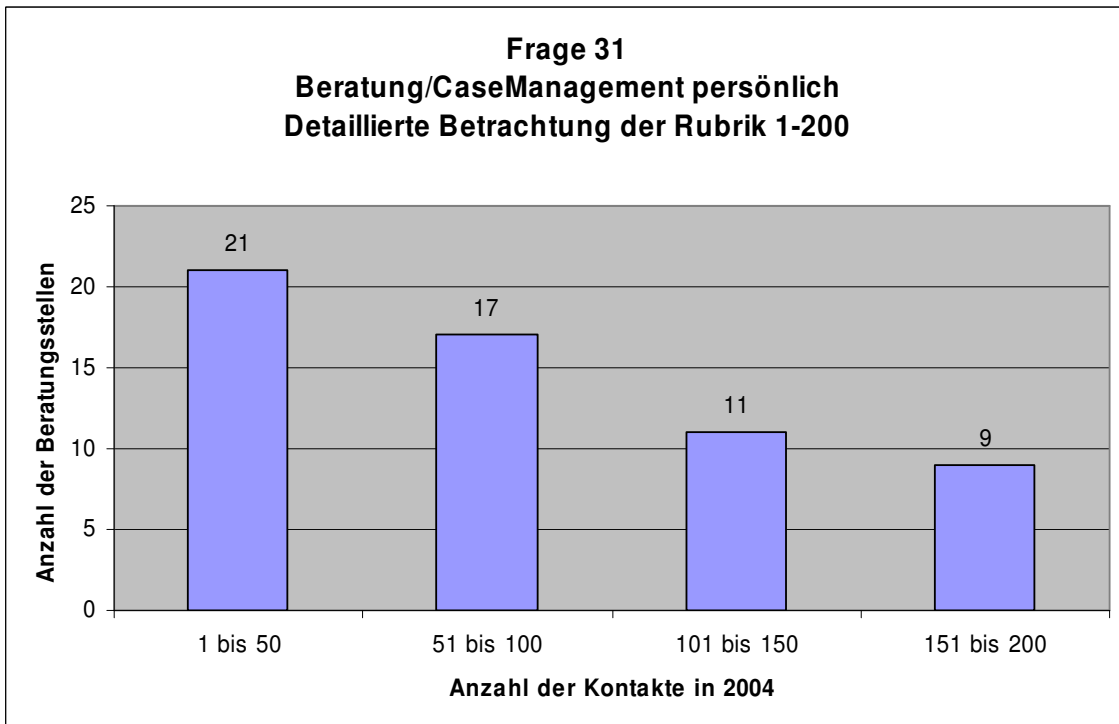
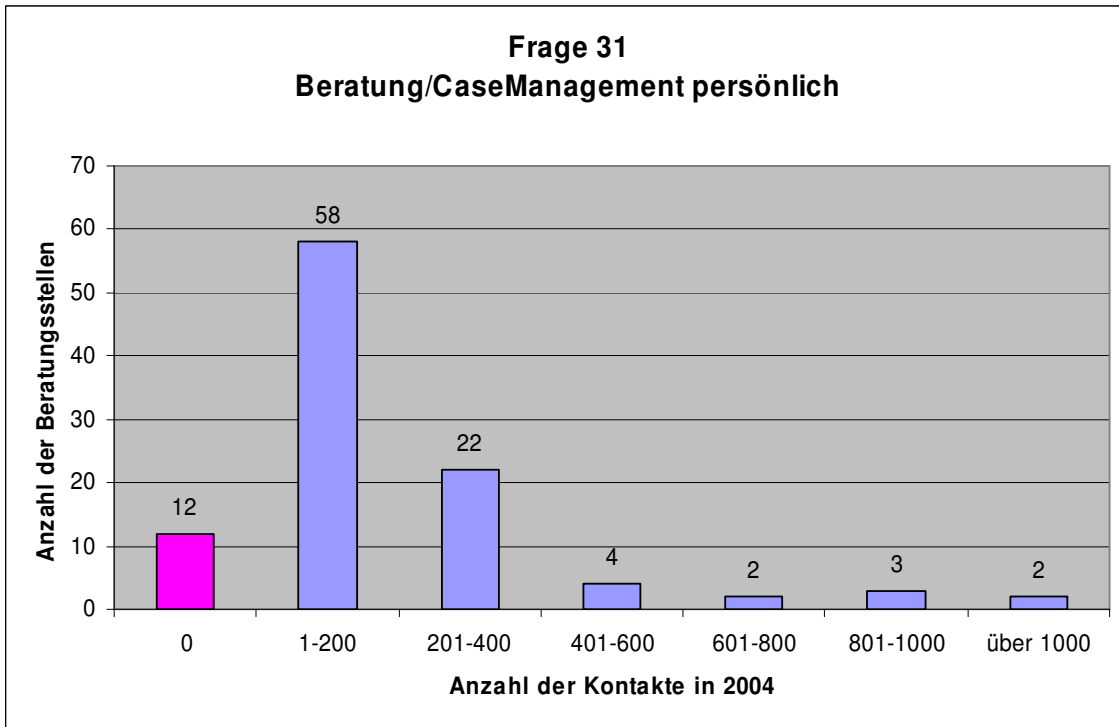


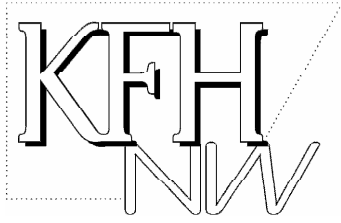
**Frage 31**  
**Info/Auskunft telefonisch**  
**Detaillierte Betrachtung der Rubrik 1-200**











**Katholische  
Fachhochschule** ○ ○ ○ ○  
**Nordrhein-Westfalen**

*University of Applied Sciences*

## **Anlagen zum Bericht der katholischen Fachhochschule Münster (III.3)**

### **Teil A:**

Anlage 2: Instrumente zur Erfassung von Art und Dauer der Beratung

- Zeiterfassungsmatrix
- Zeiterfassungsbogen
- Erläuterungen zur Zeiterfassungsmatrix
- Liste von Faktoren, die Art und Dauer der Beratung vermutlich beeinflussen



	Zeiterfassungsmatrix Pflege- und Wohnberatung für die KAA Ahlen, Stand 13.06.05 KFH NW Abt. Münster		Name KlientIn:		
	Frontoffice - Bereich Vor- und Nachbereitung		Kennziffer:		
	Name desjenigen, der die Zeit misst:				
Ifd. Nr.		Leistungsanspruchs- Beratung	Psychosoziale Begleitung	Dienstleistungs- Beratung	Wohn- und Hilfsmittelberatung
1	Auskunft geben				
2	Orientierungsscreening				
3	Verabreden eines Beratungstermines				
4	Vorbereiten des Beratungstermines				
8	Stammdatenerhebung				
16	Infos und Material sich beschaffen				
17	Infos und Material an andere geben				
18	hinzuziehen, kontaktieren, umsetzen				
21	dokumentieren jedes weiteren Termins ausserhalb des eig. Beratungsgesprächs				
22	den weiteren Verlauf des Hilfeprozesses prüfen (Monitoring)				
23	Individuelles Auswerten des Beratungsprozesses				
24	Nachgehende Kontrolle durchführen				
25	gedanklich vor- u. nachbereiten				



<b>Zeiterfassungsbogen Pflege- und Wohnberatung für die KAA Ahlen,  Stand 13.06.05 KFH NW Abt. Münster</b>	
<b>Backoffice-Bereich</b>	
	<b>benötigte Zeit in Minuten</b>
<b>Organisation und Verwaltung</b>	
Statistisches Auswerten + Bewerten der Beratungsverläufe z.B. Aufbereiten für den Geschäftsbericht (i.R. d. "Evaluation auf Ebene der Einrichtung")	
Personalentwicklung z.B. Mitarbeiter in EDV schulen bzw. geschult werden	
Termin- und Aufgabenverwaltung und Überwachung (allgemeine Termine des Beraters/der Einrichtung, nicht die Einzelterminüberwachung für einen einzelnen Kunden)	
Sachmittelverwaltung (z.B. Zahlungsverkehr; Meld. B. FiAmt, Anschaffung Gebrauchsgüter)	
Personalverwaltung (z.B. Führen v. Url- u. Krankheitsdatei, Gehaltsabrg., Meld. B. FiAmt u. SV-Trägern)	
EDV- Administration (z.B. Datensicherung, Aktualisierung, Wartung, Überwachung)	

Zeiterfassungsbogen Pflege- und Wohnberatung für die KAA Ahlen, Stand 13.06.05 KFH NW Abt. Münster	
Backoffice-Bereich	benötigte Zeit in Minuten
<b>Systemebene</b>	
Qualitätsstandards erstellen	
Mitarbeit in (lokalen) Arbeitskreisen (i.R. d. "Vernetzung")	
Vorstand Alzheimergesellschaft	
AG Angehörigengruppen Alzheimergesellschaft	
Angehörigengruppen Alzheimerkranker	
Projekttreffen (Gesamttreffen, bilaterale Treffen mit Berlin, Saarbrücken, KFH)	
Lenkungsgruppentreffen	
Vorstand Schlaganfallinitiative	
Arbeitskreis Pflegedienste	
Arbeitskreis Pflegeversicherung	
Arbeitskreis Pflege- und Wohnberater Westfalen-Lippe	
Wohnberater Landesarbeitsgemeinschaft NRW	
Pflegeberaterkreis WAF	
Zusammenarbeit mit Sozialplanung der Stadt Ahlen	
Moderation der Angehörigen-Treffs	
Öffentlichkeitsarbeit	
Infomaterial herstellen (backoffice) (z.B. entwerfen, vervielfältigen, aktualisieren)	
Infoveranstaltungen abhalten (frontoffice) (z.B. Vorträge, Infostände durchführen)	
Evaluation des Netzwerkes  (zwecks Qualitätssicherung, z.B. mittels Befragung der Koop-Partner, Nutzer) --> macht Frau Schweizer Wie zufrieden sind die Netzwerkpartner? Wie ist die Zusammenarbeit gelungen?	
Wegezeiten (Anreise) bei offiziellen Auftritten, z.B. Fahrzeit zum Regionaltreffen von Pflege- und Wohnberatern (Backoffice)	
Wartezeiten ( bei offiziellen Auftritten, z.B. im Wartezimmer für eine Vorstellung der KAA bei Niedergelassener Ärztin (Backoffice)	

Erläuterungen zur Zeiterfassungsmatrix Pflege- und Wohnberatung für die KAA Ahlen, Stand 13.06.05 KFH NW Abt. Münster		Was wird gemessen? Beispiele Was ist beim Messen zu beachten?			
lfd. Nr.	Frontoffice - Bereich	Leistungsanspruchs-Beratung	Psychosoziale Begleitung	Dienstleistungs-Beratung	Wohn- und Hilfsmittelberatung
1	Auskunft geben	Reine Übermittlung von Informationen, die kein umfangreiches Kennenlernen der Situation (kein Assessment) voraussetzen Gemessen wird z.B. Zeit für's Beantworten von telefonischen Anfragen über Dienstleistungen, Tipps für richtigen Ansprechpartner usw.			
2	Orientierungsscreening	Vorgang, in dem mittels Ausfüllen eines Formulars festgestellt wird, dass eine nachfolgende Beratung nötig ist Gemessen wird a) Nachdenkzeit, Besprechen und Ausfüllen für das Formular, b) die Zeit, die für die Übermittlung des OS vom Ausfüller zum Anwender benötigt wird			
3	Verabreden eines Beratungstermines	Kontakt zwischen Ratsuchendem (RS) und Berater (B), bei dem ein Beratungstermin abgesprochen wird (Datum, Ort, Anwesende etc.) Gemessen wird a) Gespräch führen und b) Festhalten des Termins im Terminkalender und der Datenbank			
4	Vorbereiten des Beratungstermines	Gemessen wird a) das Heraussuchen des Materials für RS b) das Einpacken in die Tasche, die zum Termin mitgenommen werden soll			
5	Wegezeiten (Frontoffice)	Gemessen werden alle An- und Abreisezeiten zum Hausbesuch beim RS (zu Fuß, per Fahrzeug) ab/bis Türschwelle KAA			
7	allg. Gesprächseröffnung	Gemessen wird die Zeit, die ab des Eintretens des B in den Haushalt des RS damit zugebracht wird, sich zu begrüßen, durch ein paar allg. Worte z.B. über's Wetter eine entspannte, vertrauensvolle Atmosphäre zu erreichen; bis zu dem Moment, wo man sich dem eigentlichen Zweck des Treffens zuwendet			
6	Wartezeiten (Frontoffice)	Gemessen werden alle Zeiten im Haushalt des RS, bei dem Leerlauf ist, kein Austausch zw. RS und B stattfindet, z.B. während RS etwas aus den Schubladen sucht oder er versucht, seinen Sohn auf der Arbeit anzurufen, dass er zum Gespräch mit dazukommen soll			
8	Stammdatenerhebung	Gemessen wird a) die Zeit, die bereits vor dem eigentlichen Treffen für die Aufnahme von Stammdaten verwendet wird, z.B. wenn die Verwaltungskraft schon beim ersten Telefonat ein paar Stammdaten in der Datenbank erfasst b) die Zeit, in der der B während der Beratung die Stammdaten ergänzt			

10	<p>Situationsanalyse/Assessment</p> <p>Maßnahmenplanung (Zielvereinb., Hilfeplan)</p> <p>+integriertes Dokumentieren und Besprechen</p>	<p>Ziel ist Einschätzung des Inhaltes und der Dauer des bevorstehenden Beratungsprozesses, Bedarf und Ressourcen Festlegung, welche Ziele u. Maßnahmen nötig sind (mündlich /schriftlich)</p> <p>Gemessen wird:</p> <p>a) Das Erfragen und Beobachten der Situation , ebenso der verfügbaren Selbsthilfe-Ressourcen (personell, finanziell) b) Das mündliche und schriftliche Vereinbaren von Maßnahmen (dialogisches Erarbeiten und Abfassen der Zielvereinbarung) c) Klären der Finanzierung der jeweiligen Leistung d) Das Ausfüllen und Besprechen von Anträgen e) Das sofortige oder anschließende Dokumentieren</p>
17	<p>Umsetzung Einzelfallebene: Kommunikation Berater-Ratsuchender</p>	<p>Gemessen wird jeglicher weiterer Kontakt, den Berater und Ratsuchender NACH dem ersten Treffen und Vereinbarungen miteinander haben</p> <p>(z.B. Infos austauschen, Material übergeben, dem RS bestimmte für ihn wichtige Dinge erläutern, ihn anleiten, ihm Material vorbeibringen;)</p>
18	<p>Umsetzung Systemebene: Kommunikation Berater-Einrichtungen</p>	<p>Hier interessiert jeglicher Kontakt, den der Berater für den Ratsuchenden zu weiteren Institutionen aufnimmt, z.B. im Rahmen des Case Management</p> <p>Gemessen wird die Kommunikationszeit, um einen externen Dienst (Netzwerkpartner, sonstige Dienstleister) einzuschalten</p> <p>(z.B. Infos austauschen, verhandeln, hinzuziehen, kontaktieren, umsetzen, Material beschaffen oder an Einrichtungen geben, sich selbst die nötigen Sachen und Unterlagen besorgen, an Informationen herankommen, recherchieren, Dauer der Telefonate und Emails usw.)</p>
20	<p>allgemeinen Gesprächsschluss durchführen</p>	<p>Gemessen wird die Verabschiedungs-Zeit am Ende eines Beratungstermins, (in der es bereits nicht mehr um das Thema geht, sondern Small Talk, Beziehungspflege, Versichern der gegenseitigen Wertschätzung auch weiterhin, allg. Themen)</p>

21	gesondertes dokumentieren	Gemessen wird die Zeit, die außerhalb der Doku des Ass- und Hilfeplans zum Dokumentieren verwendet wird
22	den weiteren Verlauf des Hilfeprozesses prüfen	Gemessen wird die Zeit, die für das Monitoring des laufenden Hilfeprozesses gebraucht wird, indem man den Stand der Dinge kontrolliert (standardisiert, anhand der Maßnahmenabsprachen der Zielvereinbarung und detaillierterer Zeitpläne)
23	Individuelles Auswerten des Beratungsprozesses (Evaluation - frontoffice)	Gemessen wird die Zeit, die es am Ende des Beratungsprozesses dauert, um die Frage zu beantworten (im Gespräch zw. RS und B) "Inwieweit ist die ursprüngl. Zielsetzung aus dem Hilfeplan erfüllt worden" - (ist der RS zufrieden? Oder muß noch etwas erledigt werden?)
24	Nachgehende Kontrolle durchführen	Gemessen wird die Zeit, die für ein Gespräch anfällt, wenn der Berater ca. 3 Monate nach offiziellem Abschluss der Beratung beim RS wieder meldet, um zu prüfen, ob noch immer alles o.k. ist oder erneuter Hilfebedarf entstanden ist
25	gedanklich vor- und nachbereiten	Gemessen wird die Zeit, die jenseits von Assessment, Hilfeplan und Monitoring, gelegentlich entsteht, wenn der Berater sich Gedanken macht über den individuellen Fall und das weitere Vorgehen

	Liste von Faktoren, die Art und Dauer der Beratung vermutlich beeinflussen Stand: 15.06.05, KFH NW Münster		Ausfüllende Person: Kennziffer des Ratsuchenden (analog Kennziffer d. Zeitmessbogens): Geschlecht: m / w	
Variable V		<b>Pflege- und Hilfebefürhtiger</b>	<b>Ratsuchender</b>	<b>Hauptpflegeperson</b>
V1	Eingruppierung/ Widerspruch/ Antragstellung (PK)	PS0 PSI PSII PSIII	PS0 PSI PSII PSIII	PS0 PSI PSII PSIII
V2	Hochaltrigkeit (>= 80 Jahre)	ja / nein	ja / nein	ja / nein
V3	Zunehmende Hilfe- und Pflegebedürftigkeit	ja / nein	ja / nein	ja / nein
V4	Multimorbidität	ja / nein	ja / nein	ja / nein
V5	Schlaganfall	ja / nein	ja / nein	ja / nein
V6	Parkinson	ja / nein	ja / nein	ja / nein
V7	Demenz	ja / nein	ja / nein	ja / nein
V8	MS	ja / nein	ja / nein	ja / nein
V9	Krebserkrankung	ja / nein	ja / nein	ja / nein
V10	Amputation/gravierende körp. Einschränkung	ja / nein	ja / nein	ja / nein
V11	psychiatrische Erkrankung	ja / nein	ja / nein	ja / nein
V12	Sturzgefahr	ja / nein	ja / nein	ja / nein
V13	Zustand nach Sturz	ja / nein	ja / nein	ja / nein
V14	Sonstige Erkrankungen	welche:	welche:	welche:
V15	Bewältigung der Lebenssituation (nicht überfordert)	0----1----2----3	0----1----2----3	0----1----2----3
V16	Freie Beweglichkeit innerhalb der Wohnung vorhanden (Selbständigkeit und Mobilität nicht beeinträchtigt)	0----1----2----3	0----1----2----3	0----1----2----3
V17	Freie Beweglichkeit außerhalb der Wohnung vorhanden (Selbständigkeit und Mobilität nicht beeinträchtigt)	0----1----2----3	0----1----2----3	0----1----2----3
V18	finanzielle Ressourcen vorhanden	0----1----2----3	0----1----2----3	0----1----2----3
V19	Lebenswille, Antrieb/Motivation vorhanden (keine depressive Verstimmung)	0----1----2----3	0----1----2----3	0----1----2----3
V20	Mitwirkungs- und Veränderungsbereitschaft vorhanden	0----1----2----3	0----1----2----3	0----1----2----3
V21	Bildungsniveau, Informationsstand vorhanden	0----1----2----3	0----1----2----3	0----1----2----3
V22	Selbstorg.fähigkeit, Plan.fähigk., Problemlösefähigk. vorhanden	0----1----2----3	0----1----2----3	0----1----2----3
V23	Erfahrung im Umgang mit Institutionen vorhanden	0----1----2----3	0----1----2----3	0----1----2----3
V24	Sprachverständnis vorhanden	0----1----2----3	0----1----2----3	0----1----2----3
V25		Offene Bemerkungen:	Offene Bemerkungen:	Offene Bemerkungen:

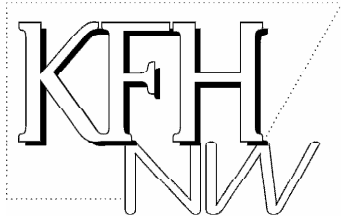
Erklärung:

0 = trifft nicht zu

1 = trifft geringfügig zu

2 = trifft überwiegend zu

3 = trifft vollkommen zu



Katholische  
Fachhochschule ○ ○ ○ ○  
Nordrhein-Westfalen

*University of Applied Sciences*

## **Anlagen zum Bericht der katholischen Fachhochschule Münster (III.3)**

### **Teil B:**

#### **Anlage 3: Qualitätsstandards**

- I. Leitprinzipien der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management
- II. Ortsunabhängige Qualitätsstandards
- III. Fallbestimmungsinstrument
- IV. Instrument zur Situationsaufnahme und Bedarfsfeststellung
- V. Serviceplan- und Prozesssteuerungsinstrument
- VI. Gesichtete Qualitätsstandards von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen

**Anhang I:**  
**Leitprinzipien der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management. Quelle: www.dgcc.de, Stand 02.02.2007**

„Fachgruppe Case Management der DGS (Hrsg.)<sup>i</sup>

**Leitprinzipien:**  
**Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen**

Das Positionspapier wurde erarbeitet von der Arbeitsgruppe Essentials: Cornelia Kling-Kirchner, Hugo Mennemann (Sprecher), Michael Monzer, Andreas Podeswik

## 1. Leitprinzipien mit Blick auf ...

### a. den Adressaten/den Klienten<sup>ii</sup>

CM dient dem Adressaten/ Klienten und berücksichtigt dabei die folgenden Grundlagen:

- **Klientenorientierung** beinhaltet die individuelle, personenbezogene Einbeziehung des Klienten in die Bedarfserhebung sowie die strikte Ausrichtung der Unterstützungsangebote an dem Bedarf des Klienten. Dieser wird möglichst umfassend in alle Abläufe des CM einbezogen und in diesem Rahmen zur Verantwortungsübernahme ermutigt.
- **Lebensweltnähe** bezeichnet die Bezugnahme auf die Lebenssituation des Klienten: Im Rahmen des CM wird dieser in seiner sozialen und örtlichen Lebensumwelt in jeder Unterstützungsphase einbezogen.
- **Mehrdimensionalität des Menschen** drückt die Berücksichtigung im Hilfeprozess relevanter psychischer (seelischen, emotionalen und kognitiven), physischer, sozialer, organisationsbezogener und örtlicher Merkmale des Adressaten aus.
- **Ressourcenorientierung** bezeichnet im Gegensatz zur Defizitorientierung die prioritäre Ausrichtung des Hilfeangebotes an der Gesamtheit der vorhandenen Fähigkeiten / Fertigkeiten des Klienten, der vorhandenen personellen und materiellen Hilfen, um diese zur Lösung einer bestimmten Aufgabe so weit wie möglich zu erhalten und zu stärken sowie gegebenenfalls auszubauen.
- **Empowerment** im Sinne von Selbstbefähigung des Menschen beinhaltet die Förderung selbstbestimmten Handelns durch Ermutigung, Informationsvermittlung, Beratung und Unterstützung. Eigenkräfte und Kompetenzen werden gefördert, um dadurch die Adressaten in ihren Handlungen zu bestärken. Im Rahmen des CM gehört dazu wesentlich die Förderung der Motivation, notwendige Angebote in Anspruch zu nehmen. Im CM liegt die Priorität auf Unterstützungshandeln und falls notwendig kommt anwaltschaftliches Handeln zum Tragen.

### b. Fachlichkeit

CM wird gemäß dem aktuellen Stand der fachlichen Erkenntnisse auf **qualitätsvolle Weise** erbracht. Hierzu zählen:

- **Interprofessionalität** steht für fachübergreifende Zusammenarbeit, Tätigkeit und Denkweise im Rahmen des CM-Prozesses
- **Neutralität** bezeichnet – positiv formuliert – die Möglichkeit des Case Managers, die Angebote ohne Rücksicht auf Eigeninteressen des Case Managers oder seines Trägers an dem Bedarf des Adressaten der Hilfe auszurichten.
- **Effektivität** im Rahmen des CM dient der größtmöglichen Wirksamkeit erbrachter Unterstützungsleistungen.
- **Effizienz** im Rahmen der Methode des CM dient dem ökonomischen Einsatz der Unterstützungsleistungen durch vernetzte Zusammenarbeit.



- **Leistungstransparenz** in zweifacher Hinsicht: im Sinne des Empowerments für die Klienten sowie für die Kooperationspartner und Kostenträger, um eine möglichst abgestimmte, vernetzte Leistung anbieten zu können. Der Hilfeplan als Kontrakt, das Monitoring und die Evaluation dienen u.a. der Leistungstransparenz.

Dem Case Manager kommt eine **autorisierte Stellung** im lokalen Versorgungsgefüge zu. Die Anwendung von CM setzt die Akzeptanz des Case Managers als Mit-Initiator und Mit-Gestalter von Netzwerkverbindungen und die fachliche Anerkennung seiner Einrichtung in der regionalen Versorgungslandschaft voraus.

### c. Gesellschafts- und sozialpolitische Ordnungsgesichtspunkte

CM ist ein Teil des Sozial- und Gesundheitswesens und berücksichtigt dabei:

- CM greift **nachrangig** dort, wo Eigenhilfe und informelle Hilfe nicht ausreichen.
- CM ist ausgerichtet am Prinzip des **Welfaremix**: Dieses meint das Ineinandergreifen von informellen Netzwerken, professionellen und beruflich erbrachten Dienstleistungen, staatlich garantierten Leistungen und auf bürgerschaftlichem Engagement basierenden Unterstützungs- und Solidaritätsformen.
- Die Ausrichtung der Hilfeerbringung an dem Bedarf des Adressaten in einer komplexen Hilfesituation nötigt den CM in aller Regel dazu, **quer zu den bestehenden segmentierten Kosten- und Leistungsträgerstrukturen** zu agieren und diese zumindest teilweise zu überwinden.
- CM folgt dem gesetzlichen Grundsatz: **Ambulant vor teilstationär vor stationär.**

## 2. Inhaltliche Bestimmung

### a. Anlass/Zielgruppe:

CM soll nur nach entsprechender fachlicher Begründung / Indikation eingesetzt werden:

CM greift bei Menschen in **komplexen Problemlagen**, zu deren Lösung eine Beteiligung mehrerer Akteure (Leistungserbringer), die in einem **kooperativem Prozess** aufeinander abgestimmt agieren, notwendig ist (**hohe Akteursdichte**). Sofern zwar die Klärung einer komplexen Notlage, aber keine Kooperation von Diensten zur Behebung dieser notwendig ist, handelt es sich nicht um ein Case Management, sondern um einen allgemeinen Beratungsprozess.

### b. Ziele

Die Ziele berücksichtigen den individuellen und gesellschaftlichen Kontext:

- der individuelle Versorgungsbedarf eines Klienten soll mittels **direkter Kommunikation, Veränderung der Klientenumgebung und externer Leistungserbringung** abgedeckt werden, um die individuelle Versorgungssituation sicherzustellen
- soziale und gesundheitliche Lebensanforderungen, die vom Adressaten und seiner Umwelt dauerhaft nicht alleine bewältigt werden können, sollen **handlungsorientiert, kognitiv und emotional** vom Adressaten und seiner Umwelt bewältigt werden können
- der Adressat soll **am Alltag der Bezugsgruppe teilhaben** können (§§ 33, 44, 55, §§ 39, 40 BSHG: Teilhabe am Arbeitsleben, am Leben in der Gemeinschaft und am kulturellen Leben. ICF (Internationale Klassifikation der Funktionen WHO) versteht unter Partizipation das Einbezogensein in eine Lebenssituation.

### c. Handlungsrahmen:

Case Management umfasst die Einzelfall- und die Systemebene

- Die **Einzelfallebene** ist strukturiert durch die Phasen: (Outreach, Case Finding, Screening, Intake) Assessment, Hilfeplanung, Durchführung und Leistungssteuerung (Linking), Monitoring, (Reassessment) Evaluation. Im CM werden Versorgungsangebote und Dienstleistungen **mit Blick auf den Einzelfall** erhoben, geplant, implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert.
- Die **Systemebene** bezeichnet die Vernetzung der Dienstleistungsanbieter und informellen Hilfen vor Ort. Vernetzung bezeichnet die Initiierung und den Aufbau sowie die prozesshafte Pflege und Überprüfung standardisierter Kooperations- und Koordinationsstrukturen im lokalen Versorgungsgefüge. Die Systemebene unterscheidet CM wesentlich von anderen Beratungsformen. Darüber hinaus hat CM den Anspruch, einzelfallübergreifend mittels des Abgleichs von Bedarfs- und Bestandsanalysen Einfluss auf die strategische und politische Ebene zu nehmen.

## 3. Rahmenbedingungen für Standards

### a. Strukturmerkmale des CM

Die strukturellen Kennzeichen des CM-Prozesses sind:

- Der CM-Prozess ist i.d.R. **zeitlich begrenzt**. Ein Zeitrahmen wird im Hilfeplan definiert.
- Die **Kontinuität in der Fallintervention und –verantwortlichkeit** ist gewährleistet. Sie liegt i.d.R. bei einer Person oder ggf. bei einem Team.
- Die Implementierung von CM geschieht auf **methodischer, institutioneller und regionaler Ebene**. CM auf der Systemebene setzt institutionelle und regionale, das lokale Versorgungsgefüge betreffende Möglichkeiten zur Veränderung voraus.
- CM benötigt einen **Auftraggeber**, dem gegenüber Rechenschaft über die Tätigkeit abzulegen ist.
- CM ist als auf den spezifischen Einzelfall ausgerichtetes Methodenset **abzugrenzen** von institutionenbezogenen Care Management Systemen sowie von fallgruppenbezogenen Regelverläufen etwa im Pathway Management und disease Management.
- **CM umfasst die Leistungsbereiche** Informationsweitergabe, Beratung, Anleitung sowie auf der Systemebene die Steuerung von Hilfeprozessen und die Anwendung von Konzepten und Methoden der Vernetzungsarbeit

### b. Qualitätsmerkmale

CM wird auf der Basis eines Qualitätsmanagements durchgeführt.

- Der Arbeit des Case Managers liegt eine **detaillierte Produkt- und Leistungsbeschreibung** zu Grunde (Was tut der Case Manager?)
- **Struktur-** (welche Rahmenbedingungen liegen der Arbeit zu Grunde?), **Prozess-** (wie soll gearbeitet werden?) und **Ergebnisqualitätsstandards** (was wurde erreicht? Effektivität und Effizienz) sind benannt.
- Die **Arbeitsinstrumente** sind weitgehend **standardisiert** (z.B. softwaregestütztes Assessment, Hilfeplanung, ...). Der CM-Prozess sollte weitestgehend unabhängig von der Person des Case Managers sein.
- Die **Ergebnisse werden standardisiert, systematisch und regelhaft dokumentiert und evaluiert** (nach Möglichkeit auch mit Blick auf die Effizienz)
- **Qualitätssichernde Maßnahmen** werden prozesshaft und regelhaft benannt und durchgeführt.

### c. Kompetenzen

CM wird von Personen mit entsprechender Fachkompetenz angewendet:

- Das erwartbare **Kompetenzprofil** eines Case Managers umfasst die Bereiche berufliches Selbstverständnis, Fach- und Systemkompetenz (inklusive interdisziplinäres Fachwissen im jeweiligen Handlungsfeld), Methoden- und Verfahrenskompetenz, soziale Kompetenz, Selbstkompetenz
- Die Kompetenzen zur Gestaltung der Einzelfall- und der Systemebene liegen **in einer Hand** - bei dem Case Manager, seiner Einrichtung oder politischen Instanzen, auf die er direkt oder indirekt Einfluss nehmen kann.

Stand: November 2004“

---

I. Ansprechpartner:

Löcherbach, Peter (Sprecher der Fachgruppe CM-DGSozialarbeit)

eMail: doktor.p@case-manager.de

Mennemann, Hugo (Sprecher der Arbeitsgruppe Essentials);

eMail: h.mennemann@kfhnw.de

II. Die männliche Schreibweise wird nur verwendet, um den Text möglichst lesbar zu gestalten. Die Bezeichnung für den Adressaten der Hilfe ist im Sozial- und Gesundheitsbereich nicht einheitlich. Wir meinen mit diesen Begriffen möglichst neutrale gefunden zu haben, die weder ein hierarchisches Verhältnis ausdrücken noch Merkmale unterstellen, die im Hilfeprozess nicht vorhanden sind.

**Anhang II.  
Ortsunabhängige Qualitätsstandards  
für Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen**

---

**Produkt:  
Kodierungsnummer:**

**Auskunft  
PWB I**

---

<b>I. Auskunft</b>	
<b>1. Definition</b>	
a) Kurzdefinition	Auskunft bezeichnet eine gezielte Wissensvermittlung mit Blick auf eine spezifische Frage. Die Wissensvermittlung steht entweder für sich alleine oder sie erfolgt im Rahmen eines komplexen Beratungsprozesses.
b) inhaltliche Beschreibung	Eine Auskunft in der Pflege- und/oder Wohnberatung beinhaltet die Beantwortung der Fragen zu Themen des Alterns, Erkrankungen von Pflegebedürftigen, Kosten und Finanzierungsmöglichkeiten / Kostenträgern, Wohnungsanpassungsmöglichkeiten, Barrierefreiheit, Dienstleistungsangeboten, Rechtsgrundlagen, Betreuungsfragen. Auskunft setzt nicht notwendig die Aufnahme der gesamten Lebenssituation des Pflegebedürftigen durch den Berater voraus. Der Berater kann begründet davon ausgehen, dass der Ratsuchende ohne weitere Hilfe seine Situation klären kann, oder weitere Hilfe nicht erwünscht oder angebracht ist.
<b>2. Ziele</b>	
	Ziel ist es, die Fragen des Ratsuchenden zu beantworten und ihn mit Informationen und Kontakthinweisen zu versorgen, damit dieser anschließend selbst tätig werden kann. Ein spezielles Ziel stellt die <u>Prävention</u> dar: Erkennt der Berater einen verborgenen, tiefer gehenden Hilfebedarf, der über die Auskunfterteilung hinausgeht, soll das „Case finding“ durchgeführt werden (PWB II.1).
<b>3. Struktur</b>	
a) Voraussetzungen	Um eine Auskunft optimal durchführen zu können: - stehen Zeiten zur telefonischen und/oder persönlichen Erreichbarkeit fest - sollte ein Zugriff auf eine Datenbank und/oder Informationsmaterialien gewährleistet sein - sollte die Auskunft in ihrem Verlauf bzw. ihren Bestandteilen dokumentiert und verwaltet werden. - Zudem ist das Vorhandensein von EDV und Informationsmaterial erforderlich insbesondere zu den Inhalten: - Hinweise zum SGB XI: Pflegebegriff, Pflegestufen, Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege, § 45 - Hinweise zu ambulanten, komplementären sowie teil- und vollstationären Dienstleistern vor Ort - Hinweise zu Erkrankungen von Pflegebedürftigen: etwa Demenz, Schlaganfall, Parkinson - Hinweise zu Wohnungsanpassungsmaßnahmen und Barrierefreiheit - Hinweise zur eigenen Beratungsstelle
b) Ort	In der Beratungsstelle oder in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen. Auskünfte erfolgen häufig auch fernmündlich.
c) Personal	Mitarbeiter der Pflege- und/oder Wohnberatungsstelle
<b>4. Prozess</b>	
a) Methoden	Auskünfte/Informationen werden (fern-)mündlich oder im persönlichen Gespräch erteilt sowie schriftlich in Form von Informationsmaterial versandt.
b) zeitliche Abfolge	Zu Beginn muss das gegenseitige Verstehen, ggf. der Verstehenskontext geklärt werden. Dann erfolgt die gezielte und auf den Ratsuchenden und seine Belange abgestimmte Auskunft. Wird bei diesem Gespräch ein Bedarf für eine weitergehende Beratung erkannt, wird der Ratsuchende zu dieser ermuntert.
<b>5. Ergebnis</b>	
a) Output	Der Ratsuchende ist zielgerichtet sowie umfassend und ausreichend informiert worden zu seiner Ausgangsfragestellung.

	Die Auskunft wurde dokumentiert.
b) Outcome	Der Ratsuchende sieht sich in die Lage gesetzt, seine Angelegenheit eigenständig zu regeln. Das eventuelle Vorhandensein einer tiefer gehenden Problemlage ist vom Berater erkannt worden. Das „Case finding“ ( <i>PWB II.1</i> ) wird bei Notwendigkeit eingeleitet.

**Pflege- und/oder Wohnberatung  
ortsunabhängiger Qualitätsstandard**

---

**Produkt:  
Kodierungsnummer:**

**Problemlösungsberatung  
PWB II**

---

## II. Problemlösungsberatung

### 1. Definition

a) Kurzdefinition	<p>Die Problemlösungsberatung meint die Klärung einer komplexen Lebenssituation des Pflegebedürftigen, die Erarbeitung von Lösungsstrategien und ggf. die Übernahme einzelner Maßnahmen seitens des Beraters. Dieses Produkt besteht aus den Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Gesprächseröffnung sowie Fall- und Leistungsangebotsbestimmung (PWB II.1)</li><li>- Situationsaufnahme und Bedarfsfeststellung („Assessment“), PWB II.2)</li><li>- Serviceplan – Ziele und Maßnahmenbestimmung im Einzelfall (PWB II.3) und</li><li>- Nachgehende Beobachtung (PWB II.4)</li></ul>
b) inhaltliche Beschreibung	<p>Im Zentrum der Beratung steht das Gespräch zwischen dem Pflege- und/oder Wohnberater und dem Ratsuchenden. Das Klientensystem kann aus mehreren Personen bestehen. Die Ausgangssituation ist so komplex, dass ihre Klärung und die Erarbeitung von Problemlösungsstrategien die Aufnahme der gesamten Pflegesituation notwendig macht, ein „Case finding“ und „Intake“ wurden durchgeführt (PWB II.1). Offene Verfahren und ein standardisiertes Instrument kommen zum Einsatz (-&gt; <i>Assessment</i>, PWB II.2). Die im Serviceplan (PWB II.3) im Dialog festgehaltenen Ziele und Maßnahmen kann der Ratsuchende entweder selber verfolgen oder der Pflege- und/oder Wohnberater übernimmt stellvertretend Teilaufgaben. Eine Koordination von Diensten seitens des Pflege- und/oder Wohnberaters ist nicht erforderlich. Es erfolgt eine „Nachgehende Beobachtung“ nach einem vereinbarten Zeitraum (PWB II.4)</p>

### 2. Ziele

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ziele der Problemlösungsberatung können sein:</li><li>- das Sicherstellen der (häuslichen) Pflegesituation</li><li>- die Aufnahme und Klärung der komplexen Lebenssituation</li><li>- die Feststellung des Unterstützungsbedarfes</li><li>- die Erarbeitung von Zielen und Problemlösungsstrategien</li><li>- die Motivationsförderung, dass das Klientensystem die notwendigen Maßnahmen selber einleitet oder durchführt</li><li>- die Stärkung der Selbsthilfepotentiale</li><li>- das Herausfinden der vom Pflege- und/oder Wohnberater zu übernehmenden Hilfemaßnahmen</li><li>- die Weitervermittlung an andere Dienstleister</li><li>- die Einleitung einer Versorgungssteuerung (PWB III)</li></ul>
--	---

### 3. Struktur

a) Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"><li>- ein Kriterienkatalog zum Erkennen komplexer Lebenssituationen liegt vor (PWB II.1)</li><li>- ein Instrument zur umfangreichen Aufnahme der Lebenssituation liegt vor. Es beinhaltet offene Fragen und ein standardisiertes Instrument. Es erlaubt die Aufnahme unterschiedlicher Perspektiven und eine gezielte Prioritätensetzung (-&gt; <i>Assessment</i>, PWB II.2).</li><li>- feste Beratungszeiten</li><li>- Telefon, Fax, Softwarelösung</li><li>- Informationsmaterial</li></ul>
b) Ort	<p>Pflege- und/oder Wohnberatungsstelle oder in der Häuslichkeit des Ratsuchenden. Bei Bedarf an anderen Orten, z.B. im Krankenhaus nach Absprache mit den dort zuständigen Instanzen (i.d.R. Sozialdienst)</p>
c) Personal	<p>Pflege- und/oder Wohnberater, der anerkannt ist als Case Manager nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management</p>



#### 4. Prozess

##### a) Methoden

- allgemeine Beratungskompetenz, insbesondere problemlösungsorientierte und motivationsfördernde Beratung
- beraterisch kompetente Anwendung offener und standardisierter Instrumente (*Case Finding, PWB II.1, Assessment, PWB II.2, Serviceplan, PWB II.3, s. Anhänge 1-3*)

##### b) zeitliche Abfolge

- Herstellung einer vertrauensvollen Beziehungs- und Gesprächsgrundlage
- Fallklärung
- Vereinbarung über Durchführung der Problemlösungsberatung
- ggf. sichere Kontaktherstellung und nun Herstellung einer vertrauensvollen Beziehungs- und Gesprächsgrundlage
- Aufnahme der komplexen Lebenssituation - phänomennahe und systematische, standardisierte Situationsaufnahme mehrperspektivisch
- dialogische Gesprächsführung
- Bedarfsermittlung (Ressourcen- und Problemlagen) mit Prioritätensetzung
- Zielformulierung und Aufstellen von Zielhierarchien
- Erarbeitung von Problemlösungsstrategien
- Vereinbarung eines Serviceplans
- ggf. Übernahme von Teilaufgaben seitens des Pflege- und/oder Wohnberaters
- Durchführung einer nachgehenden Beobachtung

#### 5. Ergebnis

##### a) Output

Komplexe Beratungssituation wurde festgestellt und gegenseitig Zuständigkeit/Bereitschaft erklärt. Situationsaufnahme und Bedarfsfeststellung sowie Prioritätensetzung wurden durchgeführt und nach einem standardisierten Verfahren dokumentiert. Ein Problemlösungsvorschlag inklusive Zielformulierungen und Maßnahmenbestimmung im Rahmen des Serviceplans konnte erarbeitet werden, wurde dokumentiert und liegt als Kontrakt unterzeichnet vor. Der Pflege- und/oder Wohnberater übernimmt ggf. Teilaufgaben. Ggf. wurde eine Versorgungssteuerung (PWB III) eingeleitet. Eine „Nachgehende Beobachtung“ wurde durchgeführt.

##### b) Outcome

Die (häusliche) Situation des Ratsuchenden kann ohne weitere Unterstützung oder nach Übernahme von Teilaufgaben des Pflege- und/oder Wohnberaters nachhaltig sichergestellt werden. Nachhaltig meint die Sicherstellung der Pflegesituation bis zur Veränderung der Ausgangssituation, die eine teilweise oder komplette Neuaufnahme notwendig macht. Bei Bedarf wurde eine Versorgungssteuerung (PWB III) eingeleitet.

**Pflege- und/oder Wohnberatung  
ortsunabhängiger Qualitätsstandard**

---

<b>Produkt:</b>	<b>Problemlösungsberatung</b>
<b>Leistung:</b>	<b>Gesprächseröffnung sowie „Fall“- und Leistungsangebotsklärung („case finding“, „intake“)</b>
<b>Kodierungsnummer:</b>	<b>PWB II.1</b>

---

## **II.1 Gesprächseröffnung sowie „Fall-, und Leistungsangebotsbestimmung („case finding“ und „intake“)**

### **1. Definition**

a) Kurzdefinition	<p>Die „Gesprächseröffnung sowie Fall- und Leistungsangebotsklärung“ bezeichnet den Beziehungs- und Gesprächsaufbau, sofern der Pflege- und Wohnberater diese Leistung erbringt, die Bestimmung des „Falls“ ggf. als „Case Management-Fall“ („case finding“) und des notwendigen Leistungssegments, die sichere Kontaktherstellung („access“), sofern der Pflege- und/oder Wohnberater erst nach dem Case finding hinzugezogen wird, sowie den gegenseitigen Entschluss, bei Bedarf den Case Management-Prozess zu beginnen („Intake“).</p> <p><i>Hinweis: Der Begriff „Fall“ meint die Situation der Person.</i></p>
b) inhaltliche Beschreibung	<p>Ein vertrauensvoller Beziehungs- und Gesprächsaufbau stellt die Grundlage aller weiteren Schritte im Case Management dar. Voraussetzungen der Bestimmung adäquater Hilfe und deren Annahme sind Vertrauen und konstruktive Zusammenarbeit.</p> <p>Anhand festgelegter Grobkriterien wird im „case finding“ der Leistungsbe- reich bestimmt. Nach Möglichkeit sind die Kriterien zur Fallbestimmung eva- luiert mit Blick auf Objektivität, Reliabilität und Validität („Screeninginstru- ment“). Es muss geklärt werden, ob</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- eine psycho-soziale Krisensituation vorliegt, die vorrangig der Einleitung einer gezielten Krisenintervention bedarf, damit Pflege- und/oder Woh- nungsanpassungsmaßnahmen greifen können</li> <li>- eine Verwahrlosungssituation vorliegt, die vorrangig der Einleitung von Fürsorgemaßnahmen bedarf, damit Pflege- und/oder Wohnungsanpas- sungsmaßnahmen greifen können</li> <li>- die Indikatoren zur Durchführung einer Problemlösungsberatung (PWB II) vorliegen. Allgemeine Indikatoren für die Notwendigkeit des Einsatzes einer Problemlösungsberatung sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>- es liegt eine komplexe, vielschichtige Lebenssituation vor</li> <li>- professionelle Hilfe ist notwendig: „Subsidiaritätsprinzip“</li> <li>- professionelle Hilfe ist erwünscht</li> </ul> </li> </ul> <p>Aus der Praxis heraus ist für Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen ein Überleitungsinstrument entstanden, um schnell für Pflege- und/oder Wohn- beratung relevante „Fälle“ ausfindig zu machen (Anhang III). Es weist die folgenden Kriterien auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zunehmende Hilfe-/Pflegebedürftigkeit bei Fehlen einer/der Pflegebe- zugsperson</li> <li>- Überforderung des Pflegebedürftigen und/oder der Pflegeperson mit der Situation</li> <li>- Bewegungseinschränkungen, die die Selbstständigkeit stark beeinträch- tigen und/oder die Pflege erschweren</li> <li>- Sturzgefahr</li> <li>- Antragstellung / Eingruppierung / Widerspruch (Pflegekasse und andere Kostenträger)</li> </ul> <p>Der Bestimmung des „Falles“ folgt der beiderseitige Entschluss, eine Prob- lemlösungsberatung durchzuführen („Intake“). Diesem kann sich dann bei Bedarf eine Versorgungssteuerung anschließen (PWB III).</p>

### **2. Ziele**

- Herstellung einer vertrauensvollen, für den Beratungsprozess tragfähigen Beziehung und Gesprächsatmosphäre, sofern der Pflege- und/oder Wohnberater diese Leistung erbringt.
- Erfolgreiches und zuverlässiges Herausfinden von Case Management- Fällen („case finding“)

	<p>verlässliche Kontaktherstellung zum Pflege- und/oder Wohnberater („access“), sofern dieser nicht selber das case finding durchgeführt hat</p> <p>Beiderseitiger Entschluss zur Durchführung des weiteren Leistungsprozesses („Intake“)</p> <p>angemessene Einleitung weiterer Leistungsschritte: psycho-soziale Beratung, Krisenintervention, Problemlösungsberatung mit oder ohne stellvertretende Ausführung, Case Management jeweils in den Bereichen Pflege- und/oder Wohnberatung oder ausschließliche Weiterleitung an andere Dienstleister ohne weitere Beteiligung der Pflege- und/oder Wohnberatung</p>
<b>3. Struktur</b>	
a) Voraussetzungen	Ein festgelegter Kriterienkatalog zum Herausfinden von Case Management-Fällen liegt vor und ist nach Möglichkeit evaluiert („Screeninginstrument“ oder Kriterienkatalog).
b) Ort	Beratungsstelle, in der Häuslichkeit des Adressaten, bei kooperierenden Dienstleistungsanbietern, fernmündlich
c) Personal	Mitarbeiter der Beratungsstelle (Verwaltungskraft, Case Manager); Mitarbeiter anderer Institutionen (des CM-Netzwerkes), die auf die Beratungsstelle verweisen.
<b>4. Prozess</b>	
a) Methoden	<p>Allgemeine Beratungsmethoden, insbesondere motivationsfördernde und lösungsorientierte Beratung</p> <p>Anwendung eines Kriterienkataloges (s. Beispiel, Anhang III) oder sogar eines „Screeninginstrumentes“. Letzteres gibt es für Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen noch nicht.</p>
b) zeitliche Abfolge	<p>Zunächst wird eine vertrauensvolle Atmosphäre hergestellt. Je nach Notwendigkeit kommt der Kriterienkatalog oder das Screeninginstrument zur Anwendung.</p> <p>Bei Bedarf werden der Kontakt zur Pflege- und/oder Wohnberatungsstelle verlässlich hergestellt („access“) und eine Einleitung des Assessments und des Serviceplanes zwischen Pflege- und/oder Wohnberater sowie Klientensystem vereinbart („intake“).</p> <p>Die Phase „Gesprächseröffnung sowie Fall- und Leistungsangebotsklärung“ umfasst eine Gesprächseinheit oder Teile des ersten Gespräches.</p>
<b>5. Ergebnis</b>	
a) Output	<p>Vertrauensvolle Atmosphäre wurde hergestellt.</p> <p>Kriterienkatalog wurde angewandt, d.h. ausgefüllt und ausgewertet.</p> <p>Es liegt eine klare Entscheidung von beiden Seiten (Klientensystem und Berater) bzgl. des weiteren Leistungsprozesses vor.</p> <p>Der Kontakt zum Pflege- und/oder Wohnberater ist vorläufig hergestellt: ein Termin ist vereinbart.</p> <p>Bei Case Management-Fällen wird die Durchführung eines Assessments (PWB II.2) initiiert.</p>
b) Outcome	<p>Der Gesprächsbeginn stellt eine tragfähige Beziehungs- und Gesprächsgrundlage des gesamten Beratungsprozesses dar.</p> <p>Alle CM-Fälle konnten sicher ausfindig gemacht werden.</p> <p>Das Assessment konnte bei Bedarf verlässlich eingeleitet werden.</p> <p>Das Leistungsangebot konnte den tatsächlich vorhandenen Bedarf entsprechend ausfindig gemacht werden.</p>

**Pflege- und/oder Wohnberatung  
ortsunabhängiger Qualitätsstandard**

---

<b>Produkt:</b>	<b>Problemlösungsberatung</b>
<b>Leistung:</b>	<b>Situationsaufnahme und Bedarfsfeststellung („Assessment“)</b>
<b>Kodierungsnummer:</b>	<b>PWB II.2</b>

---

## **II.2 Situationsaufnahme und Bedarfsfeststellung („Assessment“)**

### **1. Definition**

a) Kurzdefinition	Das Assessment beinhaltet die multiperspektivische, phänomennahe und bzgl. der Inhalte und der Dokumentation standardisierte sowie systematische Situationsaufnahme der Ressourcen und Defizite der Situation des Pflegebedürftigen (Informationserhebung) sowie die Bedarfsfeststellung mit Prioritätenfestsetzung (Informationsbewertung) und Informationsdokumentation.
b) inhaltliche Beschreibung	<p>Im Zentrum des Assessments steht das Fachgespräch mit dem Pflegebedürftigen und ggf. weiteren Bezugspersonen. Dem Gespräch liegt zu Beginn ein Instrumentarium mit offenen Fragen zur phänomennahen Situationsaufnahme aus Sicht der Adressaten zugrunde. Diese sollte nach Möglichkeit „im Originalton“ festgehalten werden, um die späteren Ziele und Maßnahmen (-&gt; <i>Serviceplan, PWB II.3</i>) noch einmal rückbinden zu können an den ursprünglich vom Adressaten benannten Beratungsbedarf. Negative Folgen des notwendigen Klientelisierungsprozesses können so aufgefangen werden.</p> <p>Im Anschluss an den offenen Beginn liegt dem Gespräch ein standardisiertes Assessmentinstrument zugrunde. Case Management steht dabei für die weitestgehende Standardisierung aller relevanten Beratungsinhalte und der Dokumentation (PWB VIII.1).</p> <p>Ständige dialogische Rückflüsse zwischen Berater und Pflegebedürftigen sowie Angehörigen sichern das gegenseitige Verstehen.</p> <p>In das Assessment fließen zumindest die Überzeugungen des Adressaten und des Case Managers ein. Das Klientensystem kann mehrere Personen mit unterschiedlichen Perspektiven beinhalten, die auch einzeln festgehalten werden. Darüber hinaus können Diagnosen, Assessments, Gutachten jeglicher Art anderer beteiligter Dienstleister hinzugezogen werden.</p> <p>Das Assessment in der Pflege- und/oder Wohnberatung umfasst die Aufnahme von Ressourcen und Kompetenzen sowie Problemen und die Feststellung eines Hilfebedarfes in den folgenden Inhaltsbereichen (-&gt; siehe Assessmentinstrument, Anhang IV):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Stammdaten</li><li>- Lebenssituation und Unterstützungsbedarf: Pflege/Gesundheit, Heilmittel, Haushalt, Sozialer Bereich, Wohnungsanpassungsmöglichkeiten, Hilfe zur Koordination, Zusammenarbeit auf der Netzwerkebene, Gesamteinschätzung, Zeitaufwand</li><li>- Beraterische Tätigkeit des CM (Einzelfallebene): Finanzielle Situation, psychosoziale Beratung, psychosoziale Unterstützung der Angehörigen, Krisenintervention, Hilfe bei Organisation der Pflege</li></ul> <p>Die Auswertung der unterschiedlichen Perspektiven und die Bedarfsfeststellung liegen in der Verantwortung des Pflege- und/oder Wohnberaters.</p>

### **2. Ziele**

	Ziel des Assessments ist die Bedarfsfeststellung im Abgleich der unterschiedlichen Perspektiven sowie der Ressourcen und Defizite. Nach Möglichkeit ist der schriftlich festgehaltene Bedarf kategorisiert nach Schweregraden. Die priorisierte Bedarfsfeststellung leitet direkt über zur Zielformulierung im Rahmen des Serviceplans ( <i>PWB II.3</i> ).
--	---

### **3. Struktur**

a) Voraussetzungen	Die Notwendigkeit der Durchführung eines Assessments wurde geprüft (-> <i>case finding, PWB II.1</i> ) und die beiderseitige Bereitschaft geklärt (-> „ <i>intake</i> “, <i>PWB II.1</i> ) sowie ggf. der Kontakt hergestellt („ <i>access</i> “). Ein Instrument mit offenen Fragen zur phänomennahen Situationsaufnahme und ein systematisches, standardisiertes Assessmentinstrument liegen
--------------------	---

	schriftlich vor. Die Instrumente sind nach Möglichkeit in einer Beratungssoftware zugänglich und ausfüllbar.
b) Ort	In der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen (unbedingt notwendig bei Wohnungsanpassungsmaßnahmen) oder in der Beratungsstelle. In seltenen Fällen an anderen Orten, z.B. im Krankenhaus.
c) Personal	Das Assessment wird vom Case Manager durchgeführt, der nach Studium oder über Weiterbildungen allgemeine Beratungskompetenzen nachweisen kann. <i>Allgemeiner Hinweis zum Case Manager: dieser kann unterschiedlichen Professionen angehören. Er ist zertifizierter Case Manager nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management.</i>
<b>4. Prozess</b>	
a) Methoden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- allgemeine Beratungsmethoden; insbesondere motivationsfördernde und lösungsorientierte Beratung</li> <li>- bilaterale Gespräche zwischen Pflege- und/oder Wohnberater sowie Klientensystem nach offenem und systematischem, standardisiertem Assessmentinstrument (<i>Anhang IV</i>)</li> <li>- Fallkonferenzen</li> <li>- strukturierte Fragenkataloge, -bögen, Interviewleitfäden und/oder sozialwissenschaftliche Techniken, z.B. Geno-, Sozio- oder Ökogramm</li> </ul>
b) zeitliche Abfolge	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hinzuziehung weiterer Gutachten, Diagnosen o.ä. per Telefonat oder schriftlich vorliegenden Dokumenten</li> <li>- phänomennahe, offene Situationsaufnahme</li> <li>- standardisierte, multiperspektivische Situationsaufnahme</li> <li>- kontinuierlicher dialogischer Rückfluss</li> <li>- Bedarfsfeststellung: Bewertung der Informationserhebung</li> <li>- Prioritätenfestlegung des Bedarfs</li> <li>- Dokumentation zwischendurch oder am Ende dieser Leistung</li> <li>- Mehrfaches Durchlaufen der Gesprächsschritte des Assessments mit Rückkopplungsprozessen bis hin zu Ziel- und Maßnahmenüberlegungen mit Blick auf unterschiedliche Themenbereiche.</li> </ul>
<b>5. Ergebnis</b>	
a) Output	Das Assessmentinstrument, bestehend aus offenen Fragen, standardisierten Inhalten und einer priorisierten Bedarfsfeststellung, wurde ausgefüllt. Die unterschiedlichen Perspektiven wurden ausgewertet. Der Bedarf wurde gewichtet nach Dringlichkeit und Schweregrad. Alle Auskünfte liegen dokumentiert vor.
b) Outcome	Der Bedarf wurde der Wirklichkeit gemäß festgestellt und mit Prioritäten versehen. Eine Serviceplanerstellung konnte gemäß des subsidiär tatsächlich vorhandenen Unterstützungsbedarfs eingeleitet werden.

**Pflege- und/oder Wohnberatung  
ortsunabhängiger Qualitätsstandard**

---

<b>Produkt:</b>	<b>Problemlösungsberatung</b>
<b>Leistung:</b>	<b>Serviceplan – Ziele und Maßnahmenbestimmung im Einzelfall</b>
<b>Kodierungsnummer:</b>	<b>PWB II.3</b>

---



## II.3 Serviceplan – Ziele- und Maßnahmenbestimmung im Einzelfall

### 1. Definition

a) Kurzdefinition	<p>Der Serviceplan ist ein mit dem Pflegebedürftigen und/oder Bezugspersonen dialogisch vereinbarter Kontrakt zur Festlegung der Ziele, Maßnahmen, Durchführenden, Verantwortlichen, der zeitlichen Planung und der Finanzierungsmodalitäten, der i.d.R. vom Adressaten und vom Case Manager unterschrieben wird, um die Verbindlichkeit der Vereinbarung zu dokumentieren.</p> <p><i>Hinweis: Der Serviceplan dokumentiert damit nicht ausschließlich die fachlich fundierte Position des Pflege- und/oder Wohnberaters, sondern die mit dem Adressaten vereinbarte und – sofern Kostenansprüche bestehen - an Kostenträger rückgebundene oder noch zu klärende Grundlage der Maßnahmendurchführung.</i></p>
b) inhaltliche Beschreibung	<p>Der Serviceplan (-&gt; siehe Beispiel Serviceplan, Anhang IV) enthält eine präzise Benennung</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- der Ziele, die an den festgestellten Bedarf aus dem Assessment (PWB II.2) anknüpfen; i.d.R. ein <b>Wirkungsziel</b> (oder auch Grobziel, Makroziel genannt), das festlegt, was nach Beendigung aller Hilfeleistungen erreicht worden sein soll, und diesem zugeordnet mehrere <b>Handlungsziele</b> (oder auch Feinziele, Mikroziele genannt), denen konkrete Maßnahmen zugeordnet werden können. Zwischen Wirkungsziel und Handlungszielen können ggf. auf mehreren Ebenen <b>Bereichsziele</b> (oder auch Rahmenziele, Mesoziele genannt) formuliert werden, die Bezug nehmen auf alle in diesem Einzelfall zur Erreichung des Wirkungszieles relevanten Inhaltsbereiche. Alle Zielformulierungen folgen den „SMART-Kriterien“ (<b>S</b>pezifisch-konkret: klar und eindeutig definiert, <b>M</b>essbar: d.h. möglichst mit entsprechenden Kriterien, <b>A</b>kzeptabel, attraktiv und motivierend, <b>R</b>ealistisch und erreichbar, <b>T</b>erminiert, zeitlich eingegrenzt).</li><li>- der den Handlungszielen zugeordneten <b>Maßnahmen</b>. Die Maßnahmen beziehen sich primär auf die zu beteiligenden Dienste im Case Management-Prozess. Auch Maßnahmen, die vom Adressaten oder ehrenamtlich erbracht werden, sowie die, die der Case Manager selber durchführt, werden festgehalten.</li><li>- der den Maßnahmen zugeordneten <b>Durchführenden</b>. Diese sind i.d.R. andere Dienstleister, können aber auch der Adressat selber, Angehörige, Ehrenamtliche oder der Pflege- und/oder Wohnberater sein.</li><li>- der den Maßnahmen zugeordneten <b>Verantwortlichen</b>. Der Serviceplan hält fest, wer verantwortlich für die Kontaktherstellung ist. Dieses ist i.d.R. der Case Manager. Nach dem Subsidiaritätsprinzip können dies auch der Adressat oder Angehörige sein, sofern sie sich verbindlich dem Kontrakt anschließen.</li><li>- der <b>zeitlichen Planung</b> mit Blick auf die Kontaktaufnahme zu den Durchführenden. Die zeitliche Planung bestimmt die Reihenfolge und Stellung der Maßnahmen zueinander.</li><li>- der <b>Kosten und Kostenträger</b>, sofern dies möglich und notwendig ist. So erlaubt der Hilfeplan eine Gesamtsicht und Bewertung der entstehenden Kosten und Kostenträger.</li></ul> <p>Darüber hinaus ist es empfehlenswert, mit Blick auf alle im Serviceplan genannten Maßnahmen konkrete Kriterien der Prozessbeobachtung und -steuerung (-&gt; <i>Monitoring, PWB III.2</i>) zu nennen: Wer überprüft wie wann was?</p>

### 2. Ziele

Ziel des Serviceplans ist die verbindliche, von den Unzeichnern des Kontraktes verstandene und befürwortete Vereinbarung der Ziele, Maßnahmen, Durchführenden, Verantwortlichen, zeitlichen Planung, Kosten und Kosten-

	träger.
<b>3. Struktur</b>	
a) Voraussetzungen	<p>Voraussetzung des Serviceplans ist eine aus der standardisierten Erhebung der Ist-Situation dokumentierte Bedarfsfeststellung (-&gt; <i>Assessment, PWB II.2</i>). An diese knüpft der Serviceplan mit Benennung der Zielebenen direkt an.</p> <p>Es existiert in schriftlicher Form eine Formatvorlage für den Serviceplan. Diese ist ggf. softwareunterstützt und kann vor Ort ausgedruckt werden.</p> <p>Voraussetzung auch des Serviceplans ist die Anwendung grundsätzlicher beraterischer Grundlagen und Kompetenzen.</p>
b) Ort	Der Serviceplan wird im Büro des Pflege- und/oder Wohnberaters, in der Häuslichkeit des Adressaten oder auch ggf. bei anderen Dienstleistern, z.B. im Krankenhaus, erstellt.
c) Personal	<p>Der Serviceplan wird vom Pflege- und/oder Wohnberater, der auch das Assessment durchgeführt hat, zusammengefasst und geschrieben. Er wird erstellt im Rahmen des Gespräches des Case Managers mit dem Adressaten und ggf. weiteren Bezugspersonen.</p> <p>Der Pflege- und/oder Wohnberater ist anerkannter Case Manager nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management.</p>
<b>4. Prozess</b>	
a) Methoden	<p>Der Serviceplan kann erarbeitet werden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- im Gespräch mit dem Adressaten der Unterstützungsleistungen</li> <li>- im Rahmen von Fallkonferenzen</li> <li>- nach bilateralen Absprachen</li> <li>- nach Hinzuziehung externer Gutachten, Diagnosen oder Assessments</li> <li>- nach Hospitationen.</li> </ul> <p>Er wird erstellt mit Unterstützung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- von Software oder</li> <li>- eines Formblattes</li> </ul>
b) zeitliche Abfolge	<p>Der Serviceplan wird im Anschluss an das Assessment (<i>PWB II.2</i>) durchgeführt und stellt die Grundlage des Linkings (<i>PWB III.1</i>) dar, sofern dies notwendig ist. Je nach individueller Fallsituation kann der Hilfeplan bereits im ersten Gespräch nach Kontaktaufnahme erstellt werden oder nach mehreren Gesprächen und Recherchearbeiten des Case Managers entstehen.</p> <p>Die Dauer der Erstellung des Serviceplans hängt vom Einzelfall ab. Die Erstellung kann im Rahmen eines Gespräches begonnen und abgeschlossen werden oder sich über mehrere Recherchen und Gespräche hinwegziehen.</p> <p>Der Serviceplan wird im Rahmen des CM-Prozesses im Anschluss an das Assessment zumindest ein Mal erstellt. Nach der Prozesssteuerung (-&gt; <i>Monitoring, PWB III.2</i>) können Einzelziele und Maßnahmen oder der gesamte Serviceplan neu formuliert werden. Dieser Prozess kann sich häufiger wiederholen. I.d.R. wird ein Serviceplan erstellt, der ggf. in Teilen reformuliert wird im Laufe der Maßnahmenumsetzung (-&gt; <i>Linking, PWB III.1</i>) und Prozesssteuerung (-&gt; <i>Monitoring, PWB III.2</i>).</p>
<b>5. Ergebnis</b>	
a) Output	Der Serviceplan liegt in schriftlicher Form vor und wurde vollständig ausgefüllt, von den Beteiligten unterzeichnet und ihnen ausgehändigt.
b) Outcome	Der Serviceplan erweist sich als wirklichkeitsgemäße Grundlage der Einleitung aller notwendiger Hilfemaßnahmen zur Sicherstellung der (häuslichen) Pflegesituation und der nachhaltigen Stärkung der Selbsthilfepotentiale.

**Pflege- und/oder Wohnberatung  
ortsunabhängiger Qualitätsstandard**

---

<b>Produkt:</b>	<b>Problemlösungsberatung</b>
<b>Leistung:</b>	<b>Nachgehende Beobachtung</b>
<b>Kodierungsnummer:</b>	<b>PWB II.4</b>

---

## **II.4 Nachgehende Beobachtung**

### **1. Definition**

a) Kurzdefinition	„Nachgehende Beobachtung“ meint einen telefonischen oder persönlichen Kontakt und bei Bedarf einen Besuch des Pflege- und/oder Wohnberaters in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen nach einer vereinbarten Zeit nach Beendigung der Tätigkeiten des Pflege- und/oder Wohnberaters zur Beobachtung der Zielerreichung gemäß des Serviceplans und der weiteren Situationsentwicklung. „Nachgehende Beobachtung beinhaltet die Beendigung der Beziehung und die endgültige Entpflichtung des Pflege- und/oder Wohnberaters oder bei Bedarf die (Wieder-)Einleitung eines beschriebenen, unmittelbar klientenbezogenen Produktes der Pflege- und/oder Wohnberatung.
b) inhaltliche Beschreibung	„Nachgehende Beobachtung“ findet im Anschluss an die Serviceplanung (PWB II.3) im Rahmen einer alleinigen Problemlösungsberatung (PWB II) statt oder im Anschluss an die Versorgungssteuerung (PWB III). Sie besteht aus einem Gespräch, das die aktuelle Lebenssituation bzgl. der im Serviceplan benannten Ziele und darüber hinaus die allgemeine Pflegesituation in Augenschein nimmt. Die „nachgehende Beobachtung“ endet mit der Beziehungsbeendigung und der Entpflichtung des Pflege- und/oder Wohnberaters, sofern kein neuer Handlungsbedarf festgestellt wurde.

### **2. Ziele**

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Die „Nachgehende Beobachtung“ dient</li><li>- der Überprüfung, ob die Lebenssituation gemäß der vorherigen Fallplanung stabil ist</li><li>- ggf. der (Wieder-)Einleitung von Leistungen der Pflege- und/oder Wohnberatung</li><li>- der Prävention neuer Hilfsituationen</li><li>- der Beziehungsbeendigung und Entpflichtung</li><li>- der Einleitung einer einzelfallbezogenen Evaluation (PWB VIII.2)</li></ul>
--	--

### **3. Struktur**

a) Voraussetzungen	Eine Problemlösungsberatung (PWB II) wurde bis zur Serviceplanung (PWB II.3) durchgeführt oder im Anschluss daran wurde eine Versorgungssteuerung (PWB III) durchgeführt und abgeschlossen. Ein Serviceplan und bei Durchführung einer Versorgungssteuerung ein ausgefülltes Prozesssteuerungsinstrument liegen vor. Der Gesprächstermin wurde vereinbart. Ein Dokumentationssystem der „Nachgehenden Beobachtung“ liegt vor.
b) Ort	In der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen, in der Pflege- und/oder Wohnberatungsstelle oder telefonisch.
c) Personal	Pflege- und/oder Wohnberater, der auch die Problemlösungsberatung (PWB II) und ggf. die Versorgungssteuerung (PWB III) durchgeführt hat. Der Pflege- und/oder Wohnberater ist anerkannter Case Manager nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management.

### **4. Prozess**

a) Methoden	<p>Je nach zu überprüfendem Ziel:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- bilaterale Gespräche</li><li>- Zufriedenheitsüberprüfung</li><li>- fachspezifische Überprüfungen, technische Überprüfungen von Wohnungsanpassungsmaßnahmen</li><li>- Gutachten Dritter</li><li>- eigene fachliche Überprüfung erbrachter Hilfeleistungen je nach Profession und Kompetenz des Pflege- und/oder Wohnberaters</li></ul>
b) zeitliche Abfolge	Vereinbarung des Gesprächstermins und Durchführung des Kontaktgespräches. Anschließend Einleitung der Leistungen einer erneuten Problemlösungsberatung oder einer einzelfallbezogenen Evaluation (PWB VIII.2). Be-

	<p>wusste Beendigung der Hilfebeziehung zwischen Berater und Klientensystem mit Hinweise auf mögliche neuerliche Kontaktaufnahme, sofern diese notwendig sein sollte. Die „Nachgehende Beobachtung“ endet mit der Beziehungsbeendigung und der Entpflichtung des Pflege- und/oder Wohnberaters.</p>
<p><b>5. Ergebnis</b></p>	
<p>a) Output</p>	<p>Der Besuch wurde durchgeführt; auf Fragen wurde geantwortet, weitere Hinweise wurden gegeben, eine erneute Problemlösungsberatung, eine einzelfallbezogene Evaluation oder ein anderes Produkt wurden eingeleitet. Die zentralen Inhalte wurden dokumentiert. Die Hilfebeziehung wurde bewusst beendet und der Pflege- und/oder Wohnberater wurde entpflichtet.</p>
<p>b) Outcome</p>	<p>Die häusliche Pflegesituation kann dauerhaft sichergestellt werden. Präventiv konnte angemessen Hilfe gegeben oder eingeleitet werden, sofern diese notwendig war. Die Hilfebeziehung konnte zur beiderseitigen Zufriedenheit beendet werden.</p>

---

**Pflege- und/oder Wohnberatung  
ortsunabhängiger Qualitätsstandard**

---

**Produkt:  
Kodierungsnummer:**

**Versorgungssteuerung im Einzelfall  
PWB III**

---

### III. Versorgungssteuerung im Einzelfall

#### 1. Definition

a) Kurzdefinition	Die „Versorgungssteuerung im Einzelfall“ umfasst bei Beteiligung mehrerer Dienstleistungsangebote im Anschluss an den Serviceplan (PWB II.3) die Einleitung und Koordination aller im Einzelfall beteiligten Akteure sowie die gesamte Prozessbeobachtung und -steuerung. Das Produkt umfasst die Leistungen: - Maßnahmeneinleitung und –koordination („Linking“) sowie - - Prozessbeobachtung und –steuerung („Monitoring“).
b) inhaltliche Beschreibung	Das Produkt „Versorgungssteuerung im Einzelfall“ kann nur in Ergänzung zum Produkt „Problemlösungsberatung“ (PWB II) stattfinden. Die zwei Leistungen dieses Produktes finden nach der Serviceplanung (PWB II.3) und vor der „Nachgehenden Beobachtung“ (PWB II.4) statt. Sie sind gewissermaßen „eingeschoben“ in das Produkt Problemlösungsberatung immer dann, wenn mehrere Akteure im Einzelfall vom Pflege- und/oder Wohnberater koordiniert werden müssen und der Ratsuchende dazu nicht in der Lage ist (Subsidiaritätsprinzip). An dieses Produkt notwendig gebunden ist das mittelbar kundenbezogene Produkt („back-office-Bereich“) des Netzwerkaufbaus und der Netzwerksteuerung („Case Management auf der Systemebene“; PWB VII). Das Produkt umfasst mit Blick auf den Einzelfall die Kontaktaufnahme zu den Akteuren, die einleitende und begleitende Koordination der Dienstleistungen, die mit Blick auf den Serviceplan gezielte Beobachtung der Zielverfolgung und Maßnahmendurchführung sowie ggf. die Neusteuerung des gesamten Prozesses oder von Einzelteilen. Die Einleitung eines Re-Assessments oder Re-Serviceplanes sind möglich.

#### 2. Ziele

	Ziel ist es, dass alle am Einzelfall beteiligten Akteure adressatenorientiert, optimal aufeinander abgestimmt agieren, so dass eine so effektiv und effizient wie mögliche Einzelfallversorgung sichergestellt werden kann.
--	---

#### 3. Struktur

a) Voraussetzungen	Eine „Problemlösungsberatung“ wurde bis zum Serviceplan (PWB II.3) durchgeführt. Mehrere Dienste müssen im Einzelfall aufeinander abgestimmt werden. Diese Koordination kann vom Klientensystem nicht übernommen werden. Der Auftrag zu einer Versorgungssteuerung ist vom Pflegebedürftigen und/oder seinen Angehörigen im Rahmen des Serviceplanes erteilt worden. Die Pflege- und/oder Wohnberatungsstelle führt den Qualitätsstandard „Netzwerkaufbau und –steuerung“ („Case Management auf der Systemebene“) durch; es existieren Verträge, Instrumente bzw. verbindliche Regelungen zur Arbeit im Netzwerk und dieses wird im Prozess am Einzelfall bei Bedarf weiterentwickelt.
b) Ort	In der Pflege- und/oder Wohnberatungsstelle, in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen, bei Dienstleistungsanbietern oder fernmündlich.
c) Personal	Pflege- und/oder Wohnberater, der auch die Problemlösungsberatung durchgeführt hat. Er ist anerkannter Case Manager nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management.

#### 4. Prozess

a) Methoden	- bilaterale Gespräche - Konferenzen mit mehreren Beteiligten - schriftliche Übermittlung von einzelfallbezogenen Informationen (Hinweis: unter Berücksichtigung des Datenschutzgesetzes)
b) zeitliche Ab-	- Entwicklung von bzw. Arbeit nach vereinbarten Schnittstelleninstrumenten - der Kontakt zu den beteiligten Akteuren wird aufgenommen, die notwen-

<i>folge</i>	<p>digen, einzelfallbezogenen Informationen werden weitergeleitet  das Klientensystem wird vorbereitet  die Koordination wird eingeleitet, entsprechende Gespräche und ggf. Treffen mit mehreren beteiligten Akteuren durchgeführt  die Maßnahmendurchführung und Zielerreichung wird mit Blick auf den Serviceplan und anhand eines „Prozessbeobachtungsinstrumentes“ vereinbarungsgemäß durchgeführt  ggf. werden Maßnahmen eingreifender Prozesssteuerung durchgeführt:  ggf. in Teilen oder gänzlich ein Re-Assessment oder Re-Serviceplan</p>
<b>5. Ergebnis</b>	
a) Output	<p>Die Maßnahmen wurden gemäß des Serviceplanes eingeleitet und koordiniert. Vom Serviceplan abweichende Koordinationsplanungen wurden schriftlich fixiert. Die Zielerreichung und Maßnahmendurchführung wurden gemäß eines Prozessbeobachtungsinstrumentes durchgeführt und dokumentiert. Bei Bedarf wurden Einzelabsprachen neu geführt sowie ein Re-Assessment oder Re-Serviceplan in Teilen oder in Gänze durchgeführt.</p>
b) Outcome	<p>Alle beteiligten Akteure haben zur Zufriedenheit des Pflegebedürftigen und der Angehörigen sowie so weit wie möglich effektiv und effizient im Einzelfall aufeinander abgestimmt agiert.</p>



**Pflege- und/oder Wohnberatung  
ortsunabhängiger Qualitätsstandard**

---

<b>Produkt:</b>	<b>Versorgungssteuerung im Einzelfall</b>
<b>Leistung:</b>	<b>Maßnahmeneinleitung und –koordination („Linking“)</b>
<b>Kodierungsnummer:</b>	<b>PWB III.1</b>

---

### III.1 Maßnahmeneinleitung und –koordination („Linking“)

#### 1. Definition

a) Kurzdefinition	Die Phase der Maßnahmeneinleitung und –koordination („Linking“) bezeichnet die Information, Sicherstellung der Hilfeleistungserbringung und Koordination aller am Hilfeprozess beteiligten Dienstleister auf den Einzelfall hin gemäß des vereinbarten Serviceplanes ( <i>PWB II.3</i> ).
b) inhaltliche Beschreibung	Die Information und Sicherstellung der Leistungserbringung beinhaltet eine gezielte und standardisierte Weitergabe der Falldaten je nach Notwendigkeit an die beteiligten Dienste sowie erste Absprachen und Einschätzungen seitens des beteiligten Dienstes. Die Koordination erfolgt auf der Grundlage von Schnittstelleninstrumenten. Sollten diese nicht bestehen, werden sie mit Blick auf den Einzelfall durch den Pflege- und/oder Wohnberater angeregt und ggf. moderiert erstellt. <i>(Hinweis: Datenschutzrechtliche Grundlagen sind zu beachten. Sofern eine Softwarelösung für die Pflege- und/oder Wohnberatung vorliegt, ist ein rechtlich geprüftes datenschutzrechtliches Formblatt zur Unterzeichnung seitens des Pflegebedürftigen oder Betreuungspersonen Bestandteil der Software.)</i>

#### 2. Ziele

	Ziele sind die adäquate und umfassende Information aller beteiligten Dienste, die Sicherstellung der einzelfallbezogenen Leistungserbringung gemäß des vereinbarten Zeitplanes sowie die Anpassung und Koordination aller beteiligten Dienste i.d.R. auf der Grundlage von Schnittstelleninstrumenten.
--	--

#### 3. Struktur

a) Voraussetzungen	Linking setzt auf der Einzelfallebene einen vereinbarten Serviceplan ( <i>PWB II.3</i> ) und auf der Netzwerkebene den Aufbau eines Netzwerkes voraus, auf das der Pflege- und/oder Wohnberater definierte Zugriffsmöglichkeiten hat (-> <i>Netzwerkaufbau, CM auf Systemebene, PWB VII</i> ). Der Pflege- und/oder Wohnberater hat definierte und akzeptierte Kompetenzen im Dienstleistungsnetzwerk, die unterschiedlichen Maßnahmen aufeinander abzustimmen mit Blick auf den Einzelfall.
b) Ort	Die Information, Sicherstellung der Leistungserbringung und Koordination findet im Büro des Pflege- und/oder Wohnberaters, bei den beteiligten Diensten oder in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen statt. Diese können auch fernmündlich erfolgen.
c) Personal	Das „Linking“ wird im Einzelfall gemäß des Serviceplans ( <i>PWB II.3</i> ) durchgeführt, i.d.R. vor allem vom Pflege- und/oder Wohnberater, der das Assessment und den Serviceplan bereits erstellt hat. Der Pflege- und/oder Wohnberater ist anerkannter Case Manager nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management.

#### 4. Prozess

a) Methoden	<ul style="list-style-type: none"><li>- bilaterale Gespräche</li><li>- Fallkonferenzen</li><li>- allgemeine Beratermethoden; insb. interprofessionelle Verständigung und Verhandlungsmethoden</li><li>- vereinbarte Schnittstelleninstrumente</li></ul>
b) zeitliche Abfolge	Die zeitliche Abfolge erfolgt gemäß des vereinbarten Serviceplans. Die Dienste und das Klientensystem müssen vorbereitet werden: die Einzeldienste müssen informiert und Besonderheiten müssen abgesprochen werden. Die Dienste müssen aufeinander abgestimmt werden. „Linking“ umfasst mehrere Gesprächseinheiten und dauert unterschiedlich lang je nach Komplexität der individuellen Unterstützungssituation.

#### 5. Ergebnis

a) Output	Die Informationsweitergabe an das Klientensystem und beteiligte Dienste ist erfolgt. Die Leistungserbringung setzt ein. Die Schnittstelleninstrumente kommen zum Einsatz oder werden ggf. entwickelt.
b) Outcome	Alle Einzelmaßnahmen erfüllen die Zielformulierungen des Serviceplanes und erfolgen zur Zufriedenheit des Pflegebedürftigen und ggf. seiner Bezugspersonen.

---

**Pflege- und/oder Wohnberatung  
ortsunabhängiger Qualitätsstandard**

---

<b>Produkt:</b>	<b>Versorgungssteuerung im Einzelfall</b>
<b>Leistung:</b>	<b>Prozessbeobachtung und –steuerung („Monitoring“)</b>
<b>Kodierungsnummer:</b>	<b>PWB III.2</b>

---

## III.2 Prozessbeobachtung und –steuerung („Monitoring“)

### 1. Definition

a) Kurzdefinition	Die Phase der Prozessbeobachtung und -steuerung („Monitoring“) bezeichnet die Überprüfung der Gesamtunterstützung und der Einzelmaßnahmen nach einem standardisierten Verfahren sowie die Steuerung des Falles.
b) inhaltliche Beschreibung	Das Monitoring legt nach einem vereinbarten Instrumentarium mit Blick auf alle Einzelmaßnahmen fest, wer, wie, was, wann überprüft sowie welcher Erfolg erzielt wurde und welche Steuerungsmaßnahmen neu notwendig sind. Es bietet sich an, dieses Instrument direkt an den Serviceplan ( <i>PWB II.3</i> ) anzugliedern (-> siehe Beispiel Serviceplan und Prozesssteuerungsinstrument, Anhang V). Nach Überprüfung und Auswertung werden je nach Bedarf Einzelgespräche oder –maßnahmen durchgeführt oder auch ein Re-Assessment oder Re-Serviceplan in Teilen oder in Gänze eingeleitet.

### 2. Ziele

	Die Prozessbeobachtung und –steuerung dient der Überprüfung und Steuerung der im Serviceplan festgelegten Maßnahmen zur Zielerreichung.
--	---

### 3. Struktur

a) Voraussetzungen	Es existiert ein standardisiertes Instrument der Prozessbeobachtung nach Möglichkeit softwareunterstützt. Die anzuwendenden Methoden stehen in der Kompetenz des Pflege- und/oder Wohnberaters oder in der von beteiligten Dritten.
b) Ort	Die Überprüfung und Prozesssteuerung finden im Büro des Pflege- und/oder Wohnberaters, in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen oder in Örtlichkeiten der Dienstleistungserbringer statt.
c) Personal	Der Pflege- und/oder Wohnberater, der auch das Assessment, den Serviceplan und das „Linking“ durchgeführt hat, übernimmt die Gesamtverantwortung der Überprüfung und Prozesssteuerung. Bereiche können delegiert sein an das Klientensystem oder benannte Fachvertreter. Er ist zertifizierter Case Manager nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management.

### 4. Prozess

a) Methoden	Die Überprüfung und Prozesssteuerung wird gemäß der Vereinbarung im Monitoringinstrument vorgenommen. Die Methoden differieren je nach Maßnahme. Zum Einsatz kommen: <ul style="list-style-type: none"><li>- Fallkonferenzen</li><li>- Checklisten, Formulare</li><li>- Hospitationen</li><li>- bilaterale Gespräche</li><li>- Zufriedenheitsbefragungen des Pflegebedürftigen und der Angehörigen</li><li>- fachspezifische Überprüfungen, technische Überprüfungen von Wohnungsanpassungsmaßnahmen</li><li>- Gutachten Dritter</li><li>- eigene fachliche Überprüfung erbrachter Hilfeleistungen je nach Profession und Kompetenz des Pflege- und/oder Wohnberaters.</li></ul>
b) zeitliche Abfolge	Die Überprüfung, Bewertung und Steuerung erfolgt nach dem zuvor festgelegten Zeitplan des Monitorings. Dieser wird in Bezug auf den Serviceplan ( <i>PWB II.3</i> ) erstellt. Das Monitoring endet, wenn die Handlungsziele des Serviceplans erreicht sind.

### 5. Ergebnis

a) Output	Das Monitoringinstrument ist ausgefüllt und ausgewertet worden. Der Steuerungsbedarf ist transparent und begründet hergeleitet. Weitere Schritte sind eingeleitet worden, z.B. Re-Assessment oder Re-Serviceplan.
-----------	---

b) Outcome	Die Prozesssteuerung konnte flexibel, der aktuellen Bedarfssituation angemessen und bei adäquater Deckung des professionellen Hilfebedarfs im Einzelfall vorgenommen werden. Der Unterstützungsbedarf kann nachhaltig bei Sicherstellung der (häuslichen) Pflegesituation und Stärkung der Selbsthilfepotentiale gedeckt werden. Das Wirkungsziel konnte auf optimalem Wege zur Zufriedenheit des Klientensystems erreicht werden.
------------	--

---

**Pflege- und/oder Wohnberatung  
ortsunabhängiger Qualitätsstandard**

---

**Produkt:** Psycho-soziale Beratung  
**Kodierungsnummer:** PWB IV

---

## **IV. Psycho-soziale Beratung**

### **1. Definition**

a) Kurzdefinition	„Psycho-soziale Beratung“ meint das Erkennen und den eigenen, professionellen Umgang des Pflege- und/oder Wohnberaters mit emotionalen und sozialen Problemlagen, die professionelle Hilfe erforderlich machen, damit die Pflegesituation dauerhaft sichergestellt werden kann, sowie bei Bedarf die Weiterleitung an Spezialeinrichtungen.
b) inhaltliche Beschreibung	<p>Psycho-soziale Beratung ist in der Altenarbeit ein eigenes Produkt, weil ohne dieses die häusliche Pflegesituation nicht immer sichergestellt werden kann. Psycho-soziale Problemlagen können vielfältig sein: sie umfassen den Umgang mit unterschiedlichen, akuten persönlichen Krisensituationen, erheblichen Antriebsschwächen, Trauersituationen, Stress und Überforderungssymptomen, psychischen Erkrankungen sowie das Eingehen auf erhebliche kognitive Leistungsbegrenzungen und sie reichen im sozialen Bereich vom Umgang mit symbiotischen Pflegebeziehungen, erheblichen Beziehungsstörungen bis hin zu Einsamkeitsphänomen (beispielhafte Auflistung). Psycho-soziale Beratung ist nur erforderlich, sofern die Pflegesituation ausschließlich sichergestellt werden kann unter Hinzuziehen einer gezielten psycho-sozialen Beratung. Es geht also ausschließlich um vom Pflege- und/oder Wohnberater durchgeführte psycho-soziale Beratung in Abhängigkeit zur Pflegesituation.</p> <p>Psycho-soziale Beratung findet zeitlich parallel im Rahmen der Gespräche zur Auskunft, Problemlösungsberatung und Versorgungssteuerung (PWB I, II + III) statt.</p> <p>In bedrohlichen, akuten Krisensituationen oder bei Verwahrlosungszuständen sind Spezialdienste zunächst hinzuzuziehen, ggf. ist die Einbeziehung von Spezialeinrichtungen beim Serviceplan (PWB II.3) und bei der Versorgungssteuerung (PWB III) oder die Empfehlung von Spezialeinrichtungen bei weiterführenden psycho-sozialen Problemlagen, die die Pflegesituation nicht unmittelbar beeinträchtigen, angeraten.</p>

### **2. Ziele**

	Psycho-soziale Beratung dient der Herstellung einer in psycho-sozialer Hinsicht stabilen Basis, so dass die im Serviceplan formulierten Ziele erreicht werden können, die Maßnahmen greifen können und die Pflegesituation nachhaltig sichergestellt werden kann.
--	---

### **3. Struktur**

a) Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"><li>- Vorhandensein standardisierter Verfahren zur Bestimmung erheblicher Belastungssituationen</li><li>- Berücksichtigung der psycho-sozialen Situation der Pflegebedürftigen und der Angehörigen im Assessmentinstrument (<i>PWB II.2, s. Beispiel Anhang IV</i>)</li><li>- Möglichkeiten der Dokumentation</li></ul>
b) Ort	In der Pflege- und/oder Wohnberatung oder in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen
c) Personal	Pflege- und/oder Wohnberater mit Kenntnissen über psycho-soziale Krisensituationen und Erkrankungen sowie beraterischen Grundkompetenzen aufgrund seiner Profession oder Weiterbildungen.

### **4. Prozess**

a) Methoden	<ul style="list-style-type: none"><li>- allgemeine Beratungskompetenzen in den Bereichen Wissen, Können und Haltung</li><li>- Insbesondere:<ul style="list-style-type: none"><li>- problemlösungsorientierte Beratung</li><li>- motivationsfördernde Beratung</li></ul></li><li>- Durchführung standardisierter Verfahren zur Bestimmung von</li></ul>
-------------	--



<i>b) zeitliche Abfolge</i>	Belastungssituationen von Angehörigen Psycho-soziale Beratung findet im Rahmen der Problemlösungsberatung und Versorgungssteuerung (PWB I, II, III) zeitlich parallel innerhalb von Gesprächen statt.
<b>5. Ergebnis</b>	
a) Output	Psycho-soziale Entlastungsgespräche wurden gezielt geführt, Techniken und Instrumente eingesetzt, Besprechungsinhalte, Maßnahmen und Ziele dokumentiert sowie ggf. weitere Maßnahmen eingeleitet.
b) Outcome	Die psycho-soziale Basis der Pflegesituation ist dauerhaft so stabil, dass die im Serviceplan (PWB II.3) bestimmten Maßnahmen in den Bereichen Pflege und Wohnungsanpassung greifen können und die Ziele erreicht werden.

---

**Pflege- und/oder Wohnberatung  
ortsunabhängiger Qualitätsstandard**

---

**Produkt:  
Kodierungsnummer:**

**Krisenintervention  
PWB V**

---

## V. Krisenintervention

### 1. Definition

a) Kurzdefinition	Krisenintervention meint – im Gegensatz zu den Grundlagen der Problemlösungsberatung (PWB II) - das direkte, nicht dialogische, intervenierende Handeln des Beraters in psycho-sozialen oder alltagspraktischen Krisensituationen.
b) inhaltliche Beschreibung	<p>Bei psychiatrischen Erkrankungen oder in psycho-sozialen Lebenssituationen, die zu akuten Krisensituationen und/oder Selbst- oder Fremdgefährdungen führen, oder bei massiven Verwahrlosungszuständen, die akute Gefährdungssituationen zur Folge haben, können pflegebezogene Beratungen und Maßnahmen nicht greifen. Der Pflege- und/oder Wohnberater ist aufgerufen, selber direkt zu intervenieren oder eine Intervention einer zuständigen Stelle einzuleiten.</p> <p>Krisen stellen akute, zeitlich begrenzte Lebenssituationen dar, in denen der einzelne als ganzer Mensch von der Krise bewegt in seinen Denk- und Handlungsmöglichkeiten eingeschränkt ist und die Situation nicht mehr konstruktiv mitbestimmen, geschweige denn mitgestalten kann.</p> <p>Sofern keine akuten Gefährdungen vorliegen, können die Situationen im Rahmen von gezielten Beratungen bearbeitet werden, um das Selbsthilfepotential einzubeziehen und anzuregen. Die Gefahr ist, Vereinsamungs- und Verwahrlosungszustände vorschnell als Krisensituationen misszudeuten. Krisenintervention stellt lediglich eine kurzfristige, eingreifende Handlungsform dar.</p> <p>Krisenintervention stellt eine Ausnahme in der Pflege- und/oder Wohnberatung dar. Die Regel sind Problemlösungsberatungen mit oder ohne Versorgungssteuerung, ggf. flankiert von psycho-sozialer Beratung.</p>

### 2. Ziele

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Abwenden akuter Gefährdungssituationen</li><li>- Herausführen des Adressaten aus akuten Krisen</li><li>- Herstellen einer Grundlage, in der Pflege- und/oder Wohnberatung greifen können</li></ul>
--	--

### 3. Struktur

a) Voraussetzungen	Möglichkeiten zur Dokumentation
b) Ort	Räumlichkeiten zu ungestörter Einzelberatung sind vorhanden in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen in der Beratungseinrichtung
c) Personal	Allgemeine Beratungskompetenzen sowie Wissen über Krisen und Fähigkeiten zur Krisenintervention nach allgemeinem Fachstand Grundausbildung im psycho-sozialen Bereich, ggf. Zusatzqualifikationen

### 4. Prozess

a) Methoden	Krisenintervention ist ein kurzzeittherapeutisches Handlungskonzept, das methodisch unterschiedlich ausgerichtet sein kann. In der Regel kommen unterschiedliche therapeutische Verfahren und Methoden sowie Beratungsmethoden und –verfahren zum Einsatz
b) zeitliche Abfolge	Psycho-soziale Entlastung und Stabilisierung, Abwendung der akuten Krisensituation durch Beratungsgespräche oder Hinzuziehung anderer Dienstleistungen. Treffen verbindlicher Vereinbarungen zur weiteren Stabilisierung und Klärung der psycho-sozialen Situation. Einleitung oder Terminierung der Pflege- und/oder Wohnberatung im Rahmen des Hilfeprozesses.

### 5. Ergebnis

a) Output	Krisenintervention ist erfolgt.
-----------	---------------------------------

b) Outcome

Verlauf und Ergebnis sowie Vereinbarung sind dokumentiert.  
Ggf. ist Hinzuziehung weiterer Beratungsstellen eingeleitet.  
Pflege- und/oder Wohnberatung kann eingeleitet werden oder ist terminiert.  
Die akute Krisensituation ist geklärt, die psycho-soziale Situation ist so stabil, dass keine erneute, akute Krise droht.  
Selbsthilfepotentiale sind entwickelt, der Adressat fühlt sich sicher, den Pflege- und/oder Wohnberatungsprozess mitzugestalten.  
Pflege- und/oder Wohnberatung kann stattfinden.

---

**Pflege- und/oder Wohnberatung  
ortsunabhängiger Qualitätsstandard**

---

<b>Produkt:</b>	<b>Öffentlichkeitsarbeit (Bestandteil des „Outreach“)</b>
<b>Kodierungsnummer:</b>	<b>PWB VI</b>

---

## **VI. Öffentlichkeitsarbeit (Bestandteil des „Outreach“)**

### **1. Definition**

a) Kurzdefinition	<p>Öffentlichkeitsarbeit („Outreach“) meint alle konzeptuellen und methodischen Bemühungen einer Einrichtung im Vorfeld einer persönlichen Kontaktaufnahme mit dem Adressaten nach außen zu wirken, um für die (potenziellen) Adressaten erreichbar zu sein, z.B. im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit und Vereinbarungen mit anderen Dienstleistungsanbietern.</p> <p><i>Hinweise: „Outreach“ geht über Öffentlichkeitsarbeit hinaus und meint alle Aktivitäten der Außenwirkung einer Einrichtung zur Sicherstellung der Erreichbarkeit.</i></p> <p><i>Im Zentrum steht hier die Öffentlichkeitsarbeit, weil der Bereich der Zusammenarbeit mit anderen Dienstleistungsanbietern auch im Produkt Netzwerkaufbau (VII) dargestellt wird. Da es jedoch Beratungsstellen gibt, die ihre Erreichbarkeit auch über eine Zusammenarbeit mit anderen Dienstleistungsanbietern sicherstellen, ohne eine Versorgungssteuerung (III) und einen Netzwerkaufbau (VII) durchzuführen, werden an dieser Stelle auch Aspekte der Vereinbarungen mit anderen Dienstleistungsanbietern aufgeführt, damit die Qualitätsstandards unterschiedlichen Beratungsstellentypen zugeordnet werden können. So kommt es in diesem Punkt zu Überschneidungen (s. dazu auch VII).</i></p>
b) inhaltliche Beschreibung	<p>Die Inhaltsbereiche der Außenwirkung sind vielfältig: Strukturelle Vereinbarungen mit anderen Dienstleistungsanbietern, ggf. Schnittstellen- oder Überleitungsinstrumente sowie der gesamte Bereich der Öffentlichkeitsarbeit, um die Beratungsstelle den (potenziellen) Adressaten bekannt zu machen (s. Methoden).</p>

### **2. Ziele**

	<p>Die Öffentlichkeitsarbeit („Outreach“) stellt zum einen sicher, dass alle (potenziellen) Adressaten einer Pflege- und/oder Wohnberatungsstelle die Information über das Vorhandensein und die Kompetenzen der Pflege- und/oder Wohnberatung haben. Zum anderen soll der Zugang über andere Dienstleister optimiert werden.</p>
--	---

### **3. Struktur**

a) Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"><li>- es existiert ein qualitätsorientiertes Konzept zur Öffentlichkeitsarbeit und Zusammenarbeit mit anderen Dienstleistungseinrichtungen.</li><li>- Verträge, Kontrakte, Vereinbarungen</li><li>- ggf. Schnittstelleninstrumente</li><li>- Homepage</li><li>- Informationsmaterial</li><li>- Vortragsmaterialien</li><li>- Flyer</li><li>- Demonstrationsmaterial zu Wohnungsanpassungsmöglichkeiten oder Alterserkrankungen</li></ul>
b) Ort	<p>Büro des Pflege- und/oder Wohnberaters, Örtlichkeiten von Kooperationspartnern, öffentliche Plätze, Informationsmaterial, elektronische Medien</p>
c) Personal	<p>Mitarbeiter der Pflege- und/oder Wohnberatungsstelle</p>

### **4. Prozess**

a) Methoden	<p>Methoden zur Optimierung des Zugangs über andere Dienstleister:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Vereinbarungen, Kontrakte oder Verträge mit Kooperationspartnern</li><li>- Schnittstellen- oder Überleitungsinstrumente</li><li>- Auslegen von Informationsmaterialien</li><li>- alle Methoden der Öffentlichkeitsarbeit:</li><li>- Internetauftritt</li><li>- Flyer</li><li>- Vorträge und Informationsveranstaltungen</li></ul>
-------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tag der offenen Tür</li> <li>- Informationsstände</li> <li>- Plakate</li> <li>- Presseberichte</li> </ul>
<i>b) zeitliche Abfolge</i>	Alle notwendigen Maßnahmen können je nach Notwendigkeit und vorhandenen personellen und zeitlichen Ressourcen parallel durchgeführt werden
<b>5. Ergebnis</b>	
a) Output	Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit sind durchgeführt und Zugänge sind optimiert worden, Verträge oder Kontrakte sind geschlossen und Schnittstellen- oder Überleitungsinstrumente sowie Kriterien der Anwendung erarbeitet worden. Alle Maßnahmen werden dokumentiert (z.B. in Jahresberichten, PWB VIII.2)
b) Outcome	Alle (potentiellen) Ratsuchenden sind schnell und umfassend informiert und können die Pflege- und/oder Wohnberatungsstelle optimal erreichen über andere Dienstleister oder eigene direkte Kontaktaufnahme.

---

**Pflege- und/oder Wohnberatung  
ortsunabhängiger Qualitätsstandard**

---

**Produkt:** Netzwerkaufbau und –steuerung („Case Management auf Systemebene“)  
**Kodierungsnummer:** PWB VII

---



## VII. Netzwerkaufbau und –steuerung („Case Management auf Systemebene“)

### 1. Definition

a) Kurzdefinition	Netzwerkaufbau und –steuerung aus Sicht von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen meint einzelfallübergreifend den Aufbau und die Steuerung einer weitestgehend verbindlichen, nach Möglichkeit vertraglich geregelten, standardisierten und aufeinander abgestimmten Zusammenarbeit professioneller und freiwilliger Akteure in der Region („welfare mix“), die in Pflegesituationen Hilfe anbieten und die von der Pflege- und/oder Wohnberatung im Einzelfall koordinierend aufeinander abgestimmt werden können.
b) inhaltliche Beschreibung	<p>Die Differenz zwischen Aufnahme der bestehenden und Bestimmung der gewünschten und sinnvollen Netzwerksituation der Pflege- und/oder Wohnberatungsstelle bzgl. vertraglicher Grundlage, Dichte, Trägerschaft, ... mit Blick auf alle (potentiellen) Netzwerkpartner einzeln führt beim Netzwerkaufbau aus Sicht einer Pflege- und/oder Wohnberatungsstelle im Abgleich mit den Rahmenbedingungen wie eigene Trägerschaft, Stellung in der Region und Möglichkeit des „Zugriffs“ bzw. der Kontaktaufnahme zu anderen Anbietern von Dienstleistungen zunächst zu realitätsbezogenen Ziel- und Maßnahmenformulierungen, die in Folge in der Regel in Verhandlungsgesprächen umgesetzt und ggf. reformuliert werden.</p> <p>Die Zusammenarbeit im Netzwerk, das der Pflege- und/oder Wohnberater als Case Manager im Einzelfall koordinieren kann, ist auf der höchsten standardisierten Ebene vertraglich geregelt und es existieren Schnittstelleninstrumente, die eine integrierte und nicht bloß additive, d.h. nacheinander oder nebeneinander herlaufende Zusammenarbeit ermöglichen.</p> <p>Zentral ist die real vorhandene Möglichkeit des Pflege- und/oder Wohnberaters, die Dienstleistungen im Netzwerk auf den Einzelfall hin koordinieren zu können und das Netzwerk in Gestalt einer „lernenden Organisation“ stets weiter entwickeln zu können.</p>

### 2. Ziele

	<p>Aufbau eines gezielten Netzwerkes von professionellen und freiwilligen Akteuren vor Ort, die vom Pflege- und/oder Wohnberater im Einzelfall koordiniert, integriert, effektiv und effizient zusammenarbeiten. Diesem Ziel können die folgenden Ziele zugeordnet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Aufbau einer verbindlichen, nach Möglichkeit vertraglich geregelten Zusammenarbeit auf allen Hierarchieebenen der beteiligten Einrichtungen: Leitungsebene, Abteilungsebene - sofern vorhanden-, und Mitarbeitersebene.</li><li>- Abgleich und Angleichung der Einrichtungsleitbilder: Erarbeitung eines gleichen Verständnisses von adressatenbezogener, professionsübergreifender Arbeit</li><li>- (Weiter-)Entwicklung von Schnittstelleninstrumenten</li><li>- Einrichtung kontinuierlicher Arbeitsgruppen</li><li>- Klärung der prozessbezogenen und dauerhaften Netzwerkpflege bzw. – Weiterentwicklung bzgl. Aufgaben, Zuständigkeit und Finanzierung.</li></ul>
--	--

### 3. Struktur

a) Voraussetzungen	<p>Es existieren je nach „Dichte“ des Netzwerkes Verträge oder verbindliche, nach Möglichkeit schriftliche Vereinbarungen der Zusammenarbeit der Netzwerkpartner.</p> <p>Es existieren schriftlich fixiert, von den Mitarbeitern professions-, einrichtungs- und trägerübergreifend an den Schnittstellen formulierte Arbeitsinstrumente.</p> <p>Die datenschutzrechtlichen Regelungen sind beachtet. Entsprechende Schriftstücke liegen vor.</p> <p>Die edv-technischen Voraussetzungen der Anwendung von Schnittstellenin-</p>
--------------------	--

b) Ort	strumenten und des Datentransfers sind geschaffen. In der Pflege- und/oder Wohnberatungsstelle, in Örtlichkeiten bei Netzwerkpartnern oder externen Versammlungsorten
c) Personal	Pflege- und/oder Wohnberater, Leitung der Pflege- und/oder Wohnberatungsstelle, sofern diese nicht personenidentisch sind, und ggf. Träger der Pflege- und/oder Wohnberatungsstelle.
<b>4. Prozess</b>	
a) Methoden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- bi- und multilaterale Gespräche; Gruppenverfahren</li> <li>- Gesprächsführungs- und Moderationsmethoden</li> <li>- Verhandlungsmethoden</li> <li>- Erarbeitung von Verträgen oder verbindlichen Vereinbarungen</li> <li>- Erstellung und Einsatz standardisierter, träger-, professions- und einrichtungsübergreifender Schnittstelleninstrumente</li> <li>- Dokumentation und Evaluationsinstrumente (PWB VIII.2)</li> </ul>
b) zeitliche Abfolge	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abgleich bestehender und gewünschter Netzwerkstruktur bzgl. Dichte, Homogenität, Kontakthäufigkeit, Dauer, Erreichbarkeit, Intensität, Multiplexität, Reziprozität, Rollen, Netzwerkgröße, Offenheit, Stabilität, Struktur, Netzwerksteuerung, Interaktionen, (gesetzliche) Grundlagen, Zielsetzung und Funktion (Bestands- und Bedarfsanalyse)</li> <li>- Erarbeitung eines angesichts der Rahmenbedingungen (politischer und organisationaler Kontext) realitätsbezogenen Ziel- und Maßnahmenplanes seitens der Pflege- und/oder Wohnberatungsstelle</li> <li>- Gewinn gewünschter Netzwerkpartner in bi- und multilateralen Verhandlungsgesprächen</li> <li>- Klärung der Gemeinsamkeiten der Leitbilder, Interessen und Zielperspektiven</li> <li>- Erarbeitung der Netzwerkgrundlage: Vertrag oder Vereinbarungsformen</li> <li>- Festlegung der Art der integrierten Zusammenarbeit, Erarbeitung von Instrumenten, Festlegung der Zuständigkeit für Netzwerkpflge (Angebotsentwicklung)</li> <li>- Entwicklung von Instrumenten zur Evaluation (PWB VIII.2) und Steuerung des Netzwerkes (Angebotssteuerung)</li> <li>- Prozessbezogene Weiterentwicklung des Netzwerkes (Wirkungsanalyse)</li> </ul>
<b>5. Ergebnis</b>	
a) Output	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eine Ist-Situation des bestehenden Netzwerkes aus Sicht der Pflege- und/oder Wohnberatung wurde erstellt</li> <li>- Eine Ziel- und Maßnahmenbeschreibung wurde realitätsbezogen vorgenommen</li> <li>- Der Kontakt zu (potentiellen) Netzwerkpartnern wurde aufgenommen</li> <li>- Bi- und multilaterale (Verhandlungs-)Gespräche wurden geführt</li> <li>- Verträge oder Vereinbarungen wurden schriftlich fixiert</li> <li>- Arbeitsinstrumente wurden professions-, einrichtungs- und trägerübergreifend formuliert</li> <li>- Die Zuständigkeit und die Instrumente der kontinuierlichen Netzwerkpflge und –weiterentwicklung sind schriftlich fixiert.</li> </ul>
b) Outcome	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ein so weit wie möglich und sinnvoll standardisiert arbeitendes Netzwerk von professionellen und ehrenamtlichen Akteuren, die in Pflegesituationen zusammenarbeiten, konnte adressatenorientiert, effektiv und effizient aufgebaut und kann kontinuierlich weiterentwickelt werden.</li> <li>- Die Pflege- und/oder Wohnberatungsstelle kann autorisiert im Einzelfall die Netzwerkpartner koordinieren und die Netzwerkarbeit weiterentwickeln.</li> </ul>

**Pflege- und/oder Wohnberatung  
ortsunabhängiger Qualitätsstandard**

---

**Produkt:**  
**Kodierungsnummer:**

**Internes Qualitätsmanagement  
PWB VIII**

---

## VIII Internes Qualitätsmanagement

### 1. Definition

a) Kurzdefinition	Das Produkt „Internes Qualitätsmanagement“ meint alle Aspekte, die den qualitätsorientierten Aufbau und die stete Weiterentwicklung der Pflege- und/oder Wohnberatungsstelle als „lernende Organisation(seinheit)“ betreffen. Qualitätsmanagement meint hier in einem weiten Verständnis die Gesamtheit der qualitätsbezogenen Zielsetzungen und Tätigkeiten in der Pflege- und/oder Wohnberatungsstelle. „Qualitätsbezogen“ meint die Definition und Beschreibung sowie Überprüfung und Veränderung von Zielsetzungen und Tätigkeiten bezüglich ihrer „Güte“. Im Rahmen des Internen Qualitätsmanagements werden Dokumentation und Bewertung als zentrale Leistungen von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen aufgrund ihrer Spezifika in diesem Handlungsfeld hervorgehoben.
b) inhaltliche Beschreibung	Das Interne Qualitätsmanagement umfasst <ul style="list-style-type: none"><li>- die Erarbeitung und schriftliche Fixierung eines Organisationsleitbildes</li><li>- die Erarbeitung und Fixierung eines (Entwicklungs-)Konzeptes der Pflege- und/oder Wohnberatungsstelle</li><li>- die exakte Beschreibung der Leistungen der Pflege- und/oder Wohnberatungsstelle</li><li>- die Definition von Qualitätsstandards</li><li>- die Erfassung aller Organisationsbereiche im Rahmen des Qualitätsmanagement: etwa Personalführung, Fundraising, Innovations- und Projektmanagement, Marketing und Controlling</li><li>- die Auswahl von Qualitätsmethoden und -modellen, nach denen gearbeitet werden soll</li><li>- die Erarbeitung edv-mäßig gestützter, standardisierter Dokumentationsinstrumente</li><li>- die Erarbeitung von Evaluationsinstrumenten</li><li>- die Durchführung und Auswertung von Evaluationen</li><li>- ggf. die Festlegung der Implementierung und Konstituierung eines Qualitätsmanagementsystems</li></ul>

### 2. Ziele

	<p>Das Interne Qualitätsmanagement dient dem Aufbau und der stetigen Weiterentwicklung einer adressatenorientierten, effektiven und effizienten Dienstleistungserbringung der Pflege- und/oder Wohnberatungsstelle. Dazu zählen die Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Entwicklung eines Leitbildes als Ausgangs- und Bezugspunkt für Qualitätsstandards</li><li>- Fixierung von Qualitätsstandards</li><li>- Aufbau eines effektiven und effizienten, alle Organisationsbereiche erfassenden Qualitätsmanagementsystems</li><li>- Erarbeitung und kontinuierlicher Einsatz von Dokumentationssystemen</li><li>- Erarbeitung von Instrumenten, Durchführung und Auswertung von Evaluationen</li></ul> <p><i>Hinweis: weitere Bereiche der Organisationsgestaltung wie etwa Personalmanagement, Fundraising, Innovations- oder Projektmanagement, Marketing, Controlling stellen keine Spezifika in der Pflege- und/oder Wohnberatung dar. Sie sind zwar wichtig, werden aber an dieser Stelle für Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen nicht gesondert ausgeführt.</i></p> <p><i>Gesondert aufgenommen werden Dokumentation aufgrund der Überschneidung zu der Entwicklung der Fachinstrumente in der Pflege- und/oder Wohnberatung - etwa Assessment und Serviceplan, PWB II.2+3 – und Be-</i></p>
--	---

	<i>wertung („Evaluation“) mit Blick auf die spezifischen Evaluationsebenen in der Pflege- und/oder Wohnberatung.</i>
<b>3. Struktur</b>	
a) Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- edv-technische Möglichkeiten zur Dokumentation und Evaluation, insbesondere statistische Auswertungsverfahren, ggf. Anwendung eigens für die Pflege- und/oder Wohnberatung erstellter Softwareprodukte</li> <li>- Schriftliche Fixierung der Rahmenbedingungen für Qualitätsmanagement in der Pflege- und/oder Wohnberatung seitens des Trägers der Beratungsstelle</li> <li>- Klärung der Kompetenzen vor allem im Sinne von Zuständigkeit der Leitung und der Mitarbeiter in Absprache mit dem Träger, Qualitätsmanagement durchzuführen</li> <li>- Klärung der fachlichen Kompetenzen des Verantwortlichen für Qualitätsmanagement und ggf. Klärung der Möglichkeiten einer Weiterbildung</li> <li>- Klärung der Zeiten und finanziellen Mittel, Qualitätsmanagement durchzuführen und ggf. auch extern begleiten zu lassen</li> </ul>
b) Ort	Pflege- und/oder Wohnberatungsstelle
c) Personal	<p>Leitung der Pflege- und/oder Wohnberatungsstelle, Pflege- und/oder Wohnberater, Trägervertreter der Pflege- und/oder Wohnberatungsstelle; ggf. Personal mit Weiterbildungen bzw. spezifischen Kenntnissen im Bereich Qualitätsmanagement</p> <p>Qualitätsmanagement in der Pflege- und/oder Wohnberatung ist Leitungsaufgabe unter Beteiligung aller Mitarbeiter sowie in enger Absprache und gemäß der Rahmenvorgaben des Trägers</p>
<b>4. Prozess</b>	
a) Methoden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Methodische Grundmuster des Qualitätsmanagement in Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen können Teil- oder Gesamtkonzept sein nach DIN EN ISO 9000ff.</li> <li>- EFQM</li> <li>- Benchmarking</li> <li>- Evaluation (PWB VIII.2)</li> <li>- TQM</li> <li>- Grundmethoden aller Verfahren sind: Gesprächsführung, Gruppenleitung, Moderation, Verhandeln</li> <li>- Erarbeitung von Arbeitsinstrumenten zur Dokumentation und Evaluation</li> <li>- Anwendung statistischer Verfahren zur Auswertung der Evaluationsdaten</li> </ul>
b) zeitliche Abfolge	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fixierung der Rahmenbedingungen für Qualitätsmanagement seitens des Trägers inklusive der Kompetenzen der Leitung und der Mitarbeiter im Rahmen der Implementierung und Durchführung von Qualitätsmanagement</li> <li>- Erarbeitung und Festlegung von Methoden, Strukturen und Abläufen des Qualitätsmanagements. Kernelemente können beispielsweise sein: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leitbilderarbeitung</li> <li>- Leistungsbeschreibung</li> <li>- Qualitätsstandards inklusive Arbeitsinstrumente zur Dokumentation und Evaluation, die alle Organisationsbereiche der Pflege- und/oder Wohnberatung erfassen</li> <li>- Anwendung der Qualitätsstandards und Arbeitsinstrumente sowie stetige Überarbeitung und Weiterentwicklung</li> </ul> </li> <li>- Kreislauf zwischen Durchführung von Maßnahmen, Dokumentation, Evaluation, veränderte Durchführung, Dokumentation usw.</li> </ul>
<b>5. Ergebnis</b>	
a) Output	<ul style="list-style-type: none"> <li>- trägerbezogene Rahmenbedingungen, Strukturen sowie Kompetenzen zur Implementierung und Durchführung von Qualitätsmanagement sind schriftlich festgelegt</li> <li>- ein Leitbild wurde mit allen Mitarbeitern erarbeitet und ist schriftlich fixiert,</li> </ul>

b) Outcome

eine Leistungsbeschreibung der Pflege- und/oder Wohnberatung liegt vor, Qualitätsstandards und Evaluationsverfahren sind erarbeitet  
Ggf. wurde ein Qualitätsmanagementverfahren schriftlich festgelegt und wird angewandt  
ein edv-technisch gestütztes Dokumentationssystem ist eingerichtet und wird stets angewandt  
Evaluationsinstrumente sind erstellt, werden angewandt und die Daten werden ausgewertet; sie fließen transparent und gezielt in den Organisationsentwicklungsprozess wieder ein  
Die Dienstleistungserbringung erfolgt zur Zufriedenheit der Adressaten und an ihrem Bedarf orientiert effektiv und effizient. Die Zielsetzungen und Tätigkeiten erfolgen nach definierten Gütekriterien transparent und entwickeln sich auf der Grundlage von Daten stets weiter.

---

**Pflege- und/oder Wohnberatung  
ortsunabhängiger Qualitätsstandard**

---

<b>Produkt:</b>	<b>Internes Qualitätsmanagement</b>
<b>Leistung:</b>	<b>Dokumentation</b>
<b>Kodierungsnummer:</b>	<b>PWB VIII.1</b>

---

## VIII.1 Dokumentation

### 1. Definition

a) Kurzdefinition	Dokumentation meint das schriftliche, weitestgehend standardisierte Erfassen der Leistungen in der Pflege- und/oder Wohnberatung.
b) inhaltliche Beschreibung	Alle relevanten Aktivitäten des Pflege- und/oder Wohnberaters sind definiert. Ein Instrument zur weitestgehend standardisierten Dokumentation ist erstellt worden. Dieses liegt nach Möglichkeit edv-technisch hinterlegt vor. Alle relevanten Aktivitäten werden dokumentiert. Zu einem späteren Zeitpunkt können sie ausgewertet (-> <i>Evaluation, PWB VIII.2</i> ) und Dritten vorgestellt werden (-> <i>Outreach, PWB VI</i> ). Eine zielorientierte und standardisierte Dokumentation stellt eine notwendige Grundlage der Evaluation dar.

### 2. Ziele

	Schriftliches, weitestgehend nach standardisierten Vorlagen erfolgtes Festhalten aller Leistungen der Pflege- und/oder Wohnberatung zum Einzelnachweis, zum Ausweis der Transparenz Dritten gegenüber sowie zur Auswertung aller Leistungen und Weiterentwicklung der eigenen Arbeitsweise.
--	---

### 3. Struktur

a) Voraussetzungen	es liegen Leistungsbeschreibung und Qualitätsstandards vor die fachlichen Erarbeitungen als Grundlage der Dokumentationen sind abgeschlossen: Case-finding-Instrument, Assessmentinstrument, Serviceplan (PWB II.1+2+3) und Monitoringinstrument (PWB III.2) liegen vor Dokumentationsinstrumente sind vorhanden EDV-Lösungen liegen vor und sind auch außerhalb des Büros des Pflege- und/oder Wohnberaters zugänglich Ausdruckmöglichkeiten (Drucker) und Evaluationsmöglichkeiten sind gegeben.
b) Ort	Büro des Pflege- und/oder Wohnberaters, Häuslichkeit des Ratsuchenden
c) Personal	Mitarbeiter der Pflege- und/oder Wohnberatung

### 4. Prozess

a) Methoden	Dokumentationsinstrumente sind erstellt worden und liegen zum Ausfüllen vor Die Dokumentation kann ausgedruckt oder weiter ausgewertet werden (-> <i>Evaluation, PWB VIII.2</i> ).
b) zeitliche Abfolge	Die Eintragungen werden während des Beratungskontaktes oder unmittelbar nach dem Termin vorgenommen, damit doppelte Arbeitsleistungen vermieden werden und nichts in Vergessenheit gerät. Die Dokumentation kann bei Bedarf direkt ausgedruckt und als Nachweis hinterlegt oder später zur Evaluation verwendet werden.

### 5. Ergebnis

a) Output	Alle fallrelevanten Aktivitäten sind schriftlich festgehalten, nach einem Ordnungssystem hinterlegt und nachweisbar.
b) Outcome	Durch die Dokumentation sind eine Transparenz des Falles, eine Auswertung und Interpretation der Daten möglich geworden, die dem einzelnen Ratsuchenden, der interessierten Öffentlichkeit und dem Berater zugute kommen können.



**Pflege- und/oder Wohnberatung  
ortsunabhängiger Qualitätsstandard**

---

<b>Produkt:</b>	<b>Internes Qualitätsmanagement</b>
<b>Leistung:</b>	<b>Bewertung („Evaluation“) – Bewertung der Zufriedenheit im Einzelfall, der Gesamtleistung der Pflege- und/oder Wohnberatungsstelle sowie der Zufrieden- heit auf Netzwerkebene</b>
<b>Kodierungsnummer:</b>	<b>PWB VIII.2</b>

---

## VII.3 Bewertung („Evaluation“)

### 1. Definition

a) Kurzdefinition	Die Phase der Bewertung („Evaluation“) meint nach standardisierten Instrumenten die Bewertung des abgeschlossenen Einzelfalls, der Zielerreichung und Tätigkeiten der Pflege- und/oder Wohnberatung in einem definierten Zeitraum (z.B. in Form von Jahresberichten) und der fallunabhängigen Zusammenarbeit auf Netzwerkebene. Bewertung („Evaluation“) umfasst damit drei unterschiedliche Bereiche: einzelfallbezogen, einrichtungsbezogen, netzwerkbezogen.
b) inhaltliche Beschreibung	Evaluation meint stets die systematische Sammlung und Auswertung von Daten. Die Bewertung findet nach standardisierten Verfahren und festgelegter Frequenz und Stichprobe statt. Üblich sind punktuelle, beispielhafte Evaluationen auf Einzelfallebene (i.d.R. schriftliche Befragungen), die Erstellung eines Jahresberichtes nach festgelegten Kriterien (zumindest: Anzahl der Beratungs“fälle“ und –inhalte, Aktivitäten der Beratungsstelle, Besonderheiten, Zielperspektiven) und die Befragung von Netzwerkteilnehmern im Rahmen der „Netzwerkpflege“.

### 2. Ziele

	Weiterentwicklung der adressatenorientierten Leistungserbringung und Steigerung der Effektivität sowie nach Möglichkeit auch der Effizienz. Dazu gehört eine transparente und gezielte Datenerhebung und –auswertung.
--	---

### 3. Struktur

a) Voraussetzungen	standardisierte Evaluationsinstrumente liegen vor Möglichkeiten der edv-technischen Dateneingabe und –auswertung sind vorhanden
b) Ort	In der Pflege- und/oder Wohnberatung, in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen, bei Netzwerkpartnern, fernmündlich oder postalisch
c) Personal	Mitarbeiter der Pflege- und/oder Wohnberatungsstelle, extern Beauftragte

### 4. Prozess

a) Methoden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- schriftliche Befragungen mit geschlossenen und offenen Fragen</li> <li>- Leitfadeninterviews</li> <li>- Methoden der Datenauswertung</li> <li>- themenbezogene, moderierte Einzel- oder Gruppengespräche</li> </ul>
b) zeitliche Abfolge	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die einzelfallbezogene „Bewertung“ findet nach Abschluss der Hilfebeziehung und Entpflichtung des Pflege- und/oder Wohnberaters statt im Anschluss an die „Nachgehende Beobachtung“ (PWB II.4). Sie findet nach einem standardisierten Verfahren (i.d.R. schriftliche Befragung, auch offene Interviewleitfragen sind möglich) regelmäßig bei allen Klienten oder in bestimmten Zeitabständen oder punktuell, beispielhaft über einen langen Zeitraum verteilt statt.</li> <li>- Die einrichtungsbezogene „Bewertung“ findet in der Regel in Form von Jahresberichten statt, die die Datengrundlagen, Verfahren, Datenauswertung und Zielformulierungen beinhaltet.</li> <li>- Die netzwerkbezogene „Bewertung“ auf Dienstleistungsebene findet im Rahmen der Netzwerkpflege statt (PWB VII). Erstens findet Sie in der Prozessbegleitung der Einzelfälle statt: zu bearbeitende Schnittstellen werden bi- oder multilateral sichtbar und bearbeitet. Zweitens wird sie themen- und prozessbezogen in Gesprächen und Gremien gezielt vorgenommen. Drittens kann sie in Jahresabständen gezielt über Befragungen und Auswertungen erfolgen.</li> <li>- Der zeitliche Ablauf einer „Bewertung“ gestaltet sich mit Blick auf den Einsatz von Evaluationsinstrumenten wie folgt:</li> <li>- Festlegung der Bewertungsinhalte, der –methode und der Stichprobe</li> <li>- Entwicklung eines Evaluationsinstrumentes</li> </ul>

<p>- <b>5. Ergebnis</b> a) Output</p>	<p>Durchführung der Evaluation Dateneingabe und Auswertung Entwicklung modifizierter Zielperspektiven und Bestimmung von Maßnahmen zur Zielerreichung</p>
<p>b) Outcome</p>	<p>Evaluationsinstrumente liegen vor ein Konzept zur Stichprobe, zum Verfahren und zur Frequenz der Durchführung von Evaluationen auf allen drei Ebenen – einzelfallbezogen, einrichtungsbezogen mit Blick auf die Pflege- und Wohnberatung, netzwerkbezogen mit Blick auf die Kooperationspartner - liegt vor Die Evaluation wurde durchgeführt, die Daten liegen schriftlich vor Dateneingabe hat stattgefunden und eine Datenauswertung liegt schriftlich vor Die Datenauswertung beinhaltet die Reformulierung von Zielen und die Formulierung von Maßnahmen der Organisationsgestaltung (PWB VIII) Die Evaluationen tragen zu einer permanenten, adressatenorientierten, effektiven und effizienten Weiterentwicklung der Dienstleistungserbringung bei.</p>

---

**Anhang III: Fallbestimmungsinstrument  
(„Case Finding-Instrument“)**

## Mitteilung über Beratungsbedarf an die KAA- Pflege- und Wohnberatung

Name:

Tel:

- Hauptdiagnosen:
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall                      | <input type="checkbox"/> Multimorbidität |
| <input type="checkbox"/> Demenz                            | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Parkinson                         | <input type="checkbox"/> sonstige:       |
| <input type="checkbox"/> nach Sturz                        | <input type="text"/>                     |
| <input type="checkbox"/> sonstige Bewegungseinschränkungen |  |

- zunehmende Hilfe- und Pflegebedürftigkeit bei Fehlen einer/der Pflegeperson
  - Überforderung des Pflegebedürftigen und/oder der Pflegeperson mit der Situation
  - Bewegungseinschränkungen, die die Selbstständigkeit stark beeinträchtigen und/oder die Pflege erschweren
  - Sturzgefahr
  - Antragstellung / Eingruppierung / Widerspruch (Pflegekasse)
  - Sonstige Indikatoren für eine Pflege- und Wohnberatung:
- 
- 

Unterschrift/zuweisende Stelle

**Einverständniserklärung:**

Ich bin an einer kostenlosen und neutralen Beratung interessiert. Ich erkläre mich einverstanden, dass mein Name und meine Telefonnummer an die KAA - Pflege- und Wohnberatung weiter gegeben werden, damit diese einen Gesprächstermin mit mir verabreden kann.

Eine Weitergabe meiner Daten an Dritte erfolgt nicht. Nach abgeschlossener Beratung werden meine persönlichen Daten gelöscht.

Hilfebedürftige(r)/gesetzl. Vertreter

# **Anhang IV**

## **Instrument zur Situationsaufnahme und Bedarfsfeststellung („Assessmentinstrument“)<sup>1</sup>**

### **Übersicht über Anhang IV:**

1. Quellenverzeichnis
2. Grundlagen des Assessmentinstrumentes
3. Ablauf eines Assessments
4. Grundlagen der phänomennahen Situationsaufnahme
5. Grundlagen des systematischen Assessments
6. Das Assessmentinstrument
  - a) phänomennahe Situationsaufnahme
  - b) systematische Situationsaufnahme
    1. Stammdaten
    2. Lebenssituation und Unterstützungsbedarf
      - I. Pflege/Gesundheit/Verhalten
      - II. Haushalt
      - III. Finanzieller und rechtlicher Bereich
      - IV. Psycho-sozialer Bereich
      - V. Zufriedenheit des Pflegebedürftigen und der Pflegeperson mit der Versorgung
      - VI. Wohnung
    3. Zusammenarbeit im Netzwerk
      - Auflistung des Netzwerkes / Hilfelotse
  - c) Legende
7. Ergänzende Assessmentinstrumente und andere Werkzeuge (Checklisten, Screenings etc.)
8. Zuordnung vorhandener Assessmentinstrumente und anderer Werkzeuge zu den Inhaltsbereichen des Assessmentinstrumentes der Pflege- und Wohnberatung
9. Kurzdefinitionen

---

<sup>1</sup> Das Assessmentinstrument wurde im Ergebnis vor allem erarbeitet von Martin Kamps (KAA – Pflege- und Wohnberatung) und Sara Feierabend (KFH NW).

## IV.1 Quellenverzeichnis

Anhang IV enthält neben der Ergebnisdarstellung auch weitere Informationen, damit sich Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen je nach Aufgabenstellung Assessmentinstrumente zusammenstellen können.

Die folgenden Hilfsmittel (Checklisten, Screenings, Assessmentinstrumente) wurden eingesehen und inhaltlich ausgewertet:

Übersicht: AssessmentQuellen -  
Stand: Feb. 2007

Hilfsmittel	Quelle
ADL	Ausdruck von der Internetseite: <a href="http://dueker.psych.uni-osnabrueck.de/klin_ps/schoett/fleer.pdf">http://dueker.psych.uni-osnabrueck.de/klin_ps/schoett/fleer.pdf</a> 8.5.2005
ADL Skala	Ausdruck von der Internetseite: <a href="http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm">http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm</a> 12.4.2005
Aktivitäten des tägl. Lebens	Ausdruck von der Internetseite: <a href="http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm">http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm</a> 12.4.2005
Antrag in vollstationären Einricht.	MDK.pdf: "Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen" (S. 92 - 96) abgespeichert von der Internetseite: <a href="http://www.mdk.de/index2.html">http://www.mdk.de/index2.html</a> 8.5.2005:
Barthel Index I	Ausdruck von der Internetseite: <a href="http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm">http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm</a> 12.4.2005
Barthel Index II	Buch: Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment (Hrsg.) (1995): "Geriatrisches Assessment. Handlungsanleitungen für die Praxis" MMV Medizin Verlag (Anhang 2a)
Basis-ADL	Ausdruck von der Internetseite: <a href="http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm">http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm</a> 12.4.2005
Befundsskala	Ausdruck von der Internetseite: <a href="http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm">http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm</a> 12.4.2005
Beurteilungsbogen	Ausdruck von der Internetseite: <a href="http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm">http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm</a> 12.4.2005
CAN	Schleuning, G./ Welschehold, M. (2000): "Modellprojekt Psychiatrisches Assessment" Band 133, Nomos, 2000 Baden-Baden
Carenap Basic Information Sheet	Ausdruck von der Internetseite: <a href="http://www.carenap.info/carenap/basicinfo.pdf">http://www.carenap.info/carenap/basicinfo.pdf</a> 13.03.2006
Carenap Needs Assessment	Ausdruck von der Internetseite: <a href="http://www.carenap.info/carenap/needsassessment.pdf">http://www.carenap.info/carenap/needsassessment.pdf</a> 13.03.2006
CC	Buch: Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment (Hrsg.) (1995): "Geriatrisches Assessment. Handlungsanleitungen für die Praxis" MMV Medizin Verlag (Anhang 2h)
CDR-Skala	<u>Ausdruck von der Internetseite:</u> <a href="http://www.diss.fu-berlin.de/2004/325/1demenz.pdf">http://www.diss.fu-berlin.de/2004/325/1demenz.pdf</a> (S. 10)

	11.4.2005
Checkliste zur Entlassung	Krankenanstalten GILEAD gGmbH. Bethel. Bielefeld
Checkliste Ressourcen	Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.) (2004): "individuelle Hilfeplanung des Landschaftsverbandes".
DemTect	Ausdruck von der Internetseite: <a href="http://www.kcgeriatrie.de">http://www.kcgeriatrie.de</a> 12.11.2006
Entlassungsplanung	<a href="#">DKV Care Plus Reha GmbH:</a> "Überleitungsmanagement - ein Leitfaden" (S.20)
Erstkontaktbogen	<a href="#">DKV Care Plus Reha GmbH:</a> "Überleitungsmanagement - ein Leitfaden" (S.18)
Feststellung der Pflegebedürftigkeit	<a href="#">MDK: "Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen" (S. 87 - 91)</a> abgespeichert von der Internetseite: <a href="http://www.mdk.de/index2.html">http://www.mdk.de/index2.html</a> 8.5.2005
FIM	Ausdruck von der Internetseite: <a href="http://www.kc-geriatrie.de">http://www.kc-geriatrie.de</a> 12.11.2006
FLZ	<a href="#">Ausdruck von der Internetseite:</a> <a href="http://www.assessment-info.de/assessment/seiten/datenbank/vollanzeige/vollanzeige-de.asp?vid=12#Grunddaten">http://www.assessment-info.de/assessment/seiten/datenbank/vollanzeige/vollanzeige-de.asp?vid=12#Grunddaten</a> 12.04.2005
Fragebogen KH Gerresheim	bezogen über: Krankenhaus Gerresheim, Gräulinger Str. 120, D-40625 Düsseldorf
GDS	Buch: Arbeitsgruppe Geriatisches Assessment (Hrsg.) (1995): "Geriatisches Assessment. Handlungsanleitungen für die Praxis" MMV Medizin Verlag (Anhang 2c)
Geldzähltest	Buch: Arbeitsgruppe Geriatisches Assessment (Hrsg.) (1995): "Geriatisches Assessment. Handlungsanleitungen für die Praxis" MMV Medizin Verlag (S. 39)
Geriatisches Screening	Buch: Arbeitsgruppe Geriatisches Assessment (Hrsg.) (1995): "Geriatisches Assessment. Handlungsanleitungen für die Praxis" MMV Medizin Verlag (Anhang 1)
Gutachten zur Pflegebedürftigkeit	<a href="#">MDK: "Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen" (S. 98 - 108),</a> abgespeichert von der Internetseite: <a href="http://www.mdk.de/index2.html">http://www.mdk.de/index2.html</a> 8.5.2005
Handkraft	Buch: Arbeitsgruppe Geriatisches Assessment (Hrsg.) (1995): "Geriatisches Assessment. Handlungsanleitungen für die Praxis" MMV Medizin Verlag (Anhang 2e)
HPS I	Übernahme für die DEGAM (2005) Leitlinie "Pflegerische Angehörige" nach Gräbel 1993
IADL	Ausdruck von der Internetseite: <a href="http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm">http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm</a> 12.4.2005
individuelle Hilfeplanung	<a href="#">Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.) (2004):</a> "individuelle Hilfeplanung des Landschaftsverbandes"
Initiales Assessment	DKV Care Plus Reha GmbH: "Überleitungsmanagement - ein Leitfaden" (S.19)



KAA-Datenbank	KAA in Ahlen, Kontakt: info@kaa-ahlen.de
Lokomotion	Ausdruck von der Internetseite: <a href="http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm">http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm</a> 12.4.2005
Lubben Social Network Scale	James Lubben, Ph.D.; Boston College- Graduate School of Social Work; McGuinn Hall, 140 Commonwealth Avenue; Chestnut Hill, Massachusetts United States 02467 (Lubben, J.E.: FACH, 1988 , 11, 42-52 ) (Z5)
MDS-HC 2.0	Buch: Vjenka Garms-Homolová (Hrsg.) (2002): "Assessment für die häusliche Versorgung und Pflege" Hans Huber Verlag (S. 19 - 35)
MMSE	Buch: Arbeitsgruppe Geriatriches Assessment (Hrsg.) (1995): "Geriatriches Assessment. Handlungsanleitungen für die Praxis" MMV Medizin Verlag (Anhang 2b)
Mobilitätstest I	Ausdruck von der Internetseite: <a href="http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm">http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm</a> 12.4.2005
Mobilitätstest II	Buch: Arbeitsgruppe Geriatriches Assessment (Hrsg.) (1995): "Geriatriches Assessment. Handlungsanleitungen für die Praxis" MMV Medizin Verlag (Anhang 2g)
Patienten-beratung	DAN Produkte. Pflegedokumentation GmbH (2002): Robert-Bosch Krankenhaus.
Pflegeanamnese	<a href="#">Krankenanstalten GILEAD gGmbH. Bielefeld</a>

Pflegerische Erstinformation	Universitätsklinikum Düsseldorf: <a href="#">"pflegerische Erstinformation. Stammblatt"</a>
PIE	<a href="#">Buch: Maja Heiner (Hrsg.) (2004):</a> "Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch." dv Verlag (S.165 - 174)
Profilerhebungsbogen	MDS Essen: "Profilerhebungsbogen bei Beinprothesen" <a href="http://www.mds-ev.org/index2.html">abgespeichert von der Internetseite: http://www.mds-ev.org/index2.html</a> downloads.Hilfsmittel/Pflegemittel: Profilerhebungsbogen PG 24. 8.5.2005
Risikocheckliste	Ausdruck von der Internetseite: <a href="http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm">http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm</a> 12.4.2005
RMA	Ausdruck von der Internetseite: <a href="http://dueker.psych.uni-osnabrueck.de/klin_ps/schoett/fleer.pdf">http://dueker.psych.uni-osnabrueck.de/klin_ps/schoett/fleer.pdf</a> 8.5.2005
SoS	Buch: Arbeitsgruppe Geriatriches Assessment (Hrsg.) (1995): "Geriatriches Assessment. Handlungsanleitungen für die Praxis" MMV Medizin Verlag (Anhang 2d)
Sozialfragebogen	Ausdruck von der Internetseite: <a href="http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm">http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm</a> 12.4.2005
Spastik Skala	Ausdruck von der Internetseite: <a href="http://dueker.psych.uni-osnabrueck.de/klin_ps/schoett/fleer.pdf">http://dueker.psych.uni-osnabrueck.de/klin_ps/schoett/fleer.pdf</a> 8.5.2005
STEP	Ausdrucke von der Internetseite: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&amp;db=PubMed&amp;list_uids=15592957&amp;dopt=Citation">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&amp;db=PubMed&amp;list_uids=15592957&amp;dopt=Citation</a> 19.12.2006

strukturiertes Sturzinterview	Ausdruck von der Internetseite: <a href="http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm">http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm</a> 12.4.2005
SVS-Skala	Ausdruck von der Internetseite: <a href="http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm">http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm</a> 12.4.2005:
TFDD	Ausdruck von der Internetseite: <a href="http://www.kcgeriatrie.de">http://www.kcgeriatrie.de</a> 12.11.2006
Timed "up" and "go"	Buch: Arbeitsgruppe Geriatisches Assessment (Hrsg.) (1995): "Geriatisches Assessment. Handlungsanleitungen für die Praxis" MMV Medizin Verlag (Anhang 2f)
Überleitungsbericht	bezogen über: Krankenhaus Benrath, Urdenbacher Allee 83, D-40593 Düsseldorf 10.4.2005
Versorgungssituation	<a href="#">MDK: "Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen" (S. 79ff)</a> , abgespeichert von der Internetseite: <a href="http://www.mdk.de/index2.html">http://www.mdk.de/index2.html</a> 8.5.2005
Wertanamnese	<a href="#">Ausdruck von der Internetseite:</a> <a href="http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm">http://www.christian-doppler-klinik.at/f_ger_assessment.htm</a> 12.4.2005

## IV.2 Grundlagen des Assessmentinstrumentes

- Im Zentrum des Assessments steht das beraterische Gespräch. Standardisiert über ein Instrument sind lediglich die Beratungsinhalte und die Dokumentation, nicht das Gespräch oder die methodischen Zugänge zum Klientensystem.
- Das Assessmentinstrument dient als ein „Werkzeug“ der umfassenden und verlässlichen Dokumentation der Aufnahme einer **komplexen Hilfesituation** (Informationsaufnahme) sowie der **Bedarfsfeststellung** (Informationsbewertung)
- Die Dokumentation kann bei Akzeptanz seitens des Klientensystems parallel zur Beratung erfolgen oder am Ende vorgenommen werden. Das Assessmentinstrument ist also nicht als durchzugehende Checkliste gedacht, sondern als fachliche Unterstützung und als Dokumentationshilfe.
- Das Assessmentinstrument besteht aus einer phänomennahen offenen Situationserfassung und einer systematischen, in hohem Grade standardisierten Situationsaufnahme.
- Das systematische Assessmentinstrument besteht aus zwei Teilen, die zusammengefügt sind: einer inhaltlichen Systematisierung aller relevanten Inhalte (Vertikale) und einer Formalstruktur, nach der alle Inhalte und der Bedarf nach Möglichkeit skaliert festgehalten werden (Horizontale).
- Dem vorliegenden systematischen Assessment können weitere (validierte) Assessmentinstrumente zugeordnet werden. Eine entsprechende Empfehlung der zu hinterlegenden Instrumente ist ebenfalls aufgeführt (Pkt. 7).
- Es werden nur Inhalte aufgenommen, die für einen Pflege- und Wohnberater handlungsrelevant werden können (nicht alle Inhaltsbereiche, die es gibt).
- Das Assessment muss das Kriterium der Multiperspektivität berücksichtigen, d.h. die unterschiedlichen Perspektiven, Pflegebedürftiger, Pflegeperson, Pflege- und Wohnberater sollen getrennt voneinander aufgenommen werden können.
- Dem Assessment liegt eine Ressourcenorientierung zugrunde. Zu Beginn der Einschätzung der verschiedenen Inhalte werden im Assessment die Ressourcen abgefragt, danach die Probleme.
- Alle standardisierbaren Inhalte sollen im systematischen Assessment standardisiert werden (pull down Menues).

- Die Inhalte sind im systematischen Assessmentinstrument hierarchisch auf drei Ebenen zugeordnet, so dass irrelevante Inhalte schnell ausgeschlossen werden können.
- Das systematische Assessmentinstrument berücksichtigt sowohl die Einzelfall- als auch die Systemebene (Hilfelotse/Angebote vor Ort können dem Bedarf im Einzelfall zugeordnet werden).
- Die Erarbeitungen dienen vor allem als Vorlage für eine Softwarelösung.
- Die Software soll pragmatisch sein, d.h. gut anwendbar im Einzelfall aus der Sicht des Pflege- und Wohnberaters.
- Der Benutzer der Software muss Einfluss auf die Menüs haben können.

### IV.3 Ablauf eines Assessments,

der in dem Instrument abgebildet sein soll:

1. offene Fragen und Dokumentationsmöglichkeiten, um die Situation **phänomennah** aufnehmen zu können
2. **systematische** Situationsaufnahme bzgl. der Inhalte und der Dokumentation  
Zwischen der phänomennahen Aufnahme der Situation und dem systematischen Assessment kommt es immer wieder zu einem **dialogischen Rückfluss**.
3. **Bedarfsfeststellung** (Ziel des Assessments): Die Bedarfsfeststellung wird nach multiperspektivischer Aufnahme von Ressourcen und Problemen und deren Gewichtung in Handlungsbedarf und Priorität vorgenommen

### IV.4 Grundlagen der phänomennahen Aufnahme der Situation

Die Perspektive des Pflegebedürftigen, der Ratsuchenden und der Pflegeperson(en) können dem Originalwortlaut nach festgehalten werden:

- Das Beratungsgespräch beginnt mit offenen Fragen, z.B.:
  - Was ist Ihr Anliegen an die Beratung?
  - Wie geht es Ihnen (evtl. enger führen, falls Anlass: traurig ... (s.u.))
  - Wie fühlen Sie sich körperlich, wie ist Ihr allgemeines Befinden?
  - Haben Sie viele soziale Kontakte (Freunde, Verwandte, Nachbarn)?
- Systematisierung anhand der folgenden Kategorien (nur die Perspektive des Pflegebedürftigen und der Pflegeperson)
  - Z. B.: physische, psychische (kognitiv, emotional, spirituell), soziale Aspekte (Jeweils: Probleme, Defizite, Kompetenzen, Ressourcen)
  - in den drei offenen Textfeldern zu den Bereichen physisch, psychisch und sozial können unterschiedliche Perspektiven (z. B. Pflegebedürftiger, Pflegeperson) festgehalten werden (Multiperspektivität)
  - das Vorliegen externer Stellungnahmen oder Einschätzungen von Ärzten, Pflegediensten etc. soll in der Software vermerkt oder mit kurzen Kommentaren eingegeben werden können
- Frage nach Motivation der Beteiligten zu Veränderungen
- Bewertung der phänomennahen Situationsaufnahme/ Ratsuchendenperspektive durch den Pflege- und Wohnberater (in Prosa, evt. mit „Anleitung“) soll in der Software möglich sein.

### IV.5 Grundlagen des systematischen Assessments<sup>2</sup>

Das systematische Assessment gliedert sich in eine systematische Aufteilung der möglicherweise relevanten Inhalte (Vertikale) und in eine Formalstruktur (Horizontale).

#### Inhalte des systematischen Assessments

- Das Assessment unterliegt einer Baumstruktur und ist daher in 3 Ebenen (z.B. 1 spezifische Diagnosen; 1.1 Schlaganfall; 1.1.1 Aphasie) unterteilt. Wenn auf einer übergeordneten Ebene der Inhalt als irrelevant (**I** – Spalte mit 0 versehen) eingestuft wird (es liegt also kein Handlungsbedarf für den gesamten Bereich vor), müssen die Inhalte auf den folgenden Hierarchieebenen nicht mehr berücksichtigt werden. In einer Softwarelösung würden sie automatisch „grau“ hinterlegt werden.
- Der Case Manager unterliegt bei diesem Assessment der Verpflichtung, sich zu allen Inhalten zu verhalten. D.h. Inhalte, die er für nicht relevant einstuft, muss er zumindest in der ersten Spalte (**I**) mit einer 0 kennzeichnen. Die hierarchische Systematisierung erlaubt hier ein pragmatisches Vorgehen. Das Klientensystem hingegen kann die Angaben auf freiwilliger Basis vornehmen.

---

<sup>2</sup> Die formale Struktur wurde angelehnt an das Assessmentinstrument, das in dem Forschungsprojekt „Computerunterstütztes Case Management in der Kinder- und Jugendhilfe“ ([www.cm4ju.de](http://www.cm4ju.de)) entwickelt wurde. Vgl. Poguntke-Rauer, Markus; Mennemann, Hugo; Löcherbach, Peter: Hilfeplanprozess und Assessment im Allgemeinen Sozialen Dienst durch EDV-Unterstützung. In: NDV Januar 2007 (im Druck).

Somit ist die Multiperspektivität gewährleistet (da sie im Assessment grundsätzlich möglich und vorgesehen ist), aber nicht verpflichtend.

- Das Assessment weist in jedem Bereich gleich zu Beginn auf weitere Assessment-instrumente hin, die (aus Sicht der Entwickler dieses Assessments) als hilfreich für die Einschätzung des Bedarfs erscheinen.
- Die SGB XI-Systematik wurde bei vielen Bereichen in dieses Assessment eingefasst.
- Im Assessment sind bei manchen Inhalten bereits „Freifelder“ eingearbeitet, damit es auf den Einzelfall angepasst werden kann. Trotzdem können bei Bedarf auch weitere Felder eingepasst werden (wenn z.B. weitere Personen bei `Zusammenarbeit im Netzwerk´ aufgenommen werden sollen).
- Re-Assessments sollten über Terminierungen möglich sein
- Eine Gesamtübersicht des aktuellen Standes sollte softwaretechnisch möglich sein – „Bericht“ über das, was in dem „Fall“ bisher dokumentiert wurde

### **Formalstruktur des systematischen Assessments**

- einige Daten (z. B. Stammdaten) sind reine Informationsdaten
- Die Formalstruktur besteht aus
  - o einer Informationsangabe (I), ob dieser Punkt überhaupt relevant ist, und ob weitere Informationen zu diesem Punkt in einem Freitext hinterlegt sind
  - o skalierten Angaben zu allen Inhaltsbereichen bzgl. der vorhandenen Ressourcen und der Probleme seitens des Pflegebedürftigen, der Pflegeperson und des Pflege- und Wohnberaters
  - o einer rechnerischen Orientierungsgröße der Gesamteinschätzung (G)
  - o einer Zuordnung des Bedarfs nach „Interventions- und Handlungsbedarf“, „Beobachtungsbedarf“ und „kein Handlungsbedarf“ sowie
  - o einer Prioritätensetzung des Bedarfs

Im Einzelnen:

- manche Inhalte treffen gar nicht auf das Klientensystem zu (z.B. Schlaganfall: Pflegeperson hatte keinen Schlaganfall). Dies kann im Instrument in der Spalte I (=Information) festgehalten werden, damit geklärt ist, dass dieser Inhalt trotzdem abgefragt/ behandelt wurde. Liegen zu einem Inhalt weitere Informationen in Form eines Freitextes vor, wird das an dieser Stelle vermerkt:
  - o Information: 2er Skala
    - o 0 = Inhalt nicht vorhanden
    - o 1 = zusätzlicher Freitext hinterlegt

Trägt der Case Manager hier eine 0 ein, so müssen alle Unterpunkte des Bereichs nicht berücksichtigt und somit auch nicht ausgefüllt werden (in einer Software wären sie dann automatisch mit Eintragen der 0 „grau“ hinterlegt). Es muss nicht jedes I-Feld mit 1 oder 0 versehen werden. Ist ein Bereich zwar relevant, aber es liegt – noch - kein Freitext vor, bleibt das Feld I leer. Ist ein Inhalt nicht vorhanden bzw. nicht relevant muss eine 0 eingetragen werden. So kann der Case Manager nachvollziehen, welche Bereiche im späteren Verlauf noch geklärt werden müssen, und welche Bereiche nicht ausgefüllt wurden, da sie nicht relevant/vorhanden waren.
- andere Inhalte müssen skaliert zugeordnet werden:
  - o Ressourcen: 4er Skala
    - o 3 = überragend – Eigene Stärken/Fähigkeiten oder fremde (im Umfeld vorhandene) Unterstützungsmöglichkeiten sind rasch identifizierbar und können schnell genutzt werden.
    - o 2 = bedarfsdeckend – Eigene Stärken/Fähigkeiten oder fremde (im Umfeld vorhandene) Unterstützungsmöglichkeiten sind in ausreichendem Maße vorhanden.
    - o 1 = knapp - Eigene Stärken/Fähigkeiten oder fremde (im Umfeld vorhandene) Unterstützungsmöglichkeiten sind für Teilbereiche vorhanden, reichen aber zur Problemlösung nicht aus oder müssen gezielt (planvoll) erschlossen werden.

- 0 = keine - Eigene Stärken/Fähigkeiten oder fremde (im Umfeld vorhandene) Unterstützungsmöglichkeiten sind für die Problemlösung nicht erkennbar oder können nicht genutzt werden.
- Probleme: 4er Skala
  - 0 = keine – es wird kein Problem gesehen. Wird dies von CM und dem Klientensystem gleichermaßen eingeschätzt, sind in diesem Bereich keine weiteren Schritte notwendig.
  - 1 = mäßig – es gibt Probleme in Teilbereichen, aber nicht eine generelle Funktionseinschränkung
  - 2 = hoch – das Problem ist ausgeprägt und schwer veränderbar. Das Klientensystem bzw. Teile des Klientensystems leiden darunter oder Dritte haben wiederholt auf das Problem hingewiesen (Auffälligkeit, Meldung, Befunde).
  - 3 = sehr hoch – das Problem wird für den Bereich durchgängig als problematisch angesehen und beeinträchtigt die Funktionsweise erheblich.

Diese Skalen werden i.d.R. nur auf der zweiten inhaltlichen Ebene (z.B. 1.1; 1.2; 2.1; 2.2 usw.) eingeschätzt.

Die Beschreibungen des Klientensystems werden vom Case Manager skaliert. Es müssen nicht alle Inhalte vom Klientensystem beschrieben werden.

Zu jeder Ressourcenskalisierung seitens des Klientensystems (Pflegebedürftigen und Bezugsperson) muss auch eine entsprechende Problemskalierung erfolgen.

Die Spalten des Klientensystems sind beliebig erweiterbar.

### Bedarfsfeststellung

Zur Orientierung wird ein Gesamtwert (G) bzgl. des möglichen Bedarfs errechnet, damit der Pflege- und Wohnberater wichtige Diskrepanzen nicht übersieht. Dieser Wert ist ein rein rechnerischer Wert zur Orientierung, er ersetzt nicht die bewusste Bedarfseinschätzung seitens des Pflege- und Wohnberaters:

$$G = \text{Ressourcen } (PP + PB + CM) - \text{Probleme } (PP + PB + CM)$$

Bei einem negativen Wert als Ergebnis liegt laut Einschätzung der Beteiligten ein Problemgehalt vor, der durch die vorhandenen Ressourcen nicht gedeckt ist. Die Art des Handlungsbedarfs wird mit dieser Formel jedoch nicht berechnet. Die Einschätzung, welche Art von Bedarf vorliegt, nimmt der Case Manager allein vor. Sie wird im Folgenden näher beschrieben. Das Ergebnis der Berechnung kann ihm jedoch eine Hilfestellung sein - auch für den späteren Hilfeplan.

- Handlungsbedarf aus Beratersicht
    - Interventionsbedarf
    - Beobachtungsbedarf
    - kein Handlungsbedarf
  - Priorität: 3er Skala + Ressourcennachweis
    - 3 = hoch
    - 2 = mäßig
    - 1 = gering
- 
- R = Ressource vorhanden (die auch in anderen Bereichen genutzt werden kann)
  - Am Ende jedes Bereichs kann eine Gesamt-Priorisierung vorgenommen werden. So kann der Case Manager gewährleisten, dass „kleine“ Bereiche, also Bereiche, in denen es zahlenmäßig wenige Inhalte gibt, nicht durch „große“ Bereiche (wie z.B. „Wohnen“) in den Hintergrund gedrängt

werden (**ein** Bedarf im Bereich psychosoziale Situation kann u.U. dringender sein, als die Summe der Bedarfe im Bereich Wohnen).

Der Case Manager kann bei der Bedarfsfeststellung im Bereich `Priorität` nicht nur die Priorität des Handlungsbedarfs einschätzen, er kann auch (wenn kein Bedarf besteht) festschreiben, ob eine für andere Bereiche nutzbare Ressource in diesem Bereich liegt.

## IV.6 Das Assessmentinstrument

Das Assessmentinstrument untergliedert sich in:

- a) phänomennahe Situationsaufnahme
- b) systematische Situationsaufnahme
  1. Stammdaten
  2. Lebenssituation und Unterstützungsbedarf
    - I. Pflege/Gesundheit/Verhalten
    - II. Haushalt
    - III. Finanzieller und rechtlicher Bereich
    - IV. Psycho-sozialer Bereich
    - V. Zufriedenheit des Pflegebedürftigen und der Pflegeperson mit der Versorgung
    - VI. Wohnung
  3. Zusammenarbeit im Netzwerk
    - Auflistung des Netzwerkes / Hilfelotse
- c) Legende

**a) Phänomennahe Situationsaufnahme** (in Anlehnung an Knipping © 2006)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Beziehung zum Pflegebedürftigen: \_\_\_\_\_

Was ist Ihr Anliegen an die Beratung?

Wie fühlen Sie sich insgesamt?

Wie geht es Ihnen körperlich?

Haben Sie viele Kontakte?

(jeweils ggf. differenzierende Fragen, z.B.: sind Sie häufig traurig und niedergeschlagen? ...)

<b>Physische Aspekte</b>
Ressourcen, Fähigkeiten, Probleme, Defizite
<b>psychische (kognitiv, emotional, spirituell) Aspekte</b>
Ressourcen, Fähigkeiten, Probleme, Defizite
<b>soziale Aspekte</b>
Ressourcen, Fähigkeiten, Probleme, Defizite



## b) systematische Situationsaufnahme

### 1. Stammdaten

durchnummeriert und jeweils aufgelistet nach Inhalt (2. Spalte) und Hinweise für die Softwareerstellung (3. Spalte):

1.1.	Datum der Aufnahme Stammdaten	Datumsfeld
1.2	Berater/in	(ortsbezogene Auswahlliste)
1.3	„Adressblatt“/Kontakte– dieses enthält alle für diesen „Fall“ relevanten Personen und deren Adressen: Ratsuchende/r, Hilfebedürftiger, Pflegeperson(en), Verwandte, Bezugspersonen, ges. Betreuer bzw. Vollmachtnehmer – diese können in ein Genogramm übernommen werden	
1.3.1	Name, Adresse, TelNr (privat und dienstlich), mobil, E-Mail	Freies Feld Text und Zahlen (Telefon)
1.3.2	Beziehung zur pflege- und hilfebedürftigen Person	(pull down: identisch, Ehe/Partner, Kindergeneration, andere Angehörige, Nachbar, Bekannter, Professionelle Fachkraft, freier Eintrag)
1.3.3.	Vermerk zur Person	Freies Textfeld
1.4	Kontakt über	z.B.: Altenheime, ambulante Pflegedienste, komplementäre Anbieter, Arzt, bestehender Kontakt, Öffentlichkeitsarbeit, Eigeninitiative, Gesundheitsamt, Krankenhaus, Reha-Klinik, Pflegekassen, Stadt, private Empfehlung, freier Eintrag <i>(alphabetisch sortieren – ergänzbare Liste):</i>
1.5	Beratungsart <i>(1.5 und 1.6 sind Bestandteil eines Verlaufsbogens)</i>	(Hausbesuch, Beratungsstelle, organisatorischer Kontakt, telefonisch, sonstige)
1.6	Vereinbarung nach Erstkontakt	(Beratung in der Beratungsstelle, Hausbesuch, freier Eintrag)
1.7	Daten zur pflege- und hilfebedürftigen Person	
1.7.1	Geschlecht	(m, w)
1.7.2	Alter	aus Geburtsdatum, zu statistischen Zwecken, die Frage nach Personen im Alter in 10er Schritten
1.7.3	Geburtsdatum	(Datumsfeld)
1.7.4	Lebenssituation	<i>(Mehrfachauswahl wichtig)</i> alleinlebend, mit Ehepartner, Angehörige im Haus, Angehörige am Ort, Angehörige entfernt, keine Angehörigen)
1.7.5	Finanzielle Situation des Haushalts der pflegebedürftigen Person	(Einkommen, Vermögen, Wohnungskosten)
1.8	Aktuelle Situation zu „Sozialrechtlichen Leistungen und ihre Erbringer“	Vorstandardisierte Antwortmöglichkeiten: Für Ahlen wurde eine entsprechende Liste von der KAA erarbeitet
1.8.1	Krankenkasse	(ortbezogene Liste/Auswahl über Kontakte)
1.8.2	Pflegekasse	(ortbezogene Liste/Auswahl über Kontakte)
1.8.3	KVNummer	Zahlenfeld
1.8.4	Pflegestufe	(0, 1, 2, 3, Härtefall, § 45b-Anspruch, §3) „Terminhistorie“
1.8.5	Angaben zur Pflegestufe	(Antrag gestellt/abgelehnt, Höherstufung beantragt/abgelehnt; Antragstellung aussichtslos)
1.8.6	Handlungsbedarf	ja/nein; zu dem Übersichtsblatt „sozialrechtliche Antragstellungen“

1.8.7	Schwerbehindertenausweis	(%, Merkzeichen) (Antrag gestellt / abgelehnt, und: Höherstufung beantragt/abgelehnt)
1.8.8	Handlungsbedarf	ja/nein; zu dem Übersichtsblatt sozialrechtliche Antragstellungen s. o.)
1.8.9	Krankenkasse Zuzahlungsbegrenzung	(1%, 2%);
1.8.10	Handlungsbedarf	ja/nein; zu dem Übersichtsblatt sozialrechtliche Antragstellungen)
1.8.11	SGB XII/Grundsicherungsantrag	(Antrag gestellt/abgelehnt)
1.8.12	Sachbearbeiter Sozialamt	(Auswahl aus hinterlegten Kontakten mit Email und TelNr.)
1.8.13	Sonst. Leistungsträger und Zuständigkeiten (Kriegsopferfürsorge z. B)	hier freier Eintrag
1.8.14	Vollmacht, Patientenverfügung, Ges. Betreuung eingerichtet? mit Eintrag, für welche Bereiche	(Vollmachtnehmer/Ges. Betreuer – ehrenamtlich oder beruflich - s. ggf. Adressblatt)
1.9	Hauptpflegeperson und ggf. weitere Pflegepersonen	(Adressblatt)
1.9.1	Name, Adresse, TelNr	Entsprechende Textfelder
1.9.2	Verhältnis zur pflege- und hilfebedürftigen Person	(identisch, Ehe/Partner, Kindergeneration, andere Angehörige, Nachbar, Bekannter, Professionelle Fachkraft, sonstige)
1.10	Arzt/Ärzte	(Auswahlliste mit Felderanzahl nach Bedarf für: Hausarzt, Facharzt 1, FA 2, FA 3) (Mehrfachauswahl)
1.11	Diagnose	(Auswahlliste, Mehrfachauswahl, b.Bed. auffüllbar)
1.12	Somatische Besonderheiten	Hochgradige Sehbehinderung / Erblindung, Prothesen, Stoma, Amputationen, PEG, Sauerstoffgerät, Dauerkatheter, Adipositas / Kachexie usw.; pull down, Mehrfachauswahl, b. Bed. Auffüllbar
1.13	Beteiligte Dienste/Einrichtungen bei Aufnahme der Stammdaten	(Auswahl aus Liste/Kontakten) Mehrfachnennungen
1.13.1	Pflegedienst	(aus vorliegender Liste, womit beteiligt: Grundpflege, Behandlungspflege, § 37 Abs 3; Häufigkeit und welche Leistung Freitext) Mehrfachauswahl
1.13.2	Tagespflege	(welche, Häufigkeit z. B. 3x wöchentlich)
1.13.3	Vollstationäre Pflege	Freies Textfeld
1.13.4	Kurzzeitpflege	Freies Textfeld
1.13.5	Krankenhaus	Freies Textfeld
1.13.6	Reha-Klinik	Freies Textfeld
1.13.7	Heilmittel	Pull down: Logopädie, Krankengymnastik, Ergotherapie, freie Ergänzungsmöglichkeiten und jeweils Textfeld für Name der Praxis (Mehrfachauswahl)
1.13.8	Komplementäre Angebote	(aus ortsbezogener Liste, Mehrfachauswahl)
1.13.8.1	Essen auf Rädern	Anbieter aus Liste + Freies Textfeld
1.13.8.2	Hausnotruf	Wie oben
1.13.8.3	Fahrdienste	Wie oben
1.13.8.4	stundenweise Betreuung	Wie oben
1.13.8.	Sozialpsychiatrischer Dienst	Freies Textfeld

5		
1.13.8. 6	usw.	Freies Textfeld

## b2. Lebenssituation und Unterstützungsbedarf

Datum: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

I. Pflege/Gesundheit/Verhalten		Nutzbare Ressource			Schwere des Problems			G	Bedarf			Pri- ori- tät C M
		PB	PP	C M	PB	PP	C M		IH B	BB	KH B	
1	Körperliche Aktivitäten											
1.1	Aufstehen von											
1.1.1	Sitzmöbeln											
1.1.2	WC											
1.1.3	Bett/Zubettgehen											
1.2	Transfer											
1.2.1	von Sitzmöbel oder Bett auf Roll/Toilettenstuhl und umgekehrt											
1.2.2	von Roll/Toilettenstuhl auf das WC und umgekehrt											
1.2.3	von Roll/Toilettenstuhl auf Wannenlifter oder Duschhocker											
1.2.4	Vom Rollstuhl ins Auto und umgekehrt											
1.3	An- und Auskleiden											
1.3.1	Ganzer Körper											
1.3.2	Untere Extremitäten											
1.3.3	Prothesen und Orthesen											
1.4	Sitzen											
1.5	Gehen oder Mobilität im Rollstuhl											
1.6	Ein-/Aussteigen in											
1.6.1	Dusche											
1.6.2	Badewanne											
1.7	Greifen und Halten											
1.8	Treppen steigen											
1.9.	Einzelne Stufen / Schwellen überwinden											
1.10	Umdrehen im Bett											
1.11	Verlassen der Wohnung											
2	Ernährung											
2.1	Gesunde und mengenmäßig ausreichende Ernährung											





1	Behördenangelegenheiten	
2	Regelung der Finanzen	
3	Dauerhafte, hohe Schulden	
4	Rechtliche Angelegenheiten	

IV. Psychosozialer Bereich (falls keine dementielle Erkrankung vorliegt)	I	Nutzbare Ressource			Schwere des Problems			G	Bedarf			Priorität C M	
		PB	PP	C M	PB	PP	C M		IH B	BB	KH B		
<b>1 Pflegebedürftiger</b>													
1.1	Grundhaltung zur Lebenssituation												
1.1.1	Einstellung zur Lebenssituation												
1.1.2	Antriebsfähigkeit / Motivation												
1.1.3	Einstellung zu Verlust												
1.1.4	Umgang mit Sterben und Tod												
1.2	Emotionale Befindlichkeit												
1.2.1	Psychische Stabilität												
1.2.2	Copingstrategien												
1.2.3	Ängste, Sorgen												
1.2.4	Aggressionen												
1.2.5	Schlafsituation (als Indikator)												
1.3	Kognitive Leistungsfähigkeit												
1.3.1	Orientierung												
1.3.2	Merkfähigkeit												
1.3.3	Kontextbezogene Entscheidungsfähigkeit												
1.3.4	Aufmerksamkeit/ Konzentration												
1.4	Soziales Umfeld												
1.4.1	Kontakthäufigkeit mit dem sozialen Umfeld												
1.4.2	Kommunikation per Telefon												
1.4.3	Nutzen von Verkehrsmitteln												
1.4.4	Beziehung zu sozialem Umfeld												
1.4.5	Beziehung zu einer Bezugsperson												
1.4.6	Konfliktfähigkeit												
1.4.7	Bevormundung												
1.4.8	Alleinsein in der Wohnung												
1.4.9	Gewalt in der Pflegebeziehung												
1.5	Hobbys												
<b>2 Pflegeperson</b>													
2.1	Grundhaltung zur Lebenssituation												
2.1.1	Einstellung zur Lebenssituation												











### b3. Beschreibung der Netzwerkebene

I. Zusammenarbeit im Netzwerk		Nutzbare Ressource			Schwere des Problems			G	Bedarf			Pri- ori- tät C M
		PB	PP	C M	PB	PP	C M		IH B	BB	KH B	
1	Zufriedenheit mit Pflegesituation geäußert von											
1.1	Arzt (Duplizierung)											
1.2	PD											
1.3	Heilmittel (Duplizierung)											
1.4	Komplementäre Angebote (Duplizierung)											
1.5	<i>Freier Eintrag möglich</i>											
2	Kooperation seitens CM mit:											
2.1	Arzt (Duplizierung)											
2.2	PD											
2.3	Heilmittel (Duplizierung)											
2.4	Komplementäre Angebote (Duplizierung)											
2.5	<i>Freier Eintrag möglich</i>											
3	Qualität											
3.1	Arzt (Duplizierung)											
3.2	PD											
3.3	Heilmittel (Duplizierung)											
3.4	Komplementäre Angebote (Duplizierung)											
3.5	<i>Freier Eintrag möglich</i>											

#### - Auflistung des Netzwerkes / Hilfelotse

(Verbindung jeweils zwischen Stammdaten, Hilfeplan und Hilfelotsen)

1.	Hilfen im Bereich Pflege und Gesundheit	Adressen der am Ort ansässigen bzw. für den Ort relevanten Dienste
1.1	Ämter	
1.1.1	Gesundheitsamt	
1.1.2	Sozialamt	
1.1.3	Versorgungsamt	
1.2	Ärzte	
1.2.1	Hausärzte	
1.2.2	Fachärzte (v.a. Neurologen, Psychiater, Internisten, Kardiologen, Orthopäden)	
1.2.3	Memory-Kliniken	
1.3	Pflegedienste	
1.4	Heilmittelerbringer	
1.4.1	Logopädie	
1.4.2	Ergotherapie	
1.4.3	Physiotherapie	

1.5	Medizinische Fußpflege	
1.6	Sanitätshäuser	
1.7	Apotheken	
2	Komplementäre Hilfen	
2.1	Stundenweise Betreuung (häusliche Betreuung, Betreuungsgruppen)	
2.2	Besuchsdienste	
2.3	Freiwilligenagenturen	
2.4	Schulungsangebote für Angehörige	
2.5	Selbsthilfekontaktstelle	
2.6	Selbsthilfegruppen (Angehörigengruppen, Schlaganfall, Parkinson, MS u.a.m.)	
2.7	Hospizbewegung	
2.8	Alzheimer Gesellschaft	
2.9	Essen auf Rädern	
2.10	Hausmeisterdienste	
2.11	Wäschedienst	
2.12	Behindertenfahrdienst	
2.13	Krankentransport	
3	Finanzielle und rechtliche Hilfen	
3.1	Gerichte	
3.2	Betreuungsvereine	
3.3	Schuldnerberatung	
4	Psycho-soziale Hilfen	
4.1	Therapeutische Praxis / Psychologen	
4.2	Andere Beratungsstellen	
4.3	Krisenintervention	
4.4	Notfalldienste	
5	teilstationäre und stationäre Einrichtungen	
5.1	Tagespflege	
5.2	Kurzzeitpflege	
5.3	stationäre Pflegeeinrichtung	
5.4	Stationäre Hospize	
5.5	Krankenhäuser	
5.6	Tageskliniken	
5.7	Rehabilitationseinrichtungen (ambulant / stationär)	
6	Wohlfahrtsverbände vor Ort	
7	Kostenträger	
7.1	Pflegekassen	
7.2	Krankenkassen	
7.3	Sozialhilfeträger	
7.4	Versorgungsamt	

**c) Legende:**

I – weitere Informationen liegen vor (s. unten)

PP – Pflegeperson

PB – Pflegebedürftiger

CM – Case Manager

G – Gesamtschätzung (PP, PB, CM)

INFORMATION INDEX	RESSOURCEN INDEX	PROBLEM INDEX	BEDARF	PRIORITÄTEN INDEX
0 nicht vorhanden 1 zusätzlicher Freitext	0 keine 1 knapp 2 bedarfsdeckend 3 überragend	0 kein Problem 1 mäßig 2 hoch 3 sehr hoch	IHB Interventions-/ Handlungsbedarf BB Beobachtungsbedarf KHB Kein Handlungsbedarf	1 gering 2 mäßig 3 hoch R Ressource

## **IV.7 Ergänzende Assessmentinstrumente und andere Werkzeuge (Checklisten, Screenings, etc.)**

a) Besondere Auswahl. Diese sollte zudem hinterlegt in der Software:

- **Erhebungsbogen Soziale Situation (SoS)**  
Soziale Arbeit
- **FIM**  
Medizin, Pflege
- **HPS**  
Soziale Arbeit, Psychologie, Pflege
- **Lubben Social Network Scale**  
Soziale Arbeit, Pflege
- **Motilitätstest nach E.Tinetti**  
Medizin, Physio-, Ergotherapie
- **Strukturiertes Sturzinterview**  
Pflege

b) Weitere Hilfsmittel, die hilfreich sein können:

- Barthel Index  
Pflege
- Erhebungsbogen Clock completion  
Medizin, Ergotherapie
- Funktionsskala Lokomotion  
Ergotherapie
- GDS  
Medizin
- Geriatrisches Screening  
Medizin
- Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI (MDK)  
Medizin, Pflege
- Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI  
Medizin, Pflege
- MMSE  
Medizin, Pflege
- Timed "up & go"  
Medizin, Physio-, Ergotherapie

## IV.8 Zuordnung vorhandener Assessmentinstrumente und anderer Werkzeuge zu den Inhaltsbereichen des Assessmentinstrumentes des Pflege- und Wohnberaters

Pflege/Gesundheit			Hilfsmittel (Kriterienkataloge, Checklisten, Screenings, Assessments)
1	<b>Körperliche Fähigkeiten</b>		
1.1	Aufstehen von		Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI
			Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
			Funktionsskala Lokomotion
			Geriatrisches Screening
1.2	Transfer		FIM
			Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI
			Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
1.3	An- und Auskleiden		FIM
			Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI
			Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
			Geriatrisches Screening
1.4	Sitzen		Funktionsskala Lokomotion
1.5	Gehen oder Mobilität im Rollstuhl		FIM
			Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI
			Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
			Funktionsskala Lokomotion
			Geriatrisches Screening
1.6	Ein-/Aussteigen in		
1.7	Greifen und Halten		
			Geriatrisches Screening
1.8	Treppen steigen		FIM
			Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI
			Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
			Geriatrisches Screening
1.9	einzelne Stufen/Schwellen überwinden		
1.10	Umdrehen im Bett		Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI
			Funktionsskala Lokomotion
1.11	Verlassen der Wohnung (im Sinne des PVG)		Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI
			Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI

2	<b>Ernährung</b>	
2.1	Gesunde und mengenmäßig ausreichende Ernährung	
2.2	Essen mit Appetit	
2.3	Mundgerechte Zubereitung	Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI
		Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
2.4	Nahrungsaufnahme	Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI
		Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
2.5	Öffnen von Flaschen, Verpackungen	
2.6	Getränk einschenken	
2.7	Trinken	FIM
2.8	Trinkmenge	
2.9	Sondenkost	Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI
3	<b>Körperpflege</b>	
3.1	Waschen/Abtrocknen	FIM
		Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI
		Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
3.2	Duschen	FIM
		Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI
		Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
3.3	Baden	FIM
		Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI
		Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
3.4	Zahnpflege	Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI
		Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
3.5	Ohrenpflege	
3.6	Kämmen	Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI
		Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
3.7	Rasieren	Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI
		Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
3.8	Haut(pflege)	
3.9	Finger- /Fußnagelpflege	
3.10	Kontinenz	FIM
		Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI



			Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
			Geriatrisches Screening
	3.11	Toilettennutzung	FIM
	3.12	Wechsel der Vorlagen	Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
	3.13	Wechsel der Pampers	Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
	3.14	Säuberung der Utensilien	
4		<b>Behandlungspflege</b>	
	4.1	Medikamentengabe	
	4.2	Subcutane Injektionen / Infusionen	
	4.3	Wundversorgung	
	4.4	Messungen BZ / RR	
	4.5	Kompressionsstrümpfe	
	4.6	<i>Freier Eintrag Beh.Pflege</i>	
5		<b>Verhalten (screening gem. §45 SGB XI)</b>	
	5.1	Einschränkung bei ATLS	
	5.2	Weglauftendenz	
	5.3	Selbst-/Fremdfährdung	
	5.4	Unsachgemäßer Umgang mit Gegenständen	
	5.5	Aggressionen	
	5.6	Inadäquates Verhalten	
	5.7	Umgang mit Gefühlen und Bedürfnissen	
	5.8	Zulassen von und Mitwirken bei der Pflege	
	5.9	Nächtliche Unruhe	
	5.10	Wahnhaftes Verkennen	
	5.11	Tagesstrukturierung	
	5.12	Labilität, Misstrauen, Emotionen	
	5.13	Rückzug, Depression	
		Hilfebedarf nachts	
6		<b>Sinnesorgane</b>	
	6.1	Sehen	Geriatrisches Screening
	6.2	Hören	FIM
	6.3	Sprechen	FIM
			Geriatrisches Screening
7		<b>Prävention</b>	
	7.1	Ermüdung / Erschöpfung bei bestimmten Aktivitäten	
	7.2	Dekubitusrisiko	
	7.3	Sturzgefahr	
	7.4	Gewichtsverlust	
8		<b>Sonstiges</b>	
	8.1	Schmerzsituation	
	8.2	Nächtlicher Hilfebedarf	

	8.3	Suchtproblematik	
--	-----	------------------	--

Haushalt		Assessementinstrumente
1	Einkaufen	Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI
		Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
		Geriatrisches Screening
2	Kochen	Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI
		Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
3	Spülen	Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI
		Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
4	Raumpflege	Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI
		Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
5	Heizen	Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI
		Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
6	Wäschepflege	Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SBG XI
		Gutachten in Behinderteneinrichtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
7	Kleine Reparaturen	
8	Verwahrlosung	

III. Finanzieller, rechtlicher Bereich		
1	Behördenangelegenheiten	
2	Regelung der Finanzen	
3	Dauerhafte, hohe Schulden	
4	Rechtliche Angelegenheiten	

Psychosozialer Bereich (falls keine dementielle Erkrankung vorliegt)		Hilfsmittel
1	HPB	
1.1	Grundhaltung zur Lebenssituation	
1.2	Emotionale Ausgeglichenheit	Geriatrisches Screening
		GDS

1.3	Kognitive Leistungsfähigkeit	MMSE
1.4	soziales Umfeld	Erhebungsbogen Soziale Situation (SoS)
		Geriatrisches Screening
		Lubben Social Network Scale
2 Pflegeperson		
2.1	Grundhaltung zur Lebenssituation	
2.2	Emotionale Ausgeglichenheit	Geriatrisches Screening
		GDS
2.3	Kognitive Leistungsfähigkeit	MMSE
2.4	soziales Umfeld	Geriatrisches Screening
		Erhebungsbogen Soziale Situation (SoS)
		Lubben Social Network Scale

Zufriedenheit des Pflegebedürftigen und der Pflegeperson mit Versorgung		Hilfsmittel
1	Zufriedenheit des Pflegebedürftigen insgesamt	Erhebungsbogen Soziale Situation (SoS)
2	Zufriedenheit der Pflegeperson insgesamt	Erhebungsbogen Soziale Situation (SoS)
3	Belastung der Pflegeperson	Häusliche Pflege – Skala (Langfassung)
4	Beziehung PP - PB	

### 3 Beraterische Tätigkeit des Case Managers erforderlich?

Zusammenarbeit im Netzwerk		Assessmentinstrumente
1	Zufriedenheit mit Pflegesituation seitens	
1.1	Arzt	
1.2	PD	
1.3	Heilmittel	
1.4	komplementäre Angebote	
1.5	<i>Freier Eintrag möglich</i>	
2	Kooperation	
2.1	Hausarzt	
2.2	PD	
2.3	Heilmittel	
2.4	komplementäre Angebote	
2.5	<i>Freier Eintrag möglich</i>	
3	Qualität	
3.1	Hausarzt	
3.2	PD	
3.3	Heilmittel	
3.4	komplementäre Angebote	
3.5	<i>Freier Eintrag möglich</i>	

## IV.9 Kurzdefinitionen

Die Kurzdefinitionen sollen zur ersten Klärung der stichwortartig benannten Inhalte von der Software eingeblendet werden bei anklicken. Für die Weiterentwicklung des Instrumentes ist es notwendig, dass zu allen Inhalten Beispiel für die Skalierungen erarbeitet werden. Erst dann gewinnt das Instrument Gültigkeit. Diese Beispiele sollten aus der jeweiligen Praxis heraus erarbeitet und eingefügt werden können.

Die folgenden Kurzdefinitionen sind mit Ausnahme der psycho-sozialen Situationsinhalte von der KAA – Pflege- und Wohnberatung erstellt worden. Der Einfachheit halber wurden zunächst weitestgehend selbsterklärende Inhalte nicht weiter erläutert. Hier steht dann der Eintrag „0“.

Körperliche Aktivitäten		
1.1	Aufstehen von	
1.1.1	Sitzmöbeln	0
1.1.2	WC	0
1.1.3	Bett/Zubettgehen	0
1.2	Transfer	Hilfe beim Umsetzen von einer Position in eine andere
1.2.1	von Sitzmöbel oder Bett auf Roll/Toilettenstuhl und umgekehrt	0
1.2.2	von Roll/Toilettenstuhl auf das WC und umgekehrt	0
1.2.3	von Roll/Toilettenstuhl auf Wannenlift oder Duschhocker	0
1.2.4	Vom Rollstuhl ins Auto und umgekehrt	0
1.3	An- und Auskleiden	
1.3.1	Ganzer Körper	0
1.3.2	Untere Extremitäten	Alle Kleidungsstücke, die untere Extremitäten betreffen: Schuhe, Strümpfe, (Unter)Hose
1.3.3	Prothesen und Orthesen	i.d.R. Beinprothesen; auch andere (Brustprothesen z.B.), Schienen; Zahnprothesen s. bei 3.4 Zahnpflege; Hörgerät s. bei 3.5 Ohrenpflege
1.4	Sitzen	Fähigkeit, ohne personelle Hilfen oder Lagerungshilfsmittel aufrechte Sitzposition zu halten
1.5	Gehen oder Mobilität im Rollstuhl	Fortbewegung mit körperlicher (führen, stützen, schieben) oder orientierender (Demente) Hilfe
1.6	Ein-/Aussteigen in	Hilfe bei Einstieg von aufrechter Position aus bzw. bei Ausstieg in aufrechte Position (sonst Transfer)
1.6.1	Dusche	0
1.6.2	Badewanne	0
1.7	Greifen und Halten	Auch Aufheben eines heruntergefallenen Gegenstandes
1.8	Treppen steigen	Innerhalb des Hauses / der Wohnung. Sofern SGB XI-relevant, in I-Spalte kennzeichnen.
1.9.	Einzelne Stufen / Schwellen überwinden	Max. 2 Stufen bei versetzten Wohnebenen oder Hauseingang; Schwelle zu Raum mit anderem Bodenniveau, Balkon oder Terrasse
1.10	Umdrehen im Bett	Auch Lagern und Aufrichten

1.11	Verlassen der Wohnung / des Hauses	Sofern SGB XI-relevant, in I-Spalte kennzeichnen: Regelmäßige, d.h. mindestens 1x wchtl. auf Dauer (mind. 6 Monate) stattfindende Arzt- und Therapeutenbesuche
Ernährung		
2.1	Gesunde und mengenmäßig ausreichende Ernährung	Diätvorschriften beachtend, abwechslungsreich, Obst und Gemüse, tgl. eine warme Mahlzeit
2.2	Essen mit Appetit	
2.3	Mundgerechte Zubereitung	Das fertig zubereitete Essen wird mundgerecht bereitet (klein schneiden, pürieren)
2.4	Nahrungsaufnahme	Essen mit Löffel bzw. Gabel zum Mund führen, kauen und schlucken
2.5	Öffnen von Flaschen, Verpackungen	0
2.6	Getränk einschenken	0
2.7	Trinken	Getränk zum Mund führen und schlucken
2.8	Trinkmenge	Wird - in Abhängigkeit von Witterung und körperlichen Aktivitäten – mind. 1 ½ l/Tag erreicht?
2.9	Sondenkost	Meist durch PEG verabreichte breiig-flüssige Nahrung
Körperpflege		
3.1	Waschen/Abtrocknen	0
3.2	Duschen	0
3.3	Baden	0
3.3.1	Ganzer Körper	0
3.3.2	Oberkörper	0
3.3.3	Unterkörper	0
3.3.4	Haare waschen	Einschließlich trocknen
3.4	Zahnpflege	Auch Reinigen und Einsetzen einer Zahnprothese
3.5	Ohrenpflege	Auch Einsetzen eines Hörgerätes
3.6	Kämmen	0
3.7	Rasieren	0
3.8	Haut(pflege)	Normales Eincremen z.B. nach Baden oder anderer Wäsche
3.9	Finger-/Fußnagelpflege	Med. Fußpflege s.u. „Sonstiges“
3.10	Kontinenz	Fähigkeit, Stuhl und / oder Urin zu kontrollieren
3.11	Toilettenbenutzung	Hygiene nach Toilettenbenutzung sowie Richten der Kleidung
3.12	Wechseln der Vorlagen	0
3.13	Wechseln der Pampers	0
3.14	Säubern der Utensilien	
3.14.1	WC und Umfeld	Im unmittelbaren Zusammenhang mit Benutzung des WC; sonst Haushaltstätigkeit
3.14.2	Toilettenstuhl	0
3.14.3	Pfanne	0
3.14.4	Urinflasche	0
3.1.4.5	Stomabeutel wechseln	0
3.1.4.6	Urinbeutel wechseln / leeren	0
Behandlungspflege		Leistungen gem. §37 SGB V

4.1	Medikamenteneinnahme	Dosieren und Verabreichen von Tabletten, Tropfen usw.
4.2	Subkutane Injektionen	Verabreichen subkutaner Injektionen (z.B. Insulin) oder Infusionen
4.3	Wundversorgung	0
4.4	Messungen (BZ, RR)	0
4.5	Kompressionsstrümpfe	0
4.6	<i>Freitext weitere Beh.Pflege</i>	
Verhalten (screening gem. §45 SGB XI)		Mit dem screening wird festgestellt, ob ein hoher allgemeiner Betreuungsbedarf besteht
5.1	Einschränkung bei ATLs	Es bestehen Probleme bei der Bewältigung der instrumentellen ATLs (Soziale Alltagsleistungen, die über Körperpflege, Ernährung, Mobilität und Hauswirtschaft hinausgehen wie Termine beachten, Finanzen regeln) durch Beeinträchtigung des Gedächtnisses (Merken und Erinnern), des abstrakten Denkens (Planung und Bewältigung neuer und komplexer Aufgaben), durch herabgesetztes Urteilsvermögen und Störung höherer Hirnfunktionen (Lesen, Schreiben, Rechnen)
5.2	Weglauff Tendenz	Unkontrolliertes Verlassen des geschützten Wohnbereiches
5.3	Selbst-/Fremdfährdung	Verkennen oder Verursachen von gefährdenden Situationen (Höhen, Straßenverkehr, Hindernisse, Sachen, Personen)
5.4	Unsachgemäßer Umgang mit Gegenständen	Hitze, Kälte, gefährliche Gegenstände (elektrische Geräte, Verkehrsmittel, Werkzeuge, Hilfsmittel), potenziell gefährliche Substanzen (Gas, Wasser, Strom, Feuer, Zigaretten, Medikamente, überalterte Lebensmittel)
5.5	Aggressionen	Tätlich oder verbal fremd- und autoaggressives Verhalten in Verkennung der Situation: Schlagen, Treten, Beißen, Zerstören von Gegenständen, Eindringen in fremde Räume u.a.m.
5.6	Inadäquates Verhalten	Schwere Missachtung sozialer Konventionen wie Urinieren / Einkoten im Wohnbereich, abnormer Betätigungs- und Bewegungsdrang, abnormes Essverhalten, auffälliges sexuelles Verhalten, Verstecken und Sammeln von eigenen und fremden Gegenständen
5.7	Umgang mit Gefühlen und Bedürfnissen	Körperliche (Hunger, Durst, Schmerz u.a.m.) und seelische Gefühle und Bedürfnisse werden nicht wahrgenommen, nicht befriedigt, nicht artikuliert
5.8	Zulassen von und Mitwirken bei Pflege	Fehlende Kooperation wegen Depression oder Angst bei pflegerischen, therapeutischen und schützenden Maßnahmen
5.9	Nächtliche Unruhe	Starke Unruhe und Verwirrtheit abends /nachts, verbunden mit inadäquaten Verhaltensweisen, Tag-Nacht-Umkehr, lange Wachphasen
5.10	Wahnhaftes Verkennen	Verkennen von Alltagssituationen und inadäquate Reaktionen bei eigener Fehleinschätzung, Eifersuchts-, Bestehungs-, Verfolgungs-, Vergiftungswahn und Halluzinationen
5.11	Tagesstrukturierung	Eigenständiges Planen des Tagesablaufes und gezielte Beschäftigung
5.12	Labilität, Misstrauen, Emotionen	Wiederholter schneller Wechsel von Gefühlen, unangemessene unkontrollierte Gefühle, unangemessenes Misstrauen
5.13	Rückzug, Depression	Niedergeschlagenheit, Verzagtheit bei therapieresistenter Depression
Sinnesorgane		
6.1	Sehen	PB ist nicht in der Lage Objekte oder Personen in angemessener Entfernung wahrzunehmen und auf sie zu reagieren (physisch)

6.2	Hören	PB ist nicht in der Lage, akustische Signale in angemessener Lautstärke wahrzunehmen und auf sie zu reagieren (physisch)
6.3	Sprechen	PB ist nicht in der Lage, sich verbal zu äußern (physisch)
Prävention		
7.1	Ermüdung / Erschöpfung bei bestimmten Aktivitäten	Überdurchschnittlich schnelle Abnahme der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit und –bereitschaft
7.2	Dekubitusrisiko	Bei gegebenen persönlichen Faktoren (Immobilität, hohes Körpergewicht, Kachexie (sehr starke Abmagerung) ist das Risiko von Druckstellen gegeben
7.3	Sturzgefahr	Bei Gangunsicherheit und/oder wohnungsbedingten Faktoren
7.4	Gewichtsverlust	Überdurchschnittlicher Verlust an Körpermasse in den letzten Wochen
Sonstiges		
8.1	Schmerzsituation	Schmerzen weichen von Norm, Diagnose und Therapie ab
8.2	Nächtlicher Hilfebedarf	Ein Hilfebedarf besteht nachts (zwischen 22.00 und 6.00 Uhr) mindestens 1x. In der I-Spalte ist zu vermerken, um welchen Bedarf (SGB XI-relevant oder nicht) handelt.
8.3	Medizinische Fußpflege	Wird – bei Diabetikern ggf. auf ärztliche Verordnung - von einer Fachkraft durchgeführt
8.4	Suchtproblematik	Konsum legaler oder illegaler Substanzen

II. Haushalt		
1	Einkaufen	0
2	Kochen	0
3	Spülen	0
4	Raumpflege	0
5	Heizen	Auch Lüften
6	Wäschepflege	0
7	Kleine Reparaturen	0
8	Verwahrlosung	0

III. Finanzieller, sozialer, rechtlicher Bereich		
<a href="#">(Sozialrechtliche Antragstellungen s. Stammdaten, Blatt von Frau Wessler, Pkt. 1.8)</a>		
1	Behördenangelegenheiten	Kognitive und körperliche Fähigkeiten zu Aufsuchen von Rathaus u.a. Verwaltungen und Erledigung von Behördenangelegenheiten
2	Regelung der Finanzen	Kognitive Fähigkeiten für Geldangelegenheiten bzw. Aufsuchen von Bank
3	Dauerhafte, hohe Schulden	Finanzielle Problematik kann nicht aus eigener Kraft bewältigt werden
4	Rechtliche Angelegenheiten	Regelung rechtlicher Angelegenheiten (über sozialrechtliche Anträge hinaus)

IV. Psychosoziale Fragen (falls keine dementielle Erkrankung vorliegt)		
1	Pflegebedürftiger	
	1.1	Grundhaltung zur Lebenssituation
	1.1.1	Einstellung zur Lebenssituation Umgang mit eigener Situation z.B. der Pflegebedürftigkeit

	1.1.2	Antriebsfähigkeit / Motivation	Bereitschaft und Fähigkeit, Veränderungen anzugehen bzw. dabei mitzuwirken
	1.1.3	Einstellung zu Verlust	0
	1.1.4	Umgang mit Sterben und Tod	0
	1.2	Emotionale Befindlichkeit	
	1.2.1	Psychische Stabilität	Stabile oder schwankende psychische Verfassung
	1.2.2	Copingstrategien	vorhandene Bewältigungsstrategien
	1.2.3	Ängste, Sorgen	0
	1.2.4	Aggressionen	Umfeld wird körperlich und/oder verbal aggressiv begegnet
	1.2.5	Schlafsituation (als Indikator)	Schlafstörungen bedingt durch Sorgen
	1.3	Kognitive Leistungsfähigkeit	
	1.3.1	Orientierung	Mensch ist zeitlich, örtlich, personell, situativ orientiert
	1.3.2	Merkfähigkeit	Personen, Zeiten, Situationen, Aufgaben können erinnert werden
	1.3.3	Kontextbezogene Entscheidungsfähigkeit	Mensch ist in der Lage, Situation korrekt zu erfassen und daraus abgeleitete Entscheidungen zu treffen
	1.3.4	Aufmerksamkeit/ Konzentration	Mensch ist in der Situation „bei der Sache“
	1.4	Soziales Umfeld	
	1.4.1	Kontakthäufigkeit mit dem sozialen Umfeld	Häufigkeit der familiären, nachbarschaftlichen usw. Kontakte benennen
	1.4.2	Kommunikation per Telefon	Telefonieren ist kognitiv und körperlich möglich und findet statt
	1.4.3	Nutzen von Verkehrsmitteln	Elektrischer Rollstuhl o.ä., PKW oder öffentliche Verkehrsmittel können aktiv oder passiv genutzt werden
	1.4.4	Beziehung zu sozialem Umfeld	Qualität der Beziehung (z.B. gleichgültig, ablehnend, aufgeschlossen)
	1.4.5	Beziehung zu einer Bezugsperson	Gegeben: ja oder nein; Qualität der Beziehung: primär sachlich-versorgend oder emotional-herzlich
	1.4.6	Konfliktfähigkeit,	Aktiv: Pflegebedürftiger ist in der Lage, im Konflikt seine Position zu vertreten; Passiv: Pflegebedürftiger ist im Konflikt für andere Meinung offen
	1.4.7	Bevormundung	Aktiv: Pflegebedürftiger ist bestrebt oder in der Lage, seinen Willen konfrontativ vorzubringen oder durchzusetzen; Passiv: Pflegebedürftiger wird bevormundet / fremdbestimmt
	1.4.8	Alleinsein in der Wohnung	PB kann psychisch und körperlich Zeiten (Länge?) allein in der Wohnung sein
	1.4.9	Gewalt in der Pflegebeziehung	Gewalt kann sich non-verbal (psychische Gewalt), verbal und tätlich äußern
	2	Pflegeperson	
	2.1	Grundhaltung zur Lebenssituation	
	2.1.1	Einstellung zur Lebenssituation	Umgang mit eigener Situation z.B. der Pflegebedürftigkeit
	2.1.2	Antriebsfähigkeit / Motivation	Bereitschaft und Fähigkeit, Veränderungen anzugehen bzw. dabei mitzuwirken
	2.1.3	Einstellung zu Verlust	
	2.1.4	Umgang mit Sterben und Tod	
	2.2	Emotionale Befindlichkeit	
	2.2.1	Psychische Stabilität	Stabile oder schwankende psychische Verfassung
	2.2.2	Copingstrategien	vorhandene Bewältigungsstrategien
	2.2.3	Ängste, Sorgen	
	2.2.4	Aggressionen	Umfeld wird körperlich und/oder verbal aggressiv begegnet



	2.2.5	Schlafsituation (als Indikator)	Schlafstörungen bedingt durch Sorgen
	2.3	Kognitive Leistungsfähigkeit	
	2.3.1	Orientierung	Mensch ist zeitlich, örtlich, personell, situativ orientiert
	2.3.2	Merkfähigkeit	Personen, Zeiten, Situationen, Aufgaben können erinnert werden
	2.3.3	Kontextbezogene Entscheidungsfähigkeit	Mensch ist in der Lage, Situation korrekt zu erfassen und daraus abgeleitete Entscheidungen zu treffen
	2.3.4	Aufmerksamkeit/ Konzentration	Mensch ist in der Situation „bei der Sache“
	2.4	Soziales Umfeld	
	2.4.1	Kontakthäufigkeit mit dem sozialen Umfeld	Häufigkeit der familiären, nachbarschaftlichen usw. Kontakte benennen
	2.4.2	Kommunikation per Telefon	Telefonieren ist kognitiv und körperlich möglich und findet statt
	2.4.3	Nutzen von Verkehrsmitteln	Elektrischer Rollstuhl o.ä., PKW oder öffentliche Verkehrsmittel können aktiv oder passiv genutzt werden
	2.4.4	Beziehung zu sozialem Umfeld	Qualität der Beziehung (z.B. gleichgültig, ablehnend, aufgeschlossen)
	2.4.5	Beziehung zu einer Bezugsperson	Gegeben: ja oder nein; Qualität der Beziehung: primär sachlich-versorgend oder emotional-herzlich
	2.4.6	Konfliktfähigkeit	Aktiv: PP ist in der Lage, im Konflikt seine Position zu vertreten; Passiv: PP ist im Konflikt für andere Meinung offen
	2.4.7	Bevormundung	Aktiv:PP ist bestrebt oder in der Lage, seinen Willen konfrontativ vorzubringen oder durchzusetzen; Passiv: PP wird bevormundet / fremdbestimmt
	2.4.8	Alleinsein in der Wohnung	PP kann psychisch und körperlich Zeiten (Länge?) allein in der Wohnung sein
	2.4.9	Gewalt in der Pflegebeziehung	Gewalt kann sich non-verbal (psychische Gewalt), verbal und tätlich äußern

V. Situation der an der Pflege beteiligten Personen		
1	Zufriedenheit des Pflegebedürftigen insgesamt	Die subjektive Einschätzung von Arbeitsleistung und Pflegesituation
1.1	... mit Arzt (Duplizierung bzw. Mehrfachauswahl)	
1.2	... mit Pflegedienst	
1.3	... mit Heilmittelerbringer (Duplizierung)	
1.4	... mit komplementären Angeboten (Duplizierung)	
1.5	... freier Eintrag	
2	Zufriedenheit der Pflegeperson insgesamt	Die subjektive Einschätzung von Arbeitsleistung und Pflegesituation
2.1	... mit Arzt (Duplizierung)	
2.2	... mit Pflegedienst	
2.3	... mit Heilmittelerbringer (Duplizierung)	
2.4	... mit komplementären Angeboten (Duplizierung)	
2.5	... freier Eintrag	
3	Belastung der Pflegeperson	die PP ist mit der Situation und ihrem Aufgabenbereich überfordert

4	Beziehung PP – PB	Die Beziehungsgestaltung ist von beiden Seiten nicht auf die Alltagssituation abgestimmt, sondern vernachlässigt
---	-------------------	--

## VI. Wohnung

### 1. Allgemeine Daten zur Wohnung

#### 1.1 Status der Wohnung

##### 1.1.1 Miete

Vermieter

freier Eintrag, Name, Adresse und TelNr. Enthaltend

##### 1.1.2 Eigentum

##### 1.1.3 Wohnrecht

##### 1.1.4 ...

#### 1.2 Art der Wohnung

(zutreffendes Ankreuzen, s. linke Spalte)

(Pull down Menues)

##### 1.2.1 Einfamilienhaus

##### 1.2.2 Bungalow

##### 1.2.3 Bauernhaus

##### 1.2.4 Doppelhaushälfte

##### 1.2.5 Reihenhaus

##### 1.2.6 Etagenwohnung

##### 1.2.7 ...

#### 1.3 Lage der Wohnung

(zutreffendes Ankreuzen, s. linke Spalte)

(Pull down Menues)

##### 1.3.1 Souterrain

##### 1.3.2 Erdgeschoss /barrierefrei

##### 1.3.3 Erdgeschoss mit Stufen

##### 1.3.4 1. Obergeschoss

##### 1.3.5 2. Obergeschoss

##### 1.3.6 ...

##### 1.3.7 Aufzug

#### 1.4 Zimmer

##### 1.4.1 Aufteilung der Zimmer über mehrere Etagen

(Freitextmöglichkeit zur Beschreibung der Zimmerlagen)

##### 1.4.2 Anzahl der Zimmer

(1 – 8 in pull-down-Menue)

VI. Wohnung Fortsetzung			
	2	Raumübergreifend	
	2.1.1	Lage des Hauses	Beschreibt Lage des Hauses (zentral, Ortsrand, ländliche Einzellage) und Entfernung und Erreichbarkeit von Versorgungseinrichtungen im materiellen (Einkaufsmöglichkeiten), gesundheitlichen (Arzt, Apotheke) und sozialen (Begegnungsstätten) Bereich
	2.2	Freisitz	
	2.2.1	Balkon	Evtl. Stufen / Schwellen beim Erreichen des Freisitzes benennen
	2.2.2	Terrasse	Wie oben
	2.2.3	Garten	Wie oben
	2.3	Erreichbarkeit der Wohnung	Beschreibung von Zuweg und Stufen

	2.4	Gefahren	Beschreibung von Stolperfallen (Teppichkanten, Schwellen, Telefon- u.a. Kabel), mangelnde Beleuchtung u.a.
	2.4.1	Teppichkanten	0
	2.4.2	Kabel	Lose verlegte Elektro- und Telefonkabel, die eine Sturzgefahr bedeuten
	2.4.3	Beleuchtung	Anzahl und Helligkeit der Leuchten
	2.4.4	(weitere Spalten sollen aufgemacht werden können)	
	2.5	Treppen (mehrere Spalten sollen für mehrere Treppen aufgemacht werden können)	Beschreibung der Treppen (Aussen / Innentreppe), Zahl der Stufen, Maße (Höhe, Breite) und Form (gerade, gegenläufig, gewandelt, Absatz)
	2.5.1	Handläufe	Beschreibung der vorhandenen Handläufe (einseitig, beidseitig) und evtl. Mängel (locker, Griffigkeit)
	2.6	Telefon	Kabel, mobil, Handy
	2.7	Hausnotruf	Aufsteller benennen
	3	Bad	
	3.1	Erreichbarkeit	Evtl. Stufen zum Bad, Entfernung z.B. zum Schlafzimmer
	3.2	Bewegungsfläche	Bewegungsfläche in Relation zum Bedarf (Rollstuhl, Rolator, assistierende Person)
	3.3	Türbreite: _____	Breite des Durchgangs, ggf. benennen, ob gerader oder rechtwinkliger Eintritt vom Vorraum. Rollstuhlgerecht = mind. 80 cm
	3.4	Türanschlag	
	3.4.1	Innen	0
	3.4.2	Außen	0
	3.4.3	Schiebetür u.ä.	0
	3.5	Wanne	
	3.5.1	Haltegriff Wanne	Beschreibt Ausführung, Länge und Position von Haltegriffen
	3.5.2	Wannenlift	Wasserdruck oder Akku
	3.5.3	Wannensitz	Einhängesitz, Badebrett o.a.
	3.6	Dusche	
	3.6.1	Einstieg	Art der Dusche benennen: bodengleich barrierefrei, Tasse superplan, bei anderen Tassen Einstiegshöhe mit cm-Angabe
	3.6.2	Abtrennung	Art der Abtrennung: Duschvorhang, Kabine: ECKEINSTIEG, Schiebetür, ganz öffnende Tür
	3.6.3	Haltegriff Dusche	Wie Haltegriff Wanne
	3.6.4	Duschsitz	Duschhocker, Duschstuhl, Klappsitz, jeweils mit / ohne Hygieneausschnitt
	3.7	Waschtisch	
	3.7.1	Spiegel	Ist Spiegel aus sitzender Position nutzbar?
	3.7.2	Ablagefläche	Vorhanden und aus sitzender Position erreichbar?
	3.7.3	Unterfahrbarkeit	kann mit Rollstuhl unterfahren werden
	3.7.4	Stütz-, Haltegriffe	Bügelgriff, Stützgriff, Schwenkstützgriff
	4	WC (Duplizierungsfunktion wichtig; Möglichkeit mehrerer WCs)	
	4.1	Erreichbarkeit	Evtl. Stufen zum WC, Entfernung z.B. zum Schlafzimmer
	4.2	Bewegungsfläche	Bewegungsfläche in Relation zum Bedarf (Rollstuhl, Rolator, assistierende Person)
	4.3	WC im Bad	0
		WC separat	0

	4.4	Türbreite _____	Breite des Durchgangs; ggf. benennen, ob gerader oder rechtwinkliger Eintritt vom Vorraum. Rollstuhlgerecht = mind. 80 cm
	4.5	Türanschlag	
	4.5.1	Innen	0
	4.5.2	Außen	0
	4.6	Toilettenbecken	
	4.6.1	Stand-WC	0
		Wandgehängtes WC	Bei Vorderwandinstallation: Stützgriffe montierbar?
	4.6.2	WC-Höhe: _____	Angabe der Beckenhöhe
	4.6.3	WC-Erhöhung mit Armstützen	(vorhandenes ankreuzen)
		WC-Erhöhung ohne Armstützen	(vorhandenes ankreuzen)
	4.6.4	Stütz-/Haltegriffe	Bügelgriff, Stützgriff, Schwenkstützgriff
	5	Schlafzimmer	
	5.1	Erreichbarkeit	Evtl. Stufen, Lage zu anderen Räumen
	5.2	Bewegungsfläche	Bewegungsfläche in Relation zum Bedarf (Rollstuhl, Rolator, assistierende Person)
	5.3	Art des vorhandenen Bettes	0
	5.4	Bettmaße	Angabe in cm
	5.5	(Pflege)Tisch am Bett	Position des Tisches: neben Bett oder Pflegebettisch? >I-Spalte
	5.6	Aufrichthilfe am Bett	„Bettgalgen“, Strickleiter, andere Stütze > I-Spalte
	6	Wohnzimmer	
	6.1	Bewegungsfläche	Bewegungsfläche in Relation zum Bedarf (Rollstuhl, Rolator, assistierende Person)
	7	Küche	
	7.1	Bewegungsfläche	Bewegungsfläche in Relation zum Bedarf (Rollstuhl, Rolator, assistierende Person)
	7.2	Unterfahrbare Arbeitsflächen	kann mit Rollstuhl unterfahren werden
	7.3	Erreichbarkeit von Schränkfächern und Schüben	0
	8	Vorhandene Hilfsmittel	
	8.1	Treppenlift	0
	8.2	Elektr. Rollstuhl	0
	8.3	Faltrollstuhl	0
	8.4	Patientenlift	0
	8.5	Rolator	0
	8.6	Toilettenstuhl	0
	8.7	_____	

## Anhang V

### Serviceplan- und Prozesssteuerungsinstrument

Das Serviceplan- und Prozesssteuerungsinstrument ist als Tabelle aufgebaut. Auf der Vertikalen werden die mit Interventions- und Handlungsbedarf gekennzeichneten Inhaltsbereiche aus dem Assessment aufgeführt. Zu den Inhaltsbereichen werden dann auf der Horizontalen zu den folgenden Punkten unterstützt durch die Software Angaben gemacht.

**Serviceplan:**

Handlungsziel:

Maßnahmen:

Verantwortliche / „Linking“:

Maßnahmenträger / Durchführende:

Zeitplan:

Kosten:

Kostenträger:

**Das Instrument zur Prozessbeobachtung schließt direkt an:**

Wer überprüft die Zielerreichung?

Wann?

Wie?

Ergebnis:

ggf. neu einzuleitende Maßnahmen:

Zudem werden die Handlungsziele des Serviceplans Bereichszielen zugeordnet und oberhalb der Tabelle werden der Name des Pflegebedürftigen und das Wirkungsziel festgehalten. Der Serviceplan mit den Inhalten zur Prozessbeobachtung wird als verbindlicher Kontrakt vom Case Manager und vom Pflegebedürftigen und/oder der Pflegeperson unterschrieben. Ein Exemplar verbleibt bei dem Pflegebedürftigen und/oder der Pflegeperson.

Die Software soll den Pflege- und/oder Wohnberater bei den folgenden Funktionen unterstützen:

- die relevanten Inhalte, zu denen Handlungsziele, Maßnahmen etc. benannt werden sollen, werden aus dem Assessment direkt übernommen.
- Zu den relevanten Inhalten werden von der Software Handlungsziele und Maßnahmen vorgeschlagen. Eine entsprechende Liste kann sukzessive vom Berater aufgebaut werden.
- Den Maßnahmen können Maßnahmenträger mit Adresse und Ansprechpartner zugeordnet werden. Eine entsprechend aufbereitete Vorschlagsliste ist in der Software hinterlegt und kann sukzessive ergänzt werden.
- Die Auswahlliste der Verantwortlichen ist vorstandardisiert. I.d.R. ist der Case Manager verantwortlich oder der Pflegebedürftige oder ein Angehöriger.
- Eine Liste der möglichen Kostenträger inklusive Adressdaten und Ansprechpartner kann in der Software hinterlegt und vom Berater weiterentwickelt werden.
- Die Kosten werden aufaddiert.

# Anhang VI

## Gesichtete Qualitätsstandards von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen

### Übersicht über Anhang VI

- I. Eine Übersicht über gesichtete Qualitätsstandards und Leistungsbeschreibungen
  1. Seniorenberatung Köln
  2. IAV-Stellen Baden-Württemberg
  3. BAG Wohnungsanpassung e.V.
  4. KAA – Pflege- und Wohnberatung Ahlen
  5. Leistungsbeschreibung Koordinierungsstellen Berlin
  6. Hessische Fachstelle für Wohnberatung
- II. Übersichtstabellen
  1. Struktur von Standarddefinitionen
  2. Definierte Kernprozesse
    - a) Sammlung von Themen/Prozessen der Praxis-Qualitätsstandards
    - b) Zuordnung der Praxis-QS zu Produkten

### I. Eine Übersicht über gesichtete Qualitätsstandards und Leistungsbeschreibungen

#### **1. Seniorenberatung Köln**

- 1.1. Quelle  
[www.forum-seniorenarbeit.de](http://www.forum-seniorenarbeit.de) (unter Themenschwerpunkte/  
Seniorenberatung). Stand: 2.6.2005
- 1.2. einzelne Standards
  - 1.2.1. Erstkontakt am Telefon im Bezirkssozialamt  
Erstberatung im Bezirkssozialamt  
Umsetzung des Hilfeplanes im Bezirkssozialamt  
Erstkontakt am Telefon im Bezirk  
Erstberatung vor Ort – Seniorenberatung im Bezirk  
Umsetzung des Hilfeplanes – Seniorenberatung im Bezirk  
Krisenintervention (Unterversorgung)  
Krisenintervention (Selbst- und Fremdgefährdung)
  - 1.2.2. spezifische Gliederung
    - Anlass
    - Ziel
    - Beschreibung der Durchführung
      - Vorbereitung
      - Durchführung
      - Nachbereitung
    - Korrespondenz zu benachbarten Standards
    - Kooperation mit anderen Arbeitsbereichen
    - Leistungsumfang
    - Personal
    - Ergebniskontrolle
    - Dokumentation
  - 1.3. Bemerkungen
    - Für die Krisenintervention gibt es im Anhang einen Katalog offener Fragen (von Frank Hinz, DRK)

Gesprächsgrundhaltung als besonderer Schwerpunkt der einzelnen QS

## **2. IAV-Stellen Baden-Württemberg**

- 2.1. aus Baden-Württemberg: „vertragliche Grundlagen der IAV Stellen“
- 2.2. Gliederung des QS
  - 2.2.1. Definition
  - 2.2.2. Formen und Inhalte der Beratung
    - 2.2.2.1. Kurzinformation
    - 2.2.2.2. einmalige Beratung
    - 2.2.2.3. umfassende Beratung
    - 2.2.2.4. Begleitung
  - 2.2.3. Maßnahmen zur Qualitätssicherung
    - 2.2.3.1. Dokumentationsformen

## **3. BAG Wohnungsanpassung e.V.**

- 3.1. BAG Wohnungsanpassung e.V. (Hrsg.) 1997, Bielefeld
- 3.2. Einleitung und Ziele
- 3.3. verschiedene Qualitätsstandards (zu einzelnen Aufgabenbereichen)
  - 3.3.1. Beratung zu Möglichkeiten und Formen barrierefreien Wohnens und zur Wohnungsanpassung
  - 3.3.2. Öffentlichkeitsarbeit
  - 3.3.3. Fach- und Institutionsberatung
  - 3.3.4. Teilbereich Vernetzungsarbeit und Teilbereich Vermittlungsarbeit
- 3.4. Gliederung der einzelnen Standards bzw. Aufgabenbereiche
  - 3.4.1. Ziele
  - 3.4.2. Zielgruppen
  - 3.4.3. Inhalte
  - 3.4.4. Methoden
    - 3.4.4.1. Info- und Beratungsgespräch
    - 3.4.4.2. Analyse und Begutachtung
    - 3.4.4.3. Durchführung von Wohnungsanpassungen
    - 3.4.4.4. Fall- und Unterstützungsmanagement
  - 3.4.5. Beratung zu technischen Hilfsmitteln
  - 3.4.6. Beratung zu Ausstattungsveränderungen
  - 3.4.7. Beratung zu beruflichen Umgestaltungen
- 3.5. weitere Aspekte, auf die die QS eingehen
  - 3.5.1. Spezifische Merkmale des Beratungsprozesses im Rahmen von Wohnberatung
    - 3.5.1.1. Kompetenzen für die Beratung zum Hilfsmiteleinsatz
    - 3.5.1.2. Kompetenzen für die Beratung zu Ausstattungsveränderungen
    - 3.5.1.3. Kenntnisse für die Beratung für baulich-technische Umgestaltungen und der Schaffung barrierefreien Wohnraums
    - 3.5.1.4. Finanzierungskennnisse für die Durchführung von Anpassungsmaßnahmen
    - 3.5.1.5. rechtliche Kennnisse
    - 3.5.1.6. Kenntnisse für die Durchführung von Öffentlichkeitsarbeit
  - 3.5.2. Kompetenzen zur Durchführung von Wohnberatung
    - 3.5.2.1. Beratungskompetenzen
    - 3.5.2.2. allgemeine Managementkompetenzen
    - 3.5.2.3. Kenntnisse über Hilfe- und Pflegebedürftigkeit und Behinderungen

- 3.5.2.4. Kenntnisse zum Unfallgeschehen in der Wohnung
- 3.5.2.5. Kenntnisse über Lebensweisen und –zusammenhänge älterer und behinderter Menschen
- 3.5.3. Personelle Ausstattung von Wohnberatung
  - 3.5.3.1. Person
  - 3.5.3.2. Professionalität
  - 3.5.3.3. Verantwortung
  - 3.5.3.4. Fachkompetenz
  - 3.5.3.5. Team
  - 3.5.3.6. Hauptamtlichkeit
  - 3.5.3.7. Ergänzung durch Ehrenamtliche und Honorarkräfte
- 3.5.4. Arbeitsvoraussetzungen von Wohnberatung
  - 3.5.4.1. Rahmenbedingungen
  - 3.5.4.2. sachliche Arbeit
  - 3.5.4.3. Ressourcen
  - 3.5.4.4. finanzielle Ressourcen
  - 3.5.4.5. Entscheidungsbefugnisse
  - 3.5.4.6. Trägerunterstützung
  - 3.5.4.7. rechtliche Absicherung
  - 3.5.4.8. Erreichbarkeit
- 3.5.5. Träger von Wohnberatung

#### **4. KAA - Pflege- und Wohnberatung Ahlen**

- 4.1. per Email von [info@kaa-ahlen.de](mailto:info@kaa-ahlen.de), 25.4.2005
- 4.2. einzelne Standards
  - 4.2.1. Antragstellung bei einem Leistungsträger
  - 4.2.2. Assessment Pflegesituation
  - 4.2.3. Assessment Wohnumfeld
  - 4.2.4. Auskunft
  - 4.2.5. Dokumentation
  - 4.2.6. Durchführung eines Beratungstermines
  - 4.2.7. Durchführung eines Hausbesuches mit IST-Sollabgleich
  - 4.2.8. Evaluation
  - 4.2.9. Hilfeplan
  - 4.2.10. Information der Öffentlichkeit
  - 4.2.11. Informationsveranstaltungen
  - 4.2.12. Kontakt zu Kooperationspartnern
  - 4.2.13. Kontakt zu Ratsuchenden über Kooperationspartner
  - 4.2.14. Krisenintervention
  - 4.2.15. Monitoring
  - 4.2.16. Organisation von Kurzzeitpflege
  - 4.2.17. Qualitätsmanagement
- 4.3. Gliederung der einzelnen Standards
  - 4.3.1. Strukturstandards
  - 4.3.2. Prozessstandards
  - 4.3.3. Ergebnisstandards

#### **5. Leistungsbeschreibung Koordinierungsstellen Berlin**

- 5.1. Arbeitsgemeinschaft Berliner Koordinierungsstellen, 22.02.2006
- 5.2. einzelne Leistungen
  - 5.2.1. Information, Auskunft, Beratung für juristische Personen



- 5.2.2. Information, Auskunft für natürliche Personen
- 5.2.3. Beratung für natürliche Personen
- 5.2.4. Case Management
- 5.2.5. Vernetzung
- 5.2.6. Förderung ehrenamtlicher Tätigkeit
- 5.2.7. Datenbank
- 5.2.8. Öffentlichkeitsarbeit
- 5.2.9. Aus- und Fortbildungen
- 5.2.10. andere Leistungen
- 5.3. Gliederung der einzelnen Leistungen
- 5.3.1. Definition
- 5.3.2. Zielgruppe
- 5.3.3. Rechtsgrundlagen
- 5.3.4. Ziele
- 5.3.5. Leistungsbeschreibung
- 5.3.6. Durchführung
- 5.3.7. Dokumentation

## **6. Hessische Fachstelle für Wohnberatung**

- 6.1. Hessische Fachstelle für Wohnberatung (AWO)
- 6.2. einzelne Bereiche
- 6.2.1. allgemeiner Teil (Def. Wohnberatung, Personal, etc.)
- 6.2.2. Wohnungsanpassung
- 6.2.3. Barrierefreies Planen und Bauen
- 6.2.4. Wohnformen
- 6.3. Gliederung des Standards: Wohnungsanpassung
- 6.3.1. Einführung/Definition
- 6.3.2. Zielgruppe und Aufgabe
- 6.3.3. Ressourcen und Kompetenzen
- 6.3.4. Rahmenbedingungen
- 6.3.5. Möglichkeiten
- 6.3.6. Finanzierung
- 6.3.7. als Case Management
- 6.3.7.1. Erstkontakt
- 6.3.7.2. Beratungsmöglichkeiten
- 6.3.7.3. Assessment und Hilfeplanung
- 6.3.7.4. Umsetzung und Unterstützungsmanagement
- 6.3.7.5. Ergebnisüberprüfung / Dokumentation

## II. Übersichtstabellen

### 1. Struktur von Standarddefinitionen

	Senioren- beratung Köln	Einzelberatung Bad. Württ.	Qualitätsan- forderungen BAG	QS der KAA	Leistungs- beschreibung Berlin	QS der AWO Hessen
Titel	X	X	X	X	X	X
Definition		X	X	X	X	X
Ziele	X		X		X	X
Zielgruppe			X		X	X
Beschreibung	X	X	X		X	X
Voraus- setzungen			X	X		X
Personal	X		X	X		
Finanzierung			X			X
Ressourcen/ Kompetenzen			X			X
Durchführung	X		X	X	X	
Dokumen- tation	X	X			X	X
Evaluation						X

Die gewählte Standarddefinition lautet:

1. Definition
  - a. Kurzdefinition
  - b. Inhaltliche Beschreibung
2. Ziele
3. Struktur
  - a. Voraussetzungen
  - b. Ort
  - c. Personal
4. Prozess
  - a. Methoden
  - b. Zeitliche Abfolge
5. Ergebnis
  - a. Output
  - b. Outcome

## 2. Definierte Kernprozesse

### a) Sammlung aller Themen/ Prozesse der Praxis-Qualitätsstandards

	Senioren- beratung Köln	Einzel- beratung Bad. Württ	Qualitäts- anforderung BAG	Leistungsbe- schreibung Berlin	QS der AWO Hessen	QS der KAA
Auskunft	X	X	X	X		X
Erst-Beratung	X	(X)				X
Situationsaufnahme		(X)			X	X
ausführl. Beratung	(X)	X	(X)	X		X
Durchführung	X	(X)	(X)			X
Krisenintervention	X			(X)		
Öffentlichkeitsarbeit			X	X	X	
Vernetzung			X	X		X
Dokumentation		(X)		(X)		X
Evaluation						X

### b) Zuordnung der Praxis-QS zu Produkten

	Front Office					Back Office		
	Aus- kunft/ Infor- mation	Pro- blem- löse- bera- tung	Ver- sor- gungs- steue- rung	psycho- - soziale Bera- tung	Krisen- inter- vention	Öffent- lich- keits- arbeit	Netz- werk	internes QM
Senioren- beratung Köln	X	X	X		X			
Einzelbera- tung Bad. Württ	X	X						(X)
Qualitätsan- forderung BAG	X	(X)	(X)			X	X	
Leistungsbe- schreibung B.	X	X			(X)	X	X	(X)
QS der AWO Hessen		X				X		
QS der KAA	X	X	X				X	X