

# Ambulant Betreutes Wohnen für Menschen im Alter

Modellprojekt  
des Hochsauerlandkreises  
in Kooperation mit dem LWL-Wohnverbund Marsberg

**Info-Veranstaltung**  
**5. Februar 2014**

- I. „Ambulant vor Stationär“ - Regine Clement,  
Projektleiterin, HSK
  
- II. Projektdurchführung und  
erste Ergebnisse - Andrea Engelmann,  
Leiterin LWL-Wohnverbund Marsberg

## II. Projektdurchführung und erste Ergebnisse

1. Projektskizze
2. Aufnahmeverfahren – Inhalte der Betreuung
3. Auswertung Zeitraum 07.05.2013 bis 31.12.2013
4. Fragebogen zur Zufriedenheit
5. Fazit und offene Fragen

## 1. Projektskizze

### Vorüberlegungen - Projekt „Ambulant Betreutes Wohnen für Menschen im Alter“

#### Aktuelle Situation

- Demografischer Wandel
- Entwicklung von der Großfamilie hin zur Kleinfamilie / bis hin zum Einzelwohnen
- Wunsch der älteren Menschen, möglichst lange und selbstbestimmt im vertrauten sozialen Umfeld zu leben
- Grundsatz „ambulant vor stationär“
- Kostensenkung

## 1.1 Ziele des Ambulant Betreuten Wohnens für Menschen im Alter

- Selbstbestimmtes Leben in der eigenen Wohnung so lange wie möglich
- Größtmögliche Selbstständigkeit
- Erhalt von Lebensqualität (u. a. auch finanzielle Unabhängigkeit)
- Ziel des Projekts: Kostensenkung

### **Annahme / Vermutung**

Mit kontinuierlicher ambulanter Unterstützung ist davon auszugehen, dass eine Verlegung in eine Pflegeeinrichtung mindestens hinausgezögert oder sogar vermieden werden kann.

## 1.2 Zielgruppe

Das Betreuungsangebot „Betreutes Wohnen im Alter“ richtet sich an

- Menschen im Alter ab 65 Jahren, die trotz Einschränkungen in ihrer Alltagskompetenz ein möglichst selbstbestimmtes Leben bei Erhalt ihrer vertrauten Wohnsituation führen möchten.
- Menschen, die alters- und/oder krankheitsbedingt auf einen angemessenen Unterstützungs-/ Betreuungsrahmen angewiesen sind.
- Der beschriebene Personenkreis hat entweder die Pflegestufe 0 oder die Pflegestufe 1 sowie Einschränkungen in den Alltagskompetenzen.

Im Gegensatz zum bisherigen BeWo des LWL-Wohnverbundes Marsberg, darf KEINE geistige Behinderung, psychische Erkrankung und / oder Abhängigkeitserkrankung vorliegen.

## 1.3 Betreuungsangebote in den Bereichen

- Wohnen
- Soziale Kompetenz
- Freizeit / Tagesstruktur
- Gesundheitsfürsorge
- Sonstige Hilfebedarfe

## 1.4 Antrag auf Projektförderung

**Ausschreibung  
der Projektförderung**

**im Rahmen des Pilot-Projektes „ambulant vor stationär“**

Der Hochsauerlandkreis fördert in den Jahren 2012 bis einschließlich 2014 Projekte zur Weiterentwicklung der ambulanten Altenhilfe im Kreisgebiet. Ziel der Förderung ist es, Ideen zu unterstützen, die den sozialhilferechtlich formulierten Grundsatzes „ambulant vor stationär“ setzen und ein Vorbild für andere sein können.

**Fördergegenstand**

**Förderfähige Projekte**

- sind innovative Versorgungsangebote, welche ambulante pflegebedürftigen Menschen darin unterstützen, länger in ihrer Häuslichkeit zu leben
- tragen zur Verbesserung der Lebensqualität alter, hilfe-, betreuungs- und pflegebedürftiger Menschen im häuslichen Umfeld bei
- unterstützen und entlasten pflegende Angehörige

**Antrag auf Projektförderung  
im Rahmen des Pilot-Projektes  
„ambulant vor stationär“**

Bitte per Mail: [sozialplanung@hochsauerlandkreis.de](mailto:sozialplanung@hochsauerlandkreis.de) oder per Post zusenden!

Hochsauerlandkreis  
FD 43, Soziale Grundsatzangelegenheiten  
Projekt-Team „ambulant vor stationär“  
Am Rothaarsteig 1  
59929 Brilon

Beachten Sie die Vorlagetermine:  
30.06. bzw. 31.12.

1	<b>Antragsteller</b>		Bitte frei lassen.
1.1	Einrichtung / Organisation / Gruppe / Verein / Verband (genaue Bezeichnung):		
1.2	Ansprechpartner/in:		
1.3	Straße:		
1.4	PLZ / Ort:		
1.5	Telefon:		



## Zuwendungsbescheid des Hochsauerlandkreises

- Anschubfinanzierung von 11.397,00 € (Konzeptentwicklung, Strukturierung im BeWo etc.)

Sowie für den Projektzeitraum 01.07.2013 bis 30.06.2014

- Folgekosten bis zu einem Maximalbetrag von 31.669,74 €
  - Bei FLS- Preis von 53,10 € können max. 4-6 Klient/innen (durchgängig) betreut werden!
- Zugangssteuerung erfolgt über das Projektteam

## Abrechnung Fachleistungsstunden (FLS)

1 FLS =

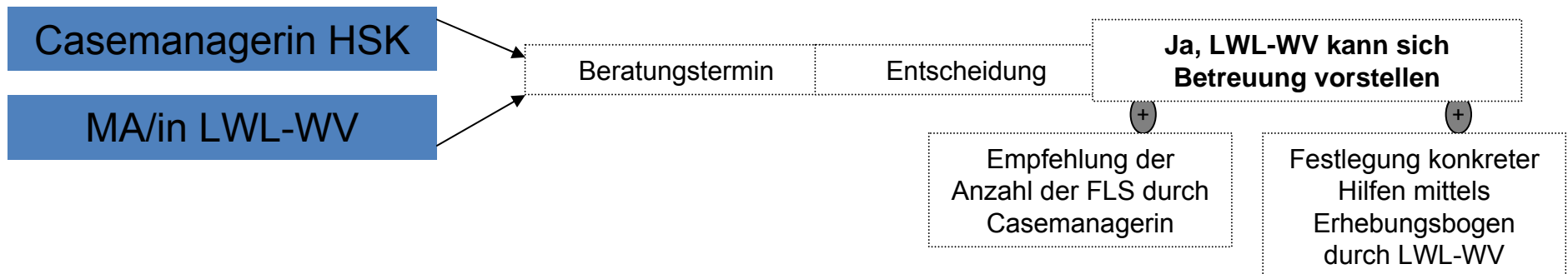
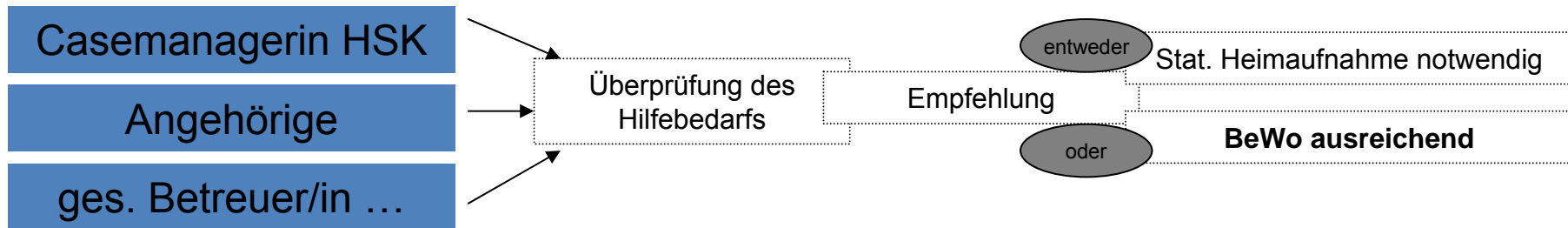
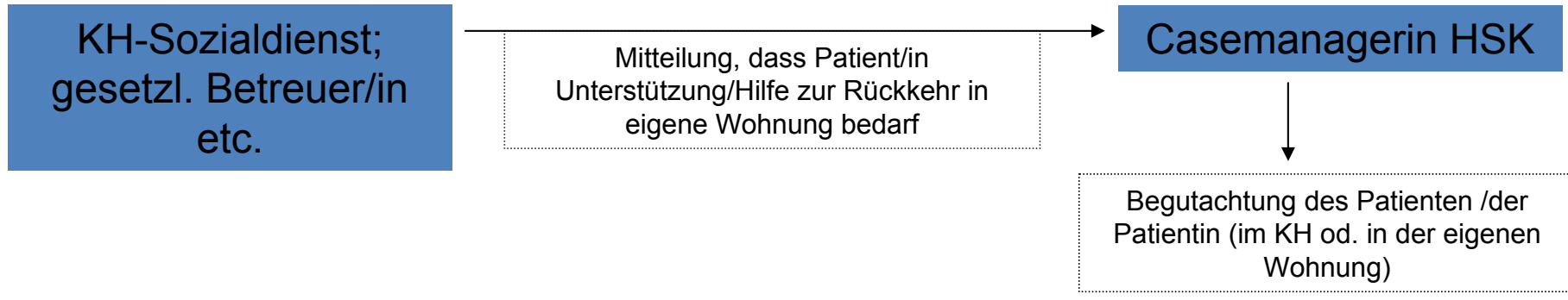
10 Minuten >>>> Administrative Aufgaben

50 Minuten >>>> Face-to-Face-Kontakte

Die Dienstleistung muss zu 70 % von Fachkräften (FK)  
und kann zu 30 % von Nichtfachkräften (NFK)  
erbracht werden.

1 FLS = 53,10 EUR

## 2. Aufnahmeverfahren - Prozessbeschreibung



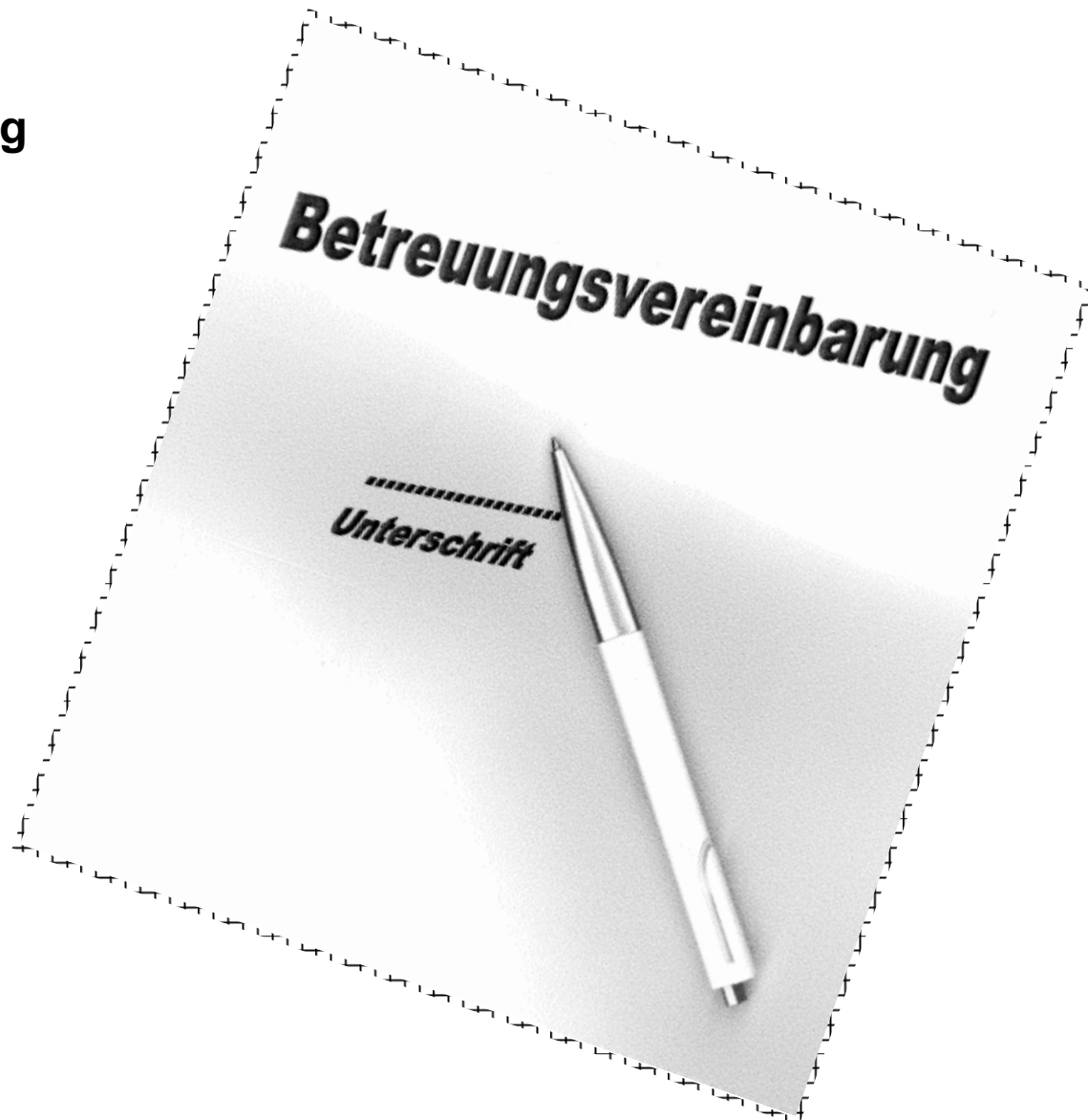
## 2.1 Erhebungsbogen

Erhebungsbogen zum Projekt „Ambulant Betreutes Wohnen für Menschen im Alter“

Erstkontakt:		Aufnahme am:		Aufnahme aus:	
Vermittlung durch:		Beendigung am:		Bewilligte FLS:	
		Zuständige/r Mitarbeiter/in:			
Name:		Vorname:		Pflegekasse (Name, Anschrift):	
Geb. Datum:		Konfession:		Sachbearbeiter/in: Tel.	
Geb. Ort:		Geb. Name:		Pfl.-Stufe: seit: § 45 b, SGB XI:	
Anschrift, Tel.:		Mitgliedsnummer:		Patientenverfügung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Familienstand:		Staatsangehörigkeit:		Hausarzt/-ärztin: Tel.:	
Wohnsituation:		bisher: <input type="checkbox"/> allein <input type="checkbox"/> mit Partner/in <input type="checkbox"/> mit Kind/ern <input type="checkbox"/> Sonstiges:		Facharzt/-ärztin f. Neurologie/Psychiatrie: Tel.:	
		zukünftig: <input type="checkbox"/> allein <input type="checkbox"/> mit Partner/in <input type="checkbox"/> mit Kind/ern <input type="checkbox"/> Sonstiges:		Ambulanter Pflegedienst:	
Telefon-Nr. für den Notfall:		Ansprechpartner/in:		Tel:	
Angehörige (Name, Anschrift, Tel., E-Mail):		Gesetzliche/r Betreuer/in / Bevollmächtigte/r (Name, Anschrift, Tel., E-Mail):			
		Bereiche:			
Bezugsperson/en (Name, Anschrift, Tel., E-Mail):		Weitere Hilfe <input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> Amb. psychiatrische Pflege <input type="checkbox"/> Haushaltshilfe <input type="checkbox"/> Essen auf Rädern			
Fachdienst:		<input type="checkbox"/> Sonstiges			

<b>Diagnosen:</b>				<b>Pflege-/Betreuungssituation:</b>			
				selbstständig	mit Anregung	mit Hilfe	
Körperpflege				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aufstehen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gehen (drinnen/draußen)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Krankheiten mit besonderer Behandlungsnotwendigkeit (z. B. Diabetes):</b>				An- und Auskleiden			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Toilettengang				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> ansteckende Krankheiten:				Gebr. von Gehhilfen/Rollstuhl			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				Nahrungsaufnahme			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Medikamente:</b>				<input type="checkbox"/> Sturzgefahr			
<input type="checkbox"/> werden selbst verwaltet				Besonderheiten/Einschränkungen:			
<input type="checkbox"/> werden gestellt durch							
<input type="checkbox"/> werden verabreicht von							
<b>Orientierung:</b>				<b>Versorgungssituation:</b>			
	ja	zeitweise	nein	ja	gelegentlich	nein	
Zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urininkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gebrauch von Inkontinenzmaterialien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zur Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ableitung/Zuleitung: <input type="checkbox"/> Katheter <input type="checkbox"/> PEG			
<b>emotionaler/psychischer Zustand:</b>				<input type="checkbox"/> Gehhilfe <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> Zahnprothesen			
depressive Verstimmungen	nein	ja	Symptome	<input type="checkbox"/> Hausnotrufsystem			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Sonstiges:			
Wahnsymptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<b>Zugangsmöglichkeiten („Türöffnungsprinzip“)</b>			
ständiger Bewegungsdrang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
nächtl. Unruhe/Tag-/Nachtumkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Selbstgefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
herausforderndes Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<b>Besonderheiten:</b>							

## Betreuungsvereinbarung



- **Betreuungsplanung / Dokumentation**
- **Auszug aus VEGA**

Vorgaben aus VEGA;  
die einzelnen Punkte müssen  
nur angeklickt werden

Maßnahmenauswahl, UF\_komplex, Version 2.013, Mandant 00103 (Amb. Betreutes Wohnen)

Datei Hilfe

Bereich **00 – alle Bereiche –**

14

Prio	Bgr.	Massnahme	Nr.
1	FLSK	Altdatenübernahme	00333
1	WO	Administrationsunterstützung	00304
1	WO	Mobilitätshilfen	00301
1	WO	Selbstsorge/Körperpflege	00302
1	WO	Sicherstellung von Ernährung und Hauswirtschaft	00303
2	SozBe	Beziehungsaufbau	00306
2	SozBe	Beziehungsgestaltung	00305
2	SozBe	Orientierungsförderung	00307
3	AuB	Entwicklung von Zukunftsperspektiven	00308
3	AuB	Erschließen außerhäusiger Lebensbereiche	00309
4	TS	Entwicklung und Gestalten von Freizeitinteressen und Möglichkeiten der Eigenbeschäftigung	00311
4	TS	Motivation zur Teilnahme und Planung	00310

## 2.2 Auswertungsbogen nur für das Projekt (mit Beispiel)

Auswertungsbogen zum Projekt „Ambulant Betreutes Wohnen für Menschen im Alter“ LWL-Wohnverbund Marsberg

Ausfüllzeitpunkt (bitte Datum angeben)						
<input type="checkbox"/> Bei Aufnahme:	<input type="checkbox"/> nach 2 Monaten:		<input type="checkbox"/> nach 6 Monaten:		<input type="checkbox"/> nach 12 Monaten:	
Name:	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Alter:	Betreuungsbeginn:	Betreuungsumfang (durchschnittliche FL3/Woche)		
				Bewilligt:	Tatsächlich:	
Schaffung von Hilfen und Zusammenarbeit mit bestehenden Organisationseinheiten im Bereich Gesundheitsorge	Erbringer	Kostenträger	Umfang der Hilfe	Hilfe		
				vorhanden	geschaffen	koordiniert
Ambulante Pflege	<i>Caritas-Station</i>	<i>KK (AOK)</i>	<i>3x Med., 1x Körp.pflege</i>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amb. Psychiatrische Pflege				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre Pflege / teilstat. Pflege	<i>KZP - PZ</i>	<i>Pflegekasse</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ergotherapie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarzt/-ärztin				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt/-ärztin				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt/-ärztin				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt/-ärztin				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehrenamtliche Dienste	<i>Hospizdienst</i>		<i>1x/wö., ca. 2 Std.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Krankenhaus				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Schaffung von Hilfen und Zusammenarbeit mit bestehenden Organisationseinheiten	Erbringer	Kostenträger	Umfang der Hilfe	Hilfe		
				vorhanden	geschaffen	koordiniert
<b>im Bereich Wohnen</b>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haushaltshilfe				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesetzliche Betreuung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>im Bereich Tagesstruktur und Freizeit</b>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagesstruktur				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeitbereich				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>im Bereich soziale Beziehungen</b>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trainingsgruppe				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>im Bereich sonstiger Hilfebedarf</b>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistungen nach § 45 SGB XI				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bereich		Prozentwert
1. WO	Selbstsorge / Körperpflege	
	Sicherstellung von Ernährung und Hauswirtschaft	
	Mobilitätshilfen	
	Administrationsunterstützung	
2. Soz. Bez.	Beziehungsaufbau / Beziehungsgestaltung	
	Orientierungsförderung	
3. Tagesstr.	Entwicklung von Zukunftsperspektiven im Bereich Tagesstruktur / Erschließen außerhäusiger Lebensbereiche	
4. Freizeit	Entwicklung und Gestalten von Freizeitinteressen und Möglichkeiten der Eigenbeschäftigung	
5. So.Hilfe	Psychische Stabilisierung / Gefährdungsprophylaxe	
	Gesundheitssorge	
<b>Nachhaltigkeit/Verhinderung von Heimaufnahme</b>		
Heimaufnahme erfolgt:		<input type="checkbox"/> ja, Aufnahmegrund: <input type="checkbox"/> nein
<b>Aktuelle Kostensituation</b>		
Volle Kostenübernahme durch Sozialhilfeträger:		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anteilige Kostenübernahme durch Klienten/Klientin:		<input type="checkbox"/> ja, Umfang: <input type="checkbox"/> nein
Erschließen weiterer Kostenträger:		<input type="checkbox"/> ja, Art/Leistung: <input type="checkbox"/> nein

aus  
VEGA

### 3. Auswertung: Zeitraum **07.05. – 31.12.2013**

(07.05. = Absprache mit HSK 1 Kl. vor 01.07.2013)

Personen insg.	♂	♀	♂	♀
Altersdurchschnitt	71,5			
Ø Betreuungsdauer (Wochen)	9			
Ø Empfohlene FLS	3			
Ø Tatsächliche FLS *	5,20			
* inkl. engmaschige Betreuung vor dem Tod				

Auswertung 07.05.2013 bis 31.12.2013				
<b>Geschlecht</b>	w	m	w	w
<b>Familienstand</b>				
ledig		x	x	
verheiratet				
getr./gesch.	x			x
verwitwet				
<b>Alter bei Aufn. (Jahre)</b>	66	78	68	74
<b>Aufnahme-Dat.</b>	11.11.2013	07.05.2013	11.11.2013	21.08.2013
<b>Vermittlung durch</b>				
gesBetreuer/in	x	x		
Angehörige				
Krankenhaus / Klinik			x	x
Sonstige				
<b>Wohnsituation</b>				
allein	x	x	x	x
mit Partn.				
mit Kinder/n				
Sonstige				
<b>Pflegestufe bei Aufn.</b>				
keine	x	x		
1			x	x
2				
3				
<b>Empfohlene FLS</b>	3	3	3	3
<b>Tatsächl. FLS</b>	2,76	5,74	8,31	4
<b>Ende-Dat.</b>	31.12.2013	25.07.2013	13.12.2013	18.12.2013
<b>Betr.Dauer</b>	1 Mon., 20 Tg.	2 Mon., 18 Tg.	1 Mon., 2 Tg.	3 Mon., 27 Tg.
<b>Betreuungsende</b>				
durch Tod		x		x
Heimaufnahme			x	
Fortdauer	x			


Schwerpunkte der Betreuung	Prozentualer Anteil
<b>Wohnen</b>	
Selbstsorge/Körperpflege	25%
Sicherstellung von Ernährung und Hauswirtschaft	15%
Mobilitätshilfen	0%
Administrationsunterstützung	15%
<b>Soziale Beziehungen</b>	
Beziehungsaufbau /-gestaltung	10%
Orientierungsförderung	5%
<b>Tagesstruktur</b>	
Entwicklung von Zukunftsperspektiven/ Erschließen außerhäusiger Lebensbereiche	0%
<b>Freizeit</b>	
Entwicklung und Gestaltung von Freizeitinteressen und Möglichkeiten der Eigenbeschäftigung	0%
<b>Sonstiger Hilfebedarf</b>	
Psychische Stabilisierung / Gefährdungsprophylaxe	15%
Gesundheitssorge	15%

**Gegenüberstellung vorhandener / geschaffener Hilfen:**

Anzahl Vorhandene Hilfen	Hilfen	Anzahl Geschaffene Hilfen
1	Pflegedienst	3
3	Hausarzt/-ärztin	1
2	Fachärzte/-ärztinnen	1
	Institutsambulanz LWL-Klinik	
	Essen auf Rädern	
	Kurzzeitpflege	1
1	Hospizdienst	
3	Gesetzl. Betreuung	1
1	Haushaltshilfe	2

## 4. Fragebogen zur Zufriedenheit

### 4.1 Klient/in

<p>3. Was hat Ihnen nicht gefallen?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<p style="text-align: center;"><b>LWL-Wohnverbund Marsberg</b> <b>Ambulant Betreutes Wohnen für Menschen im Alter</b> <u>Fragebogen zur Klient/innen-Zufriedenheit</u></p> <p><b>1. Wie zufrieden sind Sie mit diesem Angebot?</b></p> <p><input type="checkbox"/> sehr zufrieden    <input type="checkbox"/> zufrieden    <input type="checkbox"/> weniger zufrieden    <input type="checkbox"/> gar nicht zufrieden</p> <p><b>2. Was ist Ihnen besonders wichtig? (Bitte ankreuzen x)</b></p> <p><input type="checkbox"/> ...dass ich weiterhin zu Hause leben kann</p> <p><input type="checkbox"/> ...dass ich meine Ernährung so gestalten kann, wie ich es möchte</p> <p><input type="checkbox"/> ...dass ich zu Hause betreut werde</p> <p><input type="checkbox"/> ...dass ich meine sozialen Kontakte weiter pflegen kann</p> <p><input type="checkbox"/> ...dass ich über mein Einkommen frei verfügen kann</p> <p><input type="checkbox"/> ...dass ich Unterstützung erhalte zur Abstimmung der verschiedenen Hilfen</p> <p><input type="checkbox"/> ...dass ich mit einem/einer festen Ansprechpartner/in regelmäßig Gespräche führen kann</p> <p><input type="checkbox"/> ...was mir noch wichtig ist _____</p>
<p>Ausgefüllt von: _____ am _____</p> <p style="text-align: center;"> Für die Menschen. Für Westfalen-Lippe.</p>	

## 4.2 Angehörige/ gesetzl. Betreuer/in

3. Was hat Ihnen nicht gefallen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Was würden Sie verbessern?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**LWL-Wohnverbund Marsberg**

**Ambulant Betreutes Wohnen für Menschen im Alter**

Fragebogen zur Angehörigen-Zufriedenheit

Verhältnis zum/zur Klienten/Klientin (Verwandtschaftsgrad usw.): \_\_\_\_\_

Zusammenlebend mit dem/der Klienten/Klientin:  ja  nein

1. Wie zufrieden sind Sie mit diesem Angebot?

sehr zufrieden  zufrieden  weniger zufrieden  gar nicht zufrieden

2. Was war Ihnen besonders wichtig? (Bitte ankreuzen x)

...dass mich das Angebot entlastet hat

...dass sich das Angebot positiv auf meine(n) Angehörige(n) ausgewirkt hat

...dass sich das Angebot positiv auf das Verhältnis zu meiner/meinem Angehörigen ausgewirkt hat

...was mir noch wichtig ist \_\_\_\_\_

Ausgefüllt von: \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_



## 5. Fazit

Mit dem Angebot „Ambulant Betreutes Wohnen für Menschen im Alter“ wird sichergestellt,

- ambulant vor stationär, dadurch Verhinderung oder Hinauszögerung von stationärer Heimaufnahme
- größtmögliche Selbstständigkeit und Selbstbestimmung in der eigenen Wohnung – auch im Alter
- Kostensenkung

## Kostensenkung

### Vergleich – Ambulanter Pflegesatz / stationärer Pflegesatz

#### **Pflegesatz Pflegeheim:**

Pflegestufe 0 = 2.000,00 € bis 2.300,00 €

Pflegestufe 1 = 2.500,00 € bis 2.900,00 €, davon 1.023,00 € durch Pflegekasse

#### **Pflegesatz BeWo - Annahme durchschnittlich 4 FLS BeWo:**

4 FLS/Woche = 16 FLS monatlich

16 FLS x 53,10 € = **849,60 €**

## Kostensenkung

Beispiel - Klient Herr X.

Pflegestufe 0 – ca. 750,00 € Rente – kein Vermögen

Ambulant BeWo - 4 FLS = **849,00 €** monatlich

(nur Betreuung; ohne Miete, Verpflegung etc.)

Stationäre Heimaufnahme – ca. 2.100,00 € Kosten Heimplatz

750,00 € Rente

1.350,00 € für Heimplatz

(Pflege, Betreuung, Miete, Verpflegung etc.)

ca. 105,00 € Barbetrag

**1.455,00 € Kostenträger HSK**

„Einsparung“: 606,00 € pro Monat

## Kostensenkung

Beispiel - Klient Herr Y.

Pflegestufe 1 – ca. 750,00 € Rente – kein Vermögen

Ambulant BeWo - 4 FLS = **849,00 €** monatlich

(nur Betreuung; ohne Miete, Verpflegung etc.)

Stationäre Heimaufnahme – ca. 2.700,00 € Kosten Heimplatz

750,00 € Rente

1.023,00 € Pflegekasse

927,00 € für Heimplatz

(Pflege, Betreuung, Miete, Verpflegung etc.)

ca. 105,00 € Barbetrag

**1.032,00 € Kostenträger HSK**

**„Einsparung“: 183,00 € pro Monat**

## Offene Fragen

- Soll / kann das Projekt als weiterer Baustein in der ambulanten Versorgung etabliert werden?
- Wer wird Kostenträger für das Angebot „Betreutes Wohnen für Menschen im Alter“?

Vielen Dank  
für Ihre Aufmerksamkeit!