

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 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	Antragsteller		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 =

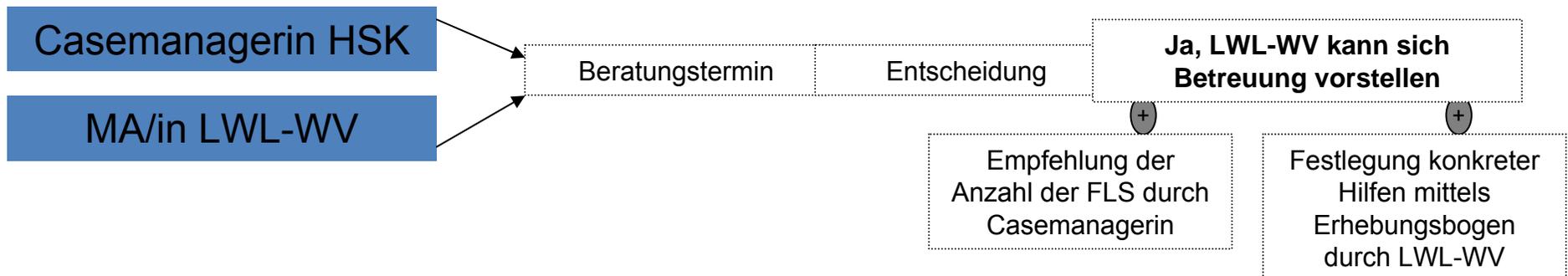
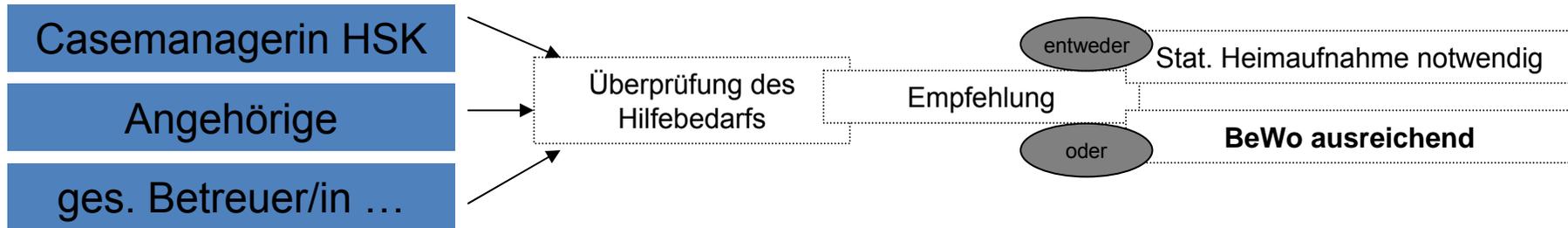
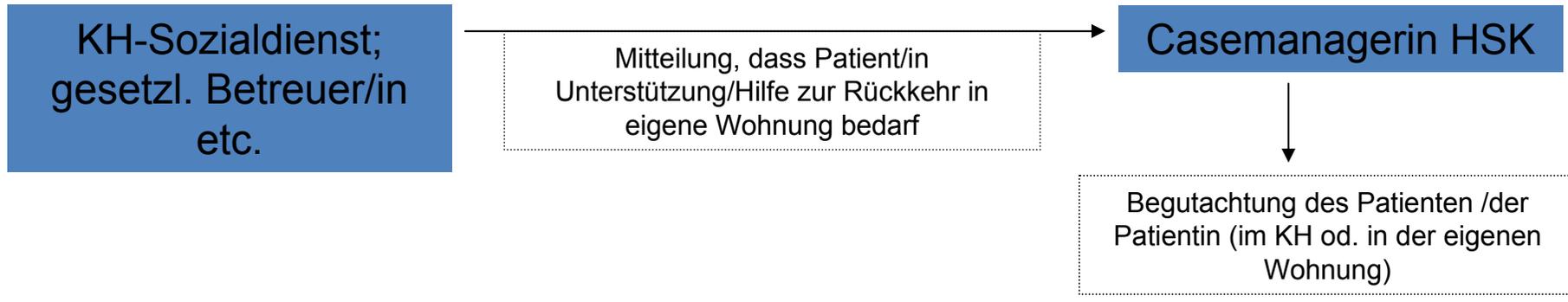
10 Minuten >>>> Administrative Aufgaben

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



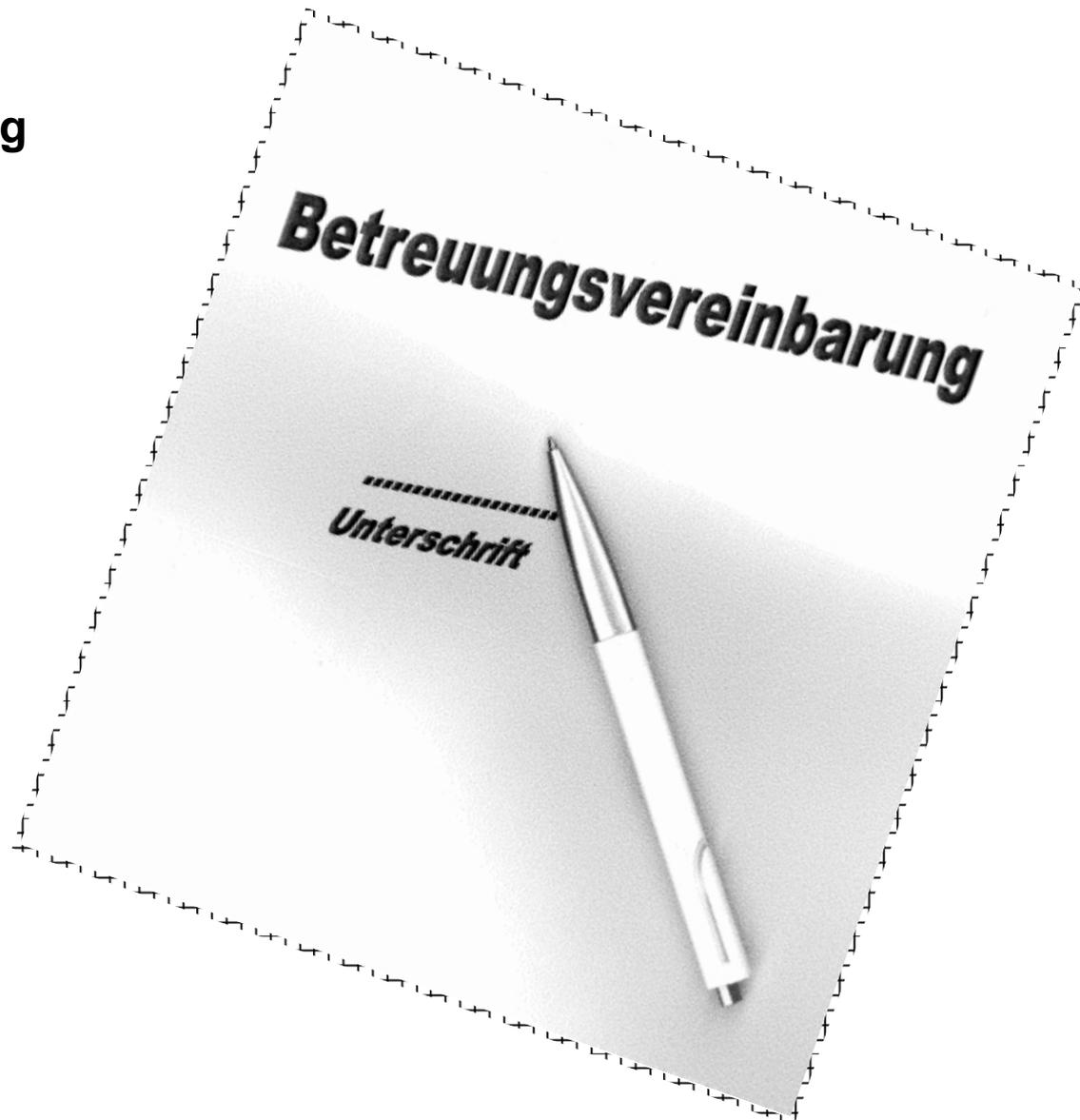
2.1 Erhebungsbogen

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			

Diagnosen:				Pflege-/Betreuungssituation:			
				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"/>	
Krankheiten mit besonderer Behandlungsnotwendigkeit (z. B. Diabetes):				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"/>	
Medikamente:				<input type="checkbox"/> Sturzgefahr			
<input type="checkbox"/> werden selbst verwaltet				Besonderheiten/Einschränkungen:			
<input type="checkbox"/> werden gestellt durch							
<input type="checkbox"/> werden verabreicht von							
Orientierung:				Versorgungssituation:			
	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			
emotionaler/psychischer Zustand:				<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"/>		Zugangsmöglichkeiten („Türöffnungsprinzip“)			
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"/>					
Besonderheiten:							

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
im Bereich Wohnen				<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"/>
im Bereich Tagesstruktur und Freizeit				<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"/>
im Bereich soziale Beziehungen				<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"/>
im Bereich sonstiger Hilfebedarf				<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	
Nachhaltigkeit/Verhinderung von Heimaufnahme		
Heimaufnahme erfolgt:		<input type="checkbox"/> ja, Aufnahmegrund: <input type="checkbox"/> nein
Aktuelle Kostensituation		
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				
Geschlecht	w	m	w	w
Familienstand				
ledig		x	x	
verheiratet				
getr./gesch.	x			x
verwitwet				
Alter bei Aufn. (Jahre)	66	78	68	74
Aufnahme-Dat.	11.11.2013	07.05.2013	11.11.2013	21.08.2013
Vermittlung durch				
gesBetreuer/in	x	x		
Angehörige				
Krankenhaus / Klinik			x	x
Sonstige				
Wohnsituation				
allein	x	x	x	x
mit Partn.				
mit Kinder/n				
Sonstige				
Pflegestufe bei Aufn.				
keine	x	x		
1			x	x
2				
3				
Empfohlene FLS	3	3	3	3
Tatsächl. FLS	2,76	5,74	8,31	4
Ende-Dat.	31.12.2013	25.07.2013	13.12.2013	18.12.2013
Betr.Dauer	1 Mon., 20 Tg.	2 Mon., 18 Tg.	1 Mon., 2 Tg.	3 Mon., 27 Tg.
Betreuungsende				
durch Tod		x		x
Heimaufnahme			x	
Fortdauer	x			

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

4.2 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!