

Abschlussstagung – Bielefeld, 11. November 2020

Evaluation und qualitative Weiterentwicklung des Bielefelder Modells:



Zusammenfassung der Projektergebnisse

Prof. Dr. Klaus Wingefeld
Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld

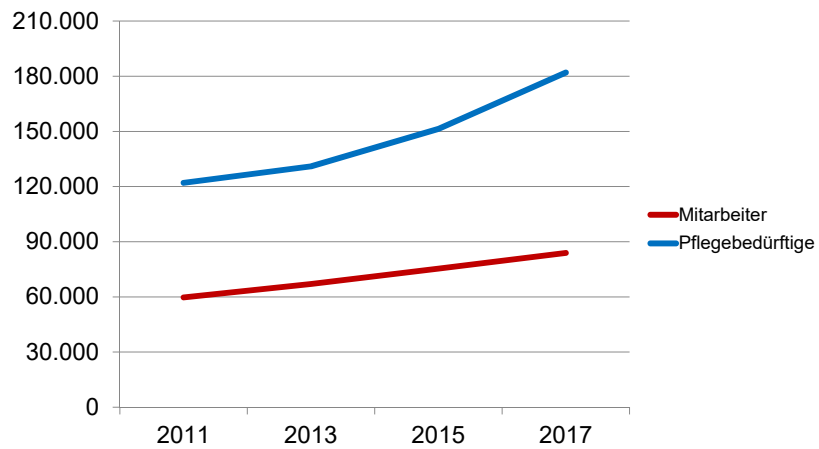
Ausgangslage

- Rasche Zunahme der Anzahl hilfe- und pflegebedürftiger Menschen
- Wohnen und Versorgung außerhalb institutioneller Strukturen als Bedürfnis und sozialpolitisches Ziel
- Ausdünnung der Hilfen durch Angehörige
- Begrenzte Ressourcen im Bereich der professionellen Hilfen

Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen (Deutschland gesamt - Quelle: Pflegestatistik)

Jahr	Anzahl Pflegebedürftige	Zunahme
2011	2.501.000	-
2013	2.626.000	125.000
2015	2.860.000	234.000
2017	3.414.000	554.000

Ambulante Pflegedienste in NRW (Quelle: Pflegestatistik)



Fragestellungen des Projekts

- Was ist das Bielefelder Modell?
- Was leistet es bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit?
- Worin bestehen strukturelle Herausforderungen?
- Wo gibt es Optimierungsmöglichkeiten?
- Was ist zu beachten, wenn das Konzept an anderen Orten implementiert werden soll? →



Methodisches Vorgehen

1. Verfügbare Informationen auswerten
2. Verlaufsstudien (65 Personen)
3. Interviews mit Nutzer*innen (16 Haushalte)
4. Interviews mit Mitarbeiter*innen (7 Personen)
5. Schriftliche Befragung der Mieter*innen (373 Personen)
6. Sonstige (z.B. Begehungen, projektinterne Arbeitsgruppen)

Außerdem:

Zwei Workshops, u.a. mit „Aktivisten“ aus anderen Regionen

Besondere Merkmale des Bielefelder Modells

- Kooperationsverbund aus Unternehmen der Wohnungswirtschaft und sozialen Diensten / Pflegediensten
- Komplexes Netzwerk aus formellen und informellen Hilfen
- Wohnanlage mit besonderen Strukturen als Zentrum
- Bestandteil eines Quartiers:
 - a) Vernetzung innerhalb des Quartiers
 - b) Angebote für das Quartier

Besondere Art der Versorgungssicherheit

Angepasste Lebensumgebung + informelle Hilfen + Unterstützungsleistungen

- Bestehendes Hilfenetz bei entstehender Hilfe-/Pflegebedürftigkeit
- Ausrichtung der Strukturen auf Menschen mit funktionellen Beeinträchtigungen
- Hilfebereitschaft über 24 Stunden, auch in der Nacht: Innerhalb weniger Minuten sind Mitarbeiter der Dienste in der Wohnung
- Anspruch: Flexible und wirksame Begleitung im Krankheitsverlauf, in gesundheitlichen Krisen und bei sozialen Veränderungen

Besonderheit baulicher Strukturen

- Wohncafe
- Büro / Stützpunkt der ambulanten Dienste
- Pflegewohnen auf Zeit
- Barrierefreiheit / barrierearme Strukturen

Informelle Hilfen

- Besonderer Stellenwert der ehrenamtlichen Hilfen
- Setzt hohen Ressourceneinsatz voraus (Koordination, Anleitung)
- Wohncafe als wichtiger Knotenpunkt
- Wichtige Funktion für die Versorgungssicherheit
- Keine refinanzierten Strukturen zur Betreuung der ehrenamtlichen Helfer*innen

16 Wohnanlagen

ca. 900 Personen,
darunter 560 Alleinlebende
(Stand 2018)

Das Hilfenetz im Bielefelder Modell ist besonders auf
Hilfen für alleinlebende Menschen ausgerichtet.

Ausgewählte Ergebnisse der Mieterbefragung

n = 373 Personen
Rücklaufquote = 48,2% der Haushalte in den Wohnanlagen

Bewohnerstruktur und Lebensalltag sind stark geprägt durch Hilfe- und Pflegebedürftigkeit

- 47,5% der Befragten sind pflegebedürftig
- Durchschnittsalter: 80 Jahre
- 39,1% haben schon einmal die Rufbereitschaft genutzt
- Die große Mehrheit der Befragten erhält regelmäßig Hilfen
- 52,9% nehmen einen ambulanten Dienst in Anspruch
- 46,4% erhalten Hilfe von Kindern/Enkelkindern
(Partner: 13,4%, Ehrenamt: 10,6%, Nachbarschaft: 9,6%)

Nutzung und Bewertung der Angebote


- 75% nutzen das Wohncafe (21,4% täglich)
- Für 86% ist es wichtig, einen ambulanten Dienst vor Ort zu haben
- Für 80% ist die nächtliche Rufbereitschaft wichtig
- Für 70% ist das Wohncafe im Haus wichtig
- 75% würden das Bielefelder Modell weiterempfehlen, 6% würden es nicht

Verlaufsstudien

65 pflegebedürftige Personen aus 6 Wohnanlagen
Regelmäßige Informationserfassung im Abstand von vier Monaten

Beobachtungszeitraum: i.d.R. 24 Monaten

Krisenhafte Phasen im höheren Alter und im Verlauf von Pflegebedürftigkeit

Zeitlicher Verlauf 

Verletzungen (Stürze)
Akute Erkrankungen
Schübe bei chronischen Erkrankungen
Probleme im Verlauf einer medikamentösen Therapie
Krankenhausaufenthalte
(...)

Innerhalb von rund vier Monaten...

- ... wurden im Durchschnitt 20-25% der Pflegebedürftigen in einem Krankenhaus behandelt
- ... sendeten im Durchschnitt 20-25% der Pflegebedürftigen einen nächtlichen Notruf

Über den gesamten Beobachtungszeitraum (24 Monate) hinweg...

- ... sind 10 Personen verstorben (keine Auffälligkeiten)
- ... wurden 41 Personen mindestens einmal in einem Krankenhaus behandelt
- ... sind zwei Personen (3,1%) in ein Pflegeheim umgezogen (1,5% pro Jahr).

Zum Vergleich: Bei etwa 5-10% der pflgebedürftigen Menschen ist im Verlauf eines Jahres mit einem Heimübergang zu rechnen.

Fallbeispiel 1

Wohnhaft im Quartier, nicht in der Wohnanlage



Fraktur mit Krankenhausbehandlung



Poststationär: Verhaltensänderungen; zunehmende Beeinträchtigungen;
kritische Lebenssituation



Umzug in die Wohnanlage; stabile Lebenssituation

Zwischenbemerkung

Krankenhausaufenthalt als kritische Phase im späten Lebensverlauf: Besondere Risiken

- Entwicklung eines Delirs, besonders bei chirurgischer Behandlung
- Erhöhtes Infektionsrisiko, resistente Keime
- Verlust von Muskelmasse bei längerer Bettlägerigkeit
- Allgemeiner Selbständigkeitsverlust
- Verstärkung von bereits bestehenden kognitiven Einbußen
- Erhöhtes Risiko für Stürze mit gravierenden Folgen
- Erhöhtes Komplikationsrisiko bei komplexem Medikamentenregime

Übergangsphasen haben entscheidende Bedeutung für die Aussicht, nach einer gesundheitlichen Krise in die gewohnte Lebensnormalität zurückzukehren.

Übergangsphasen bringen rasche Veränderungen, neue Anforderungen und Belastungen mit sich. Gleichzeitig sind die gewohnten Prozesse und Strukturen (vorübergehend) außer Kraft gesetzt.

→ Was heißt das für die Bereitstellung eines Hilfeangebots?

Fallbeispiel 2

Wohnhaft im Quartier, nicht in der Wohnanlage; psychisch belastet



Herzinfarkt mit sehr langer Krankenhausbehandlung; Dienst hält Kontakt



Poststationär: Hoher Bedarf; Übergangsvorsorgung in der Pflegewohnung; derweil Wohnungsanpassung



Rückkehr in die eigene Wohnung im Quartier; stabile Lebenssituation

Fallbeispiel 3

Wohnhaft in der Wohnanlage



Plötzliche psychische Krise mit Krankenhausaufenthalt; Pflegedienst koordiniert zwei Krankenhausaufenthalte.



Poststationär: stabile Situation

Gesamtbeurteilung des Bielefelder Modells aus der Sicht der Evaluation

Versorgungspotenzial

- Gute materielle und personelle Voraussetzungen für Hilfeleistungen: Räumliche Nähe der Dienste, Integration in ein soziales Umfeld und Freiwilligenhilfe ermöglichen engmaschige Begleitung und decken mehr Bedarf (und Bedürfnisse) ab als „normale“ ambulante Hilfen. Besonders in Übergangsphasen.
- Mehr und schnellere Hilfen als in anderen Bereichen ambulanter Pflege, zum Teil beeindruckend intensive Hilfen in kritischen Krankheitsphasen
- Auffällig wenig Übergänge in die stationäre Langzeitpflege, lange Verweilzeiten als Mieter
- Einzelfall: Aus dem Heim ins Bielefelder Modell

Methodische Begrenzung

Wirkungen in das Quartier hinein zeigen sich im Einzelfall, sind aber nicht mit belastbaren Zahlen nachzuweisen

Diskussion: Vermeidung des Heimeinzugs

- + Im Vergleich seltene Heimeinzüge während der Verlaufsstudie (1,5% pro Jahr; andere Studien: 5% bis 10%)
- Keine Kontrollstudie; Vergleichszahlen aus anderen Zusammenhängen
- Keine Zufallsauswahl der Personen; Selektion ist nicht auszuschließen

- + Ergebnis wird gestützt durch Daten, die zur Mieterfluktuation vorliegen
- + Einzelfallanalyse zeigt ungewöhnliche Intensität und Kontinuität von Hilfen während und nach Krankenhausaufenthalt
- + Prospektive Studie

Stärken des Bielefelder Modells (Nutzerperspektive, Auswahl)

- Verbindung zwischen Versorgung und Einbindung in das soziale Umfeld: Positive Bewertung aus der Nutzerperspektive
- Verfügbare Ressourcen kompensieren Hilfe von Angehörigen – attraktive Balance zwischen Nähe und Distanz, Quartiersbezug
- Förderung des Gefühls der Sicherheit
- Barrierefreiheit

Stabilität der Strukturen

- Fehlende regelhafte Refinanzierung von Gemeinschaftsaufgaben:
 - Rufbereitschaft rund um die Uhr
 - Koordination und Förderung der Freiwilligenhilfe
 - Weitergehende Aufgaben der Quartiersarbeit
- Wenig erkennbare Aktivitäten zur Nutzung der Pflegereformen, derzeit eher Bedürfnis nach Stabilisierung des Erreichten
- Unterschiede zwischen den Standorten; Vielfalt der Strategien für Problemlösungen, individuelles Engagement
- Allmähliche Verflüchtigung des Bewusstseins eines besonderen sozialen Auftrags?
- Interne Transparenz und internes Qualitätsmanagement sind entwicklungsfähig

Grenzen der Versorgung im Bielefelder Modell

- Demenziell Erkrankte, insb. wenn Verhaltensauffälligkeiten entstehen
- Versorgung Schwerstkranker (?)
- Versorgung am Lebensende (?)
- Begrenzte Attraktivität für jüngere Personen
- Hineinwirken in das Quartier
- Hinweise auf bekannte Probleme ambulanter Versorgung aus der Nutzerperspektive – z.B. Personalfuktuation, zu wenig Zeit, Wunsch nach besserer Finanzierung

Perspektiven

- Förderung des Verständnisses für die Philosophie des Bielefelder Modells
- Stabilisierung der Rahmenbedingungen, Finanzierungsfragen
- Qualitätssicherung, Verstetigung interner Evaluation und interner Projekte
- Schaffung von Strukturen, die die Abhängigkeit von individuellem Engagement relativieren
- Explizite Klärung der Weiterentwicklung von Angebotsstrukturen

**Danke für Ihre
Aufmerksamkeit**

www.uni-bielefeld.de/IPW

