

**Wohnortnahe und integrierte Angebotsnutzung?
Nutzer*innen und Nutzungsverläufe im Modellverbund
„Pflege stationär – Weiterdenken!“**

Bielefeld, 24. Oktober 2019
Durchgesehene Fassung: Mai 2020

Projekträger: Alters-Institut Zentrum für Versorgungsforschung und Geragogik

Förderung: Stiftung Wohlfahrtspflege des Landes NRW im Rahmen der Initiative
“Pflege Inklusiv“

Wissenschaftliche Evaluation

Prof. Dr. Kerstin Hämel (Projektleitung und -koordination)
Marcus Heumann, Dr. Gundula Röhnsch & Jonas Vorderwülbecke
(Projektmitarbeiter*innen)

Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
AG 6 Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft

Autor*innen des Berichts

Marcus Heumann, Kerstin Hämel & Jonas Vorderwülbecke
unter Mitarbeit von Tom Kafczyk

Impressum:

Heumann, M, Hämel, K. & Vorderwülbecke, J. (2019). *Wohnortnahe und integrierte Angebotsnutzung? Nutzer*innen und Nutzungsverläufe im Modellverbund „Pflege stationär – Weiterdenken!“* Universität Bielefeld, Universitätsbibliothek.

DOI: <https://doi.org/10.4119/unibi/2938279>



Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz.

Universität Bielefeld
Universitätsstraße 25
D-33615 Bielefeld
Tel.: +49 521 106-12783
E-Mail: mheumann@uni-bielefeld.de

Vorbemerkung und Danksagung

Bei dem vorliegenden Bericht handelt es sich um eine Teilstudie zur Evaluation des Modellverbunds „Pflege stationär – Weiterdenken!“ Dieses Modellprojekt wurde im Rahmen der Förderlinie „Pflege inklusiv“ von der Stiftung Wohlfahrtspflege Nordrhein-Westfalen gefördert (Projektlaufzeit 2016–2019). Träger des Modellprojekts war das Alters-Institut Zentrum für Versorgungsforschung und Geragogik, beteiligt waren als Träger*innen der Modelleinrichtungen der Arbeiterwohlfahrt-Bezirksverband Ostwestfalen-Lippe, die von Bodelschwingschen Stiftungen Bethel und das Evangelische Johanneswerk. Kooperationspartnerinnen waren die Städte Bielefeld und Herford. Die wissenschaftliche Evaluation des Verbunds wurde an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld durchgeführt.

Wir bedanken uns bei der Stiftung Wohlfahrtspflege Nordrhein-Westfalen für die finanzielle Förderung der Studie. Dem Alters-Institut Zentrum für Versorgungsforschung und Geragogik, den Träger*innen der Modelleinrichtungen sowie den Städten Bielefeld und Herford gilt unser Dank für die Kooperation während der Projektlaufzeit. Bei allen Studienteilnehmer*innen bedanken wir uns natürlich ebenfalls für ihre Bereitschaft, sich uns mitzuteilen.

Für den hier vorliegenden Bericht gilt unser besonderer Dank Edda Bekemeier, Karin Heuer, Jochen Blanke und Frank-Peter Krautz, die die Umsetzung der Datenerhebung in den Einrichtungen eng begleitet haben. Mit ihren Anregungen haben sie die Entstehung dieses Berichtes sehr unterstützt. Dr. Frauke Schönberg und Dr. Henning Cramer danken wir ebenfalls sehr für ihre Anregungen bei der Erstellung des Erhebungsinstruments und für die gemeinsame Diskussion der Ergebnisse. PD Dr. Odile Sauzet, Statistikberatung der Universität Bielefeld, gilt unser besonderer Dank für die Beratung bei der Anfertigung und die Prüfung der statistischen Analysen. Zudem danken wir Christine Thienel und Cornelius Starke-Knäusel, die die Datenerhebung im Rahmen ihrer Tätigkeit als wissenschaftliche Hilfskraft unterstützt haben.

Weitere bisher publizierte Berichte und Artikel der wissenschaftlichen Evaluation des Modellprojekts:

- Hämel, K., Kafczyk, T., Vorderwülbecke, J., & Schaeffer, D. (2017). *Vom Pflegeheim zum Zentrum für Pflege und Gesundheit im Quartier? Eine Bedarfs- und Angebotsanalyse in vier städtischen Quartieren. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, P17-155.* Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft.
- Hämel, K., & Röhnsch, G. (2019). Möglichkeiten und Grenzen integrierter Tagespflege in Pflegeheimen: Sichtweisen von ExpertInnen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 52(2), 148-156. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00391-018-01489-w>
- Hämel, K., Vorderwülbecke, J., & Heumann, M. (2019). *Information und Beratung in den Einrichtungen des Modellverbands „Pflege stationär – Weiterdenken!“ Auswertung der Nutzeranfragedokumentation.* Bielefeld: Universität Bielefeld. DOI: <https://doi.org/10.4119/unibi/2938289>
- Röhnsch, G., & Hämel, K. (2019a). Koproduktion in der Bewältigung von chronischen Krankheiten und Pflegebedürftigkeit: Der Beitrag von integrierten Quartiers- und Gesundheitszentren des Modellverbands „Pflege stationär – Weiterdenken!“ Bielefeld: Universität Bielefeld. DOI: <https://doi.org/10.4119/unibi/2938280>
- Röhnsch, G., & Hämel, K. (2019b). Öffnung von Pflegeeinrichtungen für den Sozialraum: Ergebnisse einer Studie zu Zielgruppen und Barrieren der Erreichbarkeit. *Pflege & Gesellschaft*, 24(4), 350-365.
- Röhnsch, G., Hämel, K., Vorderwülbecke, J., & Heumann, M. (2020). *„Pflege stationär – Weiterdenken!“ Abschlussbericht der wissenschaftlichen Evaluation des Modellverbands.* Bielefeld: Universität Bielefeld. DOI: <https://doi.org/10.4119/unibi/2938282>

Inhalt

1. Hintergrund und Zielsetzung der Studie	1
2. Methodisches Vorgehen	1
3. Ergebnisse	5
4. Diskussion	21
Literatur	26

Abbildungen und Tabellen

Abbildung 1:	Altersgruppen in Prozent (n = 501)	9
Abbildung 2:	Anteil Nutzer*innen mit einem Migrationshintergrund nach Einrichtung (n = 487).....	10
Abbildung 3:	Familienstand nach Einrichtung (n = 487).....	10
Abbildung 4:	Anteil Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege nach Einrichtung (n = 461).....	11
Abbildung 5:	Pflegegrade nach Versorgungsform (n = 494)	13
Abbildung 6:	Anzahl der Nutzer*innen der Tagespflege mit Wohnsitz <1.500 m im Zeitverlauf nach Einrichtungen (n = 73).....	16
Abbildung 7:	Anzahl der Nutzer*innen der Kurzzeitpflege mit Wohnsitz <1.500 m im Zeitverlauf nach Einrichtungen (n = 323).....	18
Abbildung 8:	Nutzer*innen der stationären Pflege mit Wohnsitz <1.500 m im Zeitverlauf nach Einrichtungen (n = 182).....	20
Tabelle 1:	Nutzer*innen nach Einrichtung (n = 501).....	5
Tabelle 2:	Nutzer*innen einer Versorgungsform/Wechsler*innen nach Einrichtung (n = 501).....	6
Tabelle 3:	Anzahl der Nutzer*innen einer Versorgungsform nach Einrichtung (n = 376).....	6
Tabelle 4:	Wechsel*innen nach Einrichtung (n = 125)	7
Tabelle 5:	Alle Versorgungsformen – Wohnentfernung der Nutzer*innen und Angehörigen von der Einrichtung (Luftliniendistanz, n = 458)	14
Tabelle 6:	Tagespflege – Wohnentfernung der Nutzer*innen und Angehörigen von der Einrichtung (Luftliniendistanz, n = 73)	15
Tabelle 7:	Kurzzeitpflege – Wohnentfernung der Nutzer*innen und Angehörigen von der Einrichtung (Luftliniendistanz, n = 323)	17
Tabelle 8:	Stationäre Pflege – Wohnentfernung der Nutzer*innen und Angehörigen von der Einrichtung (Luftliniendistanz, n = 182)	19

1. Hintergrund und Zielsetzung der Studie

Ziel des Modellprojekts „Pflege stationär – Weiterdenken!“ war es, vier Pflegeheime in Bielefeld und Herford zu sektorenübergreifenden Quartiers- und Gesundheitszentren weiterzuentwickeln. Die Modelleinrichtungen integrieren – je nach Bedarf im Stadtteil und Quartier – neben stationärer Langzeit- und Kurzzeitpflege auch offene und teilstationäre Angebote, dies mit dem Ziel, dass der Zugang zu Dienstleistungen für ältere Menschen im Stadtteil insgesamt verbessert und den Nutzer*innen ein ‚integriertes‘ Angebot eröffnet wird. Adressat*innen sind im Sinne einer sozialraumorientierten Versorgung primär alte Menschen, die im Umfeld der Einrichtungen wohnen (ausführlich zu den Modellstandorten: Hämel, Kafczyk, Vorderwülbecke, & Schaeffer, 2017).

Im Zentrum der wissenschaftlichen Evaluation stand unter anderem die Frage, wie sich die Bündelung sektorenübergreifender Leistungen gestaltet. Außerdem sollte untersucht werden, inwiefern eine nutzerorientierte, koordinierte und auf Kontinuität ausgerichtete Versorgung im Stadtteil und Quartier durch die Zentren ermöglicht wird.

Um über diese Fragen Aufschluss zu erhalten wurden u. a. die Daten von Nutzer*innen sowie Nutzungsverläufe in den Modelleinrichtungen dokumentiert. Dabei fokussierte die Dokumentation die Nutzung der Versorgungsformen stationäre Pflege, Kurzzeitpflege und Tagespflege. Ziel der Erhebung und Auswertung dieser Daten ist es, aufzuzeigen, wer die Nutzer*innen sind und inwiefern sie unterschiedliche Versorgungsformen im Versorgungsverlauf kombinieren. Zudem interessierte, inwieweit Personen aus dem Stadtteil und Quartier die Angebote nutzen und ob mit dem zeitlichen Fortschritt des Modellprojekts *vermehrt* Personen aus dem Quartier¹ der Einrichtungen diese nutzen, sich die Einrichtungen also mit der Zeit stärker im Sozialraum ‚verankern‘ können. Die Ergebnisse geben Hinweise darauf, ob die Transformation vom Pflegeheim zum „Quartiers- und Gesundheitszentrum“ im Projektverlauf vorangeschritten ist.

2. Methodisches Vorgehen

Für die Dokumentation der Daten von Nutzer*innen und der Nutzungsverläufe wurde ein Excel basiertes Dokumentationstool entwickelt, das es den Einrichtungen ermöglichte, Nutzer*innen- und Nutzungsdaten aus den eigenen Dokumentationssystemen zu übertragen. Folgende Vorgänge wurden dokumentiert:

¹ Personen im ‚Quartier‘ meint in diesem Bericht Personen mit Wohnsitz im Umkreis von <1.500 m Luftliniendistanz um die Einrichtungen.

- Eintritt in eine Versorgungsform (als Nutzer*in von Tages-, Kurzzeit- oder stationärer Pflege²).
- Veränderung der Versorgungsform.
- Austritt aus der Versorgungsform.

Für jede*n Nutzer*in wurden zudem folgende Daten dokumentiert: Geschlecht, Altersgruppe (kategorisiert)³, Staatsangehörigkeit, Migrationshintergrund (ja/nein), Familienstand (verheiratet/nicht verheiratet), Haushaltsform (Ein-/Mehrpersonenhaushalt)⁴, Empfänger*in von Hilfe zur Pflege (ja/nein), Pflegegrad bei Eintritt, Wohnentfernung des/der Nutzer*in und seiner/ihrer in der Einrichtung hinterlegten persönlichen ‚Kontaktperson‘/Angehörigen (Radius, kategorisiert)⁵.

Das Dokumentationstool wurde zunächst in einer Testphase (07-10/2017) eingesetzt und eine Testauswertung durchgeführt. Es zeigte sich, dass das Tool weitestgehend geeignet und handhabbar war; zur Optimierung wurden wenige nachträgliche Anpassungen vorgenommen, dennoch konnten die in der Testphase dokumentierten Daten in die Gesamtauswertung aufgenommen werden. Die dokumentierten, anonymisierten Daten wurden schließlich in der Regel im 3-Monats-Rhythmus bis einschließlich März 2019 von einer/einem Mitarbeiter*in der Universität aus den Einrichtungen abgeholt. Die Daten wurden während der gesamten Projektlaufzeit fortlaufend aufbereitet und deskriptiv ausgewertet, um Zwischenergebnisse an die für die Pilotierung der Zentren Verantwortlichen übergeben zu können.

Aufbereitung der Daten für die Auswertung

Zur Vorbereitung der Auswertung wurden die dokumentierten Vorgänge, in eine fallbasierte Darstellung übertragen. Das heißt, jede*r Nutzer*in wurde als ein *Fall* definiert; ein Fall kann mehrere dokumentierte Einträge umfassen – beispielsweise aufgrund eines Wechsels der Versorgungsform. Es wurden einrichtungsübergreifende personenbezogene Identifikationsnummern vergeben und auch jeder Einrichtung eine Identifikationsnummer zugewiesen.

² Die Modelleinrichtungen unterhalten zwei Formen der Tagespflege. Neben der traditionellen solitären Tagespflege wurde im Rahmen des Projekts in zwei Einrichtungen ein integriertes Tagespflegeangebot, in dem die Tagespflegegäste sich gemeinsam mit den Bewohner*inne/n auf den Wohnbereichen aufhalten modellhaft realisiert.

³ Die Altersgruppen waren wie folgt kategorisiert (in Jahren): „<15 J.“, „15-59 J.“, „60-64 J.“, „65-69 J.“, „70-74 J.“, „75-79 J.“, „80-84 J.“, „85-89 J.“, „≥90 J.“.

⁴ Im Falle eines Heimeinzugs wurden Wohnort und Haushaltsform des*der Nutzer*in vor Heimeinzug dokumentiert.

⁵ Die Wohnentfernung war wie folgt kategorisiert (in Metern) „<500 m“, „500 m-1.499 m“, „1.500 m-2.599 m“, „2.500 m-4999 m“, „5.000 m-9.999 m“, „≥10.000 m“.

Anonymisierung und Datenschutz

Zur Sicherstellung des Datenschutzes und der höchst möglichen Anonymität der Nutzer*innen wurde die Erstellung des Dokumentationstools von der Datenschutzbeauftragten der Universität Bielefeld begleitet. Die Einrichtungen dokumentierten die Vorgänge unter Angabe eines einrichtungsinternen numerischen Pseudonyms für jede Person. Die Weitergabe der Daten durch die Einrichtungen erfolgte lediglich unter Angabe der Pseudonyme, Klarnamen wurden nicht weitergegeben. Des Weiteren wurden personenbezogene Daten, die Rückschlüsse auf einzelne Personen ermöglichen könnten, nicht oder nur kategorisiert weitergegeben. So wurde lediglich eine Zuordnung der Nutzer*innen zu Altersgruppen, aber nicht das genaue Alter dokumentiert und die Wohnentfernung zur Einrichtung erst ab einer Entfernung von 500 m von der Einrichtung angegeben. Bei Datumsangaben wurden zudem nur der jeweilige Monat und das Jahr angegeben.

Auch bei der Präsentation der Ergebnisse wird auf eine möglichst anonyme Darstellung Wert gelegt, insbesondere werden keine (einzelnen) Versorgungsverläufe kombiniert mit soziodemographischen Daten einzelner Personen dargestellt.

Auswertung

Die Dokumentation wurde in allen vier Piloteinrichtungen im Zeitraum 07/2017 bis 03/2019 (22 Monate) durchgeführt. Sie umfasst Daten und Nutzungsverläufe von $n = 501$ Personen („Fälle“).

Die Auswertung der Nutzer*innen- und Nutzungsdaten erfolgte mit Hilfe des Programms IBM-SPSS-Statistics 25. Die Auswertung erfolgte primär deskriptiv mit dem Ziel darzustellen, wer die Nutzer*innen sind, in welchen Merkmalen sich die Nutzer*innen der einzelnen Versorgungsformen ggf. unterscheiden und inwiefern integrierte Formen der Angebotsnutzung sichtbar werden. Die Daten wurden weitestgehend einrichtungsübergreifend ausgewertet. Für ausgewählte Fragestellungen wurden ergänzende einrichtungsbezogene Auswertungen vorgenommen, um zu prüfen, ob Unterschiede zwischen den Einrichtungen bestehen.

Um die Evaluationsfrage zu beantworten, ob die Anzahl der Nutzer*innen aus dem Quartier im Projektverlauf zugenommen hat, wurde ein Log-Lineares Modell adjustiert für die Versorgungsform und die Einrichtung erstellt. So wird der Einfluss des Faktors Zeit (in Monaten des Projektverlaufs als Kovariate für die Messung des Zeit-Trends)

auf die Anzahl der Nutzer*innen aus dem Quartier modelliert. Das Modell testet dabei folgende Hypothese:

Alternativhypothese 1: Die Anzahl der Eintritte von Nutzer*innen aus einem Umkreis von <1.500 m um die Einrichtungen ändert sich *signifikant* im Verlauf des Erhebungszeitraums. Eine signifikante Änderung bedeutet einen Trend zu mehr/weniger Anfragen aus <1.500 m um die Einrichtungen.

Nullhypothese 1: Die Anzahl der Eintritte von Nutzer*innen aus einem Umkreis von <1.500 m ändert sich *nicht signifikant* im Verlauf des Erhebungszeitraums. Nicht signifikant bedeutet, dass kein Trend zu einer veränderten Anzahl von Anfragen aus <1.500 m um die Einrichtungen vorliegt.

Um die Entwicklung der ‚quartiersnahen‘ Eintritte im Zeitverlauf grafisch darzustellen, wurde die Anzahl der Eintritte von Nutzer*innen mit Wohnsitz in einem Umkreis von <1.500 m um die Einrichtungen für jeden Monat im Erhebungszeitraum einem Punkt auf einem Streudiagramm zugeordnet. Die Darstellung erfolgte dabei zur größeren Übersichtlichkeit getrennt nach Versorgungsformen.

Des Weiteren wurde mit Hilfe eines χ^2 Unabhängigkeitstest ermittelt, ob signifikante Unterschiede in Bezug auf den Anteil an Nutzer*innen mit Wohnort im Umkreis von <1.500 m zwischen Versorgungsformen zu beobachten sind. Dabei lauteten die Hypothesen wie folgt:

Alternativhypothese 1: Die Nutzer*innen einer Versorgungsform unterschieden sich von den Nutzer*innen einer anderen Versorgungsform *signifikant* hinsichtlich des Anteils der Personen mit Wohnsitz im Umkreis von <1.500 m um die Einrichtungen. Ein signifikanter Unterschied bedeutet, dass die gemessenen Unterschiede nicht zufällig zustande gekommen sind.

Nullhypothese 2: Die Nutzer*innen einer Versorgungsform unterschieden sich von den Nutzer*innen einer anderen Versorgungsform *nicht signifikant* hinsichtlich des Anteils der Personen mit Wohnsitz im Umkreis von <1.500 m um die Einrichtungen. Ein nicht signifikanter Unterschied bedeutet, dass die gemessenen Unterschiede rein zufällig zustande gekommen sein können.

3. Ergebnisse

Der Datensatz umfasst insgesamt 501 Nutzer*innen („Fälle“). Diese Personen haben zwischen Juni 2017 und März 2019 *begonnen*, Tages-, Kurzzeit- oder stationäre Pflege in einer der Einrichtungen zu nutzen. Personen, die bereits vor Beginn des Erhebungszeitraums Nutzer*innen der Angebote waren, wurden nicht eingeschlossen⁶. Tabelle 1 stellt die erfassten Nutzer*innen nach Einrichtung dar.

Tabelle 1: Nutzer*innen nach Einrichtung (n = 501)

Modelleinrichtung	Anzahl	Anteil
Seniorenzentrum Baumheide (SZB)	168	33,5 %
Pflegezentrum am Lohmannshof (PZL)	96	19,2 %
Johannes-Haus in Herford (JH)	115	23,0 %
Frieda-Nadig-Haus in Sennestadt (FNH)	122	24,3 %
Einrichtungen insgesamt	501	100,0 %

Inanspruchnahme der Versorgungsformen

Insgesamt nutzen 15 % der Personen eine Tagespflege (TP), 70 % eine Kurzzeitpflege (KZP) und 41 % eine stationäre Pflege (SP) (einschließlich Mehrfachnutzung/integrierter Angebotsnutzung über die Zeit). 75 % der Personen nutzen im Auswertungszeitraum ausschließlich *eine* dieser Versorgungsformen, während 25 % der Personen in den betrachteten 22 Monaten ein- oder mehrmals die Versorgungsform wechseln. Tabelle 2 stellt diese Anteile einrichtungsvergleichend dar. Es zeigen sich deutliche Unterschiede bezogen auf den Anteil der ‚Wechsler*innen‘. Im Frieda-Nadig-Haus ist mit 41 % ein besonders hoher Anteil an Wechsler*innen zu erkennen, im Seniorenzentrum Baumheide macht der Anteil der Wechsler*innen lediglich 11 % aus.

⁶ Sofern ein*e Nutzer*in dann im dokumentierten Zeitraum die Versorgungsform gewechselt hat, also erstmalig eine neue Versorgungsform zu nutzen begonnen hat, wurde die Person jedoch als Fall eingeschlossen.

Tabelle 2: Nutzer*innen einer Versorgungsform/Wechsler*innen nach Einrichtung (n = 501)

Modelleinrichtung	Eine Versorgungsform	Wechsler*innen	Anteil der Wechsler*innen an allen Nutzer*innen der Einrichtung
Seniorenzentrum Baumheide	150	18	11 %
Pflegezentrum am Lohmannshof	66	30	31 %
Johannes-Haus in Herford	88	27	23 %
Frieda-Nadig-Haus in Sennestadt	72	50	41 %
Gesamt (absolut)	376	125	25 %

Personen, die ausschließlich eine Versorgungsform nutzen

Tabelle 3 stellt dar, wie sich die insgesamt 376 Personen, die ausschließlich *eine* Versorgungsform nutzen, auf die Einrichtungen und Versorgungsformen verteilen.

Tabelle 3: Anzahl der Nutzer*innen einer Versorgungsform nach Einrichtung (n = 376)

Modelleinrichtung	Tagespflege (TP)	Kurzzeitpflege	Stationäre Pflege (SP)	Gesamt
Seniorenzentrum Baumheide	30	90	30	150
Pflegezentrum am Lohmannshof	7	18	41	66
Johannes-Haus in Herford	16	62	10	88
Frieda-Nadig-Haus in Sennestadt	- ⁷	59	13	72
Gesamt (absolut)	53	229	94	376
Gesamt (in %)	14 %	61%	25 %	100 %

Unter den Personen, die *eine* Versorgungsform nutzen (Tab. 3) ist mit Ausnahme des Pflegezentrums am Lohmannshof in allen Einrichtungen die Kurzzeitpflege die am

⁷ An einem Standort (Frieda-Nadig-Haus) wurde keine Tagespflege angeboten. Die Dokumentation der Tagespflegeangebote bezieht sich somit nur auf drei Einrichtungen.

häufigsten genutzte Versorgungsform. Die Unterschiede der absoluten Nutzungszahlen lassen sich auf die unterschiedlichen Kapazitäten der Einrichtungen zurückführen.

*Wechsler*innen zwischen den Versorgungsformen*

Tabelle 4 gibt einen Überblick über die insgesamt 125 „Wechsler*innen“ zwischen den Versorgungsformen nach Art der Kombination von Versorgungsformen und Einrichtung. Von diesen nutzen 118 Personen zwei und sieben Personen alle drei Versorgungsformen.

Tabelle 4: Wechsel*innen nach Einrichtung (n = 125)

Modelleinrichtung	TP und KZP	TP und SP	TP, KZP und SP	KZP und SP	Gesamt
SZB	3	-	-	15	18
PZL	7	2	5	16	30
JH	4	1	2	20	27
FNH	-	-	-	50	50
Gesamt (absolut)	14	3	7	101	125
Gesamt (in %)	11,2 %	2,4 %	5,6 %	80,8 %	100 %

Der Blick auf die *Wechsler*innen* zeigt, dass der häufigste Wechsel zwischen Kurzzeit- und stationärer Pflege stattfindet. Dies bestätigt, was aus der Praxis bekannt ist: Nutzer*innen eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze gehen häufig direkt von der Kurzzeit- in die stationäre Pflege über. Dieses Nutzungsmuster trifft auf 29 % der Kurzzeitpflegegäste zu, weitere 2% gehen nach mehrmaliger Nutzung der Kurzzeitpflege in eine stationäre Pflege über⁸. Die Ergebnisse dieser Erhebung zeigen aber auch, dass die Kurzzeitpflege in den hier betrachteten Einrichtungen keineswegs pauschal ein „Einfallstor in die vollstationäre Dauerpflege“ (Braeseke et al. 2017, S. 17) ist. Kurzzeitpflege wurde von einigen Personen mehrfach im Wechsel mit häuslicher Versorgung

⁸ Eine nicht publizierte Studie des Ev. Johanneswerks kommt zu einem ähnlichen Ergebnis: Auswertungen der Nutzungsmuster von 3.151 Nutzer*innen solitärer und eingestreuter Kurzzeitpflege in den Einrichtungen des Ev. Johanneswerks für das Jahr 2016 zeigen, dass lediglich 34,4 % der Kurzzeitpflegegäste nach ein- oder mehrmaliger Nutzung der Kurzzeitpflege in eine stationäre Versorgung übergehen, 21,8 % werden dabei direkt nach dem ersten Besuch in der stationären Versorgung weiterversorgt (vgl. De Vries 2017).

erneut in Anspruch genommen. In dem hier betrachteten 22-monatigen Erhebungszeitraum nutzen 39 Personen (11,1 %) 2-mal, acht Personen (2,3 %) 3-mal und zwei Personen (0,6 %) 4-mal eine Kurzzeitpflege.

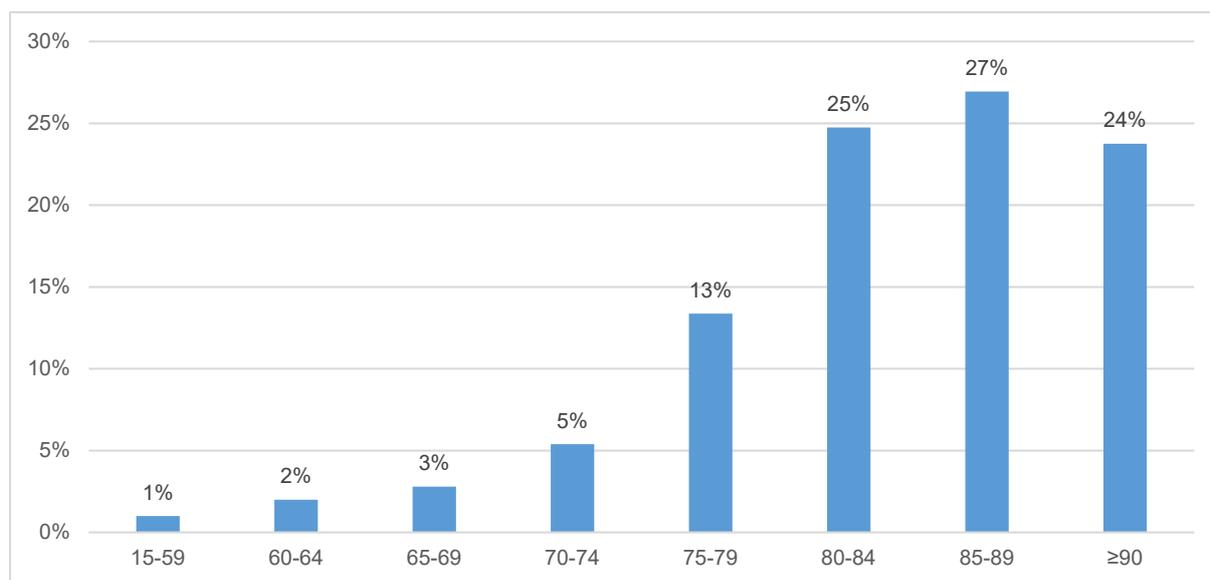
Bei näherer Betrachtung zeigt sich, dass 21 Personen Kurzzeit- und Tagespflege kombiniert nutzen. Dies entspricht einem Anteil von rund einem Zehntel (10,4 %) aller Tagespflegenutzer*innen. Die Möglichkeit der integrierten Nutzung von Tages- und Kurzzeitpflege in den Modelleinrichtungen scheint also durchaus den Bedarf der Nutzer*innen zu treffen. Bemerkenswert ist zudem, dass Wechsel zwischen der Tages- und der Kurzzeitpflege häufiger in den Modelleinrichtungen mit integriertem Tagespflegeangebot als in der Einrichtung mit solitärer Tagespflege auftreten – und dies, *obwohl* die Einrichtungen mit integrierter Tagespflege quantitativ betrachtet deutlich weniger Tagespflegeplätze anbieten (je 6 iTP-Plätze im Pflegezentrum am Lohmannshof sowie im Johannes-Haus in Herford gegenüber 12 solitären Tagespflegeplätzen im Seniorenzentrum Baumheide). Darüber hinaus zeigt sich, dass Wechsel zwischen allen drei Versorgungsformen sowie Wechsel zwischen Tages- und stationärer Pflege im Erhebungszeitraum nur in den Einrichtungen mit integrierter Tagespflege stattfinden. All dies könnte man als ersten Hinweis interpretieren, dass eine integrierte Tagespflege die integrierte Nutzung weiterer Angebote begünstigt. Die sehr kleinen Fallzahlen lassen hierzu jedoch keine statistischen Aussagen und keinen Schluss auf Kausalität zu.

Die Betrachtung der Nutzungsverläufe von Wechsler*innen zeigt zudem, dass die (integrierte) Tagespflege bei flexibler Nutzung der Versorgungsformen häufig erster Kontaktpunkt mit der pflegerischen Versorgung ist. Nutzer*innen werden so zunächst in der Tagespflege versorgt und gehen anschließend in Kurzzeit- oder stationäre Pflege über. In anderen Fällen wird nach dem erstmaligen Eintritt in eine der Einrichtungen über eine Kurzzeitpflege (z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt) anschließend eine Tagespflege genutzt. Insgesamt zeigen sich hier erste Hinweise auf eine integrierte Nutzung der Versorgungsformen, die den Nutzer*innen die Möglichkeit bietet, quasi aus einer Hand über verschiedene Versorgungsformen hinweg betreut zu werden. Diese Hinweise können jedoch aufgrund der geringen Fallzahlen nicht in ihrem Ausmaß statistisch beurteilt werden.

*Geschlecht und Alter der Nutzer*innen*

Unter den 501 dokumentierten Fällen befanden sich 329 (66 %) Frauen und 172 (34 %) Männer. In den einzelnen Einrichtungen ist die Geschlechterverteilung ähnlich. Die Verteilung der Nutzer*innen nach Altersgruppen (vgl. Abb. 1) zeigt, dass der Anteil der Nutzer*innen unter 75 Jahren 11 % beträgt. 28 % der Nutzer*innen sind zwischen 75 und 84 Jahre alt. Rund die Hälfte der Nutzer*innen (51 %) ist 85 Jahre oder älter.

Abbildung 1: Altersgruppen in Prozent (n = 501)



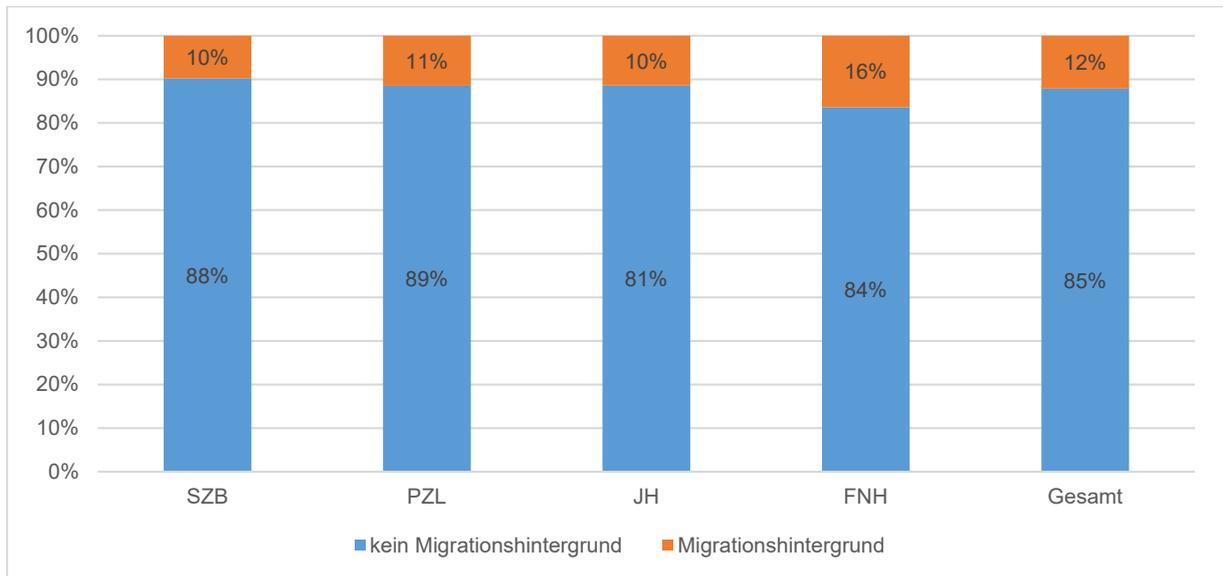
Staatsangehörigkeit und Migrationshintergrund

Die Nutzer*innen haben überwiegend die deutsche Staatsbürgerschaft (96,8 %). Lediglich 2,6 % sind Staatsangehörige eines anderen Landes, bei 0,6 % der Personen fehlt die Information.

59 Personen weisen einen Migrationshintergrund⁹ auf, dies entspricht einem Anteil von 12 % der Nutzer*innen. 85 % hatten keinen Migrationshintergrund und bei 4 Personen fehlt die Information. Im Einrichtungsvergleich (vgl. Abb. 2) ist der Anteil der Nutzer*innen mit Migrationshintergrund im Frieda-Nadig-Haus etwas höher als in den anderen Einrichtungen. Im Seniorenzentrum Baumheide und im Johannes-Haus ist der Anteil am geringsten. Dies ist insbesondere am Standort Baumheide überraschend, da in diesem Stadtteil der Anteil der älteren Menschen mit Migrationshintergrund deutlich höher als an den anderen Standorten ist (Hämel et al. 2017).

⁹ Migrationshintergrund ist hier definiert als Geburtsort außerhalb Deutschlands

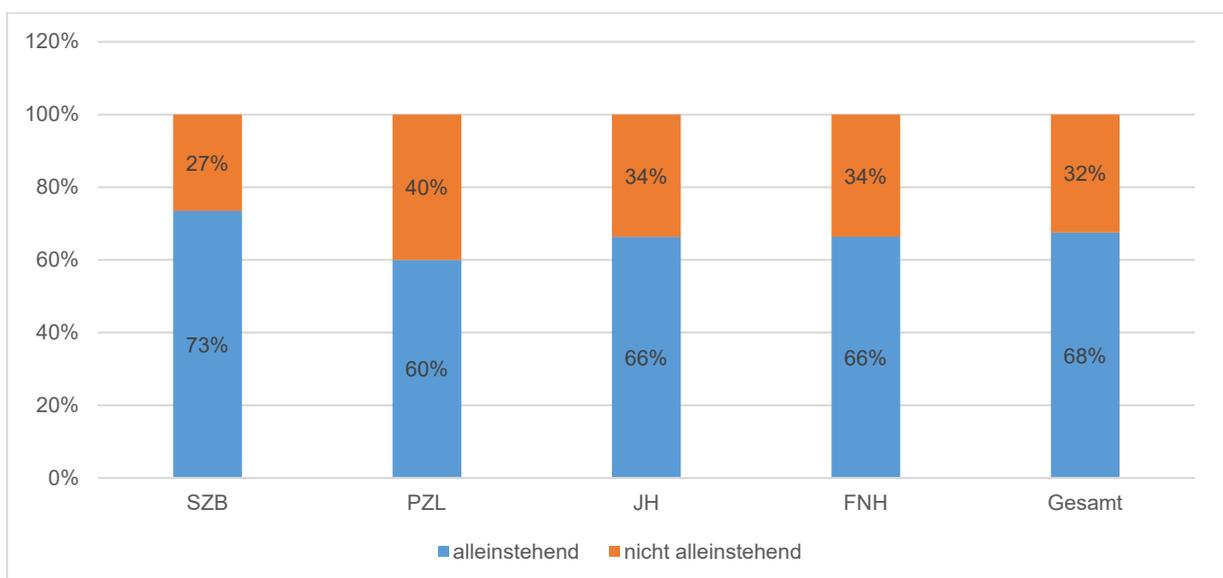
Abbildung 2: Anteil Nutzer*innen mit einem Migrationshintergrund nach Einrichtung (n= 487)



Familienstand und Wohnsituation

Für die Erhebung wurden auch der Familienstand und die Haushaltsform¹⁰ der Nutzer*innen dokumentiert. Es zeigt sich (vgl. Abb. 3), dass rund zwei Drittel der Nutzer*innen (67 %) alleinstehend (nicht verheiratet oder verwitwet) sind.

Abbildung 3: Familienstand nach Einrichtung (n = 487)



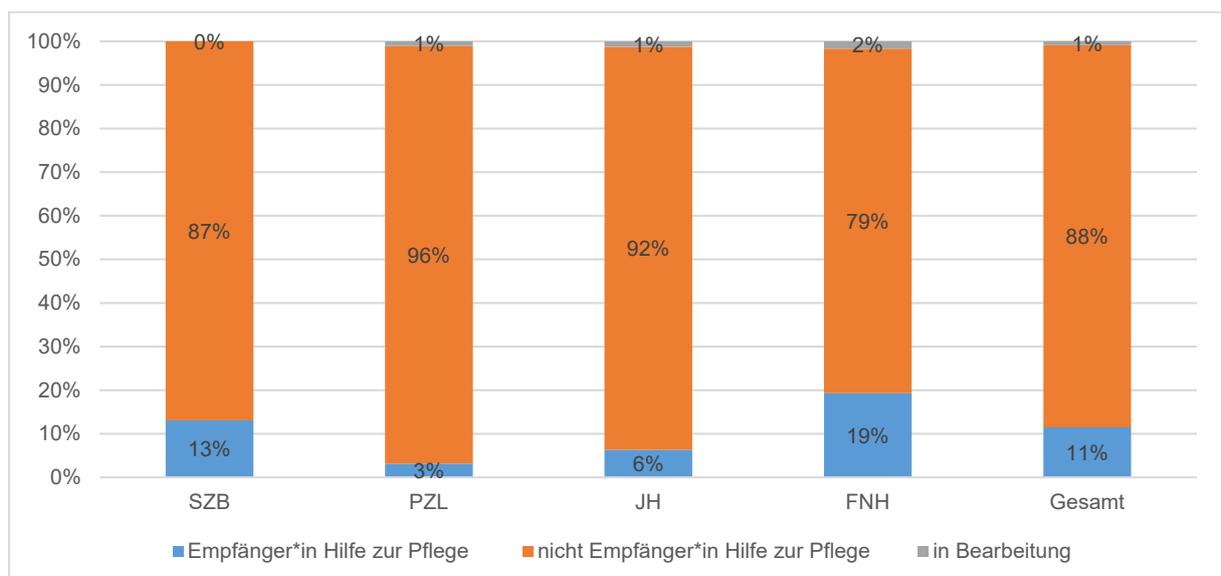
¹⁰ Bei Heimbewohner*innen wurde die letzte Haushaltsform vor Heimeinzug dokumentiert.

Im Seniorenzentrum Baumheide ist der Anteil der alleinstehenden Nutzer*innen mit 73 % am höchsten, im Pflegezentrum am Lohmannshof ist er mit 60 % am niedrigsten. 53 % der Nutzer*innen leben (aktuell bzw. vor dem Heimeinzug) in einem Einpersonenhaushalt, 46 % in Mehrpersonenhaushalten¹¹, 1% in „sonstigen“ Haushaltsformen. Hier zeigt sich, dass die Zielgruppe der alleinlebenden älteren Menschen hoch relevant für die Angebotsentwicklung in den Einrichtungen ist.

Sozialleistung ‚Hilfe zur Pflege‘

Die Erfassung des sozioökonomischen Status der Nutzer*innen ist relevant, weil die Modelleinrichtungen eine bevölkerungsorientiert ausgerichtete Anlaufstelle für *alle* älteren Menschen mit Versorgungsbedarf im Quartier bieten wollen. Insbesondere geringe ökonomische Ressourcen können die Angebotsnutzung erschweren. Weil Leistungen der Pflegeversicherung budgetiert sind und private Mittel eingesetzt werden müssen, gilt dies insbesondere bei intensiverer Nutzung von Diensten wie einer stationären Pflege (vgl. Hämel et al. 2017). Annäherungsweise gibt der Anteil der Nutzer*innen, die die Sozialleistung ‚Hilfe zur Pflege‘ erhalten, Hinweise, inwiefern ältere Menschen mit einer prekären ökonomischen Situation Unterstützung in den Zentren erhalten (vgl. Abb. 4).

Abbildung 4: Anteil Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege nach Einrichtung (n = 461)



¹¹ Dabei wurde die Haushaltsgröße nicht näher differenziert, auch nicht, ob die Personen mit einem/einer (Ehe-)Partner*in und/oder anderen Personen zusammenwohnen bzw. (beim Heimeinzug) gewohnt haben.

Der Anteil der Empfänger*innen von ‚Hilfe zur Pflege‘ variiert in den Einrichtungen. Am höchsten liegt er im Frieda-Nadig-Haus; über ein Fünftel der Nutzer*innen sind Empfänger*innen dieser Sozialleistung bzw. haben diese zum Erhebungszeitpunkt beantragt. Auch im Seniorenzentrum Baumheide ist der Anteil mit 13 % vergleichsweise hoch¹². Demgegenüber liegen die Anteile im Johannes-Haus (7 %) und im Pflegezentrum am Lohmannshof (4 %) deutlich niedriger.

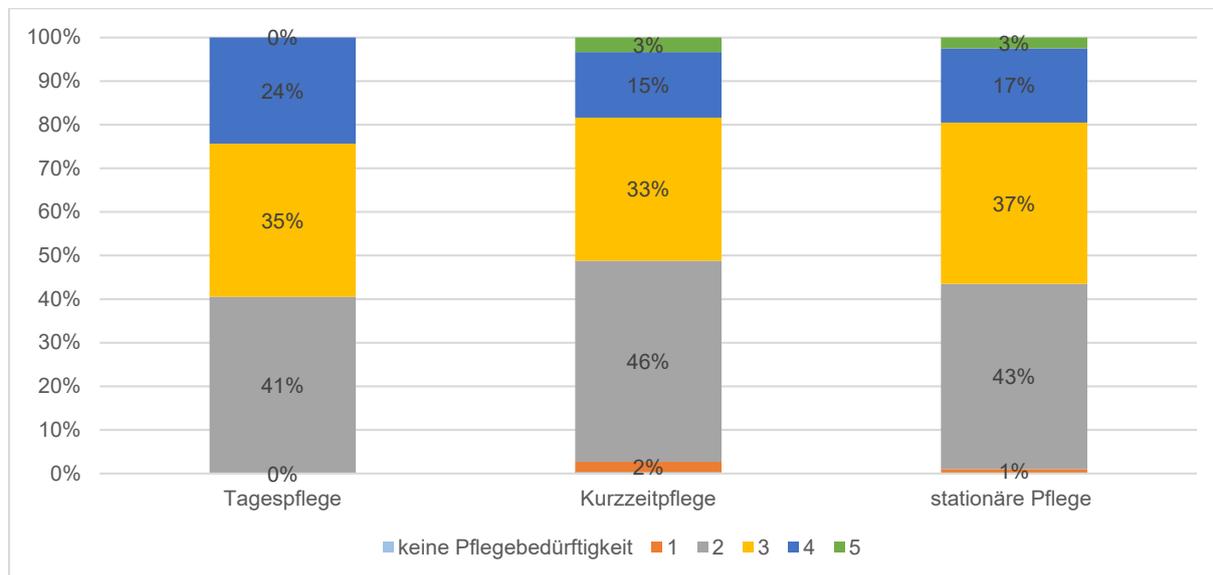
Um diese Varianzen einordnen zu können, ist ein Vergleich mit der sozio-ökonomischen Situation der Bevölkerung in den jeweiligen Quartieren interessant. Insbesondere im Quartier Baumheide sind ältere Menschen häufiger von Armut bedroht. Der Anteil der Empfänger*innen von Grundsicherung im Alter ist in Baumheide verglichen mit den anderen hier betrachteten Quartieren deutlich höher. Er liegt gleichauf mit dem Anteil der Empfänger*innen von ‚Hilfe zur Pflege‘ in dieser Einrichtung bei 13 % (Hämel et al. 2017). Der hohe Anteil der Empfänger*innen von ‚Hilfe zu Pflege‘ in Sennestadt spiegelt sich wiederum nicht in einem ähnlich hohen Anteil der Grundsicherungsempfänger*innen im Stadtteil wieder. Das Quartier Lohmannshof weist eine vergleichsweise gute sozioökonomische Situation der Bevölkerung auf, der Anteil der Empfänger*innen der Sozialleistung ‚Hilfe zur Pflege‘ ist entsprechend gering, wenngleich er noch unter dem Anteil der Grundsicherungsempfänger*innen im Quartier liegt. Für Herford liegen keine Daten zum Anteil der Grundsicherungsempfänger*innen vor.

Pflegegrade

Abbildung 5 verdeutlicht die Verteilung der Pflegegrade der Nutzer*innen für jede Versorgungsform. Es zeigt sich hier, dass die Tagespflege Menschen mit hohem Pflegebedarf zu versorgen vermag: Werden dort auch keine Nutzer*innen mit Pflegegrad 5 versorgt, so liegt dennoch der Anteil von Personen *ab* Pflegegrad 4 in der Tagespflege mit 24 % höher als in der Kurzzeitpflege (18 %) und in der stationären Pflege (20 %).

¹² Die Anzahl der Personen, bei denen diese Information fehlt, beträgt in einer Einrichtung 37. Dies ist ein vergleichsweise hoher Wert. Es ist unklar inwieweit diese fehlenden Werte das Ergebnis beeinflussen

Abbildung 5: Pflegegrade nach Versorgungsform (n = 494)



Wohnentfernung der Nutzer*innen und Angehörigen

In den folgenden Abschnitten wird näher betrachtet, inwiefern die Einrichtungen Nutzer*innen aus dem Quartier erreichen und ob sich hier Veränderungen im Projektverlauf abzeichnen.

Wie Tabelle 5 zeigt, wohnen 6,4 % der Nutzer*innen und 6,0 % der Angehörigen¹³ im unmittelbaren Umfeld der Einrichtungen in weniger als 500 m Entfernung (Luftlinien-distanz). Weitere 17,9 % der Nutzer*innen und 13,8 % der Angehörigen leben zwischen 500 m und 1.499 m von der Einrichtung entfernt. Auch diese Nutzer*innen haben kurze Wege in die Einrichtung. Insgesamt leben rund ein Viertel aller Nutzer*innen und ein Fünftel der Angehörigen in weniger als 1.500 m Entfernung von der Einrichtung. Dies verdeutlicht die hohe Bedeutung der Einrichtungen für die Versorgung alter Menschen im Stadtteil und Quartier.

Tabelle 5 weist besonders hohe Werte für die Felder auf, in denen Nutzer*innen und Angehörige in den gleichen Radien von der Einrichtung entfernt wohnen. Die Daten legen nahe, dass viele Nutzer*innen in der Nähe ihrer Angehörigen oder sogar mit ihnen zusammen in einem Haushalt wohnen (bei Heimbewohner*innen: gewohnt haben).

¹³ „Angehörige“ sind hier stets diejenigen Angehörigen, die als erste Ansprech- bzw. Kontaktpartner*innen des*der Nutzers*in in den Einrichtungen hinterlegt wurden.

Tabelle 5: Alle Versorgungsformen – Wohnentfernung der Nutzer*innen und Angehörigen von der Einrichtung (Luftliniendistanz, n = 458¹⁴)

Distanz Angehörige* Distanz Nutzer*in	Distanz Angehörige*					
	<500	500-1.499	1.500-2.499	2.500-4.999	5.000-9.999	≥10.000
<500	2,6 %	0,4 %	0,4 %	0,9 %	0,7 %	1,3 %
500-1.499	0,4 %	10,3 %	1,5 %	2,2 %	2,4 %	1,1 %
1.500-2.499	1,1 %	1,5 %	11,4 %	1,3 %	1,8 %	1,3 %
2.500-4.999	0,2 %	0,2 %	1,5 %	21,7 %	3,7 %	2,8 %
5.000-9.999	0,9 %	0,9 %	1,3 %	2,2 %	12,7 %	2,2 %
≥10.000	0,2 %	0,4 %	0,4 %	1,3 %	1,3 %	3,5 %

Eine geschichtete Betrachtung der Wohnentfernungen nach genutzter Versorgungsform zeigt, welchen Stellenwert die Wohnortnähe der Nutzer*innen in den unterschiedlichen Versorgungsformen hat¹⁵. Wie in Tabelle 6 zu sehen ist, wohnen von 73 *Tagespflegegästen* 22¹⁶ Nutzer*innen weniger als 1.500 m von der Einrichtung entfernt. Dies entspricht einem Anteil von rund 30 % der Tagespflegegäste. Unter den Angehörigen von Tagespflegegästen leben 20 Personen in diesem Umkreis, was einem Anteil von 27,5 % entspricht. Tagespflegegäste und ihre Angehörigen leben damit im Schnitt häufiger in der Nähe der Einrichtungen als Nutzer*innen anderer Versorgungsformen (vergleiche dazu: Tabelle 7 und Tabelle 8). Zudem wohnen sie häufiger in der Nähe ihrer Angehörigen oder mit ihnen in einem Haushalt.

¹⁴ Es wurden nur die Fälle miteinbezogen, bei denen sowohl Informationen über die Wohnentfernung des*der Nutzer*in wie auch des*der Angehörigen vorhanden waren.

¹⁵ Wechsler*innen werden in den folgenden Ausführungen für jede Versorgungsform, die sie genutzt haben, einmal gezählt.

¹⁶ Aufgrund der geringen Fallzahl n < 100 werden die Ergebnisse für die Tagespflege auch mit absoluten Zahlen dargestellt.

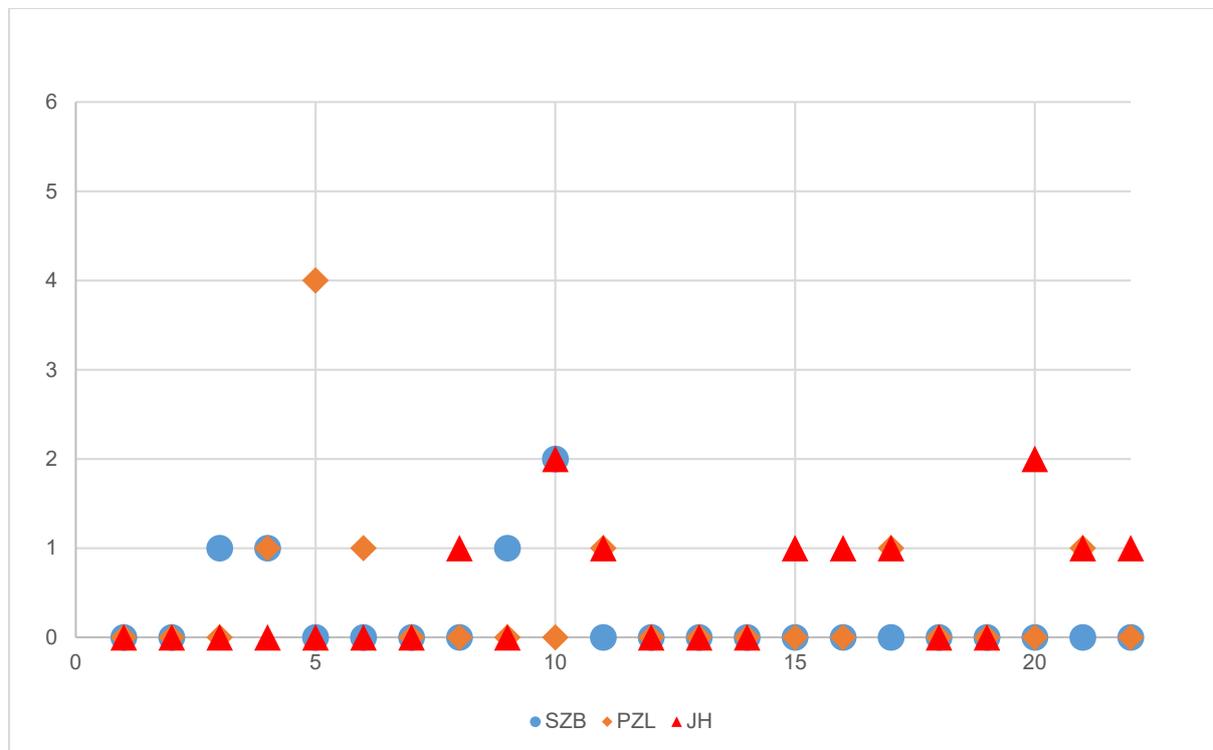
Tabelle 6: Tagespflege – Wohnentfernung der Nutzer*innen und Angehörigen von der Einrichtung (Luftliniendistanz, n = 73¹⁷)

Distanz Angehörige* Distanz Nutzer*in	<500	500-1.499	1.500-2.499	2.500-4.999	5.000-9.999	≥10.000
<500	5,5 %	1,4 %	1,4 %	0	0	1,4 %
500-1.499	1,4 %	19,2 %	0	0	0	0
1.500-2.499	0	0	19,2 %	0	5,5 %	0
2.500-4.999	0	0	1,4 %	23,3 %	5,5 %	4,1 %
5.000-9.999	0	0	0	0	8,2 %	0
≥10.000	0	0	0	0	0	2,7 %

Fragt sich, ob ein Trend mit Fortschritt des Modellprojekts erkennbar ist. In Abbildung 6 ist dargestellt, wie viele Nutzer*innen in jedem Monat des Erhebungszeitraums aus einem Umkreis von <1.500 m in die Tagespflege aufgenommen wurden. Dabei ist die Anzahl der Aufnahmen aus o. g. Radius auf der y-Achse aufgeführt, die Monate sind auf der x-Achse abzulesen. Im Erhebungszeitraum ist *kein* Trend zu einer größeren oder geringeren Wohnentfernung der (neu eintretenden) Tagespflegegäste erkennbar. Vielmehr zeigt sich eine relativ stabile Entwicklung.

¹⁷ Es wurden nur die Fälle miteinbezogen, bei denen sowohl Informationen über die Wohnentfernung des*der Nutzer*in wie auch des*der Angehörigen vorhanden waren.

Abbildung 6: Anzahl der Nutzer*innen der Tagespflege mit Wohnsitz <1.500 m im Zeitverlauf nach Einrichtungen (n = 73)



Wie die folgende Tabelle 7 zeigt, leben die *Kurzzeitpflegegäste* weniger häufig im Umkreis von unter 1500 Metern um die Einrichtung als die Tagespflegegäste: 24,7 % der Kurzzeitpflegegäste und 18,2 % ihrer Angehörigen sind in diesem Umkreis wohnhaft (Tabelle. 7). Insgesamt weisen die Wohnentfernungen der Kurzzeitpflegegäste zu ihren Angehörigen eine größere Streuung auf als die Wohnentfernungen der Tagespflegegäste zu deren Angehörigen, d. h. sie leben seltener im gleichen Haushalt oder in der Nähe ihrer Angehörigen; dies zeigt sich z. B. bei Betrachtung der Fälle, in denen sowohl Nutzer*in als auch Angehörige im Umkreis von unter 1.500 m um die Einrichtung wohnen: In der Kurzzeitpflege liegt ihr Anteil bei 13,6 % der Fälle, während der Anteil in der Tagespflege bei 24,7 % liegt.

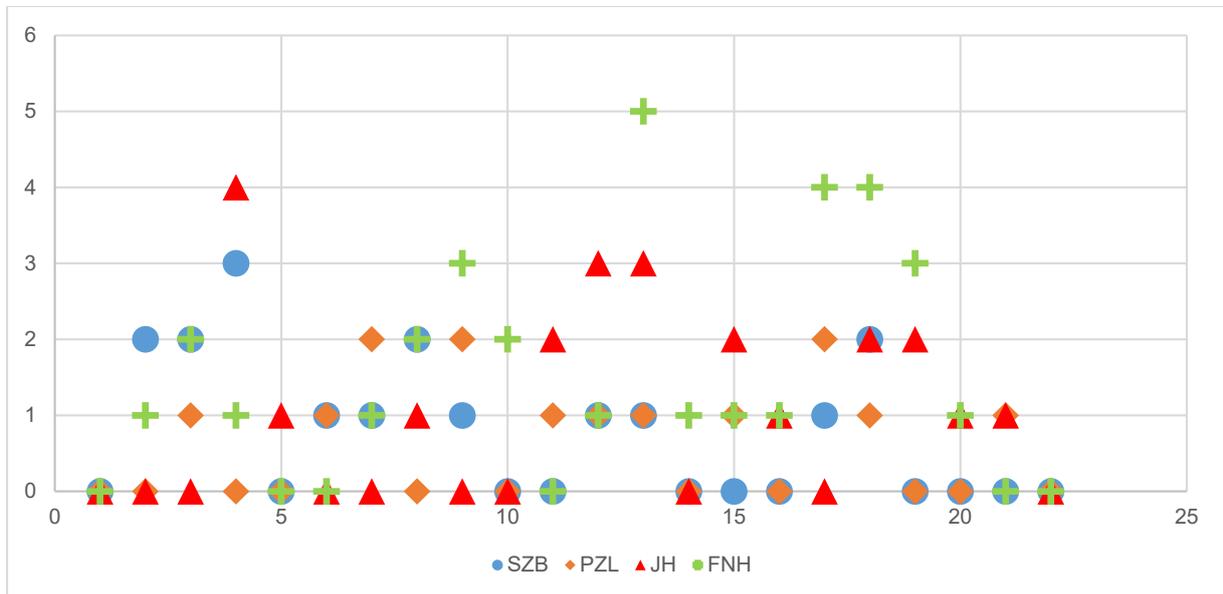
Tabelle 7: Kurzzeitpflege – Wohnentfernung der Nutzer*innen und Angehörigen von der Einrichtung (Luftliniendistanz, n = 323¹⁸)

Distanz Angehörige* Distanz Nutzer*in	<500	500-1.499	1.500-2.499	2.500-4.999	5.000-9.999	≥10.000
<500	1,9 %	0,3 %	0,6 %	0,9 %	0	0,9 %
500-1.499	0,3 %	11,1 %	1,6 %	2,5 %	3,1 %	1,6 %
1.500-2.499	0,6 %	1,6 %	10,5 %	1,2 %	0,9 %	1,9 %
2.500-4.999	0	0,3 %	0,9 %	23,9 %	3,4 %	2,2 %
5.000-9.999	1,2 %	0,3 %	0,9 %	2,2 %	13,3 %	2,5 %
≥10.000	0,3 %	0,3 %	0	1,2 %	1,6 %	4 %

Die Darstellung (Abb. 7) der Anzahl der Nutzer*innen mit Wohnsitz im Umkreis von <1.500 m erweist sich auch bei den Kurzzeitpflegegästen über die Zeit als stabil, d. h. es ist kein konsistenter Trend zu einer zunehmend quartiersnahen Nutzung von Kurzzeitpflege im dokumentierten Zeitraum erkennbar. Es zeigen sich zwar Variationen in der Häufigkeit, diese sind aber nicht kontinuierlich zu beobachten.

¹⁸ Es wurden nur die Fälle miteinbezogen, bei denen sowohl Informationen über die Wohnentfernung des*der Nutzer*in wie auch des*der Angehörigen vorhanden waren.

Abbildung 7: Anzahl der Nutzer*innen der Kurzzeitpflege mit Wohnsitz <1.500 m im Zeitverlauf nach Einrichtungen (n = 323)



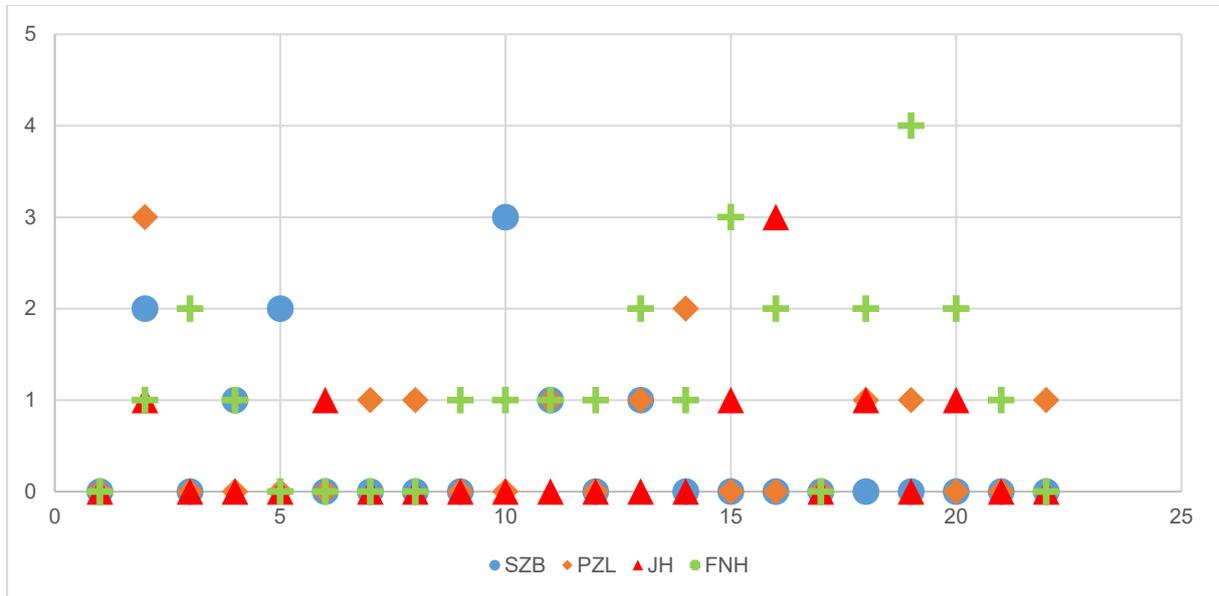
Abschließend werden die Wohnentfernungen der Heimbewohner*innen und ihrer Angehörigen betrachtet (Tab. 7). Der Anteil der Heimbewohner*innen, die (vor dem Heimeinzug) weniger als 1.500 m entfernt von der Einrichtung wohnen, ist mit 28,5 % etwas höher als der Anteil bei den Kurzzeitpflegegästen, aber niedriger als der Anteil bei den Tagespflegegästen. Ähnlich verhält es sich mit der Wohnnähe der Angehörigen von Heimbewohner*innen: auch sie wohnen mit einem Anteil von 23,6 % häufiger als Angehörige von Kurzzeitpflegegästen, aber seltener als Angehörige von Tagespflegegästen im Umkreis von unter 1.500 m zur Einrichtung. Der Anteil derjenigen, bei denen *sowohl* Nutzer*in *als auch* Angehörige ihren (letzten) Wohnsitz im Umkreis von <1.500 m um die Einrichtungen haben, ist mit 12,6 % in der stationären Pflege am geringsten.

Tabelle 8: Stationäre Pflege – Wohnentfernung der Nutzer*innen und Angehörigen von der Einrichtung (Luftliniendistanz, n = 182)

Distanz Angehörige* Distanz Nutzer*in	<500	500-1.499	1.500-2.499	2.500-4.999	5.000-9.999	≥10.000
<500	3,3 %	0,6 %	0,6 %	1,1 %	1,6 %	1,1 %
500-1.499	0,6 %	8,2 %	1,6 %	4,4 %	3,3 %	2,2 %
1.500-2.499	1,6 %	2,8 %	9,9 %	1,6 %	2,2 %	1,6 %
2.500-4.999	0,6 %	0	2,2 %	11 %	1,6 %	3,9 %
5.000-9.999	2,2 %	2,2 %	1,6 %	4,4 %	9,9 %	2,8 %
≥10.000	0,6 %	1,1 %	1,1 %	1,1 %	1,1 %	4,4 %

Wie Abbildung 8 zeigt, ist auch bei den Heimbewohner*innen kein eindeutiger Trend für eine zunehmende oder abnehmende Inanspruchnahme des Angebots aus dem näheren Umfeld der Einrichtungen erkennbar. Ähnlich wie in der Kurzzeitpflege zeigt sich trotz zwischenzeitlicher Steigerungen der Wohnortnähe neuer Nutzer*innen ein stabiles Bild.

Abbildung 8: Nutzer*innen der stationären Pflege mit Wohnsitz <1.500 m im Zeitverlauf nach Einrichtungen (n = 182)



χ^2 Unabhängigkeitstest zur Ermittlung von Unterschieden in der Wohnortnähe zwischen den Versorgungsformen

Neben den deskriptiven Auswertungen der Nutzer*innen- und Nutzungsdaten wurde ein χ^2 Unabhängigkeitstest durchgeführt um die eingangs benannte Nullhypothese für jede der drei Versorgungsformen zu testen:

*„Die Nutzer*innen einer Versorgungsform unterschieden sich von den Nutzer*innen einer anderen Versorgungsform Pflege signifikant hinsichtlich des Anteils der Personen mit Wohnsitz im Umkreis von <1.500 m um die Einrichtungen. Ein signifikanter Unterschied bedeutet, dass die gemessenen Unterschiede nicht zufällig zustande gekommen sind.“*

Die Ergebnisse dieser Tests werden im Folgenden aufgezeigt:

Der Anteil der Nutzer*innen mit Wohnsitz im Umkreis von <1.500 m um die Einrichtung ist in der Tagespflege am höchsten; hier beträgt er 30,1 %, in der Kurzzeitpflege hingegen ist er mit 24,5 % am geringsten. In der stationären Pflege beträgt dieser Anteil (letzter Wohnsitz vor Heimeinzug) 28,7 %. Obwohl diese Unterschiede in Bezug auf die Wohnortnähe bestehen, ergibt der χ^2 Unabhängigkeitstest keine signifikanten Unterschiede. Dies bedeutet, dass folgende Nullhypothesen *nicht* abgelehnt werden können:

1. Die Nutzer*innen der *Tagespflege* unterschieden sich von den Nutzer*innen der *Kurzzeitpflege nicht signifikant* hinsichtlich des Anteils der Personen mit Wohnsitz im Umkreis von <1.500 m um die Einrichtungen. Ein nicht signifikanter Unterschied bedeutet, dass die gemessenen Unterschiede rein zufällig zustande gekommen sein könnten.
2. Die Nutzer*innen der *Tagespflege* unterschieden sich von den Nutzer*innen der *stationären Pflege nicht signifikant* hinsichtlich des Anteils der Personen mit (letztem) Wohnsitz im Umkreis von <1.500 m um die Einrichtungen. Ein nicht signifikanter Unterschied bedeutet, dass die gemessenen Unterschiede rein zufällig zustande gekommen sein könnten.
3. Die Nutzer*innen der *Kurzzeitpflege* unterschieden sich von den Nutzer*innen der *stationären Pflege nicht signifikant* hinsichtlich des Anteils der Personen mit (letztem) Wohnsitz im Umkreis von <1.500 m um die Einrichtungen. Ein nicht signifikanter Unterschied bedeutet, dass gemessenen Unterschiede rein zufällig zustande gekommen sein könnten.

Log-lineares Modell zur Ermittlung eines Zeit-Trends der Wohnortnähe im Projektverlauf

Die Modellierung der zeitlichen Entwicklung der Anzahl von Nutzer*innen, die ihren Wohnsitz im Umkreis von <1.500 m um die Einrichtung haben (oder vor Heimeintritt hatten), bestätigt den aus den graphischen Darstellungen (Abb. 5-7) entstandenen Eindruck, dass im Projektverlauf keine Tendenz zu einer gestiegenen Wohnortnähe messbar ist. Der Log-lineare Parameter für Zeit ist nicht signifikant anders als 0. Das heißt, dass die mittlere Anzahl von Nutzer*innen, die in einem Umkreis von <1.500 m um die Modelleinrichtungen wohnt, sich von Monat zu Monat nicht signifikant ändert (zunimmt oder abnimmt). Die Nullhypothese „Die Anzahl der Eintritte aus einem Umkreis von <1.500 m ändert sich nicht signifikant im Verlauf des Erhebungszeitraums“ kann somit *nicht* abgelehnt werden.

4. Diskussion

Ziel dieses Berichts war es, aufzuzeigen, wer die Nutzer*innen der Angebote in den Einrichtungen sind und inwiefern sie unterschiedliche Versorgungsformen im Versorgungsverlauf kombinieren. Außerdem stand im Fokus, inwieweit Personen aus dem Stadtteil und Quartier die Angebote nutzen und ob die Nutzer*innen mit Fortschritt des Projekts vermehrt aus dem Wohnumfeld bzw. Quartier der Einrichtungen stammen. Abschließend werden zentrale Aspekte diskutiert:

Pflegerische Versorgung schwer erreichbarer Zielgruppen

Ziel des Modellprojekts war es, dass die Einrichtungen eine Anlaufstelle für *alle* älteren Menschen mit Versorgungsbedarf im Quartier bieten. Bisherige Ergebnisse der Evaluation dieses Modellprojekts verwiesen – übereinstimmend mit anderen Studien - darauf, dass es herausfordernd ist, Menschen mit Migrationshintergrund, Alleinlebende und Personen mit geringem sozioökonomischem Status gut zu erreichen (Röhnsch & Hämel 2019). Auch die Auswertung der Nutzer*innen- und Nutzungsdaten zeigt, dass der Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund in allen Einrichtungen niedrig ist. Zudem sticht heraus, dass trotz eines sehr hohen Anteils an älteren Menschen mit Migrationshintergrund an einem Standort (vgl. Hämel et al. 2017) sich dort der Anteil der Nutzer*innen mit Migrationshintergrund nicht von den anderen Standorten abhebt. Es bleibt abzuwarten ob sich künftig durch den begonnenen gezielten Einsatz mehrsprachiger Pflegekräfte, das Anbieten von zielgruppenspezifischen Veranstaltungen (z. B. Konzerte mit russischen Musiker*innen) und mittels mehrsprachiger Informationsbroschüren vermehrt Menschen mit Migrationshintergrund als Nutzer*innen der Einrichtung finden lassen.

Als Näherungswert für den sozio-ökonomischen Status wurde zudem der Anteil an Empfänger*innen von ‚Hilfe zur Pflege‘ unter den Nutzer*innen betrachtet. Die Ergebnisse zeigen, dass an zwei Standorten vergleichsweise viele Nutzer*innen ‚Hilfe zur Pflege‘ beziehen. Die Einwohner*innen dieser Stadtteile zeichnen sich damit übereinstimmend insgesamt durch einen vergleichsweise niedrigen sozioökonomischen Status aus (vgl. Hämel et al. 2017).

Integrierte Angebotsnutzung und die Bedeutung der Tagespflege

Mit rund 25 % nutzt ein beträchtlicher Anteil der Nutzer*innen mehrere Versorgungsformen der Einrichtungen. Unter diesen befinden sich allerdings viele (80,8 %), die die Kurzzeitpflege unmittelbar vor dem Heimeinzug nutzen und damit einem allgemein verbreiteten Nutzungsmuster folgen (Braeseke et al. 2017, S. 17; Rothgang et al. 2016). Darüber hinaus finden sich in diesem Modellprojekt aber auch Versorgungsverläufe, in denen Tagespflege, Kurzzeitpflege und/oder stationärer Pflege kombiniert werden. Tagespflege wird beispielsweise im Anschluss an eine Kurzzeitpflege (nach einem Krankenhausaufenthalt) genutzt und kann hier dazu beitragen, die häusliche Versorgung (erneut) zu stabilisieren.

Die hier präsentierten Daten geben zudem erste Hinweise darauf, dass die integrierte Tagespflege gegenüber einer solitären Tagespflege eine integrierte Nutzung begünstigen könnte. So wurden in den beiden Einrichtungen mit einer integrierten Tagespflege (Pflegezentrum am Lohmannshof und Johannes-Haus) häufiger unterschiedliche Versorgungsformen kombiniert als in der Einrichtung mit angeschlossener solitärer Tagespflege (Seniorenzentrum Baumheide).

Trotz erster Hinweise kann aus der vorliegenden Studie nicht beurteilt werden, ob die integrierte Organisation von Tages- Kurzzeit- und stationärer Pflege ‚aus einer Hand‘ es den Nutzer*innen tatsächlich erleichtert, ‚nach Bedarf‘ unterschiedliche pflegerische Versorgungsformen flexibler zu kombinieren oder ob sie gar in besonderem Maße zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements beizutragen vermag. Für derartige Aussagen sind die Fallzahlen dieser Studie zu gering; künftige Forschung könnte hier ansetzen.

Die Betrachtung der Pflegegrade der Nutzer*innen zeigt zudem, dass in der Tagespflege auch Personen mit intensivem Pflegebedarf versorgt werden. Studien verweisen darauf, dass fehlende Wohnortnähe einer Tagespflegeeinrichtung zu den Barrieren gehört, die eine verstärkte Nutzung der Tagespflege durch Schwerstpflegebedürftige verhindern (Dorin et al. 2014).

Die Modelleinrichtungen bieten außerdem ein recht breites Angebot an offenen Hilfen (z. B. Freizeit- und Kulturangebote) an. Die Nutzung offener Angebote wurde für die Evaluation des Modellprojekts nicht personenbezogen dokumentiert, sodass Kombinationen von pflegerischer Versorgung und offenen Angeboten an den Standorten nicht quantifiziert werden können. Gleichwohl weisen ergänzende qualitative Analysen der wissenschaftlichen Evaluation dieses Modellprojekts darauf hin, dass gerade durch die zielgruppenorientierte Weiterentwicklung offener Angebote und eine explizite Ansprache eher schwer erreichbare Zielgruppen wie alte Männer oder zurückgezogen lebende ältere Menschen aus dem Quartier erreicht werden können (Röhnsch & Hämel 2019). Integrierte Formen der Angebotsnutzung finden zudem bei den unterschiedlichen Nutzergruppen (Nutzer*innen offener Angebote, Tagespflegegästen, Heimbewohner*innen) weitgehend Akzeptanz (Hämel et al. 2019b).

Wohnentfernung

In diesem Bericht wurde die Entwicklung der Wohnentfernung von Nutzer*inne/n von Angeboten der Einrichtung besonders fokussiert. Es konnte gezeigt werden, dass im Schnitt rund ein Viertel der Nutzer*innen aus dem näheren Wohnumfeld (<1500 m Wohnentfernung) der Einrichtungen stammt. Tagespflegegäste der Modelleinrichtungen wohnen häufiger im näheren Umfeld der Einrichtungen als Kurzzeitpflegegäste und Heimbewohner*innen. Diese Tendenz ist jedoch nicht statistisch signifikant, so dass der Zusammenhang rein zufällig sein könnte.

Ein zeitlicher Trend hin zu einer zunehmenden Nutzung der pflegerischen Versorgung in den Einrichtungen durch Menschen aus dem Quartier kann durch die vorliegende Analyse nicht bestätigt werden. Demgegenüber zeigte eine Analyse von Nutzeranfragen an den Modellstandorten, dass der Anteil der Anfragen aus dem Stadtteil mit dem Fortschritt des Modellprojekts signifikant zugenommen hat (Hämel et al. 2019a). Ein Transformationsprozess vom Pflegeheim zum Quartierszentrum wurde mit dem Modellprojekt somit zwar angestoßen, er schlägt sich aber noch nicht in der tatsächlichen Nutzung pflegerischer Versorgung nieder. Der Erhebungszeitraum von 22 Monaten und ein Projektzeitraum von ca. drei Jahren sind vergleichsweise kurz bemessen. Es bietet sich an, zu einem späteren Zeitpunkt eine erneute Erhebung der Wohnentfernungen der Nutzer*innen der Einrichtungen vorzunehmen und mit den nun vorliegenden Daten zu vergleichen.

Limitationen

Einige Limitationen dieser Teilstudie wurden bereits angesprochen, die aus unserer Sicht wesentlichen Punkte sind hier nochmal dargelegt:

- Im Rahmen dieser Erhebung konnten nur Nutzer*innen- und Nutzungsdaten von Tagespflege, Kurzzeitpflege und stationärer Pflege ausgewertet werden. Offene Angebote der Einrichtungen konnten nicht berücksichtigt werden. Es ist möglich, dass Veränderungen im Nutzungsverhalten zunächst bei offenen Angeboten sichtbar werden.
- Das Erhebungsinstrument orientierte sich an der internen Dokumentation der Einrichtungen, dadurch wurden einige Merkmale nicht erfasst, die von Interesse gewesen wären. So wurde z. B. nur die Wohnentfernung der ersten Ansprechpartnerin/ des ersten Ansprechpartners als Angehörige*r untersucht, weitere Angehörige konnten nicht miteinbezogen werden.

- Im Rahmen dieser Erhebung gab es keine Möglichkeit, umfassendere Auskünfte über den sozialen Status oder den Gesundheitszustand der Nutzer*innen zu erhalten. Es wurde lediglich der Anteil an Bezieher*innen der Sozialleistung ‚Hilfe zur Pflege‘ als Annäherung an das Merkmal ‚Sozialer Status‘ erhoben.
- Die Konzeption, Einführung und Anpassung einiger Angebote der Einrichtungen verlief parallel zur Erhebung, dies bietet zwar die Möglichkeit einer Analyse der Entwicklung der Nutzer*innen- und Nutzungsdaten im zeitlichen Projektverlauf, brachte aber auch mit sich, dass die Nutzung z. B. der integrierten Tagespflege auch erfasst wurde, als diese noch neu und bei potentiellen Nutzer*innen noch wenig bekannt war.
- Vergleichsdaten zu sozio-demographischen Kennzahlen lagen i. d. R. nur für vorher festgelegte ‚statistische Bezirke‘ oder ‚Stadtbezirke‘ sowie für Städte und Kreise vor, sodass ein Vergleich mit entfernungsbasierten Daten nur begrenzt möglich war.

Literatur

- Braeseke, G., Nauen, K. & Pflug, C. (2017). *Wissenschaftliche Studie zum Stand und zu den Bedarfen der Kurzzeitpflege in NRW*. IGES Institut. Berlin.
- De Vries, B. (2017). Experten fordern: Kurzzeitpflege muss gestärkt werden. *CARE-konkret* 2017(50), 3
- Dorin, L., Metzging, S., Krupa, E. & Büscher, A. (2014). Erholungszeiten für Familien von Schwerpflegebedürftigen: Inanspruchnahme und Potenzial von Tages- und Kurzzeitpflege. *Pflege & Gesellschaft* 19(1), 59-75
- Hämel, K., Kafczyk, T., Vorderwülbecke, J. & Schaeffer, D. (2017). *Vom Pflegeheim zum Zentrum für Pflege und Gesundheit im Quartier? Eine Bedarfs- und Angebotsanalyse in vier städtischen Quartieren* (Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, P17-155.). Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft.
- Hämel, K. & Röhnsch, G. (2019). Möglichkeiten und Grenzen integrierter Tagespflege in Pflegeheimen: Sichtweisen von ExpertInnen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 52(2), 148-156. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00391-018-01489-w>
- Hämel, K., Vorderwülbecke, J., & Heumann, M. (2019a). *Information und Beratung in den Einrichtungen des Modellverbands „Pflege stationär – Weiterdenken!“ Auswertung der Nutzeranfragedokumentation*. Bielefeld: Universität Bielefeld. DOI: <https://doi.org/10.4119/unibi/2938289>
- Hämel, K., Vorderwülbecke, J., Heumann, M. & Röhnsch, G. (2019b). Pflege stationär – Weiterdenken: Ausdifferenzierung von Nutzergruppen und Versorgungsarrangements. *Abstractband der gemeinsamen Jahrestagung der Sektionen III und IV der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie 2019 „Versorgung und Teilhabe“*, S20-07.
- Rothgang, H., Kalwitzki, T., Müller, R., Runte, R. & Unger, R. (2016). *Barmer GEK Pflegereport 2010. Schwerpunktthema: Demenz und Pflege* (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse). Berlin: Barmer GEK.
- Röhnsch, G. & Hämel, K. (2019). Öffnung von Pflegeeinrichtungen für den Sozialraum: Ergebnisse einer Studie zu Zielgruppen und Barrieren der Erreichbarkeit. *Pflege & Gesellschaft*, 24(4), 350-365.