

**menschenwürdig – human – gleichberechtigt – selbstbestimmt**

Herausgeber: Helmut Geuking  
Verantwortlich für den Inhalt: Helmut Geuking  
Redaktionelle Bearbeitung: Horst Führes 07.11.2008  
Redaktionelle Überarbeitung: Helmut Geuking 01.12.2014  
Redaktionsstand: 01.12.2014

# **K 21**

## **Sozial und gerecht**

### **Konzept 21. Jahrhundert**

**Menschenwürdiges Leben  
im Alter, bei Krankheit  
und Behinderung.**

# Konzept K 21

## Inhaltsverzeichnis

Titel: Seite:

- Beschreibung der Ausgangssituation 3-4
- Thesen zum Konzept 5
- Forderungen des Konzeptes 5
- Bausteine des Konzeptes 6-8
- Das PLACE-Haus Konzept 9

Zielsetzung

- Anhänge 10-14

Place-Haus Modelle

- Konzept der ambulanten

Psychiatriepflege 15

- Inhalte psychiatrischer Krankenpflege  
16-19

- Finanzierung und Pflegeprozess 20-24

- Schlusswort Helmut Geuking 25-26

- Quellennachweise 27

- Anlagen 28-36

Finanzierungs- und Berechnungsmodelle

# 3

## Ausgangssituation

Über eine Millionen Menschen werden ab dem Jahr 2015 alleine in NRW älter als 80 Jahre alt sein. Bereits 2010 lebten bereits mehr Senioren in Deutschland als Kinder. 2040 wird über ein Drittel der Menschen bundesweit über 60 Jahre sein.

Der demographische Wandel beinhaltet eine der größten politischen Herausforderung im 21. Jahrhundert.

Die Familien-Partei Deutschlands in NRW hat mit Unterstützung vom Verein Humanitas Gemeinschaft e.V. aus Coesfeld die Herausforderung angenommen und dieses K 21 Konzept (Konzept zur Betreuung, Versorgung kranker, älterer und behinderter Mitmenschen im 21. Jahrhundert) entwickelt.

Denn jetzt ist es an der Zeit, diese Herausforderung anzunehmen und mit entsprechenden gesellschaftspolitischen Konzepten die eventuellen Chancen zu erkennen, auszuloten und zu nutzen.

Mit unserem K21 Konzept wollen wir die längst überfälligen Maßnahmen, die politisch umgesetzt werden müssen, vorantreiben, und eine entsprechende Diskussion in Gang setzen.

Es reicht nicht, nur die Probleme anzusprechen und zu kritisieren. Unsere Gesellschaft hat ein Recht darauf, dass die Politik endlich handelt. Die Familien-Partei Deutschlands in NRW will handeln.

Altersbilder verändern sich, mittlerweile sind ältere Menschen in unserer Gesellschaft als eine feste heterogene Gruppe mit enormen Leistungspotenzial nicht mehr wegzudenken.

In wie weit bestehende Kompetenzen dieser Gruppe entwickelt, erweitert bzw. erhalten werden, ist im sozialen Umfeld verankert.

Unser K21 Konzept richtet sich an alle Personen, die aufgrund von Gebrechlichkeit, Krankheit oder eines Handicaps Defizite haben und dadurch fremder Hilfe bedürfen. Die Wohnformen, die im K21 Konzept ausgeführt werden, dienen gleichzeitig auch zur Prävention.

Vorsorgen für den Fall der Fälle. **Was ist wenn!**

Wir von der Familien-Partei Deutschlands in NRW befürworten ein bundesweites zentral geregeltes

System zur einheitlichen gesamtgesellschaftlichen Entwicklung der Betreuung, Versorgung kranker, älterer und behinderter Mitmenschen.

Es darf nicht sein, dass diese Personengruppen unterschiedlichste Erfahrungen in den einzelnen Bundesländern sowohl in der Betreuung als auch in der Versorgung erfahren. Heute bereits gibt es Gebiete die überaltert und wo Kommunen mit der Sicherstellung einer menschenwürdigen Versorgung und Betreuung langfristig überfordert sind. Ehrenamtliche und Selbsthilfegruppen versuchen oftmals das Notwendigste in Form der Nächstenliebe sicherzustellen und Tagesprobleme abzufedern. Sie sind aus unserer Gesellschaft einfach nicht mehr wegzudenken und haben eine enorm wichtige gesamtgesellschaftspolitische Aufgabe übernommen. Ihnen gilt unser besonderer Dank; sie sollten jedoch nur eine Ausnahme sein und nicht die Regel.

## 4

Es obliegt doch unserem Staat, für seine Bürger zu sorgen und entsprechend zu handeln.

Die Verlagerung der Problematik auf die Kommunen und Bundesländer kann einer modernen Gesellschaft mit einem hohen Anteil älterer, kranker und behinderter Mitmenschen nicht gerecht werden.

Auch die zunehmende Altersarmut steht hiermit in einem unmittelbaren Zusammenhang. Rente mit 67 z.B. bedeutet im Grunde nichts anderes als überwiegende Altersversorgung auf Sozialhilfeniveau.

Daher muss eine Versorgung und Betreuung finanziell unabhängig sein.

Die Würde des Menschen ist unantastbar, dieses beinhaltet auch eine würdevolle Absicherung der o.g. Personengruppen.

Hier bedarf es einer zentralen bundesweiten einheitlichen Regelung mit Rechtsanspruch aller Bürger.

Die momentane unüberschaubare Bürokratie durch entsprechende länderrechtliche und kommunaler Bestimmungen und Gesetze müssen abgeschafft werden, und durch ein zentral bestimmtes einheitliches Gesetz ersetzt werden.

Jeder Bürger, unabhängig von seinem Wohnsitz, muss die gleichen Rechte hinsichtlich einer menschenwürdigen Versorgung und Betreuung haben.

Explizit geht unser K21 im Anhang auch auf eine ambulante psychiatrische Versorgung psychisch kranker Mitmenschen ein.  
Diese Personengruppe steigt seit Jahren stetig an.

## 5

### **Thesen zum Konzept K 21:**

Die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in unserer Gesellschaft wird weiter zunehmen.

Die Zahl derer, die ihre Angehörigen pflegen, wird abnehmen.

Der Anteil an psychisch erkrankten Menschen (besonders Alzheimer und Demenzkranke) wird ebenfalls steigen.

Die psychisch erkrankten Pflegebedürftigen werden von den derzeitigen Sicherungs- und Betreuungssystemen unzureichend berücksichtigt.

Die Heimunterbringung konnte sich vom Image der Aufbewahrungs- und Sterbeanstalten nicht befreien.

Die ernst zu nehmenden Versuche in diese Richtung wurden zum Teil durch verschärften Kostendruck zunichte gemacht.

Heimunterbringung ist zu kostenintensiv, auf Dauer nicht tragbar und in vielen Fällen nicht menschenwürdig.

Die Möglichkeiten zur ambulanten Versorgung im vertrauten Lebensumfeld sind noch immer nicht ausreichend.

### **Forderungen des Konzeptes K 21:**

Die Leistungen der Pflegeversicherung reichen schon jetzt nicht aus;

Ein Organisationsentwicklungsprozess im Sinne der pflegebedürftigen Menschen muss schnellstens eingeleitet werden und dauerhaft fortlaufend sein.

Die Schaffung von räumlichen Möglichkeiten zur ambulanten Versorgung muss über die bestehenden Möglichkeiten hinaus gefördert werden.

Zusätzliche verbindliche Vorgaben und Förderprogramme für den Anteil behinderten- oder pflegegerechten Wohnraums in Wohngebieten müssen geschaffen werden.

Die bestehenden Heime sollen langfristig aufgelöst oder einer neuen Funktion zugeführt werden. Sie müssten nicht nur als Kurzzeitpflegeheime umstrukturiert werden sondern vielmehr auch als sogenannte Pflegehotels.

Warum sollen pflegebedürftige Menschen nicht die Möglichkeit haben kostengünstig Urlaub zu genießen.

Kurz zusammengefasst: Standards, Kostendruck und Routine müssen der Individualisierung der Pflege weichen.

Pflegeleistungen sollen zukünftig dezentral, wohnortnah, kostengünstig und im Bündnis mit Angehörigen und allen vor Ort zur Verfügung stehenden Kräften erbracht werden. Kurzzeit-, Urlaubspflege muss dabei sichergestellt werden.

Die Leistungen für psychisch erkrankte Menschen müssen zukünftig besonders gefördert und von Fachpersonal geplant und kontrolliert werden.

## 6

### **Bausteine des Konzeptes:**

"Ambulant vor stationär" wird zur verbindlichen Handlungsmaxime.

Alle Möglichkeiten zur ambulanten Versorgung müssen ausgeschöpft und neue Möglichkeiten geschaffen werden.

### **Heimunterbringung ist zu vermeiden.**

Weitere verbindliche Vorgaben für Baugebiete, entsprechende Auflagen für größere Mietobjekte und sinnvolle Förderungsmöglichkeiten für den privaten Wohnungsbau schaffen zusätzlichen Wohnraum, der auch für die ambulante Versorgung geeignet ist. Die bestehenden Heime erfüllen nur eine Wartefunktion.

Die Menschen werden bei Bedarf solange dort untergebracht, bis eine Möglichkeit zur wohnortnahen ambulanten Versorgung frei ist, gefunden oder geschaffen wurde. Psychisch kranke Menschen, die nicht mehr zu Hause versorgt werden können, werden in wohnortnahen Wohngruppen von höchstens zehn Personen in Verantwortung von Fachpersonal betreut.

Auch in "Wartefunktion" in einer stationären Einrichtung muss die fachliche Betreuung dieser Personengruppe gewährleistet werden.

### **Abschied von den Standards!**

Standards beugen sich nur all zu leicht einem Kostendruck und führen zur Routine und Vereinheitlichung. Sind sie - subjektiv betrachtet - erfüllt, besteht nur unzureichender Anlass und Motivation die Situation des Pflegebedürftigen zu seinen Gunsten kritisch zu hinterfragen und in diesem Sinne die Kommunikation zu fordern und zu fördern. Standards sollten nur dort gelten, wo sie Sinn machen, z. B. bei einer einheitlich aufgebauten Pflegedokumentation, die jederzeit fachlich überprüfbar ist und rechtlichen Anforderungen genügt.

Auch bei einzuhaltenden Vorgaben für die Pflegedienste können Standards sinnvoll sein.

### **Individualisierung der Pflege!**

Pflegeleistungen müssen sich der jeweiligen Situation des Pflegebedürftigen anpassen können.

Leistungserfassungs- und Abrechnungssysteme müssen kommunikative Leistungen (zwischen allen Beteiligten, ob Arzt, Angehöriger, Pflegebedürftiger...) in diesem Sinne berücksichtigen können.

Pflegepersonal muss in diesem Bereich stärker geschult und gefördert werden.

Pflegeplanungs- und Kontrollsysteme müssen flexibler werden.

### **Soziale Kompetenz in der Pflege!**

Die sozialen **Kompetenzen der Pflegenden** müssen in Aus- und Fortbildung große Bedeutung erlangen.

Die erworbenen **sozialen Kompetenzen der Pflegebedürftigen** sind sowohl bei der Zusammensetzung von Wohngruppen als auch bei der Pflege zu berücksichtigen.

Erfasst werden sie als Anhang zum Patientenstammblatt in Form einer Auswertung unter Zuhilfenahme der "identitätsfördernden Eigenschaften" nach Krappmann.

Erkenntnisse über die Ambiguitätstoleranz, Rollendistanz, Empathie und die Fähigkeit zur Selbstdarstellung erleichtern die Wohnungs- und Pflegeplanung.

Sie können daher Verständnis bei allen an der Pflege Beteiligten für individuelle Probleme und gruppendynamische Prozesse erzeugen.

Auch die sonstigen Erfahrungen, erlernten Fähigkeiten und Kenntnisse (u. a. aus Beruf und Hobby) sollten in diesem Anhang erfasst werden,

um in den Wohnprojekten in möglichst großem Umfang

**Hilfe zur Selbsthilfe** zu ermöglichen und die Motivation zur aktiven Teilnahme an der Gemeinschaft zu fördern.

### **Basal-, Erg- und Exobogen zur Qualitätssicherung!**

Unser "Basalsystem" (nach dem Grundsatz, der Mensch kann nicht "nicht kommunizieren") stellt auch eine Basisanforderung an die Leitbilder der

Pflegedienste dar. Mimik, Gestik, Stimmung und

Gesamteindruck der Befindlichkeit des Pflegebedürftigen werden mittels Grundsatzbögen, den "**Basalbögen**", erfasst und ausgewertet.

Die Auswertung in einem, für jeden an der Pflege Beteiligten, einsehbaren

Anleitungsbogen, "**Ergbogen**" genannt, ermöglicht den Auskunftsbogen, den

"**Exobogen**", welcher – mindestens zweifach geführt (Pflegedienst/Patient) - jederzeit Auskunft über die jeweilige Gesamtsituation gibt.

Alle Bögen werden wöchentlich überprüft und angepasst und bilden die Grundlage für jede Pflegeplanung.

## 8

### **Schaffung von geeignetem Wohnraum für Pflegebedürftige**

Soweit und solange wie möglich und vertretbar, soll die Pflege durch Anpassung des vorhandenen Wohnraums ermöglicht werden, wofür zusätzliche Förderprogramme erforderlich wären.

Sind diese Möglichkeiten nicht oder nicht mehr vorhanden, kann unser Place- Haus gerade im ländlichen Raum mit entsprechenden Grundstücksgrößen und vielen Eigenheimen bei optimaler Verwertung des jeweiligen Einfamilienhauses (Nutzung für die Familie der Kinder, Vermietung oder Verkauf) eine kostengünstige, wertschaffende und optimale Alternative zur Unterbringung von pflegebedürftig gewordenen Angehörigen sein!

Die Idee des klassischen "Ausziehhauses" im eigenen Garten!

Wird das errichtete Place-Haus nicht mehr für die eigene Familie benötigt, finden sich in den angrenzenden Ballungsgebieten vermutlich viele Menschen, die als Miet- oder Kaufinteressenten in Frage kommen, weil sie den Lebensabend auf dem Lande verbringen wollen, wenn eine gewisse Nahversorgung gewährleistet ist.

Daher dürfte auch in der ländlichen Region die Verwertung von dem behindertengerechten Place-Haus nach der Eigennutzung kein Problem sein.

In allen Neubaugebieten sollten die Kommunen nach einem noch gesondert zu definierenden Schlüssel geeignete Flächen vorhalten und zur Verfügung stellen, um im Bedarfsfall öffentlich geförderte (z.B. durch Pflegegeld) Place-Häuser zu errichten. Die Restflächen werden bis zur Nutzung parkähnlich, naturnah angelegt und dienen im Baugebiet der Erholung.

Die Größe dieser Flächen sollte auf die Unterbringung und Versorgung von maximal 30 Personen beschränkt werden, um Gettoisierung und Heimcharakter zu vermeiden.

In größeren Neubaugebieten sind mehrere voneinander entfernt liegende (z. B. Nord und Süd) Flächen einzuplanen.

Diese Größe soll auch bei der Planung und Realisierung von Wohnprojekten auf Basis des Place - Hauses bindend sein. Für diesen Zweck ist ein weiterer Haustyp mit zehn Plätzen für psychisch erkrankte Personen, die von einer ständig anwesenden Fachpflegerin, einem ständig anwesenden Fachpfleger, betreut werden, bereits geplant. Um ein solches Haus herum sollen Einheiten des **Place-Hauses I** für maximal 20 Personen angeordnet werden, die teilweise auch zu Reihenhäusern zusammengefasst werden können.

Diese Wohnprojekte sollen als Ausgleich für Wohngebiete errichtet werden, die keine entsprechenden Möglichkeiten wie oben beschrieben (freie Flächen zur Errichtung der Einheiten nach Bedarf) ausweisen.

Gleichzeitig sind solche Projekte geeignet, durch ergänzende Angebote zur ambulanten Versorgung in der Umstrukturierungsphase den Abbau der Heimplätze zu unterstützen und zu beschleunigen.



# 9

## DAS PLACE-HAUS

### **Zielsetzung: Selbständigkeit und Unabhängigkeit im Alter**

Das Place-Haus bietet Ihnen absolut Barriere freies Wohnen, wahlweise von 77 bis 89 qm Wohnfläche, den modernen Bedürfnissen bestens angepasst, flexibel und trotzdem kostengünstig.

Durch dieses durchdachte Modul-Konzept erhalten sie die Möglichkeit, ihr neues Haus jederzeit Ihren persönlichen Verhältnissen anzupassen.  
Das PLACE-HAUS ist ein Auszugshaus nach alter Tradition.

Denn wir wollen, dass sie ihre Selbständigkeit und Unabhängigkeit stets behalten.

Mit diesem Konzept verfolgen wir das Ziel, alle möglichen Hilfen zu organisieren, bereitzustellen und zu vernetzen, die es alten, kranken oder behinderten Menschen ermöglichen, in ihrer vertrauten Umgebung zu bleiben und ein weitestgehend selbstbestimmtes Leben in ihrer eigenen „Heimat“ zu führen.

Heimunterbringung und Krankenhausaufenthalte sollen möglichst vermieden werden, um dem Grundsatz "ambulant vor stationär" eine neue Bedeutung zu verleihen.

Das Haus bietet Ihnen durch das "Modulkonzept" die Möglichkeit, es jederzeit Ihren persönlichen Verhältnissen anzupassen und Ihnen alle möglichen Hilfen zur rechten Zeit bereitzustellen. Gemeinsam wird geholfen, die baulichen Voraussetzungen des eigen bewohnten Hauses und auch die eigene Versorgung jederzeit nach individuellen Wünschen den jeweiligen Erfordernissen anzupassen.

Durch kompetente Beratung, Organisation und Vernetzung von Dienstleistungen werden persönliche Belange gemeinsam mit verantwortlichen Kooperationspartnern vor Ort geregelt.

Wir danken Humanitas Gemeinschaft e.V. für die zur Verfügung gestellten Daten und Materialien.

## DAS PLACE-HAUS...

...EIN GEMEINSCHAFTSKONZEPT VON  
HUMANITAS GEMEINSCHAFT e. V. UND FINGERHAUS



Wir bieten Ihnen absolut barrierefreies Wohnen, wahlweise von 77 bis 89 m<sup>2</sup> Wohnfläche, den modernen Bedürfnissen bestens angepasst, flexibel und trotzdem kostengünstig. Durch unser durchdachtes Modul-Konzept erhalten Sie die Möglichkeit Ihr neues Haus jederzeit Ihren persönlichen Verhältnissen anzupassen. Das PLACE-HAUS ist ein Auszugshaus nach alter Tradition. Denn wir wollen, dass Sie Ihre Selbstständigkeit und Unabhängigkeit stets behalten.



**Humanitas** Goesfeld  
Der Pflegedienst in Ihrer Nähe

**FINGERHAUS**

... ein Qualitätsbegriff

# JETZT KÖNNEN SIE DIE WEICHEN STELLEN.

...unsere Selbstständigkeit und Unabhängigkeit ist ein so kostbares Gut, dass wir unseren ganzen Stolz darin suchen müssen, sie uns, wenn auch in bescheidenem Maße, bis zum letzten Atemzug zu wahren.  
(Agnes Karl, 1868 bis 1927)

Aus diesem wichtigen Grund haben Fingerhaus und Humanitas Gemeinschaft e.V. das PLACE-HAUS entwickelt. Bleiben Sie in Ihrer vertrauten Umgebung und erleben Sie, besonders im Alter, wie schön das Leben sein kann. Bleiben Sie selbstständig und unabhängig.



Carport

Abstellraum/HWI

Balkon

Wintergarten



## PLACE - Haus Modell Beispiel B



Welche Kombination Sie auch wählen, eines ist Ihnen in jedem Fall sicher: Perfekt durchdachte Grundrissplanungen, die jeden Quadratmeter optimal nutzen und so ein attraktives Preis-Leistungsverhältnis garantieren. Besondere Akzente setzen Sie mit einem lichtdurchfluteten Wintergarten.

So entsteht, verbunden mit der großen Vielfalt bei der Ausstattung und Gestaltung Ihr persönliches PLACE-HAUS.

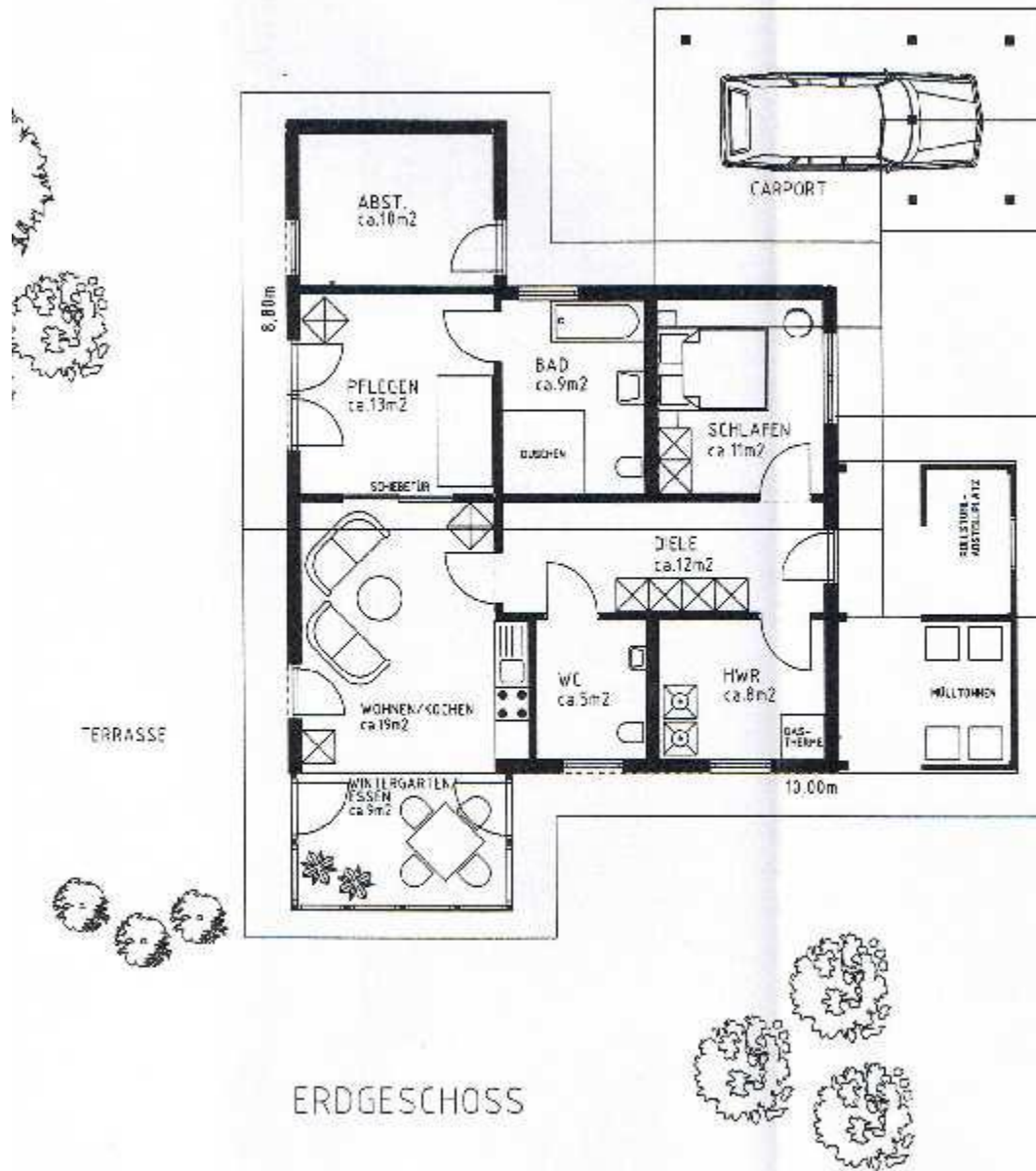
**Das nennen wir optimale Lebensqualität.**



# 13

## Grundriss Beispiel 1





## **Konzept der ambulanten Psychiatriepflege!**

### **Vorwort**

Die ambulante Betreuung psychisch kranker Menschen ist kein völlig neues Thema, im Grunde ist es spätestens seit der Psychiatrie - Enquete 1975 aktuell.

In vielen Regionen hat sich in den letzten Jahren zwar eine recht gute stationäre Versorgung von psychisch Kranken etabliert, der ambulante Bereich hängt aber häufig deutlich hinterher.

Mit diesem Ansatz möchten wir ein Konzept zur Diskussion stellen, das ambulante psychiatrische Pflege in privater Trägerschaft möglich machen kann.

### **Definition:**

Pflegerisches Handeln in der ambulanten psychiatrischen Pflege bedeutet, den Patienten während bzw. nach psychiatrischer Erkrankung im Alltag zu begleiten und konkrete Hilfestellung zu geben bei Problemen im Zusammenhang oder als Folge der Krankheit. Voraussetzung dafür ist, dass die Bedürfnisse, Möglichkeiten und Grenzen des Patienten genau erkannt werden.

Und zwar in Wechselwirkung mit den Bedürfnissen und Anforderungen, welche die Umgebung bzw. die Realität an ihn stellt.

### **Ziele:**

Dem Patienten das Leben in seinem gewohnten Umfeld (wieder) möglich zu machen und/oder zu verbessern (Förderung der sozialen Kompetenzen)

Krisen und Rückschläge rechtzeitig zu erkennen (Rückfallprophylaxe, Vermeidung von Krankenhausaufenthalten)

### **Begleiten im Sinne der Definition heißt konkret:**

1. Kontakte zu erhalten und zu pflegen (Beziehungspflege)
2. Die psychosoziale Behandlung zu gewährleisten und zu unterstützen
3. Lebenspraktische Hilfe zu geben.

## **Inhalte Psychiatrischer Krankenpflege**

### **Die Aufgabe der Krankenschwester/Krankenpfleger im Detail:**

#### **I. Förderung und Erhaltung der Beziehungsfähigkeit**

Viele psychisch kranke Menschen haben praktisch keine Bezugspersonen bzw. ihre Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit ist gestört. Deshalb geht es um das Fördern von Kontakten und Kommunikation.

Neben dem persönlichen Gespräch und gemeinsamen Aktivitäten kommen auch hier eigene oder externe Gruppenangebote in Frage, sowie das ganze Spektrum der Angebote im sozialen und kulturellen Bereich.

Die pflegerischen Einflussmöglichkeiten reichen von der Information über Angebote, über das Vermitteln von Kontakten bis hin zum Begleiten (z.B. kulturelle Veranstaltungen, Einkaufen usw.).

Dazu gehört aber auch das Gespräch mit Angehörigen oder anderen Personen im sozialen Umfeld. Aufgabe der Krankenschwester/Krankenpfleger

Fachfrau/mann für die Beziehungsgestaltung zu sein, d.h. schon während des voll- oder teilstationären Aufenthaltes Kontakt mit dem Patienten aufzunehmen und diesen Kontakt nach der Entlassung zu halten und auszubauen.

Dieses kann in Form von Hausbesuchen oder von Treffen außerhalb der häuslichen Umgebung geschehen (Cafe', Park usw.).

Eine Wiederaufnahme von Kontakt ist dann angezeigt, wenn der Patient aus unerfindlichen Gründen die Behandlung abgebrochen hat.

Das Aufsuchen des Patienten dient zur Klärung der Situation, der Kriseninterventionen oder dem Aufzeigen weiterer Behandlungsmöglichkeiten.

Mit diesen Kontaktangeboten arbeitet die Krankenschwester/der Krankenpfleger den Vereinsamungs- und Isolierungstendenzen des Patienten entgegen und leistet einen wichtigen Beitrag für den Patienten, um seine Störung der Beziehung zu sich selbst und zu anderen Menschen zu verbessern.

Pflege der Beziehung wird identisch mit dem Problemlösungsprozess und ist somit Therapie. Indem die Krankenschwester/der Krankenpfleger sich für seine seelische und körperliche Befindlichkeit sowie seinen Alltag interessieren und diesen als Problemlösungsansatz nutzen, wird dem Patienten

geholfen, Dinge wieder wahrzunehmen, die ihm gleichgültig oder fremd geworden sind.

Psychiatrische Pflege findet häufig als nachgehende Hilfe statt, da der Patient den Kontakt von sich aus nicht aufnehmen kann, oder verweigert und evtl. auch nicht Krankheitseinsichtig ist. Eine Notwendigkeit zur Hilfe wird oftmals individuell nicht erkannt, falsch wahrgenommen oder weit von sich geschoben. Nicht wahrhaben wollen und / oder Realitäten vermischen sich im allgemeinen.



## II. Medizinische psychiatrische Behandlungspflege

Als Mitarbeiter/in mit einer medizinischen Ausbildung und durch die Nähe zum Patienten fallen den pflegerischen Mitarbeitern folgende Aufgaben zu:

- **Beobachten der psychischen Befindlichkeit im Alltag**
- **Beobachten von Medikamentennebenwirkungen**
- **Rückkopplung mit dem Arzt und / oder anderen Behandlern**
- **Vermitteln von / Begleitern zu Arztkontakten**
- **Kontrolle und Durchführung der medikamentösen Behandlung (Einnahmehilfen/**
- **Verarbeitung von Depotinjektionen/Sicherstellen von Laborkontrollen)**
- **Informieren und Beraten von Patienten und deren Angehörige zum**

1. Umgang mit der Erkrankung

2. Umgang mit Medikamenten und deren Nebenwirkung

3. Fördern der Compliance

- **Kommunikation und Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und anderen Fachdiensten**

III. Förderung und Unterstützung lebenspraktischer Fähigkeiten/Fertigkeiten

Diese setzen da an, wo die psychische Krankheit Auswirkung auf das Alltagsleben, also im persönlichen Umfeld des Patienten hat.

Problemfelder, in denen pflegerische Mitarbeiter aktiv tätig werden können, sind vorrangig:

- **Gestaltung des Tagesablaufes = Tages- und Wochenstrukturierung**
- **Haushaltsführung**
- **Ernährung**
- **Körperpflege/Hygiene**
- **Mobilität**
- **Freizeitgestaltung**
- **Umgang mit den Ämtern und Behörden usw.**

Das Spektrum der pflegerischen Möglichkeiten reicht hier von aufmerksam machen, lenken der Wahrnehmung, motivieren, über Hilfestellung geben, gemeinsames Training bis hin zum Organisieren von Hilfen (Einkaufslisten, Hauswirtschafterin, Essen auf Rädern, häusliche Krankenpflege usw.).

Lebenspraktische Hilfen können auch die Personen im Umfeld des Patienten geben, wenn sie entsprechend geschult worden sind.

### **Beziehung der Aufgabenbereiche zueinander**

Die drei Aufgabenbereiche BEZIEHUNGSDPFLEGE, medizinische BETREUUNG und lebenspraktische HILFE berühren, ergänzen und überschneiden sich. Wird z.B. trainiert, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen, dient dieses der medizinischen Behandlung, damit er beispielsweise zum Arzttermin in die Ambulanz fahren kann; gleichzeitig ist es aber auch lebenspraktische Hilfe, weil es die soziale Kompetenz erhöht, um z. B. die selbständige Fahrt zu einer Veranstaltung zu ermöglichen.

### **Sozialformen**

Die Aufgaben psychiatrischer Pflege lassen sich untergliedern in:

- einzelfallbezogene Aufgaben
- gruppenbezogene Aufgaben
- Umfeld bezogene Aufgaben

Wann welche Sozialform in Betracht kommt, hängt von den persönlichen Umständen des Patienten ab.

### **Das pflegerische psychiatrische Team**

Die pflegerischen Mitarbeiter/innen verstehen sich als fester Bestandteil des interdisziplinären Teams der psychiatrischen Ambulanz.

Das heißt. Therapieziel und Therapiemaßnahmen bei dem jeweiligen Patienten werden unter den Mitarbeiter/innen der verschiedenen Berufsgruppen fachlich aufeinander abgestimmt.

Mitarbeiterspektrum, mit dem ambulante psychiatrische Pflege geleistet werden kann!

Die ambulante psychiatrische Pflege könnte von der Qualifikation des Personals ähnlich wie in der stationären Psychiatrie aufgebaut sein.

1. Leitung: Qualifikation = Fachausbildung Psychiatrie, Weiterbildung Pflegemanager/in, mindestens 2 Jahre Berufserfahrung
2. Stellvertretende Leitung: Qualifikation = Fachausbildung Psychiatrie, mindestens 2 Jahre Berufserfahrung
3. Praxisanleiter: Qualifikation = siehe 2, alternativ 2 Jahre Berufserfahrung in der Psychiatrie plus Weiterbildung zum/zur Praxisanleiter/in (kann also auch von siehe 2. Ausgeübt werden)
4. Krankenschwester/Krankenpfleger ohne Fachausbildung, wünschenswert 2 Jahre Berufserfahrung in der Psychiatrie;
5. Dipl. Sozialpädagogen, Dipl. Sozialarbeiter, Ergo Therapeuten, Heilerziehungspfleger
6. Der/die Sekretär/in mit Erfahrung im Gesundheitswesen, alternativ: Arzthelfer/in mit psychiatrischen Kenntnissen.

## 19

Hierbei handelt es sich um den Stamm von Mitarbeiter/innen einer ambulanten psychiatrischen Pflegeeinheit.

Weitere Mitarbeiter/innen, zum Teil ohne Vorkenntnisse im Bereich Psychiatrie oder sogar im

übergeordneten Bereich Gesundheitswesen, könnten sein:

- Krankenpflegeschüler/innen
- Altenpflegeschüler/innen
- Zivildienstleistende
- Praktikanten/innen in der Fachausbildung/Psychiatrie

### **Qualifikation pflegerischer Mitarbeiter/innen in der Arbeit mit ambulanten Patienten**

Für die pflegerische psychiatrische Arbeit sind vielfältige fachliche Fähigkeiten von Bedeutung. So zu

Beispiel:

- hohe Wahrnehmungsfähigkeiten
- Einfühlungsvermögen und Geschick im Umgang mit psychisch Kranken
- Kommunikationsfähigkeit
- Bereitschaft zur Arbeit und zum Austausch im Team sowie zur Supervision
- Fähigkeit, sich auf langfristige Kontakte einzulassen
- Gestaltung pflegerischer psychiatrischer Gruppen
- Frustrationstoleranz

Eine Differenzierung der Anforderungen an pflegerische Mitarbeiter/innen zwischen stationärem und

ambulanten Bereich ist in folgenden Feldern erkennbar:

- besondere Kenntnisse über die Infrastruktur im psychosozialen Bereichen (Einrichtungen, Vereine, Hilfsangebote) und damit verbunden
- die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit anderen psychosozialen Einrichtungen und niedergelassenen Ärzten
- Flexibilität im Sinne von einer Fähigkeit sich auf ständig andere (z.B. räumliche) Situationen einzulassen
- fachliche Kreativität, um die vielfältigen Möglichkeiten im ambulanten Feld (da weniger räumlich begrenzt wie im stationären Rahmen) zu nutzen

### **Beziehung/ Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen und Diensten**

Die pflegerischen Aufgaben überschneiden und ergänzen sich aber auch mit den Aufgaben und Tätigkeiten der anderen Berufsgruppen (Arzt, Sozialarbeiter, Psychologe usw.) sowie den Aufgaben

von Hilfsvereinen und anderen sozialpsychiatrischen Angeboten wie beispielsweise dem „Betreuten Wohnen“.

In der Konsequenz sind deshalb die Kommunikation, der Erfahrungsaustausch sowie die Absprachen zwischen Mitarbeitern in der psychiatrischen Ambulanz und anderer sozialer Einrichtungen von hoher Bedeutung.

## **Finanzierung des Konzeptes**

Im Unterschied zu anderen Hilfsangeboten wie sonstige ambulante Pflegedienste, sozialpsychiatrische Vereine die aus der Pflegeversicherung bzw. als Eingliederungshilfe über das Sozialamt finanziert werden, handelt es sich bei der ambulanten psychiatrischen Krankenpflege um Behandlungspflege. Sie fällt damit in die Zuständigkeit der Krankenkassen!

## **Der Pflegeprozess in der ambulanten psychiatrischen Pflege = (a-p Pfl.) Pflegepraxis:**

### **Der erste Kontakt**

Der erste Kontakt zur a-p Pfl. kann aus jeder möglichen Richtung kommen. Es kann der Patient/in selbst sein, der/die nicht ins Krankenhaus möchte bzw. nach einem Krankenhausaufenthalt sich noch für eine gewisse Zeit Unterstützung von fachlich versierten Menschen wünscht.

Es kann die /der Krankenhausärztin/arzt sein, die/der eine Nachbetreuung für einen bisher stationären Patienten/in für sinnvoll hält.

Es können niedergelassene Ärzte/innen sein, die einer Krankenhausbehandlung vorbeugen oder die eine medikamentöse Behandlung sichern wollen.

Es kann die Familie sein, die sich Unterstützung wünscht, das betroffene Familienmitglied aber nicht ins Krankenhaus bringen will.

Es können gerichtlich bestellte Betreuer/innen sein.

Es können bei allein lebenden Patienten Nachbarn sein, die helfen wollen.

Es kann der sozialpsychiatrische Dienst sein, der um Hilfe bittet.

### **Wie kommt der Prozess in Gang:**

Folgende Bedingungen von Seiten des Patienten müssen erfüllt werden:

Grundsatz; Freiwilligkeit der ambulanten Betreuung

Die ambulante Betreuung von psychiatrisch kranken Menschen kann im Gegensatz zur stationären Behandlung, die per PsychKG auch zwangsweise erfolgen kann, nur freiwillig geleistet werden.

Wenn uns die zu betreuenden Patienten die Tür nicht öffnen, können wir nicht tätig werden.

## **II. Mitarbeit des Patienten/in**

Wir sind darauf angewiesen, dass die Patienten mit uns zusammen arbeiten wollen und gemeinsam mit uns nach Wegen zur Krankheitsbewältigung oder Krankheitsvorbeugung suchen wollen.

Das fängt damit an, dass sie uns aus ihrer Sicht von ihren Schwierigkeiten oder Erkrankungen berichten, zumindest aber zulassen, dass wir einen Eindruck gewinnen von den Bedingungen, in denen sie leben.

Aus dieser Informationssammlung, die ergänzt werden kann durch Angehörige, behandelnde Ärzte usw. sollte im Laufe der ersten Zeit eine gemeinsame Problemformulierung unter Berücksichtigung der Ressourcen wachsen.

Dies ist die Voraussetzung für Ziele, die in der ambulanten Betreuung gemeinsam erreicht werden können und für die Formulierung der Maßnahmen, die dahin führen sollen.

## **III. Mitarbeit des sozialen Umfeldes**

Ganz gleich wer den intensivsten Kontakten zum Patienten hat. ob das Ehepartner, Kinder, Freunde oder gute Nachbarn sind; besagte Personen sollten ebenfalls einverstanden sein, dass der Patient/in ambulant betreut wird.

Dabei ist zu bedenken, dass häufig Bezugsperson von psychisch Kranken manchmal Monate oder sogar Jahre allein kämpfen, bevor sie fachliche Hilfe in Anspruch nehmen.

Viele Angehörige sind von dieser schweren Zeit erschöpft, so dass ein stationärer Abschnitt vor allem auch für sie eine wichtige Erholungsphase ist, die wir ihnen zugestehen müssen.

Wenn sich Angehörige für eine ambulante Behandlung und Betreuung entscheiden, tragen sie die Belastung weiter, bis auf die wenigen Augenblicke, in denen wir bei dem kranken Angehörigen sind.

Das gilt es zu bedenken, wenn wir in die häusliche Umgebung des Patienten kommen.

## **IV. Mitarbeit der behandelnden Ärzte**

Sie ist wichtig, weil die a-p Pfl. natürlich eine Verordnung braucht, die ihre Tätigkeit erst ermöglicht. Diese Verordnung wird von den niedergelassenen Ärzten oder Krankenhausärzten ausgestellt. Außerdem sind die Ärzte Ansprechpartner für Veränderungen, Entwicklungen und Probleme, die in der ambulanten Betreuung entstehen.

## **Wie wird Pflege draußen eigentlich geplant?**

Einfach gesagt: Nicht anders als drinnen auch! Auf der Grundlage unserer Pflgetheorie dienen die Schritte des Problemlösungsprozesses, erarbeitet 1985 von Fiechter/Meier als Orientierung. Problemlösungsschritte nach Fiechter/Meier

### **1. Schritt - Informationssammlung**

Die Informationen, die für eine ambulante Betreuung nötig sind, können von verschiedenen Stellen kommen. Auf jeden Fall ist es wichtig, ein Erstgespräch mit dem Patienten zu führen (evtl. auch mit dem sozialen Umfeld).

Ansonsten kommen Informationen von folgenden Stellen:

- Krankenhausärzte
- niedergelassenen Ärzte
- Betreuer
- Sozialpsychiatrischer Dienst usw.

Im Erstgespräch kann es, sofern sich beide Seiten nicht kennen, nicht um sehr viel mehr gehen als um ein „Beschnuppern“, eine erste Kontaktaufnahme.

Die Informationssammlung, die sowieso nie ganz vollständig sein wird, kann durch die folgenden Besuche so angereichert werden, dass die Ressourcen und Probleme des Patienten deutlich werden.

### **2. Schritt - Erkennen von Ressourcen und Problemen**

Eine grundlegende Ressource ist, dass der /die Betreuende eine freiwillige ambulante Betreuung wünscht.

Gemeinsam mit dem Patienten geht es darum, die Gesamtproblemlage möglichst gut herauszuarbeiten und eine Problemhierarchie zu erstellen.

Mit anderen Worten: Was soll zuerst geschafft werden?

### **3. Schritt - Festlegung der Pflegeziele**

Die Festlegung der Pflegeziele erfolgt im gemeinsamen Gespräch mit dem Patienten, allerdings auf der Basis der Verordnung! (Beispiel: Wenn die Verordnung zur Sicherung des Behandlungserfolges eine Überwachung der Medikamenteneinnahme vorsieht und der Patient auch von sich aus sagt, dass er Probleme mit der korrekten Einnahme seiner Medikamente hat, dann wäre ein Pflegeziel sicherlich darauf ausgerichtet, dass der Patient seine Medikamente richtig einnimmt!

— die 5 R: Richtiges Medikament, Richtige Dosierung, Richtige Zeit, Richtige Einnahme, Richtige Patientin/Richtiger Patient!

### **4. Schritt - Planung der Pflegemaßnahmen**

Hier ist der praktische Bezug gefordert; es müssen klare und konkrete Handlungsschritte benannt werden. Je nach Problemhierarchie werden es unter Umständen eher kleine oder aber auch größere Schritte sein, die uns in der Arbeit mit dem Patienten dem Ziel näher bringen.

Blieben wir beim zuvor genannten Beispiel:

Nehmen wir an, der Patient weiß nicht, wie seine verschiedenen Medikamente aussehen bzw. unterschieden werden, die er einnehmen muss.

Ab hier wäre der erste Schritt, im Sinne der

Pflegemaßnahmen mit ihm gemeinsam die Medikamente auf ihre Unterschiede hin durchzusehen. Innerhalb einer festgelegten Zeit soll er dann in der Lage sein, die Medikamente auseinander zu halten. Ist dieser Schritt erreicht, kann der nächste geplant werden; z.B. Stellen der Tagesdosis mit Kontrolle der Richtigkeit durch uns, usw.!

## 5. Schritt - Durchführung der Pflege

Wie können WIR am besten helfen?

Dieses möchten wir anhand der lebenspraktischen Fähigkeiten (=LFP) an einigen Beispielen verdeutlichen.

Der nachfolgende Tätigkeitskatalog ist bei weitem nicht vollständig und auch eher allgemein gehalten, also nicht auf spezifische Probleme eines Patienten zugeschnitten. Wir beschränken uns auf die psychiatrischen Anteile!

Bei einer LPF mit somatischen Anteilen wäre eine somatische Pflege durchzuführen (z.B. LPF Atmen). LPF Essen und Trinken

- Hilfe bei der Zusammenstellung eines ausgewogenen Ernährungsplans
- Hilfe bei der Zubereitung von Mahlzeiten
- Hilfe bei Ernährungsstörungen usw.

LPF Ruhen und Schlafen

- Planung der Wach- und Schlaf- bzw. Ruhephasen

LPF Körperpflege

- Plan zur Körperhygiene

LPF Kleiderwechsel /Kleiderpflege

- Training des Umgangs mit Waschmaschine etc.
- Plan erstellen zum Wechsel der Kleidung

LPF Sicherheit

- Sehr individuell, z.B. Nottelefon anbieten usw.

LPF Beschäftigung

- Planung des Tagesablaufs/ Wochenablaufs
- Planung von Abend- und Wochenendfreizeit

Wir weisen daraufhin, dass es kein vollständiger Tätigkeitskatalog ist.

Es handelt sich lediglich um ein Beispiel.

### **6. und letzter Schritt - Beurteilung der Pflege**

Sie wird möglich durch die Beobachtung und das Gespräch mit dem Patienten und/oder deren Angehörigen. Außerdem kann eine Rückmeldung aus dem Team hilfreich sein. In jedem Fall wird die Pflege zu einer Veränderung der Ausgangslage führen.

### **Ein Nachsatz zur Dokumentation des Pflegeprozesses**

Alle gesammelten Daten, Informationen, Verläufe usw. müssen in einem Dokumentationssystem niedergeschrieben werden.

Einerseits aus Abrechnungsgründen mit den Krankenkassen (TÄTIGKEITSNACHWEIS) und andererseits aus innerbetrieblichen Gründen (Informationsweitergabe, rechtliche Absicherung).

### **Schlussbetrachtung**

Ruth Schröck schreibt in ihrem Kapitel „Konzepte, Modelle und Theorien“ auf S. 54 ff: So gibt es Gegenstände aus Holz, Eisen, Plüsch, Leder und Plastik; mit einem, drei oder vier Beinen;

niedrig oder höher in jeglicher Farbe; mit einer Lehne und Armstütze oder auch nicht, die als „Stuhl“ kategorisiert werden.

Nur ein spezifisches Merkmal wird hier gebraucht, um die Zuordnung vorzunehmen, nämlich dass man auf diesem Gegenstand sicher sitzen kann. So vielfältig wie Stühle aussehen können, sind die Auffassungen darüber, was (ambulante) psychiatrische Pflege sein soll.

Dabei ist es gleichgültig, ob die Nutzer, deren Angehörige, Krankenschwester und -pfleger aus anderen Fachdisziplinen, Mitarbeiter anderer Berufsgruppen oder die psychiatrischen Pflegekräfte selbst gefragt werden.

Die Mitarbeiter psychiatrischer Versorgungseinrichtungen brauchen daher ein gemeinsames Grundverständnis darüber, welche Ziele sie mit ihrer Arbeit verfolgen, welche Mittel sie dazu einsetzen wollen und was sie als gelungene Arbeit bewerten.

Bestandteil dieses Grundverständnisses ist eine Vorstellung vom Menschen, über die sich die beteiligten Mitarbeiter weitgehend einig werden müssen.

In vielen psychiatrischen Versorgungseinrichtungen besteht ein gemeinsames Grundverständnis, das jedoch z.B. für einen neuen Mitarbeiter oder sonstigen Personen nur indirekt, unausgesprochen erfahrbar wird.

Ein Pflegekonzept bietet ALLEN eine Grundlage und eine Richtlinie für unser Handeln und es setzt Maßstäbe, nach denen wir unsere Arbeit beurteilen können. Neuen Mitarbeitern und Auszubildenden bietet es Orientierung.

Ein Konzept wird im Idealfall in regelmäßigen Abständen diskutiert, neu überdacht, den veränderten Bedürfnissen der Patienten und Mitarbeitern und neuen Erfahrungen, Erkenntnissen und Forschungsergebnissen angepasst.



## Konzept K 21 – Schlusswort

Durch dieses Konzept werden nicht nur die Lohnnebenkosten erheblich abgesenkt, es ist vielmehr der Garant im demografischen Wandel unserer Gesellschaft für eine zukunftsfähige menschenwürdige Versorgung und Betreuung kranker, älterer und behinderter Menschen in Deutschland.

Die Kernaussage des K21 beinhaltet die Schlagworte

· **Menschenwürde – Human – Kostengünstig – Selbstbestimmt**

und ist vom Grundsatz her

· **Individuum bezogen - Kooperationsbezogen – Gemeinwesen bezogen – Gesellschaftsbezogen**

Es ist ein zukunftssicheres und solidarisches Grundkonzept, das die Sozialisation des Einzelnen berücksichtigt.

Jedem verantwortungsvollen Bürger ist bewusst, dass die bisher angewandten Instrumente in naher Zukunft schon nicht mehr ausreichen werden, um die Herausforderung im 21. Jahrhundert in unsere Gesellschaft zu begegnen.

### **Das K 21 Konzept ist ein bundesweit angelegtes Konzept.**

Aufgrund verschiedener Lobbyistengruppen, und angesichts der politischen Verhältnisse wird es schwer sein, dieses Konzept fest in unserer Gesellschaft zu verankern.

Im Gegensatz dazu wird der entstehende Kostendruck eher auf die Länder und Kommunen verlagert werden. Angesichts der leeren Kassen und des demografischen Faktor wäre das allerdings fatal.

Aber auch hier bietet das Konzept K 21 einen entsprechenden Ansatzpunkt, denn das Konzept kann in der kleinsten Gemeinde beginnend umgesetzt werden.

Man muss nicht auf die „Große Berliner Politik“ warten, um unsere Gesellschaft ein wenig menschenwürdiger auszurichten.

Teile des Konzeptes, wie z.B. das Wohnraumkonzept und die psychiatrische Versorgung psychisch kranker Menschen, kann kommunalpolitisch umgesetzt werden.

Hierzu bedarf es allerdings eines kommunalen individuellen Finanzierungsmodells. Voraussetzung hierzu ist die Bereitschaft, neue Wege zu gehen und die Ausgaben in den einzelnen Kommunen zu berechnen, um ein Finanzierungsmix aus Ausgabeneinsparungen / Investitionen / Umlagen zu erstellen.

Eine Gemeinde selbst ist auch in der Lage als Investor aufzutreten, z.B. in Form einer GmbH, um in Verbindung mit Kooperationen örtlicher Anbieter kostendeckend arbeiten zu können und einen Versorgungsfond einzurichten.

Ein großes Einnahmepotenzial bietet dabei u.a. die Chance der ortsbezogenen Vermarktung der PLACE-Häuser und Umlageerhebungen der Kooperationspartner, die mit den bereits bestehenden Kostenträgern abrechnen können oder auch Privateinlagen betroffener Bürger.

Jede Kommune muss hier Ihr eigenes Finanzmodell erstellen. Denkbar wären z.B. auch so genannte Versorgungsanleihen, die Bürger erwerben können, um sich im Vorfeld abzusichern.

Sozial Schwächere müssen dann allerdings die Möglichkeit haben, entsprechende Anträge für kostenfreie Versorgungsanleihen einzureichen.

Dieses Konzept fordert die gesellschaftliche Umstrukturierung zum Wohle kranker, älterer und behinderter Mitmenschen, um den demografischen Faktor als Chance für die Zukunft zu nutzen.

**Persönlich bedanke ich mich für die Unterstützung und Mitarbeit des Personals von Humanitas Münsterland, Humanitas Gemeinschaft e.V, und ihren Kooperationspartnern.**

Die alleinigen Rechte, Druckrechte und Urheberrechte, auch in Wort und Bild, des K21 Konzeptes  
( Konzept zur Betreuung, Versorgung, kranker, älterer und behinderter Mitmenschen im 21. Jahrhundert)  
besitzt Helmut Geuking, Daruper Straße 3, 48727 Billerbeck.

**Ausdrücklich stelle ich der Familien-Partei Deutschlands in NRW das K21 Konzept zur politischen Arbeit zur Verfügung.**

Billerbeck, 01.12.2014

Helmut Geuking  
Daruper Straße 3  
48727 Billerbeck

## 27

### **Quellenverzeichnis**

Finzen/Schäder

Deininger < UNTER MENSCHENUNWÜRDIGEN UMSTÄNDEN >

Die Psychiatrie - Enquete

Psychiatrie Verlag, Wunstorf 1979

T. Bergmann

< GEMEINDEKRANKENPFLEGE >

Kohlhammer Studienbücher. Stuttgart 1987

Modifizierte Form // Needham

< PFLEGEPLANUNG IN DER PSYCHIATRIE >

Recom -Verlag, Basel 1988 Psvch.Pflege5(1999')

<KONZEPT DER AMBULANTEN PFLEGE >

Institutsambulanz Kassel (Jörg Dondalski, Wolfgang Schäfer. Elisabeth

Seidensticker- Loh,

Beate Weigelt)

Michael Einig

<KONZEPTION f. PSYCHIATRISCHE AMBULANTE KRANKENPFLEGESTATION >

Abschlussarbeit - Pflegefachausbildung Psychiatrie 199 - 1996

Hilde Schädel Deininger - Ulrike Villinger

<PRAKTISCHE PSYCHIATRISCHE PFLEGE >

## 28

### **Anlagen**

#### **Anlage 1.1**

#### **Finanzierungsgrundlagen K21 Konzept**

#### **Grundsätze:**

Die Würde des Menschen im Alter darf in Deutschland nicht Regional unterschiedlich ausgelegt werden und schon gar nicht kostenabhängig sein.

Pflege kranker, älterer und behinderter Mitmenschen im 21. Jahrhundert ist eine gesellschaftliche Gesamtverpflichtung, die bundeseinheitlich geregelt werden muss.

Eine Finanzierung obliegt dem Bund und nicht den Ländern, diese wiederum muss durch Steuer – und Umlagefinanzierung auf einen zukunftsfähigen soliden Finanzboden aufgestellt werden.

#### **Finanzbodenberechnungseinheiten:**

(Rundungswertfaktor beinhaltet 1,5 % p.a. für das Jahr 2008)

- a.) einer einheitlichen simultan Kostenbetrachtung - momentan (SKB- M)
- b.) einer Aufstellung einheitlicher Betreuungs- Versorgungsstandart (BVS)
- c.) einer simultan Kostenbetrachtung– Tendenz (SKB – T)
- d.) Errichtung von drei Finanzgebersäulen
- e.) Umlagefinanzierungsschlüssel
- f.) Besteuerungsgrundlage
- g.) Aufteilungsschlüssel Finanzgebersäulen
- h.) Anspruchsgrundsatzermittlung
- i.) Antragsrecht – Antragspflicht

## 29

### Anlage 1.2

□□KB- M schwerpunktmäßig in den Bereichen

#### 1. Unterbringung , Verpflegung < Kosten je Tag in Euro >

(Quelle Statistisches Bundesamt (2007), gewichtete Durchschnitte)

NRW >26

Hamburg >22

Rheinland-Pfalz >21

Bremen >21

Baden Württemberg >20

Saarland >20

Schleswig Holstein >20

Thüringen >18

Bayern >17

Hessen >17

Sachsen Anhalt >16

Niedersachsen >16

Berlin >15

Mecklenburg Vorpommern >15

Brandenburg >15

Sachsen > 14

Durchschnittlicher Wert = 18,3125 + Rundungswertfaktor = **19 Euro je Tag**

**Die Unterbringungs- und Verpflegungskosten je Patient in einem Heim betragen im Jahre 2007 durchschnittlich 19 Euro am Tag.**

## 30

### Anlage 1.3

**SKB- M schwerpunktmäßig in den Bereich Grundpflegekosten**

Kosten je Tag in Euro

( Quellen: Statistisches Bundesamt, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein Westfalen, Bundespflegestatistik)

Baden Württemberg 59

Bayern 59

Berlin 59

NRW 55

Hessen 55

Bremen 55

Hamburg 55

Schleswig Holstein 52

Rheinland Pfalz 51

Niedersachsen 51

Saarland 49

Brandenburg 47

Sachsen Anhalt 47

Mecklenburg Vorpommern 45

Thüringen 43

Sachsen 42

Durchschnittlicher Wert = 51,50 + Rundungswertfaktor = **52 Euro je Tag**

**Die Grundpflegekosten je Patient in einem Heim betragen im Jahr 2007 durchschnittlich 52 Euro am Tag.**

## 31

### Anlage 1.4

#### **SKB- M schwerpunktmäßig in den Bereich**

#### **Investitionskosten**

Kosten je Tag in Euro

(Quellen: KFW Bank , Statistisches Bundesamt 2007, gewichtete Durchschnitte)

Niedersachsen 15

Hessen 14

Schleswig Holstein 14

NRW 13

Hamburg 13

Saarland 13

Baden Würtemberg 12

Berlin 11

Bremen 11

Rheinland Pfalz 11

Bayern 9

Brandenburg 8

Sachsen Anhalt 8

Sachsen 8

Mecklenburg Vorpommern 8

Thüringen 5

Durchschnittlicher Wert = 10,1875 + Rundungswertfaktor = **11 Euro je Tag**

**Die Investitionskosten je Patient in einem Heim betragen im Jahre 2007 durchschnittlich 11 Euro am Tag.**

## 32

### Anlage 1.5

#### **Wohnwertberechnung K21 Konzept**

Baukosten 2er Place Haus gesamt 125 000 Euro

Belastung monatlich ca. **625,- Euro** inkl. Tilgung

Baukosten 4 er Place Haus gesamt 150 000 Euro

Belastung monatlich ca. **750,- Euro** inkl. Tilgung

#### **Wohnwertberechnung SKB- M:**

Unterbringung 19,- Euro tägl.

abzügl. 5,- Euro Verpflegungskosten, 4,- Euro Energiekosten

10,- Euro

Investitionskosten 11,- Euro tägl.

21,- Euro Wohnwert

Kurzformel  $19 + 11 - 9 = 21$  Euro 21,- Euro X 30 Tage = **630,- Euro**

## 33

### **Personen Monatlicher Wohnwert nach SKB-M Berechnung**

#### **monatlicher Wohnwert K21**

##### **Wert Bundesdurchschnitt:**

Euro Euro

|   |                      |                         |
|---|----------------------|-------------------------|
| 1 | 630                  | 625                     |
| 2 | 1260 (Je Person 630) | 625 (Je Person 312,50)  |
| 3 | 1890 (Je Person 630) | 750 (Je Person 250)     |
| 4 | 2520 (Je Person 630) | 750 (Je Person 187,50 ) |

##### **Wert NRW 26 + 13 – 9 = 30 Euro 30,-Euro X 30 Tage = 900,- Euro**

|   |                      |                        |
|---|----------------------|------------------------|
| 1 | 900                  | 625                    |
| 2 | 1800 (Je Person 900) | 625 (Je Person 312,50) |
| 3 | 2700 (Je Person 900) | 750 (Je Person 250)    |
| 4 | 3600 (Je Person 900) | 750 (Je Person 187,50) |

##### **Wert Hamburg 22 + 13 – 9 = 26 Euro 26 Euro X 30 Tage = 780,- Euro**

|   |                      |                        |
|---|----------------------|------------------------|
| 1 | 780                  | 625                    |
| 2 | 1560 (Je Person 780) | 625( Je Person 312,50) |
| 3 | 2340 (Je Person 780) | 750 (Je Person 250)    |
| 4 | 3120 (Je Person 780) | 750 (Je Person 187,50) |

## 34

##### **Wert Rheinland Pfalz / Bremen 21 + 11 – 9 = 23 23 Euro X 30 Tage = 690 Euro**

##### **Wert Baden Württemberg 20 + 12 – 9 = 23 690 Euro**

|   |                      |                         |
|---|----------------------|-------------------------|
| 1 | 690                  | 625                     |
| 2 | 1380 (Je Person 690) | 625 ( Je Person 312,50) |
| 3 | 2070 (Je Person 690) | 750 ( Je Person 250)    |
| 4 | 2760 (Je Person 690) | 750 ( Je Person 187,50) |

##### **Wert Saarland 20 + 13 – 9 = 24 24 Euro X 30 Tage 720 Euro**

|   |                       |                        |
|---|-----------------------|------------------------|
| 1 | 720                   | 625                    |
| 2 | 1440 (Je Person 660)  | 625 (Je Person 312,50) |
| 3 | 2160 (Je Person 660)  | 750 ( Je Person 250)   |
| 4 | 2880 ( Je Person 660) | 750 (Je Person 187,50) |

##### **Wert Schleswig Holstein 20 + 14 – 9 = 25 25 Euro X 30 Tage 750 Euro**

|   |      |     |
|---|------|-----|
| 1 | 750  | 625 |
| 2 | 1500 | 625 |
| 3 | 2250 | 750 |
| 4 | 3000 | 750 |

## 35

**Wert Thüringen  $18 + 5 - 9 = 14$  14 Euro X 30 Tage 420 Euro**

**Wert Mecklenburg Vorpommern  $15 + 8 - 9 = 14$  14 Euro X 30 Tage 420 Euro**

**Wert Brandenburg  $15 + 8 - 9 = 14$  14 Euro X 30 Tage 429 Euro**

|   |      |     |
|---|------|-----|
| 1 | 420  | 625 |
| 2 | 840  | 625 |
| 3 | 1260 | 750 |
| 4 | 1680 | 750 |

**Wert Hessen  $17 + 14 - 9 = 22$  22 Euro X 30 Tage 660 Euro**

**Wert Niedersachsen  $15 + 16 - 9 = 22$  22 Euro X 30 Tage 660 Euro**

|   |      |     |
|---|------|-----|
| 1 | 660  | 625 |
| 2 | 1320 | 625 |
| 3 | 1980 | 750 |
| 4 | 2640 | 750 |

## 36

**Wert Berlin  $15 + 11 - 9 = 17$  17 Euro X 30 Tage 510 Euro**

**Wert Bayern  $17 + 9 - 9 = 17$  17 Euro X30 Tage 510 Euro**

|   |      |     |
|---|------|-----|
| 1 | 510  | 625 |
| 2 | 1020 | 625 |
| 3 | 1530 | 750 |
| 4 | 2040 | 750 |

**Wert Sachsen  $14 + 8 - 9 = 13$  13 Euro X 30 Tage 390 Euro**

|   |      |     |
|---|------|-----|
| 1 | 390  | 625 |
| 2 | 780  | 625 |
| 3 | 1170 | 750 |
| 4 | 1560 | 750 |

**Wert Sachsen Anhalt  $16 + 8 - 9 = 15$  15 Euro X 30 Tage 450 Euro**

|   |      |     |
|---|------|-----|
| 1 | 450  | 625 |
| 2 | 900  | 625 |
| 3 | 1350 | 750 |
| 4 | 1800 | 750 |

Es wurden Grundsätzlich die offiziellen Zahlen aus dem Jahr 2007 verwendet, da diese Zahlen die letzten verlässlichen unverfälschten statistischen Zahlen aufgrund einer Erhebung des Statistischen Bundesamtes sind die vorliegen.