

DESDE-LTC

BESCHREIBUNG UND EVALUATION VON DIENSTLEISTUNGEN UND LEITFÄDEN FÜR LANGZEITPFLEGE IN EUROPA

INSTRUMENT - KARTOGRAPHIERUNGSDIAGRAMME

Executive Agency for Health and Consumers (EAHC)

Project Ref. 2007/116

www.edesdeproject.eu



DESDE-LTC 'Service Coding System' ist eine Adaption des Kodierungssystems 'European Service Mapping Schedule' (ESMS-I) (Johnson et al, 2000) (es enthält ebenfalls Änderungen, die im ESMS-II vorgenommen wurden), des Kodierungssystems 'Description and Evaluation of Services for Disabilities in Europe' (DESDE) (Salvador-Carulla et al, 2006) und verwandten Instrumenten (DESDAE und DESDE).

Diese Instrumente wurden von der EPCAT Gruppe (European Psychiatric Care Assessment Team) entwickelt und von Centro Studi e Ricerche in Psichiatria, Torino, Italy und PSICOST Association in Spain koordiniert.

Johnson S, Kuhlmann R, EPCAT Group. European Psychiatric Assessment Team. The European Service Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental health services. Acta Psychiatr Scand Suppl. 2000;405:14-23.

Salvador-Carulla L, Poole M, González-Caballero JL, Romero C, Salinas JA, Lagares-Franco CM for RIRAG/PSICOST Group and DESDE Expert Panel. Usefulness of an instrument for the standard description and comparison of services for disabilities based on a mental health care assessment model (DESDE). Acta Psychiatr Scand 2006; 111(Suppl. 432): 19-28

Für weitere Informationen zu ESMS kontaktieren Sie bitte Sonia Johnson (s.johnson@ucl.ac.uk)

Für weitere Informationen zu DESDE kontaktieren Sie bitte Luis Salvador-Carulla (luis.salvador@telefonica.net) oder Asociación Científica Psicost asociacionpsicost@telefonica.net ; www.bridgingknowledge.net oder <http://www.edesdeproject.eu/>

DESDE-LTC wurde von der Europäischen Kommission, Generaldirektion für Gesundheit und Verbraucherschutz (EAHC) (Project Ref. 2007/116) finanziert.

DESDE-LTC wurde von einer Europäischen Arbeitsgemeinschaft bestehend aus folgenden Partnern entwickelt:

SPANIEN: PSICOST (Luis Salvador-Carulla, Cristina Romero & Miriam Poole) and (und) Fundació Caixa Catalunya (Josep Solans); GROßBRITANNIEN: London School of Economics (LSE) (Martin Knapp & David McDaid); ÖSTERREICH: University of Vienna (UNIVIE, Austria) (Germain Weber, Barbara Brehmer, Elisabeth Zeilinger), SINTEF (Norway) (Britt Venner); BULGARIEN: PHA (Hristo Dimitrov); SLOVENIEN: Scientific Research Center- Slovenian Academy of Sciences& Arts (SRC SASA (ZRC SAZU) (Lilijana Sprah) and IRIO (Nec Jelen).

Folgende nicht-institutionelle Partner wirkten mit: GROßBRITANNIEN: Dept of Mental Health Sciences Royal Free and University College Medical Schools (Sonia Johnson); ITALIEN: Centro Studi e Ricerche in Psichiatria (CSR) (Giuseppe Tibaldi); SPAIN: ETEA (Carlos García). Folgende institutionelle Partner wirkten mit: OECD – Health División (Francesca Colombo), BULGARIEN: Ministry of Health. National Center for Public Health Protection (Zahari Zarkov), SPANIEN: Departament de Salut, Direccio General d'Avaluació i Planificació, Generalitat de Catalunya (Josep Fusté); Department of Equity and Health, Jerez (Margarida Ledó).

INDEX

Einführung	3
a. Allgemeine Prinzipien	3
b. Allgemeine Richtlinien	4
Baumdiagramm für Langzeitpflege	9
SEKTION A	10
Einführende Fragen	10
SEKTION B	11
a. Kodierungsprinzipien für Langzeitpflege	11
b. Richtlinien für die Langzeitpflegekodierung	12
„Informationen über Pflege“ Ast	13
„Zugang zu Pflege“ Ast	15
„Selbsthilfe und ehrenamtliche Pflege“ Ast	17
„Ambulante Pflege“ Ast	19
„Tagesbetreuung“ Ast	23
„Betreutes Wohnen“ Ast	27
SEKTION C	32
a. Zählprinzipien für Langzeitpflege	32
b. Richtlinien für die Langzeitpflegezählung	35
„Informationen über Pflege“ Ast	37
„Zugang zu Pflege“ Ast	37
„Ambulante Pflege“ Ast	38
„Tagesbetreuung“ Ast	39
„Betreutes Wohnen“ Ast	40
SEKTION D	41
a. Prinzipien für das Dienstinventar	41
b. Richtlinien für das Dienstinventar	41
REFERENZEN	44

EINLEITUNG

a. ALLGEMEINE PRINZIPIEN

Was ist Langzeitpflege (LTC)?

Langzeitpflege (Long-Term Care - LTC) ist ein umfassender Ausdruck der "eine Bandbreite von Diensten für Personen beinhaltet, die über einen längeren Zeitraum auf Hilfe bei grundlegenden Aktivitäten des täglichen Lebens (Activities of daily living – ADL) angewiesen sind" (übersetzt nach OECD, 2005). Diese Bandbreite inkludiert 'medizinische und/oder soziale Dienste um Menschen mit Behinderungen oder chronischen Pflegebedürfnissen zu helfen. Die Dienste können kurz- oder langfristig ausgerichtet sein und im Haus der betreffenden Person, auf Gemeindeebene oder in Wohneinrichtungen angeboten werden.' (übersetzt nach US Dept of Health). Gegenwärtig nutzen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union eine Vielzahl an Definitionen die nicht immer übereinstimmen (EC, 2008).

Was ist DESDE-LTC?

Die "Beschreibung und Evaluation der Dienstleistungen und Leitfäden für Langzeitpflege in Europa" ('Description and Evaluation of Services and Directories in Europe for Long Term Care' - DESDE-LTC) ist ein Instrument für die Beschreibung und Klassifizierung von Diensten für Langzeitpflege in Europa.

Es folgt dem von der EPCAT Gruppe (Europäisches psychiatrisches Pflegebeurteilungsteam - European Psychiatric Care Assessment Team) und der PSICOST Scientific Association entwickelten Ansatz für Dienstevaluation seit 1997, beginnend mit der Entwicklung von ESMS

(European Service Mapping Schedule) zur Evaluation der psychiatrischen Versorgung (Johnson et al., 2000), und der damit zusammenhängenden Adaptierungen für die Evaluation der Altenpflege in Spanien (DESDAE) (Salvador-Carulla et al, 2005) und Diensten für Menschen mit Behinderung (Salvador-Carulla et al, 2006). Das wird hier als „ESMS/DESDE“ Zugang in der Dienstleistungsforschung bezeichnet.

Dieses Instrument zielt darauf ab, Serviceinformation über den Beitrag und die Prozesse auf Mesoebene (Gesundheits-/Sozialbereich im Einzugsgebiet) und Mikroebene (individuelle Dienste) zu sammeln, wie sie in einer modifizierten Version der Thornicroft & Tansella Matrix für Pflegebeurteilung definiert sind (Tansella & Thornicroft, 1998).

DESDE-LTC erlaubt die standardisierte Ausführung folgender Aufgaben:

- Die Erstellung einer standardisierten Zusammenstellung von LTC Diensten in einem gegebenen Einzugsgebiet. Es bezieht die Bereitstellung von sozialen Diensten, öffentlichen und freiwilligen Gesundheitsdiensten mit ein. Der private Sektor ist optional, abhängig von dem Zweck der Analyse, möglich.
- Die Aufzeichnung von Veränderungen der Dienste über die Zeit innerhalb eines bestimmten Einzugsgebietes.
- Die Abgrenzung und den Vergleich der **Struktur** und des **Angebotes** von LTC zwischen verschiedenen Einzugsgebieten.
- Das Erfassen und den Vergleich der **Bereitstellung/Verfügbarkeit** und **Auslastung** der **Hauptpflegearten** (MTC – Main Types of Care) zwischen verschiedenen Einzugsgebieten durch die Verwendung eines internationalen Kodierungssystems.

Was ist die Zielpopulation von DESDE-LTC?

Das ESMS/DESDE Model fokussiert sich auf Dienste für die folgenden Gruppen: Erwachsene (18+) und gebrechliche ältere Personen (65+) mit

- i) Schweren körperlichen Behinderungen (registriert in offiziellen nationalen, regionalen oder örtlichen Registern für diese Populationsgruppe, oder ein äquivalentes System wo ein Register nicht verfügbar ist);
- ii) Intellektuelle Behinderung (ID)
- iii) Psychische Störungen (ICD-10)
- iv) Ältere Personen mit schwerer Behinderung (registriert in offiziellen nationalen, regionalen oder örtlichen Registern für diese Populationsgruppe, oder ein äquivalentes System wo ein Register nicht verfügbar ist).

Eine vollständige Beschreibung dieser Gruppen findet sich in Sektion „B“.

Wie ist DESDE-LTC aufgebaut?

DESDE-LTC verwendet ein Baumdiagramm, um die Verfügbarkeit und Nutzung von Diensten (LTC Baumdiagramm) zu beschreiben. Die gesamte Struktur ist auf **Seite 12** illustriert. Es gibt vier wesentliche Abschnitte:

A. Einleitende Fragen: Diese beziehen sich auf das Einzugsgebiet und die Zielpopulation, für die der Fragebogen ausgefüllt wird.

B. Pfl egetyp-Kartierung (Hauptpfl egearten, MTC Kodierung): Diese stellen eine standardisierte Methode zur Klassifizierung und Kodierung grundlegender Pfl ege-/Dienstkategorien für die Population eines bestimmten Einzugsgebiets dar, basierend auf den Hauptaktivitäten welche durch jeden Dienst geboten werden.

Die Beschreibung von MTC ist durch ein Glossar von Begriffen mit spezifischen Beispielen der Kodierungen ergänzt.

C. Pfl egenutzungs-Kartierung (MTC Zählung): Diese stellt eine standardisierte Methode zur Erfassung der Nutzungslevel der MTC der Population eines Einzugsgebietes bereit.

D. Bestandsaufnahme der Dienste: Diese ermöglicht eine detaillierte Beschreibung individueller Dienste für LTC anhand zwei

Arten von Listen: erstens eine kategorisierte Dienstliste entsprechend den Kodierungen in Abschnitt B, und zweitens eine Liste mit den, einem traditionellen Zugang folgenden, Charakteristiken jedes Dienstes (Dienstauflistung, Zusammenstellung oder Katalog).

DESDE-LTC wurde konzipiert um **nationale** und **internationale Vergleiche** zu ermöglichen. Daher müssen die wichtigsten Pfl egetypen jedes Einzugsgebietes zu einem der spezifischen Kodierungen mit Großbuchstaben zugeordnet werden: Information („I“), Zugang zur Pfl ege („A“), Selbsthilfe und ehrenamtliche Pfl ege („S“), Tagesbetreuung („D“), ambulante Pfl ege („O“) und betreutes Wohnen („R“). DESDE-LTC zielt darauf ab, eine Beschreibung der sozialen und gesundheitsbezogenen Dienste eines Einzugsgebietes bereitzustellen. Das Instrument ermöglicht eine getrennte Analyse der sozialen und gesundheitsbezogenen Dienste des Gebietes wenn diese innerhalb aller Studiengebiete angefordert und vereinbart wurde.

Dieses Verzeichnis kann auf zwei Arten verwendet werden:

- i) Eine simple Beschreibung um Dienste und die Haupttypen der Pfl ege im Zielgebiet zu katalogisieren (mit einem Maximum an zwei Zahlen in der Kodierung)
- ii) Eine komplexe oder quantitative Einschätzung um Pfl egetypen und Dienste in verschiedenen Einzugsgebieten oder im selben Zielgebiet im Verlauf eines definierten Zeitraums zu vergleichen. Ein grundlegendes Training von DESDE-LTC ist vor Anwendung des Instrumentes notwendig.

b. ALLGEMEINE RICHTLINIEN

Zu berücksichtigende Dienste: Die standardmäßigen Dienste, bei denen die Baumdiagramme angewendet werden können, bezieht sich auf jene

Gruppe der sozialen/gesundheitsbezogenen Dienste für Langzeitpflege, die in einem gewissen Einzugsbereich angeboten werden.

Dienstleistungen können in die Analyse inkludiert werden, wenn (als allgemeine Regel) mind. 20% der NutzerInnen Personen mit Langzeitpflegebedarf sind. Einrichtungen von Gesundheitsdiensten, sozialen Diensten, Freiwilligenarbeit und private Betreiber sollten bis auf weiteres inkludiert werden.

Es ist wichtig anzumerken, dass es verschiedene Analyseeinheiten in dieser Forschung gibt und innerhalb einer Analyseeinheit Gleiches mit Gleichem verglichen werden muss. In der Evaluation der Dienste gibt es verschiedene Analyseeinheiten, wie Makroorganisationen (z.B. große nationale oder internationale Gesundheitserhaltungsorganisationen), Mesoorganisationen (z.B. ein Krankenhaus), Mikroorganisationen (z.B. ein Dienst) oder kleinere Einheiten innerhalb des Dienstes: Hauptpflegearten (MTC), Pflegemodalitäten, Pflegeeinheiten, Pflegeinterventionsprogramme, Pflegepakete, Interventionen, Aktivitäten, Mikro-Aktivitäten oder Pflegephilosophie.

DESDE-LTC setzt einen Schwerpunkt auf die Evaluation von **Diensten (Sektion D)** und **Hauptpflegearten (Sektion B und C)**. Jeder einzelne Dienst wird durch einen oder mehrere Kodierungen beschrieben, basierend auf der Hauptpflegestruktur oder der angebotenen Aktivität, z.B.: derselbe Dienst kann einen Tagesdienst (Ast D) und betreutes Wohnen (Ast R) inkludieren.

Dienste innerhalb des Einzugsgebietes sowie Dienste **außerhalb** des Einzugsgebietes, die **allerdings** von mindestens fünf Einwohnern pro Jahr pro 100.000 EinwohnerInnen genutzt werden, werden inkludiert. Die Dienste die innerhalb des Einzugsgebietes liegen, sich aber nicht an

dessen Bewohner wenden, müssen inkludiert und mit dem Kode "0" in Sektion C (Dienstnutzung) verzeichnet werden.

Spezifische Langzeitpflegedienste aus einem Einzugsgebiet, die die Inklusionskriterien von DESDE-LTC nicht erfüllen, können im Anhang geschildert werden.

Operationale Definition von Diensten oder Basic Stable Inputs of Care (BSIC)

Ein "Dienst" oder Basic Stable Inputs of Care (BSIC) ist hier definiert als kleine Einheit von Beiträgen („Inputs"), die Pflege zur Verfügung stellen. Meistens setzt er sich aus einer administrativen Einheit mit einer organisierten Gliederung von Strukturen und Fachpersonal, die Pflege in einem Einzugsgebiet anbieten, zusammen. BICU sind die kleinsten, funktionalen Mikrolevel-Einheiten der Pflegeorganisation. Im Produktionsmodell (Eingabe-Prozess-Ausgabe) bezieht sich BICU nur auf Pflegefunktionen und keine anderen Eingaben (Produkte und Apparate) oder Prozeduren (Interventionen). Die Funktionen, die der Dienst „Mikroorganisation“ bereitstellt, können durch kleinere Analyseeinheiten namens „Hauptpflegearten“ (MTC) beschrieben werden.

Einschlusskriterien (BSIC)

Um ein Pflegesetting als BSIC zu kodieren, müssen folgende Kriterien zutreffen:

Kriterium 'a': Der Dienst ist als unabhängige rechtliche Organisation registriert und anerkannt (mit eigener Steuernummer) und nicht Teil einer Mesoorganisation (z.B. Rehabilitationsabteilung innerhalb eines Krankenhauses). Wenn nicht:

Kriterium 'b': Der Dienst verfügt über seine eigene administrative Einheit und/oder ein Sekretariat und erfüllt zwei Kriterien aus den folgenden, ergänzenden Kriterien. Wenn nicht:

Kriterium 'c': Der Dienst erfüllt vier zusätzliche Kriterien:

- c.1 Er verfügt über eigenes, professionelles Personal.
- c.2 Alle Aktivitäten werden von denselben KlientInnen genutzt.
- c.3 Eigene Räumlichkeiten (nicht Teil einer anderen Einrichtung)
- c.4 Separate Finanzierung und spezifische Buchhaltung
- c.5 Separate Dokumentation, wenn er Teil einer Mesoorganisation ist.

Trotzdem sollten allgemeine Einrichtungen für die Allgemeinbevölkerung oder große Teile davon (z.B. ältere Menschen oder Migranten), die für viele KlientInnen mit Langzeitpflegebedarf wichtig sind, aber nicht speziell für sie geplant wurden, NICHT inkludiert werden, mit der Ausnahme von Diensten bei denen mehr als 50% der NutzerInnen einen Langzeitpflegebedarf haben. Einrichtungen, die primäre Gesundheitsversorgung zur Verfügung stellen und bestimmte Langzeitpflegeangebote, jedoch keine speziellen Dienste für LTC-Personen anbieten, sollten auch exkludiert werden.

Exklusionskriterien (BSIC):

Diese sind wichtig, um BSIC von anderen Komponenten der Pflegeproduktion und andere Organisationen im Pflegesystem zu unterscheiden:

- 1) Andere Komponenten der Pflegeproduktion:
 - Pflegeprodukte, Werkzeuge oder Instrumente wie Injektionen, radiologische oder chirurgische Materialien sind nicht im DESDE-LTC System zu kodieren.

- Pflegeinterventionen sind Teil des Pflegeprozesses und werden nicht im DESDE-LTC System, sondern in der International Classification of Health Interventions (ICHI) kodiert.

2) Andere Organisationen:

- Andere Organisationslevels: Organisationen auf dem Meso- (z.B. Krankenhäuser mit verschiedenen Abteilungen) oder Makrolevel (z.B. national oder internationale Gesundheitsorganisationen) sind von dieser Klassifikation ausgeschlossen.
- Allgemeine Dienste für die Allgemeinbevölkerung oder große Teile von ihr (z.B. ältere Menschen, Migranten), die für viele mit Langzeitpflegebedarf wichtig sind, nicht inkludiert werden, mit der Ausnahme von den Diensten, deren NutzerInnen zu mind. 50% aus Personen mit Langzeitpflegebedarf bestehen. Einrichtungen, die primäre Gesundheitsversorgung zur Verfügung stellen und bestimmte Langzeitpflegeangebote, jedoch keine speziellen, Dienste für LTC-Personen anbieten sollten auch exkludiert werden.

LTC-Einrichtungen, die im Einzugsgebiet verfügbar sind, aber nicht die Inklusionskriterien von DESDE-LTC erfüllen, können in einem Appendix geschildert werden.

Operative Beschreibung von Hauptpflegearten (MTC):

Die Pflgetypologie, die von einem Dienst „Mikroorganisation“ oder „Basic Stable Inputs of Care“ (BSIC) bereitgestellt wird, kann in kleineren Analyseeinheiten sogenannten MTCs beschrieben werden.

MTC ist der **Hauptdeskriptor** der „allgemeinen Pflegefunktion“, die der Dienst bereitstellt. Diese allgemeinen Pflegefunktionen beschreiben eine Basisaktivität, die im BSIC ausgeführt wird, und wurden zu Dienstvergleichen in verschiedenen Regionen von einer Reihe europäischer ExpertInnen in den DESDE/ESMS Projekten ausgewählt.

Dieser Deskriptor ist üblicherweise, aber nicht immer in Definition und Zweck des Dienstes integriert. Hier bezieht sich die Kodierung auf die aktuelle Aktivität und Durchführung des Dienstes, und nicht auf seine theoretischen Hintergründe oder seinen Namen. Diese Deskriptoren überschneiden sich NICHT. Sie können nicht doppelt gezählt werden.

Jede Pflegefunktion ist in einfacher Sprache beschrieben und hat einen spezifischen alphanumerischen Kode. Diese Kodierungen sind durch Deskriptoren auf 5 Levels beschrieben.

- Erstes Level - **Status des/ der KlientIn**: Dies bezieht sich auf den klinischen Status der/s Klienten/in (z.B. ob eine Krisensituation vorliegt oder nicht): akute oder nicht-akute Pflege.
- Zweites Level - **Allgemeiner Pflegetyp**: Diese Stufe beschreibt die allgemeine Pflegetypologie (heim & mobil/nicht mobil, etc.).
- Drittes Level - **Pflegesubtyp**: Das bezieht sich auf die Pflegeintensität, die ein Service (außer für akutes, betreutes Wohnen: hier beschreibt das dritte Level den Unterschied, ob Pflege in oder außerhalb eines Krankenhauses stattfindet) anbieten kann.
- Viertes Level - **Spezifische Kennzeichen**: Das bietet eine spezifischere Beschreibung des Pflegetyps dieses Settings.
- Fünftes Level - **Zusätzliche Kriterien**: Es beinhaltet zusätzliche Kriterien, die eventuell notwendig sind um zwischen ähnlichen Pflegesettings zu unterscheiden.

Um MTC für einen einzelnen BSIC zu kodieren, sollten die folgenden Kriterien befolgt werden:

Einschlusskriterien (MTC):

- A) Haupt-MTC: Die Definition und Beschreibung von DESDE-LTC für einen bestimmten Kode stimmt mit dem Hauptziel/-zweck des Dienstes UND mit der allgemeinen Pflegeaktivität der Einrichtung

überein. Sollte es keine Übereinstimmung geben, wird die Hauptaktivität des BSIC für die Auswahl des MTC-Kodes verwendet. Cut-offs werden, wenn notwendig, bereitgestellt um eine Kodierung der Hauptaktivität des BSIC zu ermöglichen.

- B) Weitere MTC: Die weiteren MTCs sollten benutzt werden, um die Bandbreite an Hauptaktivitäten zu kodieren, wenn die Hauptcharakteristiken des BSIC nicht durch einen einzelnen DESDE-LTC-Kode registriert werden können. In diesem Fall sollte dem BSIC MEHR ALS EIN Hauptdeskriptor zugeschrieben werden. Zum Beispiel kann eine Akuteinrichtung eines Krankenhauses auch 24h nicht mobile Notfallpflege zur Verfügung stellen, wobei es sich um einen anderen Deskriptor als R2 (der eigentliche Hauptast) handelt und für ein anderes Klientel gedacht ist. Dieser BSIC hat dann zwei Hauptdeskriptoren oder MTCs: R2 und O3.

Die folgenden Kriterien sollten eingehalten werden, wenn weitere Kodes registriert werden:

- a. Die zusätzliche Aktivität ist sowohl aus der Sicht der KlientInnen als auch der ManagerInnen zentral, um diesen BSIC von anderen zu unterscheiden. Um auf das vorherige Beispiel zurückzugreifen (R2, O3), eine akute, betreute Wohneinheit in einem allgemeinen Krankenhaus mit ambulanter Notfallpflege unterscheidet sich klar von einer ähnlichen Einrichtung ohne Notfallpflege. Das Registrieren eines zweiten MTC statt zusätzlicher Kennzeichen setzt voraus, dass die Kriterien für MTC erfüllt sind.
- b. Der Dienst erfüllt die Kriterien A oder B für BSIC, es gibt aber verschiedene Nutzergruppen. In dem Fall sollte die Hauptnutzergruppe verwendet werden um den Haupt-MTC und die anderen weiteren MTCs zu bestimmen.

- c. Klinische Einheiten wurden innerhalb des Dienstes identifiziert, die die ersten drei Kriterien der Sektion „C“ (operationale Definition des BSIC) erfüllen.
 - c.1 Er verfügt über eigenes, professionelles Personal.
 - c.2 Alle Aktivitäten werden von denselben KlientInnen genutzt.
 - c.3 Eigene Räumlichkeiten (nicht Teil einer anderen Einrichtung)
- d. Ein signifikanter Anteil der Dienstaktivität ist neben dem Hauptcode mit einem weiteren DESDE-LTC-Kode verbunden. Zum Beispiel stellen 20% der Aktivitäten einer nicht akuten, nicht mobilen ambulanten Pflege heim&mobile Pflege dar. Das könnte dann als O8, O6 kodiert werden.

Exklusionskriterien (MTC):

Exklusionskriterien sind wichtig um MTCs von anderen Analyseeinheiten in der Forschung zu unterscheiden.

- 1) Pflegeeinheiten (z.B. klinische Einheiten): Pflegeeinheiten, die manche, aber nicht alle Kriterien eines BSIC erfüllen und daher als Teil eines Dienstes angesehen werden sollten (z.B. Abteilung für Essstörungen innerhalb eines psychiatrischen Krankenhauses in einem allgemeinen Krankenhaus). MTCs sind keine Pflegeeinheiten. Aber eine Pflegeeinheit kann einen weiteren MTC identifizieren, wenn das Kriterium „c3“ erfüllt ist.
- 2) Dienstaktivitäten: MTC sind nicht einfach die Aktivitäten eines Dienstes. MTC-Deskriptoren basieren auf den Hauptaktivitäten oder -funktionen, die für den Vergleich von Diensten aus verschiedenen Gegenden essentiell sind. Dienste (BSICs) sollten einen Code erfüllen – es ist ungewöhnlich, wenn ein Dienst mehr als drei Codes erhält. Wenn zwei klar unterschiedliche Funktionen eines Dienstes Pflege für die gleiche Zielgruppe bereitstellt, sollte

nur einer als MTC kodiert werden, während der andere als Aktivität gilt, aber nicht als MTC. Bevor eine Dienstaktivität als MTC kodiert wird, sollten die oben genannten Einschlusskriterien sorgfältig geprüft werden. Aktivitäten innerhalb eines BSICs sollten mit Hilfe von Instrumenten für individuelle Dienste kodiert werden.

Dienstaktivitäten können auch genutzt werden, um andere Analyseeinheiten in der Dienstforschung zu definieren, um die Pflege innerhalb oder zwischen verschiedenen Diensten zu beschreiben:

1. *Pflegemodalität* ist eine Hauptintervention (oder Aktivität), die so verändert werden kann, dass sie eine von wenigen Aufgaben (die zusammen die Bandbreite von Langzeitpflege ausmachen) leistet. (De Jong, 2000). Sie beschreibt 10 Aktivitätsarten, die unterschiedliche Pflegebereitstellungen in einem ähnlichen Set an Diensten identifiziert.
2. *Pflegepakete*: Eine Gruppe/Set an integrierten Pflegeinterventionen, die für die gleiche KlientInnengruppe entworfen wurde. Diese können von einem einzelnen Dienst oder einer Gruppe von Diensten angeboten werden.
3. *Interventionsprogramme*: Ein Menge an Aktivitäten, die innerhalb einer limitierten Zeitperiode (üblicherweise weniger als ein Jahr, aber nicht länger als drei Jahre) ohne einer stabilen Zeitstruktur geplant wurde. In manchen Fällen entwickeln sich Dienste aus Programmen, die über die Jahre konstant überarbeitet wurden.
4. *Andere Komponenten der Pflegeproduktion*: Pflegeprodukte, Instrumente, Gegenstände etc. Gesundheitspflegeprodukte wie Injektionen, radiologische oder chirurgische Materialien werden durch DESDE-LTC nicht kodiert.

Zielpopulation

Die "Standardpopulation" auf welche DESDE-LTC angewendet werden sollte, ist im Einzugsgebiet die Population mit Langzeitpflegebedürfnissen. Dies inkludiert ältere Personen mit psychischen oder physischen Behinderungen, jüngere Personen mit psychischen Störungen, intellektueller oder körperlicher Behinderung (**siehe Seite 4**).

Natürlich müssen je nach Fokus der Studie nicht alle inkludiert werden. Das wird in Sektion A beschrieben.

Unter Berücksichtigung des Umstandes, dass das Instrument auf verschiedene Zielgruppen angewendet werden kann, wird „**Zielgruppe**“ hier mit „Personen mit Langzeitpflegebedürfnissen“ gleichgesetzt.

Auswahl der DESDE Teile

Die Bearbeitung des gesamten Instruments würde eine umfassende Kartierung der Struktur und des Levels der verfügbaren Dienste eines Einzugsgebietes zur Verfügung stellen. Allerdings wird es nicht immer möglich oder notwendig sein, das gesamte Instrument anzuwenden und daher mögen die BenutzerInnen jene Sektionen des Baumdiagramms und Teile des DESDE-LTC auswählen, die sie benötigen.

Zum Beispiel kann das Instrument verwendet werden, um ausschließlich betreutes Wohnen aufzuzeichnen, wenn dies der einzig interessierende Aspekt der Pflegeversorgung darstellt, oder Sektion B (Verfügbarkeit) kann ohne Sektion C (Dienstnutzung) angewendet werden, wenn detaillierte Informationen nicht verfügbar sind. Bei vergleichenden Studien ist es wichtig, dass dieselben Abschnitte des Instruments in jedem Einzugsgebiet verwendet werden.

Definition von Einzugsgebieten

DESDE-LTC wurde für geografische Vergleiche entwickelt. Grenzen gesundheitsbezogener, sozialer Pflege und lokale, administrative Strukturen sollten mit einbezogen werden. Eine vorausgehende Übung

die Einzugsgebiete zu kartographieren, kann notwendig sein, sollte diese Information nicht ohne weiteres verfügbar sein. DESDE bezieht sich hauptsächlich auf das kleinste Einzugsgebiet innerhalb jedes Bereichs auf H4 Ebene (siehe unten). Kleine soziale Bereiche können weiter gefasst sein als Gesundheitsbereiche und Bereiche für spezialisierte Pflege (z.B. psychische Gesundheit) können enger gefasst sein als LTC-Bereiche, aber weiter gefasst als Bereiche für die Primärversorgung. Im Originalinstrument (ESMS) werden Gebiete mit 50.000 bis 250.000 EinwohnerInnen, die psychische Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen, dargestellt. Mit DESDE-LTC können die Vergleichsgebiete in Abhängigkeit von der Ortsbestimmung, die im jeweiligen Referenzland oder in der jeweiligen Referenzregion genutzt werden und der regionalen Gebietsunterteilung, auf Gebiete mit 50.000 bis 500.000 EinwohnerInnen ausgeweitet werden.

Verschiedene geografische Gegenden werden kodiert in Beziehung zum beschriebenen Sektor. Zum Beispiel, Gesundheitsregionen werden mit dem Großbuchstaben „H“, soziale Regionen mit „S“ und Bildungszonen mit „E“ beschrieben. Hier sind nur die „H“ Gegenden angeführt:

H0: übernationales Level (z.B. Europäische Union)

H1: nationales Level (z.B. Spanien)

H2: regionales Level (z.B. Bundesländer)

H3: maximales Einzugsgebiet einer Gesundheitseinrichtung (z.B. Einzugsgebiet eines Krankenhauses)

H4: grundlegendes Einzugsgebiet einer spezialisierten Gesundheitseinrichtung (z.B. Einzugsgebiet für Gemeindezentrum für psychische Gesundheit)

H5: administrative Einheit der lokalen gesundheitsbezogenen oder sozialen Pflege

Referenzzeitraum des Vergleichs

Der Referenzzeitraum für Sektion B (Kodierung) ist ein Monat. Die durchschnittliche Monatsnutzung eines normalen Jahres kann verwendet werden, wenn Information verfügbar ist. Sollte diese Information nicht verfügbar oder zuverlässig sein, müssen Daten innerhalb eines einzelnen spezifischen Monats gesammelt werden. Februar sollte ausgeschlossen werden. Monate mit Ferienzeiten sollten ebenfalls ausgeschlossen werden. Mai, Oktober und November könnten die besten Monate für Ländervergleiche sein.

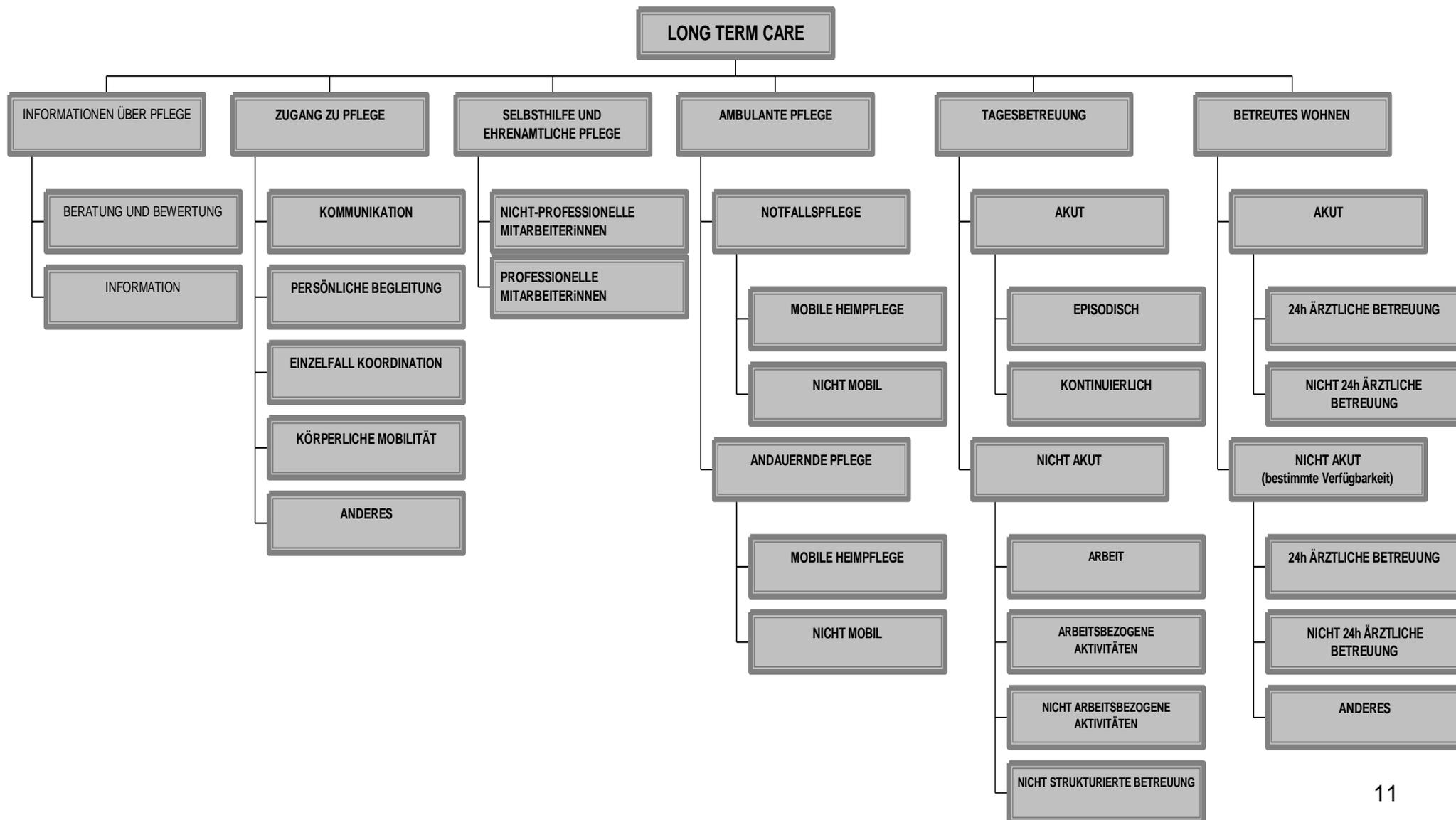
Die Erhebung der Dienstnutzung für Sektion C sollte im selben Referenzzeitraum durchgeführt werden.

Wenn diese Information nicht verfügbar ist, kann die Erhebung der Nutzung der Dienste einem der folgenden Muster folgen:

1. Direkte prospektive Datensammlung:
 - innerhalb einer Woche für ambulante und Tagesdienste
 - innerhalb eines Tages für Informationsdienste, Zugang zur Pflege, Notfalls- und betreute Wohndienste.
2. Indirekte Datensammlung mittels der durchschnittlichen monatlichen Rate, berechnet aus den jährlichen Daten.

Alle Bereiche müssen denselben Referenzzeitraum aufweisen und in Sektion A aufgezeichnet werden.

Baumdiagramm für Langzeitpflege



SEKTION A

KARTOGRAPHIERUNG DES EINZUGSGEBIETES

EINFÜHRENDE FRAGEN (TECHNISCHE DATEN DER STUDIE)

1. Wer hat das Formular ausgefüllt?

Name:

Beruf:

e-mail:

Datum:

2. Für welchen Referenzzeitraum wurde das Formular ausgefüllt?

Von .././.... Bis .././....

Prospektive Erhebung an einem Tag: am .././....

Prospektive Erhebung in einer Woche: von .././.... bis .././....

Prospektive Erhebung in einem Monat: von .././.... bis .././....

3. Auf welche Informationsquellen wurden beim Ausfüllen des Formulars zurückgegriffen?

4. Name und Örtlichkeit des Einzugsgebietes

5. In welcher Stadt, Gemeinde oder Region und welchem Staat ist das Einzugsgebiet?

6. Wie lautet die gesamte Bevölkerungsgröße?

7. Wie ist das Einzugsgebiet definiert? (z.B. lokale Regierungsgrenzen, Sektoren des Gesundheitsdienstes, etc.) Bitte geben Sie an, ob das Gebiet den Erhebungsgrenzen folgt oder nicht.

8. Die DESDE-LTC Zielpopulation bezieht sich auf jene Gruppe von Personen mit Langzeitpflegebedarf über 18 Jahren in einem Einzugsgebiet. Näheres dazu siehe Seite 34. (Personen mit körperlichen Behinderungen, intellektuelle Behinderung, schwere psychische Erkrankungen und ältere Menschen mit Behinderungen):

Altersbereich (Jahre) der Zielgruppe, welcher in der Zählung der Dienste mit einbezogen wird	Von	<input type="text"/>					
	bis	<input type="text"/>					

Diagnosegruppen, auf die das Formular angewandt werden soll (Kreuzen Sie die Gruppen an, die in die Zählung aufgenommen werden sollen)

körperliche Behinderung (registriert)	<input type="checkbox"/>
---------------------------------------	--------------------------

Intellektuelle Behinderung	<input type="checkbox"/>
----------------------------	--------------------------

psychische Störung (ICD-10)	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------

Ältere Menschen mit physischen oder intellektuellen Behinderungen (registriert) oder ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Andere diagnostische Kategorie (Spezifizieren, wenn immer möglich ICD 10 benutzen)	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

SEKTION B

PFLEGETYP KARTIERUNG (MTC KODIERUNG)

a. KODIERUNGSPRINZIPIEN FÜR LANGZEITPFLEGE

- Das Ziel von Sektion B ist es, eine umfassende Kategorisierung der Diensteinrichtungen für eine definierte Zielgruppe der örtlichen Population zur Verfügung zu stellen, geordnet nach Funktion, Verfügbarkeit und Setting.
- DESDE-LTC „Formulare und Vorlagen“ liefert eine Liste an Diensten (BSICs) innerhalb des Einzugsgebiets und deren zugewiesene Codes. Dies erlaubt einen schnellen Überblick über die Verfügbarkeit der Dienste und Dienstarten im Einzugsgebiet.
- DESDE-LTC „Kodierungssystem“ verfügt über ein Glossar mit allen Begriffsdefinitionen, die in Langzeitpflege-Baumdiagrammen verwendet werden. Beispiele für Dienste jeder Kategorie und Richtlinien, welche Kategorien sich gegenseitig ausschließen, werden zu jeder Definition angeführt.
- Es gibt **sechs große Äste** für
 - Informationen über Pflege
 - Zugang zu Pflege
 - Selbsthilfe und ehrenamtliche Pflege
 - Tagesbetreuung
 - Ambulante Pflege und
 - betreutes Wohnen.

Allerdings sind Selbsthilfe und ehrenamtlich Pflege nicht in die Baumdiagramme inkludiert, da angenommen wird, dass ihre Aktivitäten oftmals nicht präzise dokumentiert werden.

- Die Zugehörigkeit innerhalb des Baumdiagrammes von jedem BSIC ist durch eine Kombination von einem Buchstaben und einer Nummer definiert:
 - ein großes „I“, „A“, „S“, „D“, „O“ oder „R“ gibt an, zu welchem Ast des Baumdiagramms die Pflegedienste gehören: Informationen über Pflege, Zugang zu Pflege, Selbsthilfe und ehrenamtliche Pflege, Tagesbetreuung, ambulante Pflege oder betreutes Wohnen;
 - innerhalb dieser Baumdiagramme ist jede abschließende Verzweigung durch eine Nummer gekennzeichnet.

Optionale Codes:

- Diese Kodierung kann durch weitere Kodierungen ergänzt werden, die zusätzliche Information über die Dienstcharakteristika beinhalten.

Kodierungen für die Zielgruppe: Großbuchstaben VOR dem DESDE-Code

- Altersgruppen: „C“ = Kinder und Jugendliche; „A“ = Erwachsene; „E“ = ältere Menschen
- Diagnostikgruppen: „SP“= physische Behinderung; „ID“= Intellektuelle Behinderung; „MD“= psychische Störungen (ICD-10); „ED“ = ältere Menschen mit schweren Behinderungen; „MG“= (generische) Nutzer mit keiner genauen Spezifizierung.

Zum Beispiel: C[D] – D1.1. um Akute Tagesdienste für Kinder und Jugendliche mit intellektuellen Behinderungen zu beschreiben.

Dienste für ICD-Sektionen oder spezifische Krankheiten können durch den entsprechenden ICD-10 Code vor dem DESDE-LTC Code gekennzeichnet werden.

Kodierung über zusätzliche Charakteristika des Dienstes: Diese Kodierung wurde ergänzt um die Charakteristika des MTCs

kennenzulernen und ihrem Zusammenhang mit BSIC, was ev. lokal politisch oder forschungstechnisch relevant wäre. Diese Kodierungen sind verbunden mit der allgemeinen Dienstbeschreibung unter Sektion „D“ und daher nicht Teil des hierarchischen Baumdiagramms der DESDE-LTC Struktur. Diese zusätzlichen Kodierungen werden in Kleinbuchstaben am Ende des numerischen Codes angegeben, um zusätzliche Informationen zu geben (wo wird der Dienst angeboten, spezifische Merkmale für spezifische Forschungsarbeiten etc.). Daher gibt es keine cut-off Punkte.

„a“ akute Pflege (zusätzlich): Dieser Kode beschreibt akute Pflege, die außerhalb eines (Notfalls-)Wohnsettings (Ast „O“ und „D“) liegt, aber nicht die Kriterien eines eigenen MTC erfüllt. Zum Beispiel kann dies für spezifische Studien relevant sein, um zwischen ambulanten Einrichtungen, die die Möglichkeit haben akute Pflege als reguläre Dienstleistung anzubieten und jenen welche keine akute Pflegeversorgung bereitstellen, zu differenzieren. Das ist beispielweise relevant für verschiedene ambulante Einrichtungen mit der Kapazität akute Pflege als normale Dienstleistung anzubieten.

„c“ geschlossene Pflege: Dieser Kode beschreibt Dienste mit einem hohen Sicherheitslevel innerhalb geschlossener Türen. Normalerweise sind diese Dienste für kriminelle, verurteilte Personen oder Menschen mit psychischen Krankheiten, die eine Gefahr für sich oder andere darstellen.

„d“= häuslicher Pflegedienst meint einen BSIC der ausschließlich bei der Person zu Hause und nirgends anders erfolgt. Wenn ein BSIC mobile Heimpflege als Teil einer (mehr) allgemeineren Aktivität anbietet, sollte das nicht als „d“ kodiert werden.

„e“= eCare: inkludiert alle medizinische Gesundheitsdienste, sozialen Dienste und Technologien, die auf moderne Information und Kommunikationstechnologien basieren (e.g. Telecare/Telemedizin, Telekonsultation). Spezielle Instrumente für (Professionelle) Spezialisten oder Experten (Roboter und fortgeschrittene Systeme für Diagnostik und Chirurgie; Simulations- und Modellierungsmodelle, Pflgetools und Trainingsequipment) sind NICHT in dieser Kodierung inkludiert.

Wenn ein ambulanter BSIC mit Telekonsultation arbeitet, kann das „e“ am Ende des DESDE-LTC-Kodes hinzugefügt werden, um es von face-to-face Diensten zu unterscheiden (z.B. O8.1 e).

„h“= Pflege im Krankenhaus: Dieser zusätzliche Kode beschreibt nicht-stationäre Pflege in einer Mesoorganisation, die als „Krankenhaus“ registriert ist, aber nicht mit akutem betreutem Wohnen verbunden ist (z.B. eine ambulante Einheit oder ein Tagesspital in einem Krankenhaussetting). Dieser Kode schließt langfristige institutionalisierte Pflegesettings, kodiert mit „i“ aus.

„i“= institutionelle Pflege: Dieser Kode beschreibt betreutes Wohnen über einen unbestimmten Zeitraum für eine spezifische Gruppe, die gewöhnlich über 100 Betten verfügt und als „institutionalisierte Pflege“ bezeichnet wird. Dieser Kode ist relevant um betreutes Wohnen der Zielgruppen „C“, „E“, „ID“ und „MD“ besser zu beschreiben. Dieser zusätzliche Kode stellt wichtige Information z.B. akute, zeitlich begrenzt verfügbare und unbeschränkte Aufenthalte (R2i, R4i, R6i) zur Verfügung.

„j“ Rechtliche Pflege: Hier handelt es sich um Einrichtungen für straffällige und kriminelle Nutzer (Sicherheits- oder Gefängnisospitale, Überwachungsstationen für straffällige PatientInnen, Justizwachen, psychiatrische Einheiten in Gefängnissen etc.) Diese Einheiten sollten in einem unabhängigen Ast wegen der speziellen Merkmale der Zielgruppe kodiert werden.

„l“ Verbindungsdienste: BSICs, die zu Konsultationszwecken betreffend einer Subgruppe herangezogen werden (z.B. ambulante Konsultation zu Intellektueller Behinderung/psychischen Krankheiten in einem allgemeinmedizinischen Dienst).

„m“ Case Management: Case Management hat zum Ziel Pflege zu koordinieren, in dem unterschiedliche Formen der klinischen Pflege in den Pflegeprozess inkludiert werden. Diese Dienste können intensives Case Management, bestimmte Außendienste, bestimmte Gemeindedienste, Krankheitsmanagement oder personalisierte Pflege beinhalten. Besondere Aufmerksamkeit

sollte darauf gerichtet sein, ob diese Dienste die BSIC oder MTC-Kriterien erfüllen und nicht Teil einer Pflegeeinheit oder eines Pflegeprogramms innerhalb eines Dienstes sind.

„r“= **Überweisungsdienst zu diesem spezifischen MTC in diesem Einzugsgebiet:** Dieser Buchstabe beschreibt den Haupt- oder offiziellen Referenzdienst für diesen MTC in diesem Einzugsgebiet. Dieser zusätzliche Kode ist besonders relevant im Bereich psychische Gesundheit, um diese Dienste von anderen ambulanten Diensten in dem Einzugsgebiet oder Akutkrankenhäusern von anderen akuten Diensten (die von der gleichen Zielgruppe genutzt werden) zu unterscheiden.

„s“ **Spezielle Pflege:** BSICs für eine spezielle Untergruppe innerhalb der Zielpopulation in dem Einzugsgebiet (z.B. Dienste für ältere Menschen mit Alzheimer innerhalb der Gruppe „E“ oder Dienste für Essstörungen innerhalb der Gruppe „MD“).

Weitere Kodierungen können je nach Forschungsbedarf ergänzt werden!

Einige BSICs können die Kriterien für mehr als einen Ast des Diagrammes erfüllen. Dies wird speziell in Gebieten mit hoch integrierten Gemeinschaftsdiensten auftreten, bei denen z.B. dasselbe Team Notfallbetreuung, weiterführende Pflege, sowie Tagesdienste anbietet – weitere Information enthält das Glossar.

Sektion B hat zum Ziel die maximale Routinedienstleistung innerhalb eines definierten Zeitabschnitts zu beschreiben. Es sollte weder die theoretische Belastbarkeit eines Dienstes noch die intensive Versorgung beschreiben, die innerhalb des Settings unüblich wäre und die maximale Versorgungsleistung innerhalb eines Referenzjahres nicht widerspiegelt. DESDE-LTC Kodes basieren auf der höchsten Aktivität eines Dienstes in einer vorgegeben Zeitperiode die zum geforderten und bestimmten Mindestausmaß für eine Kodierung passt. (z.B. D1 20%).

b. RICHTILINIEN FÜR DIE LANGZEITPFLEGEKODIERUNG

Die BSICs werden anhand verschiedener Deskriptoren (Typen und Kennzeichen), wie Status des/der KlientIn, Pflegeart, Intensität, Dauer des Aufenthaltes und Mobilität klassifiziert. Diese Deskriptoren ermöglichen eine Klassifikation anhand der MTCs, die Information/Zugang, Selbsthilfe und ehrenamtliche Pflege, ambulante Pflege, Tagesbetreuung und betreutes Wohnen umfassen. Die BSICs sind entweder als Einzel-MTC oder als Gruppe an MTCs zusammengestellt bzw. organisiert.

Es gibt einige Beispiele für die Pflegearten, die durch jeden Kode klassifiziert werden können. Diese Liste an Beispielen erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Zudem ist Information über Fälle verfügbar, bei denen die Äste des Baumdiagramms einander ausschließen (z.B. ein Dienst der niemals für beide Äste klassifiziert werden darf).

Das Kodierungssystem folgt der im European Service Mapping Schedule (ESMS, Johnson et al., 2000) verwendeten Reihenfolge und dessen Adaption für Behindertendienste (DESDE) (Salvador-Carulla et al., 2006). Die Zusammenstellung wurde allerdings modifiziert um sie für die Klassifikation von LTC entsprechend den Deskriptorebenen (**Seite 78**) anzupassen. Aufgrund dessen sind die Kodes im Ast „D“ (Tagesbetreuung) nicht ordinal geordnet.

Das Kodierungssystem sollte nach der Vervollständigung von “Sektion D” unter Einbezug der dort angegebenen Informationen ausgefüllt werden.

I. KODIERUNGSZWEIG „INFORMATIONEN ÜBER PFLEGE“

I INFORMATION UND ERHEBUNG VON BEDÜRFNISSEN

Einrichtungen, deren Hauptziel darin besteht, Informationen für die definierte Zielgruppe zur Verfügung zu stellen und/oder deren Bedürfnisse zu erfassen. Diese Dienstleistungen ziehen weder nachträgliche Kontrollen oder Follow-ups, noch direkte Pflege nach sich.

I1 Beratung und Begutachtung

Bei diesem Dienst werden dem/der Klienten/in professionelle Beratung und Begutachtungen geboten (z.B. *Zentrum für Beratung und Beurteilung in dem professionelle Intervention, Evaluation und Design eines individuellen Plans für den/der Klienten/in beinhaltet*).

I1.1. gesundheitsbezogen

I1.2. bildungs-/trainingsbezogen

I1.3. sozial und kulturell bezogen

I1.4. arbeitsbezogen

I1.5. andere Begutachtung (nicht arbeitsbezogen)

I2 Information

Einrichtungen, die ausschließlich Informationen für Personen, die Langzeitpflege benötigen, bereitstellen.

Dies beinhaltet Information zur Zugänglichkeit. Begutachtungseinrichtungen sind hier nicht inkludiert.

I2.1 Interaktiv

Informationseinrichtungen, bei denen der Informationsaustausch die Interaktion zwischen KlientIn (Person, die Langzeitpflege benötigt) und ExpertIn erfordert.

I2.1.1 Face to Face

Informationseinrichtungen, die dafür vorgesehen sind Informationen für Personen, die Langzeitpflege benötigen, in einer Face-to-face Interaktion bereitzustellen.

I2.1.2 Sonstige Interaktion

Zielen darauf ab, KlientInnen mit Langzeitpflegebedürfnissen durch Informationstechnologien (IT) zu informieren. Um hier kodiert zu werden, sollte die Einrichtung folgende Kriterien erfüllen:

- sie verfügt über speziell für Langzeitpflege ausgebildetes Personal
- sie bietet speziell für Langzeitpflege nützliche Information,
- im Fall von Webseiten wird die Information zumindest monatlich aktualisiert

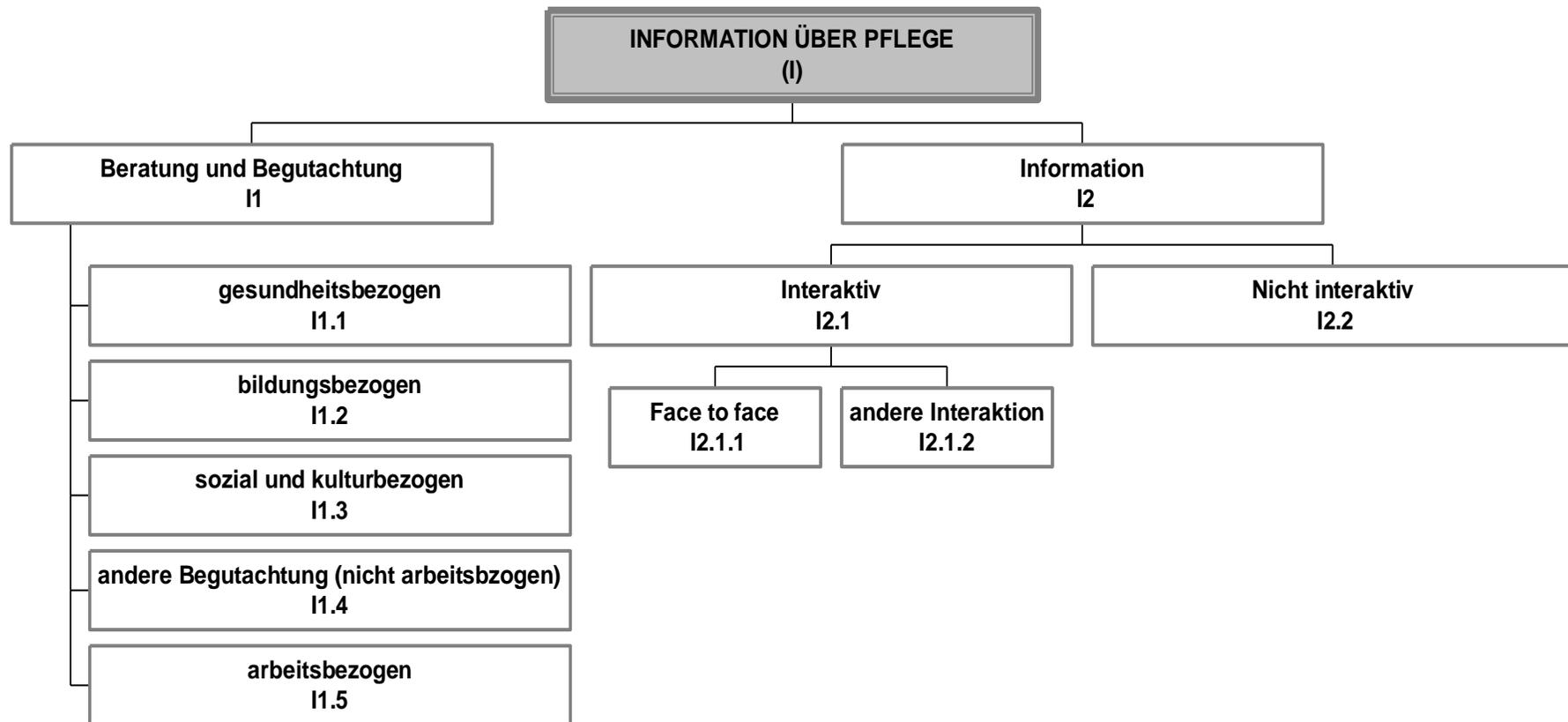
Interaktive Informationseinrichtungen die ihre Dienste via Internet und Telefon anbieten, werden hier mit einbezogen.

I2.2 Nicht-interaktiv

Informationseinrichtungen, die darauf abzielen, Personen, die Langzeitpflege benötigen zu informieren, wobei es zu keiner Interaktion mit dem/der KlientIn kommt und/oder die bereitgestellten Informationen nicht monatlich aktualisiert werden.

Um diesen Kode zu vergeben, sollte die Person, die die Webseite betreibt und aktualisiert bekannt sein. Nicht-interaktive Informationswebseiten werden hier mit einbezogen.

KODIERUNGSZWEIG I „INFORMATIONEN ÜBER PFLEGE“

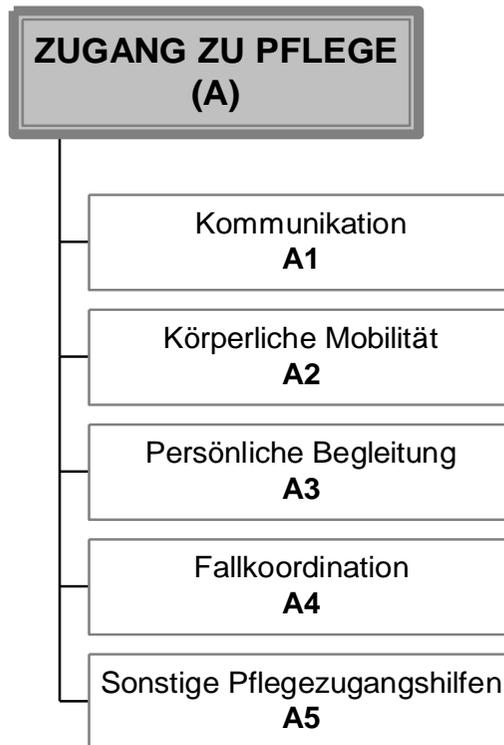


A. KODIERUNGSZWEIG „ZUGANG ZU PFLEGE“

- A Zugang zu Pflege**
Einrichtungen, deren Hauptziel es ist, Personen beim Zugang zu Langzeitpflege zu unterstützen. Diese Dienste stellen keine direkte Pflege zur Verfügung.
- A1 Kommunikation**
Einrichtungen, deren Hauptziel es ist, den Zugang zu Informationen für den Patienten zu erleichtern.
Gebärdensprache und gesundheitsbezogene Informationsdienste sind in dieser Sektion mit einbezogen.
- A2 Körperliche Mobilität**
Einrichtungen, die darauf abzielen die physische Mobilität von Personen, die Langzeitpflege benötigen, zu fördern (z.B. Transportdienste). Das beinhaltet nicht Mobilitätsmittel (z.B. Rollstühle).
- A3 Persönliche Begleitung**
Einrichtungen, die bezahlte persönliche Begleitung von nicht-professionellen Pflegekräften für Personen mit Langzeitpflegebedarf ermöglichen. Die persönliche Begleitung inkludiert keine direkte Pflege (freiwillige oder unbezahlte Begleitung wird mit Ast „S“ klassifiziert)
- A4 Fallkoordination**
Einrichtungen, die Pflegekoordination und Zugangsmöglichkeiten zu verschiedenen Diensten, Spezialisten und Tests für Personen mit Langzeitpflegebedarf organisiert. Die Pflegekoordination inkludiert keine direkte Pflege (z.B. Case Management ist inkludiert, aber kein intensives Case Management mit bestimmter Gemeindebetreuung im Bereich Psychischer Gesundheit)

- A5 Sonstige Pflegezugangshilfen**
Einrichtungen die darauf abzielen, Zugangshilfen zur Pflege zu ermöglichen und keine direkte Pflege zur Verfügung stellen.

KODIERUNGSZWEIG A „ZUGANG ZU PFLEGE“



S. KODIERUNGSZWEIG SELBSTHILFE UND EHRENAMTLICHE PFLEGE

S SELBSTHILFE UND EHRENAMTLICHE PFLEGE

Das Ziel dieser Einrichtungen besteht darin Unterstützung, Selbsthilfe oder persönliche Kontakte für Personen, die Langzeitpflege benötigen, anzubieten. Dieser Dienst beruht auf unbezahltem Personal, das häusliche, Tages-, ambulante oder gemeinschaftliche Pflege (wie in den anderen Ästen beschrieben) bereitstellt.

S1 PERSONAL OHNE PROFESSIONELLE AUSBILDUNG (NP)

Das Fachpersonal (mit Abschluss) welches Begutachtungen, Interventionen und Unterstützung für Menschen die Langzeitpflege benötigen, anbietet, beschränkt sich auf unter 60%.

100% des Personals ist unbezahlt und leistet die Arbeit ehrenamtlich. Management und administratives Personal kann bezahlt werden.

Selbsthilfegruppen, die von KlientInnen, informellen Pflegevereinigungen für gegenseitige Hilfe und Dienste, die in ihrer Gesamtheit durch Freiwillige zur Verfügung gestellt werden, werden in dieser Sektion inkludiert.

S1.1 S-NP Information zu Pflege

S1.2 S-NP Zugang zu Pflege

S1.3 S-NP Ambulante Pflege

S1.4 S-NP Tagesbetreuung

S1.5 S-NP Betreutes Wohnen

S2 FACHPERSONAL (P)

Einrichtungen, die Selbsthilfe oder ehrenamtliche Hilfe für KlientInnen, die Langzeitpflege benötigen, anbieten. Das Personal (mit Abschluss) welches speziell für die Beratung, Behandlung und Unterstützung von Personen, die Langzeitpflege benötigen, ausgebildet und qualifiziert ist,

besteht in der Regel aus mindestens 60%. 100% des Personals ist unbezahlt.

Die Dienste werden durch unbezahltes Fachpersonal und spezialisierte ehrenamtliche Helfer regelmäßig durchgeführt.

S2.1 S-P Information zu Pflege

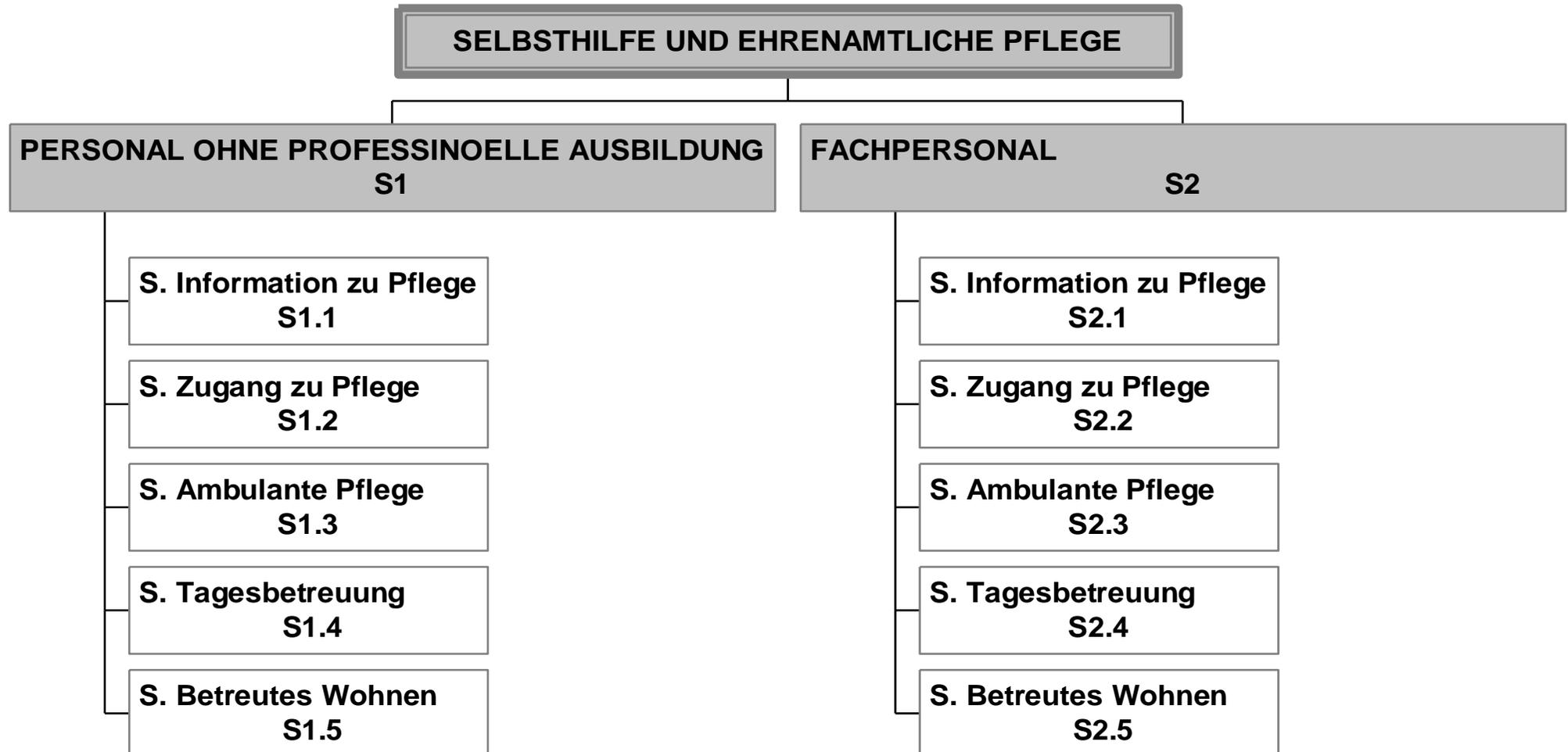
S2.2 S-P Zugang zu Pflege

S2.3 S-P Ambulante Pflege

S2.4 S-P Tagesbetreuung

S2.5 S-P Betreutes Wohnen

KODIERUNGSZWEIG S "SELBSTHILFE UND EHRENAMTLICHE PFLEGE"



O. KODIERUNGSZWEIG: AMBULANTE PFLEGE

O AMBULANTE PFLEGE

Dies sind Dienste, die

1. *den Kontakt zwischen dem Personal und den KlientInnen, mit dem Ziel des Umgangs mit ihrem jeweiligen Zustandsbild und den damit verbundenen klinischen und sozialen Schwierigkeiten, beinhalten und*
2. *die nicht wie bereits definiert im Rahmen von betreutem Wohnen, Tagesbetreuung und Dienstleistungen mit strukturierten Aktivitäten bereitgestellt werden.*

Akute Dienste (O1-O4): Diese Notfalldienste

- dienen der Begutachtung und anfänglichen Behandlung bei Verschlechterung des physischen oder psychischen Zustandes, der verhaltensbezogenen oder sozialen Funktionsfähigkeit aufgrund des individuellen Zustandes, und
- können in der Regel noch am selben Tag während der Dienstzeit bereitgestellt werden.

Heim & Mobil (Heim-Mobil) (O1-O2):

Bei mobilen Diensten findet der Kontakt zu KlientInnen in unterschiedlichsten Settings inkl. dem Zuhause des/der Klienten/in statt, in Abhängigkeit davon, welches Setting sowohl im Ermessen des Fachpersonals als auch des Klienten/der Klientin angemessen erscheint. Um einen Dienst als "heim & mobil" zu klassifizieren, sollten mindestens 50% der Kontakte nicht in den Räumlichkeiten des Dienstes stattfinden. Wenn mobile Dienste für mind. 20% zur Verfügung gestellt werden, sollte ein sekundärer, mobile Kode zu dem MTC-nichtmobil-Kode eingefügt werden. In anderen Fällen kann der Zusatzkode „d“ eingefügt werden, um die mobile Aktivität zu beschreiben. Bei einigen Diensten kann sich der Hauptstandort von Tag zu Tag verändern (z.B. Dienste in ländlichen Gegenden die von Dorf zu Dorf fahren) – dies impliziert jedoch nicht, dass derartige Dienste als "heim & mobil" klassifiziert werden, außer das

Personal arbeitet außerhalb des für diesen Tag bestimmten Hauptstandortes.

Einrichtungen dürfen nicht gleichzeitig als "Heim und Mobil" und "non-mobil" klassifiziert werden! Wenn 50% der KlientInnenkontakte außerhalb der Hauptstandortes stattfinden, so werden sie ausschließlich als „Heim und Mobil“ klassifiziert. Sowohl mobile wie non-mobile Nutzung wird in Sektion C kodiert. Dienste, die sich nicht speziell auf mobil Pflege konzentrieren, können von nicht-mobilen Diensten unterscheiden werden in dem der zusätzliche Kode „d“ eingefügt wird (z.B. O8.1 d).

O1 24 Stunden: Als 24-Stunden-Dienste werden akute Dienste bezeichnet, die 24 Stunden pro Tag, 7 Tage pro Woche verfügbar sind.

O1.1 Gesundheitsbezogene Pflege: Das primäre Ziel dieser Einrichtungen besteht in der spezifischen klinischen Betreuung innerhalb des Zeitraumes, den der Kode beschreibt. Ein Teil des Personals ist in gesundheitsbezogener Pflege einschlägig qualifiziert (Medizin, Krankenpflege, Physiotherapie, medizinische Rehabilitation und Psychologie).

O1.2 Sonstige Betreuungsform: Einrichtungen, die nicht die Kriterien gesundheitsbezogener Betreuungsdienste erfüllen.

O2 Zeitlich begrenzt verfügbar: Diese Dienste sind nicht immer verfügbar (die Öffnungszeiten betragen weniger als 24 Stunden pro Tag, 7 Tage pro Woche).

Beispiele für die Äste O1 und O2 – Krisenteams und mobile Teams, welche Krisenbehandlung für ältere Personen zuhause bereitstellen. Ambulante Einrichtungen können auch Notfalldienste (neben kontinuierlicher Pflege) anbieten. In diesem Fall werden sie in beiden Ästen klassifiziert. Einrichtungen dürfen nicht gleichzeitig als "24 Stunden" und "zeitlich begrenzt verfügbar" klassifiziert werden. – Wenn es während der Woche Zeiten gibt, in denen der Dienst nicht verfügbar ist und keine

Kundenkontakte möglich sind, muss er als „zeitlich begrenzt verfügbar“ klassifiziert werden.

O2.1 Gesundheitsbezogene Pflege (siehe O1.1)

O2.2 Andere Pflege (siehe O1.2): Dieser Kode inkludiert möglicherweise BSICs, deren Hauptfunktion die Unterstützung bei täglichen Aktivitäten (Reinigung, Körperpflege und Kochen) nur in Krisenzeiten (z.B.: Erkrankung eines Hauptpflegers) für einen begrenzten Zeitraum der Woche, in der Wohnung des Klienten/der Klientin darstellt. Das ist ein nebensächlicher Kode.

Non-mobil (O3-O4): Dienste, die die Kriterien für “Heim & Mobil” nicht erfüllen.

O3 24 Stunden (siehe O1)

O3.1 Gesundheitsbezogene Pflege (siehe O1.1): Notaufnahmen in allgemeinen Krankenhäusern, welche spezifische Pflege für KlientInnen mit Langzeitpflegebedarf bereitstellen. Diese Dienste sollten spezifische Pflege für eine definierte spezifische Population bieten, z.B.: Pflege für KlientInnen mit psychischen Störungen sollte durch einschlägig qualifiziertes Fachpersonal erfolgen.

O3.2 Sonstige Pflege (siehe O1.2)

O4 Zeitlich begrenzt verfügbar (siehe O2)

Einrichtungen dürfen nicht gleichzeitig als “24 Stunden” und “zeitlich begrenzt verfügbar” klassifiziert werden. Wenn es während der Woche Zeiten gibt, in denen der Dienst nicht verfügbar ist und keine Kontakte möglich sind, muss er als „zeitlich begrenzt verfügbar“ klassifiziert werden.

O4.1 Gesundheitsbezogene Pflege (siehe O1.1): Notdienste in ambulanten Zentren (Erstversorgungszentren oder in Zentren für psychische Störungen), welche zeitlich begrenzt spezifische Pflege für KlientInnen mit Langzeitpflegebedürfnissen während einer Krisensituation bereitstellen.

O4.2 Sonstige Pflege (siehe O1.2)

nicht akute Pflege (O5-O10)

Derartige Dienste bieten den KlientInnen regelmäßigen Kontakt mit kontinuierlicher Pflege inklusive Fachpersonal an, wobei dieser Kontakt auch langfristig bestehen kann, falls dies erforderlich ist. Kontinuierliche Pflegedienste bieten akute/Notfallpflege auf regelmäßiger Basis an. Nur wenn die akute Pflege mehr als 20% der normalen Aktivitäten des Dienstes ausmacht, sollten sowohl akute als auch nicht akute Äste registriert werden.

Heim & mobil (O5-O7) (siehe heim und mobil für akute Pflege)

O5 Hohe Intensität: Diese Dienste können mindestens dreimal pro Woche einen persönlichen Kontakt zu KlientInnen herstellen, sofern dies klinisch indiziert ist.

O5.1 Gesundheitsbezogene Pflege. (siehe O1.1)

O5.1.1 Pflege 3 bis 6 Tage pro Woche: Diese Einrichtungen bieten ihren KlientInnen spezifische klinische Betreuung weniger als 7 Tage pro Woche und 3 Stunden pro Tag an.

O5.1.2 Pflege 7 Tage pro Woche, mind. 3 Stunden pro Tag: Diese Einrichtungen bieten ihren KlientInnen spezifische klinische Betreuung mindestens 7 Tage pro Woche und 3 Stunden pro Tag an.

O5.1.3 7 Tage pro Woche, Nachtdienste eingeschlossen: Diese Einrichtungen bieten ihren KlientInnen spezifische klinische Betreuung mindestens 7 Tage pro Woche inklusive Nachtpflege an.

05.2 Sonstige Pflege: Einrichtungen, welche die Kriterien für gesundheitsbezogene Pflegedienste nicht erfüllen.

05.2.1 Pflege 3 - 6 Tage pro Woche: Einrichtungen, die nicht klinische Pflege für KlientInnen anbieten. Die Verfügbarkeit ist geringer als 7 Tage pro Woche, 3 Stunden pro Tag.

05.2.2 Pflege 7 Tage pro Woche mindestens 3 Stunden pro Tag: Einrichtungen die nicht klinische Pflege für KlientInnen anbieten. Die Verfügbarkeit ist hierbei 7 Tage pro Woche, mind. 3 Stunden pro Tag.

05.2.3. 7 Tage die Woche, Nachtdienste eingeschlossen: Diese Einrichtungen bieten ihren KlientInnen spezifische klinische Betreuung mindestens 7 Tage pro Woche inklusive Nachtpflege an.

O6 Mittlere Intensität: Diese Dienste weisen nicht die Kapazität auf, ihren KlientInnen dreimal pro Woche Kontakte anzubieten, mindestens einmal pro zwei Wochen ist ein Kontakt jedoch möglich, falls dies indiziert ist.

O6.1 Gesundheitsbezogene Pflege (siehe O5.1)

O6.2 Sonstige Pflege (siehe O5.2)

O7 Geringe Intensität: Diese Einrichtungen verfügen nicht über die Kapazität, ihre KlientInnen einmal innerhalb von zwei Wochen zu sehen.

Beispiele für die Äste O5 bis O7 – Gemeindegewestern und unterstützende Teams sind gute Beispiele für diese Äste.

‘Hohe Intensität’, ‘Mittlere Intensität’ und ‘Geringe Intensität’ schließen einander gegenseitig aus – Wenn eine Einrichtung über die Kapazitäten verfügt, KlientInnen 3 Tage pro Woche Kontakte zu ermöglichen, wird sie

mit „Hoher Intensität“ klassifiziert, auch dann, wenn einige der KlientInnen seltener Kontakt haben. Wenn ein Dienst einmal alle zwei Wochen aber nicht drei Tage die Woche genutzt werden kann, wird dieser mit „Mittlere Intensität“ bezeichnet, auch dann, wenn der Kontakt geringer ist. Nur Dienste, die nicht mindestens einmal in zwei Wochen genutzt werden können, werden mit „Geringe Intensität“ klassifiziert.

O7.1 Gesundheitsbezogene Pflege (siehe O5.1)

O7.2 Sonstige Pflege (siehe O5.2)

Nicht mobil (O8-O10)

O8 Hohe Intensität: (siehe O5)

O8.1 Gesundheitsbezogene Pflege (siehe O5.1)

O8.2 Sonstige Pflege (siehe O5.2)

O9 Mittlere Intensität: (siehe O6)

O9.1 Gesundheitsbezogene Pflege (siehe O5.1)

O9.2 Sonstige Pflege (siehe O5.2)

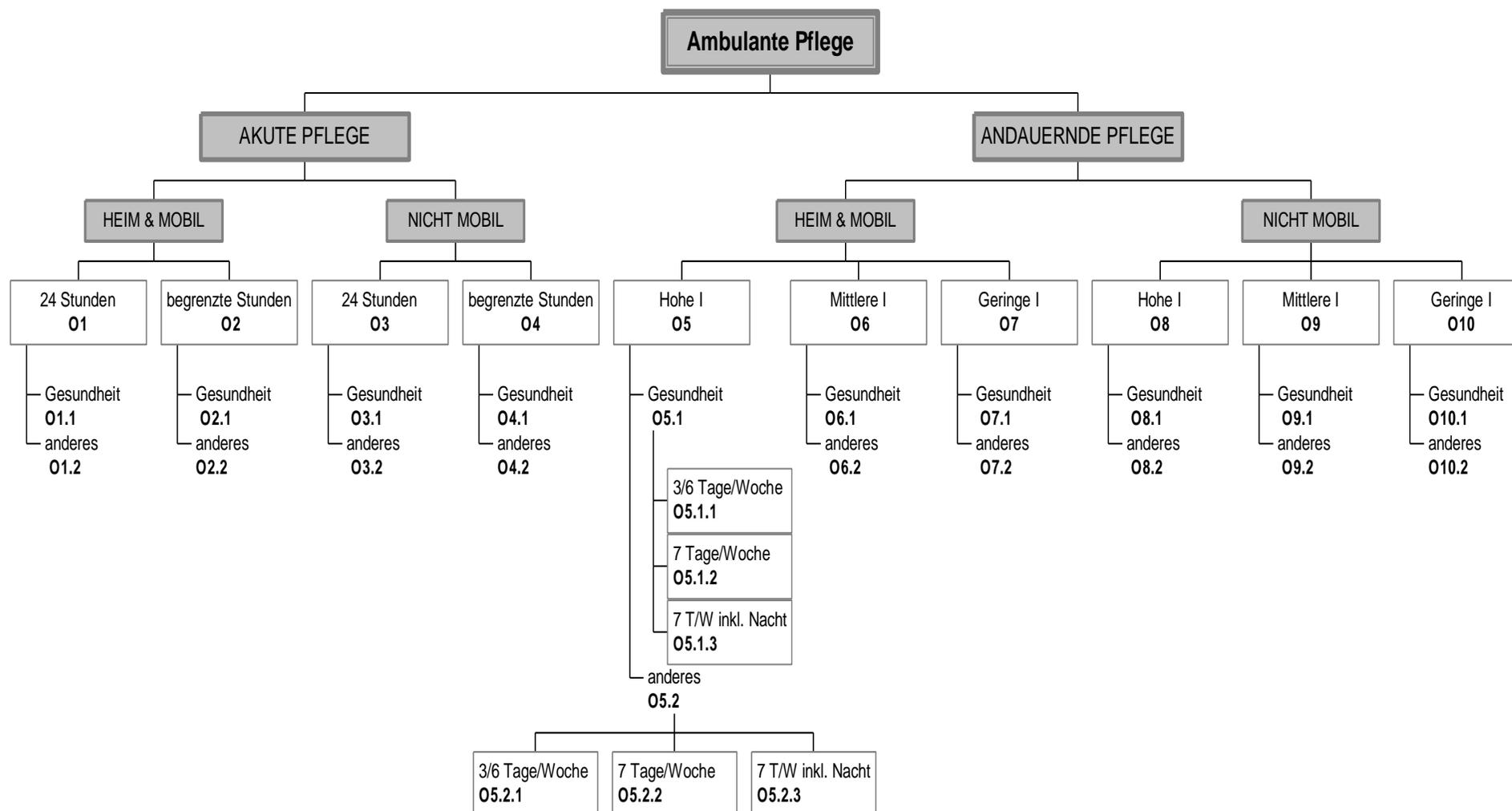
O10 Geringe Intensität (siehe O7)

Beispiele für die Äste O8 bis O10 – Ambulanzen und gemeindebasierte Zentren für psychische Gesundheit in denen weniger als 20% der KlientInnenkontakte außerhalb des Standortes stattfinden.

O10.1 Gesundheitsbezogene Pflege (siehe O5.1)

O10.2 Sonstige Pflege (siehe O5.2)

KODIERUNGSZWEIG O „AMBULANTE PFLEGE“



D. KODIERUNGSZWEIG TAGESBETREUUNG

Die Kodierungen folgen keiner ordinalen Zusammenstellung in diesem Ast.

D TAGESBETREUUNG

Hier handelt es sich um Einrichtungen, die

- (i) normalerweise für mehrere KlientInnen gleichzeitig zur Verfügung stehen (im Gegensatz zu Dienstleistungen, die den KlientInnen einzeln angeboten werden);
- (ii) Behandlungskombinationen, für die Probleme von Personen, die Langzeitpflege benötigen, anbieten: strukturierte Aktivitäten, soziale Kontakte/Unterstützung.
- (iii) für die KlientInnen in der Regel zu offiziellen Öffnungszeiten zur Verfügung stehen und
- (iv) erwarten, dass die KlientInnen während der Zeiten in denen sie face-to-face Kontakte mit dem Personal haben in der Einrichtung bleiben (z.B. zielen diese Dienstleistungen nicht darauf ab, dass die KlientInnen zu vereinbarten Treffen mit dem Personal erscheinen und unmittelbar danach die Einrichtung wieder verlassen). Die Bereitstellung der Pflege wird gewöhnlich im Vorhinein geplant.

AKUTE PFLEGE

D0 EPISODISCH

Einrichtungen, die Tagespflege, PatientInnen mit einer Gesundheitsverschlechterung in einer einzelnen oder mehreren Pflegeepisoden, innerhalb eines bestimmten Zeitraums bereitstellen.

D0.1 Hohe Intensität: Einrichtungen, die gewöhnlich Pflege hoher Intensität für KlientInnen mit einem sich verschlechterndem Gesundheitszustand in einer einzelnen oder mehreren Pflegeepisoden innerhalb eines bestimmten Zeitraums zur Verfügung stellen. Die Pflegeepisode dauert mind. 24 Stunden und

der Klient/die Klientin wird am selben Tage aufgenommen und wieder entlassen. Die Pflegeepisode inkludiert komplexe und koordinierte Pflegeaktivitäten wie Diagnostik und Erhebung, Interventionen und andere Pflegearten, die Professionisten bedürfen und nicht auf einen einzelnen face-to-face Kontakt (wie in geplanten ambulanten Settings) beschränkt sind. Die Komplexität der Intervention entspricht der in einer Krisensituation.

Beispiele: Tageschemotherapie in einer Onkologie

D0.2 andere Intensität: Einrichtungen, die episodische, akute Pflege bereitstellen, aber das Intensitätskriterium nicht erfüllen.

D1 Kontinuierliche, akute Pflege: Einrichtungen, die

- (i) in der Regel KlientInnen aufgrund einer Krise aufnehmen: eine Verschlechterung im physischen oder psychischen Zustand, im Verhalten oder der sozialen Funktionsfähigkeit;
- (ii) mit dem Ziel der Verminderung des Abbaus/ der Krise.
- (iii) Die Pflege wird kontinuierlich geboten und nicht episodisch, mind. 5 Tage/Woche in einem begrenzten Zeitraum. Diese Tageseinrichtungen sind als Alternative zu einer Hospitalisierung organisiert oder um eine Entlassung bevor eine Krise beendet ist zu beschleunigen oder der Klient/ die Klientin stabil ist.

Tageskrankenhäuser zählen zu dieser Sektion.

D1.1 Hohe Intensität: Eine Aufnahme ist in der Regel innerhalb von 72 Stunden möglich. Zumindest 20% der KlientInnen der letzten 12 Monate wurden innerhalb von 72 Stunden aufgenommen.

Tageskliniken, welche in diese Sektion mit einbezogen werden, fokussieren auf Pflege für KlientInnen mit einer signifikanten Verschlechterung ihres gesundheitlichen Zustandes der mit einem Risiko für sie selbst, ihre Familie oder andere verbunden ist und sofortige Pflegeintervention benötigen. Diese Dienste sind eine

Alternative zu einer Krankenhausaufnahme. Ohne diese Einrichtung wäre der Klient/die Klientin im Einzugsgebiet hospitalisiert worden.

D1.2 Andere Intensität: Eine Aufnahme in dieser Einrichtung ist im Allgemeinen innerhalb von 4 Wochen nach Krisenbeginn für KlientInnen, die aus akuten, betreutem Wohnen entlassen wurden (R2 oder R3), möglich. Mindestens 80% der KlientInnen in den letzten 12 Monaten sind in weniger als 4 Wochen nach Krisenbeginn aufgenommen worden (in anderen Fällen klassifizieren Sie die Einrichtung als D4.2).

Tageskliniken, welche in diese Sektion mit einbezogen werden, fokussieren auf Pflege für KlientInnen mit einer signifikanten Verschlechterung ihres gesundheitlichen Zustandes der mit einem Risiko für sie selbst, ihre Familie oder andere verbunden ist und sofortige Pflegeintervention benötigen. Diese Einrichtungen stellen KEINE Alternative zu einer Krankenhausaufnahme dar, sondern eine Ergänzung, die eine Entlassung vor Ende der Krise erlaubt. Ansonsten hätte der Klient/die Klientin länger im Krankenhaus bleiben müssen. Intensives Case Management kann hier kodiert werden.

NICHT AKUT (D2-D9)

Hier sind alle Tagesbetreuungen mit einbezogen, welche die Kriterien für sofortige, akute (Krisen-)Verfügbarkeit nicht erfüllen.

ARBEIT (D2, D6)

Arbeitseinrichtungen geben KlientInnen die Möglichkeit von bezahlter Arbeit. Diese sind entweder geschützte Arbeitsplätze oder Arbeitsplätze am freien Arbeitsmarkt.

D2 Hohe Intensität, Arbeit

Einrichtungen hoher Intensität sind für KlientInnen verfügbar, die wenigstens vier Halbtage pro Woche die Einrichtungen besuchen. Nicht alle KlientInnen müssen diese so häufig wie dies für den mit „hoher

Intensität“ klassifizierten Dienst angegeben ist, besuchen, aber sie sollten zumindest die Möglichkeit dazu haben.

D2.1 Übliche Beschäftigung: KlientInnen mit registrierten Behinderungen erhalten zumindest den gesetzlichen Mindestlohn und die Einrichtung befolgt die allgemeinen Arbeitsbestimmungen des freien Marktes. Wenn es keinen Mindestlohn gibt, schlägt DESDE-LTC vor, dass zu erwartende Gehaltslevel über ähnliche Jobs zu berechnen.

Außerdem hätten die KlientInnen diesen Arbeitsplatz im freien Wettbewerb möglicherweise nicht erhalten – Der Arbeitsplatz ist eventuell, abhängig von den nationalen/regionalen oder lokalen Bestimmungen, speziell für Personen mit Behinderungen gedacht.

D2.2 Sonstige Formen der Beschäftigung: Die Einrichtungen befolgen die allgemeinen Arbeitsbestimmungen für Menschen mit Behinderungen. ArbeitnehmerInnen erhalten mindestens 50% des, für diese Arbeit üblichen Mindestlohnes. Die Organisation folgt den Arbeitsbestimmungen für Menschen mit Behinderungen. Wenn es keinen Mindestlohn gibt, schlagen wir vor, dass zu erwartende Gehaltslevel über ähnliche Jobs zu berechnen. Die Arbeit findet in einem geschützten Setting statt oder in einem, in dem nicht alle MitarbeiterInnen Langzeitpflegebedarf aufweisen.

D6 Niedrige Intensität, Arbeit

Die KlientInnen sind in der Regel in einem Ausmaß von weniger als vier Halbtagen pro Woche in diesen Einrichtungen anwesend.

D6.1 Übliche Beschäftigung (siehe D2.1)

D6.2 Sonstige Formen der Beschäftigung (siehe D2.2)

ARBEITSBEZOGENE PFLEGE (D3, D7)

Die KlientInnen führen in diesen Einrichtungen Tätigkeiten aus, die einer normalen Arbeitsbeschäftigung gleicht und für die am freien Markt eine

Entlohnung zu erwarten wäre. Die KlientInnen führen die Tätigkeit jedoch entweder ohne Bezahlung aus oder erhalten weniger als 50% des für diese Arbeit üblichen Lohns. Wenn es keinen Mindestlohn gibt, schlägt DESDE-LTC vor, dass zu erwartende Gehaltslevel über ähnliche Jobs zu berechnen.

D3 Hohe Intensität, arbeitsbezogene Pflege (siehe D2)

D3.1 Befristet: In diesen Einrichtungen führen KlientInnen arbeitsbezogene Tätigkeiten aus, die zeitlich begrenzt sind.

Mit einbezogen sind Zentren, welche berufsbezogene Schulungen über einen fixen Zeitraum z.B. zwei Jahre anbieten.

D3.2 Unbefristet: In diesen Einrichtungen führen KlientInnen arbeitsbezogene Tätigkeiten aus, die nicht zeitlich begrenzt sind.

Mit einbezogen sind andere berufsbezogene Zentren und Workshops, die soziale und berufliche Integration zum Ziel haben.

Wenn ein Zentrum Schulungen oder andauernde arbeitsbezogene Pflege für dieselbe Gruppe von Menschen über lange Zeitperioden (z.B. länger als zwei Jahre) bereitstellt, wird die Einrichtung nicht als „befristet“ kodiert, selbst wenn es verschiedene Programme mit einer zeitlichen Befristung anbietet (z.B. KlientInnen bleiben in dem Zentrum für eine längere Zeitperiode als die Dauer eines Kurses).

D7 Niedrige Intensität, arbeitsbezogene Pflege (siehe D6)

D7.1 Befristet (siehe D3.1)

D7.2 Unbefristet (siehe D3.2)

NICHT ARBEITSBEZOGENE STRUKTURIERTE TAGESBETREUUNG (D4, D8)

Diese Einrichtungen bieten strukturierte Aktivitäten, die sich von Arbeit beziehungsweise arbeitsbezogenen Tätigkeiten unterscheiden, an. Diese Aktivitäten können Kompetenztraining, kreative Tätigkeiten (Kunst oder

Musik) und Gruppenaktivitäten beinhalten und sollten zumindest während 25% der gesamten Öffnungszeiten angeboten werden.

D4 Hohe Intensität, strukturierte Tagesbetreuung (siehe D2)

D4.1 Gesundheitsbezogen: Diese Einrichtungen entsprechen den Kriterien für geplant verfügbare Tagesbetreuung, deren Hauptfunktion die Bereitstellung klinischer Langzeitpflege (physisch, psychologisch und/oder sozial) ist. Zumindest 20% des Personals verfügen über eine qualifizierte Ausbildung im Gesundheitswesen.

Einrichtungen für physische, soziale oder psychologische Rehabilitation werden in dieser Sektion mit einbezogen. Einrichtungen deren Ziel es ist, die sozialen Aspekte von Langzeitpflege durch Gesundheitsbedienstete zu verbessern, werden hier inkludiert (z.B. Workshops bezüglich sozialer Fertigkeiten).

D4.2 Edukativ: Diese Einrichtungen bieten ihren KlientInnen Schulungen an, die Teile eines offiziell anerkannten und registrierten Bildungs- und Ausbildungsprogramms sind (auf nationaler, regionaler oder lokaler Ebene).

Mit einbezogen sind Zentren für Sonderpädagogik und berufsbezogene Schulungen.

D4.3 Sozial und kulturbezogen: Diese Einrichtungen bieten Aktivitäten im sozialen und kulturellen Rahmen an.

Dies inkludiert Zentren, die nicht-offizielle zusätzliche Ausbildungen und Trainings, sowie Unterstützung bei Ausbildung anbieten. Sportliche Aktivitäten, soziale Clubs, die auf strukturierte Weise soziale Kontakte ermöglichen und Workshops, deren Hauptziel nicht soziale und arbeitsbezogene Integration darstellt, werden hier ebenfalls mit einbezogen.

D4.4 Sonstige strukturierte Tagesbetreuung: Diese Einrichtungen erfüllen nicht die Kriterien der „gesundheitsbezogenen, edukativen, sozial- oder kulturbezogenen Betreuung“, bieten aber dennoch strukturierte Aktivitäten an.
Dies bezieht Dienste, deren Ziel Prävention ist, mit ein.

D8 Geringe Intensität, strukturierte Tagesbetreuung (siehe D6)

D8.1 Gesundheitsbezogen (siehe D4.1)

D8.2 Edukativ (siehe D4.2)

D8.3 Sozial und kulturbezogen (siehe D4.3)

D8.4 Sonstige strukturierte Tagesbetreuung (siehe D4.4)

NICHT STRUKTURIERTE TAGESBETREUUNG (D5, D9)

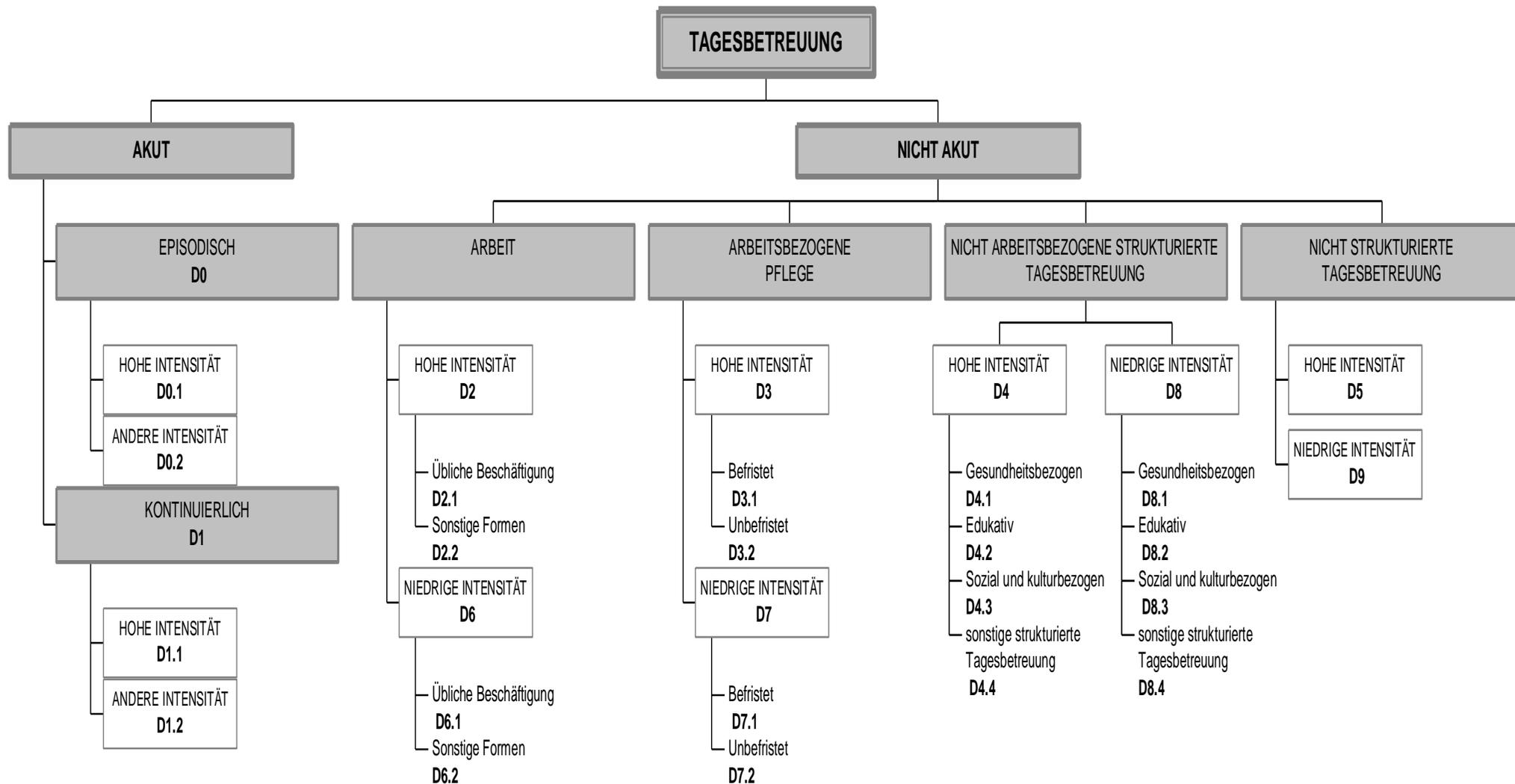
Diese Einrichtungen erfüllen die Kriterien der „nicht-akuten Tagesbetreuung“, bieten aber keine arbeitsbezogenen oder anderen strukturierten Aktivitäten an bzw. weniger als 25% der gesamten Öffnungszeit. Die Hauptfunktion dieser Einrichtungen besteht darin, soziale Kontakte, praktische Hilfe und/oder Unterstützung bereitzustellen.

Soziale Clubs, die das Kriterium für nicht strukturierte Pflege erfüllen, werden in dieser Sektion mit aufgenommen.

D5 Hohe Intensität, nicht strukturierte Tagesbetreuung (siehe D2)

D9 Geringe Intensität, nicht strukturierte Tagesbetreuung (siehe D6)

KODIERUNGSZWEIG D "TAGESBETREUUNG"



KODIERUNGSZWEIG BETREUTES WOHNEN

R BETREUTES WOHNEN:

Einrichtungen, die ihren KlientInnen Übernachtungsmöglichkeiten zur Verfügung stellen, um die klinische und soziale Behandlung ihres Gesundheitszustandes zu ermöglichen. Die KlientInnen übernachten somit nicht nur, aufgrund von Obdachlosigkeit oder weil es ihnen nicht möglich ist ihr Heim zu erreichen in solchen Einrichtung.

Üblicherweise werden betreute Wohnsettings nur mit einem Kode klassifiziert. Dennoch kann es manchmal notwendig sein, eine Einrichtung in mehr als einem Kode zu klassifizieren, z.B. eine Einrichtung, die über Betten für Krisenaufnahmen und Betten für geplante Aufnahmen für unbeschränkte Zeit verfügen.

AKUT

Dies sind Einrichtungen, in die

- (i) KlientInnen auf Grund einer Krise, einer Verschlechterung ihres physischen oder psychischen Zustandes, ihrer verhaltensbezogenen oder sozialen Funktionsfähigkeit aufgenommen werden;
- (ii) Aufnahmen in der Regel innerhalb von 24 Stunden möglich sind; und
- (iii) der bisherige Wohnplatz der KlientInnen während des Aufenthaltes nicht verloren geht.

24 STUNDEN MEDIZINISCHE VERSORGUNG

Dienste innerhalb von Krankenhäusern oder stationären Meso-Organisationen, in denen eine 24-stündige medizinische Versorgung durch einen registrierten Arzt sichergestellt ist. Einrichtungen in denen die Versorgung durch postgraduale MedizinstudentInnen geleistet wird, werden ausgeschlossen.

KRANKENHAUS

Krankenhäuser sind in den meisten Ländern rechtlich anerkannte Meso-Organisationen. Dieser rechtliche Status kann als Grundlage zur Ermittlung von Krankenhaus BSICs genutzt werden. In Ländern, in denen es keine rechtliche Grundlage gibt was als Krankenhausdienst gilt und was nicht, oder in denen Zweifel existieren, sollten Dienste als Krankenhaus BSICs klassifiziert werden, wenn sie über mehr als 20 Betten und einer 24 stündigen medizinische Versorgung verfügen. Eine Interessensvertretung und/oder lokale oder regionale Gesundheitsbeauftragte sollte im Zweifelsfalle zu Rate gezogen werden.

AKUTE 24h ÄRZTLICHE VERSORGUNG

RO KEIN KRANKENHAUS

Akute Pflegeeinrichtung mit 24h ärztlicher Versorgung außerhalb der Lokalität des registrierten Krankenhauses (z.B. Pflegeeinrichtungen mit 24h medizinischer Versorgung mit weniger als 20 Betten und welche nicht als Krankenhaus registriert sind).

Beispiel Ast RO akute Einrichtungen für spezielle Konditionen ohne 24h ärztliche Versorgung (mit ev. niedriger Intensität und MitarbeiterInnen) werden hier eingeschlossen.

Dieser Kode sollte nur nach sorgfältiger Prüfung gestellt werden!

R1 KRANKENHAUS HOHE INTENSITÄT

PatientInnen werden hier aufgrund eine physischen oder psychischen Gesundheitsverschlechterung aufgenommen, die schwer genug ist, dass eine kontinuierliche Überwachung über 24h und/oder spezielle Isolation erforderlich ist.

Beispiel für Ast R1 Diese Einrichtungen inkludieren intensive Pflegeeinrichtungen für LTC. Im Bereich Psychische Gesundheit werden PatientInnen kontinuierlich überwacht, weil sie von KlinikerInnen als zu gefährlich für sich selbst oder andere angesehen werden, um in einer anderen Einrichtung betreut zu werden oder weil ein gerichtliches Urteil

ihre Anwesenheit in dieser Einrichtung vorschreibt. Zwangseinweisungen sollten nicht automatisch als Sicherheitsverwahrungen kategorisiert werden – ein Klient/eine Klientin kann auch in eine generische Einrichtung zwangseingewiesen werden. Einrichtungen, die über eine höhere Sicherheitsstufe/ Überwachung verfügen als die, in die NutzerInnen aus dem Einzugsgebiet normalerweise eingeliefert werden, sollten als „hohe Intensität“ klassifiziert werden.

R2 KRANKENHAUS, MITTLERE INTENSITÄT

Akute Einrichtungen mit 24h ärztlicher Versorgung in einem registrierten Krankenhaus, in die

- (i) KlientInnen auf Grund einer Krise, einer Verschlechterung ihres physischen oder psychischen Zustandes, ihrer verhaltensbezogenen oder sozialen Funktionsfähigkeit aufgenommen werden;
- (ii) Aufnahmen in der Regel innerhalb von 24 Stunden möglich sind; und
- (iii) der bisherige Wohnplatz der KlientInnen während des Aufenthaltes nicht verloren geht.

Einrichtungen, die regelmäßige Pflege (mittlerer Intensität), Überwachung und/oder Sicherheit für stationäre KlientInnen bieten.

Beispiel für den Ast R2 –Krankenhausabteilungen, in denen routinemäßig KlientInnen aus einem spezifischen Einzugsgebiet aufgenommen werden. Dies bezieht ebenfalls Akutabteilungen von allgemeinen Krankenhäusern, psychiatrischen Krankenhäusern und anderen spezialisierten Krankenhäusern mit ein. Abteilungen innerhalb von Mesoorganisationen und **ohne** 24h ärztlicher Versorgung sollten hier kodiert werden, wenn in der Mesoorganisation 24h ärztliche Versorgung für Notfälle verfügbar ist. Diese betreuten Wohneinrichtungen können auch ambulante Notfallpflege (neben akuter Pflege) anbieten und werden somit in beiden Ästen (R2 & O3) klassifiziert, wenn die Notversorgung für die spezielle Zielgruppe im gleichen Krankenhaus erfolgt.

R3 KEINE 24h ÄRZTLICHE VERSORGUNG

Einrichtungen OHNE 24h ärztlicher Versorgung, in die

- (i) KlientInnen auf Grund einer Krise, einer Verschlechterung ihres physischen oder psychischen Zustandes, ihrer verhaltensbezogenen oder sozialen Funktionsfähigkeit aufgenommen werden;
- (ii) Aufnahmen in der Regel innerhalb von 24 Stunden möglich sind; und
- (iii) der bisherige Wohnplatz der KlientInnen während des Aufenthaltes nicht verloren geht.

R3.0 KRANKENHAUS: Akute Pflegeeinrichtungen ohne 24h ärztlicher Versorgung in einem registrierten Krankenhaus.

Beispiel für den Ast R3.0: Manche registrierten Krankenhäuser mögen eventuell geringe akute Pflege ohne 24h ärztliche Versorgung anbieten (z.B. manche akute Abteilungen an spezialisierten psychiatrischen Einrichtungen, manche Krankenhäuser für geriatrische PatientInnen oder manche Krankenhäuser für Gehirnverletzungen). Eine Krankenhausabteilung, die KEINE 24h ärztliche Versorgung hat, aber eine innerhalb der Mesoorganisation verfügbar wäre, sollte hier NICHT kodiert werden.

Hier handelt es sich um einen Kode, der nur nach sorgfältiger Prüfung gestellt werden sollte!

R3.1 NICHT KRANKENHAUS: Akute Pflegeeinrichtungen OHNE 24h ärztlicher Versorgung außerhalb eines Krankenhauses.

R3.1.1. Gesundheitsbezogene Pflege: Das Ziel dieser Einrichtungen besteht in der spezifischen klinischen Betreuung während des Zeitraumes, der durch den Kode definiert wird und ein Teil des Personals ist in gesundheitsbezogener Pflege einschlägig qualifiziert (Medizin, Krankenpflege, Physiotherapie, medizinische

Rehabilitation, Psychologie) oder hat eine äquivalente Ausbildung absolviert – steht aber nicht 24h zur Verfügung.

Beispiel Ast R3.1.1: Dies inkludiert eine große Bandbreite von nicht im Krankenhaus geführten Betten, die als Alternative zu einer Krankenhausaufnahme gewählt werden können. Einrichtungen, wie Notquartiere/ -unterkünfte oder Notfallbetten in gemeindenaher Erstversorgung oder psychiatrische Zentren sollten hier kodiert werden. Betreute Wohneinrichtungen mit hoher Intensität an medizinischem Personal, aber OHNE 24h ärztlicher Versorgung sind hier inkludiert (z.B. Pflegeheime).

R3.1.2 Sonstige Pflege: Diese Einrichtungen erfüllen die Kriterien für akute, gesundheitsbezogene Pflegeheime (kein Krankenhaus) nicht.

NON-AKUT (GEPLANTE VERFÜGBARKEIT) (R4-R13) Betreute Wohneinrichtungen, die nicht die Kriterien für Akuteinrichtungen erfüllen. Notfallsaufnahmen werden routinemäßig zu anderen Einrichtungen überwiesen.

24H ÄRZTLICHE VERFÜGBARKEIT (R4-R7)

KRANKENHAUS

R4 Zeitlich begrenzt verfügbar

Dies sind Einrichtungen, für die eine maximale Aufenthaltsdauer routinemäßig spezifiziert und festgelegt wurde. Eine Einrichtung sollte als „zeitlich begrenzte Aufenthaltsmöglichkeit“ klassifiziert werden, wenn eine maximale Aufenthaltsdauer für mindestens 80% der in die Einrichtung aufgenommenen KlientInnen festgelegt wurde.

Beispiel für den Ast R4 – Dies inkludiert Rehabilitationseinrichtungen oder therapeutische Programme, bei denen die Dauer in Monaten oder Jahren vorgegeben ist.

R6 Unbegrenzter Aufenthalt

Diese Einrichtungen erfüllen nicht das Kriterium „zeitlich begrenzte Aufenthaltsdauer“.

Beispiel für den Ast R6 – Dies inkludiert Pflegeeinrichtungen für ältere Menschen, in denen die KlientInnen für eine unbestimmte Zeitperiode aufgenommen werden und durch das Personal 24 Stunden pro Tag betreut werden.

KEIN KRANKENHAUS (siehe R3)

R5 Zeitlich begrenzt verfügbar (siehe R4)

R7 Unbegrenzter Aufenthalt (siehe R6)

KEINE 24h ÄRZTLICHE VERSORGUNG (R8-13)

Zeitlich begrenzt verfügbar (R8-R10) (siehe R4)

R8 24-Stunden Unterstützung

Dienste, die Betreuung im Wohnbereich auch außerhalb von Arbeitszeiten anbieten. Es gibt allerdings einen bestimmten Ablauf, so dass 24h-Pflege garantiert werden kann.

Beispiel für den Ast R8 – Das beinhaltet Einheiten, die nicht-akute Pflege von 15-8Uhr bereitstellen, weil die KlientInnen von 8-16Uhr arbeiten. Notfalls können KlientInnen für den ganzen Tag in der Wohnung bleiben (z.B. wenn sie krank sind).

R8.1 weniger als 4 Wochen: Gewöhnlich ist der Aufenthalt auf einen kurzen Zeitraum, meist weniger als ein Monat, begrenzt. Z.B. Befristete Angebote für Menschen mit ernststen Problemen.

R8.2 mehr als 4 Wochen

R9 Tägliche Unterstützung

Das Personal ist mindestens fünf Tage pro Woche einen Teil des Tages für die Beobachtung und die klinische und soziale Pflege der KlientInnen zuständig.

R10 Geringe Unterstützungsleistung

Das sind Einrichtungen, in denen sich KlientInnen wegen ihres Gesundheitszustandes aufhalten, wobei der Aufenthalt in der Einrichtung in direktem Zusammenhang mit der Unterstützung durch das Personal steht. Das Personal ist regulär weniger als fünf Tage pro Woche anwesend.

R10.1 Weniger als 4 Wochen (siehe R8.1)

R10.2 mehr als 4 Wochen (siehe R8.2)

***Beispiel für die Äste R8 bis R10** – Wohneinrichtungen, Häuser für Wohngruppen, therapeutische Gemeinschaften und andere Einrichtungen speziell für KlientInnen mit Langzeitpflegebedarf werden hier klassifiziert, solange eine vorgegebene Aufenthaltsdauer spezifiziert werden kann. Zum Beispiel zählen hierzu Dienste, die Rehabilitationsprogramme mit einer vorgegebenen Dauer anbieten.*

Unbegrenzte Aufenthaltsmöglichkeit (R11-R13) (siehe R6)

R11 24-Stunden Unterstützung: (siehe R8)

R12 Tägliche Unterstützung. (siehe R9)

R13 Geringe Unterstützungsleistung. (siehe R10)

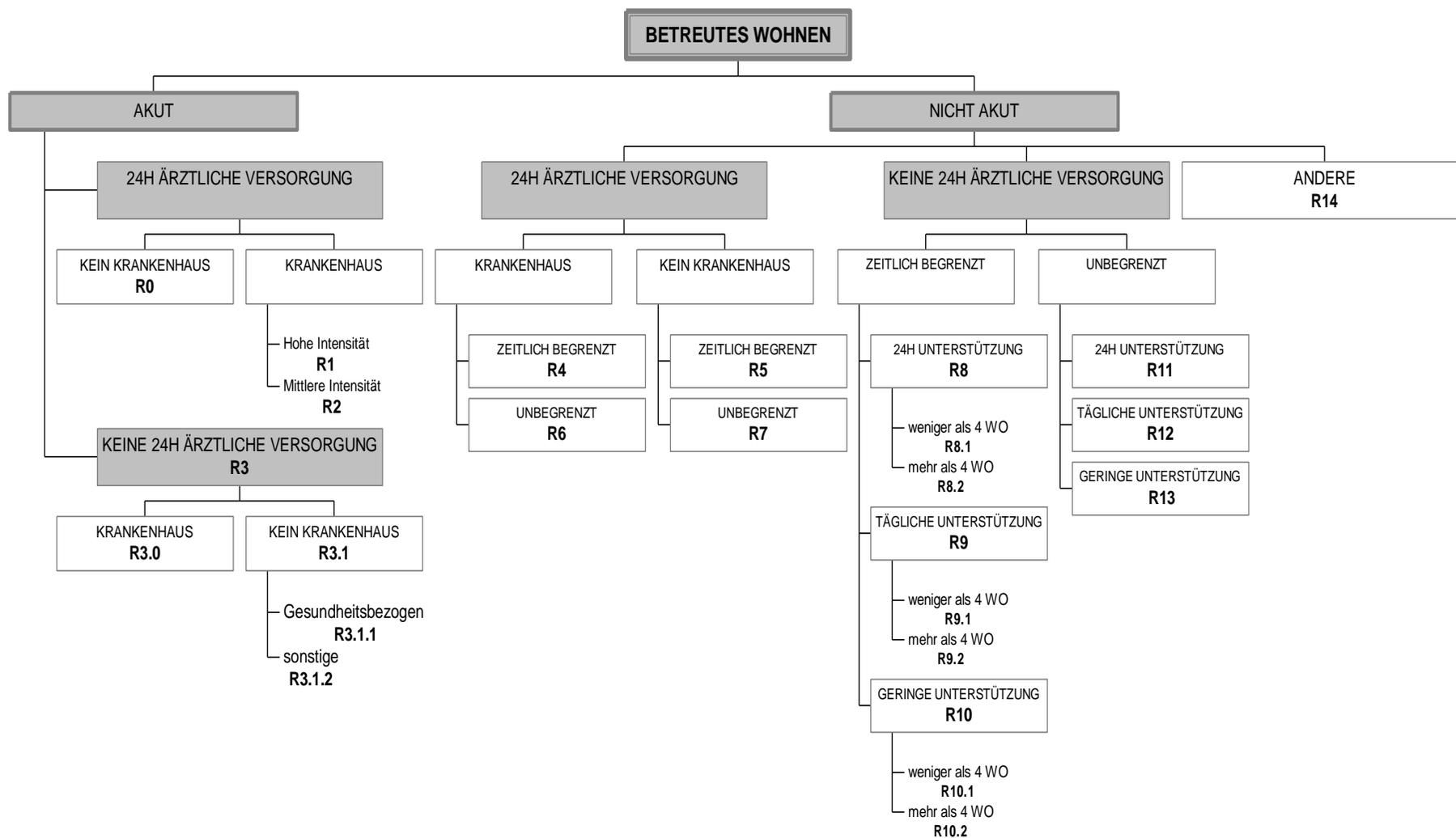
***Beispiel für die Äste R11 bis R13** – Dies bezieht betreute Wohneinrichtungen ohne maximaler Aufenthaltsdauer sowie Einrichtungen, die auch, wenn notwendig, permanente Aufnahmen ermöglichen, mit ein.*

R14 Andere, nicht akute Dienste

Nicht akutes, betreutes Wohnen das sonst nirgends kodiert werden konnte.

Gewöhnlich erfordern diese Einrichtungen eine detaillierte Beschreibung ihrer Eigenschaften in Sektion D und/ oder andere Codes von „Nicht-Wohnungsästen“, damit ihr MTC verstanden wird. Ein mögliches Beispiel ist eine Herberge in der Nähe eines Pflegezentrums (meist ein Krankenhaus), dessen Hauptzweck nicht die Pflege ist, sondern Beherbergung von NutzerInnen einer Pflegeeinrichtung. (Allerdings werden diese öffentlichen Einrichtungen als wichtiger Teil des Pflegesystems des Einzugsgebietes befunden. Deshalb sollten sie beim Mapping eines Einzugsgebietes miteinbezogen werden.

KODIERUNGSZWEIG R „BETREUTES WOHNEN“



SEKTION C PFLEGENUTZUNGSKARTIERUNG (MTC ZÄHLUNG)

a. ZÄHLPRINZIPIEN ZUR LANGZEITPFLEGE

Die Baumdiagramme dieses Abschnittes erlauben das Zählen der Versorgungsebenen (Ebenen der Versorgung) der Hauptdienstformen innerhalb eines Einzugsgebietes. Die folgenden allgemeinen Richtlinien sollten dabei beachtet werden:

- **Population des Einzugsgebietes:** Die grundlegende Einheit ist erneut die Population des Referenzeinzugsgebietes. Die Zählung sollte sich deshalb auf die Nutzung von Einrichtungen durch KlientInnen mit Langzeitpflegebedarf innerhalb des Einzugsgebietes beziehen. Es sind jene KlientInnen zu inkludieren, deren Adressen innerhalb des Einzugsgebietes liegen und deren Adressen vor Aufnahme in institutionalisierte Pflege innerhalb des Einzugsgebietes lagen.
- **Zielgruppe:** Um die Anzahl der Dienstnutzungen zu zählen müssen die Zielgruppen, deren Nutzungshäufigkeiten gezählt werden, identifiziert werden. Die standardmäßige Zielgruppe für die Anwendung des Instruments sind KlientInnen mit Langzeitpflegebedarf. Allerdings kann aufgrund der Anforderungen bestimmter Studien oder der Struktur individueller Dienste die Entscheidung getroffen werden, die Kriterien abzuändern.
In Sektion A, werden die Charakteristika der verwendeten Zielgruppe spezifiziert.

- **Um Vergleiche zwischen Gebieten zu ermöglichen,** sollte die Dienstnutzung wie folgt berechnet werden: Jede Nutzung pro 100.000 lokale Einwohner pro Einzugsgebiet. Dies kann erreicht werden, indem die absolute Zahl an Dienstnutzern durch die Bevölkerungsanzahl dividiert wird und dann mit 100.000 multipliziert wird.
Allgemeine Bevölkerungsdaten werden bei der Zählung bevorzugt. Als Alternative kann sich die Dienstnutzung auf eine spezifische Population, definiert als „Zielgruppe“ (z.B.: Erwachsene über 18 Jahren) pro 100.000 Personen, beziehen. Das sollte klar in den Studienmerkmalen erwähnt sein.
- Doppelte Verrechnungen können auftreten, wenn diese Methode verwendet wird, z.B.: KlientInnen die in betreuten Wohneinrichtungen leben und eine Tageseinrichtung besuchen, werden in zwei Kategorien gezählt. Das DESDE-LTC ist deshalb keine valide Methode die absolute Nummer aller KlientInnen von Langzeitpflegediensten innerhalb eines Einzugsgebietes zu ermitteln.
- Obwohl ein Klient/eine KlientIn möglicherweise mehrere Einrichtungen nutzt und deshalb in mehreren unterschiedlichen Abschnitten des Instruments gezählt wird, sollte keine einzelne Dienstnutzung in mehr als einem Ast gezählt werden. Die unten angeführten Regeln sollten es erlauben, dass jede Nutzung zwischen individuellen und bestimmten Einrichtungen für Personen mit Langzeitpflegebedürfnissen nur einmal gezählt wird.
- Die Zählungen sollten auf der oben dargestellten klinischen Population basieren. In vergleichenden Studien ist es unumgänglich, dass dieselbe Zielgruppe in jedem Zentrum verwendet wird.

- Der letzte Ast jeder Hauptsparte fasst die Nutzungsebenen der Pflgetypen in diesem bestimmten Ast zusammen. Felder für jeden letzten Ast sollten dafür verwendet werden, um die Gesamtzahl der Nutzungsebenen jedes letzten Astes anzugeben. Zahlen für benachbarte Äste können zusammengezählt werden, um Gesamtzahlen für größere Nutzungskategorien abzuleiten (z.B.: Zahlen für hohe, mittlere und niedrige Intensität können addiert werden um einen allgemeinen Wert andauernder Pflege zu errechnen, der in ein angegebenes Feld eingetragen werden kann.)
- Wo Informationen begrenzt sind und ein spezifischer oder letzter Ast nicht ausgefüllt werden kann, ist es möglich Daten nur für einen höher liegenden Ast des Baumdiagrammes zu zählen (z.B.: wenn es nicht möglich ist, die Nutzung entsprechend der Intensität bei der ambulanten, nicht akuten Pflege zu differenzieren, so kann die Zählung nur für Heim & Mobil [05 bis 07] und non-mobile Nutzung [08 bis 010] erfolgen).
Es ist möglich verschiedene Detailliertheitsstufen in der abschließenden Information abhängig vom Zugang und der Verfügbarkeit der benötigten Daten zu bekommen:
 - o **Rang I:** allgemeine Information auf Niveau der Hauptäste – z.B. 90 KlientInnen bei ambulante Dienste ohne Spezifizierung für heim & mobil/ nicht mobil oder auf dem Intensitätsniveau. Diese werden als „O“ klassifiziert.
 - o **Rang II:** erweiterte allgemeine Information auf dem Niveau der Subäste – z.B. 20 Plätze für heim & mobil und mittlere Intensität (klassifiziert als O6) und 70 non-mobil und niedrige Intensität

(klassifiziert als O10) auf andauernder, ambulanter Pflege.

- o **Rang III:** Umfangreiche Datensammlung durch externe Rater:
 - retrospektive Nutzung von Datenbanken und prospektive Einschätzung begrenzt auf einen Tag (z.B. Notfallpflege)
 - retrospektive Nutzung von Datenbanken und prospektive Einschätzung begrenzt auf eine Woche

Bei der retrospektiven Datensammlung kann die durchschnittliche monatliche Nutzungsrate, wie in den Datensätzen für ein spezifisches Monat des vergangenen Jahres registriert, ausschließlich Ferienzeiträume (Dezember, Januar, Februar, April, Juli und August), verwendet werden.

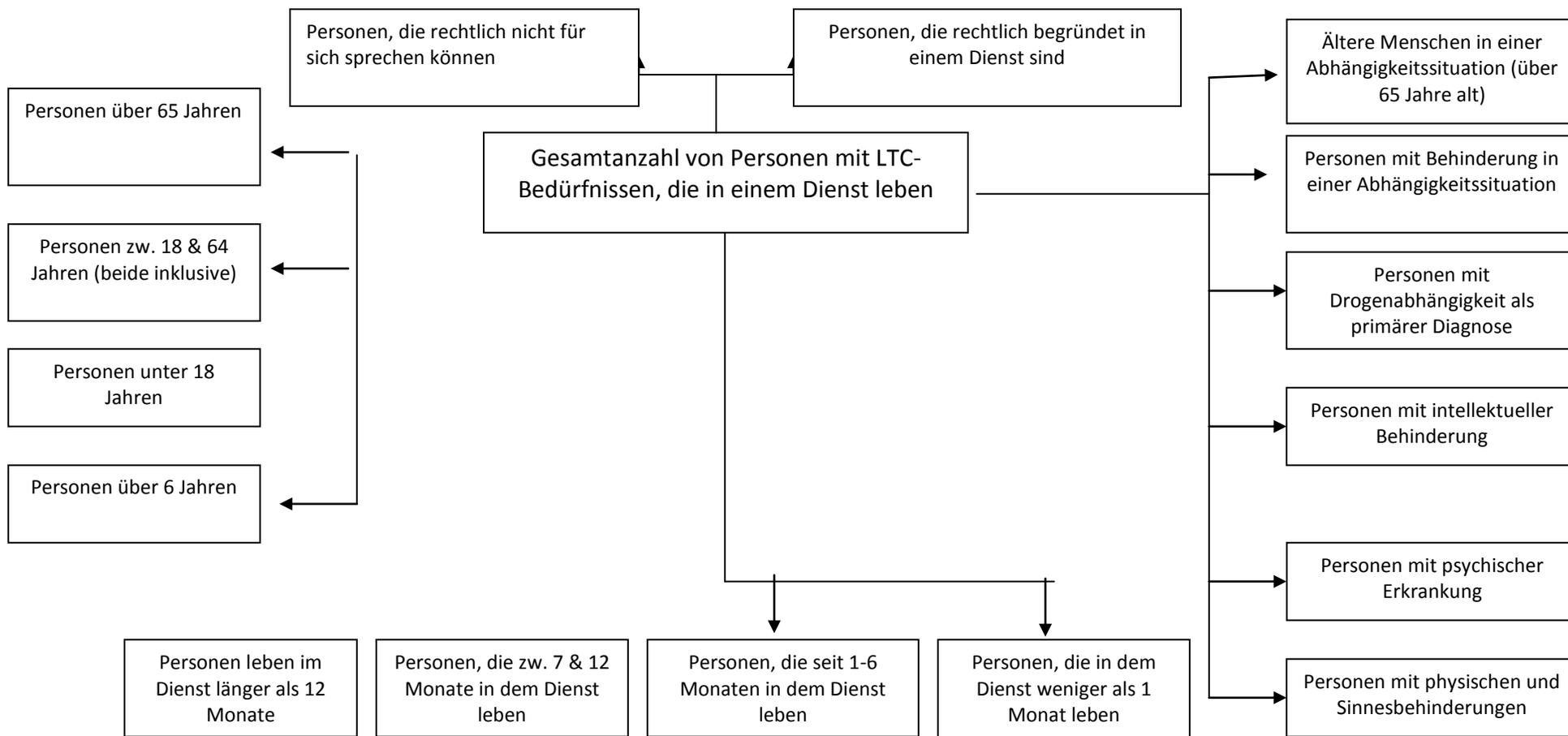
Prospektive Datensammlung innerhalb eines Monats: Es ist wichtig, dass das Niveau an Spezifität, sowie der Referenzzeitraum der Datensammlung für alle evaluierten Gebiete derselbe ist und in Sektion A aufgezeichnet wird.

- Wenn Information begrenzt ist, können nur gewisse Abschnitte des Entscheidungsbaums ausgewählt und alleine verwendet werden, z.B. wenn keine Information über die Dienstnutzung verfügbar ist, füllen Sie lediglich Sektion B aus und klassifizieren und kodieren den Dienst, aber geben keine Angabe über die Anzahl, wie in Sektion C. Erneut ist es unumgänglich dass vergleichende Studien dieselben Abschnitte des Entscheidungsbaums auf Grundlage der gleichen Zielpopulation ausfüllen.
- Äste, die sich mit Pflegezählung auseinandersetzen, wurden so entworfen, dass, auch wenn die notwendigen Daten

nicht verfügbar sind, es doch möglich ist die notwendige Information durch prospektive Sammlung der Dienstnutzung der Population des Referenzeinzugsgebiet zu erhalten.

- Selbsthilfedienste werden nicht im Instrument zur Dienstzählung berücksichtigt, da der Umfang ihrer Aktivitäten meist nicht präzise erfassbar ist. Der Gebrauch der Zählung bei den Ästen „Information“ und „Zugang“ ist optional.
- Im Fall der prospektiven Zählung werden die Daten für die Dienstnutzung, wie in der Dienstnutzungsabbildung (S.34) gezeigt, aufgeschlüsselt.

DIENSTNUTZUNG



b. RICHTLINIEN FÜR DIE LANGZEITPFLEGEZÄHLUNG

Die Definitionen der Hauptpflegearten sind im Glossar für Sektion B aufgelistet (Pflegetyp Kartierung). Die Zählung sollte auf die Äste „O“, „D“ und „R“ beschränkt sein. Optional kann sie auch für die Äste „I“ und „A“ erfolgen.

Kodierungsweig „Informationen zu Pflege“

Die Berechnung sollte durch die Ermittlung der durchschnittlichen Anzahl an Kontakten betreffend Information durch die Zielpopulation im vergangenen Monat erfolgen. Sollte Information für diese Ebene nicht verfügbar sein, werden andere Qualitätsebenen an Informationen wie in Sektion C Punkt a beschrieben, verwendet.

Kodierungsweig „Zugang zu Pflege“

Die Berechnung sollte durch die Ermittlung der durchschnittlichen Anzahl an Kontakten betreffend Zugänglichkeit durch die Zielpopulation im vergangenen Monat erfolgen. Sollte Information für diese Ebene nicht verfügbar sein, werden andere Qualitätsebenen an Informationen wie in Sektion C Punkt a beschrieben, verwendet.

Kodierungsweig „ambulante Pflege“

Akute Pflege (Krisen): Die Berechnung sollte durch die Ermittlung der gesamten Anzahl an Notfallkontakten der Zielpopulation im vergangenen Monat erfolgen.

- **Heim & Mobil akute Dienstkontakte:** Notfallkontakte sind jene, die außerhalb der Örtlichkeit stattfinden, in der das Personal üblicherweise tätig ist.
- **Non-mobile akute Dienstkontakte:** Notfallkontakte sind jene, die in der Örtlichkeit stattfinden, in welcher das Personal üblicherweise an jenem Tag tätig ist. *(Anm.: Non-mobile Kontakte können in Diensten stattfinden, welche in Sektion B als "Heim & Mobil" klassifiziert wurden.)*

- **Kontakte bei 24 Stunden Verfügbarkeit:** Notfallkontakte, die in einer Einrichtung stattfinden, die 24 Stunden 7 Tage die Woche verfügbar ist.
- **Kontakte bei zeitlich begrenzter Verfügbarkeit:** Notfallkontakte, welche in einer Einrichtung stattfinden, die nicht 24 Stunden pro Tag, 7 Tage die Woche, verfügbar ist.

nicht akute Dienste – Gezählt werden sollte die Anzahl an KlientInnen im letzten Monat. Dies sollte alle KlientInnen mit einbeziehen, die Kontakt mit Pflegepersonal hatten, der

- (i) kein Notfallkontakt war
- (ii) kein fester Bestandteil von häuslicher Pflege oder Tagesbetreuung war.

- **Heim & Mobil nicht akute Pflegedienste:** KlientInnen sollten als NutzerInnen von Heim- & Mobildiensten gezählt werden, wenn mindestens einer ihrer Kontakte im letzten Monat außerhalb einer bestimmten Einrichtung für KlientInnen mit Langzeitpflegebedarf oder in einer Örtlichkeit, in der üblicherweise Pflegedienste angeboten werden, stattfand.

- **hohe Intensität, nicht akute NutzerInnen:** KlientInnen, die innerhalb des letzten Monats in einem gewissen Zeitraum drei Mal oder häufiger innerhalb einer Woche gesehen wurden, werden als NutzerInnen von Einrichtungen mit „hoher Intensität“ klassifiziert. Ein/e NutzerIn, der/die z.B. Montag, Mittwoch und Freitag in einer der Wochen des letzten Monats einen Dienst nutzte, sollte als NutzerIn von Einrichtungen mit "hoher Intensität" klassifiziert werden. Selbst wenn es sonst keine Nutzung des Dienstes durch ihn oder sie gab.

- **Mittlere Intensität, nicht akute NutzerInnen:** KlientInnen, die zumindest zweimal innerhalb des letzten

Monats den Dienst nutzten, aber nie häufiger als dreimal innerhalb einer Woche.

- **Niedrige Intensität, nicht akute NutzerInnen:** KlientInnen, die innerhalb der letzten drei Monate den Dienst nutzten, allerdings maximal ein bis zweimal im letzten Monat und mit denen ein weiterer Kontakt innerhalb der nächsten drei Monate fest geplant ist.

(Anm.: Wie bei der Tagesbetreuung werden auch hier einige KlientInnen von Diensten die in den Dienstbaumdiagrammen des vorherigen Abschnitts als Dienste hoher Intensität klassifiziert wurden, als KlientInnen mit niedriger Dienstnutzungsintensität klassifiziert. Sollte ein/e Klient/in mindestens einmal im Monat in Kontakt mit MitarbeiterInnen treten, so ist er ein/e KlientIn mit niedriger Dienstnutzungsintensität, selbst wenn das Team mit anderen KlientInnen mehrfach die Woche Kontakt hat).

Kodierungszweig „Tagesbetreuung“

Akute Tagesbetreuungsdienste: Dies bezieht sich auf die Nutzung sofortiger Tagesbetreuung durch die Zielpopulation aufgrund einer Krise im letzten Monat.

Sollte Information für diese Ebene nicht verfügbar sein, werden andere Qualitätsebenen an Informationen wie in Sektion C Punkt a beschrieben, verwendet.

- **NutzerInnen, hohe Intensität:** werden innerhalb von 72 Stunden in die Einrichtung aufgenommen
- **NutzerInnen, niedrige Intensität:** Einweisungskriterien von KlientInnen des akuten, betreuten Wohnens entsprechen NICHT den Kriterien für hohe Intensität.

Nicht akute Tagesdienste: Für alle anderen Tagesbetreuungsdienste sollte jeweils die Anzahl an Personen gezählt werden. Hierbei sollten die NutzerInnen in zwei Kategorien unterteilt werden:

- **NutzerInnen von Einrichtungen mit hoher Intensität:** KlientInnen, welche die tagesstrukturierte Einrichtung mindestens im Ausmaß von vier halben Tagen pro Woche

während mindestens drei der vergangenen vier Wochen genutzt haben.

- **NutzerInnen von Einrichtungen mit geringer Intensität:** KlientInnen, welche die nicht sofortig verfügbare Tagesbetreuungseinrichtung während dem vergangenen Monat genutzt haben, aber deren Nutzungshäufigkeit nicht den Kriterien „mit hoher Intensität“ entspricht.

Sollte Information für diese Ebene nicht verfügbar sein, werden andere Qualitätsebenen an Informationen wie in Sektion C Punkt a beschrieben, verwendet.

(Anm.: Es soll angemerkt werden, dass Sektion B für die Messung maximaler, gewöhnlicher Auslastung und nicht theoretische, maximale Kapazität entwickelt wurde. Sektion C wird verwendet um das tatsächliche Level der Dienstnutzung durch die Population zu messen. Aus der Verwendung dieser Zählungsmethode ergibt sich, dass einige NutzerInnen von Diensten, die in den LTC-Baumdiagrammen als „hohe Intensität“ gezählt wurden hier als „NutzerInnen von Einrichtungen mit geringer Intensität“ gezählt werden.)

Kodierungszweig „betreutes Wohnen“

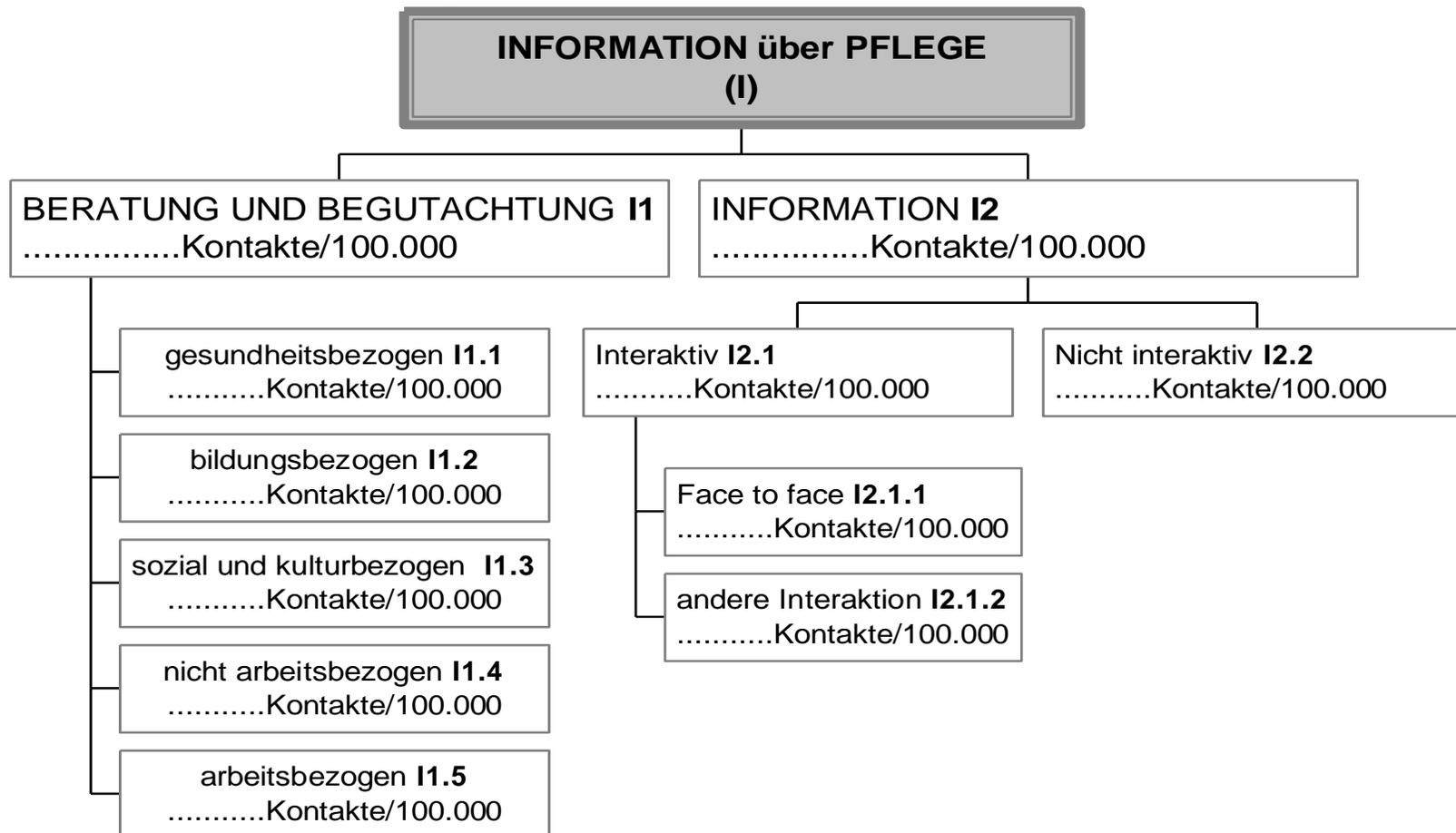
Jede Art von betreutem Wohnen ist im Glossar für Sektion B (Langzeitpflegebaumdiagramm) definiert.

Die Berechnung jeder einzelnen Art von betreutem Wohnen sollte durch die Ermittlung der durchschnittlichen Zahl an Menschen des Einzugsgebietes, die in der jeweiligen Einrichtungsart zu irgendeiner Zeit innerhalb des letzten Monats übernachtet hat, erfolgen.

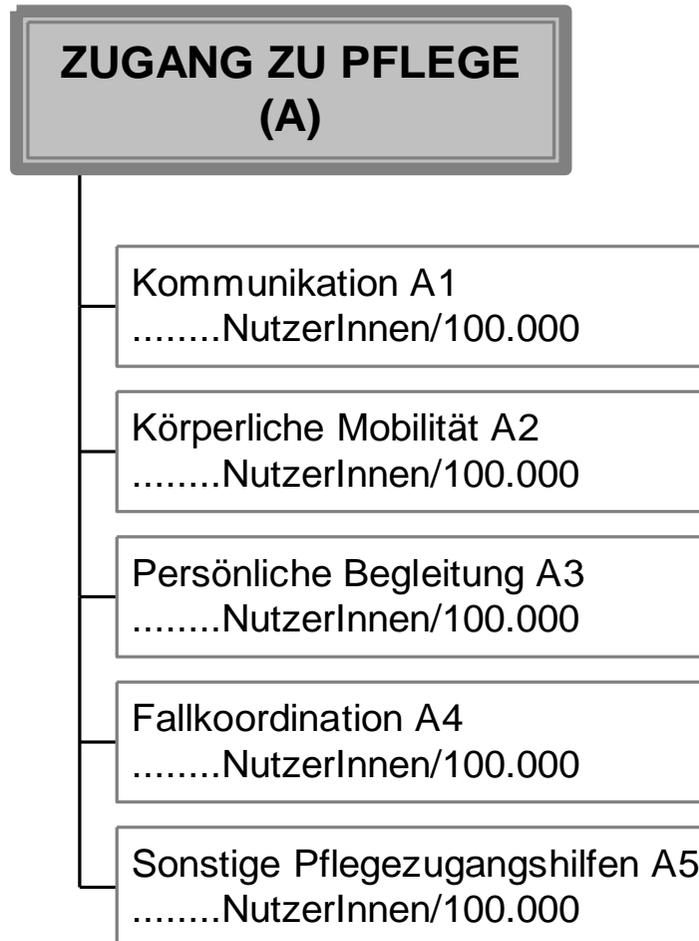
KlientInnen sollten nicht für zwei Betten gleichzeitig gerechnet werden, wenn sie normalerweise über einen kontinuierlichen Platz verfügen, aber während des Durchrechnungszeitraums ein Akutbett belegten, so sollte nur die akute Verfügbarkeit eines Bettes gezählt werden.

(Sollte die Anzahl an Personen des Einzugsgebiets, die eine bestimmte Art von betreutem Wohnen nutzen, innerhalb des letzten Monats Schwankungen unterlegen sein, so sollte der Durchschnitt berechnet werden, indem die Summe der Nächte mit Bettenauslastungen von Personen des Einzugsgebietes, die in der Einrichtung innerhalb des Monats übernachtet haben, durch die Anzahl an Kalendertagen des Monats dividiert wird).

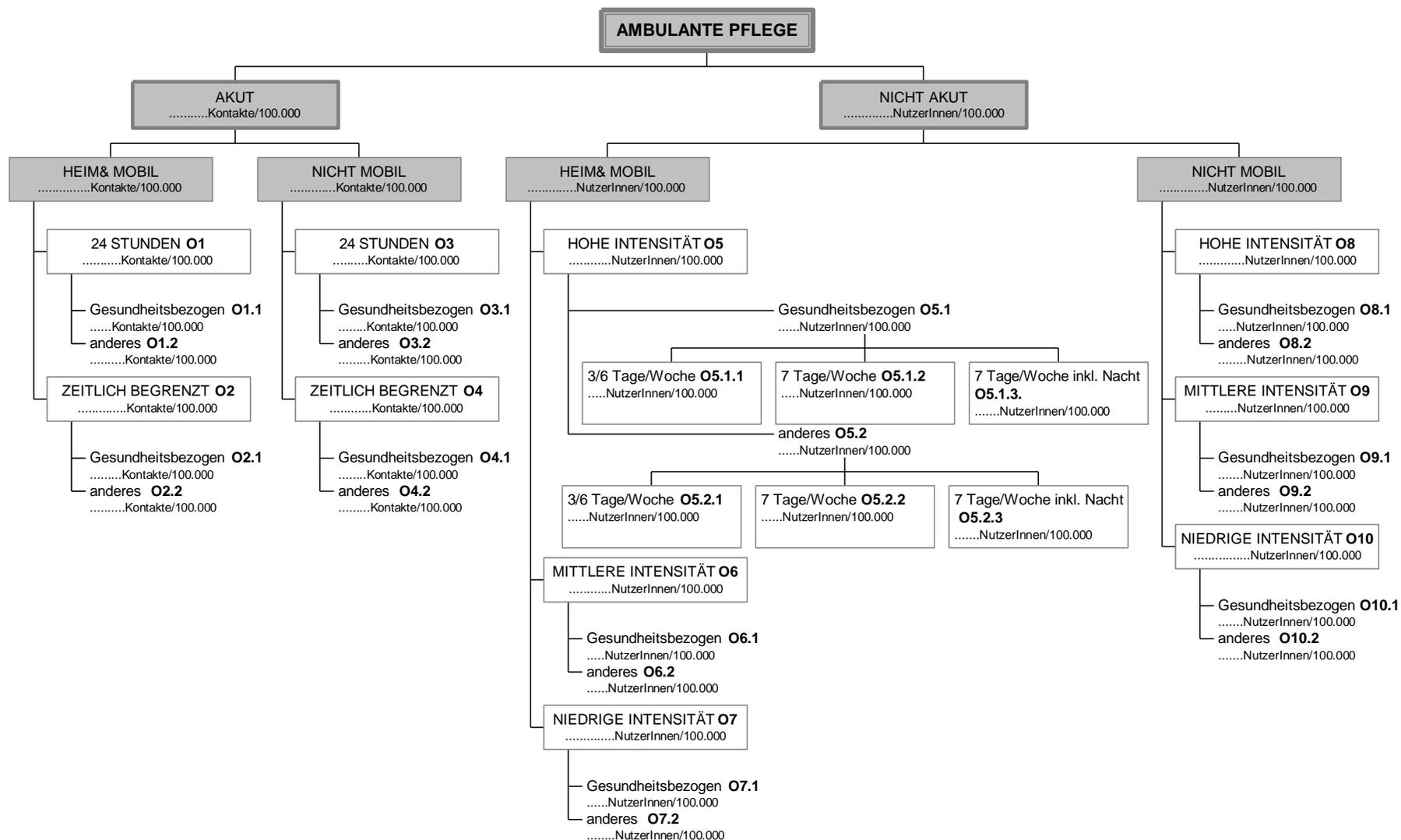
Zählung „INFORMATION ÜBER PFLEGE“ AST



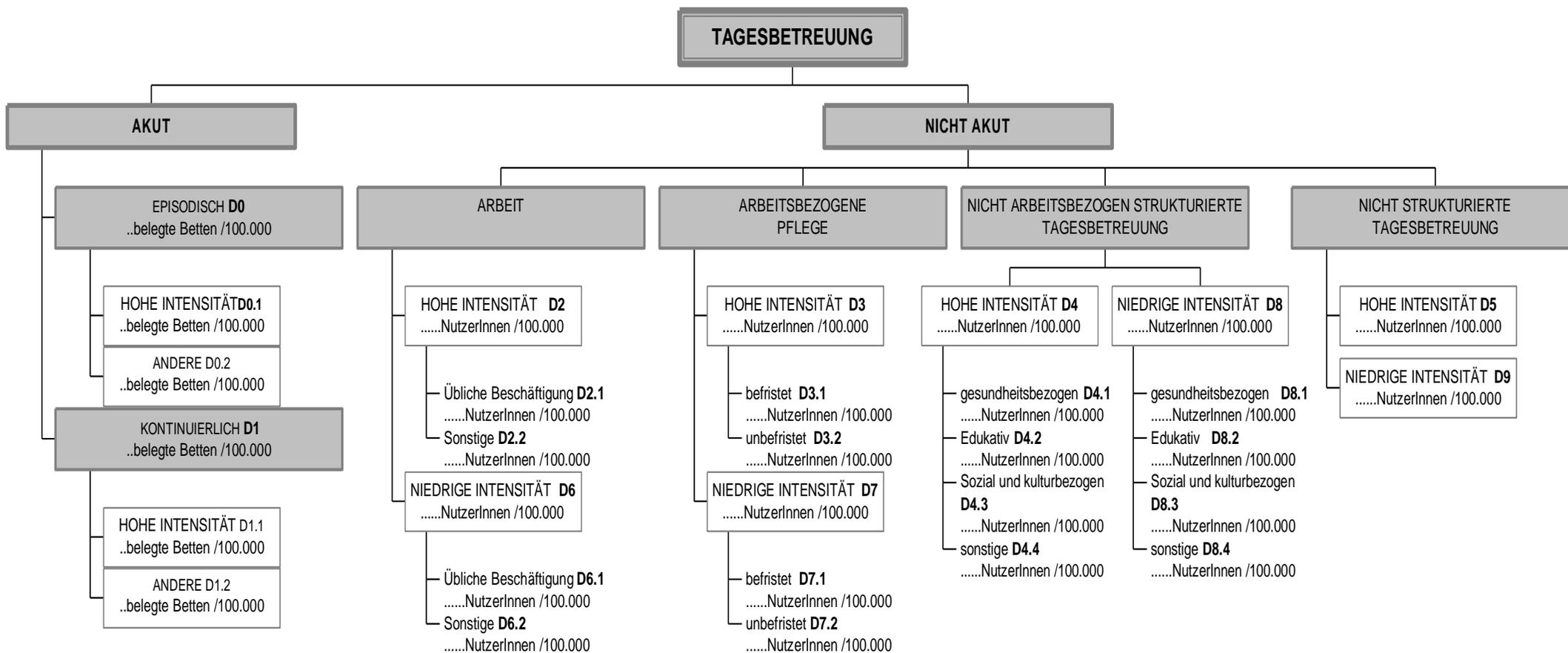
Zählung „ZUGANG ZU PFLEGE“ AST



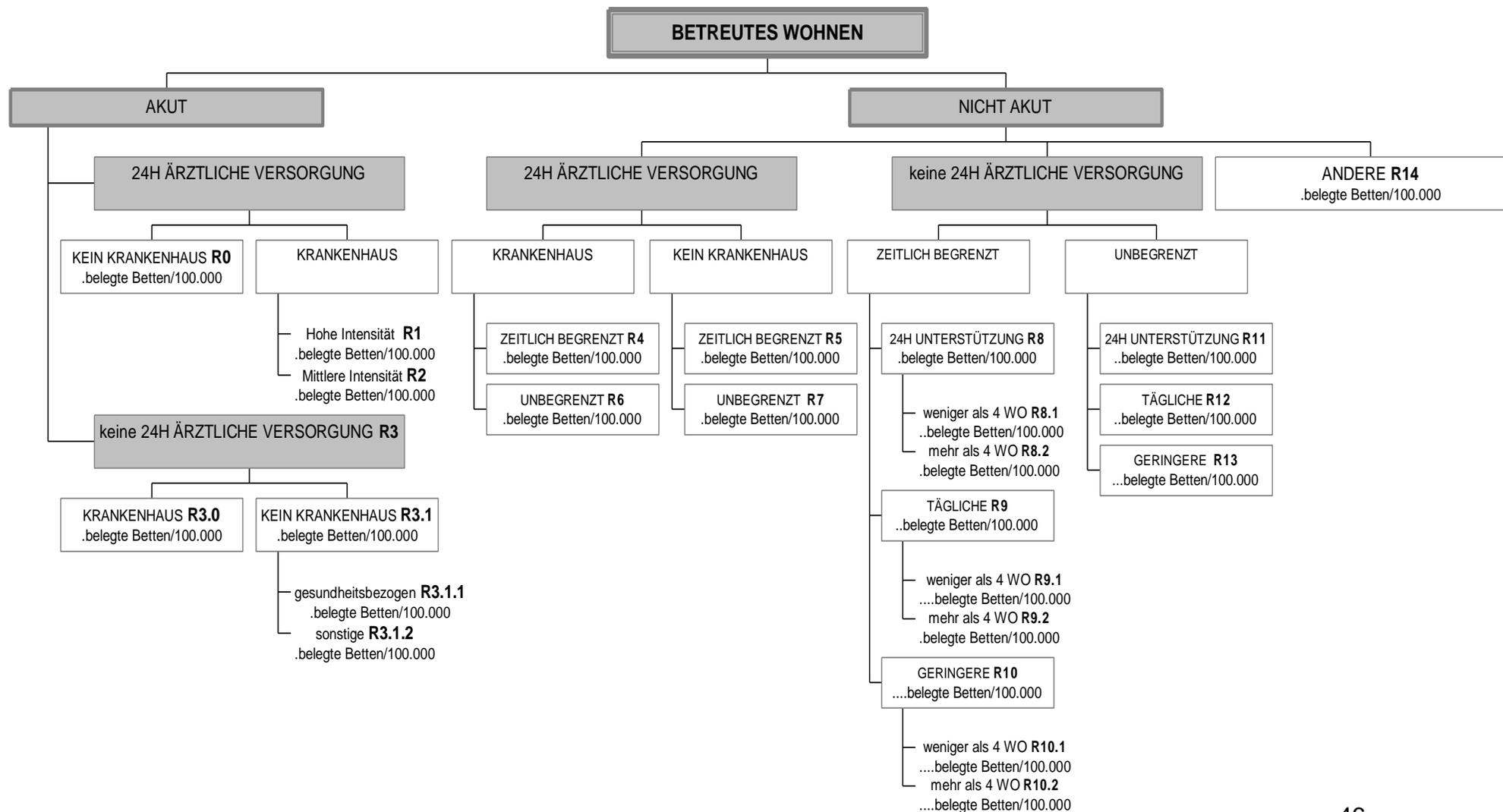
Zählung „AMBULANTE PFLEGE“ AST



Zählung „TAGESBETREUUNG“ AST



Zählung „BETREUTES WOHNEN“ AST



SEKTION D

DIENSTINVENTAR (AUFLISTUNG)

a. PRINZIPIEN FÜR DAS DIENSTINVENTAR

Dieser Abschnitt ergänzt Sektion B durch eine detailreichere Auflistung lokaler Dienste und Beschreibung ihrer Charakteristika (Dienstauflistung oder Katalog). Sie finden das Sektion D Blatt im Formular 3 in den eDESDE-LTC Formularen.

Der Inventarbogen muss so häufig kopiert werden wie es zur Bewertung aller lokalen Dienste notwendig ist. Die Inventarbögen sind deshalb nicht nummeriert.

Im Anhang I des eDESDE-LTC Formulars befindet sich eine Liste aller Dienste des Referenzgebietes, die in diesem Abschnitt ausgefüllt werden kann.

b. RICHTLINIEN FÜR DAS DIENSTINVENTAR

Untenstehend finden Sie einige Anweisungen zur Vervollständigung der einzelnen Abschnitte des Fragebogens:

1. **NAME DES DIENSTES** Vollständiger Name des Dienstes.
2. **KODES**
 - DESDE-LTC KODE: Angabe des Dienstcodes MTC entsprechend der Klassifikationsbäume aus Sektion B.
 - ICF KODE: Angabe des Dienstcodes entsprechend des ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) Klassifikationssystems.
<http://www.who.int/classifications/icf/en/>
 - ICHA KODE: Angabe des Dienstcodes entsprechend des ICHA Klassifikationssystems (International Classification for Health Accounts).
http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/hsis/hsis_10_en.htm
 - ICHI KODE: Angabe des Dienstcodes entsprechend des ICHI Klassifikationssystems (International Classification of Health Interventions - ICHI)
<http://www.who.int/classifications/ichi/en/>
3. **STANDORT** Anzugeben sind folgende Informationen über den Dienst:
 - Region, Provinz etc. wie in dem jeweiligen Land üblich, und Postleitzahl des Dienstes.
 - Adresse, Telefon, Fax, Email und Homepage des Dienstes.
 - Steuernummer des Dienstes als Rechtsträger. OFFIZIELLE REGISTRIERUNGSNUMMER oder AUTHORISIERUNG des Dienstes.
 - OFFIZIELLES ANLAUFDATUM des Dienstes
 - STANDORT. Ist der Dienst freistehend oder in eine größere Institution für LTC eingebettet (Meso-Organisation)?
4. **LOKALE DEFINITION DES DIENSTES**
Zum Beispiel: Tageszentrum, geschützte Werkstätte, Gesundheitszentrum für psychisch Kranke, Pflegeheim, Psychiatrie etc.
5. **SEKTOR** Dies sollte als Sozial/ Gesundheit/ Bildung /Legal oder Anderes klassifiziert werden.

6. EIGENTUM, UNTERNEHMENSFÜHRUNG UND FINANZIERUNG

EIGENTUM: Geben Sie den Namen des Eigentümers des Dienstes an.

UNTERNEHMENSFÜHRUNG: Geben Sie den Namen der verantwortlichen Abteilung für Personaleinstellungen und Management des Dienstes an.

FINANZIERUNG: Ist sie öffentlich, privat oder etwas anderes?

RECHTSFORM: Beschreiben Sie die Rechtsform des Dienstes (Stiftung, Verein, Genossenschaft (AG), öffentlich-rechtliche Körperschaft, GesmbH oder andere).

7. VERFÜGBARKEIT

Geben Sie die Verfügbarkeit des Dienstes entsprechend den Kriterien jedes Pfl egetyps an

- Telefonhotline: Geben Sie die Anzahl der besetzten, sowie verfügbaren Telefone an.
- Häusliche Pflegedienste: Geben Sie die Gesamtanzahl der KlientInnen an und präzisieren Sie die Anzahl der Stunden für KlientInnen/Monat, sowohl besetzt, als auch verfügbar.
- Tagesbetreuungsdienste: Geben Sie die gesamte Anzahl der Plätze/Betten an, welche durch den Dienst angeboten werden und spezifizieren Sie dabei besetzte und verfügbare Plätze.
- Betreutes Wohnen: Wenn betreutes Wohnen verfügbar ist, dann bestimmen Sie die gesamte Anzahl der verfügbaren Betten/Plätze des Dienstes und die Anzahl der Betten/Plätze, sowohl verfügbar, als auch besetzt, welche für LTC bestimmt ist.
- Zeitlich begrenzter Aufenthalt: Geben Sie die Anzahl der verfügbaren Betten/Plätze mit zeitlich begrenztem Aufenthalt des Dienstes für LTC an.

8. PREIS

- Nur für telefonische Unterstützung: Bestimmen Sie die Kosten pro Monat/KlientIn, sowie pro Jahr/KlientIn.
- Nur für häusliche Pflegedienste: Geben Sie die öffentlichen Kosten pro Monat/KlientIn, sowie die vereinbarten Kosten an.
- Nur für betreutes Wohnen und Tagesbetreuung: Präzisieren Sie die Betten/Plätze zum öffentlichen Preis, dem vereinbarten Preis und dem privaten Preis, sowie die Preisintervalle pro Bett.

9. SPEZIFISCHE AKTIVITÄTEN

Bietet der Dienst den KlientInnen, die Langzeitpflege benötigen, spezifische und dauerhafte Aktivitäten an, so geben Sie bitte den Namen der Aktivität an, ob diese für Einzelpersonen oder Gruppen angeboten wird und die Anzahl der angebotenen Stunden und Tage pro Woche. Weiters geben Sie bitte an, ob für diese Aktivität ein eigenes Budget und ein besonderer Ort zur Verfügung stehen (abseits des Dienstes) und ob diese von der entsprechenden Verwaltung autorisiert wurde.

Von dem Dienst angebotene Interventionsprogramme: Bietet der Dienst spezifische Programme für KlientInnen die Langzeitpflege benötigen an, geben Sie bitte den Zeitplan an, aus dem sowohl die Dauer der Programme hervorgeht, als auch wie viele Stunden und Tage pro Woche diese zur Verfügung stehen. Geben Sie zudem bitte an, ob diese Programme von der entsprechenden Verwaltung autorisiert wurden.

Andere spezifische Aktivitäten: Beschreibt ob eine spezifische Aktivität durch den Dienst für LTC-KlientInnen angeboten wird, ausgenommen Transport und Mahlzeiten.

10. PERSONAL

Bitte kennzeichnen Sie gemäß ISCO-08 (International Standard Classification of Occupations):
<http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/index.htm>

Spezifizieren sie die aktuelle Beschäftigung der Angestellten, nicht ihre Ausbildung und/oder ihre Qualifikation.

11. EINZUGSGEBIET DER DIENSTLEISTUNGSEMPFÄNGER

Geben Sie an ob der Dienst für KlientInnen auf lokaler, regionaler, etc. Ebene verfügbar ist.

12. ZULASSUNGSVORAUSSETZUNGEN

Geben Sie die von jedem Dienst geforderten Kriterien an, um neue KlientInnen aufzunehmen (Alter, Geschlecht, Art der KlientInnen).

13. KLIENTINNENPROFIL Bitte spezifizieren Sie die Hauptzielgruppe, auf die der Dienst abzielt:

- Art der Langzeitpflege: Erfüllt die Person die Kriterien für mehr als eine Störung (z.B. über 65 Jahre alt und psychisch krank), beschreiben Sie diese genau
- Altersbereich
- Anzahl der KlientInnen/ Kontakte für jeglichen Gesundheitszustand.

14. ÖFFNUNGSZEITEN Geben Sie bitte die Tage und Stunden an, zu denen der Dienst verfügbar ist

15. MAXIMALE DIENSTLEISTUNGSFREQUENZ/ KONTAKTE (maximale Kapazität):

Geben Sie die maximale Frequenz an, die ein/e Klient/in, unter üblichen Pflegebedingungen, bei Bedarf in Anspruch nehmen kann. Die Dienstleistung kann täglich (spezifizieren Sie 1, 2 oder 3 Mal/Tag), wöchentlich (spezifizieren Sie mehr oder weniger als 3-mal/Woche), vierzehntägig oder monatlich angeboten werden.

16. SPEZIFISCHES DATUM DER DATENSAMMLUNG Geben Sie das Datum der Datensammlung an.

17. VERBINDUNGEN ZU ANDEREN DIENSTEN

Jeglicher regelmäßige Austausch von Angestellten oder gemeinsame Arbeiten mit anderen LTC-Diensten sollten hier beschrieben werden (z.B. Besuche von einer Unterkunft durch das lokale Team für psychische Gesundheit).

18. NAME DES EVALUATORS/ DER EVALUATORIN

19. BEOBACHTUNGEN

Dieser Abschnitt zielt drauf ab, weitere Details und Merkmale darzustellen, die nicht in einem der vorherigen Punkte behandelt wurden, die der/die GutachterIn aber dennoch für wichtig erachtet.

REFERENZEN

De Jong A. Development of the International Classification of Mental Health Care (ICMHC). *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000; 405: 8-13.

European Commission. Long-Term Care in the European Union. European Commission. Employment, Social Affairs and Equal Opportunities Dg [online] 2008 April 28 [cited 2009, January the 22nd]; 46 (26). URL available from:
http://ec.europa.eu/employment_social/emplweb/news/news_en.cfm?id=388.

Johnson S, Kuhlmann R and the EPCAT Group. The European Service Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental health services. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102 (Suppl. 405): 14-23.

OECD. The OECD Health Project: Long Term Care for Older People. Paris: OECD Publishing; 2005.

Office of Disability, Aging, and Long-Term Care Policy. Glossary of Terms. United States. Department of Health & Human Services [on line] 12 November 2003 [cited 2009, January the 18th] URL available from:
<http://aspe.hhs.gov/daltcp/diction.shtml>.

Salvador-Carulla L. Descripción estandarizada de los servicios de discapacidad para ancianos en España. IMSERSO [en línea] 12/07/2005 [cited 2009, January the 18th]:
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-estudiosidi-24.pdf>.

Salvador-Carulla L, Poole M, González-Caballero JL, Romero C, Salinas JA, Lagares-Franco CM, for RIRAG/PSICOST Group and DESDE Consensus

Panel. Development and usefulness of an instrument for the standard description and comparison of services for disabilities (DESDE). *Acta Psychiatr Scand*. 2006; 114 (Suppl.432): 19–28.

Salvador-Carulla L, Poole M, Bendeck M, Romero C, Salinas JA Coding long-term care services: eDESDE-LTC. *Int J Integr Care*. 2009 Apr–Jun; 9(Suppl): e64.

Tansella M, Thornicroft G. A conceptual framework for mental health services: the matrix model. *Psychol Med* 1998; 28: 503-508.

Weber G, Brehmer B, Zeilinger E, Salvador-Carulla L. A European classification of services for long-term care: the EU-project eDESDE-LTC. *Int J Integr Care*. 2009 Oct–Dec; 9(Suppl): e174.

World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth edition ICD-10. Who Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva, 2004.