

# **Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg**

**Forschungsvorhaben zum Ausbau  
und zur Weiterentwicklung der  
Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg**

**Abschlussbericht**

Verfasst von  
**Dr. Elisabeth Hahnel**  
**Dr. Grit Braeseke**  
**Ulrike Pörschmann-Schreiber**  
**Claudia Pflug**  
**Thorsten Tisch**  
**Marc Musfeldt**  
**Nina Lingott**  
**Isabelle Oehse**  
**Marian Delekat**  
IGES Institut GmbH Berlin

**IGES**

# Inhalt

|   |            |
|---|------------|
| Vorwort .....   | 12         |
| Zusammenfassung .....   | 13         |
| <b>1. Hintergrund und Zielsetzung .....</b>   | <b>16</b>  |
| <b>2. Rahmenbedingungen der Kurzzeitpflege .....</b>  | <b>19</b>  |
| <b>2.1 Rechtliche Grundlagen der Leistungserbringung .....</b>  | <b>22</b>  |
| <b>2.2 Leistungsanspruch der Versicherten bei Kurzzeitpflege.....</b>   | <b>26</b>  |
| <b>2.3 Wirtschaftliche Rahmenbedingungen der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg .</b>                              | <b>29</b>  |
| 2.3.1 Bauliche Vorgaben für stationäre Pflegeeinrichtungen .....  | 31         |
| 2.3.2 Vorgaben zur personellen Ausstattung .....  | 33         |
| 2.3.3 Refinanzierung operativer und investiver Bereich .....  | 38         |
| <b>3. Demografie und Status quo der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg .....</b>                                   | <b>42</b>  |
| <b>4. Entwicklungen, Leistungsgeschehen und Bedarfsprognosen in der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg .....</b>   | <b>49</b>  |
| <b>4.1 Entwicklungen in der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg .....</b>   | <b>49</b>  |
| 4.1.1 Zielgruppenspezifische Angebotsstrukturen und Vorhandensein von speziellen Versorgungskonzepten .....         | 57         |
| 4.1.2 Angebotsstrukturen in den Stadt- und Landkreisen.....   | 71         |
| <b>4.2 Inanspruchnahme und Auslastung von Kurzzeitpflegeplätzen .....</b>   | <b>73</b>  |
| <b>4.3 Versorgungs- und Leistungsgeschehen in der stationären Kurzzeitpflege .....</b>                              | <b>85</b>  |
| 4.3.1 Versorgungsbedarfe von Kurzzeitpflegegästen .....   | 85         |
| 4.3.2 Aufwände in der Koordination der Versorgung .....   | 90         |
| <b>4.4 Prognosen des Kurzzeitpflegeplatzbedarfs .....</b>   | <b>104</b> |
| <b>4.5 Zusammenfassung und Ableitung von Schlussfolgerungen .....</b>   | <b>114</b> |
| <b>5. Wirtschaftliche und personelle Situation in der Kurzzeitpflege .....</b>                                      | <b>119</b> |
| <b>5.1 Untersuchungsergebnisse .....</b>  | <b>119</b> |
| <b>5.2 Zusammenfassung und Ableitung von Schlussfolgerungen .....</b>   | <b>129</b> |
| <b>6. Kooperations- und Vernetzungsstrukturen in der Versorgung und kommunale Unterstützungsmöglichkeiten .....</b> | <b>130</b> |
| <b>6.1 Untersuchungsergebnisse .....</b>  | <b>130</b> |
| <b>6.2 Zusammenfassung und Ableitung von Schlussfolgerungen .....</b>   | <b>144</b> |
| <b>7. Weiterentwicklung in der Kurzzeitpflege .....</b>   | <b>147</b> |

|            |   |            |
|------------|---|------------|
| 7.1        | <b>Ausbau der Angebotsstrukturen und Kriterien für bedarfsgerechte Angebote der Kurzzeitpflege .....</b>                  | <b>147</b> |
| 7.2        | <b>Ansätze und Modellprojekte in der Kurzzeitpflege.....</b>  | <b>155</b> |
| 7.3        | <b>Potential digitaler Unterstützungsmöglichkeiten und Telepflege in der Kurzzeitpflege .....</b>                         | <b>162</b> |
| 7.4        | <b>Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen und Finanzierung .....</b>   | <b>166</b> |
| 7.5        | <b>Weiterentwicklung der personellen Strukturen und Arbeitsorganisation .....</b>   | <b>170</b> |
| <b>8.</b>  | <b>Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen.....</b>  | <b>174</b> |
| 8.1        | <b>Zentrale Schlussfolgerungen .....</b>  | <b>175</b> |
| 8.2        | <b>Handlungsempfehlungen.....</b>   | <b>183</b> |
| 8.3        | <b>Hinweise zum Prozess der Umsetzung .....</b>   | <b>188</b> |
| <b>9.</b>  | <b>Anhang.....</b>  | <b>191</b> |
| <b>A1</b>  | <b>Vorgehensweise und Methodik .....</b>  | <b>192</b> |
| A1.1       | Daten- und Literaturrecherchen.....   | 193        |
| A1.2       | Experteninterviews.....   | 194        |
| A1.3       | Online-Befragung stationärer Pflegeeinrichtungen.....   | 196        |
| A1.4       | Standardisierte Leistungserfassung in stationären Pflegeeinrichtungen.....  | 201        |
| A1.5       | Versichertenbefragung.....  | 208        |
| <b>A2</b>  | <b>Informationsschreiben und informierte Zustimmung.....</b>  | <b>215</b> |
| <b>A3</b>  | <b>Interviewleitfaden I: Einrichtungen mit eingestreuten Plätzen .....</b>  | <b>218</b> |
| <b>A4</b>  | <b>Interviewleitfaden II: Einrichtungen mit solitären Plätzen.....</b>  | <b>222</b> |
| <b>A5</b>  | <b>Fragebogen der Versichertenbefragung .....</b>   | <b>226</b> |
| <b>A6</b>  | <b>Übersicht der Kreispflegeplanungen in den 44 Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg.....</b>                      | <b>232</b> |
| <b>A7</b>  | <b>Übersicht der Modellprojekte in der Kurzzeitpflege beziehungsweise Ansätze zur Entlastung der Kurzzeitpflege .....</b> | <b>237</b> |
| A7.1       | Projekte beziehungsweise Ansätze der poststationären Versorgung.....  | 237        |
| A7.2       | Projekt zur Kurzzeitpflege im Krankenhaus.....  | 240        |
| A7.3       | Projekte und Ansätze der rehabilitativen Kurzzeitpflege beziehungsweise Angliederung an Rehabilitationsmaßnahmen .....    | 241        |
| A7.4       | Modellprojekte zur Pflege auf Zeit/planbare Auszeiten .....   | 242        |
| A7.5       | Modellprojekte mit Case Management in der Kurzzeitpflege .....  | 245        |
| A7.5       | Konzepte für spezifische Zielgruppen in der Kurzzeitpflege.....   | 247        |
| <b>10.</b> | <b>Literaturverzeichnis .....</b>   | <b>249</b> |
|            | <b>Abbildungen.....</b>   | <b>4</b>   |
|            | <b>Tabellen .....</b>   | <b>8</b>   |
|            | <b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>  | <b>11</b>  |

## Abbildungen

|  |    |
|--|----|
| Abbildung 1: Weichenstellerfunktion der Kurzzeit – beziehungsweise Verhinderungspflegepflege .....   | 16 |
| Abbildung 2: Bundesweite Entwicklungen in der Kurzzeitpflege 1999 bis 2019 (Stichtag jeweils zum 15.12.) .....   | 17 |
| Abbildung 3: Entwicklung der solitären Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg 1999 bis 2019 (jeweils zum 15.12.) .....  | 45 |
| Abbildung 4: Entwicklung der Ausgaben (in Euro) und der Fälle der Pflegekassen (2001 - 2019) in der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg .....  | 46 |
| Abbildung 5: Entwicklung verfügbarer Kurzzeitpflegeplätze laut Versorgungsvertrag, 2018 - 2021 .....   | 50 |
| Abbildung 6: Entwicklung belegter Kurzzeitpflegeplätze, 2018 - 2021 .....  | 51 |
| Abbildung 7: Gründe stationärer Pflegeeinrichtungen keine Kurzzeitpflege anzubieten, n = 21, Angaben in % .....  | 52 |
| Abbildung 8: Einschätzung der in der Region verfügbaren Kapazitäten an stationärer Kurzzeitpflege, n = 154, Angaben in % .....   | 52 |
| Abbildung 9: Einschätzung der in der Region verfügbaren Kapazitäten für Verhinderungspflege im ambulanten Setting, n = 154, Angaben in % .....   | 53 |
| Abbildung 10: Planungen der stationären Pflegeeinrichtungen zu mittelfristigen Veränderungen des Kurzzeitpflegeangebotes, n = 140, Angaben in % .....  | 54 |
| Abbildung 11: Gründe der stationären Pflegeeinrichtungen keine Plätze auszubauen, n = 17, Angabe in % .....  | 55 |
| Abbildung 12: Inanspruchnahme von Fördermitteln zum Ausbau der solitären Kurzzeitpflege, n = 159, Angaben in % .....   | 56 |
| Abbildung 13: Gründe, warum Kurzzeitpflege für spezielle Altersgruppen nicht angeboten wird, Angaben in %, Mehrfachnennung .....   | 59 |
| Abbildung 14: Eingeschätzte Angebotslücken der Kurzzeitpflegeplätze nach Zielgruppe und Angabe des Grundes, n = 161, Angaben in % .....  | 65 |
| Abbildung 15: Angebot an geschützten Bereichen für Kurzzeitpflegegäste, n = 154, Angaben in % .....  | 66 |
| Abbildung 16: Pflegekonzepte in den stationären Pflegeeinrichtungen, n = 119, Angaben in % .....   | 67 |
| Abbildung 17: Einschätzung der Erfüllung von Bedarfen spezifischer Zielgruppen durch das Pflegekonzept von Gästen der Kurzzeitpflege in Einrichtungen mit eingestreuten Plätzen, n = 132, Angaben in % ..... | 68 |

|  |    |
|--|----|
| Abbildung 18: Einschätzung der Erfüllung von Bedarfen spezifischer Zielgruppen durch das Pflegekonzept von Gästen der Kurzzeitpflege in Einrichtungen mit ganzjährig vorzuhaltenden Plätzen, n = 17, Angaben in %..... | 69 |
| Abbildung 19: Einschätzung der Erfüllung von Bedarfen spezifischer Zielgruppen durch das Pflegekonzept von Gästen der Kurzzeitpflege in Einrichtungen mit solitären Plätzen, n = 12, Angaben in %.....                 | 70 |
| Abbildung 20: Entwicklung der Anzahl der Aufnahmen pro Einrichtung 2018-2020, nach Art des Kurzzeitpflegeangebotes, Angabe der Mittelwerte per annum.....  | 73 |
| Abbildung 21: Entwicklung der Anzahl der Belegungstage pro Einrichtung 2018 – 2020, nach Art des Kurzzeitpflegeangebotes, Angabe der Mittelwerte per annum.....  | 74 |
| Abbildung 22: Von den befragten Einrichtungen angebotene Formen der Kurzzeitpflege, n = 206, Angaben in % (Mehrfachnennung).....   | 76 |
| Abbildung 23: Anlass der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege, Verteilung nach Pflegegraden, n = 162, Angaben in %.....  | 77 |
| Abbildung 24: Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer 2018 – 2020, nach Aufnahmearnlass, Angabe MW in Tagen, per annum.....  | 78 |
| Abbildung 25: Gründe für einen Aufenthalt in der Kurzzeitpflege, n = 154, Mehrfachnennung.....   | 79 |
| Abbildung 26: Aufnahmearnlässe in beiden Erfassungszeiträumen, n = 102, Angaben in %.....  | 80 |
| Abbildung 27: Gründe für Absagen des Aufenthalts in der Kurzzeitpflege, n = 25, Mehrfachnennung.....   | 81 |
| Abbildung 28: Nachfrage nach Kurzzeitpflege im Jahresverlauf, n = 75, Häufigkeit der Nennung „hohe Nachfrage“ pro Monat, Angabe in %.....  | 83 |
| Abbildung 29: Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege, n = 26, Angaben in %, Mehrfachnennungen möglich.....  | 84 |
| Abbildung 30: Entwicklung der Anzahl der Aufnahmen durch die Corona-Pandemie, n = 161, Angaben in %.....   | 85 |
| Abbildung 31: Einschätzung der Bedarfe der poststationären Kurzzeitpflegegäste, Angabe in %.....   | 87 |
| Abbildung 32: Pflegebedarfe der Kurzzeitpflegegäste, nach Anlass der Kurzzeitpflege, Angaben in %.....   | 88 |
| Abbildung 33: Anteile der behandlungspflegerischen Aufwände in der Kurzzeitpflege, nach Platzart, Angabe in %.....   | 89 |
| Abbildung 34: Verteilung der zeitlichen Aufwände für die Bereiche der Behandlungspflege, nach Pflegegrad, Angaben in %.....  | 90 |

|  |     |
|--|-----|
| Abbildung 35: Koordinierungsaufwände von Mitarbeitenden der Verwaltung in der Versorgung von Kurzzeitpflegegästen, Angaben in % .....  | 91  |
| Abbildung 36: Koordinierungsaufwände von Pflegekräften in der Versorgung von Kurzzeitpflegegästen, Angaben in % .....  | 92  |
| Abbildung 37: zeitliche Aufwände der Koordinierung von Pflegekräften in der Versorgung von Kurzzeitpflegegästen, Angaben in % .....  | 93  |
| Abbildung 38: Organisation des Aufnahme- und Überleitungsmanagements in den stationären Pflegeeinrichtungen, n = 146, Angaben in %.....  | 94  |
| Abbildung 39: Zeitpunkt des Aufnahmegesprächs von Kurzzeitpflegegästen, n = 145, Angaben in % .....  | 94  |
| Abbildung 40: Dauer des pflegerischen Aufnahmegesprächs nach Aufnahmearnlass, n = 102, Angabe in %.....  | 95  |
| Abbildung 41: Einschätzungen zu Organisation und Aufwänden bei Aufnahme, Teil I, n = 149, Mehrfachnennung, Angabe in %.....  | 96  |
| Abbildung 42: Einschätzungen zu Organisation und Aufwänden bei Aufnahme, Teil II, n = 149, Mehrfachnennung, Angaben in %.....  | 98  |
| Abbildung 43: Einschätzungen zu Organisation und Aufwänden bei Aufnahme, Teil III, n = 149, Mehrfachnennung, Angaben in %.....   | 99  |
| Abbildung 44: Verbleib der Kurzzeitpflegegäste nach Aufenthalt in der Kurzzeitpflege, Angaben in % .....   | 101 |
| Abbildung 45: Geplante Folgeversorgung in der Kurzzeitpflege, Angaben in % .....   | 102 |
| Abbildung 46: Tatsächlich realisierte Folgeversorgung in der Kurzzeitpflege, Angaben in % .....  | 103 |
| Abbildung 47: Folgeversorgung der Nutzerinnen und Nutzer der Kurzzeitpflege, n = 25, Angaben in % .....  | 104 |
| Abbildung 48: Bevölkerungsentwicklung in Baden-Württemberg im Vergleich zum Jahr 2019 .....  | 106 |
| Abbildung 49: Veränderung der für die Bedarfsdeckung der Kurzzeitpflege erforderlichen ganzjährig vorzuhaltenden/solitären Kurzzeitpflegeplätze im Vergleich zum Jahr 2019 ..... | 113 |
| Abbildung 50: Veränderung der für die Bedarfsdeckung der Kurzzeitpflege erforderlichen eingestreuten Pflegeplätze im Vergleich zum Jahr 2019.....                                | 114 |
| Abbildung 51: durchschnittliche vereinbarte Pflegesätze pro Tag (2021), nach Kurzzeitpflegeangebot und Pflegegrad, Angaben in Euro.....  | 120 |
| Abbildung 52: Einschätzung der Pflegesätze hinsichtlich der Kostendeckung, nach Kurzzeitpflegeangebot, n = 141, Angaben in %.....  | 121 |

|   |     |
|---|-----|
| Abbildung 53: Gründe, warum Pflegesätze nicht kostendeckend sind, Mehrfachnennung, Angaben in % .....   | 122 |
| Abbildung 54: Zugrundeliegende Sollauslastungsquote für Kurzzeitpflegeplätze (ganzjährig vorzuhaltende und solitäre Plätze), Mittelwert, Angaben in % .....   | 123 |
| Abbildung 55: Einschätzung der Angemessenheit der Sollauslastungsquote durch die stationären Pflegeeinrichtungen (ganzjährig vorzuhaltende und solitäre Plätze), n = 29, Angaben in % .....           | 124 |
| Abbildung 56: Personelle Ausstattung in den stationären Pflegeeinrichtungen, n = 214, Angabe der Mittelwerte .....  | 125 |
| Abbildung 57: Personelle Ausstattung in den stationären Pflegeeinrichtungen, n = 214, Angabe in VZÄ .....   | 126 |
| Abbildung 58: Spezialisierung des Personals für spezielle Zielgruppen (unter anderem durch Schulung, Fort- und Weiterbildungen), n = 143, Angaben in % .....  | 127 |
| Abbildung 59: Einschätzung zur allgemeinen wirtschaftlichen Lage der solitären Kurzzeitpflegeeinrichtung, n = 13, Angaben in % .....  | 128 |
| Abbildung 60: Einschätzung zur wirtschaftlichen Entwicklung der solitären Kurzzeitpflegeeinrichtung, n = 13, Angaben in % .....   | 128 |
| Abbildung 61: Vorliegen von Vereinbarungen zwischen Kurzzeitpflegeeinrichtung und zuweisenden Krankenhäusern für das Überleitungsmanagement, nach Kurzzeitpflegeangebot, n = 149 , Angaben in % ..... | 131 |
| Abbildung 62: Vorliegen von Vereinbarungen zu Kooperations- beziehungsweise Belegbetten mit einem beziehungsweise mehreren Krankenhäusern in der Region, n = 143, Angaben in % .....                  | 131 |
| Abbildung 63: Vorliegen von Kooperationen zwischen Pflegeeinrichtung und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, nach Kurzzeitpflegeangebot, n = 151 , Angaben in % .....                              | 132 |
| Abbildung 64: Veränderungen in der Versorgung durch die Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten, nach Kurzzeitpflegeangebot, n = 173, Angaben in % .....   | 134 |
| Abbildung 65: Schriftliche Kooperationen mit anderen an der Versorgung beteiligten Akteuren I, nach Kurzzeitpflegeangebot, n = 139, Mehrfachnennung, Angaben in % .....                               | 135 |
| Abbildung 66: Schriftliche Kooperationen mit anderen an der Versorgung beteiligten Akteuren II, nach Kurzzeitpflegeangebot, n = 139, Mehrfachnennung, Angaben in % .....                              | 136 |
| Abbildung 67: Einschätzungen zur Häufigkeit der Zusammenarbeit mit den kooperierenden regionalen Akteuren, Teil I, n = 141, Angaben in % .....  | 137 |
| Abbildung 68: Einschätzungen zur Häufigkeit der Zusammenarbeit mit den kooperierenden regionalen Akteuren, Teil II, n = 141, Angaben in % .....   | 137 |

|  |     |
|--|-----|
| Abbildung 69: Nutzung einer Pflegeüberleitungsplattform in den stationären Pflegeeinrichtungen, n =140, Angaben in %.....  | 138 |
| Abbildung 70: Zufriedenheit mit der Nutzung der Pflegeüberleitungsplattform, n = 73, Angaben in % .....  | 139 |
| Abbildung 71: Einschätzung der Eignung von Versorgungssettings für die Kurzzeitpflege wegen Abwesenheit/Urlaub der Pflegeperson – planbar .....                                      | 150 |
| Abbildung 72: Einschätzung der Eignung von Versorgungssettings für die Kurzzeitpflege wegen häuslicher Krisensituation – nicht planbar .....   | 151 |
| Abbildung 73: Einschätzung der Eignung von Versorgungssettings für die Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalt – nur teilweise planbar.....  | 152 |
| Abbildung 74: Einschätzung der Eignung von Versorgungssettings für die Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalt zur Überleitung in die Rehabilitation – nur teilweise planbar ..... | 152 |
| Abbildung 75: Zufriedenheit mit der Kurzzeitpflege aus Sicht der Nutzerinnen und Nutzer, n = 138, Angaben in %.....  | 154 |
| Abbildung 76: Einschätzungen zur Weiterentwicklung von ganzjährig vorzuhaltenden und solitären Kurzzeitpflegeplätzen, n = 159, Angaben in % .....                                    | 172 |
| Abbildung 77: Übersicht der Adressaten für die Umsetzung der Handlungsempfehlungen.....  | 190 |
| Abbildung 78: Überblick über das methodische Vorgehen der gesamten Studie.....   | 192 |
| Abbildung 79: Übersicht zu kommunalen Unterstützungsmöglichkeiten in der Kurzzeitpflege.....   | 196 |
| Abbildung 80: Schematischer Ablauf der Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen  | 198 |
| Abbildung 81: Position der befragten Personen der Online-Befragung, n = 142, Angabe in % .....   | 201 |
| Abbildung 82: Verteilung der Altersgruppen der Versichertenbefragung, n = 839, Angabe in % ...   | 209 |

### Tabellen

|  |    |
|--|----|
| Tabelle 1: Übersicht der Gesetze, Verordnungen, Richtlinien und Verträge für die stationäre (Kurzzeit-)Pflege (Stand Dezember 2020).....   | 21 |
| Tabelle 2: Gegenüberstellung der Eigenanteile für 30 Tage in der Kurzzeit beziehungsweise Dauerpflege in einer exemplarisch ausgewählten Pflegeeinrichtung im Stadtkreis Stuttgart (Stand: 09/2021)..... | 28 |
| Tabelle 3: Pflegesätze und mittels Kurzzeitpflegebudget „finanzierte“ Tage in der Kurzzeitpflege am Beispiel einer Einrichtung in Freiburg .....   | 28 |
| Tabelle 4: Kategorisierung der Beschäftigtengruppen nach Landespersonalverordnung (LPersVO, Baden-Württemberg) .....   | 34 |

|             |   |     |
|-------------|---|-----|
| Tabelle 5:  | Personalschlüssel in der vollstationären Pflege in Baden-Württemberg.....   | 37  |
| Tabelle 6:  | Durchschnittliche Entgelte in der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg zum Stichtag 01.01.2021 .....   | 39  |
| Tabelle 7:  | Übersicht Strukturdaten Baden-Württemberg gesamt .....  | 42  |
| Tabelle 8:  | Angebotsentwicklung der Kurzzeitpflegeplätze in Baden-Württemberg .....   | 44  |
| Tabelle 9:  | Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege vom 01.01.2020 bis 31.12.2020 .....  | 46  |
| Tabelle 10: | Kurzzeitpflegeangebot nach Altersgruppen, Angaben in %, Mehrfachnennung .....   | 57  |
| Tabelle 11: | I: Kurzzeitpflegeangebot nach Zielgruppen, Angaben in %, Mehrfachnennung .....  | 61  |
| Tabelle 12: | II: Kurzzeitpflegeangebot nach Zielgruppen, Angaben in %, Mehrfachnennung .....   | 63  |
| Tabelle 13: | Anzahl der Aufnahmen, Anfragen und Ablehnungen in der Kurzzeitpflege, nach Art der Kurzzeitpflegeeinrichtung, Angabe in absoluten Häufigkeiten .....      | 82  |
| Tabelle 14: | Vorliegen der Aufnahmeunterlagen bei Kurzzeitpflegegästen, Angabe in n und % ...  | 97  |
| Tabelle 15: | Häufigkeiten und Inhalte von Angehörigengesprächen in der Kurzzeitpflege, nach Einrichtungsart und Erfassungszeitraum, Angaben in % .....                 | 100 |
| Tabelle 16: | Prognose Bevölkerungsentwicklung in Baden-Württemberg .....   | 105 |
| Tabelle 17: | Prognose Pflegebedürftige mit Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg.....  | 107 |
| Tabelle 18: | Prognose Pflegeplatzbedarf Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg.....   | 108 |
| Tabelle 19: | Prognose Pflegeplatzbedarf in der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg, nach Prognoseszenario.....   | 111 |
| Tabelle 20: | Inhalt und Maßnahmen der Kooperation zwischen Pflegeeinrichtung und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, nach Kurzzeitpflegeangebot, Angaben in % ..... | 133 |
| Tabelle 21: | Auswahl an bestehenden Netzwerkstrukturen in der Pflege und in der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg.....   | 141 |
| Tabelle 22: | Charakteristiken der teilnehmenden vollstationären Pflegeeinrichtungen der Online-Befragung .....   | 199 |
| Tabelle 23: | Stichprobenüberblick der teilnehmenden Einrichtungen der beiden Erfassungszeiträume .....   | 205 |
| Tabelle 24: | Charakteristiken der Stichprobe der Kurzzeitpflegegäste .....   | 207 |
| Tabelle 25: | Übersicht der Kreispflegeplanungen in den 44 Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg .....  | 232 |

|             |  |     |
|-------------|--|-----|
| Tabelle 26: | Projekte beziehungsweise Ansätze der poststationären Versorgung.....   | 237 |
| Tabelle 27: | Projekt zur Kurzzeitpflege im Krankenhaus.....   | 240 |
| Tabelle 28: | Projekte und Ansätze der rehabilitativen Kurzzeitpflege beziehungsweise<br>Angliederung an Rehabilitationsmaßnahmen..... | 241 |
| Tabelle 29: | Modellprojekte zur Pflege auf Zeit/planbare Auszeiten .....  | 242 |
| Tabelle 30: | Case Management in der Kurzzeitpflege.....   | 245 |
| Tabelle 31: | Konzepte für spezifische Zielgruppen in der Kurzzeitpflege.....  | 247 |

## Abkürzungsverzeichnis

| <b>Abkürzung</b>   | <b>Erläuterung</b>  |
|--------------------|---|
| DVPMG              | Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz   |
| GKV                | gesetzliche Krankenversicherung   |
| GKV-Spitzenverband | Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung   |
| GVWG               | Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz  |
| IAV-Stellen        | Informations-, Anlauf-, und Vermittlungsstellen   |
| KHSG               | Krankenhausstrukturgesetz   |
| KVJS               | Kommunalverband für Jugend und Soziales   |
| KZP                | Kurzzeitpflege  |
| LHeimBauVO         | Verordnung des Sozialministeriums zur baulichen Gestaltung von Heimen und zur Verbesserung der Wohnqualität in den Heimen Baden-Württembergs (Landesheimbauverordnung)        |
| LHeimMitVO         | Verordnung des Sozialministeriums über die Mitwirkung der Bewohner in Angelegenheiten des Heimbetriebs in Baden-Württemberg (Landesheimmitwirkungsverordnung)                 |
| LPersVO            | Verordnung des Sozialministeriums über personelle Anforderungen für stationäre Einrichtungen (Landespersonalverordnung)   |
| LPfIG              | Gesetz zur Umsetzung der Pflegeversicherung in Baden-Württemberg (Landespflegegesetz)   |
| LPSG               | Gesetz zur sozialräumlichen Gestaltung von Pflege- und Unterstützungsstrukturen (Landespflegestrukturgesetz)  |
| MD                 | Medizinischer Dienst der Krankenversicherung  |
| MS                 | Multiple Sklerose   |
| MuG                | Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI |
| PiA                | Pflege im Anschluss   |
| PflegeheimFVO      | Verordnung der Landesregierung zur Förderung von Pflegeheimen nach dem Landespflegegesetz   |
| SAPV               | Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung  |
| SD                 | Standardabweichung  |
| SGB                | Sozialgesetzbuch  |
| StaLa              | Statistisches Landesamt   |
| VWD                | Verweildauer  |
| VZÄ                | Vollzeitäquivalente VZÄ   |
| WTPG               | Gesetz für unterstützende Wohnformen, Teilhabe und Pflege (Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz)   |

# Vorwort

Ein wesentlicher Baustein in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen ist die Kurzzeit- und Verhinderungspflege. In der Praxis wird seit einigen Jahren zunehmend beklagt, dass das Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen knapp und die Suche nach einem Platz oft schwierig ist. Insbesondere fehlt es an Plätzen, die verlässlich das ganze Jahr über für die Kurzzeitpflege zur Verfügung stehen. Auch gibt es kaum Alternativen, die eine Kurzzeitpflege oder eine 24-Stunden-Betreuung in der eigenen Häuslichkeit ermöglichen.

Auf Landesebene gibt es bereits verschiedene Maßnahmen und Aktionen zur Stärkung und Förderung der Kurzzeit- und Verhinderungspflege. Ergänzend zu den Aktivitäten auf Landesebene hat der KVJS ein Forschungsprojekt zum Ausbau und zur Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg in Auftrag gegeben. Außerdem thematisiert dieser Bericht Alternativen zur vollstationären Kurzzeitpflege und zeigt Ideen für Modellprojekte auf.

In die Untersuchung wurden unterschiedliche Perspektiven einbezogen: der Kommunen, Leistungserbringer, Leistungsträger und Betroffenen. An den verschiedenen Blickwinkeln orientierten sich die Erhebungsmethoden, darunter eine Online-Befragung von stationären Pflegeeinrichtungen, eine standardisierte Leistungserfassung in ausgewählten Pflegeheimen und eine Versichertenbefragung. Für die Unterstützung zweier Pflegekassen bei der landesweiten Versichertenbefragung sind wir zu besonderem Dank verpflichtet. Darüber hinaus interviewte unser Forschungspartner Vertreterinnen und Vertretern von Kommunen, Beratungsstellen, Pflegekassen, Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen.

Dr. Elisabeth Hahnel und Dr. Grit Braeseke vom IGES Institut in Berlin führten das Projekt in unserem Auftrag mit einem Forschungsteam durch. Da ein Teil des Forschungsprojektes in die Zeit der Corona-Pandemie fiel, stellte dies sowohl das Forschungsteam als auch die stationären Einrichtungen vor Herausforderungen. Für das außerordentliche Engagement und die kompetente und vor allem flexible Durchführung des Projekts danken wir dem Forschungsteam sehr herzlich. Unser Dank gilt auch allen Expertinnen und Experten für ihre aktive Mitarbeit sowie den Mitgliedern des Projektbeirats. Ohne ihre Bereitschaft, ihre fachliche Expertise in Interviews, Befragungen und Fachgesprächen einzubringen und zur Diskussion zu stellen, wäre die erfolgreiche Umsetzung des Forschungsvorhabens nicht möglich gewesen.

Die gewonnenen Erkenntnisse bieten der Politik und der Fachpraxis eine umfassende Grundlage, die Kurzzeitpflege weiterzuentwickeln. Wir sind davon überzeugt, dass die Ergebnisse entsprechende Diskussionsprozesse anregen und landesweit auf großes Interesse stoßen werden.

Kristin Schwarz  
Verbandsdirektorin

## Zusammenfassung

### Ausgangslage

Landesweit fehlen solitäre und ganzjährig verfügbare Kurzzeitpflegeplätze. Wie auch diese Studie bestätigt, übersteigt die Nachfrage nach Kurzzeitpflege das derzeitige Angebot. Zudem gibt es kaum Alternativen, die eine Kurzzeitpflege oder 24-Stunden-Betreuung in der eigenen Häuslichkeit ermöglichen. Die Prognoseergebnisse aus diesem Bericht weisen ferner auf einen zusätzlichen Bedarf von rund 1.170 Kurzzeitpflegeplätzen bis zum Jahr 2035 hin. Das Land hat sich dieser Herausforderungen mit dem Aktionsbündnis Kurzzeitpflege und der Förderung der Kurzzeitpflege im Innovationsprogramm Pflege bereits angenommen.

### KVJS-Forschungsprojekt zur Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg

Vor diesem Hintergrund hat der KVJS das vorliegende Projekt initiiert und die IGES Institut GmbH von November 2020 bis Oktober 2022 mit dessen Durchführung beauftragt. Auf der Grundlage regionaler Analysen hat sich das Forschungsprojekt folgende Ziele gesetzt:

- Anregungen und Empfehlungen für den Ausbau und die Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg zu geben
- Alternativen zur vollstationären Kurzzeitpflege aufzuzeigen
- Anregungen für zukünftige Modellprojekte zu geben
- valide Bedarfszahlen für die Planungen in den Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg bereitzustellen

### Zentrale Schlussfolgerungen

Konkret zeichnen sich Vorschläge zu einer Erhöhung der Platzzahlen und einer fachlich-konzeptionellen Weiterentwicklung ab, gefolgt von Handlungsempfehlungen für deren Umsetzung.

#### 1. Vorschläge zu einer Erhöhung der Platzzahlen

- Ermittlung des regionalen Bedarfs zur Entwicklung bedarfsgerechter Strukturen
- Bereitstellung von vergünstigten Baugrundstücken für Kurzzeitpflegeeinrichtungen durch die Kommunen
- Kurzzeitpflegeplätze bei Neubauten verpflichtend vorsehen
- Stärkung der quartiersnahen Versorgung durch neue Angebote der Verhinderungspflege zum Beispiel in ambulant betreuten Wohngemeinschaften oder in Quartiershäusern
- Ausbau von Angeboten, die die Kurzzeitpflege flankieren, zum Beispiel die Tagespflege, die stunden- oder tageweise „Kurzzeitpflege auf Zeit“ oder Entlastungsangebote für pflegende Angehörige

#### **Handlungsempfehlung:**

Es wird der Ausbau von solitären und ganzjährigen Plätzen sowie von alternativen Formen der Kurzzeitpflege und ambulanten und teilstationären Pflegeangeboten empfohlen. Dabei sollten die regional vorhandenen Strukturen für einen regionalspezifischen und bedarfsgerechten Ausbau sozialplanerisch untersucht werden.

### 2. Fachlich-konzeptionelle Weiterentwicklungen

- **Stärkere anlassbezogene Ausrichtung:**

Die Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI sollte eher in Einrichtungen der stationären Dauerpflege mit eingestreutem beziehungsweise ganzjährig verfügbarem Kurzzeitpflegeangebot angesiedelt sein. Die Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI sollte eher in solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen oder stationären Pflegeeinrichtungen mit ganzjährig verfügbaren Plätzen mit Anbindung an Rehabilitationseinrichtungen, therapeutischem und ärztlichem Personal sowie mit Case Management erfolgen.

**Handlungsempfehlung:**

Eine Weiterentwicklung der Kurzzeitpflegeangebote entsprechend den unterschiedlichen Bedarfskonstellationen (Kurzzeit-, Verhinderungs- oder Urlaubspflege) beziehungsweise Zielgruppen wird empfohlen. Spezialisierte Kurzzeitpflegeangebote sollten überregional geplant werden. Eine fachliche Spezialisierung darf nicht zu einer Verknappung des Angebots, zu höheren Kosten für die Nutzerinnen und Nutzer oder zu Zugangsbeschränkungen führen.

- **Weiterbildungen des Personals:**

Für bestimmte Gruppen, wie beispielsweise für Kinder und Jugendliche oder Menschen mit einer Demenz sind spezielle Angebote notwendig. Diese erfordern vom Personal eine entsprechende Spezialisierung hinsichtlich der zu versorgenden Zielgruppen. Außerdem zeigte sich der Bedarf nach einer fachlichen Spezialisierung und Weiterbildung (insbesondere zum Sozialrecht).

**Handlungsempfehlung:**

In Einrichtungen, die spezielle Zielgruppen in der Kurzzeitpflege betreuen, sollten entsprechende Personalqualifikationen vorgehalten und Fort- und Weiterbildungsangebote ermöglicht werden.

- **Case Management:**

Die Organisation der Versorgung von Kurzzeitpflegegästen aus dem Krankenhaus erfordert zum Teil sehr aufwendige Koordinierungsleistungen. Case Management übernimmt dabei die Fallkoordination und unterstützt die Betroffenen und Einrichtungen bei der Platzsuche und der Nachsorgeplanung. Die Expertinnen und Experten empfehlen, Case Management in übergeordneten koordinierenden Strukturen, zum Beispiel im kommunalen Setting oder bei den Pflegestützpunkten mit entsprechender Berücksichtigung im Stellenplan anzusiedeln.

**Handlungsempfehlung:**

Der Einsatz von Case Management in solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen wird empfohlen.

- **Verbesserung der Kooperationen:**

Kooperationen steigern die Effizienz und entlasten das Personal. Bereits bestehende Netzwerke sollten daher gefestigt werden. Darüber hinaus ist eine bessere Verzahnung der Sektoren ratsam, zum Beispiel durch eine verbesserte Kooperation mit niedergelassenen Ärzten. Die Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern, insbesondere das Entlassmanagement, sollte verbindlich geregelt werden. Eine verbindliche regionale Vernetzung kann dazu beitragen, gemeinsame Versorgungspfade zu gestalten, Zuständigkeiten regelhaft zu vereinbaren und die Kontinuität der Versorgung sowie die Organisation der Anschlussversorgung zu verbessern.

**Handlungsempfehlung:**

Eine Weiterentwicklung verbindlicher Kooperations- und Vernetzungsstrukturen zur Verbesserung der Zusammenarbeit und des Informationsaustausches zwischen den Akteuren sowie zur Steigerung der Versorgungsqualität ist zu empfehlen.

- **Nutzung einer Pflegeüberleitungsplattform:**  
Diese kann die Akteure der akut- und langzeitpflegerischen Versorgung miteinander vernetzen und ein regionales Versorgungsnetzwerk schaffen.  
**Handlungsempfehlung:**  
Die verbindliche Nutzung digitaler Plattformen zur Überleitung spart Zeit und entlastet Einrichtungen, Betroffene und Angehörige.
- **Etablierung regionaler Koordinationsplattformen:**  
Eine zentrale Steuerung der Vergabe von Kurzzeitpflegeplätzen durch die Kommune im Hinblick auf Beratungs-, Vertrags- und Belegungsmanagement kann zur Entlastung der Einrichtungen beitragen und Betroffene bei der Platzsuche unterstützen.  
**Handlungsempfehlung:**  
Die Einrichtung einer zentral gesteuerten oder regional übergeordneten Organisation der Platzvermittlung ist zur Entlastung der Einrichtungen und pflegenden Angehörigen zu empfehlen.

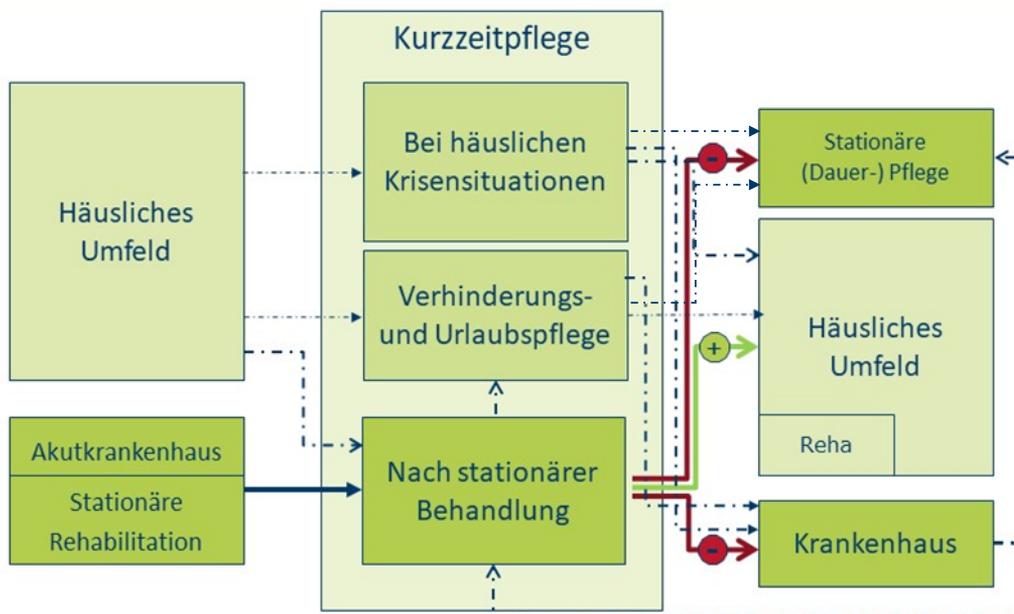
### Weitere Handlungsempfehlungen

- Es wird empfohlen, innovative Ansätze und Modellprojekte in der Kurzzeitpflege auf ihre Verstetigung und Übertragbarkeit auf andere Regionen zu prüfen.
- Der im Vergleich zur Dauerpflege „erhöhte“ Dokumentationsaufwand in der Kurzzeitpflege ist zu berücksichtigen.
- Der Rahmenvertrag für die Kurzzeitpflege nach § 75 Abs. 1 SGB XI ist unter Berücksichtigung der Empfehlungen für eine wirtschaftlich tragfähige Vergütung der Kurzzeitpflege nach § 88a SGB XI zu überprüfen und anzupassen.
- Es wird empfohlen, die Öffentlichkeitsarbeit zur Kurzzeit- und Verhinderungspflege sowie zu Entlastungsangeboten auf kommunaler Ebene zu verbessern. Darüber hinaus sollten erfolgreiche Modellprojekte bekannt gemacht werden.

## 1. Hintergrund und Zielsetzung

Die Sicherung der ambulanten pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung ist ein wesentliches gesundheitspolitisches Ziel. Daher werden für zu Hause versorgte Pflegebedürftige im Rahmen der Pflegeversicherung sogenannte ergänzende Leistungen gewährt: die teilstationäre Tages- und Nachtpflege sowie Kurzzeit- und Verhinderungspflege. Kann die häusliche Pflege nach einer stationären Behandlung des Pflegebedürftigen, bei häuslichen Krisensituationen, zum Beispiel bei Überlastung oder Erkrankung einer Pflegeperson, zeitweise nicht im erforderlichen Umfang sichergestellt werden, haben Pflegebedürftige Anspruch auf stationäre Kurzzeitpflege gemäß § 42 SGB XI. Somit weist der Gesetzgeber der Kurzzeitpflege eine zentrale Weichenstellerfunktion (Deckenbach, 2016) innerhalb der pflegerischen Versorgungskette zu, die an entscheidender Stelle, zum Beispiel der postakuten Versorgung, angesiedelt ist (Abbildung 1).

**Abbildung 1: Weichenstellerfunktion der Kurzzeit – beziehungsweise Verhinderungspflege**



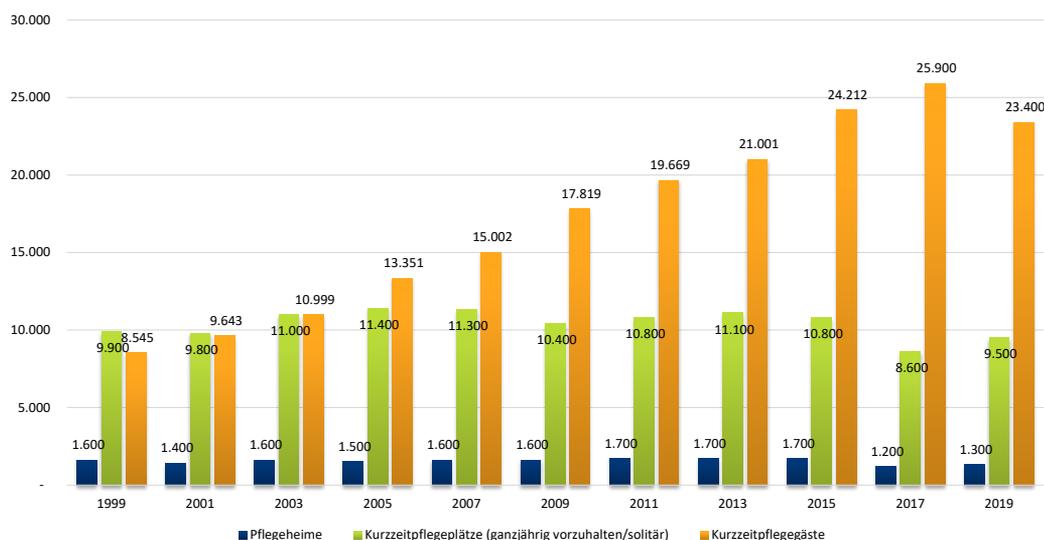
Quelle: IGES, angelehnt an Deckenbach, 2016

Die Kurzzeitpflege stellt eine besondere pflegerische Versorgungsform dar, die sich deutlich von der Langzeitpflege unterscheidet: Kurzzeitpflegegäste kommen häufig aus Krisensituationen oder nach einem Krankenhausaufenthalt und haben im Vergleich einen wesentlich höheren medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Versorgungsbedarf. Aufgrund des zeitlich begrenzten Aufenthaltes des Kurzzeitpflegegastes ist zudem ein höherer Anteil an Koordinierungs-, Abstimmungs- und Beratungsleistungen, da die Folgeversorgung oft noch nicht geklärt ist, seitens der Pflegekräfte zu vermuten.

## Bundesweite Entwicklungen in der Kurzzeitpflege

Bundesweit nimmt die Anzahl der Pflegeeinrichtungen mit Kurzzeitpflegeangeboten (ganzjährig vorzuhaltende Plätze, solitäre Plätze) im Vergleich zu den Vorjahren deutlich ab (Abbildung 2). Waren es im Jahr 2015 noch etwa 1.700 Pflegeeinrichtungen mit 10.800 vollstationären Kurzzeitpflegeplätzen, haben im Jahr 2019 nur noch rund 1.300 Einrichtungen insgesamt 9.500 vollstationäre Kurzzeitpflegeplätze angeboten (Rothgang & Müller, 2019; Statistisches Bundesamt, 2020a).

**Abbildung 2: Bundesweite Entwicklungen in der Kurzzeitpflege 1999 bis 2019 (Stichtag jeweils zum 15.12.)**



Quelle: IGES, auf Grundlage von Rothgang & Müller 2019: 79f.; Statistisches Bundesamt 2018a; Statistisches Bundesamt 2018b, Statistisches Bundesamt 2020a

Wie ebenfalls aus der Abbildung 2 ersichtlich ist, entwickelt sich das Leistungsgeschehen in der Kurzzeitpflege bundesweit sehr dynamisch mit durchschnittlichen Zuwachsraten von 8,7 % pro Jahr bei den Kurzzeitpflegegästen. Deren Zahl (stichtagsbezogen zum 15.12.) stieg von 8.500 im Jahr 1999 auf 23.400 im Jahr 2019 (Statistisches Bundesamt 2020a).

Im Gegensatz zu den Vorjahren verzeichnet die Anzahl der ausschließlich für die Kurzzeitpflege vorgehaltenen Plätze (ganzjährig vorzuhalten/solitär) einen Rückgang von rund 11.000 auf 9.500. Hinzu kommen allerdings noch Betten in stationären Einrichtungen, die bei Bedarf flexibel für Kurzzeitpflegegäste eingesetzt werden (sogenannte eingestreute Betten). Diese eingestreuten Plätze stiegen seit 1999 bis 2015 im Durchschnitt um 7 % pro Jahr an. Im Jahr 2017 lag deren Anzahl sogar um 11,7 % über dem Wert von 2015 (insgesamt 41.689 eingestreute Kurzzeitpflegeplätze).

Demzufolge waren 2017 bundesweit mehr als 50.000 Plätze für Kurzzeitpflege (eingestreute und ganzjährig vorzuhaltende/solitäre Plätze) ausgewiesen und rund 25.900 Plätze am 15.12.2017 mit

Kurzzeitpflegegästen belegt. Dies deutet zunächst, ungeachtet etwaiger regionaler Unterschiede und saisonaler Schwankungen, auf insgesamt ausreichende Kapazitäten hin.

In der Praxis allerdings häufen sich die Hinweise in vielen Bundesländern (unter anderem in Bayern, Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und dem Saarland), dass es in vielen Regionen Engpässe in der Kurzzeitpflege gibt (Braeseke et al., 2019). Dies hängt vor allem damit zusammen, dass die von den Einrichtungen ausgewiesenen flexibel einsetzbaren Plätze in steigendem Maße mit Dauerpflege belegt werden. Je höher die Auslastung der Pflegeheime ist, umso weniger Kapazitäten bleiben für die Kurzzeitpflege.

Ergebnisse des Pflege-Thermometers 2018 (Isfort et al., 2018) bestätigen diesen Befund: Rund 84 % der befragten Einrichtungen (1.067 Pflegeheime bundesweit) gaben an, Anfragen zur Kurzzeitpflege ablehnen zu müssen, knapp 83 % konnten auch nicht alle Anfragen nach Langzeitpflege erfüllen und rund 71 % haben dafür Wartelisten. Obwohl nur 15 % der Einrichtungen die Kapazitäten für Kurzzeitpflege in ihrer Region als gesichert einschätzten, planen lediglich 7 % der Heime einen Ausbau der Kurzzeitpflegeplätze. Aus Sicht der Anbieter scheint Kurzzeitpflege somit kein (wirtschaftlich) attraktives Betätigungsfeld zu sein.

Mit Blick auf Baden-Württemberg ergibt sich folgendes Bild: Auch hier steigt die Zahl der Kurzzeitpflegegäste (stichtagsbezogen zum 15.12.) kontinuierlich mit einer durchschnittlichen Rate von 8,8 % pro Jahr an. Im Gegensatz dazu hat sich die Anzahl der ausschließlich für die Kurzzeitpflege vorgehaltenen Plätze seit 1999 kaum verändert beziehungsweise weist einen leichten Rückgang auf.

Vor diesem Hintergrund wurde das IGES Institut mit einer Studie zur Untersuchung von Angebot und Nachfrage, der Identifikation der Gelingens- oder auch Hinderungsfaktoren bei der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege sowie der Weiterentwicklungspotentiale und innovativen Konzepten der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg beauftragt.

Das Ziel der Studie war die Untersuchung und Darstellung der Ist-Situation der Angebotsstruktur und Nachfrage der Kurzzeitpflege in allen 44 Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg einschließlich einer Beurteilung zu Rahmenbedingungen, Hemmnissen und Herausforderungen für die Bereitstellung, den Ausbau und die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflegeangeboten. Des Weiteren wurde eine valide Bedarfsprognose durchgeführt. Basierend auf den empirischen Erkenntnissen wurden Kriterien für die Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege abgeleitet.

Der vorliegende Abschlussbericht präsentiert die Gesamtergebnisse der zweijährigen Projektlaufzeit. Die detaillierten tabellarisch aufbereiteten Angaben zu den Angebotsstrukturen der einzelnen 44 Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg sind einem zugehörigen Tabellenband zu entnehmen.

## 2. Rahmenbedingungen der Kurzzeitpflege

Im folgenden Kapitel sind zunächst die Rahmenbedingungen und Entwicklungen für die Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg zusammenfassend dargestellt

Der rechtliche Rahmen für die Leistungserbringer beziehungsweise die relevanten Gesetze, Verordnungen, Richtlinien und Rahmenverträge werden in Kapitel 2.1 betrachtet. Analog wird in Kapitel 2.2 aus der Perspektive der pflegebedürftigen Leistungsempfängerinnen und -empfänger verfahren.

Im Fokus des Kapitels 2.3 stehen die allgemeinen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für die Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg sowie aktuelle Förderprogramme des Landes. Vertiefend zur Recherche der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen sind die Ergebnisse von leitfadengestützten Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern von Kurzzeitpflegeeinrichtungen dargestellt.

### Allgemeine Rahmenbedingungen und Entwicklungen in Baden-Württemberg

Die Absätze 1 und 2 des § 8 SGB XI definieren die pflegerische Versorgung der Bevölkerung als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, bei deren Erfüllung Länder, Kommunen, Pflegeeinrichtungen sowie Pflegekassen unter der Beteiligung des Medizinischen Dienstes (MD) eng zusammenarbeiten. Ziel ist die Bereitstellung einer leistungsfähigen, regional gegliederten, ortsnahen und darüber hinaus abgestimmten ambulanten und stationären pflegerischen Versorgung. Weiterhin ist es Aufgabe der Akteure, das bestehende häusliche und stationäre pflegerische Angebot bei Bedarf neben häuslicher und stationärer Pflege sowie neuen Formen der teilstationären Pflege auch durch neue Formen der Kurzzeitpflege zu ergänzen sowie für die Vorhaltung eines Angebots von der Pflege ergänzenden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu sorgen.

Die Versorgung von Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI in stationären Einrichtungen der Kurzzeitpflege erfolgt auf Grundlage von § 42 SGB XI *Kurzzeitpflege*. Die häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson wird über § 39 SGB XI *Verhinderungspflege* geregelt. Finanzielle Leistungen der Pflegeversicherung sind jeweils zeitlich begrenzt auf acht beziehungsweise sechs Wochen pro Kalenderjahr. In Abgrenzung zur Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI greift die „Verhinderungs- und Urlaubspflege“ zumeist bei pflegerischen Situationen, die nicht durch krisenhafte beziehungsweise medizinisch und pflegerisch schwierige Akutsituationen, sondern durch Planbarkeit gekennzeichnet sind. Die weitere häusliche Versorgung ist in der Regel geklärt. Die Verhinderungspflege soll vorzugsweise als häusliche Ersatzpflege durch ambulant tätige Pflegekräfte erbracht werden, wenn informell Pflegende beispielsweise aufgrund von Urlaub oder geplanten Krankenhausaufenthalten die Pflege nicht sicherstellen können. Ambulante Pflegedienste können erbrachte Leistungen im Rahmen der Verhinderungspflege bis zu einem Betrag von 1.612 Euro für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr direkt mit der Pflegekasse abrechnen. Der Leistungsbetrag kann um bis zu 806 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 2 Satz 2 auf insgesamt bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 2 Satz 2 angerechnet. Verhinderungspflege kann aber auch in einer stationären Pflegeeinrichtung oder mit

entsprechendem Leistungsnachweis für die Pflegekasse durch Privatpersonen beziehungsweise Nachbarschaftshilfen erfolgen.

Leistungen der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege können kombiniert werden, indem im Kalenderjahr noch nicht in Anspruch genommene Mittel der Verhinderungspflege auch für Leistungen der Kurzzeitpflege eingesetzt werden können. Dadurch kann der Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege auf insgesamt bis zu 3.386 Euro im Kalenderjahr erhöht werden.

Im Jahr 2018 hat das Ministerium für Soziales und Integration in Baden-Württemberg gemeinsam mit weiteren Partnerinnen und Partnern der Selbstverwaltung von Kassen, Einrichtungsträgern und kommunalen Landesverbänden das „Aktionsbündnis Kurzzeitpflege“ ins Leben gerufen, um Kurzzeitpflegeangebote im Land zu stärken und weiterzuentwickeln (Aktionsbündnis Kurzzeitpflege, 2018, S. 1). Um dieses Ziel zu erreichen, werden die Partnerinnen und Partner des Aktionsbündnisses alle Handlungsmöglichkeiten nutzen. Zu diesem Zweck sollen:

- leistungsrechtliche und vertragliche Rahmenbedingungen sowie die Überarbeitung und Neuverhandlung des aus dem Jahre 1997 stammenden Rahmenvertrags für die Kurzzeitpflege nach § 75 SGB XI weiterentwickelt und
- die konzeptionelle Ausrichtung der Kurzzeitpflege weiterentwickelt werden,
- die sektorenübergreifende Versorgung, insbesondere der Kurzzeitpflege nach Krankenhausbehandlung verbessert und
- die kooperative Sozialplanung vor Ort gestärkt werden sowie
- Spielräume der Landesheimbauverordnung gezielt genutzt und
- die solitäre Kurzzeitpflege gefördert werden (ebd., S. 1 f.).

Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) vom 11. Juli 2021 wurde ein neuer Leistungsanspruch eingeführt – die Übergangspflege im Krankenhaus gemäß § 39e SGB V. Die gesetzliche Krankenversicherung ist nun verpflichtet, Leistungen der Übergangspflege in einem Krankenhaus zu finanzieren. Voraussetzung ist, dass im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderliche Leistungen der häuslichen Pflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen der medizinischen Rehabilitation sowie Pflegeleistungen nach SGB XI nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können. Die Übergangspflege darf nur in dem Krankenhaus erfolgen, in dem auch die Behandlung stattgefunden hat. Ein Anspruch der gesetzlich Krankenversicherten besteht für längstens zehn Tage je Krankenhausbehandlung (§ 39e Abs. 1 SGB V).

Das GVWG adressiert darüber hinaus die Erarbeitung von Empfehlungen für eine wirtschaftlich tragfähige Vergütung der Kurzzeitpflege (§ 88a SGB XI). Bis zum 22.04.2022 waren durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene Empfehlungen nach dem Verfahren gemäß § 75 Abs. 6 SGB XI zur Kurzzeitpflege abzugeben. Beteiligt werden sollten zudem der Medizinische Dienst Bund, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., unabhängige Sachverständige sowie die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Weiterhin war eine enge Zusammenarbeit mit den Verbänden der Pflegeberufe und den Verbänden von Menschen mit Behinderungen sowie Pflegebedürftigen vorgesehen. Die Empfehlungen müssen insbesondere die verschiedenen Arten und Formen sowie

die inhaltlichen und strukturellen Besonderheiten der Kurzzeitpflege berücksichtigen. Auf Grundlage dieser Empfehlungen haben die Vertragspartner nach § 75 Abs. 1 SGB XI in den Ländern ihre Rahmenverträge für die Kurzzeitpflege zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen (§ 88a Abs. 1 SGB XI). Am 19.08.2022 sollten die Empfehlungen für eine wirtschaftlich tragfähige Vergütung der Kurzzeitpflege nach § 88a SGB XI auf Bundesebene verabschiedet werden. Bisher liegen sie jedoch nicht vor (Stand: November 2022). Sobald diese vorliegen werden die derzeit pausierten Landesrahmenvertragsverhandlungen für Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg fortgesetzt.

Die bundesweit und spezifisch in Baden-Württemberg geltenden Gesetze, Verordnungen, Richtlinien und Verträge, mit aktueller Relevanz für die pflegerische vollstationäre Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern in der stationären Langzeitversorgung und Gästen der Kurzzeitpflege sind in Tabelle 1 überblicksartig aufgelistet.

**Tabelle 1: Übersicht der Gesetze, Verordnungen, Richtlinien und Verträge für die stationäre (Kurzzeit-)Pflege (Stand Dezember 2020)**

| Gesetz/Verordnung/Richtlinie/Vertrag             | Inkrafttreten/letzte Änderung | Inhalte   |
|--|-------------------------------|---|
| Sozialgesetzbuch XI - Soziale Pflegeversicherung | 1994/2020                     | Regelungen zur sozialen Pflegeversicherung, unter anderem § 42 und § 39 enthalten Vorschriften zur Kurzzeit- und Verhinderungspflege.   |
| Landespflegegesetz (LPfIG)                       | 1995/2019                     | Unter anderem Investitionskostenförderung für stationäre Pflegeeinrichtungen. Im Jahr 2019: Änderung bestimmter Paraphen im LPfIG durch das Landespflegestrukturgesetz.   |
| Pflegeheimförderungsverordnung (PflegeheimFVO)   | 1996/2004 (2010 ausgelaufen)  | Regelungen zur finanziellen Förderung stationärer Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege wurden bis zum Jahr 2010 im Rahmen der PflegeheimFVO fortgeführt. Aufgrund fehlender Zielgenauigkeit und bereits anderen bestehenden Investitionskostenförderungen (unter anderem im Rahmen des Innovationsprogramm Pflege) wurde die Fortführung nicht wieder aufgenommen (Petition 16/3346 betr. Investitionsförderung für die stationäre und ambulante Pflege). |
| Rahmenvertrag Kurzzeitpflege                     | 1997/-                        | Regelungen unter anderem zum Inhalt von Pflegeleistungen, Unterkunft und Verpflegung, Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfen, allgemeinen Bedingungen der Pflege, Dokumentation und Abrechnung in der Kurzzeitpflege.  |

| Gesetz/Verordnung/Richtlinie/Vertrag  | Inkrafttreten/letzte Änderung                | Inhalte  |
|---|--|--|
| Landesheimmitwirkungsverordnung (LHeimMitVO)  | 2010/2020                                    | Regelungen zur Interessenvertretung von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen.   |
| Landesheimbauverordnung (LHeimBauVO)  | 2009/2011                                    | Regelungen zu baulichen Vorgaben stationärer Pflegeeinrichtungen.  |
| Wohn- und Teilhabe-Gesetz (WTPG)  | 2014, löste das Landesheimgesetz von 2008 ab | Regelungen für stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulant betreute Wohngemeinschaften (unter anderem Transparenz, Mitbestimmung, Qualitätsprüfung, Heimaufsicht). Das WTPG greift Regelungen des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes des Bundes auf.   |
| Landespflegestrukturgesetz (LPSG)   | 2018   | Unter anderem Förderung der Kurzzeitpflege mit Haushaltsgeldern des Landes, der Stadt- und Landkreise sowie Gemeinden und Förderung von Pflegeeinrichtungen und Unterstützungsstrukturen sowie zur Sicherstellung und Koordinierung der Angebotsstruktur (Landespflegeausschuss, kommunale Pflegekonferenzen und leistungssektorenübergreifende Zusammenarbeit). |
| Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der Kurzzeitpflege | 2020   | Richtlinien für die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von körperbezogenen Pflegemaßnahmen, der pflegerischen Betreuung sowie von Unterkunft und Verpflegung in der Kurzzeitpflege.  |
| Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG)   | 2021   | Maßnahmen für eine wirtschaftlich tragfähige und qualitätsgerechte Leistungserbringung sowie erforderliche Verpflichtungen zur Ausgestaltung der Rahmenbedingungen. Finanzielle Entlastung Betroffener, Einführung einer neuen Leistung „Übergangspflege im Krankenhaus“ (§ 39e SGB V).  |

Quelle: IGES, eigene Zusammenstellung

## 2.1 Rechtliche Grundlagen der Leistungserbringung

Das Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz (WTPG) in der Fassung vom 20. Mai 2014 löste im Jahr 2008 das Landesheimgesetz ab. Die Anforderungen für den Betrieb stationärer Pflegeeinrichtungen regelt § 10 WTPG. Neben der Verpflichtung im erforderlichen Umfang über

qualifizierte Leitungsfunktionen zu verfügen (§ 10 Abs. 1 WTPG) werden folgende Maßgaben formuliert:

- erbrachte Leistungen müssen dem jeweils allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse entsprechen,
- die Würde, Privatsphäre, Interessen und Bedürfnisse von Bewohnerinnen und Bewohnern beziehungsweise Gästen sind zu schützen,
- Selbständigkeit, Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben beziehungsweise an der Gesellschaft sowie die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner beziehungsweise Gäste sollen gewahrt und gefördert werden,
- kulturelle Herkunft sowie religiöse, weltanschauliche und sexuelle Orientierung und geschlechtsspezifische Belange sind angemessen zu berücksichtigen und zu achten,
- eine angemessene Qualität der Betreuung und der Verpflegung muss selbst oder in angemessener anderer Weise gesichert sowie zu einer angemessenen ärztlichen und gesundheitlichen Betreuung beitragen,
- eine humane, menschenwürdige und aktivierende Pflege muss gewährleistet und die Pflege entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse erbracht werden,
- die Wohnqualität sowie die Qualität hauswirtschaftlicher Leistungen muss angemessen sein,
- Bewohnerinnen und Bewohnern beziehungsweise Gästen sollen eine nach Art und Umfang ihrer Betreuungsbedürftigkeit angemessene Lebensgestaltung ermöglicht und erforderliche Hilfen gewährt werden,
- Erstellung von Pflegeplanungen beziehungsweise Förder- und Hilfeplänen,
- Maßnahmen des Infektionsschutzes für Bewohnerinnen und Bewohner beziehungsweise Gäste müssen sichergestellt werden sowie betreuende Personen Hygieneanforderungen einhalten,
- Arzneimittel müssen bewohnerbezogen und ordnungsgemäß aufbewahrt werden und in der Pflege Beschäftigte mindestens einmal im Jahr über den sachgemäßen Umgang mit Arzneimitteln beraten sowie die mit dem Umgang von Medizinprodukten betrauten Beschäftigten entsprechend eingewiesen werden.

Sofern Menschen mit Behinderung pflegerisch betreut werden, muss zudem die Eingliederung in die Gesellschaft gefördert werden (insbesondere die sozialpädagogische Betreuung und heilpädagogische Förderung). Weiterhin sind Einrichtungen verpflichtet die in § 10 WTPG enthaltenen Regelungen oder weiter geltende Rechtsverordnungen einzuhalten.

Bereits am 1. April 1997 trat der Rahmenvertrag für Kurzzeitpflege gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg in Kraft. Inhalte sind beispielsweise Regelungen zu Pflegeleistungen (§ 1), Unterkunft und Verpflegung (§ 2) oder Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfen (§ 5). Konkret werden in § 1 des Rahmenvertrages pflegerische Maßnahmen definiert, die bei:

- der Unterstützung in der Körperpflege,
- der Ernährung und der Mobilität,
- der persönlichen Lebensführung sowie
- der sozialen Betreuung und
- der medizinischen Behandlungspflege je nach Bedarf erbracht werden können.

Pflegebedürftigkeit zu mindern sowie einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit und der Entstehung von Sekundärerkrankungen präventiv vorzubeugen, sind zentral zu verfolgende Zielstellungen der Einrichtungen. Dementsprechend sind Pflegeleistungen in Form einer aktivierenden Pflege zu erbringen (§ 1 Abs. 1 und 2 Rahmenvertrag Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg). Dabei sind individuellen, persönlichen Gewohnheiten (zum Beispiel Schlafgewohnheiten) der Kurzzeitpflegegäste Rechnung zu tragen. Der Beratung kommt ebenfalls eine zentrale Rolle im pflegerischen Alltag zu. Explizit genannt wird die Beratung bei Problemen in der Nahrungsaufnahme, bei der Essens- und Getränkeauswahl und der Nutzung von geeigneten Hilfsmitteln. Zur Aufgabe der (Kurzzeit-)Pflegeeinrichtung gehört zudem die Veranlassung aller notwendigen Schritte zur Ausstattung der pflegebedürftigen Person mit Hilfsmitteln beziehungsweise technischen Hilfen (§ 5 Rahmenvertrag Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg).

Des Weiteren sollen individuelle Bedürfnisse nach Bewegung, wie einem überschießenden Bewegungsdrang und dem Schutz vor einer Eigen- oder Fremdgefährdung berücksichtigt werden. Eine bereits erreichte Eigenständigkeit des Kurzzeitpflegegastes soll durch die Pflegekraft gesichert werden (§ 4 Abs. 1 Rahmenvertrag Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg). Die persönliche Lebensgestaltung, die Förderung der sozialen Integration sowie das Ausschöpfen der Aktivierungspotentiale der Gäste sollen die Einrichtungen durch soziale Betreuung fördern.

Ferner sind im Rahmenvertrag organisatorische Voraussetzungen für Kurzzeitpflegeeinrichtungen beziehungsweise Einrichtungen mit eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen definiert (§ 9 Rahmenvertrag Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg). Pfelegeeinrichtungen sind im Rahmen ihrer Kapazitäten verpflichtet pflegebedürftige Menschen, die Kurzzeitpflegeangebote in der Einrichtung in Anspruch nehmen wollen, zu versorgen. Ausnahmen bestehen jedoch, wenn die Einrichtung auf besondere Zielgruppen spezialisiert ist (§ 11 Rahmenvertrag Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg).

Die personelle Ausstattung der Einrichtungen muss eine bedarfsgerechte, gleichmäßige sowie fachlich qualifizierte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Pflege gewährleisten. Dabei sollen maximal 20 % der Pflegeleistungen durch geringfügig Beschäftigte erbracht werden (§ 17 Abs. 1 und 2 Rahmenvertrag Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg). Werden Pflegehilfskräfte eingesetzt, ist die fachliche Überprüfung des Pflegebedarfs, die Anleitung der Hilfskräfte und die Kontrolle der geleisteten Arbeit durch Pflegefachkräfte zu gewährleisten. Konkrete Personalregelungen und Pflegeschlüssel sind weiterführend in Kapitel 2.3.2 dieses Berichtes dargelegt.

Im September 2020 einigten sich der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV), die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, kommunale Spitzenverbände auf Bundesebene sowie die Vereinigungen der Träger der Pfelegeeinrichtungen auf Bundesebene und andere relevante Akteure auf die „Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der Kurzzeitpflege“ (MuG Kurzzeitpflege). Diese sollen die Qualität von körperbezogenen pflegerischen Maßnahmen sowie der pflegerischen Betreuung, Unterkunft und Verpflegung von Gästen in der Kurzzeitpflege sicherstellen. Die Vereinbarung ist für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für zugelassene Kurzzeitpflegeeinrichtungen verbindlich und enthält Vorgaben für ein einrichtungsinternes

Qualitätsmanagement, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ausgerichtet ist (Spitzenverband Bund der Krankenkassen, 2020). Die nachfolgenden Absätze beinhalten die wichtigsten Regelungen dieser Vereinbarungen.

### Überblick zu den Regelungen der MuG Kurzzeitpflege

Der Einrichtungsträger muss die für das Qualitätsmanagement notwendigen personellen und sächlichen Ressourcen vorhalten um sicherzustellen, dass:

- Leistungen der Kurzzeitpflege in der vereinbarten Qualität erbracht werden,
- sich Leistungen der Kurzzeitpflege an den Bedürfnissen der Kurzzeitpflegegäste sowie fachlichen Erfordernissen orientieren und
- Verantwortlichkeiten, Abläufe und Methoden sowie eingesetzte Verfahren in den Leistungsbereichen zum einen beschrieben und zum anderen nachvollziehbar sind (Abschnitt 1.3 der MuG Kurzzeitpflege).

Festgelegte Qualitätsziele in der Kurzzeitpflege müssen geplante, ausgeführte und evaluierte Maßnahmen zur Erreichung dieser Ziele enthalten. Wesentliche Maßnahmen und Verfahren des Qualitätsmanagements müssen dokumentiert werden, unter den jeweils beteiligten Mitarbeitenden bekannt sein und umgesetzt werden. Während die Verantwortlichkeit für die Umsetzung des Qualitätsmanagements in der Leitungsebene liegt, müssen alle vom jeweiligen Prozess betroffenen Mitarbeiterinnen beziehungsweise Mitarbeiter einbezogen werden, um ein effektives Management zu ermöglichen. Erforderlich ist nicht zuletzt hierfür eine geeignete Kommunikation zwischen Leitung und Mitarbeitenden in der Kurzzeitpflegeeinrichtung, die durch die verantwortlichen Leitungskräfte sichergestellt werden muss (ebd.).

Die Richtlinie hält zudem fest, dass die Einbeziehung von Erwartungen und Bewertungen der Kurzzeitpflegegäste in das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement vorzunehmen ist. Die Einrichtungen müssen weiterhin Aufnahme, Bearbeitung und, wenn möglich, Lösung von Kundenbeschwerden sicherstellen. Darüber hinaus sind gegebenenfalls Erwartungen und Bewertungen anderer an der Pflege oder Unterkunft und Verpflegung Beteiligten einzubeziehen, wenn dies für die Leistungserbringung relevant ist (ebd.).

Um ihren Versorgungsauftrag zu erfüllen, können Einrichtungen der Kurzzeitpflege auch Kooperationsvereinbarungen mit anderen Leistungserbringern abschließen. Sofern pflegerische Leistungen im Rahmen der Kooperation erbracht werden, muss ein Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI vorliegen. Die Verantwortung für die Qualität der erbrachten Leistungen bleibt bei der Kurzzeitpflegeeinrichtung bestehen (Abschnitt 2.6 der MuG Kurzzeitpflege).

Die Kurzzeitpflegeeinrichtungen müssen über ein pflegewissenschaftlich fundiertes und auf praktischen Erfahrungen basierendes Pflegekonzept verfügen und umsetzen. Für die Aufnahme von Gästen müssen zudem systematische Hilfen bestehen (in der Richtlinie nicht näher definiert) und umgesetzt werden. Die pflegerische Betreuung erfolgt personenzentriert nach dem Pflegeprozess, welcher insbesondere die Schritte Informationssammlung, Maßnahmenplanung, Intervention und eine Evaluation umfasst. Ausgangslage sind die individuellen Bedürfnisse und Bedarfe der Kurzzeitpflegegäste und deren Sicht auf ihre Lebens- und Pflegesituation. Durch

Anwendung des „Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“ gelten die Anforderungen an den Pflegeprozess und die Pflegedokumentation als erfüllt. Sofern möglich, sollte die Informationssammlung und Maßnahmenplanung innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme in der Einrichtung abgeschlossen sein. Bei Personen in Krisensituationen ist gegebenenfalls ein gestuftes Vorgehen nötig (Abschnitte 3.1.1 – 3.1.3 der MuG Kurzzeitpflege).

Das Dokumentationssystem der Einrichtungen muss mindestens die folgenden Inhalte umfassen:

- die Stammdaten,
- die Informationssammlung (einschließlich Risikoeinschätzung) und relevante biografische Informationen,
- die Maßnahmenplanung,
- den (Pflege-)Bericht,
- Leistungsnachweise für Behandlungspflege, Dekubitusprophylaxe und gegebenenfalls weitere Maßnahmen im Rahmen des Risikomanagements sowie
- Hinweise zur weiteren Versorgung nach der Entlassung, sofern dies nötig ist (ebd.).

Betreuungsangebote für einzelne pflegebedürftige Gäste und Gruppen sowie die Kontaktherstellung ins Quartier sollten beziehungsweise gefördert werden. Dabei sind die individuellen Bedürfnisse der Gäste zu berücksichtigen. Werden in der Einrichtung demenziell erkrankte Personen betreut, müssen Angebote auf die besondere Situation und die Bedürfnisse dieser Zielgruppe ausgerichtet sein. Grundsätzlich sollen Kurzzeitpflegeeinrichtungen als Teil der jeweiligen Quartiere Kontakte ihrer Gäste zu anderen Personen, Gruppen oder Institutionen des Quartiers fördern und sich für ein ehrenamtliches Engagement durch Bürgerinnen und Bürger öffnen (Abschnitt 3.3.2 der MuG Kurzzeitpflege).

Zur Sicherung der weiteren Versorgung der Kurzzeitpflegegäste nach Ende des Kurzzeitpflegeaufenthalts sind Kurzzeitpflegeeinrichtungen dazu angehalten, intersektoral und multiprofessionell mit ambulanten Pflegeeinrichtungen, Ärztinnen und Ärzten, Heil- und Hilfsmittelerbringerinnen und -erbringern, Rehabilitationseinrichtungen, Krankenhäusern und Kommunen zusammenzuarbeiten.

### Exkurs Teilhabe und Mitbestimmung

Um die Teilhabe und das Mitbestimmungsrecht von Kurzzeitpflegegästen in den Pflegeeinrichtungen zu stärken, sind diese verpflichtet, die Interessenvertretung ihrer Gäste über eine Bewohnerfürsprecherin beziehungsweise einen Bewohnerfürsprecher sicherzustellen. Dies gilt jedoch nur, wenn in der Einrichtung mindestens neun Kurzzeitpflegegäste (solitäre oder eingestreute Plätze) aufgenommen werden (§ 2 Abs. 8, § 9 Abs. 1 WTPG).

## 2.2 Leistungsanspruch der Versicherten bei Kurzzeitpflege

Häusliche Pflege hat nach § 3 SGB XI Vorrang vor der stationären pflegerischen Versorgung. Kann die häusliche Pflege für einen begrenzten Zeitraum nicht oder noch nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und ist eine teilstationäre pflegerische Versorgung der pflegebedürftigen Person nicht ausreichend, haben Versicherte der Pflegegrade 2 bis 5 nach § 42 SGB XI Abs. 1 Anspruch

auf Pflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung. Das gilt für den Übergang nach einer stationären Behandlung der pflegebedürftigen Person oder aufgrund von häuslichen Krisensituationen (unter anderem aufgrund eines Ausfalls der Pflegeperson). Kurzzeitpflege kann auch in einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung erbracht werden, wenn die Pflegeperson (pflegende Angehörige) in dieser Einrichtung oder in der Nähe eine Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nimmt.

Die Pflegekasse übernimmt für pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 2 bis 5 die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und der Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1.774 Euro für bis zu acht Wochen pro Kalenderjahr. Mittel der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI können, wenn diese im entsprechenden Kalenderjahr noch nicht in Anspruch genommen wurden, für die Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI eingesetzt und folglich der Leistungsbetrag für die Kurzzeitpflege auf bis zu 3.386 Euro pro Kalenderjahr aufgestockt werden (§ 42 Abs. 2 SGB XI). Zusätzlich kann nach § 28a SGB XI der Entlastungsbetrag von 125 Euro monatlich zur Deckung der Kosten für Unterkunft und Verpflegung eingesetzt werden. Personen mit Pflegegrad 1 erhalten keine Leistungen der Pflegekassen im Rahmen der Kurzzeitpflege, können jedoch den Entlastungsbeitrag (bis zu 1.500 Euro pro Jahr) zur Teilfinanzierung der Kurzzeitpflege einsetzen (Bundesministerium für Gesundheit, 2020, S. 28).

Bis zu 50 % des Leistungsbetrages der Kurzzeitpflege kann umgekehrt für die Verhinderungspflege für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr aufgewandt werden. Somit erhöht sich der Beitrag der Pflegeversicherung für Leistungen der Verhinderungspflege auf 2.499 Euro pro Kalenderjahr. Relevant ist dies insbesondere für die Sicherung der pflegerischen Versorgung von Personen, die nicht in eine stationäre Einrichtung der Kurzzeitpflege gehen möchten. Während der Verhinderungspflege wird die Hälfte des bisher bezogenen anteiligen Pflegegeldes für bis zu sechs Wochen weitergezahlt (§ 37 SGB XI).

Seit dem 1. Januar 2016 (Krankenhausstrukturgesetz (KHSG)) haben auch Personen einen Anspruch auf Kurzzeitpflege, bei denen keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI oder Pflegegrad 1 (seit dem 01. Januar 2017) vorliegt. Dies kann beispielsweise nach ambulanten Operationen oder akuten schwerwiegenden Erkrankungen zutreffen, wenn die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht ausreichend sind (§ 39c SGB V). Die Leistungshöhe beträgt ebenfalls 1.774 Euro für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr (§ 39c SGB V). Wird bei einer Person, die Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V in Anspruch genommen hat, rückwirkend ein Pflegebedarf festgestellt, endet ab dem Tag des Vorliegens der Pflegebedürftigkeit der Leistungsanspruch gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Krankenkasse hat für den zurückliegenden Zeitraum, in dem die Kurzzeitpflege bereits gewährt wurde, einen Erstattungsanspruch gegenüber der Pflegekasse (§§ 102 bis 114 SGB XI).

Die über die Zuschüsse der Pflegekasse zum pflegebedingten Aufwand und den Ausbildungskosten bei Kurzzeitpflege für Personen der Pflegegrade 2 bis 5 hinaus anfallenden Kosten für Unterkunft, Verpflegung sowie Investitionskosten müssen von den Kurzzeitpflegegästen selbst getragen werden. Das nachfolgende Beispiel in Tabelle 2 verdeutlicht, dass ein Aufenthalt in der Kurzzeitpflege für Personen mit Pflegegrad 1, 4 und 5 im Vergleich zur stationären Dauerpflege

mit höheren Kosten verbunden ist (entnommen aus dem AOK-Pflegenavigator, unter [www.pflege-navigator.de](http://www.pflege-navigator.de)).

Für einen 30-tägigen Aufenthalt in einer exemplarisch ausgewählten stationären Pflegeeinrichtung mit eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen im Stadtkreis Stuttgart liegt der Eigenanteil bei Kurzzeitpflege (inklusive Investitionskosten, Verpflegung und Unterkunft) zwischen circa 1.910 Euro und 3.130 Euro (Stand: 09/2021). In derselben Einrichtung beträgt der Eigenanteil für Bewohnerinnen und Bewohner mit Dauerpflege circa 2.975 Euro bei Pflegegrad 1 und für die Pflegegrade 2 bis 5 jeweils rund 2.800 Euro. In solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen (ebenfalls im Stadtkreis Stuttgart) fällt der Eigenanteil noch höher aus und beträgt in einer exemplarisch ausgewählten Einrichtung für 30 Tage zwischen 1.963 Euro und 3.546 Euro.

**Tabelle 2: Gegenüberstellung der Eigenanteile für 30 Tage in der Kurzzeit beziehungsweise Dauerpflege in einer exemplarisch ausgewählten Pflegeeinrichtung im Stadtkreis Stuttgart (Stand: 09/2021)**

| Pflegegrad | Kosten/Tag Kurzzeitpflege | Eigenanteil (Kurzzeitpflege) | Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (Dauerpflege) |
|------------|---------------------------|------------------------------|---|
| 1          | 94,94 Euro                | 3.057,00 Euro                | 2.975,00 Euro                                       |
| 2          | 110,45 Euro               | 1.910,30 Euro                | 2.800,00 Euro                                       |
| 3          | 126,62 Euro               | 2.395,40 Euro                | 2.800,00 Euro                                       |
| 4          | 143,49 Euro               | 2.901,50 Euro                | 2.800,00 Euro                                       |
| 5          | 151,05 Euro               | 3.128,30 Euro                | 2.800,00 Euro                                       |

Quelle: <https://www.aok.de/pk/cl/uni/pflege/pflegenavigator/pflegeheim/>

Da, anders als in der Dauerpflege, die pflegebedingten Kosten bei Kurzzeitpflege nicht über alle Gäste nivelliert (einrichtungseinheitlicher Eigenanteil), sondern differenziert nach Pflegegrad abgerechnet werden, ist das zur Verfügung stehende jährliche Budget für Kurzzeitpflege (derzeit 1.774 Euro) bei Personen mit Pflegegrad 5 bereits nach deutlich weniger Tagen aufgebraucht als bei Personen mit Pflegegrad 2. Das folgende zufällig ausgewählte Beispiel einer Einrichtung in Freiburg verdeutlicht dies:

**Tabelle 3: Pflegesätze und mittels Kurzzeitpflegebudget „finanzierte“ Tage in der Kurzzeitpflege am Beispiel einer Einrichtung in Freiburg**

|   | PG 2  | PG 3   | PG 4   | PG 5   |
|---|-------|--------|--------|--------|
| Pflegesatz mit Ausbildungskosten pro Tag in Euro                        | 88,08 | 104,26 | 121,12 | 128,68 |
| Anzahl der über das Kurzzeitpflegebudget (1.774 Euro) finanzierten Tage | 18    | 15     | 13     | 12     |

Quelle: IGES, auf Basis von Angaben aus dem Pflegelotsen (Zugriff am 12.11.2021)

Sobald der zur Verfügung stehende Betrag (von 1.774 Euro beziehungsweise von bis zu 3.386 Euro pro Jahr bei voller Nutzung des Betrags für Verhinderungspflege) erschöpft ist, sind auch die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungskosten von den Kurzzeitpflegegästen selbst zu tragen.

Erfahrungen aus IGES-Forschungsprojekten in Bayern zeigen, dass vereinzelt noch Unklarheiten hinsichtlich der Kostenübernahme durch die Krankenkassen für Personen bestehen, die Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V in Anspruch nehmen wollen. Schlechte Erfahrungen bei der Bezahlung des Eigenanteils haben dazu geführt, dass einzelne Kurzzeitpflegeeinrichtungen in Bayern dazu übergegangen sind, eine Vorab-Überweisung des Eigenanteils zu verlangen (Braeseke et al., 2019, 36 f.).

### 2.3 Wirtschaftliche Rahmenbedingungen der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg

In Baden-Württemberg werden Kurzzeitpflegeplätze in drei verschiedenen Formen angeboten:

- flexibel mit Dauer- und Kurzzeitpflege belegbare, eingestreute Kurzzeitpflegeplätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen,
- ganzjährig vorzuhaltende Kurzzeitpflegeplätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie
- solitäre Kurzzeitpflegeplätze in solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen oder separaten Bereichen vollstationärer Pflegeeinrichtungen, die ausschließlich von Kurzzeitpflegegästen genutzt werden.

Kurzzeitpflegeplätze werden meist in flexibler Form als eingestreute Kurzzeitpflegeplätze betrieben. Diese Plätze können von den vollstationären Pflegeeinrichtungen flexibel, je nach Nachfrage, entweder mit Kurzzeitpflegegästen oder Bewohnerinnen und Bewohnern der Dauerpflege belegt werden. Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass zum Teil aus wirtschaftlichen als auch Gründen des pflegerischen und verwalterischen Aufwandes diese Plätze vorzugsweise längerfristig mit Bewohnerinnen und Bewohnern der Dauerpflege belegt werden. Dies reduziert die Zahl der tatsächlich zur Verfügung stehenden Kurzzeitpflegeplätze.

Eine weitere Form sind die ganzjährig vorzuhaltenden Kurzzeitpflegeplätze in stationären Dauerpflegeeinrichtungen. Diese werden nur mit Kurzzeitpflegegästen belegt und stehen somit ganzjährig ausschließlich für die Kurzzeitpflege zur Verfügung.

Solitäre Kurzzeitpflegeplätze in Kurzzeitpflegeeinrichtungen oder Wohnbereichen stellen die dritte Form der Kurzzeitpflege dar. Plätze werden ganzjährig ausschließlich für die Kurzzeitpflege vorgehalten. Die Einrichtungen haben eigene Versorgungsverträge. Solitäre Kurzzeitpflegeplätze sind baulich/organisatorisch und gegebenenfalls auch betriebswirtschaftlich selbständig gegenüber der Dauerpflege oder anderen Pflegeangeboten. Darunter können neben ausschließlichen Kurzzeitpflegeeinrichtungen auch Kurzzeitpflegebereiche innerhalb stationärer Einrichtungen fallen (zum Beispiel „Kurzzeitpflege-Flügel“) (Ministerium für Soziales und Integration, 2019).

Im Rahmen der Landespflegesatzkommission Baden-Württemberg konnten durch den Stärkungsbeschluss des Jahres 2020 Verbesserungen als auch Anreize zum Ausbau der solitären

und ganzjährig vorzuhaltenden Kurzzeitpflegeplätze geschaffen werden (Pflegesatzkommission Baden-Württemberg, unveröffentlichtes Dokument, 2020). Diese Anreize wurden beispielsweise durch die Festlegung von Auslastungsgraden geschaffen. Der Stärkungsbeschluss der Pflegesatzkommission SGB XI in Baden-Württemberg regelt demnach:

- für die solitäre Kurzzeitpflege einen Auslastungsgrad von 70 %,
- für Einrichtungen mit neuen ganzjährig vorzuhaltenden Plätzen die Möglichkeit eines Mischsatzes bei der kalkulatorisch zugrunde gelegten Auslastung heranzuziehen (dabei müssen mindestens 50 % der im Versorgungsvertrag vereinbarten Kurzzeitpflegeplätze ganzjährig vorgehalten werden, bei eingestreuten Plätzen wird eine Auslastungsquote von 96,5 % zugrunde gelegt) und
- für die eingestreute Kurzzeitpflege einen Auslastungsgrad von 96,5 % (ebenda).

Die Wirksamkeit dieser Regelungen soll durch eine, durch die Pflegekassen durchgeführte, Evaluation überprüft werden. Zudem verweist der Stärkungsbeschluss auf die im aktuellen Rahmenvertrag der vollstationären Pflege gemäß § 75 SBG XI geltenden Personalschlüssel und die für die darüber hinaus geltenden Möglichkeiten für die solitäre Kurzzeitpflege (siehe auch Abschnitt 2.3.2).

Andere Bundesländer, unter anderem Bayern und Nordrhein-Westfalen, versuchen ebenfalls Anreizstrukturen zum Ausbau der Kurzzeitpflege zu schaffen. Die Landespflegesatzkommission in Bayern hat im Oktober 2017 das Modell „Fix plus X“ beschlossen. Ziel ist die Verbesserung von Rahmenbedingungen für dauerhaft verlässlich zur Verfügung stehende Kurzzeitpflegeplätze und ein verbessertes Platzangebot in eingestreuter Form. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen verpflichten sich bei Teilnahme am Modell, eine bestimmte Anzahl eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze ausschließlich für die Kurzzeitpflege vorzuhalten. Vorgesehen ist, dass bei einer Einrichtungsgröße bis zu 99 Bewohnerplätzen mindestens zwei Plätze ausschließlich für Kurzzeitpflegegäste vorgehalten werden. Ab 100 Bewohnerplätzen erhöht sich die Anzahl auf mindestens drei und ab 200 Bewohnerplätzen auf mindestens vier vorzuhaltende Kurzzeitpflegeplätze. Im Gegenzug erhalten die Einrichtungen verbesserte Konditionen in der Leistungsabrechnung für die Versorgung von Kurzzeitpflegegästen (Braeseke et al., 2019, S. 35).

In Nordrhein-Westfalen befand sich zwischen April 2018 bis Ende 2020 die sogenannte „Fix/Flex-Regelung“ in der Erprobung. Bisher flexibel nutzbare eingestreute Plätze sollen in solitäre Plätze umgewandelt werden und so ausschließlich für Kurzzeitpflegegäste zur Verfügung stehen. Die Anzahl der Kurzzeitpflegeplätze sollte im Regelfall circa 10 % der Gesamtplätze ausmachen. Die Mindestvorgaben geben allerdings vor, dass Einrichtungen mit bis zu 50 Bewohnerplätzen nach der „Fix/Flex-Regelung“ mindestens einen fixen Kurzzeitpflegeplatz und Einrichtungen ab 51 Bewohnerplätzen mindestens zwei fixe Kurzzeitpflegeplätze vorhalten müssen. Die fixen Plätze müssen für Kurzzeitpflegegäste ganzjährig vorgehalten und dürfen auch nicht für ein „Probewohnen“ genutzt werden. Die stationären Pflegeeinrichtungen profitieren durch verbesserte Pflegesätze für die solitären und darüber hinaus auch noch für gegebenenfalls weitere eingestreute Plätze bei Nutzung für Kurzzeitpflege (Tillmann & Sloane, 2018). Ferner gibt es in Nordrhein-Westfalen auch sogenannte „separate“ Kurzzeitpflegeplätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Das Angebot dieser Platzart ist in der Praxis allerdings nicht einheitlich geregelt. In der Regel sind die Plätze räumlich von dem Betrieb der Einrichtung separiert (gesonderter

Wohnbereich/Abteilung) und stehen nur Kurzzeitpflegegästen zur Verfügung. Organisatorisch sind sie meist Teil der vollstationären Pflegeeinrichtung (Braeseke et al., 2017, S. 26).

Das Land Baden-Württemberg hat im November 2018 im Rahmen des Aktionsbündnisses Kurzzeitpflege ein Investitionsförderprogramm im Umfang von 7,6 Millionen Euro zur Weiterentwicklung und Stärkung der solitären Kurzzeitpflege aufgelegt. Die Mittel konnten von Einrichtungen abgerufen werden, die eine qualitativ anspruchsvolle therapeutische und rehabilitativ ausgerichtete pflegerische Konzeption umsetzen wollten (Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, 2020). Voraussetzung war, dass die Kurzzeitpflegeplätze baulich klar von den übrigen Räumlichkeiten getrennt sind sowie räumlich und organisatorisch eigenständig geführt werden. Eine Anbindung an ein Krankenhaus oder an eine stationäre Pflegeeinrichtung ist bei entsprechender Konzeption jedoch grundsätzlich möglich. Förderfähig waren je Projekt höchstens 30 solitäre Kurzzeitpflegeplätze (Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, o. J., S. 1). Die Mittel des Förderprogramms wurden vollständig gebunden. Es wurde unter anderem der Neubau von solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit einem Festbetrag von maximal 50.000 Euro pro Platz gefördert und der Umbau einer Bestandseinrichtung zu einer solitären Kurzzeitpflegeeinrichtung mit höchstens 37.500 Euro pro Platz. In acht Einrichtungen entstanden aufgrund der Förderung 152 neue solitäre Kurzzeitpflegeplätze, was einer landesweiten Steigerung des Platzangebotes um 15 % entspricht. Aufgrund der hohen Nachfrage wurden im Doppelhaushalt 2020/2021 zwei Millionen Euro Investitionsmittel vorgesehen (Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, 2020). So wurden mit dem „Innovationsprogramm Pflege 2020“ insgesamt 12 Projekte – darunter auch 42 Kurzzeitpflegeplätze – in Höhe von rund 3,6 Millionen Euro und im Förderjahr 2021 insgesamt acht Projekte mit rund 3,2 Millionen Euro gefördert. Im Fokus standen der Ausbau und die Weiterentwicklung von Angeboten der Kurzzeitpflege sowie der Nacht- und Tagespflege.

Weiterhin fördert das Land Baden-Württemberg mit dem Innovationsprogramm Pflege neuartige Pflege- und Versorgungsmodelle, die einen Leuchtturmcharakter aufweisen. Ziel ist es unter anderem auch mithilfe des Innovationsprogramms insbesondere im ländlichen Raum Kurzzeitpflegeplätze auszubauen. Die Förderprogramme 2022 und 2023 hatten sich unter anderem zum Ziel gesetzt, vor allem innovative Modellprojekte in der Kurzzeitpflege zu stärken. So wurden im Innovationsprogramm Pflege 2022 insgesamt 12 Modellprojekte gefördert. Eine Liste der geförderten Projekte ist hier abrufbar: [https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads\\_Pflege/Innovationsprogramm-Pflege\\_Projektliste\\_2022.pdf](https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Pflege/Innovationsprogramm-Pflege_Projektliste_2022.pdf)). Im Förderprogramm 2023 werden nicht-investive Modellprojekte mit neuer und innovativer Ausrichtung als auch investive Projekte, wie den Ausbau und die Weiterentwicklung der Angebote, gefördert. „Bei der Kurzzeitpflege sollen insbesondere eigenständige Einrichtungen mit rehabilitativer Ausrichtung investiv gefördert werden.“ (Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, o. J.).

### 2.3.1 Bauliche Vorgaben für stationäre Pflegeeinrichtungen

Die Landesheimbauverordnung (LHeimBauVO in der Fassung vom 18. April 2011) definiert die Weiterentwicklung der stationären Infrastruktur durch zentrale, wohnortnahe, gemeinde- und stadtteilbezogene Angebote. Diese sollen ferner sicher, barrierefrei und mit den öffentlichen

Verkehrsangeboten gut erreichbar sein. Die Einrichtungsgröße sollte maximal 100 Plätze umfassen (§ 2 LHeimBauVO). Für alle Bewohnerinnen und Bewohner beziehungsweise Kurzzeitpflegegäste der Einrichtung müssen Einzelzimmer zur Verfügung stehen. Zudem sollen räumlich nebeneinanderliegende Zimmer möglichst zu einer Nutzungseinheit zusammengeschlossen und so von zwei Personen bewohnt werden können (§ 3 LHeimBauVO). Weiterhin enthält die Verordnung konkrete Vorgaben zu Raumgrößen sowie individuellen oder gemeinschaftlich genutzten Wasch- und Sanitärmöglichkeiten.

In stationären Pflegeeinrichtungen sind Obergrenzen für die Belegung von Wohneinheiten zu beachten: In Wohnungen dürfen maximal acht und im Falle von Wohngruppen maximal 15 Bewohnerinnen und Bewohner aufgenommen werden (§ 4 Abs. 1 LHeimBauVO). Gemeinschaftlich genutzte Aufenthaltsbereiche dürfen eine Fläche von 5 m<sup>2</sup> pro Bewohnerin oder Bewohner nicht unterschreiten und müssen neben einer Küche und einem Hauswirtschaftsraum auch Abstellflächen enthalten. Bis zu einem Drittel der Fläche darf auf Aufenthaltsbereiche für regelmäßige gruppenübergreifende Aktivitäten außerhalb der Wohngruppen entfallen (§ 4 Abs. 2 LHeimBauVO). Funktions- und Arbeitsräume für das Pflege- beziehungsweise Betreuungspersonal müssen in den Wohngruppen oder in unmittelbarer Nähe vorhanden sein (§ 4 Abs. 3 LHeimBauVO). Raumklima und Beleuchtung sind den Bewohnerbedürfnissen entsprechend auszugestalten. Erforderlich sind insbesondere für die Wohngruppenbereiche geeignete Be- und Entlüftungskonzepte (§ 4 Abs. 4 LHeimBauVO). Weiterhin ist es erforderlich, dass die Einrichtungen über einen durch die Kurzzeitpflegegäste oder Bewohnerinnen und Bewohner der Dauerpflege selbständig nutzbaren Außenbereich (Garten, Terrasse oder Gemeinschaftsbalkon) verfügen. Geschützte Heimbereiche müssen über einen direkt von diesem Bereich aus zugänglichen Außenbereich verfügen (§ 4 Abs. 5 LHeimBauVO).

In den vergangenen Jahren führten die notwendigen baulichen Umgestaltungen der LHeimBauVO von beispielsweise Doppel- oder Mehrbettzimmern zu Einzelzimmern zu einem Platzrückgang in den Pflegeeinrichtungen. Stationäre Pflegeeinrichtungen, die ihren Betrieb vor Inkrafttreten der LHeimBauVO aufgenommen haben, können bei den Heimaufsichtsbehörden Anträge auf Befreiungen von den Vorgaben der §§ 2-4 LHeimBauVO stellen, wenn dem Träger einer Bestandseinrichtung die Erfüllung der Vorgaben technisch unmöglich oder aus wirtschaftlichen Gründen unzumutbar ist. Eine Befreiung von der Einzelzimmervorgabe ist bis längstens 2034 möglich, wenn die stationären Einrichtungen ausschließlich für die Kurzzeitpflege ganzjährig vorgehaltene Plätze anbieten und die Raumgröße von 22 Quadratmeter nicht unterschritten wird (Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, 2019). Darüber hinaus ist eine weitere Befreiung vom Einzelzimmergebot möglich, wenn Doppelzimmer, die andernfalls im Zuge der LHeimBauVO in Einzelzimmer umzuwandeln wären, in Bestandseinrichtungen ausschließlich als verbindlich dauerhaft vorgehaltene Kurzzeitpflegeplätze genutzt werden.

### **Ergebnisse aus den Interviews mit Leistungserbringern zu Herausforderungen und Folgen der Umsetzung baulicher und räumlicher Rechtsanforderungen**

Ein durch die Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer konstaterter Mangel an Kurzzeitpflegeplätzen hänge auch mit der Umsetzung der baulichen Anforderungen aus der LHeimBauVO zusammen (siehe auch vorherigen Absatz). So würde der Ab- und Umbau von Doppelzimmern hin zu Einzelzimmern den Platzmangel weiter verstärken oder zumindest zu einer

Stagnation der Platzzahlen führen. Zwischen solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen beziehungsweise Einrichtungen mit solitären Kurzzeitpflegebereichen und Einrichtungen mit eingestreuten Plätzen (flexibel und ganzjährig vorzuhalten) gebe es keine Unterschiede hinsichtlich baulicher Rahmenvorgaben. Gesonderte Anforderungen an die Einrichtungen hinsichtlich der baulich/räumlichen Unterbringung von demenziell und gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen würden nicht bestehen. Die Einrichtungskonzeption bestimme aus Sicht der Interviewteilernehmerinnen und -teilnehmer die vorhandenen baulichen/räumlichen Bedarfe für diese Zielgruppe. Künftig wird ein spezifisches Angebot für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen in der Kurzzeitpflege noch stärker in den Fokus rücken und von Kurzzeitpflegeeinrichtungen auch baulich/räumlich entsprechend berücksichtigt werden müssen.

Die Umsetzung von Vorgaben zur räumlichen Gestaltung wie beispielsweise Berücksichtigung der Gestaltungswünsche der Kurzzeitpflegegäste und Mitnahme persönlicher Gegenstände seien für die Einrichtungen keine große Herausforderung. Die Praktikabilität sei aber vor allem für Einrichtungen mit solitären Kurzzeitpflegeplätzen mit einem höheren Gästedurchlauf eingeschränkt. Zudem sei die Nachfrage nach gestalterischen Veränderungen gering, eine hotelartige Einrichtungsstruktur, die zur Aktivierung anrege, wäre für die Gäste von höherer Relevanz.

Die Interviewteilernehmerinnen und -teilnehmer äußerten vereinzelte Anpassungswünsche hinsichtlich rechtlicher Vorgaben, unter anderem hinsichtlich der Einzelzimmervorgaben (abgesehen von den Möglichkeiten bei ganzjährig vorzuhaltenden Kurzzeitpflegeplätzen). Ein Teil der Interviewteilernehmerinnen und -teilnehmer sah die rechtlichen Rahmenbedingungen aus der LHeimBauVO als zu unattraktiv, um einen weiteren Ausbau des eigenen Kurzzeitpflegeangebotes zu planen. Zudem erfolge zum Teil ein Abbau von Doppelzimmern um den rechtlichen Vorgaben zu entsprechen, was wiederum einen Abbau von Kurzzeitpflegeplätzen zur Folge hätte. Andere Interviewteiler knüpfen den Ausbau solitärer Kurzzeitpflegeangebote an dauerhafte finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten.

### 2.3.2 Vorgaben zur personellen Ausstattung

Nach dem WTPG sowie der Landespersonalverordnung (LPersVO, in der Fassung vom 07. Dezember 2015) gilt, dass in stationären Pflegeeinrichtungen sowohl die Zahl der Beschäftigten als auch die persönliche und fachliche Eignung für die Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner beziehungsweise Kurzzeitpflegegäste ausreichend sein müssen (§ 10 Abs. 3 Satz 3 WTPG; § 2 Abs. 2 LPersVO). Unterstützende, pflegende und sozial betreuende Tätigkeiten dürfen nur durch Fachkräfte beziehungsweise unter der angemessenen Beteiligung von Fachkräften erbracht werden (§ 7 Abs. 1 LPersVO).

Die Kurzzeitpflege anbietende Einrichtung muss für körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuung sowie Unterkunft und Verpflegung bezüglich ihrer fachlichen Qualifikation geeignete Kräfte bereitstellen. Fachkräfte sind zudem für die fachliche Anleitung von Hilfs- und angelernten Kräften verantwortlich. Sicherzustellen sind Einarbeitungskonzepte sowie Fort- und Weiterbildungen für Beschäftigte in der Pflege und Leitungskräfte. Durch den Einrichtungsträger ist ein schriftlicher Fortbildungsplan zu erstellen, in dem alle Mitarbeitenden entsprechend ihrer individuellen Notwendigkeiten einzubeziehen sind (Abschnitt 2.4.1 und 2.4.2 der MuG)

Kurzzeitpflege). Unabhängig davon muss die Einrichtung über eine qualifizierte Leitungsfunktion verfügen.

Pflegefachkräfte und Fachkräfte müssen über eine in der Regel mindestens dreijährige Berufsausbildung mit staatlich anerkanntem Abschluss oder über ein abgeschlossenes Studium verfügen, durch die beziehungsweise das Kenntnisse und Fähigkeiten zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Wahrnehmung der ausgeübten Funktion und Tätigkeit erworben wurden (§ 7 Abs. 1 LPersVO). Die ständige Anwesenheit einer Fachkraft in der Kurzzeitpflege ist zwingend erforderlich. In Tabelle 4 sind die unterschiedlichen Beschäftigtengruppen und zugehörigen Berufe aufgelistet.

**Tabelle 4: Kategorisierung der Beschäftigtengruppen nach Landespersonalverordnung (LPersVO, Baden-Württemberg)**

| Gruppe   | Beruf  |
|--|--|
| Pflegefachkräfte   | Altenpflegerin und Altenpfleger  |
|  | Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger  |
|  | Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger  |
| Fachkräfte   | Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin und Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut  |
|  | Diätassistentin und Diätassistent  |
|  | Dorfhelferin und Dorfhelfer  |
|  | Ergotherapeutin und Ergotherapeut  |
|  | Erzieherin und Erzieher einschließlich Jugend- und Heimerzieherin und Jugend- und Heimerzieher sowie Arbeitserzieherin und Arbeitserzieher |
|  | Gerontologin und Gerontologe (Hochschulabschluss)  |
|  | Haus- und Familienpflegerin und Haus- und Familienpfleger  |
|  | Hauswirtschafterin und Hauswirtschafter und Fachhauswirtschafterin und Fachhauswirtschafter  |
|  | Heilerzieherin und Heilerzieher  |
|  | Heilerziehungspflegerin und Heilerziehungspfleger  |
|  | Heilpädagogin und Heilpädagoge   |
|  | Krankengymnastin und Krankengymnast  |
|  | Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut  |
|  | Logopädin und Logopäde   |
|  | Masseurin und Masseur  |
| medizinische Bademeisterin und medizinischer Bademeister |  |

| Gruppe          | Beruf   |
|-----------------|---|
|                 | Musiktherapeutin und Musiktherapeut   |
|                 | Ökotrophologin und Ökotrophologe  |
|                 | Orthoptistin und Orthoptist   |
|                 | Pädagogin und Pädagoge  |
|                 | Physiotherapeutin und Physiotherapeut   |
|                 | Podologin und Podologe  |
|                 | Psychologin und Psychologe (Hochschulabschluss)   |
|                 | Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter (Hochschulabschluss)                                |
|                 | Sozialpädagogin und Sozialpädagoge  |
|                 | Sport- und Bewegungstherapeutin und Sport- und Bewegungstherapeut                       |
|                 | Sprachtherapeutin und Sprachtherapeut   |
|                 | Tanztherapeutin und Tanztherapeut   |
| Assistenzkräfte | Alltagsbetreuerin und Alltagsbetreuer (staatlich anerkannt mit zweijähriger Ausbildung) |
|                 | Altenpflegehelferin und Altenpflegehelfer   |
|                 | Gesundheits- und Krankenpflegehelferin und Gesundheits- und Krankenpflegehelfer         |
|                 | Heilerziehungsassistentin und Heilerziehungsassistent                                   |
|                 | Heilerziehungshelferin und Heilerziehungshelfer   |
|                 | Pflegeassistentin und Pflegeassistent   |

Quelle: LPersVO Anlage 1 vom 15. Dezember 2015

Die Landespersonalverordnung benennt eine Fachkraftquote von 50 %, wenn mehr als vier pflegebedürftige Personen in der Einrichtung leben. Das bedeutet, dass mindestens jede zweite in der Pflege und sozialen Betreuung tätige Person eine Fachkraft sein muss (§ 10 Abs. 3 Satz 4 WTPG; § 8 Abs. 1 LPersVO). Davon kann jedoch abgewichen werden, wenn im Verhältnis zu den Pflegefachkräften in geringem Umfang andere Fachkräfte entsprechend ihrer beruflichen Qualifikation tatsächlich und nachweislich in der stationären Pflegeeinrichtung beschäftigt werden (§ 8 Abs. 1 LPersVO), das heißt:

- Sind im Kernbereich der Pflege neben Pflegefachkräften weitere Fachkräfte (zum Beispiel Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Heilerziehungspflegerinnen und -pfleger, Sozialarbeiterinnen und -arbeiter) eingesetzt, darf die Fachkraftquote von 50 % unterschritten werden.
- Grundsätzlich darf die Fachkraftquote jedoch nicht unter 40 % liegen (§ 9 LPersVO).

- Der Anteil der angelernten Mitarbeitenden der Einrichtung darf höchstens 40 % der Beschäftigten für Pflege- und Betreuungsleistungen in der stationären Einrichtung betragen.

Zusammen mit Fachkräften, die nicht in der direkten Pflege tätig sind (zum Beispiel pädagogische oder therapeutische Fachkräfte) erhöht sich die Fachlichkeit in den Einrichtungen somit auf insgesamt 60 % (Ministerium für Soziales und Integration, 2015).

Das Verhältnis von Pflegefachkraft zu pflegebedürftigen Personen liegt in stationären Pflegeeinrichtungen im Schnitt bei 1:30 im Tagdienst (§ 8 Absatz 3 LPersVO). Eine Pflegefachkraft ist demnach verantwortlich für 30 Bewohnerinnen und Bewohner beziehungsweise Gäste, wobei der Schlüssel nur im Tagesdurchschnitt gehalten werden muss. In Tageszeiten, in denen weniger pflegerische Unterstützung notwendig ist, kann eine Pflegefachkraft auch für mehr pflegebedürftige Personen zuständig sein, sofern zu anderen Tageszeiten mit höheren pflegerischen Aufwänden der Einsatz von Pflegefachkräften aufgestockt wird. In Nachtdiensten beträgt der Mindest-Personalschlüssel 1:45. Sind mehr als 45 Pflegebedürftige zu betreuen, sind entsprechend weitere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einzusetzen, wobei hier 50 % der diensthabenden Beschäftigten Pflegefachkräfte sein müssen. Ausnahmen sind möglich, wenn eine fachgerechte Pflege sichergestellt werden kann. Sind in einer stationären Einrichtung Bewohnerinnen und Bewohner mit richterlicher Genehmigung geschützt untergebracht, ist deren Anzahl bei der Berechnung einer ausreichenden Personalbesetzung im Nachtdienst auf das 1,5-fache zu erhöhen und entsprechend zu berücksichtigen (§ 10 Abs. 1 und 2 LPersVO).

Auszubildende, die sich im letzten Ausbildungsjahr eines entsprechenden Fachberufs befinden, können in der Personaleinsatzplanung mit einem Anteil von 0,2 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) mitberücksichtigt werden (§ 12 LPersVO).

Sofern Bewohnerinnen und Bewohner beziehungsweise Gäste mit spezifischen Pflege- und Betreuungsbedarfen versorgt werden, muss mindestens eine der beschäftigten Pflegefachkräfte über eine entsprechende fachspezifische Qualifikation verfügen (§ 11 LPersVO). Bei mehr als 30 pflegebedürftigen Personen pro Einrichtung muss zudem eine Fachkraft im Bereich der Hauswirtschaft beschäftigt werden (§ 13 LPersVO).

Der Einsatz von einrichtungsfremdem Personal (beispielsweise Leasingkräften) soll in pflege- und betreuungsrelevanten Bereichen möglichst unterbleiben, um eine größtmögliche personelle Kontinuität sicherzustellen (Abschnitt 3.1.4 MuG Kurzzeitpflege).

Zum 1. Januar 2020 wurde der Personalschlüssel für Pflegekräfte in der vollstationären Pflege abhängig vom jeweiligen Pflegegrad der zu betreuenden pflegebedürftigen Personen angepasst (Tabelle 5). Einrichtungsindividuell können, gemäß Rahmenvertrag für vollstationäre Pflege gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI Abschnitt III § 17 Absätze 2a und 2b für das Land Baden-Württemberg, darüber hinaus ein zusätzliches Stellenkontingent für die verantwortliche Pflegefachkraft sowie im Bereich Pflege und Betreuung ein Sonderpersonalschlüssel „Qualität“ (Qualitätsmanagement, Ausbildung und Qualifizierung, Praxisanleitung, Hygienefachkraft und so weiter) vereinbart werden.

**Tabelle 5: Personalschlüssel in der vollstationären Pflege in Baden-Württemberg**

| Pflegegrad | Personalschlüssel |                   |
|------------|-------------------|-------------------|
|            | bis 31.12.2019    | ab 01.01.2020     |
| 1          | 1:6,11 bis 1:4,47 | 1:6,11 bis 1:4,37 |
| 2          | 1:4,76 bis 1:3,49 | 1:4,76 bis 1:3,40 |
| 3          | 1:3,26 bis 1:2,47 | 1:3,26 bis 1:2,41 |
| 4          | 1:2,55 bis 1:1,90 | 1:2,55 bis 1:1,84 |
| 5          | 1:2,32 bis 1:1,72 | 1:2,32 bis 1:1,67 |

Quelle: Auf Grundlage des Landesrahmenvertrages für vollstationäre Pflege gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg und dem zugehörigen Schiedsspruch aus dem Jahr 2017 (Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V [VDAB], 2017)

### Ergebnisse aus den Interviews mit Leistungserbringern zu personellen Anforderungen

Das Setting Kurzzeitpflege zeichne sich nach Meinung der Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer als Tätigkeitsbereich mit hohen persönlichen Anforderungen an das Personal aus. Kurze Verweildauern der Gäste erforderten in erhöhtem Maße eine Flexibilität des Personals – deutlich höher als in der Versorgung von reinen Dauerpflegegästen in der stationären Langzeitpflege. Zudem sei der fachliche Anspruch hoch. Das Aufgabenspektrum der Pflegefachkräfte erstreckte sich über pflegerische Tätigkeiten der Grund- und vor allem Behandlungspflege hinaus auch auf die Klärung und Koordinierung der weiteren Versorgung. Perspektivisch würden Pflegekräfte verstärkt über spezialisiertes Wissen für demenzielle und gerontopsychiatrische Erkrankungen verfügen müssen.

*„Dann ist natürlich ganz klar auch der Fokus, dass eine Kurzzeitpflege in Zukunft auch viel mehr noch mit diesen Verhaltensauffälligkeiten, demenziellen Erkrankungen in irgendeiner Form umgehen muss und da brauche ich natürlich auch ausreichend Fachkompetenz, gerontopsychiatrische Kompetenz, die dann auch mit bis zu einem bestimmten Grad auch fachlich in der Lage ist, mit bestimmten Verhaltensauffälligkeiten umzugehen.“ (IP 5)*

Formelle Unterschiede beispielsweise bezüglich der Qualifikation des Pflegepersonals in der Versorgung von Kurzzeit- und Dauerpflegegästen bestehen nicht. Ebenso gibt es keine gesonderten Qualifikationsprofile durch spezielle Fort- und Weiterbildungen für Beschäftigte in der Kurzzeitpflege. Lediglich in der Betreuung demenziell beziehungsweise gerontopsychiatrisch erkrankter Gäste würde durch die Heimaufsicht eine gerontopsychiatrische Fachkompetenz gefordert. Rechtliche Vorgaben zur Beschäftigung oder zum Einsatz therapeutischen Personals im Rahmen der Kurzzeitpflege existieren für die Einrichtungen nicht. Vereinzelt äußerten die Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer, dass es in ihren Einrichtungen Bemühungen gäbe, Therapeutinnen und Therapeuten vor Ort zu haben und aktiv in die Versorgung, beispielsweise beim Erstellen von Maßnahmenplänen, mit einzubinden.

In der Umsetzung von Personalschlüsseln gebe es keine Unterschiede zwischen Kurzzeit- und Dauerpflege. Tendenziell lagen Bestrebungen vor beziehungsweise gelang es, überdurchschnittliche Personalressourcen bei Fach- und Hilfskräften vorzuhalten. Dennoch wurden vereinbarte Personalschlüssel im Allgemeinen von den Interviewteilernehmerinnen und -teilnehmer als nicht ausreichend bewertet, vor allem die Pflegefachkräfte betreffend. Hier sahen die Befragten pflegerische Mehraufwände in der Kurzzeitpflege insbesondere in der nachklinischen Behandlungspflege.

*„Aber was eben fehlt, ist ein Personalanteil für tatsächlichen pflegerischen Mehraufwand, der sich eben gerade aus den Versorgungssituationen der postklinischen Pflege ergibt.“ (IP 1)*

Unter Berücksichtigung der hohen Fluktuation bei den Kurzzeitpflegegästen, des Mehraufwandes und erweiterter pflegerischer Aufgaben in der Kurzzeitpflege plädieren die Interviewteilernehmerinnen und -teilnehmer für eine Anpassung des Personalschlüssels speziell in der Versorgung von Kurzzeitpflegegästen. So komme zum Beispiel der Gesprächsführung aufgrund der oftmals akut veränderten Lebenssituation der Gäste eine stärkere Bedeutung zu. Auf den Einsatz von Leasingkräften würde in den Einrichtungen, außer in personellen Notlagen, grundsätzlich verzichtet werden.

### 2.3.3 Refinanzierung operativer und investiver Bereich

Die Vergütungen der Einrichtungen der Kurzzeitpflege setzen sich aus den Pflegesätzen (Entgelte für den pflegerischen Aufwand) und den Sätzen für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten und Ausbildungszuschlägen zusammen.

Die Pflegesätze für die vollstationäre Dauerpflege und die Kurzzeitpflege sind abhängig vom Versorgungsaufwand und ergeben sich aus der in den Pflegeeinrichtungen erbrachten pflegerischen Versorgung sowie der sozialen Betreuung. Die Höhe der Pflegesätze differiert somit nach Pflegegraden. Die Pflegesätze sind Bestandteil der Pflegesatzverhandlungen zwischen den Einrichtungen, Pflegekassen und Sozialhilfeträgern. Die Pflegekassen übernehmen die Kosten der Pflegesätze nur zum Teil. Dementsprechend werden den Bewohnerinnen und Bewohnern durch die Einrichtungen auch die Entgelte für die Pflege anteilig als Eigenanteile in Rechnung gestellt. Diese müssen seit dem 01. Januar 2017 für Personen mit Pflegegrad 2 bis 5 in der Dauerpflege einrichtungseinheitlich sein. Pflegekosten, die nicht durch die Beträge aus der gesetzlichen Pflegeversicherung abgedeckt sind, dürfen nur zu gleichen Teilen auf alle Bewohnerinnen und Bewohner umgelegt werden. Eine Differenzierung nach Pflegegraden ist somit ausgeschlossen (Kochskämper, 2019, S. 5).

Entgelte für Unterkunft und Verpflegung werden für die sogenannten Hotelkosten (unter anderem Mahlzeiten, Reinigung und Hauswirtschaft) in Rechnung gestellt. Entgelte werden im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen mitverhandelt. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung müssen durch die Bewohnerinnen und Bewohner selbst getragen werden, wobei diese für alle Pflegegrade identisch pro Einrichtung ausfallen (ebd.).

Weiterhin fallen Kosten für Mieten, die Gebäudefinanzierung, Abschreibungen und Instandhaltung und gegebenenfalls weitere Kosten an. Diese werden als Investitionskosten auf die Bewohnerinnen und Bewohner umgelegt. Der Investitionskostenanteil ist nicht Teil der Pflegesatzverhandlungen. Zuständig sind die einzelnen Bundesländer. Ob und in welcher Höhe Investitionskosten den Kurzzeitpflegegästen in Rechnung gestellt werden können, ist bundeslandabhängig. Bei vollständiger öffentlicher Förderung dürfen diese nicht auf die pflegebedürftigen Personen umgelegt werden. Werden sie nur teilweise durch eine öffentliche Förderung abgedeckt, kann der nicht gedeckte Anteil durch die Pflegeeinrichtung den Pflegebedürftigen in Rechnung gestellt werden. Dieser Anteil bedarf einer Genehmigung der zuständigen Landesbehörde. Unter der Voraussetzung der vorherigen vertraglichen Vereinbarung zwischen Pflegeeinrichtung und Pflegebedürftigen können die Investitionskosten, diese nicht durch öffentliche Gelder abgedeckt werden, vollständig in Rechnung gestellt werden (ebd., S. 5 f.).

Zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 72 Abs. 1 SGB XI wurden bis 2010 nach § 5 Abs. 1 Landespflegegesetz (LPfIG) gemeinsam von Land, Stadt- und Landkreisen sowie den Gemeinden gefördert. Nach Abzug des Eigenmittelanteils wurden förderfähige Investitionskosten aus dem Staatshaushaltsplan und dem jeweiligen Standortkreis übernommen, wobei für Einrichtungen der Kurzzeitpflege die Förderung angemessen erhöht wurde. Diese Förderungen wurden 2010 eingestellt.

Tabelle 6 gibt einen Überblick über den jeweiligen Durchschnitt der Entgelte für Kurzzeitpflege nach Pflegegrad (pflegebedingter Aufwand) sowie für Unterkunft und Verpflegung in Baden-Württemberg. Die Entgelte steigen mit zunehmender Pflegebedürftigkeit der stationär in der Kurzzeitpflege untergebrachten Gäste. Für die Investitionskosten lagen beim KVJS keine nach Art der Kurzzeitpflege differenzierten Angaben vor.

**Tabelle 6: Durchschnittliche Entgelte in der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg zum Stichtag 01.01.2021**

|                            | <b>solitäre/ganzjährig vorzuhaltende Kurzzeitpflege</b> | <b>eingestreuete Kurzzeitpflege</b> |
|----------------------------|---|-------------------------------------|
| Pflegegrad 1               | 62,86 Euro  | 53,16 Euro                          |
| Pflegegrad 2               | 76,57 Euro  | 64,42 Euro                          |
| Pflegegrad 3               | 96,89 Euro  | 81,00 Euro                          |
| Pflegegrad 4               | 117,99 Euro   | 98,22 Euro                          |
| Pflegegrad 5               | 127,43 Euro   | 105,95 Euro                         |
| Unterkunft                 | 18,65 Euro  | 15,87 Euro                          |
| Verpflegung                | 15,46 Euro  | 13,07 Euro                          |
| <i>Investitionskosten*</i> |   | <i>14,37*</i>                       |

Quelle: IGES, eigene Darstellung auf Datengrundlage KVJS

Anmerkung: Nicht enthalten sind spezialisierte Einrichtungen, die Pflegebedürftige mit speziellen Pflege- und Betreuungsbedarfen (zum Beispiel Demenz) versorgen.  
\*Durchschnittliche umlagefähige Investitionskosten pro Platz und Tag, gewichtet mit der Anzahl der Kurzzeitpflegeplätze je Einrichtung. Datenquelle: Datenabfrage beim vdek (Ochmann & Braeseke, 2022, S. 35)

Über alle Positionen hinweg liegen die Entgelte für solitäre/ganzjährig vorzuhaltende Kurzzeitpflegeangebote rund 19 % über denen für eingestreute, flexibel nutzbare Plätze. Dies reflektiert den höheren Versorgungsaufwand der Kurzzeitpflegegäste, der bei eingestreuten Plätzen durch teilweise Nutzung mit Dauerpflege verringert werden kann sowie eine tendenziell niedrigere Auslastung bei solitären Plätzen durch häufigere Wechsel der zu versorgenden Personen.

### Ergebnisse aus den Interviews mit Leistungserbringern zu Refinanzierung und Investition

Die interviewten Leistungserbringer trafen konträre Aussagen dazu, ob Kurzzeitpflegeleistungen kostendeckend und wirtschaftlich zu erbringen wären. Vereinbarte Pflegesätze wurden aus Sicht der Befragten Leistungserbringer zum Teil als unzureichend oder nur teilweise kostendeckend bewertet. In Einrichtungen mit eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen und Dauerpflege würden so Synergieeffekte genutzt werden, um die Kosten in der Versorgung von Kurzzeitpflegegästen decken zu können. Nicht ausreichend abgedeckt seien zudem personelle Mehraufwände sowie der insgesamt aus Sicht der Interviewteilernehmerinnen und -teilnehmer allgemein erhöhte Arbeitsaufwand. Dies wäre besonders in der nachklinischen Kurzzeitpflege mit entsprechend vermehrten behandlungspflegerischen Leistungen zu beobachten. Erforderlich wäre in diesem Zusammenhang eine ausreichende Berücksichtigung von erbrachten (behandlungs-)pflegerischen Leistungen aus dem Bereich des SGB V. Damit bestünde die Notwendigkeit eines neuen Falltypus für die Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalt, über den Mehraufwände auch eine finanzielle Anerkennung über das SGB V finden würden.

Mangelnde Beachtung würde sich weiterhin für Mehraufwände auf der Ebene der Verwaltung, des Platzmanagements oder des Case Managements zeigen. Für die Einrichtungsträger sei es nur schwer möglich, zusätzlich benötigte Stellen zu finanzieren. Insbesondere die Finanzierung des benötigten Case Managements würde aus Sicht der Interviewteilernehmerinnen und -teilnehmer vollständig fehlen.

Wirtschaftlich problematisch seien für die Einrichtungen aus Sicht der Interviewteilernehmerinnen und -teilnehmer Kurzzeitpflegeaufenthalte, die zwar geplant, aber nicht realisiert werden. Grundsätzlich würden Mehrfachanmeldungen in Einrichtungen durch Angehörige oder Krankenhäuser vorliegen, die teils gar nicht oder nur kurzfristig abgesagt beziehungsweise verschoben werden. So läge beispielsweise das Verhältnis in einer solitären Kurzzeitpflegeeinrichtung laut Aussage eines Teilnehmenden von geplanten und tatsächlich realisierten Aufenthalten bei circa 4:1. Organisatorischer Aufwand würde dennoch anfallen, der nicht vergütet wird. Als Grund dafür wurden die höheren Eigenanteile für die Pflegebedürftigen in der solitären Kurzzeitpflege, im Vergleich zu Aufenthalten in Einrichtungen mit eingestreuten Plätzen genannt. Dies veranlasst pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen eher dazu, Aufenthalte wieder abzusagen, wenn sie einen günstigeren Kurzzeitpflegeplatz bekommen hätten.

*„Also bei fehlender Finanzierung oder nicht geklärter Finanzierung liegt das Ausfallrisiko komplett bei uns, bei Kurzzeit- wie auch bei Dauerpflege. Das ist sehr anstrengend.“ (IP 3)*

Weiterhin würde bei fehlendem Pflegegrad im Sinne des Pflegebedürftigkeitsbegriffes laut Aussage der Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer weiterhin Abrechnungsunsicherheiten bestehen und finanzielle Risiken für die Einrichtungen bergen<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Seit dem Inkrafttreten Dritten Pflegestärkungsgesetz – PSG III zum 01.01.2017 gehört ein Risikozuschlag im SGB XI gesetzlich zu den Bestandteilen einer leistungsgerechten Vergütung (§ 84 Abs. 2 Satz 4 SGB XI und § 89 Abs. 1 Satz 3 SGB XI).

### 3. Demografie und Status quo der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg

Baden-Württemberg hatte im bundesweiten Vergleich 2019 gemeinsam mit Berlin hinter Bayern und Hamburg die drittniedrigste Pflegequote mit 4,3 % pflegebedürftigen Personen an der Gesamtbevölkerung (Statistisches Bundesamt, 2020b). Der Anteil zu Hause versorgter Pflegebedürftiger (allein durch Angehörige oder mit Unterstützung durch einen Pflegedienst oder mit Pflegegrad 1 und ausschließlich landesrechtlichen beziehungsweise ohne Leistungen)<sup>2</sup> lag 2019 in Baden-Württemberg bei rund 80 % und damit etwa im Bundesdurchschnitt (Statistisches Bundesamt, 2020b).

Die Anzahl pflegebedürftiger Personen hat sich in Baden-Württemberg von 2017 auf 2019 um 18,4 % erhöht. Der Zuwachs bei den durch ambulante Pflegedienste versorgten pflegebedürftigen Personen lag bei 22,8 %, während der personelle Zuwachs in der ambulanten Versorgung im gleichen Zeitraum 11,7 % betrug. Der Anteil der durch Angehörige versorgten Personen nahm gegenüber 2017 um 25,7 % zu. Bei der Anzahl pflegebedürftiger Personen in stationärer Kurzzeitpflege (Stichtag 15.12.) ist ein Rückgang um - 10,6 % zu verzeichnen.

Im Vergleich zu 2017 ist das Kurzzeitpflegeangebot im Jahr 2019 bei der eingestreuerten Kurzzeitpflege leicht gestiegen (+ 3,7 %), während das Angebot im Bereich der solitären/ganzjährig vorzuhaltenden Kurzzeitpflege mit - 1,3% leicht abgenommen hat (Tabelle 7).

**Tabelle 7: Übersicht Strukturdaten Baden-Württemberg gesamt**

| Baden-Württemberg gesamt               |                |            |             |          |
|--|----------------|------------|-------------|----------|
| Bevölkerung                            | 2019           | 2030       | Veränderung |          |
| gesamt                                 | 11.136.088     | 11.352.209 | + 1,9 %     |          |
| 80 Jahre und älter                     | 722.816        | 809.915    | + 12,0 %    |          |
| Pflegebedürftige (nach Versorgungsart) | 2017           | 2019       | Veränderung |          |
| gesamt                                 | 398.612        | 471.913*   | + 18,4 %    |          |
| voll-stationär                         | Dauerpflege    | 92.562     | 90.813      | - 1,9 %  |
|  | Kurzzeitpflege | 3.619      | 3.234       | - 10,6 % |
| ambulanter Pflegedienst                | 75.303         | 92.467     | + 22,8 %    |          |

<sup>2</sup> 2019 wurden in der Pflegestatistik erstmals Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 mit ausschließlich Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag (Entlastungsleistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 3 Nummer 4 SGB XI) beziehungsweise ohne Leistungen der ambulanten Pflege-/Betreuungsdienste oder Pflegeheime ausgewiesen.

| <b>Baden-Württemberg gesamt</b>   |  |             |             |                    |
|---|--|-------------|-------------|--------------------|
| Angehörige (einschließlich gegebenenfalls landesrechtliche und teilstationäre Leistungen) |  | 227.128     | 285.399     | + 25,7 %           |
| <b>Plätze</b>   |  | <b>2017</b> | <b>2019</b> | <b>Veränderung</b> |
| Dauerpflege   |  | 101.799     | 99.207      | - 2,5 %            |
| Kurzzeitpflege  | eingestreut                            | 6.244       | 6.473       | + 3,7 %            |
|   | solitär/ganzjährig vorzuhalten         | 1.013       | 1.000       | - 1,3 %            |
| <b>Personal</b>   |  | <b>2017</b> | <b>2019</b> | <b>Veränderung</b> |
| ambulant (VZÄ)  | Tätigkeitsbereich Pflege und Betreuung | 31.597      | 35.300      | + 11,7 %           |
|   | Fachkräfte**                           | 19.194      | 20.655      | + 7,6 %            |
|   | Hilfskräfte**                          | 14.438      | 17.202      | + 19,1 %           |
| teil-/vollstationär (VZÄ)   | Tätigkeitsbereich Pflege und Betreuung | 73.347      | 75.887 ***  | + 3,5 %            |
|   | Fachkräfte**                           | 33.309      | 34.425      | + 3,4 %            |
|   | Hilfskräfte**                          | 57.605      | 59.466      | + 3,2 %            |

Quelle: IGES, auf Grundlage der Pflegestatistik 2017 und 2019 (Pflegestatistik 2019 und 2021)

Anmerkungen: \* Die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen enthält 2019 erstmals auch Personen mit Pflegegrad 1 und ausschließlich landesrechtliche beziehungsweise ohne Leistungen (= 24.355 Personen). Bereinigt man den Wert 2019 um diese Zahl, ergibt sich eine Steigerung gegenüber 2017 von 12,3 %.

\*\* Die Anzahl der Pflegefach-/Pflegehilfskräfte (in VZÄ) bezieht sich jeweils auf das Personal insgesamt.

\*\*\* Das Erhebungsmerkmal „zusätzliches Pflegepersonal nach § 8 Abs. 6 SGB XI“ wurde im Jahr 2019 erstmalig in der Statistik ausgewiesen und ist hier subsumiert.

Baden-Württemberg verzeichnet im Bereich der eingestreuten Kurzzeitpflege seit 2014 sowohl einen kontinuierlichen Anstieg an Einrichtungen mit eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen, als auch einen Anstieg der eingestreuten Plätze insgesamt, wie Tabelle 8 verdeutlicht. Der Anteil eingestreuter Plätze erhöhte sich zwischen 2014 und 2021 innerhalb der vollstationären Pflegeeinrichtungen um 2,1 Prozentpunkte (2014: 5,5 %, 2021: 7,6%). Daten vor dem Jahr 2019 zu ganzjährig vorzuhaltenden/solitären Plätzen sind aufgrund methodischer Änderungen und Bereinigungen nicht verwertbar. Zwischen 2019 und 2021 ist jedoch sowohl ein Zuwachs an Einrichtungen mit ganzjährig vorzuhaltenden/solitären Kurzzeitpflegeplätzen (2019: n = 158, 2021: n = 199) als auch eine Zunahme der Platzzahlen erkennbar (2019: n = 682, 2021: n = 966).

**Tabelle 8: Angebotsentwicklung der Kurzzeitpflegeplätze in Baden-Württemberg**

| Jahr (Stichtag jeweils 01.01.) | Anzahl stationärer Pflegeeinrichtungen mit eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen | Anzahl der eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze | Anzahl stationärer Pflegeeinrichtungen mit ganzjährig vorgehaltenen/solitären Kurzzeitpflegeplätzen* | Anzahl der ganzjährig vorgehaltenen/solitären Kurzzeitpflegeplätzen* |
|--------------------------------|--|---|--|--|
| 2014                           | 1.271  | 5.605   | -  | -  |
| 2015                           | 1.305  | 6.130   | -  | -  |
| 2016                           | 1.316  | 6.430   | -  | -  |
| 2017                           | 1.324  | 6.771   | -  | -  |
| 2018                           | 1.321  | 7.012   | -  | -  |
| 2019                           | 1.350  | 7.329   | 158  | 682  |
| 2020                           | 1.355  | 7.541   | 183  | 845  |
| 2021                           | 1.370  | 7.743   | 199  | 966  |

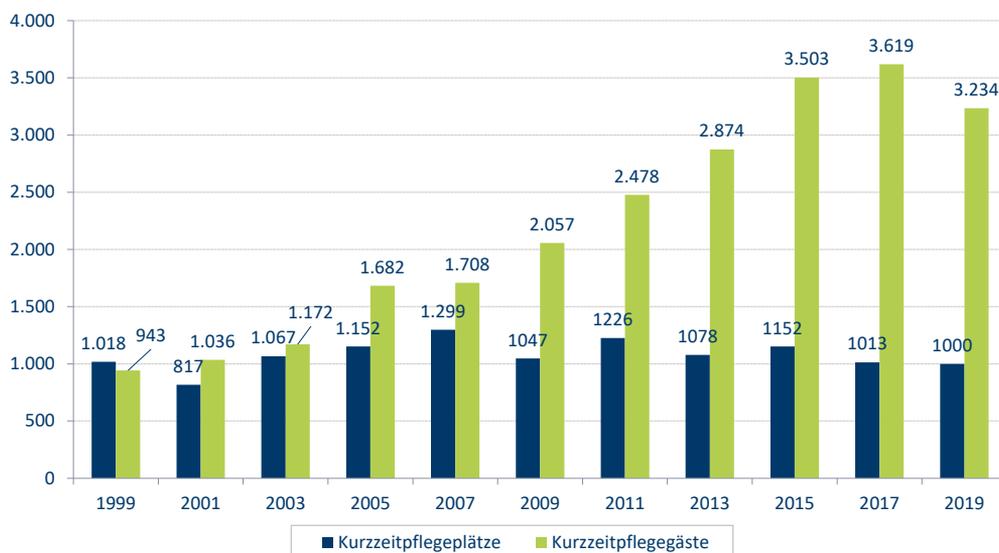
Quelle: IGES, eigene Darstellung auf Datengrundlage KVJS<sup>3</sup>

Anmerkung: \*Daten vor 2019 sind bei der solitären/ganzjährig vorgehaltenen Kurzzeitpflege aufgrund methodischer Änderungen und Bereinigungen nicht verwertbar

Unter Betrachtung der Inanspruchnahme zeigt sich folgendes Bild (Abbildung 3): die Zahl der Kurzzeitpflegegäste (stichtagsbezogen zum 15.12.) steigt kontinuierlich mit einer durchschnittlichen Rate von 8,8 % pro Jahr an. Im Gegensatz dazu hat sich die Anzahl der ausschließlich für die Kurzzeitpflege vorgehaltenen Plätze seit 1999 kaum verändert.

<sup>3</sup> Grundlage für die Berichterstattung der vorliegenden Studie sind Daten des KVJS als auch des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg und der Pflegestatistiken, welche Daten zum Teil unterschiedlich erfassen. In Tabelle 9 handelt es sich bei den KVJS-Zahlen um „vereinbarte“ Plätze, in Abbildung 3 werden die Daten der Pflegestatistik zur Platzzahl angegeben. Dies führt zum Teil zu unterschiedlichen Angaben.

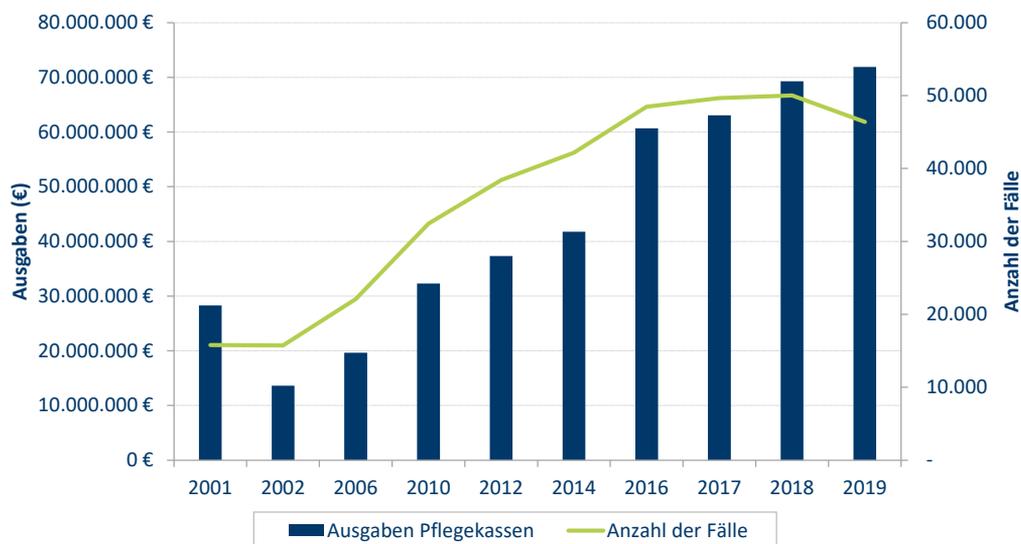
**Abbildung 3: Entwicklung der solitären Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg 1999 bis 2019 (jeweils zum 15.12.)**



Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2019, Statistisches Bundesamt, 2018a, Statistisches Bundesamt, 2018b

Abbildung 4 zeigt die Ausgabenentwicklung der Pflegekassen und die Entwicklung der Fallzahlen im Bereich der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg bis zum Jahr 2019. Der deutliche Rückgang der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege von 2018 zu 2019 lässt auf einen zunehmenden Engpass an verfügbaren Plätzen schließen. Begründen lässt sich dies unter anderem auch mit den gestiegenen Eigenanteilen für die Versicherten – das heißt, dass für das zur Verfügung stehende Budget weniger Kurzzeitpfegetage „gekauft“ werden können (siehe auch Abschnitt 2.2), sodass die Verweildauern der einzelnen Kurzzeitpflegegäste sinken, jedoch nicht die Anzahl der Fälle. Dieser Trend der geringen Veränderung der Fälle über die Jahre und deutlichen Abnahme der Verweildauer wurde ebenfalls in den empirischen Untersuchungen in der vorliegenden Studie beobachtet.

**Abbildung 4: Entwicklung der Ausgaben (in Euro) und der Fälle der Pflegekassen (2001 - 2019) in der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg**



Quelle: IGES, auf Grundlage von Statistische Berichte Baden-Württemberg

Im Jahr 2020 war, gegenüber dem Vorjahr, erneut ein deutlicher Rückgang der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege (- 9,1 %) in Baden-Württemberg zu verzeichnen. Damit einhergehend reduzierten sich insgesamt auch die in Anspruch genommenen Tage (- 5,0 %). Die durchschnittliche Verweildauer, pro Fall betrachtet, erhöhte sich um 4,8 %. Das heißt, es nahmen zwar insgesamt weniger Versicherte, aber für einen längeren Zeitraum die Kurzzeitpflege in Anspruch. Die Ausgaben der Pflegekassen für Kurzzeitpflege sanken insgesamt um - 9,4 %, verglichen mit dem Vorjahr (Tabelle 9).

**Tabelle 9: Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege vom 01.01.2020 bis 31.12.2020**

| Pflegegrade 2-5 insgesamt   | Anzahl insgesamt (alle Pflegekassen), n | Veränderung der VWD zu Vorjahr, % |
|-----------------------------|---|-----------------------------------|
| Fälle                       | 42.152                                  | - 9,1                             |
| Tage insgesamt              | 829.892                                 | - 5,0                             |
| Tage je Fall                | 19,7                                    | + 4,8                             |
| Ausgaben für Kurzzeitpflege | 65.105.277 Euro                         | - 9,4                             |

Quelle: IGES, auf Grundlage von Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2021

Anmerkung: VWD: Verweildauer

Für Baden-Württemberg wird bis zum Jahr 2030 ein Bevölkerungszuwachs von knapp 2 % prognostiziert. Die Kohorte der über 80-Jährigen wird allerdings um knapp 12 % zunehmen (Tabelle 7). Entsprechend dürfte auch der künftige Zuwachs bei den Personen mit Pflegebedarf hoch ausfallen.

Die Versorgungsquote, das heißt die Anzahl solitären/ganzjährig vorzuhaltenden Kurzzeitpflegeplätze je 1.000 zu Hause versorgter Personen (alle Pflegebedürftige abzüglich Pflegebedürftige in stationärer Dauerpflege), ist von 3,3 Plätzen (2017) auf 2,6 Plätze (2019) in Baden-Württemberg gesunken. Allerdings ist anzumerken, dass aufgrund des Anstieges des Anteils der Personen mit ambulanter Versorgung (22,8 % durch einen ambulanten Pflegedienst, 25,7 % durch Angehörige einschließlich gegebenenfalls landesrechtliche und teilstationäre Leistungen) in den Jahren 2017 bis 2019 zu einem Rückgang der Platzzahlen bei bestehender Anzahl an Plätzen geführt haben kann. Das bedeutet, dass der Bedarf gestiegen ist und nicht unmittelbar auf einen Rückgang des Platzangebotes schließen lässt.

Auf Grundlage der Daten der Pflegestatistik 2017 und 2019 (Pflegestatistik 2019 und 2021) wurden eigene Berechnungen (Stand 10/2021) zur Entwicklung der Versorgungsquote auf Ebene der Stadt- und Landkreise durchgeführt. Dabei wurde die Versorgungsquote<sup>4</sup> in der Kurzzeitpflege bezogen auf solitäre/ganzjährig vorzuhaltende Plätze der Jahre 2017 und 2019 betrachtet. In der vergleichenden Betrachtung zeigt sich, dass beispielsweise in den Stadtkreisen Baden-Baden und Heidelberg im Jahr 2019 kein solitäres/ganzjährig vorzuhaltendes Kurzzeitpflegeangebot vorhanden war. Des Weiteren ist festzustellen, dass im Jahr 2019 die Versorgungsquote nur noch in sieben Regionen bis zu 100 % beziehungsweise mehr als 100 % oberhalb des Durchschnitts von 2,6 Plätzen (auf 1.000 zu Hause versorgte Pflegebedürftige in Baden-Württemberg) liegt, während dies im Jahr 2017 noch auf elf Regionen zutraf und das bei einer im Durchschnitt höheren Versorgungsquote (3,3 Plätze auf 1.000 zu Hause versorgte Pflegebedürftige in Baden-Württemberg).

### EXKURS: Kreispflegeplanungen

Zur Beschreibung des Status quo der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg wurden ergänzend die jeweiligen Kreispflegeplanungen recherchiert und im Hinblick auf Aussagen zur Situation der Kurzzeitpflege in den einzelnen Stadt- und Landkreisen analysiert. Eine Übersicht der zum Zeitpunkt der Recherche vorhandenen Kreispflegeplanungen in den Stadt- und Landkreisen befindet sich in Anhang A6.

Die baden-württembergischen Stadt- und Landkreise sind gemäß § 4 LPfG verpflichtet, entsprechend den jeweiligen örtlichen Bedürfnissen und Gegebenheiten räumlich gegliederte Kreispflegepläne zu erstellen und in ihnen den Bestand sowie Bedarfe an pflegerischen Angeboten und erforderliche Maßnahmen zur Bedarfsdeckung darzustellen. Die kreisangehörigen Gemeinden der Stadt- und Landkreise sind hieran zu beteiligen. Zudem sieht die Erstellung der Pläne die Mitwirkung der an der örtlichen, pflegerischen und unterstützenden Versorgung Beteiligten vor. Ferner ist das Sozialministerium nach § 4 LPfG ermächtigt, im Einvernehmen mit dem

<sup>4</sup> Die Versorgungsquote wurde anhand des Verhältnis der solitären/ganzjährig vorzuhaltenden Kurzzeitpflegeplätze je 1.000 zu Hause versorgte Pflegebedürftige berechnet. Zum Stand 15.12.2017 betrug der Durchschnitt in Baden-Württemberg 3,3 Plätze und zum Stand 15.12.2019 betrug der Durchschnitt 2,6 Plätze. Darauf basierend wurden sechs Kategorien für den Vergleich und die Einschätzung der Entwicklung konzipiert: [1] kein Angebot; [2] mehr als 50 % unterhalb des Durchschnitts; [3] bis 50 % unterhalb des Durchschnitts; [4] bis 50 % oberhalb des Durchschnitts; [5] bis zu 100 % oberhalb des Durchschnitts und [6] mehr als 100 % oberhalb des Durchschnitts.

Innenministerium Rechtsverordnungen zu erlassen, die Näheres zum Verfahren der Aufstellung und den Inhalten der Kreispflegepläne bestimmen.

Die Kreispflegepläne enthalten unter anderem Zahlen des zum Zeitpunkt der Erstellung aktuellen Bestandes an (Kurzzeit-)Pflegeplätzen im jeweiligen Kreis, teils untergliedert nach einzelnen Regionen innerhalb eines Kreises, sowie prognostizierte Bedarfszahlen (in der Regel umfassen die Prognosen fünf bis zehn Jahre). Weiterhin werden Maßnahmen beschrieben, die durch die Kreise zu ergreifen sind, um eine pflegerische Versorgung mit (Kurzzeit-)Pflege in ausreichendem Maße sicherzustellen.

In der Recherche fiel auf, dass die Planungen unter unterschiedlichen Bezeichnungen veröffentlicht werden: darunter zum Beispiel Kreispflegeplan, Kommunaler Pflegebedarfsplan, Bericht zur Lebenslage älterer Menschen, Seniorenbericht, (Kreis-)Seniorenplan, Altenhilfe(-planung), Seniorenpolitisches Konzept, Teilhabeplanung/Teilhabeplan (für Senioren), Sozialplanung und Stationäre Pflege. Für insgesamt 81,8 % der Stadt- beziehungsweise Landkreise (36/44) konnten zum Zeitpunkt der Recherche öffentlich zugängliche Kreispflegeplanungen identifiziert werden. Aufgrund der Diversität der Kreispflegepläne, das heißt unterschiedliche Zeiträume der Berichterstattung, der Prognosen und Prognosegrundlagen, fokussieren die zusammenfassenden Erkenntnisse Angebot und Nachfrage, zielgruppenspezifische Bedarfe sowie Weiterentwicklungsansätze in der Kurzzeitpflege, die auf Kreisebene angestoßen wurden. Diese sind jeweils als „Exkurs“ an entsprechenden Berichtsabschnitten kenntlich gemacht.

## 4. Entwicklungen, Leistungsgeschehen und Bedarfsprognosen in der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg

In diesem Kapitel werden die Entwicklung der Angebotsstrukturen, das Versorgungs- und Leistungsgeschehen in der Kurzzeitpflege sowie die Prognosen zum Kurzzeitpflegeplatzbedarf in Baden-Württemberg dargestellt.

Zunächst erfolgt eine überblicksartige Darstellung der Angebotsstrukturen sowie deren Entwicklungen (Abschnitt 4.1). Daran anschließend werden die empirischen Befunde zur Inanspruchnahme und Auslastung der Kurzzeitpflege in Abschnitt 4.2 sowie zum Versorgungs- und Leistungsgeschehen (Abschnitt 4.3) beschrieben. Datengrundlage sind die im Rahmen der vorliegenden Studie erhobenen empirischen Daten der:

- Online-Befragung,
- Erfassung des Versorgungs- und Leistungsgeschehens,
- Versichertenbefragung,
- Expertinnen- und Experteninterviews sowie
- ergänzend Angaben aus den Kreispflegeplanungen der Stadt- und Landkreise.

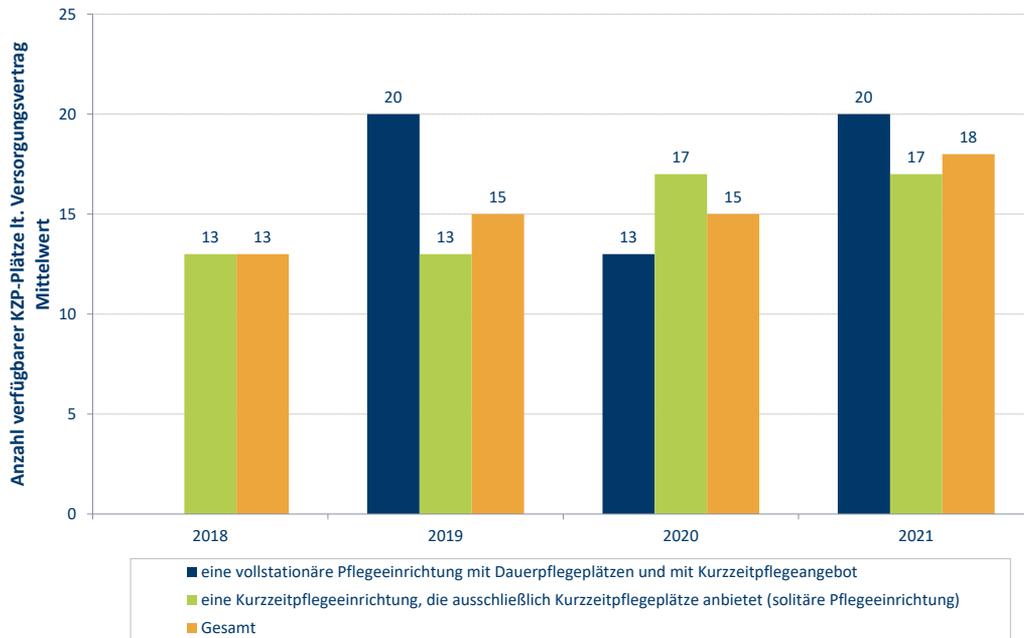
Anschließend werden die Prognosen des Kurzzeitpflegeplatzbedarfs in Baden-Württemberg, unter anderem unter der Betrachtung der Bevölkerungsentwicklung, bis zum Jahr 2035 dargestellt (Abschnitt 4.4) sowie anschließend in Abschnitt 4.5 die empirischen Befunde zu den Entwicklungen, Leistungsgeschehen und Bedarfsprognosen der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg zusammengefasst und Schlussfolgerungen abgeleitet. Die Beschreibung der Methodik der empirischen Erhebungen sowie der Datengrundlage für die Prognosen des Kurzzeitpflegeplatzbedarfs ist dem Anhang A1 zu entnehmen.

### 4.1 Entwicklungen in der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg

Im folgenden Abschnitt sind die Entwicklungen in der Kurzzeitpflege hinsichtlich der Angebotsstrukturen, unter anderem auch für spezielle Zielgruppen und Versorgungskonzepte und mit Blick auf den Einfluss der Corona-Pandemie dargestellt.

Abbildung 5 stellt zunächst die Entwicklung der Anzahl der verfügbaren Kurzzeitpflegeplätze in den Jahren 2018 bis 2021 dar. Laut Angaben der Befragten ist die Anzahl der verfügbaren Plätze insgesamt in den Jahren 2018 bis 2021 im Mittel von 13 Plätze/Einrichtung auf 18 Plätze/Einrichtung gestiegen. Bei den vollstationären Pflegeeinrichtungen mit eingestreuten beziehungsweise ganzjährig vorzuhaltenden Plätzen ist die Platzzahl im Mittel von 2019 zu 2020 um durchschnittlich sieben Plätze/Einrichtung rückläufig gewesen. Allerdings stieg die Anzahl der verfügbaren Plätze von 2020 zu 2021 wieder auf den Ausgangswert des Jahres 2019.

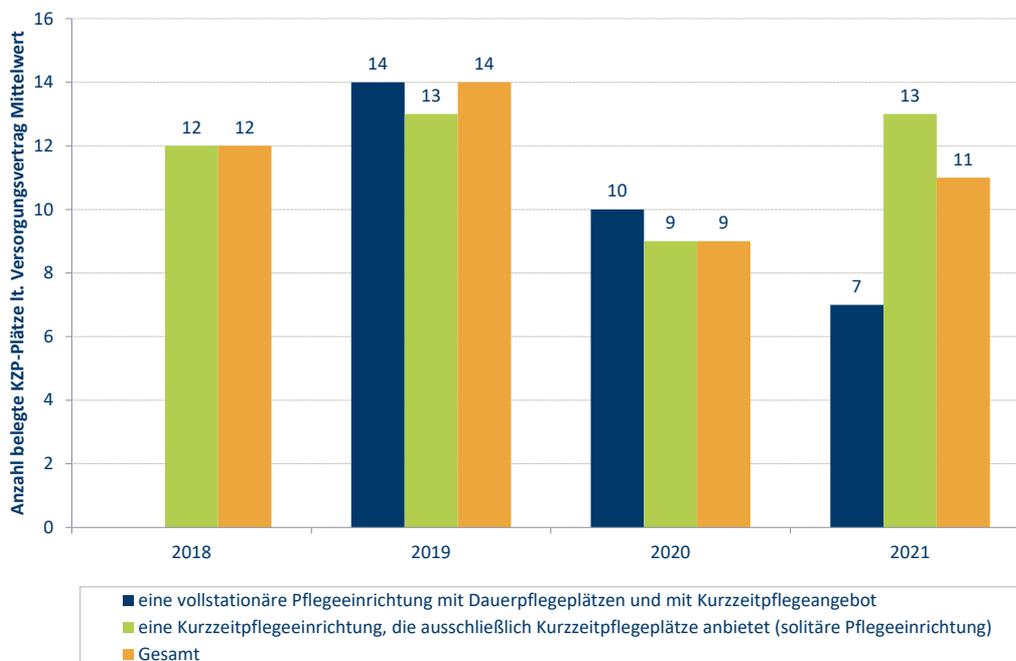
**Abbildung 5: Entwicklung verfügbarer Kurzzeitpflegeplätze laut Versorgungsvertrag, 2018 - 2021**



Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021  
 Anmerkung: Daten zur Entwicklung verfügbarer Plätze von vollstationären Einrichtungen mit Dauerpflegeplätzen und Kurzzeitpflegeplätzen liegen nur für die Jahre 2019 – 2021 vor

Abbildung 6 zeigt die Anzahl der belegten Kurzzeitpflegeplätze differenziert nach Einrichtungen mit ausschließlich solitären Plätzen oder vollstationären Pflegeeinrichtungen mit eingestreuten und/oder ganzjährig vorzuhaltenden Plätzen. Im Vergleich zu den vertraglich vereinbarten Plätzen (siehe Abbildung 5) lässt sich über alle Einrichtungen hinweg im Mittel eine rechnerische Auslastung von 93 % (2019), 60 % (2020) und 61 % (2021) feststellen.

**Abbildung 6: Entwicklung belegter Kurzzeitpflegeplätze, 2018 - 2021**



Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021  
 Anmerkung: Daten zur Entwicklung verfügbarer Plätze von vollstationären Einrichtungen mit Dauerpflegeplätzen und Kurzzeitpflegeplätzen liegen nur für die Jahre 2019 – 2021 vor

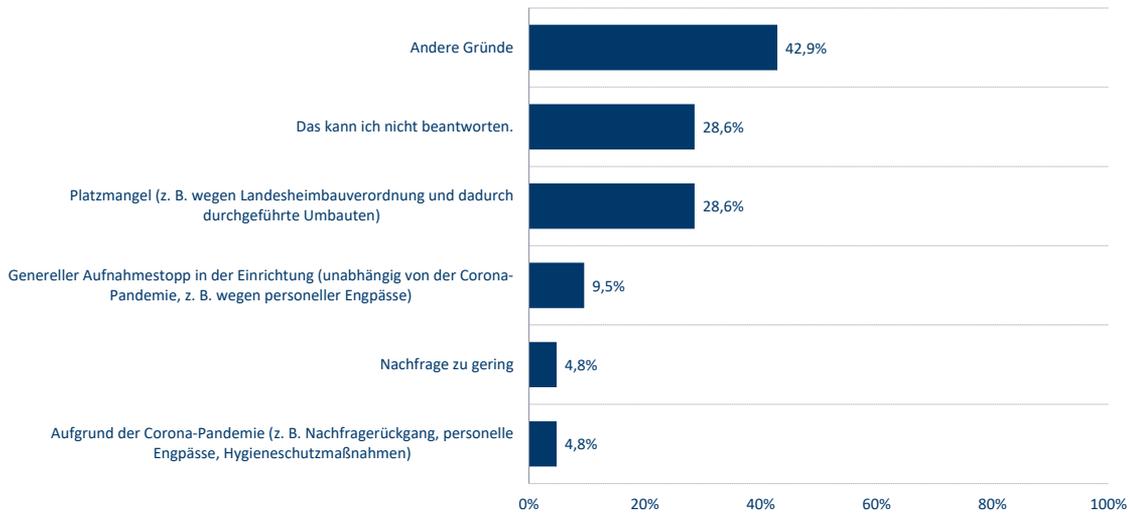
Die Einrichtungen ohne Kurzzeitpflegeangebot (n = 23) wurden gefragt, ob sie zu einem früheren Zeitpunkt Kurzzeitpflege angeboten haben. 60,9 % bejahten diese Frage. Abbildung 7 zeigt die Gründe der Einrichtungen, ein Kurzzeitpflegeangebot nicht mehr vorzuhalten.

Unter „Andere Gründe“, die mit 42,9% am häufigsten ausgewählte Antwortkategorie, wurde unter anderem angegeben:

- hohe Nachfrage nach Dauerpflegeplätzen (durchgängige Auslastung mit Bewohnerinnen und Bewohnern der vollstationären Langzeitpflege),
- zu hoher Verwaltungsaufwand („hoher Verwaltungsaufwand steht in keinem Verhältnis für eine Woche Aufenthalt“),
- anstehende Umbaumaßnahmen in der Einrichtung (unter anderem wegen Brandschutz/Landesheimbauverordnung).

Weitere Gründe waren zum Beispiel Platzmangel, unter anderem aufgrund baulicher Vorgaben der LHeimBauVO (28,6 %) oder generelle Aufnahmestopps in der Einrichtung (9,5 %).

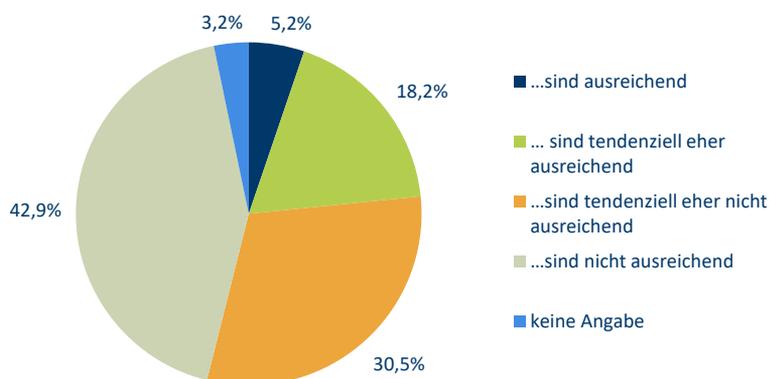
**Abbildung 7: Gründe stationärer Pflegeeinrichtungen keine Kurzzeitpflege anzubieten, n = 21, Angaben in %**



Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

Nach Einschätzung der befragten Pflegeeinrichtungen sind die in der Region verfügbaren Kapazitäten für die stationäre Kurzzeitpflege (nach einem Krankenhausaufenthalt oder einer häuslichen Krisensituation gemäß § 42 SGB XI und für Personen nach § 39c SGB V) sowie Verhinderungspflege (sogenannte „Urlaubspflege“ gemäß § 39 SGB XI) nicht (42,9 %) beziehungsweise tendenziell eher nicht ausreichend (30,5 %; Abbildung 8).

**Abbildung 8: Einschätzung der in der Region verfügbaren Kapazitäten an stationärer Kurzzeitpflege, n = 154, Angaben in %**



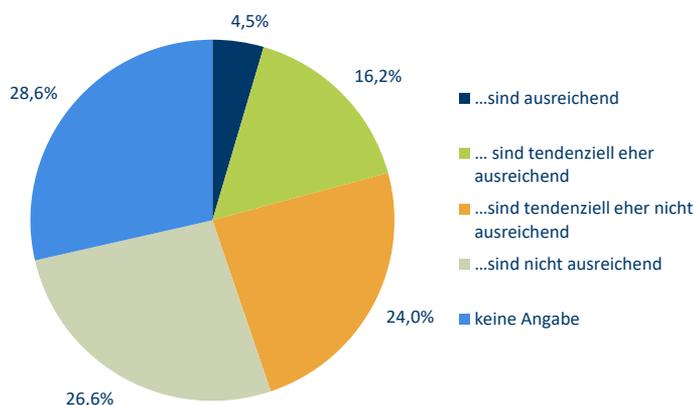
Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

Um einen vertieften Eindruck zu erhalten, aus welchem Umkreis die stationären Pflegeeinrichtungen Anfragen für die Kurzzeitpflege erhalten, wurden Daten hierzu in der Leistungserfassung systematisch erhoben. Der Umkreis, aus dem die Einrichtungen Anfragen für Kurzzeitpflegeplätze erhielten und aus dem Gäste aufgenommen und abgelehnt wurden, war für beide Erfassungszeiträume ähnlich. Die Mehrzahl der Anfragen kam aus näherer Umgebung. Über alle Einrichtungen betrug die mittlere Entfernung durchschnittlich 13,4 km (Erfassungszeitraum 1) beziehungsweise 22,0 km (Erfassungszeitraum 2). Die Entfernungen der Ablehnung zeichnen ein ähnliches Bild. Die durchschnittliche Entfernung betrug 13,4 km (Erfassungszeitraum 1) beziehungsweise 13,9 km (Erfassungszeitraum 2). Als häufigste Ablehnungsgründe gaben die Einrichtungen in beiden Zeiträumen fehlende Platzkapazitäten (Erfassungszeitraum 1: 77 %, Erfassungszeitraum 2: 81 %) und ein fehlendes Angebot für den konkreten Pflegebedarf (Erfassungszeitraum 1: 30 %, Erfassungszeitraum 2: 11 %) an.

Hinsichtlich der regional verfügbaren Kapazitäten von überwiegend durch ambulante Pflegedienste erbrachter Verhinderungspflege beziehungsweise sogenannter „Urlaubspflege“ (gemäß § 39 SGB XI aufgrund der Verhinderung der Pflegeperson) ist die Einschätzung der Befragten ähnlich:

- 26,6 % geben an, dass die regionalen Kapazitäten nicht ausreichend sind und
- weitere 24,0 % schätzen diese als „tendenziell eher nicht ausreichend“ ein (Abbildung 9).

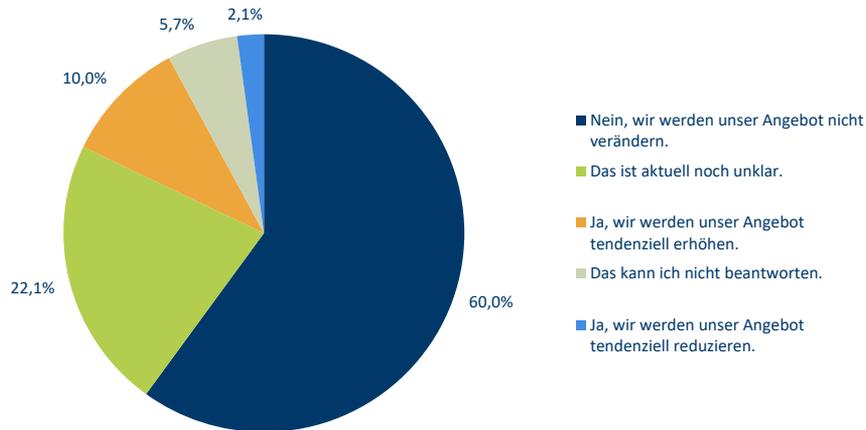
**Abbildung 9: Einschätzung der in der Region verfügbaren Kapazitäten für Verhinderungspflege im ambulanten Setting, n = 154, Angaben in %**



Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

Die teilnehmenden Einrichtungen geben mehrheitlich an, dass mittelfristig keine Veränderung des Platzangebotes in der Kurzzeitpflege geplant ist (Abbildung 10, 60,0 %; n = 84/140). Weitere 21,1 % geben an, dass die zukünftige Weiterentwicklung noch unklar ist. Lediglich 12,1 % der befragten Einrichtungen planen ihr Angebot zu erhöhen beziehungsweise tendenziell zu erhöhen.

**Abbildung 10: Planungen der stationären Pflegeeinrichtungen zu mittelfristigen Veränderungen des Kurzzeitpflegeangebotes, n = 140, Angaben in %**



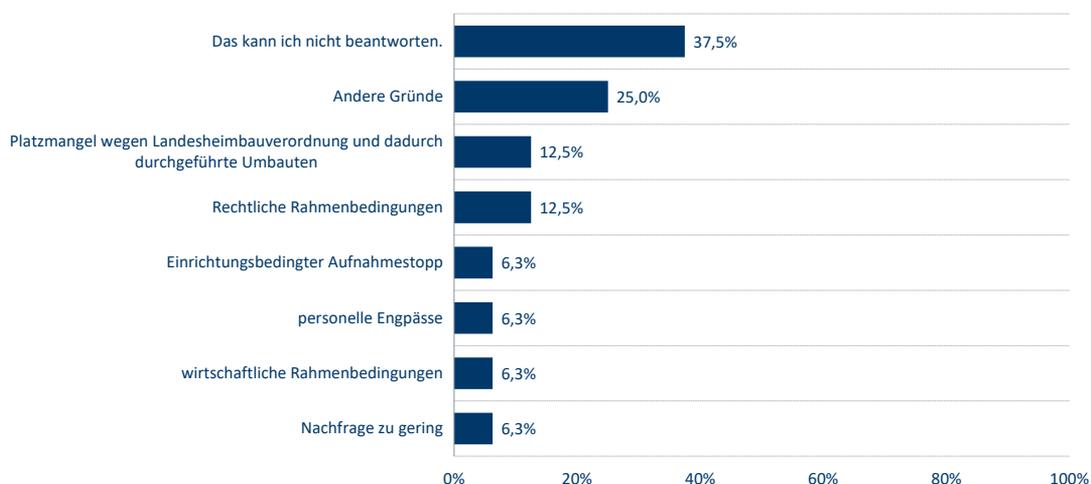
Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

60 % der Einrichtungen, welche einen Ausbau des Kurzzeitpflegeangebotes planen, wollen die Anzahl der eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze erhöhen. Weitere 40 % planen ganzjährig vorzuhaltende beziehungsweise solitäre Plätze einzurichten. Die Gründe, weshalb die Einrichtungen nicht planen ihr Angebot zukünftig zu verändern ist in Abbildung 11 dargestellt. Der Großteil der Befragten konnte diese Frage nicht beantworten. Andere geben an, dass aufgrund:

- von Platzmangel wegen der LHeimBauVO und damit verbundenen Umbauten (12,5 %) und
- von rechtlichen Rahmenbedingungen (12,5 %)

ein Ausbau nicht geplant ist.

**Abbildung 11: Gründe der stationären Pflegeeinrichtungen keine Plätze auszubauen, n = 17, Angabe in %**



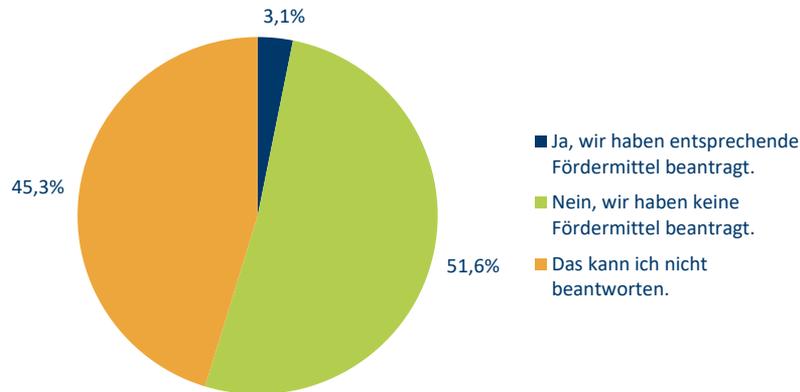
Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

Im Rahmen des Aktionsbündnisses Kurzzeitpflege hat das Land Baden-Württemberg Fördermittel in Höhe von 7,6 Millionen Euro im Jahr 2019 für die solitäre Kurzzeitpflege bereitgestellt, um dringend benötigte Kurzzeitpflegeplätze zu schaffen. Dabei handelt es sich zum Teil auch um kommunale Mittel aus dem kommunalen Investitionsfond. Darüber hinaus werden in Baden-Württemberg über das Innovationsprogramm Pflege investive Förderungen für die Kurzzeitpflege ermöglicht.

Entsprechende Fördermittel wurden nach Angaben der Befragten beispielsweise für den Auf-/Neubau einer solitären Kurzzeitpflege beziehungsweise die Schaffung eines Pflegewohnbereichs in einem geplanten Anbau beantragt.

Die Mehrheit der befragten Einrichtungen hat keine Fördermittel beantragt (Abbildung 12), da eine Weiterentwicklung beziehungsweise ein Ausbau der solitären Kurzzeitpflege nicht vorgesehen beziehungsweise geplant ist.

**Abbildung 12: Inanspruchnahme von Fördermitteln zum Ausbau der solitären Kurzzeitpflege, n = 159, Angaben in %**



Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

Teilweise begründen die stationären Pflegeeinrichtungen keine solitären Plätze anzubieten damit, dass sie sich eher auf (dringend benötigte) Investitionen in der vollstationären Dauerpflege fokussieren.

Begrenzte räumliche Kapazitäten sowie bauliche Einschränkungen stellen einen weiteren genannten Grund dar. Hinzu kommt, dass viele Einrichtungen bereits in den letzten zwei bis drei Jahren Umbaumaßnahmen durchgeführt haben und aus diesem Grund keine weiteren planen. Der Abbau von Betten in Doppelzimmern begrenzt ebenfalls die Erweiterungsmöglichkeiten:

*„Gebäude ist erst in 2013 erbaut worden und bietet keine Möglichkeiten zur weiteren baulichen Veränderung.“*

*„Es müssen Betten (Doppelzimmer) abgebaut werden!!! Ich kann nicht erweitern.“*

Die interviewten Expertinnen und Experten sehen in ihren Regionen einen Angebotsmangel an verfügbaren Kurzzeitpflegeplätzen, was sich verstärkt in Spitzenzeiten (klassische Urlaubszeiten) zeigen würde. Insgesamt würde der Mangel die Sicherstellung regionaler Angebotsstrukturen erschweren und den Suchradius von Krankenhäusern oder Angehörigen nach einem Kurzzeitpflegeplatz erweitern. Im Jahr 2020 kam es durch die Corona-Pandemie zunächst zu einem deutlichen Nachfragerückgang nach Urlaubs-/Verhinderungspflege, der nach Beobachtung der Befragten mit einer gestiegenen Belastung für pflegende Angehörige einherging. Im Verlauf des Jahres (insbesondere nach Ende der ersten Infektionswelle) sei die Nachfrage wieder angestiegen.

*„Da gab es einen Auslastungseinbruch im April/Mai/Juni [2020], also so über den Sommer und dann ging das aber wieder ruckzuck hoch. In der Kurzzeitpflege war oder ist seit Ende März [2020] eigentlich wirklich massiv ein Auslastungsrückgang zu verzeichnen. Das heißt,*

*dass viele einfach massive Vorbehalte und Ängste gegenüber auch nur einem zeitweisen Aufenthalt in einer Einrichtung haben.“ (IP 5)*

#### 4.1.1 Zielgruppenspezifische Angebotsstrukturen und Vorhandensein von speziellen Versorgungskonzepten

Zur weiteren Analyse der Angebotsstrukturen wurden die stationären Pflegeeinrichtungen zum Angebot für Kurzzeitpflegegäste unterschiedlicher Alters- als auch Zielgruppen befragt. Differenziert nach Form der angebotenen Kurzzeitpflege (eingestreut, ganzjährig vorzuhalten, solitär) ist in Tabelle 10 das Kurzzeitpflegeangebot für die folgenden drei Altersgruppen dargestellt:

- Kinder und Jugendliche bis circa 18 Jahre,
- Erwachsene zwischen 18 bis circa 65 Jahren und
- ältere Menschen ab circa 65 Jahren.

Im Ergebnis zeigt sich, dass unabhängig von der Kurzzeitpflegeform alle befragten Einrichtungen Kurzzeitpflege für ältere Menschen ab 65 Jahren anbieten. Für die Altersgruppe der 18 bis 65-Jährigen besteht dieses Angebot in geringerem Umfang (zum Beispiel bei eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen in 37,8 % der Einrichtungen) sowie zum Teil nur in Ausnahmefällen. Für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre halten die Einrichtungen überwiegend kein Kurzzeitpflegeangebot vor.

**Tabelle 10: Kurzzeitpflegeangebot nach Altersgruppen, Angaben in %, Mehrfachnennung**

|   | Kinder und Jugendliche bis circa 18 Jahre, % | Erwachsene zwischen 18 bis circa 65 Jahren, % | Ältere Menschen ab circa 65 Jahren, % |
|---|--|---|---------------------------------------|
| <b>Eingestreute Kurzzeitpflegeplätze (n = 188)</b>            |  |   |                                       |
| Ja  | 2,2  | 37,8  | 99,3                                  |
| Nur in Ausnahmefällen   | 3,7  | 40,7  | 0,0                                   |
| Nein  | 89,6   | 18,5  | 0,7                                   |
| Keine Angabe  | 4,4  | 3,0   | 0,0                                   |
| Gesamt  | 100  | 100   | 100                                   |
| <b>Ganzjährig vorzuhaltende Kurzzeitpflegeplätze (n = 27)</b> |  |   |                                       |
| Ja  | 11,8   | 29,4  | 100                                   |
| Nur in Ausnahmefällen   | 5,9  | 64,7  | 0,0                                   |
| Nein  | 82,4   | 5,9   | 0,0                                   |
| Keine Angabe  | 0,0  | 0,0   | 0,0                                   |
| Gesamt  | 100  | 100   | 100                                   |

|   | Kinder und Jugendliche bis circa 18 Jahre, % | Erwachsene zwischen 18 bis circa 65 Jahren, % | Ältere Menschen ab circa 65 Jahren, % |
|---|--|---|---------------------------------------|
| <b>Solitäre Kurzzeitpflegeplätze (n = 12)</b> |  |   |                                       |
| Ja  | 0,0  | 50,0  | 100                                   |
| Nur in Ausnahmefällen                         | 0,0  | 33,3  | 0,0                                   |
| Nein  | 100  | 16,7  | 0,0                                   |
| Keine Angabe                                  | 0,0  | 0,0   | 0,0                                   |
| Gesamt  | 100  | 100   | 100                                   |

Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

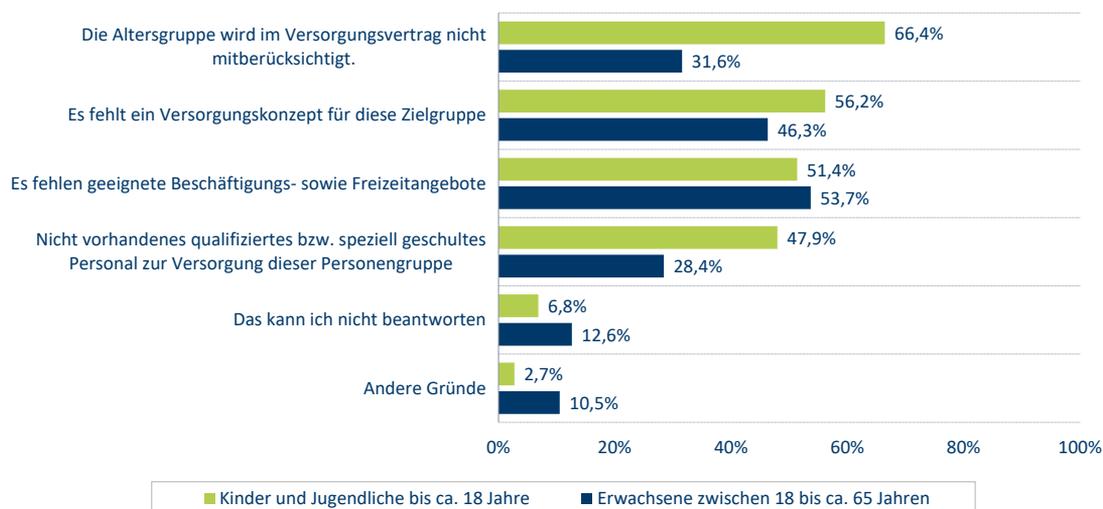
Die Gründe, warum für die Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen bis 18 Jahren beziehungsweise Erwachsenen von 18 bis 65 Jahren seltener Kurzzeitpflege angeboten wird, sind der folgenden Abbildung 13 zu entnehmen. Die am häufigsten angegebenen Gründe mit Blick auf Kinder und Jugendliche sind:

- die Altersgruppe wird im Versorgungsvertrag nicht berücksichtigt (66,4 %),
- für die Zielgruppe fehlt ein Versorgungskonzept (56,2 %) und
- es fehlen geeignete Beschäftigungs- und Freizeitangebote (51,4 %).

Diese Gründe sind in umgekehrter Häufigkeitsreihenfolge von den Befragten auch für die Zielgruppe der Erwachsenen von 18 bis 65 Jahren genannt worden.

Unter „Andere Gründe“ wurde für beide Altersgruppen insgesamt angegeben, dass das „Altersklientel“ nicht passe beziehungsweise das vorhandene Angebot sich an andere Zielgruppen richte (zum Beispiel ältere, an Demenz erkrankte Menschen).

**Abbildung 13: Gründe, warum Kurzzeitpflege für spezielle Altersgruppen nicht angeboten wird, Angaben in %, Mehrfachnennung**



Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

Die folgenden Übersichten (Tabelle 11 und Tabelle 12) veranschaulichen überblicksartig das nach Art der Kurzzeitpflege (eingestreut, ganzjährig vorzuhaltend, solitär) vorhandene zielgruppenspezifische Angebot in Baden-Württemberg. Am häufigsten wird Kurzzeitpflege in Einrichtungen mit eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen (n = 188, Mehrfachnennung) für die folgenden Zielgruppen angeboten:

- Menschen mit leichten demenziellen Erkrankungen (ohne Hinlauftendenz; 94,7 %),
- Menschen mit körperlicher Behinderung (90,9 %),
- Menschen mit neurodegenerativen Erkrankungen (zum Beispiel Multiple Sklerose (MS), Chorea Huntington, Parkinson; 84,1 %) oder
- Menschen mit palliativem Versorgungsbedarf (83,3 %).

Lediglich 7,6 % der Einrichtungen mit eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen gaben an, Menschen mit intensivpflegerischen Bedarfen (mit Beatmung) aufzunehmen. Für Menschen mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung/Verhaltensauffälligkeiten/herausfordernden Verhaltensweisen halten nur 16,7 % der Einrichtungen ein Kurzzeitpflegeangebot vor.

Einrichtungen mit ganzjährig vorzuhaltenden Kurzzeitpflegeplätzen (n = 27, Mehrfachnennung) gaben am häufigsten Kurzzeitpflegeangebote für folgende Zielgruppen an:

- Menschen mit leichten demenziellen Erkrankungen (ohne Hinlauftendenz; 100 %),
- Menschen mit anderen gerontopsychiatrischen (nicht demenziellen) Erkrankungen oder Menschen mit körperlicher Behinderung (94,1 %) oder
- Menschen mit neurodegenerativen Erkrankungen (zum Beispiel MS, Chorea Huntington, Parkinson; 82,4 %).

Auch bei Einrichtungen mit ganzjährig vorzuhaltenden Kurzzeitpflegeplätzen besteht nur in 5,9 % ein Kurzzeitpflegeangebot für Menschen mit intensivpflegerischen Bedarfen (mit Beatmung) und in 11,9 % für Menschen mit besonders hohen pflegerischen Bedarfen (zum Beispiel Wachkoma).

Solitäre Einrichtungen beziehungsweise Einrichtungen mit solitären Kurzzeitpflegeplätzen (n = 12, Mehrfachnennung) halten ebenfalls am häufigsten ein Angebot für Menschen mit leichten demenziellen Erkrankungen (ohne Hinlauftendenz; 100 %) und Menschen mit körperlicher Behinderung beziehungsweise Menschen mit neurodegenerativen Erkrankungen (91,7 %) vor.

Tabelle 11: I: Kurzzeitpflegeangebot nach Zielgruppen, Angaben in %, Mehrfachnennung

|  | Menschen mit leichten demenziellen Erkrankungen (ohne Hinlauftendenz), % | Menschen mit eher schweren demenziellen Erkrankungen (mit/ohne Hinlauftendenz), % | Menschen mit anderen gerontopsychiatrischen (nicht demenziellen) Erkrankungen, % | Menschen mit psychischen Erkrankungen (ohne Suchterkrankung, wie zum Beispiel Alkohol/Drogen), % | Menschen mit psychischen Erkrankungen einschließlich Suchterkrankungen, wie zum Beispiel Alkohol/Drogen, % | Menschen mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung/Verhaltensauffälligkeiten/herausfordernden Verhaltensweisen, % | Menchen mit körperlicher Behinderung, % |
|--|--|---|--|--|--|---|---|
| <b>Eingestreuete Kurzzeitpflegeplätze (n = 188)</b>          |  |   |  |  |  |   |   |
| Ja   | 94,7   | 59,1  | 80,3   | 72,7   | 33,3   | 16,7  | 90,9                                    |
| Nur in Ausnahmefällen  | 2,3  | 27,3  | 10,6   | 18,9   | 35,6   | 25,0  | 5,3                                     |
| Nein   | 2,3  | 12,1  | 7,6  | 6,8  | 28,0   | 56,8  | 2,3                                     |
| Keine Angabe   | 0,8  | 1,5   | 1,5  | 1,5  | 3,0  | 1,5   | 1,5                                     |
| Gesamt   | 100  | 100   | 100  | 100  | 100  | 100   | 100                                     |
| <b>Ganzjährig vorzuhaltende Kurzzeitpflegeplätze (n =27)</b> |  |   |  |  |  |   |   |
| Ja   | 100  | 52,9  | 94,1   | 70,6   | 35,3   | 11,8  | 94,1                                    |
| Nur in Ausnahmefällen  | 0,0  | 35,3  | 5,9  | 29,4   | 35,3   | 11,8  | 5,9                                     |
| Nein   | 0,0  | 11,8  | 0,0  | 0,0  | 29,4   | 76,5  | 0,0                                     |
| Keine Angabe   | 0,0  | 0,0   | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0   | 0,0                                     |
| Gesamt   | 100  | 100   | 100  | 100  | 100  | 100   | 100                                     |

|  | Menschen mit leichten demenziellen Erkrankungen (ohne Hinlauftendenz), % | Menschen mit eher schweren demenziellen Erkrankungen (mit/ohne Hinlauftendenz), % | Menschen mit anderen gerontopsychiatrischen (nicht demenziellen) Erkrankungen, % | Menschen mit psychischen Erkrankungen (ohne Suchterkrankung, wie zum Beispiel Alkohol/Drogen), % | Menschen mit psychischen Erkrankungen einschließlich Suchterkrankungen, wie zum Beispiel Alkohol/Drogen, % | Menschen mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung/Verhaltensauffälligkeiten/ herausfordernden Verhaltensweisen, % | Menschen mit körperlicher Behinderung, % |
|--|--|---|--|--|--|--|--|
| <b>Solitäre Kurzzeitpflegeplätze (n =12)</b> |  |   |  |  |  |  |  |
| Ja   | 100  | 33,3  | 100  | 83,3   | 25,0   | 0,0  | 91,7                                     |
| Nur in Ausnahmefällen                        | 0,0  | 41,7  | 0,0  | 16,7   | 66,7   | 16,7   | 8,3                                      |
| Nein   | 0,0  | 25,0  | 0,0  | 0,0  | 8,3  | 83,3   | 0,0                                      |
| Keine Angabe                                 | 0,0  | 0,0   | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0                                      |
| Gesamt                                       | 100  | 100   | 100  | 100  | 100  | 100  | 100                                      |

Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

Tabelle 12: II: Kurzzeitpflegeangebot nach Zielgruppen, Angaben in %, Mehrfachnennung

|  | Menschen mit geistiger Behinderung, % | Menschen mit besonders hohen pflegerischen Bedarfen (zum Beispiel Wachkoma), % | Menschen mit neurodegenerativen Erkrankungen (zum Beispiel MS, Chorea Huntington, Parkinson), % | Menschen mit Infektionskrankheiten (MRSA und Ähnliches), % | Menschen mit palliativem Versorgungsbedarf, % | Menschen mit intensivpflegerischen Bedarfen (mit Beatmung), % |
|--|---------------------------------------|--|---|--|---|---|
| <b>Eingestreuete Kurzzeitpflegeplätze (n = 188)</b>          |                                       |  |   |  |   |   |
| Ja   | 62,9                                  | 31,8   | 84,1  | 59,8   | 83,3  | 7,6   |
| Nur in Ausnahmefällen  | 21,2                                  | 18,9   | 9,8   | 31,8   | 10,6  | 12,9  |
| Nein   | 12,9                                  | 45,5   | 5,3   | 6,8  | 3,8   | 76,5  |
| Keine Angabe   | 3,0                                   | 3,8  | 0,8   | 1,5  | 2,3   | 3,0   |
| Gesamt   | 100                                   | 100  | 100   | 100  | 100   | 100   |
| <b>Ganzjährig vorzuhaltende Kurzzeitpflegeplätze (n =27)</b> |                                       |  |   |  |   |   |
| Ja   | 47,1                                  | 11,8   | 82,4  | 64,7   | 76,5  | 5,9   |
| Nur in Ausnahmefällen  | 35,3                                  | 11,8   | 11,8  | 17,6   | 11,8  | 5,9   |
| Nein   | 11,8                                  | 70,6   | 5,9   | 17,6   | 11,8  | 88,2  |
| Keine Angabe   | 5,9                                   | 5,9  | 0,0   | 0,0  | 0,0   | 0,0   |
| Gesamt   | 100                                   | 100  | 100   | 100  | 100,0   | 100   |

|  | Menschen mit geistiger Behinderung, % | Menschen mit besonders hohen pflegerischen Bedarfen (zum Beispiel Wachkoma), % | Menschen mit neurodegenerativen Erkrankungen (zum Beispiel MS, Chorea Huntington, Parkinson), % | Menschen mit Infektionskrankheiten (MRSA und Ähnliches), % | Menschen mit palliativem Versorgungsbedarf, % | Menschen mit intensivpflegerischen Bedarfen (mit Beatmung), % |
|--|---------------------------------------|--|---|--|---|---|
| <b>Solitäre Kurzzeitpflegeplätze (n =12)</b> |                                       |  |   |  |   |   |
| Ja   | 66,7                                  | 25,0   | 91,7  | 58,3   | 83,3  | 0,0   |
| Nur in Ausnahmefällen                        | 25,0                                  | 8,3  | 8,3   | 33,3   | 16,7  | 8,3   |
| Nein   | 8,3                                   | 66,7   | 0,0   | 8,3  | 0,0   | 91,7  |
| Keine Angabe                                 | 0,0                                   | 0,0  | 0,0   | 0,0  | 0,0   | 0,0   |
| Gesamt                                       | 100,0                                 | 100  | 100   | 100  | 100   | 100   |

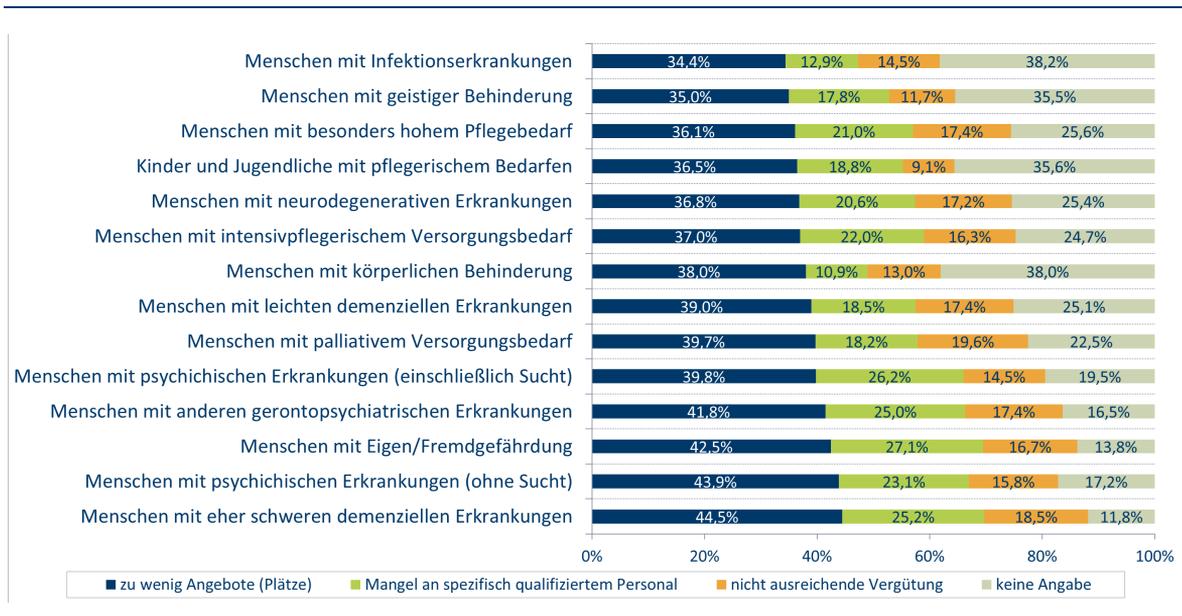
Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

In der detaillierten Leistungserfassung wurden, in Ergänzung zu den Erhebungen aus der Online-Befragung, Verhaltensauffälligkeiten bei den Kurzzeitpflegegästen (zum Beispiel aufgrund einer demenziellen Erkrankung oder psychischen Erkrankungen) allgemeiner erfasst. Hier zeigte sich ein hoher Anteil an Gästen in beiden Erfassungszeiträumen (Erfassungszeitraum 1: 27,8 %, n = 25/90; Erfassungszeitraum 2: 63,6 %, n = 21/33).

Weitere, von den Pflegeeinrichtungen in der Freitextangabe benannte Zielgruppen, für die ein Angebot vorgehalten wird, waren Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen und blinde und gehörlose Menschen.

Die Einschätzungen der stationären Pflegeeinrichtungen, für welche Zielgruppen und aus welchen Gründen vor allem Angebotslücken bestehen, ist der folgenden Abbildung 14 zu entnehmen.

**Abbildung 14: Eingeschätzte Angebotslücken der Kurzzeitpflegeplätze nach Zielgruppe und Angabe des Grundes, n = 161, Angaben in %**

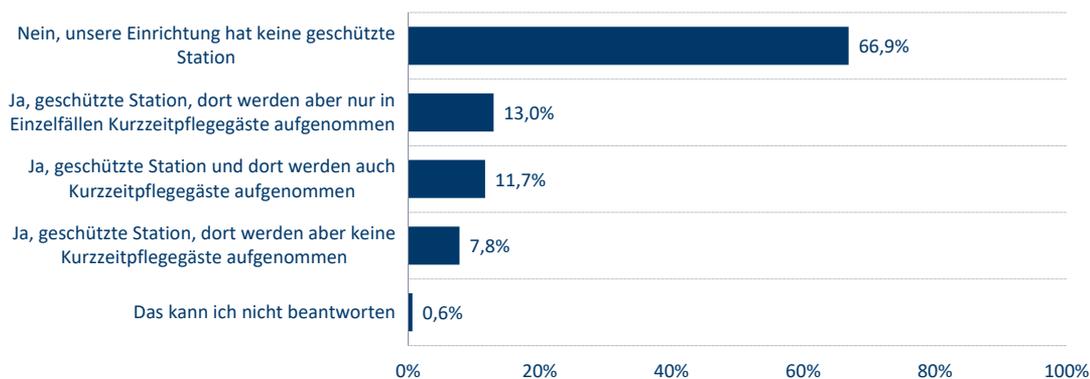


Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

Die Ergebnisse zeigen, dass vor allem für Menschen mit schweren demenziellen Erkrankungen (44,5 %), mit psychischen Erkrankungen (ohne Suchterkrankungen, 43,9 %) und mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung (42,5 %) das Platzangebot als zu gering eingeschätzt wird. Spezifisch für die Pflege und Versorgung der Zielgruppe qualifiziertes Personal fehlt in der Kurzzeitpflege hauptsächlich für Menschen mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung (27,1 %), mit psychischen Erkrankungen (einschließlich Suchterkrankungen, 26,2 %) und mit schweren demenziellen Erkrankungen (25,2 %). Aufgrund der nicht ausreichenden Vergütung bestehen nach Einschätzung der stationären Pflegeeinrichtungen Angebotslücken hauptsächlich für Menschen mit palliativem Versorgungsbedarf (19,6 %) und für Menschen mit schweren demenziellen Erkrankungen (18,5 %).

Der Großteil der befragten stationären Pflegeeinrichtungen verfügt nicht über eine geschützte Station (66,9 %). Bei Vorhandensein eines solchen Bereiches werden Kurzzeitpflegegäste nur in Einzelfällen (13 %), regelmäßig (11,7 %) oder gar nicht (7,8 %) dort aufgenommen (Abbildung 15).

**Abbildung 15: Angebot an geschützten Bereichen für Kurzzeitpflegegäste, n = 154, Angaben in %**



Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

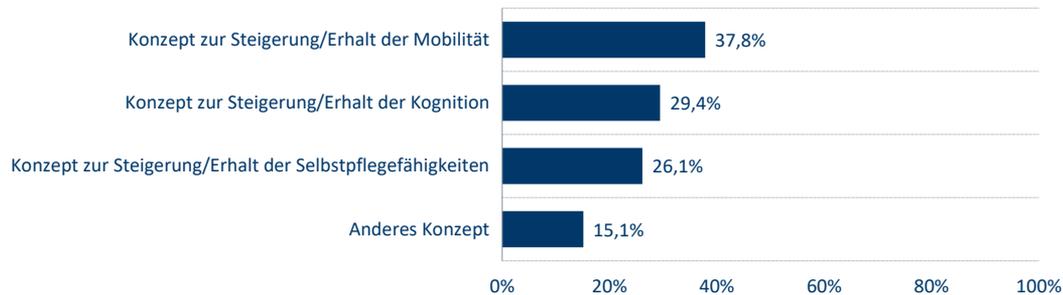
Die Hälfte der Pflegeeinrichtungen mit Kurzzeitpflegeangebot auf den geschützten Bereichen (n = 38) geben an, dass die Nachfrage nach Kurzzeitpflegeplätzen dort nicht gedeckt werden kann (50 %). 34,2 % der Befragten berichten, dass die Nachfragen ausreichend bedient werden können.

Die Einrichtungen wurden darüber hinaus gefragt, inwieweit spezielle Pflegekonzepte unabhängig von der Versorgung von Kurzzeitpflegegästen etabliert sind. Die folgende Abbildung 16 zeigt, dass von insgesamt 119 Einrichtungen, welche Angaben dazu machten, Konzepte zur Steigerung und zum Erhalt:

- der Mobilität (37,8 %),
- der Kognition (29,4 %) sowie
- der Selbstpflegefähigkeiten (26,1 %) etabliert sind.

Darüber hinaus wurden weitere Konzepte genannt, die nicht direkt den oben genannten Themen beziehungsweise Aktivierungsbereichen zuzuordnen sind, wie zum Beispiel verschiedene Konzepte für Menschen mit demenziellen Erkrankungen. Ganz konkret wurde in diesem Zusammenhang beispielsweise das „Drei-Welten-Modell“ nach Dr. Christoph Held als spezielles Angebot für Menschen mit Demenz in vollstationären Einrichtungen genannt. Weiterhin werden auch gerontopsychiatrische Pflegekonzepte, fachliche Anwendungen nach Kneipp (Kneipp-zertifizierte Einrichtungen) sowie spezielle palliative Konzepte in einzelnen Einrichtungen angewendet.

**Abbildung 16: Pflegekonzepte in den stationären Pflegeeinrichtungen, n = 119, Angaben in %**

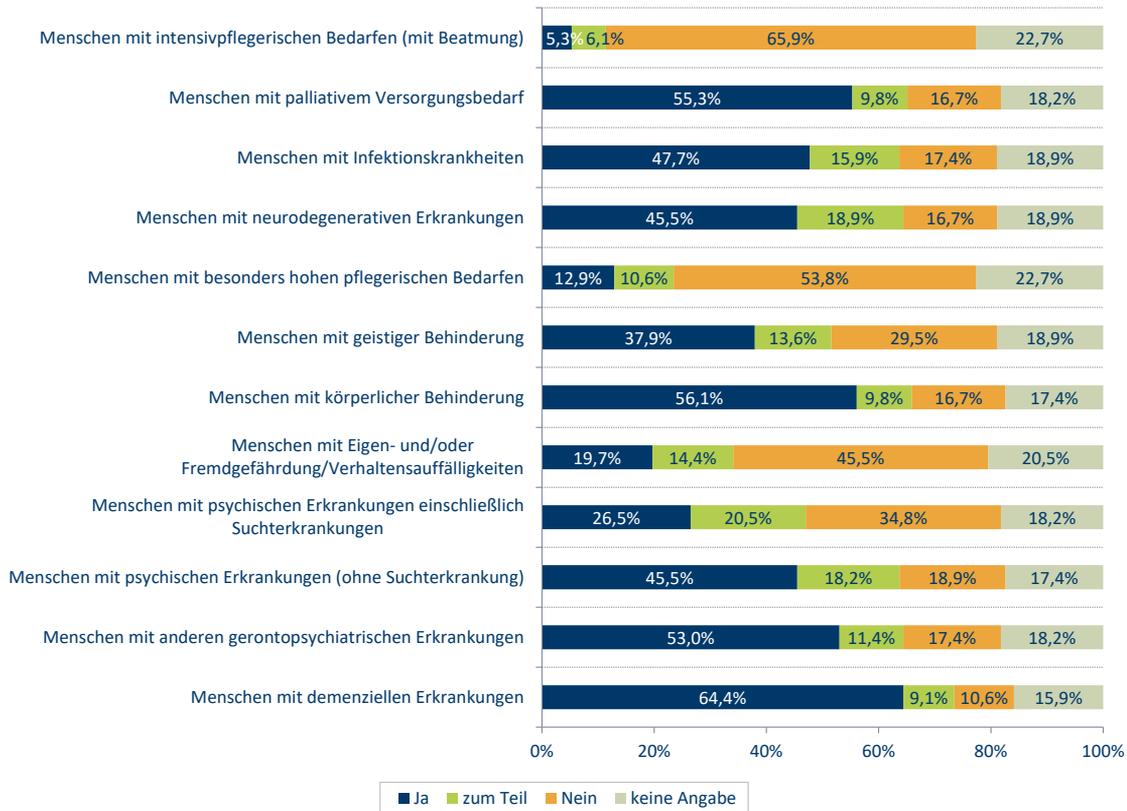


Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

Inwieweit die Bedarfe unterschiedlicher Zielgruppen im Rahmen des Versorgungs- und/oder Pflegekonzepts in den verschiedenen Kurzzeitpflegeformen (eingestreut, ganzjährig vorzuhalten, solitär) adressiert werden, zeigen die folgenden Abbildungen.

Einrichtungen mit eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen (n = 132) schätzen ein, dass die Bedarfe von Menschen mit demenziellen Erkrankungen (64,4 %), Menschen mit körperlicher Behinderung (56,1 %) oder Menschen mit palliativen Versorgungsbedarfen (55,3 %) am ehesten durch das Versorgungs- beziehungsweise Pflegekonzept adressiert werden (Abbildung 17). Die Bedarfe von Menschen mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung beziehungsweise Verhaltensauffälligkeiten oder herausfordernden Verhaltensweisen (19,7 %) sowie von Menschen mit besonders hohen pflegerischen Bedarfen (zum Beispiel Wachkoma, 12,9 %) werden hingegen weniger im Konzept aufgegriffen. Nur 5,3 % der Einrichtungen geben an, dass durch das Pflegekonzept die Bedarfe von Menschen mit intensivpflegerischen Bedarfen (mit Beatmung) in der Kurzzeitpflege abgedeckt werden können.

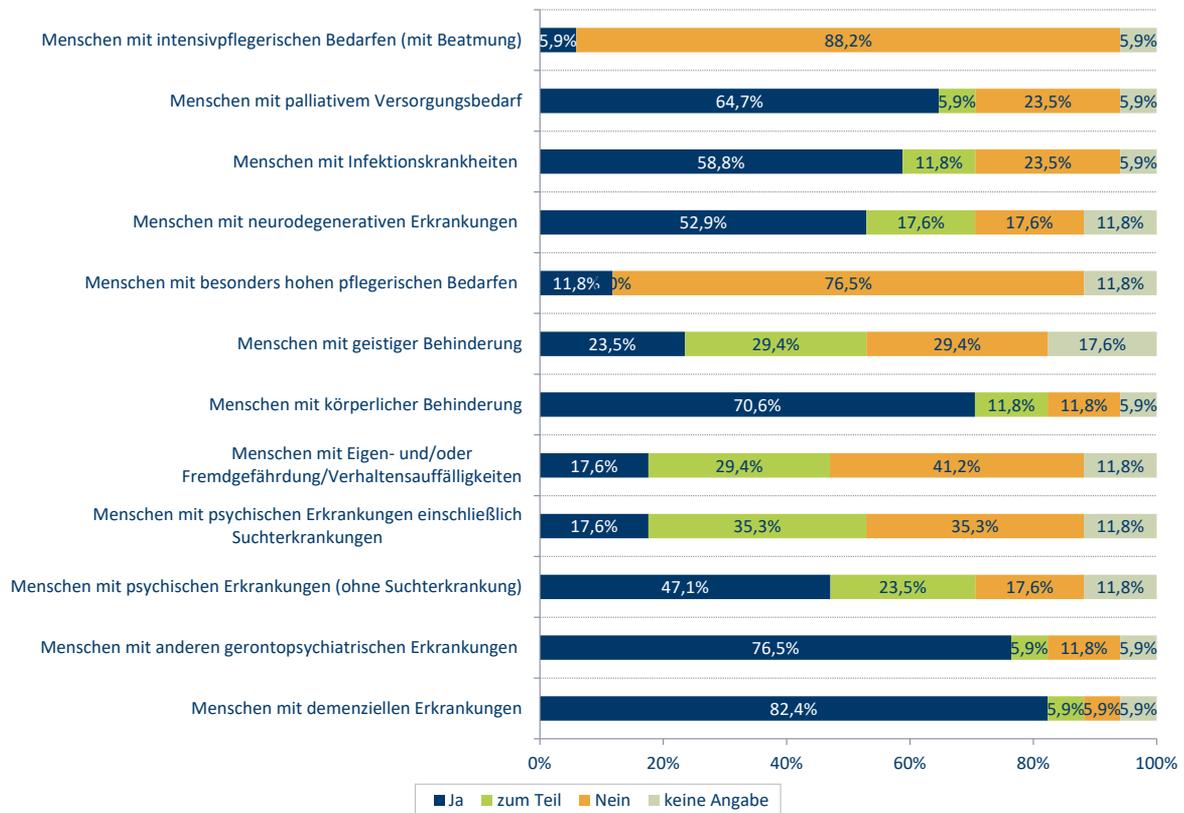
**Abbildung 17: Einschätzung der Erfüllung von Bedarfen spezifischer Zielgruppen durch das Pflegekonzept von Gästen der Kurzzeitpflege in Einrichtungen mit eingestreuten Plätzen, n = 132, Angaben in %**



Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

Einrichtungen mit ganzjährig vorzuhaltenden Kurzzeitpflegeplätzen (n = 17) schätzen ein, dass die Bedarfe von Menschen mit demenziellen Erkrankungen (82,4 %), mit anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen (76,5 %) oder Menschen mit körperlicher Behinderung (70,6 %) am ehesten durch das Versorgungs- beziehungsweise Pflegekonzept adressiert werden (Abbildung 18). Die Bedarfe von Menschen mit psychischen Erkrankungen, einschließlich Suchterkrankungen, oder Menschen mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung beziehungsweise Verhaltensauffälligkeiten oder herausfordernden Verhaltensweisen werden hingegen weniger durch das Konzept adressiert (jeweils 17,6 %). Nur 5,9 % der Einrichtungen geben an, dass durch das Pflegekonzept die Bedarfe von Menschen mit intensivpflegerischen Bedarfen (mit Beatmung) in der Kurzzeitpflege abgedeckt werden können.

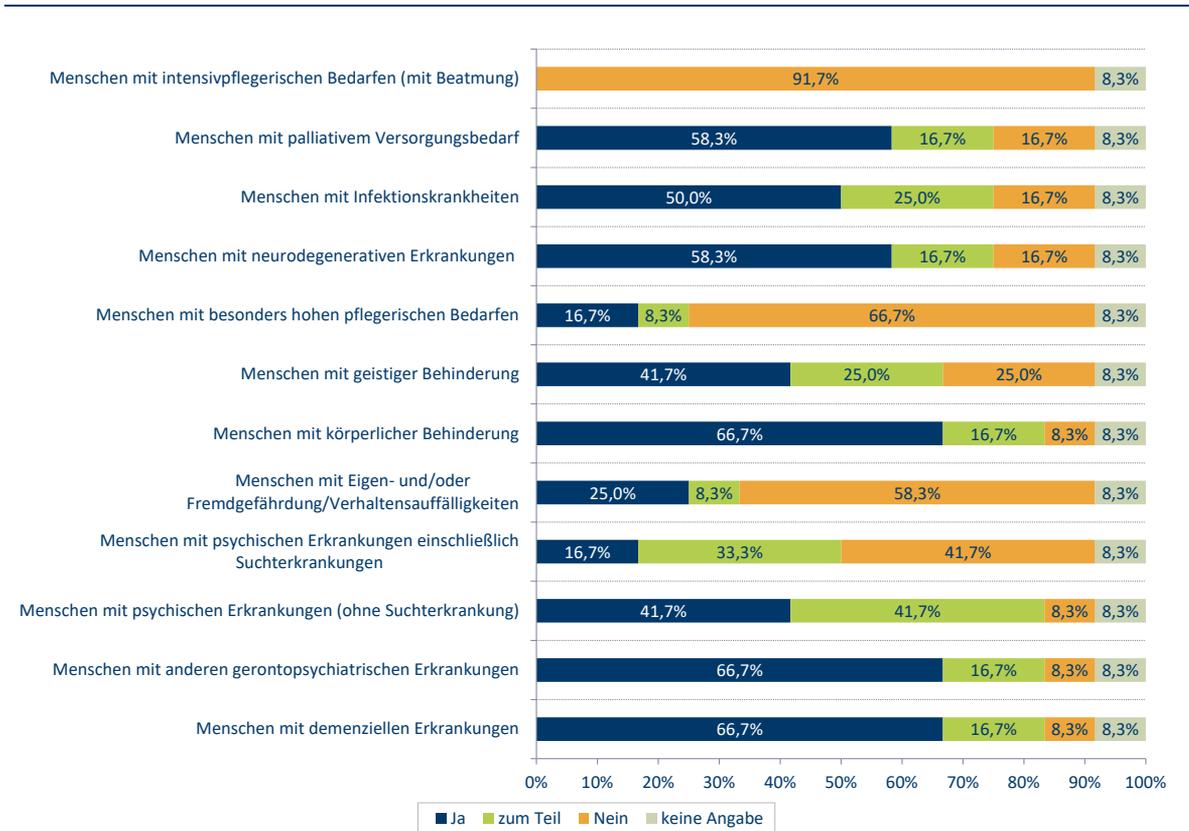
**Abbildung 18: Einschätzung der Erfüllung von Bedarfen spezifischer Zielgruppen durch das Pflegekonzept von Gästen der Kurzzeitpflege in Einrichtungen mit ganzjährig vorzuhaltenden Plätzen, n = 17, Angaben in %**



Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

Solitäre Einrichtungen beziehungsweise Einrichtungen mit solitären Kurzzeitpflegeplätzen/-bereichen (n = 12) schätzen ebenfalls ein, dass die Bedarfe von Menschen mit demenziellen Erkrankungen, mit anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen oder Menschen mit körperlicher Behinderung (jeweils 66,7 %) am ehesten durch das Versorgungs- beziehungsweise Pflegekonzept adressiert werden (Abbildung 19). Die Bedarfe von Menschen mit psychischen Erkrankungen einschließlich Suchterkrankungen oder Menschen mit besonders hohen pflegerischen Bedarfen (zum Beispiel Wachkoma) werden hingegen weniger durch das Konzept adressiert (jeweils 16,7 %). Keine der Einrichtungen gab an, dass durch das Pflegekonzept die Bedarfe von Menschen mit intensivpflegerischen Bedarfen (mit Beatmung) in der Kurzzeitpflege abgedeckt werden können.

**Abbildung 19: Einschätzung der Erfüllung von Bedarfen spezifischer Zielgruppen durch das Pflegekonzept von Gästen der Kurzzeitpflege in Einrichtungen mit solitären Plätzen, n = 12, Angaben in %**



Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

Darüber hinaus geben 66 % der Pflegeeinrichtungen (n = 163) an, über kein spezielles Versorgungs- und oder Pflegekonzept für Kurzzeitpflegegäste zu verfügen. Im Vergleich dazu schätzen die Einrichtungen (n = 152) in 56,6 % der Angaben ein, dass es generell nicht erforderlich ist, ein spezielles Konzept für die Versorgung von Kurzzeitpflegegästen zu etablieren.

Die teilnehmenden Einrichtungen geben mehrheitlich an, in ihrer Pflegeeinrichtung die Kurzzeitpflegeangebote für Zielgruppen mit spezifischen Versorgungsbedarfen zukünftig nicht auszuweiten (73,9 %; n = 102/138). Lediglich 6,5 % (n = 9) der befragten Einrichtungen planen ihr Angebot zielgruppenspezifisch zu erweitern.

## EXKURS: Kreispflegeplanungen

In der Analyse der Kreispflegepläne kristallisierten sich verschiedene zielgruppenspezifische Angebote und Bedarfe heraus, die im Folgenden kurz beschrieben werden.

### Kurzzeitpflege nach einem Krankenhausaufenthalt

Poststationär aufgenommene Kurzzeitpflegegäste haben in der Regel einen höheren medizinischen Behandlungsbedarf. Laut Angaben der Stadt- und Landkreise können die stationären Pflegeeinrichtungen die Bedarfe der Pflegebedürftigen nach Krankenhausbehandlungen und auch nach gesundheitlichen Krisen in der Häuslichkeit nicht immer abdecken, da entsprechende rehabilitative Angebote und Konzepte und/oder eine medizinische Ausstattung in den Einrichtungen fehlen (Landkreise Böblingen, Tübingen, Neckar-Odenwald-Kreis). Neben ausreichend qualifiziertem Personal und einer besseren Finanzierung bedarf es hierfür auch einer besseren Kooperation mit Haus- und Fachärztinnen beziehungsweise Haus- und Fachärzten sowie einer Optimierung des Entlassmanagements der Krankenhäuser. Ein jährliches Austauschtreffen zwischen Krankenhäusern, ambulanten sowie stationären Pflegeeinrichtungen und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten könnte hier zur Verbesserung der Abstimmung und Kooperation beitragen (Landkreis Schwäbisch Hall, Rhein-Neckar-Kreis). In mehreren Stadt- und Landkreisen bestehen verschiedene Lösungen, um diesen Problemen zu begegnen, diese sind in Kapitel 0 näher beschrieben.

Neben den spezifischen Bedarfen von Personen nach einem Krankenhausaufenthalt beziehungsweise häuslicher Krise und Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige wurden weitere Personengruppen mit spezifischen Versorgungsbedarfen in der Kurzzeitpflege in den Kreispflegeplanungen beschrieben:

- Personen mit demenziellen Erkrankungen (und Verhaltensauffälligkeiten) (Landkreise Calw, Rems-Murr-Kreis, Konstanz, Rhein-Neckar-Kreis, Alb-Donau-Kreis, Biberach, Stadtkreis Baden-Baden),
- Menschen mit erhöhten Pflege- und Betreuungsbedarfen (Landkreis Calw und Stadtkreis Freiburg im Breisgau) beziehungsweise schwerkranke Personen (Landkreis Lörrach),
- Personen mit palliativen Versorgungsbedarfen (Landkreise Biberach und Heidenheim) sowie
- pflegebedürftige Eltern (junge Pflege) und deren Kinder, die häufig im Alltag Pflegeaufgaben übernehmen müssen (Landkreis Esslingen) sowie
- insgesamt jüngere Menschen mit Pflegebedarf (Landkreis Göppingen).

Einzelne Kreise halten verschiedene Angebote für Menschen mit demenziellen Erkrankungen (Rems-Murr-Kreis) sowie für hochgradig gerontopsychiatrisch erkrankte Personen (überregionales Einzugsgebiet) vor (Landkreise Alb-Donau-Kreis und Biberach). Auch Menschen mit Behinderung sind eine weitere Zielgruppe. Verschiedene Einrichtungen der Eingliederungshilfe halten eingestreute Plätze für erwachsene Menschen mit Behinderung in Form einer Kurzzeit-Unterbringung beziehungsweise Kurzzeit-Wohnen vor (Ostalbkreis, Stadtkreise Heidelberg und Mannheim). Für Kinder und Jugendliche mit Behinderung bestehen eher wenige Angebote (Ostalbkreis, Stadtkreis Heidelberg).

#### 4.1.2 Angebotsstrukturen in den Stadt- und Landkreisen

Die strukturellen Angaben sowie Angebotsstrukturen (Dauer- und Kurzzeitpflege) für das Jahr 2017 und 2019 für alle 44 Stadt- und Landkreise auf Basis der Daten des Statistischen Landesamtes (StaLa) Baden-Württemberg sind dem ergänzenden Tabellenband zu entnehmen.

In diesem Tabellenband sind pro Stadt- und Landkreis eine Einschätzung der in der Region zur Verfügung stehenden Kapazitäten für die stationäre Kurzzeitpflege<sup>5</sup> sowie der ambulanten Verhinderungspflege beziehungsweise der sogenannten „Urlaubspflege“<sup>6</sup> (vorrangig erbracht durch ambulante Pflegedienste) als auch zu deren Nachfrage in den letzten fünf Jahren zu entnehmen. Diese Ergebnisse basieren auf der Online-Befragung der vollstationären Pflegeeinrichtungen und werden ausschließlich bei einer Fallzahl von mehr als 5 Pflegeeinrichtungen pro Kreis berichtet.

Zusammenfassend betrachtet besteht ein Bedarf der Ausweitung der Angebote in der Kurzzeitpflege – inhaltlich beziehungsweise konzeptionell als auch in der Anzahl der Plätze im gesamten Bundesland Baden-Württemberg.

### EXKURS: Kreispflegeplanungen Angebot und Nachfrage

Aus der Analyse der vorhandenen Kreispflegeplanungen geht hervor, dass - wie auch die Daten belegen - überwiegend eingestreute, das heißt flexibel nutzbare Kurzzeitpflegeplätze in den Kreisen angeboten werden, in einigen Kreisen sogar ausschließlich. Weiterhin wird in mehreren Kreisen von einer zunehmenden Veränderung der originären Inanspruchnahme „... der Kurzzeitpflege als Angebot bei Verhinderung der pflegenden Angehörigen ...“ (als Kernkompetenz der Pflegeheime) hin zu einer zunehmenden Inanspruchnahme als Überbrückungspflege nach frühzeitiger Entlassung aus dem Krankenhaus berichtet. Beispielhaft belegen die Vermittlungszahlen der Sozialdienste der Kliniken im Landkreis Böblingen diesen Trend: Zwischen 2009 und 2017 wurde ein Anstieg von + 343 % in der Vermittlung von Personen in die Kurzzeitpflege verzeichnet (Landratsamt Böblingen, 2018, 58 f.). Auch im Landkreis Konstanz wechseln in etwa ein Drittel der Nutzerinnen und Nutzer direkt aus dem Krankenhaus in die Kurzzeitpflege (Landratsamt Konstanz, 2013, S. 131).

Neben eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen ist das Angebot an ganzjährig vorzuhaltenden und/oder solitären Kurzzeitpflegeplätzen vergleichsweise gering. Laut der zusammenfassenden Analyse der vorliegenden Kreispflegeplanungen ist die Nachfrage nach diesen Plätzen hoch. Anfragen bei akuten Bedarfen, insbesondere Kurzzeitpflegeangebote nach einem Krankenhausaufenthalt (unter anderem in den Landkreisen Göppingen, Esslingen, Heidenheim, Karlsruhe, Konstanz, Biberach, Tübingen, Lörrach, Schwarzwald-Baar-Kreis, Stadtkreis Baden-Baden und Pforzheim) oder zur Entlastung pflegender Angehörige können häufig nicht berücksichtigt werden (unter anderem Landkreise Karlsruhe, Rhein-Neckar-Kreis, Esslingen, Heidenheim). Die Nachfrage hat, laut Aussage einiger Kreispflegeplanungen, in den vergangenen Jahren zugenommen und Bedarfe übersteigen das Angebot (unter anderem in den Landkreisen Baden-Baden, Esslingen, Göppingen, Rhein-Neckar-Kreis, Konstanz, Zollernalbkreis, Stadtkreis Ulm). Insgesamt werden die Kapazitäten als nicht ausreichend bewertet, sodass auch die wohnortnahe Versorgung schwerer realisierbar wird (Neckar-Odenwald-Kreis und Landkreis Tübingen). Die Beratungsstellen berichten zudem, dass trotz intensiver Unterstützung von Personen, die auf der Suche nach freien Kapazitäten in der Kurzzeitpflege waren, zum Teil keine Plätze vermittelt werden konnten (Stadtkreis Freiburg im Breisgau) oder sich die Suche nach (kurzfristig) verfügbaren Kurzzeitpflegeplätzen für Angehörige

<sup>5</sup> Stationäre Kurzzeitpflege nach einem Krankenhausaufenthalt oder einer häuslichen Krisensituation gemäß § 42 SGB XI, für Personen nach § 39c SGB V sowie Verhinderungspflege beziehungsweise sogenannte „Urlaubspflege“ gemäß § 39 SGB XI aufgrund der Verhinderung der Pflegeperson.

<sup>6</sup> Ambulante Verhinderungspflege gemäß § 39 SGB XI aufgrund der Verhinderung der Pflegeperson.

von zu Hause versorgten Personen schwierig gestalten beziehungsweise teils nur unter erheblichen Zeitaufwänden gelinge (Landkreise Karlsruhe, Tübingen, Heilbronn). In einigen Landkreisen müssten Pflegebedürftige dadurch beispielsweise regelmäßig in benachbarte Kreise vermittelt werden (Landkreise Emmendingen, Schwäbisch Hall, Neckar-Odenwald-Kreis, Ostalbkreis).

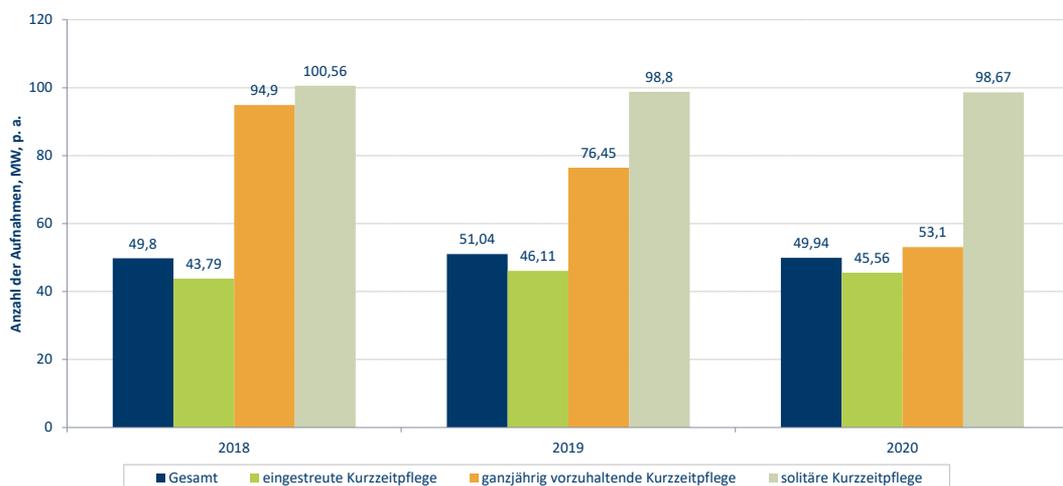
Insgesamt kann aus den Kreispflegeplanungen der Stadt- und Landkreise geschlossen werden, dass der Bedarf des Ausbaus von ganzjährig vorzuhaltenden und/oder solitären Kurzzeitpflegeplätzen besteht.

## 4.2 Inanspruchnahme und Auslastung von Kurzzeitpflegeplätzen

Im Zeitraum 2018 bis 2020 hat sich die berichtete Anzahl der Aufnahmen von Kurzzeitpflegegästen der befragten stationären Pflegeeinrichtungen im Mittel kaum verändert (Abbildung 20). Bei der differenzierten Betrachtung der unterschiedlichen Angebotsformen der Kurzzeitpflege ist festzustellen, dass in den Jahren 2018 bis 2020 die Anzahl der Aufnahmen im Mittel in Einrichtungen mit:

- eingestreuten Plätzen leicht zugenommen hat (+ 4,0 %),
- ganzjährig vorzuhaltenden Plätzen um - 44,0 % abnahm und
- solitären Plätzen relativ konstant war (- 1,9 %).

**Abbildung 20: Entwicklung der Anzahl der Aufnahmen pro Einrichtung 2018-2020, nach Art des Kurzzeitpflegeangebotes, Angabe der Mittelwerte per annum**



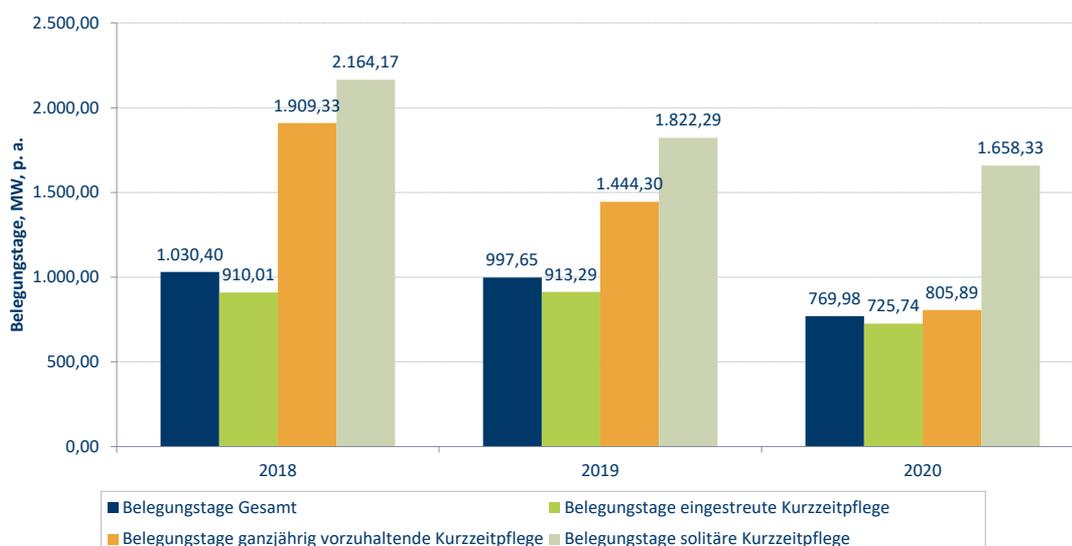
Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021  
 Anmerkung: MW: Mittelwert; p. a.: per annum

Diese Trends in den Jahren 2018 bis 2020 decken sich teilweise mit den Entwicklungen der Anzahl der Belegungstage (Abbildung 21). Vergleichend betrachtet zeigte sich in der Anzahl der Belegungstage ein Rückgang von:

- - 20,3 % bei eingestreuten Plätzen,

- - 57,8 % bei ganzjährig vorzuhaltenden Plätzen und
- - 23,4 % bei solitären Plätzen.

**Abbildung 21: Entwicklung der Anzahl der Belegungstage pro Einrichtung 2018 – 2020, nach Art des Kurzzeitpflegeangebotes, Angabe der Mittelwerte per annum**



Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021  
Anmerkung: MW: Mittelwert; p. a.: per annum

In der vergleichenden Betrachtung lässt sich feststellen, dass sich trotz nahezu gleichbleibender Anzahl der Aufnahmen in der solitären Kurzzeitpflege die Belegungstage um - 23,4% reduziert haben. Ähnliche Beobachtungen können in Einrichtungen mit eingestreuten Plätzen vorgenommen werden. Dort zeigen die Analysen eine Veränderung der Anzahl der Belegungstage von -20,3 %. Die Abnahme der Belegungstage in den Jahren 2018 bis 2020 um -57,8 % in Einrichtungen mit ganzjährig vorzuhaltenden Plätzen lassen sich zum Teil mit dem Rückgang der Anzahl der Aufnahmen um - 44,0 % erklären. Die sich daraus ergebende Senkung der durchschnittlichen Verweildauer der Kurzzeitpflegegäste könnte unter anderem auf die Steigerung der Kosten zurückzuführen sein, so dass die Versicherten mit dem Kurzzeitpflegebudget 2020 vergleichsweise weniger Tage als im Jahr 2018 finanzieren konnten.

In der Analyse der Daten der Versichertenbefragung zeigte sich, dass 78,6 % (n = 695) der Befragten in den letzten 12 Monaten vor Teilnahme an der Befragung nicht nach einem Kurzzeitpflegeplatz gesucht haben. Nur 5,9 % (n = 52) gaben an, nach einem Platz gesucht zu haben und weitere 15,5 % (n = 137) nahmen ein Kurzzeitpflegeangebot nach erfolgreicher Suche auch in Anspruch (Mehrfachnennung möglich). Ergänzend wurden diejenigen, welchen einen Platz gesucht beziehungsweise in Anspruch genommen hatten gefragt, ob die Suche nach dem Platz selbst beziehungsweise durch Angehörige oder durch andere Akteure (zum Beispiel Sozialdienst des Krankenhauses, Pflegeberaterinnen und Pflegeberater) erfolgte. Insgesamt 74,1 % suchten demnach selbst oder mit Hilfe der Angehörigen nach einem Kurzzeitpflegeplatz. In der Betrachtung des Anlasses der Suche (unter anderem Urlaub beziehungsweise zur Entlastung oder bei einem

plötzlichen Ausfall der Pflegeperson; akute gesundheitliche Verschlechterung oder im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung der pflegebedürftigen Person) konnten keine Unterschiede hinsichtlich der Suche identifiziert werden.

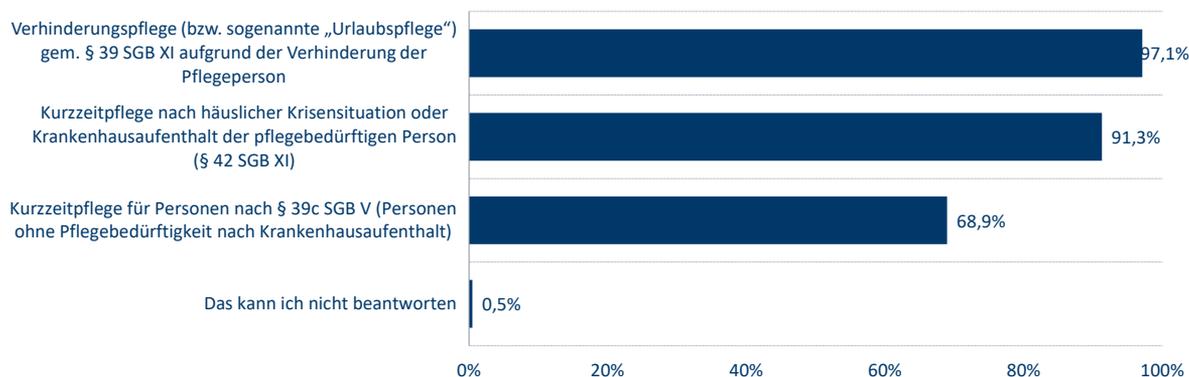
Im Rahmen der Versichertenbefragung wurden zudem die Aufwände zur Organisation eines Kurzzeitpflegeplatzes (n = 119) erhoben. Mehr als die Hälfte gab an, die Platzsuche/Organisation als eher schwierig oder sehr schwierig empfunden zu haben (55,5 %, n = 66), 18,5 % (n = 22) als teils/teils und nur 26 % (n = 31) empfanden diese als einfach oder sehr einfach. Differenziert nach Anlass für die Kurzzeitpflege zeigte sich für diejenigen, die Kurzzeitpflege wegen eines Urlaubs oder plötzlichen Ausfalls der Pflegeperson benötigten, kaum Unterschiede in der Einschätzung. Anders jedoch, wenn Kurzzeitpflege wegen einer akuten gesundheitlichen Verschlechterung der pflegebedürftigen Person oder im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung benötigt wurde. Hier stieg der Anteil derjenigen, die die Suche/Organisation als eher schwierig oder sehr schwierig einschätzten auf 61 % (n = 31). Wenn die Kurzzeitpflege im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung stattfand, gaben insgesamt 73 % der Befragten an, dass es eher schwierig bis sehr schwierig gewesen sei einen Platz zu suchen/organisieren. Dementsprechend gaben 18,1 % der Befragten an, sich mehr Unterstützung bei der Platzsuche zu wünschen. Demnach scheinen Potentiale in der Unterstützung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen bei der Organisation eines Kurzzeitpflegeplatzes zu bestehen, vor allem wenn Kurzzeitpflege wegen einer akuten gesundheitlichen Verschlechterung der pflegebedürftigen Person oder im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung benötigt wird.

Darüber hinaus geben die Befragten hinsichtlich der Verbesserungspotentiale an, dass insbesondere mehr Informationen benötigt würden zu:

- Einrichtungen mit freien Kurzzeitpflegeplätzen (26,3 %, n = 84),
- Einrichtungen welche Kurzzeitpflege anbieten (21,6 %, n = 69) sowie
- Kostenübernahme der Kassen oder anderer Kostenträger (18,4 %, n = 59).

Aus diesen Gründen, ist es erneut von Relevanz die Angebotsstrukturen näher in den Blick zu nehmen. Abbildung 22 stellt die von den befragten stationären Pflegeeinrichtungen angebotenen Formen der Kurzzeitpflege dar (n = 206, Mehrfachnennung). Fast alle Einrichtungen (97,1 %) bieten Verhinderungspflege (beziehungsweise sogenannte „Urlaubspflege“) gemäß § 39 SGB XI an, gefolgt von Kurzzeitpflege nach häuslicher Krisensituation oder Krankenhausaufenthalt gemäß § 42 SGB XI (91,3 %). Kurzzeitpflegegäste ohne Pflegebedürftigkeit nach Krankenhausaufenthalt gemäß § 39c SGB V werden dagegen nur von 68,9 % der Einrichtungen aufgenommen.

**Abbildung 22: Von den befragten Einrichtungen angebotene Formen der Kurzzeitpflege, n = 206, Angaben in % (Mehrfachnennung)**



Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

Die Analyse der Versichertenbefragung zeigt vielfältige Gründe für die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege (n = 229 Nennungen, Mehrfachantworten möglich). Diese sind hauptsächlich:

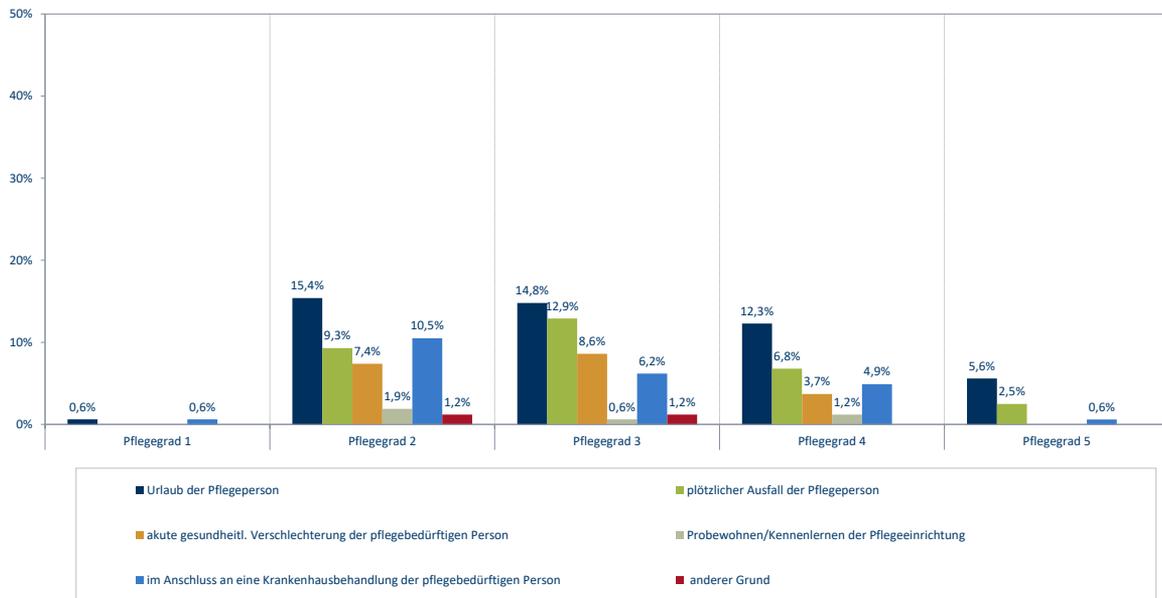
- Entlastung/Urlaub der Pflegeperson (36,7 %, n = 84),
- der plötzliche Ausfall der Pflegeperson (22,7 %, n = 52),
- Anschluss an eine Krankenhausbehandlung der pflegebedürftigen Person (17,9 %, n = 41) und
- eine akute gesundheitliche Verschlechterung der pflegebedürftigen Person (16,2 %, n = 37).

Weniger häufig wurde der Grund des Probewohnens beziehungsweise Kennenlernens einer vollstationären Pflegeeinrichtung (3,1 %, n = 7) genannt.

In differenzierter Betrachtung der Anlässe der Kurzzeitpflege und der Altersgruppen<sup>7</sup> zeigte sich, dass mit 70,5 % der Angaben der Urlaub beziehungsweise die Entlastung der Pflegeperson von Pflegebedürftigen von 18 bis 89 Jahren der häufigste Grund für einen Kurzzeitpflegeaufenthalt war (Daten nicht dargestellt). Bei jeweils jedem vierten Kurzzeitpflegegast der Altersgruppen der 75 bis 84-Jährigen (29,3 %) und 85 bis 89-Jährigen (26,3 %) war der Anlass eine poststationäre Versorgung in der Kurzzeitpflege. In der Gruppe der Hochaltrigen (90 Jahre und älter) lag dieser Anteil sogar bei 45,0 %. Der folgenden Abbildung 23 ist die Verteilung der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege nach Pflegegrad der Befragten zu entnehmen. Dabei zeigte sich, dass der Urlaub der Pflegeperson beziehungsweise deren Entlastung bei den Pflegegraden 2 bis 5 der häufigste Grund der Inanspruchnahme war.

<sup>7</sup> Für die Altersgruppe 0 – 17 Jahre lagen keine Angaben zur Inanspruchnahme oder Suche eines Kurzzeitpflegeplatzes vor.

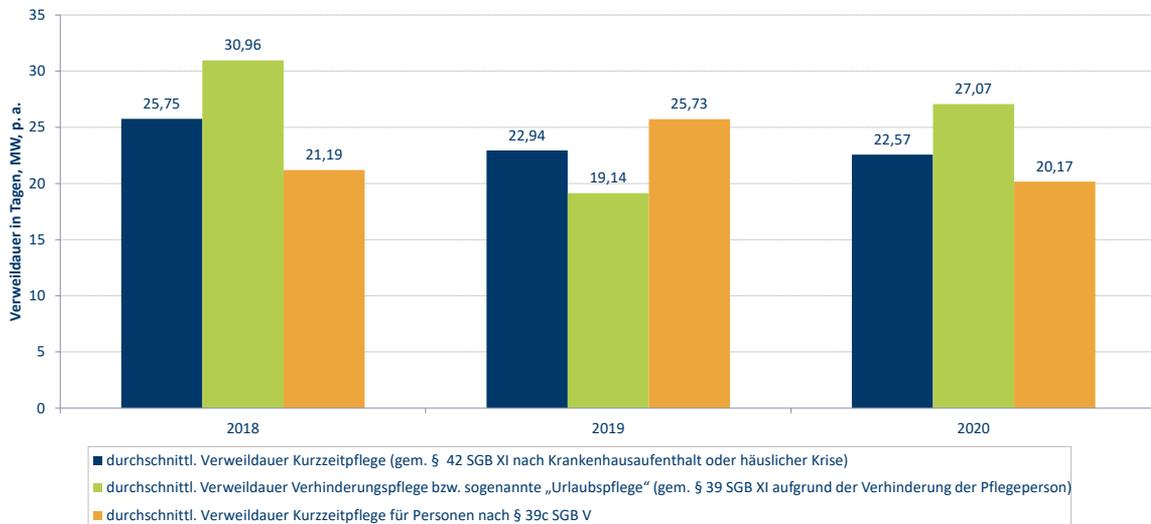
**Abbildung 23: Anlass der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege, Verteilung nach Pflegegraden, n = 162, Angaben in %**



Quelle: IGES, Versichertenbefragung 2022

Die Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen zeigte, dass je nach Aufnahmeanlass die durchschnittlichen Verweildauern der Kurzzeitpflegegäste variieren. Die Entwicklung in den Jahren 2018 - 2020 ist in der folgenden Abbildung 24 dargestellt. Die Verweildauer in der Verhinderungs-/Urlaubspflege war in den Jahren 2018 mit durchschnittlich 31 Tagen und 2020 mit durchschnittlich 27 Tagen im Vergleich zu Kurzzeitpflegegästen, die die Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI und § 39c SGB V in Anspruch genommen haben, höher. Hingegen wurde im Jahr 2019 mit durchschnittlich 25,73 Tagen die längste Verweildauer für Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V angegeben. Insgesamt ist ein Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer in allen Kategorien der Aufnahmeanlässe von 2018 zu 2020 zu beobachten.

**Abbildung 24: Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer 2018 – 2020, nach Aufnahmeanlass, Angabe MW in Tagen, per annum**



Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021  
 Anmerkung: MW: Mittelwert; p. a.: per annum

In der Analyse des detaillierten Leistungsgeschehens einzelner Pflegeeinrichtungen fiel die durchschnittliche Verweildauer der Kurzzeitpflegegäste in den beiden Erfassungszeiträumen unterschiedlich aus. Sie war im Frühjahr (Februar/März 2021) im Vergleich zur Erfassungsphase im September – Dezember 2021 höher. Die Verweildauer der Gäste des ersten Erfassungszeitraums lag bei durchschnittlich 17,4 Tagen (Minimum: 7 Tage, Maximum: 36 Tage) und damit deutlich niedriger im Vergleich zu den Angaben der Online-Befragung. Im zweiten Zeitraum lag die durchschnittliche Verweildauer der Gäste bei 25,6 Tagen (Minimum: 6, Maximum: 65) und damit höher als im ersten Zeitraum und vergleichbar mit den Angaben aus der Online-Befragung.

Die Analyse der Angaben der Versichertenbefragung zeigte, dass im Mittel die Personen 26,42 Tage in der Kurzzeitpflegeeinrichtung (Minimum: 2 Tage, Maximum: 171 Tage, Standardabweichung (SD): 20,30) waren. Allerdings ist anzumerken, dass die Angaben der Befragten zum Teil nicht plausibel waren. Hinsichtlich des Anlasses der Kurzzeitpflege wurden, im Vergleich zu den Angaben der Online-Befragung, in der Analyse der Daten der Leistungserfassung nur geringfügige Unterschiede in den Verweildauern (Mittelwerte der Tage) beobachtet. Demnach waren die Personen aufgrund

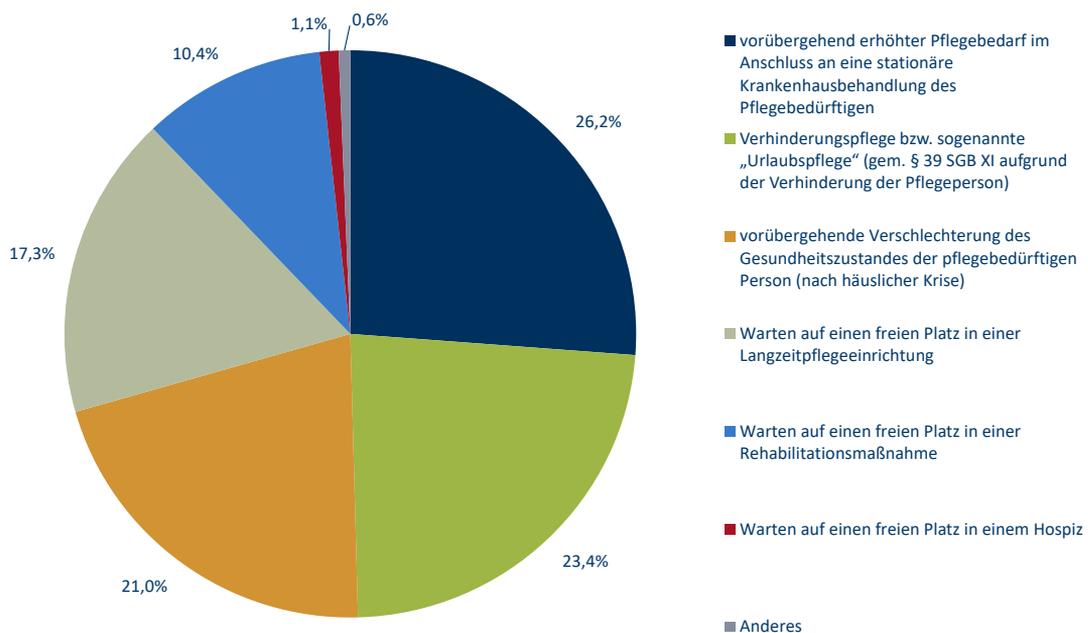
- eines Krankenhausaufenthaltes beziehungsweise akuter gesundheitlicher Verschlechterung im Mittel 26,96 Tage (Minimum: 2, Maximum: 171, SD: 24,79) und
- der Verhinderung der Pflegeperson im Mittel 25,34 Tage (Minimum: 4, Maximum: 80, SD: 14,91)

in der Kurzzeitpflege.

Die Pflegeeinrichtungen wurden darüber hinaus in der Online-Befragung nach den spezifischen Gründen für die Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege befragt (Abbildung 25). Die am häufigsten genannten Gründe waren:

- vorübergehend erhöhter poststationärer Pflegebedarf (26,2 %),
- Verhinderungs-/Urlaubspflege (23,4 %),
- vorübergehende Verschlechterung des Gesundheitszustandes nach häuslicher Krise (21,0 %),
- Warten auf einen Langzeitpflegeplatz (17,3 %) sowie
- Warten auf einen freien Platz in einer Rehabilitationseinrichtung (10,4 %).

**Abbildung 25: Gründe für einen Aufenthalt in der Kurzzeitpflege, n = 154, Mehrfachnennung**



Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

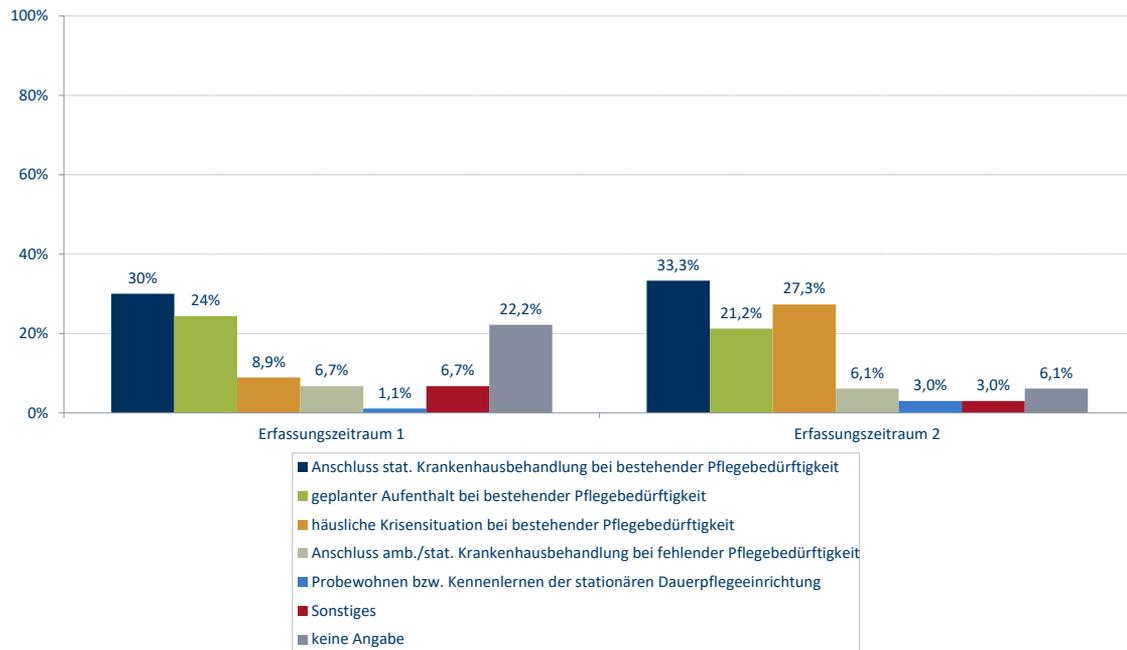
Ein ähnliches Ergebnis ließ sich bei der detaillierten Erfassung des Versorgungs- und Leistungsgeschehens in ausgewählten Pflegeeinrichtungen mit Kurzzeitpflegeangebot zeigen. Zusammenfassend waren die drei häufigsten Aufnahmeanlässe (Abbildung 26):

- Kurzzeitpflege nach Krankenhausbehandlung bei bestehender Pflegebedürftigkeit (§ 42 SGB XI) (n = 38/102),
- geplanter Aufenthalt (Verhinderungs-/Urlaubspflege § 39 SGB XI) (n = 30/102) sowie
- häusliche Krise bei bestehender Pflegebedürftigkeit (§ 42 SGB XI) (n = 17/102).

Kurzzeitpflege aufgrund von § 39c SGB V, Probewohnen/Kennenlernen der Einrichtung sowie sonstige Aufnahmegründe (unter anderem Kurzzeitpflege im Anschluss an einen Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik) wurden seltener genannt.

Im Vergleich wurde in der Befragung der Nutzerinnen und Nutzer auch hier zum Teil ein anderes Bild deutlich – der häufigste Grund für die Inanspruchnahme war zur Entlastung beziehungsweise aufgrund von Urlaub der Pflegeperson (36,7 %, n = 84). Allerdings war das Probewohnen ebenfalls der seltenste genannte Grund.

**Abbildung 26: Aufnahmeanlässe in beiden Erfassungszeiträumen, n = 102, Angaben in %**

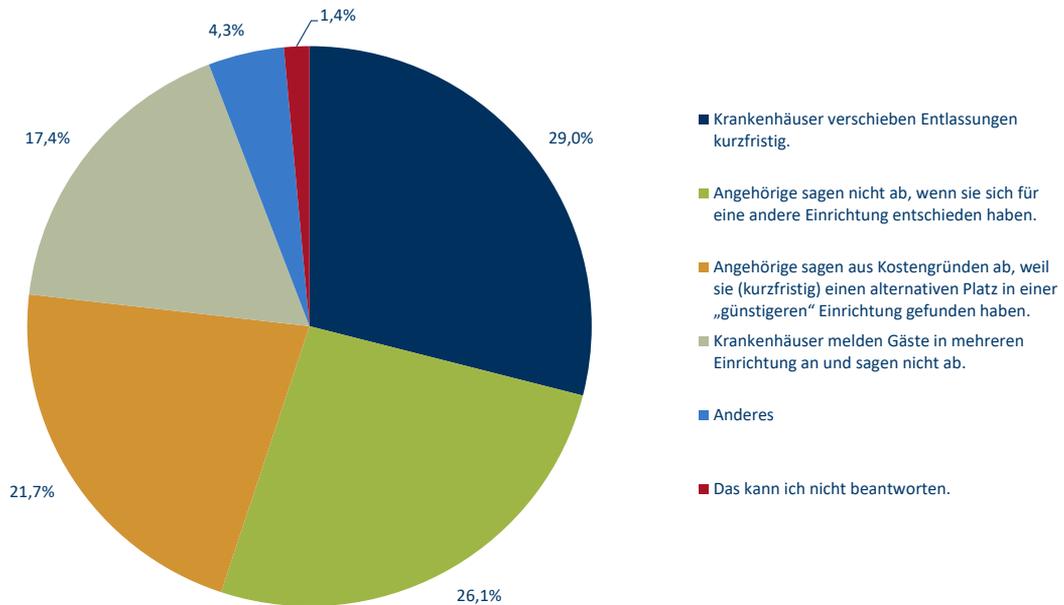


Quelle: IGES, Erfassung des Versorgungs- und Leistungsgeschehens 2021 (t1) und 2022 (t2)

Stationäre Pflegeeinrichtungen berichten, dass es immer wieder zu kurzfristigen Absagen der geplanten Kurzzeitpflegeaufenthalte kommt, was wiederum zu Lasten der Einrichtungen fällt (unter anderem aufgrund resultierender Leerstandstage und schon geleisteten Verwaltungsaufwänden). Aus diesem Grund wurden die Pflegeeinrichtungen zu den Gründen für Absagen der Kurzzeitpflegeaufenthalte befragt (Abbildung 27). Die am häufigsten genannten Gründe waren:

- kurzfristige Verschiebung der Entlassung aus der Akutversorgung (29,0 %),
- Entscheidung der Angehörigen für eine andere Kurzzeitpflegeeinrichtung ohne Absage (26,1 %),
- Entscheidung der Angehörigen aus Kostengründen für eine andere Kurzzeitpflegeeinrichtung (21,7 %).

**Abbildung 27: Gründe für Absagen des Aufenthalts in der Kurzzeitpflege, n = 25, Mehrfachnennung**



Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

Auch in der detaillierten Erfassung des Versorgungs- und Leistungsgeschehens in einzelnen Pflegeeinrichtungen wurden dazu Daten erhoben. Über den Zeitraum wiesen solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit n = 35 Gästen (79,9 %) die meisten Aufnahmen, mit 171 (57,4 %) die meisten Anfragen und mit 85 (52,8 %) die meisten Ablehnungen auf. Einrichtungen mit eingestreuten und vorzuhaltenden Plätzen machen mit 21 Plätzen 26,2 % an der Gesamtplatzzahl aus.

Abbildung 13 zeigt die Anzahl der Aufnahmen, Anfragen und Ablehnungen während der Erfassungszeiträume der Leistungserfassung.

Die Befragten der Versichertenbefragung gaben in 20,3 % der Fälle an, dass die Kurzzeitpflege nicht realisiert werden konnte. Fand die Kurzzeitpflege wegen einer akuten gesundheitlichen Verschlechterung oder im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung der pflegebedürftigen Person statt, erhöhte sich der Anteil derjenigen, die angaben, dass die Kurzzeitpflege realisiert werden konnte (Daten nicht dargestellt).

**Tabelle 13: Anzahl der Aufnahmen, Anfragen und Ablehnungen in der Kurzzeitpflege, nach Art der Kurzzeitpflegeeinrichtung, Angabe in absoluten Häufigkeiten**

|  | Anzahl Aufnahmen | Anzahl Anfragen nach freien Kurzzeitpflegeplätzen | Anzahl Ablehnungen |
|--|------------------|---|--------------------|
| <b>Erfassungszeitraum 1</b>                                    |                  |   |                    |
| Pflegeeinrichtung mit solitären Plätzen                        | 35               | 171   | 85                 |
| Pflegeeinrichtung mit eingestreuten und vorzuhaltenden Plätzen | 5                | 77  | 41                 |
| Pflegeeinrichtung mit ausschließlich eingestreuten Plätzen     | 6                | 50  | 38                 |
| <b>Gesamt</b>  | <b>46</b>        | <b>298</b>  | <b>164</b>         |
| <b>Erfassungszeitraum 2</b>                                    |                  |   |                    |
| Pflegeeinrichtung mit solitären Plätzen                        | 9                | 45  | 28                 |
| Pflegeeinrichtung mit eingestreuten und vorzuhaltenden Plätzen | 3                | 81  | 78                 |
| Pflegeeinrichtung mit ausschließlich eingestreuten Plätzen     | 3                | 27  | 75                 |
| <b>Gesamt</b>  | <b>17</b>        | <b>153</b>  | <b>131</b>         |

Quelle: IGES, Erfassung des Versorgungs- und Leistungsgeschehens 2021 (t1) und 2022 (t2)

Hinsichtlich der geplanten aber nicht realisierten Aufenthalte wurden folgende Gründe angegeben (Mehrfachnennungen möglich):

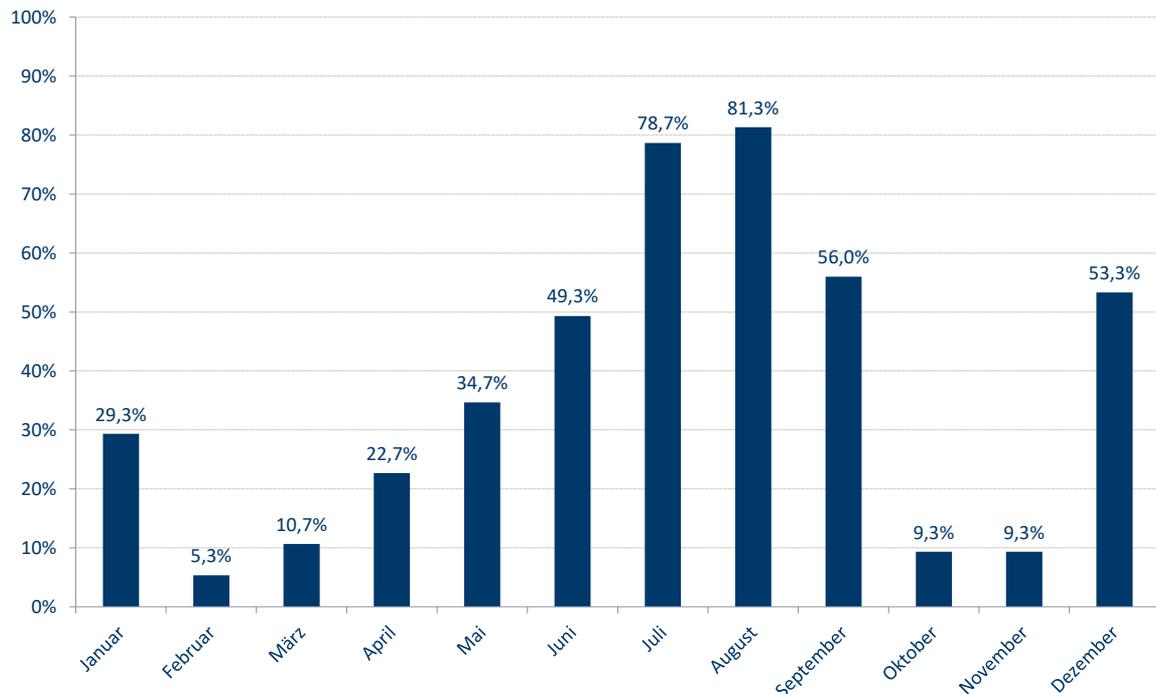
- Mehrfachanmeldungen in verschiedenen Kurzzeitpflegeeinrichtungen (83 %),
- fehlende Absage durch den Gast beziehungsweise Angehörige (50 %) sowie
- fehlende Absage durch das Krankenhaus (25 %).

Die dadurch entstandenen Zeitaufwände für die Einrichtungen variierten zwischen 15-30 Minuten und mehr als 91 Minuten in 41,7 % der Fälle (n = 5). Selten wurden Aufenthalte kurzfristig (weniger als zwei Tage im Voraus) verschoben: In der ersten Erfassung gab es keine Angaben dazu, in der zweiten Erfassung kam dies zweimal vor. Daraus resultierte jeweils ein Leerstandstag.

Die Analysen der Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen zeigen, dass in den vergangenen Jahren (2018-2020) das Aufnahmegeschehen, die Belegungstage beziehungsweise die Verweildauer als auch die Inanspruchnahme des Kurzzeitpflegangebotes dynamisch verliefen. Zudem kommt es typischerweise zu jahreszeitlichen Schwankungen in der Nachfrage beziehungsweise Auslastung der Kurzzeitpflege, wie in Abbildung 28 dargestellt. Die Nachfrage nach Kurzzeitpflegeplätzen ist über den Jahreswechsel (Dezember und Januar) und in der

Sommer- beziehungsweise Urlaubszeit (Juni-September) deutlich höher als in den anderen Monaten.

**Abbildung 28: Nachfrage nach Kurzzeitpflege im Jahresverlauf, n = 75, Häufigkeit der Nennung „hohe Nachfrage“ pro Monat, Angabe in %**



Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

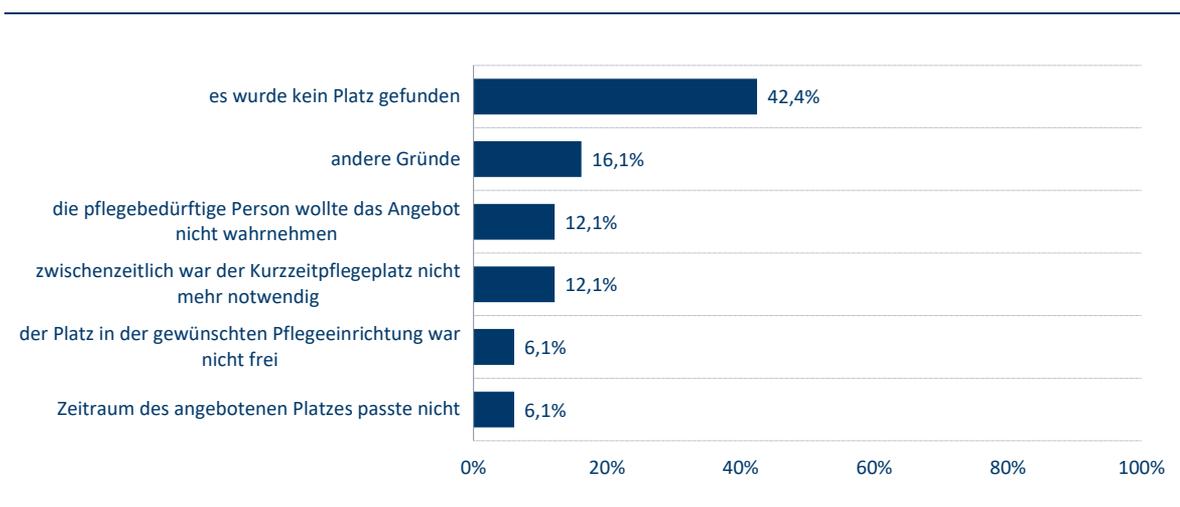
Von besonderem Interesse war es, bei den Versicherten zu erheben, warum bislang keine Kurzzeitpflege in Anspruch genommen wurde. Insgesamt machten 666 Personen Angaben zu Gründen, warum sie bisher keine Kurzzeitpflege beansprucht haben (ohne Beschränkung auf die letzten 12 Monate als Bezugszeitraum). Hauptgrund war, dass kein Bedarf vorhanden war (74,8 %, n = 527), gefolgt von n = 54 Personen (7,7 %), welche keine Kenntnis über das Angebot hatten. Weitere n = 124 Befragte gaben in einem Freitextfeld die folgenden Gründe an (sortiert nach Häufigkeit der Nennungen):

- die benötigte Pflege wurde anderweitig sichergestellt (zum Beispiel mit Unterstützung durch Angehörige),
- die Versorgung in einer Pflegeeinrichtung war nicht gewünscht,
- die Kurzzeitpflege wurde aufgrund organisatorischer Schwierigkeiten nicht in Anspruch genommen (hauptsächlich keine verfügbaren Plätze, Schwierigkeiten wegen der Corona-Pandemie),
- schlechte Erfahrungen mit der Kurzzeitpflege (entweder selbst gemacht oder berichtet bekommen),
- Bedenken zur Versorgungsqualität,
- Bedenken hinsichtlich der Verschlechterung einer demenziellen Erkrankung sowie

- die Kurzzeitpflege war zu kostenintensiv.

Insgesamt n = 26 Befragte gaben an, einen Kurzzeitpflegeplatz gesucht, aber letztendlich nicht in Anspruch genommen zu haben. Die Gründe dafür sind der folgenden Abbildung 29 zu entnehmen. Als Gründe dafür (Mehrfachnennungen möglich) gaben die Befragten hauptsächlich an, dass sie keinen Platz gefunden haben (42,4 %), zwischenzeitlich kein Platz mehr nötig war (12,1 %) oder die pflegebedürftige Person die Kurzzeitpflege nicht mehr in Anspruch nehmen wollte (12,1 %). Weitere 16,1 % der Nennungen waren „andere Gründe“, darunter beispielsweise, dass die Pflege privat anderweitig organisiert werden konnte oder durch die Angehörigen selbst erbracht wurde.

**Abbildung 29: Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege, n = 26, Angaben in %, Mehrfachnennungen möglich**

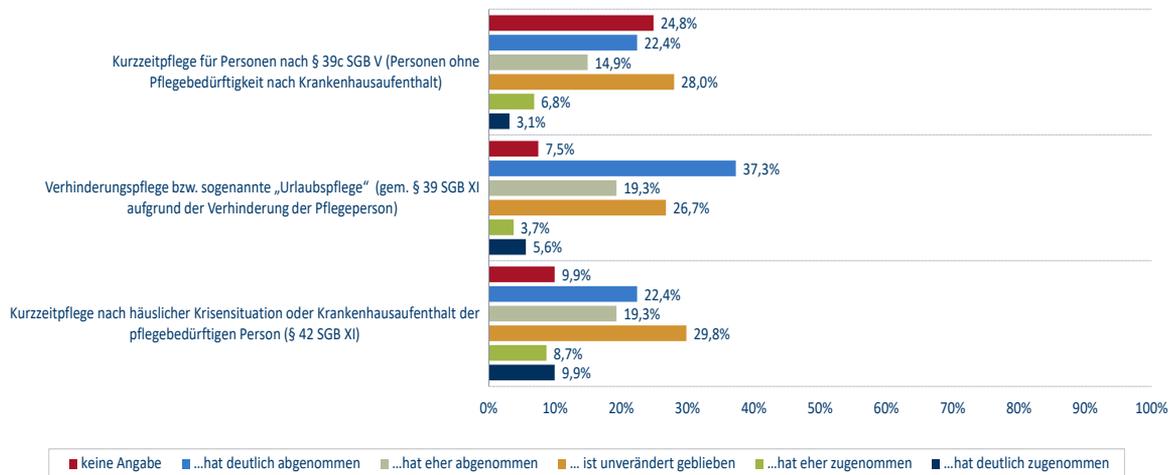


Quelle: IGES, Versichertenbefragung 2022

### Einfluss der Corona-Pandemie auf die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege

Aufgrund der Pandemiesituation wird das Aufnahme- und Auslastungsgeschehen in der Kurzzeitpflege seit 2020 zusätzlich beeinflusst. Die folgende Abbildung 30 zeigt die von den befragten Pflegeeinrichtungen eingeschätzten Veränderungen der Anzahl der Aufnahmen infolge der Pandemie. Demnach hat vor allem die Verhinderungs-/Urlaubspflege deutlich abgenommen – angesichts zahlreicher Reisebeschränkungen, zunächst noch niedriger Impfquoten und teilweiser Aufnahmestopps in Heimen eine erwartbare Entwicklung. Aber auch die Kurzzeitpflege nach Krankenhaus/Krise hat sich nach Angaben von knapp einem Viertel der Einrichtungen deutlich verringert. Dies könnte sowohl mit Sorge vor Ansteckung verbunden als auch auf die infolge von Homeoffice teilweise besseren Möglichkeiten der häuslichen Versorgung von Angehörigen zurückzuführen sein.

**Abbildung 30: Entwicklung der Anzahl der Aufnahmen durch die Corona-Pandemie, n = 161, Angaben in %**



Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

## 4.3 Versorgungs- und Leistungsgeschehen in der stationären Kurzzeitpflege

Ergänzend zu den zur Verfügung stehenden und analysierten Sekundärdaten wurden zur tiefergehenden Charakterisierung des Versorgungs- und Leistungsgeschehens:

- im Rahmen der umfassenden Online-Befragung stationärer Pflegeeinrichtungen (mit und ohne Kurzzeitpflegeangebot),
- zu zwei verschiedenen Zeitpunkten (Zeitraum mit höherer als auch niedrigerer Nachfrage in den Einrichtungen) jeweils zweiwöchige Datenerhebungen in ausgewählten stationären Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie
- mittels einer Versichertenbefragung

Daten erfasst. Das methodische Vorgehen ist im Anhang A1 beschrieben.

### 4.3.1 Versorgungsbedarfe von Kurzzeitpflegegästen

Die Analyse der empirischen Daten zeigt, dass die Kurzzeitpflege eine besondere pflegerische Versorgungsform darstellt, die sich stark von der Langzeitpflege unterscheidet. Unabhängig des Anlasses der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege bestehen, wie in der Dauerpflege, Versorgungsbedarfe über den gesamten Versorgungsprozess: bei der Aufnahme beziehungsweise Übernahme, während des Aufenthaltes und zur Entlassung. Oftmals ist bei Aufnahme die Folgeversorgung des Kurzzeitpflegegastes noch nicht geklärt, sodass vergleichsweise höhere Aufwände in den Kurzzeitpflegeeinrichtungen entstehen. Bei Kurzzeitpflegegästen, welche aus gesundheitlichen Krisensituationen oder im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt

Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen, haben im Vergleich zu anderen Pflegebedürftigen im Pflegeheim darüber hinaus einen wesentlich höheren medizinischen und therapeutischen Behandlungsbedarf.

Die folgende Abbildung 31 zeigt die eingeschätzten Bedarfe von Gästen in der poststationären Kurzzeitpflege. Die befragten stationären Pflegeeinrichtungen geben an, dass:

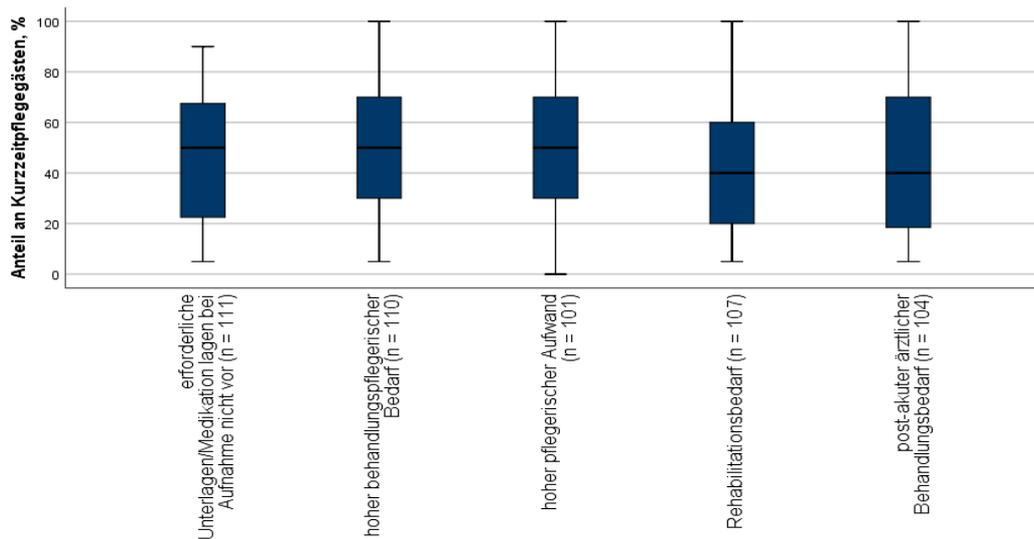
- in 50 % der Fälle die erforderlichen Unterlagen zur Aufnahme nicht vorliegen (erste Box in der Abbildung),
- in ebenfalls jeweils 50 % der Fälle ein hoher pflegerischer und behandlungspflegerischer Aufwand (Box zwei und drei in der Abbildung) und
- in jeweils 40 % der Fälle ein postakuter ärztlicher Behandlungsbedarf und/oder Rehabilitationsbedarf (Box vier und fünf in der Abbildung) besteht<sup>8</sup>.

Das im Mittel bei jedem zweiten poststationären Kurzzeitpflegegast die Unterlagen beziehungsweise Medikation aus der zuweisenden Einrichtung nicht vollständig vorliegen, führt zu einem zusätzlichen Organisations- und Verwaltungsaufwand. Das zeigt, dass die Pflegekräfte, auch aufgrund des zeitlich begrenzten Aufenthaltes des Kurzzeitpflegegastes, wahrscheinlich einen hohen Anteil an Koordinierungs-, Abstimmungs- und Beratungsleistungen erbringen, wenn die Folgeversorgung noch nicht geklärt ist (siehe auch Abschnitt 4.3.2).

---

<sup>8</sup> Der Median ist jeweils gekennzeichnet durch den waagerechten schwarzen Strich in den blauen Boxen. Die blaue Box entspricht dem Bereich, in dem die mittleren 50 % der Daten liegen. Das heißt, je länger die Box, desto breiter waren die Antworten der Befragten gestreut. Die Antennen zeigen jeweils den größten beziehungsweise kleinsten Wert angegebenen Wert an.

**Abbildung 31: Einschätzung der Bedarfe der poststationären Kurzzeitpflegegäste, Angabe in %**



Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021  
 Anmerkung: zusammenfassende Darstellung, daher variieren die Stichprobengrößen

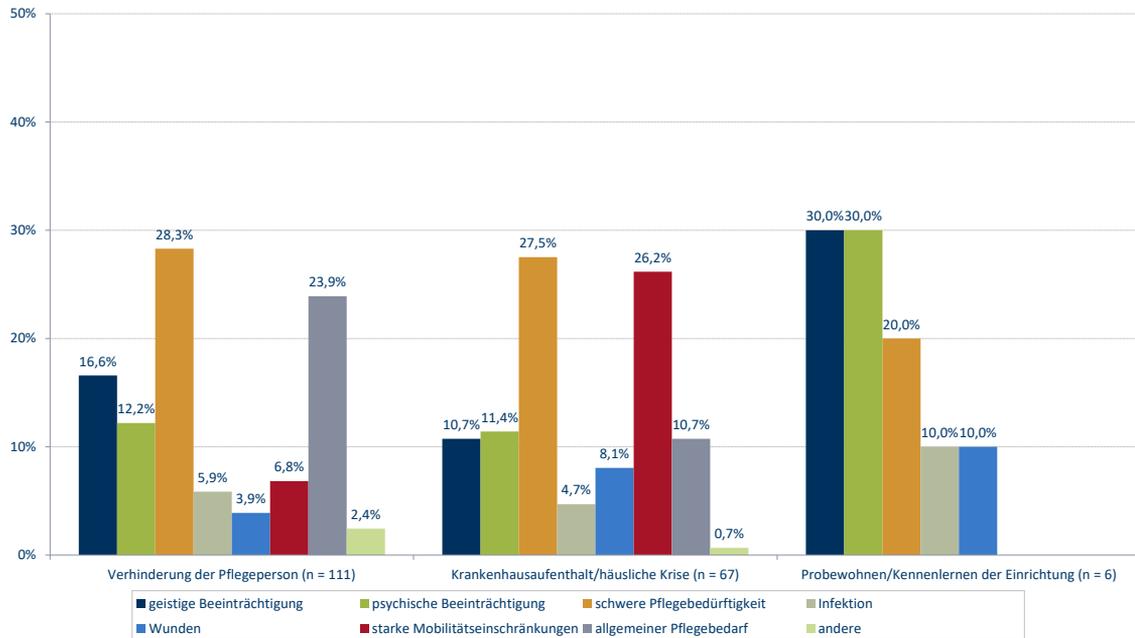
In der Analyse der Daten der Versichertenbefragung zeigten sich unterschiedliche Pflegebeziehungsweise Versorgungsbedarfe bei den Kurzzeitpflegegästen. Zusammenfassend betrachtet waren die am häufigsten genannten (Mehrfachnennungen möglich, n = 186):

- schwere Pflegebedürftigkeit<sup>9</sup> (26,5 %),
- allgemeiner Pflegebedarf ohne besondere Versorgungsbedarfe (20,7 %),
- vorübergehende starke Mobilitätseinschränkungen (15,2 %).

Abbildung 32 stellt die unterschiedlichen Bedarfe der Kurzzeitpflegegäste differenziert nach Anlass der Kurzzeitpflege überblicksartig dar. Vergleichend lässt sich feststellen, dass der Anteil der Personen mit schweren Mobilitätseinschränkungen und/oder Wunden in der poststationären Kurzzeitpflege beziehungsweise nach häuslicher Krise höher ausfiel als bei Personen, die Kurzzeitpflege aufgrund der Verhinderung der Pflegeperson in Anspruch nahmen.

<sup>9</sup> In der Versichertenbefragung definiert als mindestens dreimal am Tag zu unterschiedlichen Zeiten Hilfe bei der Ernährung, Mobilität oder Körperpflege

**Abbildung 32: Pflegebedarfe der Kurzzeitpflegegäste, nach Anlass der Kurzzeitpflege, Angaben in %**



Quelle: IGES, Versichertenbefragung 2022  
 Anmerkung: Angabe der Häufigkeiten in der Grafik (n)

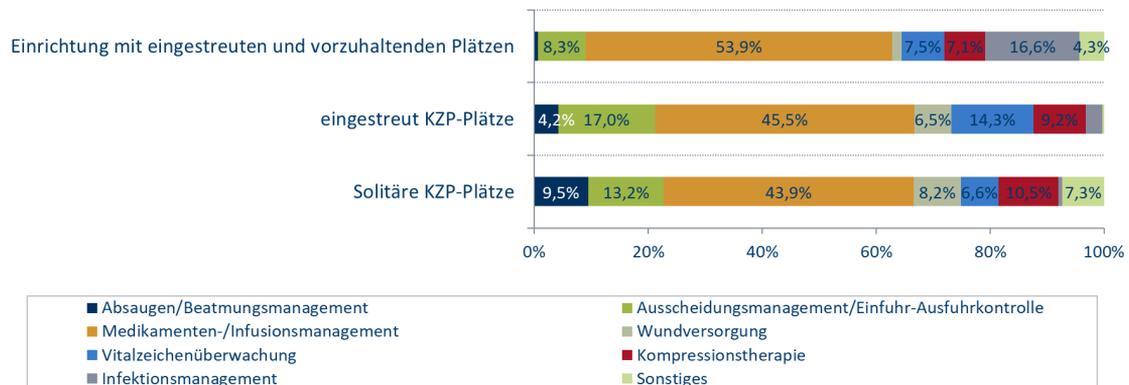
Um ein umfassenderes Bild zu bekommen, wurden die Versorgungsaufwände durch eine detaillierte Leistungserfassung in stationären Pflegeeinrichtungen weiter empirisch untersucht und analysiert. Unter anderem wurde erhoben, inwieweit Kurzzeitpflegegäste Therapien (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie) erhalten. Im ersten Erfassungszeitraum war dies für 21,1 % (n = 19/90) und im zweiten Erfassungszeitraum für 27,3 % (n = 9/33) der Gäste mit einer Frequenz von ein- bis zweimal die Woche geplant.

In beiden Erfassungszeiträumen entstanden Aufwände für Leistungen der Behandlungspflege. Abbildung 33 gibt einen Überblick über die Anteile durchgeführter Maßnahmen nach Themenkomplexen<sup>10</sup> und Art des Kurzzeitpflegeplatzes. Das Medikamenten- und Infusionsmanagement machte über alle Gäste hinweg betrachtet, mit insgesamt 54,0 %

<sup>10</sup> [1] Absaugen/Beatmungsmanagement: zum Beispiel Tracheostomaversorgung, endotracheales Absaugen; [2] Medikamenten- und Infusionsmanagement: zum Beispiel Stellen von Medikamenten, Medikamentengaben, Injektionen; [3] Vitalzeichenüberwachung: unter anderem Blutdruckkontrolle; [4] Infektionsmanagement: beispielsweise Abstriche, Corona-Schnelltests, Sanierungen; [5] Ausscheidungsmanagement/Einfuhr-Ausfuhrkontrolle: unter anderem Klistier, Flüssigkeitsbilanzierung inklusive Gewichtskontrollen/Umfangsmessungen; [6 + 7] Wundversorgung, Kompressionstherapie: zum Beispiel Kompressionsstrümpfe an- und ausziehen; [8] Sonstiges: beispielsweise Anlage von Orthesen, Anlage von Gilchrist-Verbänden zur Ruhigstellung bei Verletzungen im Schulter- und Armbereich, Hautpflege

(Erfassungszeitraum 1) beziehungsweise 40,4 % (Erfassungszeitraum 2) den größten Anteil der behandlungspflegerischen Aufwände aus.

**Abbildung 33: Anteile der behandlungspflegerischen Aufwände in der Kurzzeitpflege, nach Platzart, Angabe in %**



Quelle: IGES, Erfassung des Versorgungs- und Leistungsgeschehens 2021 (t1) und 2022 (t2)

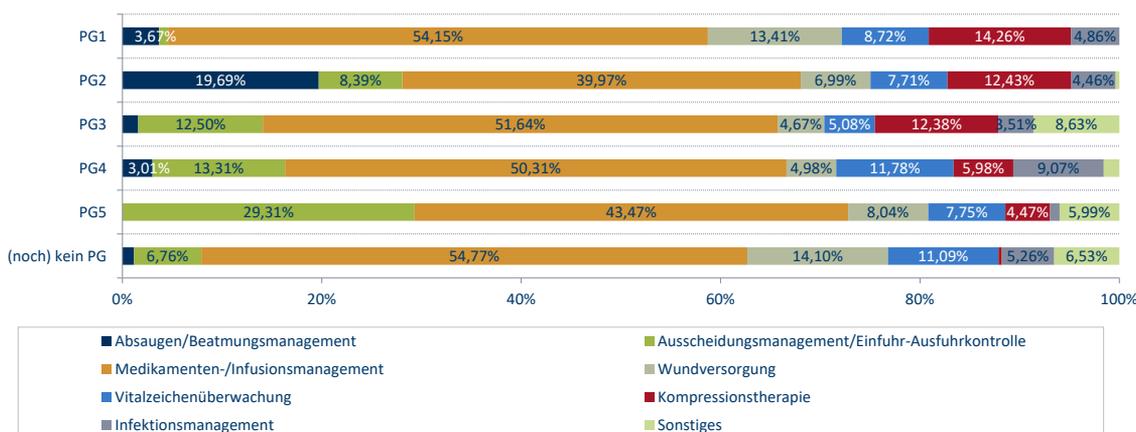
Im ersten Erfassungszeitraum lagen für Früh-, Spät- und Nachtdienst insgesamt 451 Stunden und 53 Minuten zugeordneter Zeitaufwände für die Behandlungspflege vor. Der Großteil davon wurde bei Gästen (326 Stunden und 6 Minuten) in solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen erbracht. Im zweiten Erfassungszeitraum lagen für alle Dienstzeiten insgesamt 310 Stunden und 6 Minuten zugeordnete Behandlungsaufwände vor. Solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen erbrachten auch hier einen höheren Anteil (161 Stunden und 47 Minuten) in der Versorgung der Kurzzeitpflegegäste. Durchschnittlich wurden pro Tag und Gast 22 Minuten (Erfassungszeitraum 1) beziehungsweise 40 Minuten (Erfassungszeitraum 2) für behandlungspflegerische Tätigkeiten aufgewendet. Die durchschnittliche Zeit für Behandlungspflege (unabhängig der Themenkomplexe, Angaben jeweils Erfassungszeitraum 1 beziehungsweise Erfassungszeitraum 2) pro Tag und Gast lag, betrachtet nach Pflegegrad, bei:

- 15 beziehungsweise 46 Minuten bei Pflegegrad 1,
- 19 beziehungsweise 60 Minuten bei Pflegegrad 2,
- 23 beziehungsweise 40 Minuten bei Pflegegrad 3,
- 28 beziehungsweise 28 Minuten bei Pflegegrad 4 und
- 48 beziehungsweise 16 Minuten bei Pflegegrad 5.

Daraus lässt sich schlussfolgern, dass höhere Pflegegrade beziehungsweise eine höhere Anzahl an Kurzzeitpflegegästen nicht unmittelbar auf insgesamt höhere behandlungspflegerische Aufwände schließen lassen. Allerdings kann festgestellt werden, dass insgesamt über alle Fälle hinweg, für Kurzzeitpflegegäste mit Pflegegrad 3 in beiden Zeiträumen die meiste Behandlungspflege erbracht wurde (Erfassungszeitraum 1: 32,35 %, Erfassungszeitraum 2: 54,29 %). Zur weiteren Analyse wurden daher die Aufwände nach erhobenem Themenkomplex betrachtet. Hier zeigte sich, dass mit einem höheren Pflegegrad die Behandlungspflege für das Ausscheidungsmanagement/ Einfuhr-Ausfuhrkontrolle zunimmt - während sie bei der

Kompressionstherapie abnimmt (Abbildung 34). Das Medikamenten- und Infusionsmanagement stellt sowohl für Personen ohne als auch mit Pflegegrad 1 bis 5 den Behandlungspflegekomplex mit den höchsten Zeitaufwänden dar.

**Abbildung 34: Verteilung der zeitlichen Aufwände für die Bereiche der Behandlungspflege, nach Pflegegrad, Angaben in %**



Quelle: IGES, Erfassung des Versorgungs- und Leistungsgeschehens 2021 (t1) und 2022 (t2)  
 Anmerkung: PG: Pflegegrad

Weitere durch Pflegekräfte in Freitextangaben dokumentierte Aufwände waren:

- Grundpflegeleistungen, die mit besonderen Aufwänden verbunden waren,
- Gesprächsführung und Alltagsbegleitung,
- Mobilisation (zum Beispiel Gehtraining) sowie
- Kontrollgänge.

Die zeitlichen Aufwände für diese Tätigkeiten variierten zwischen weniger als 15 bis mehr als 91 Minuten. Am häufigsten wurde pro Tag und Gast eine Dauer von 15-30 Minuten veranschlagt (Erfassungszeitraum 1: 44,6 %, Erfassungszeitraum 2: 33,9 %).

### 4.3.2 Aufwände in der Koordination der Versorgung

Einrichtungen mit Kurzzeitpflegeangebot haben auch aufgrund des zeitlich begrenzten Aufenthaltes des Kurzzeitpflegegastes einen vergleichsweise hohen Anteil an Koordinierungs-, Abstimmungs- und Beratungsleistungen zu erbringen. Dies bezieht sich auf das Management des gesamten Versorgungsprozesses: der Aufnahme beziehungsweise Übernahme, des Aufenthaltes und der Entlassung. Oftmals ist bei Aufnahme die Folgeversorgung des Kurzzeitpflegegastes noch nicht geklärt.

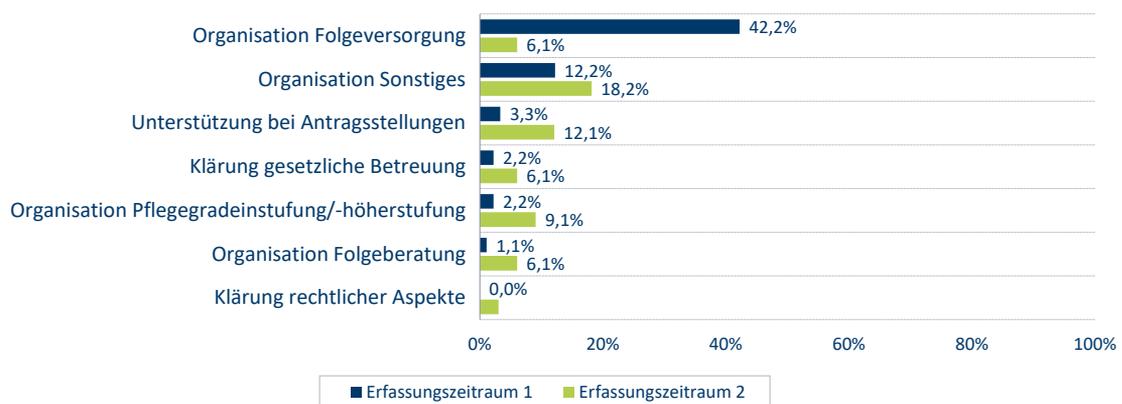
Zur Charakterisierung der Leistungen und Aufwände zur Koordination der Versorgung wurden in der Erfassung des Versorgungs- und Leistungsgeschehens in ausgewählten Pflegeeinrichtungen darüber hinaus die Inhalte der Aufwände erhoben. Dazu wurden zu zwei Zeitpunkten für jeden

Kurzzeitpflegegast täglich die erbrachten Leistungen dokumentiert. Die Erfassung der Koordinierungsaufwände erfolgte sowohl für die Mitarbeitenden der Verwaltung als auch für die Pflegekräfte.

Pro Tag und Gast benötigten Mitarbeitende der Verwaltung für die Koordinierung der Versorgung am häufigsten 15-30 Minuten. Eine einzelne Koordinierungsleistung, die in beiden Zeiträumen besonders häufig durchgeführt wird, ließ sich nicht identifizieren (Abbildung 35). Während im ersten Erfassungszeitraum am häufigsten die Folgeversorgung organisiert wurde, wurde im zweiten Erfassungszeitraum am häufigsten „Sonstiges“ ausgewählt. Darunter fielen unter anderem:

- die Organisation von Krankentransporten und Hilfsmitteln,
- die Organisationen einer Palliativversorgung,
- Kostenklärungen mit Pflegekassen sowie
- das Zusammenpacken von Kleidung.

**Abbildung 35: Koordinierungsaufwände von Mitarbeitenden der Verwaltung in der Versorgung von Kurzzeitpflegegästen, Angaben in %**

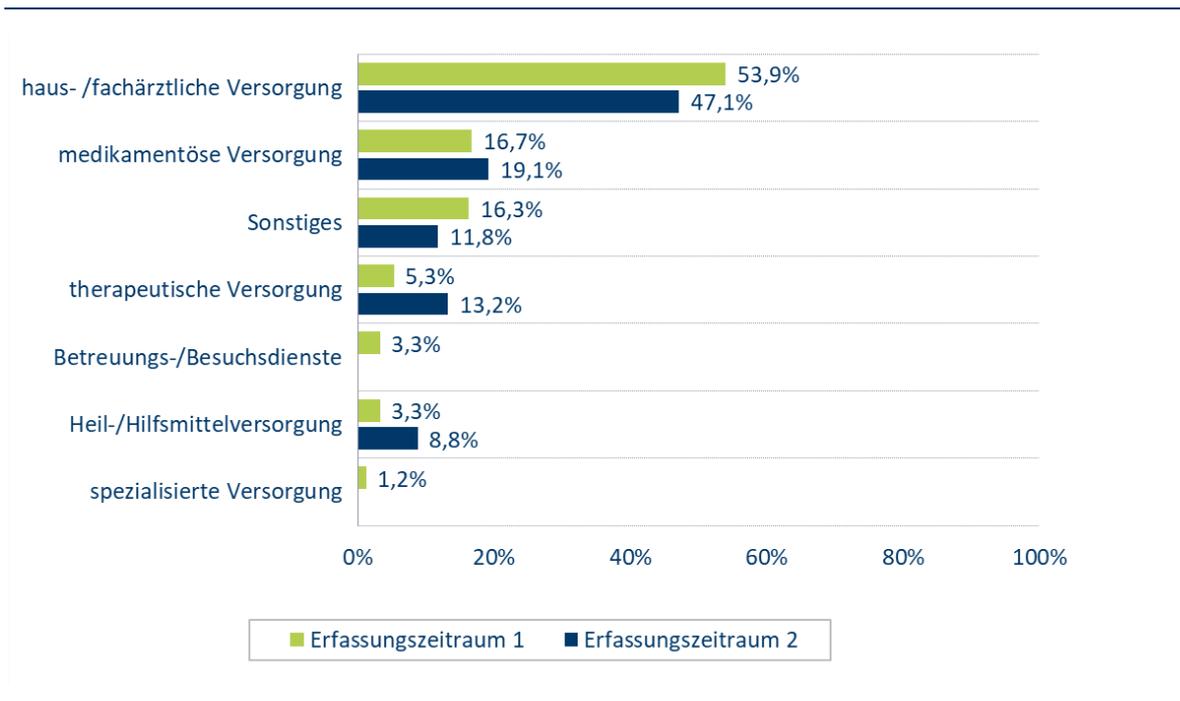


Quelle: IGES, Erfassung des Versorgungs- und Leistungsgeschehens 2021 (t1) und 2022 (t2)

Insgesamt hat die Analyse gezeigt, dass auch die Pflegekräfte hohe Koordinierungsaufwände in der Versorgung von Kurzzeitpflegegästen unabhängig von der Art des Platzes haben. Wenn Koordinierungsleistungen durchgeführt wurden (Erfassungszeitraum 1: 36,2%; Erfassungszeitraum 2: 23,5% aller Angaben), waren dies am häufigsten die haus- beziehungsweise fachärztliche Versorgung (Erfassungszeitraum 1: 53,9 %, Erfassungszeitraum 2: 47,1 %) gefolgt von der medikamentösen Versorgung (Erfassungszeitraum 1: 16,7 %; Erfassungszeitraum 2: 19,1 %, Abbildung 36). Bei Betrachtung der vorliegenden Pflegegrade der versorgten Kurzzeitpflegegäste zeigte sich, dass beispielsweise die Organisation der medikamentösen Versorgung bei höherem Pflegegrad weniger häufig anfiel (Daten nicht dargestellt). Dies kann darin begründet sein, dass Pflegebedürftige höheren Pflegegrads im Vergleich zu Pflegebedürftigen mit eher geringeren Versorgungsbedarfen bereits über einen längeren Zeitraum ärztlich versorgt sind. Weitere Zusammenhänge zum Pflegegrad der versorgten Person ließen sich nicht in den analysierten Daten feststellen. Darüber hinaus wurde analysiert, inwieweit der Aufnahmegrund der Kurzzeitpflegegäste Auswirkungen auf die Koordinierungsaufwände aufzeigt. Vor allem im ersten

Erfassungszeitraum zeigte sich, dass bei Kurzzeitpflegegästen nach stationärer Krankenhausbehandlung (§ 42 SGB XI und § 39c SGB V) höhere Koordinierungsaufwände in der haus- beziehungsweise fachärztlichen Versorgung sowie der medikamentösen Versorgung im Vergleich zu Gästen nach häuslicher Krise beziehungsweise der Verhinderungs-/Urlaubspflege vorlagen.

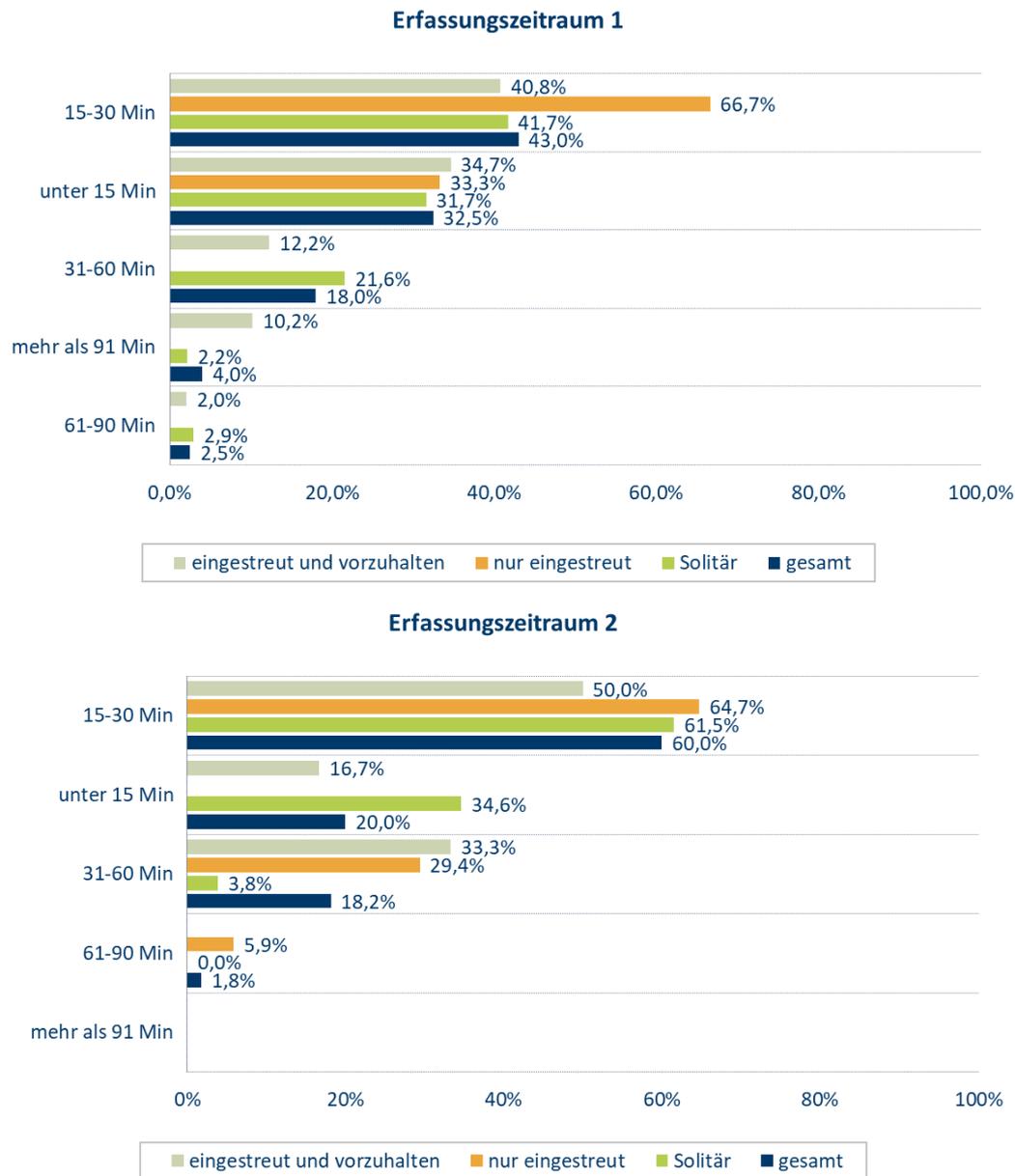
**Abbildung 36: Koordinierungsaufwände von Pflegekräften in der Versorgung von Kurzzeitpflegegästen, Angaben in %**



Quelle: IGES, Erfassung des Versorgungs- und Leistungsgeschehens 2021 (t1) und 2022 (t2)

Die zeitlichen Aufwände für diese Koordinierungsleistungen sind für beide Erfassungszeiträume zusammenfassend in Abbildung 37 dargestellt. Vergleichend lässt sich für beide Erhebungszeiträume feststellen, dass die täglichen Koordinierungsaufwände 15-30 Minuten pro Gast bei den Pflegekräften in Anspruch nehmen. Höhere zeitliche Aufwände konnten vor allem im ersten Erfassungszeitraum bei Gästen in Einrichtungen mit solitären beziehungsweise ganzjährig vorzuhaltenden Plätzen beobachtet werden.

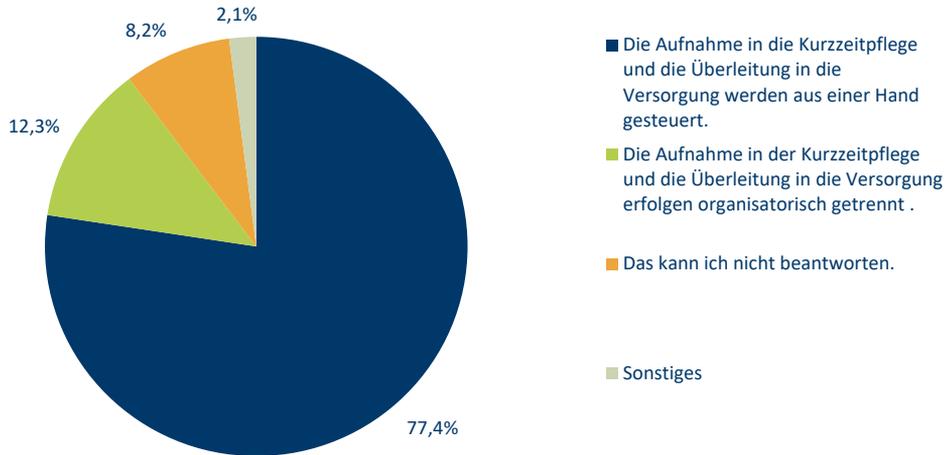
Abbildung 37: zeitliche Aufwände der Koordinierung von Pflegekräften in der Versorgung von Kurzzeitpflegegästen, Angaben in %



Quelle: IGES, Erfassung des Versorgungs- und Leistungsgeschehens 2021 (t1) und 2022 (t2)

In 77,4 % der befragten Pflegeeinrichtungen der Online-Befragung wird das Aufnahme- und Überleitungsmanagement aus einer Hand gesteuert (Abbildung 38).

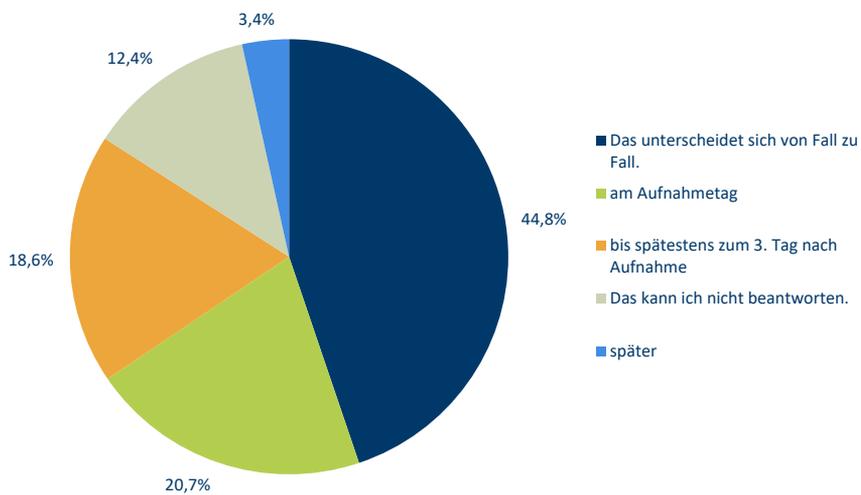
**Abbildung 38: Organisation des Aufnahme- und Überleitungsmanagements in den stationären Pflegeeinrichtungen, n = 146, Angaben in %**



Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

Der Zeitpunkt des Aufnahmegesprächs unterscheidet sich laut Angaben der Befragten überwiegend von Fall zu Fall (44,8 %) und wird am Aufnahmetag (20,7 %) oder bis spätestens am dritten Tag nach Aufnahme (18,6 %) durchgeführt (Abbildung 39).

**Abbildung 39: Zeitpunkt des Aufnahmegesprächs von Kurzzeitpflegegästen, n = 145, Angaben in %**

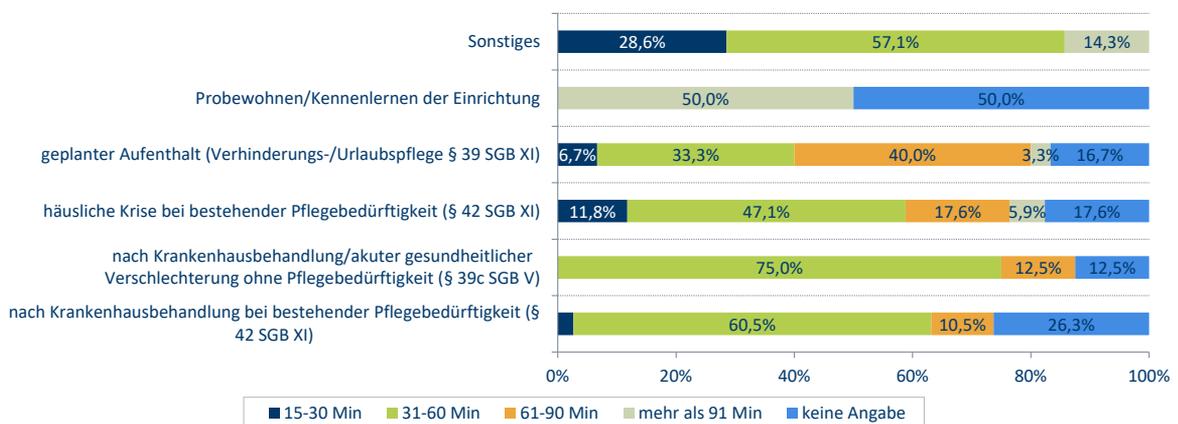


Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

In der Erfassung des Leistungsgeschehens wurde darüber hinaus erhoben, wer das Aufnahmegespräch in der Einrichtung durchführt und welchen zeitlichen Umfang dieses hat. Je nach Erfassungszeitraum wurde in 92,2 % (n = 83/90) beziehungsweise 93,9 % der Fälle (n = 31/33) das Aufnahmegespräch auch durch Mitarbeitende der Verwaltung geführt. Die zeitlichen Aufwände betragen in beiden Erfassungszeiträumen überwiegend zwischen 31-60 Minuten (43,3 % beziehungsweise 48,5 %) oder mehr als 91 Minuten (24,4 % beziehungsweise 12,1 %).

Davon zu unterscheiden ist das pflegerische Aufnahmegespräch, welches zusammenfassend über insgesamt 123 Gäste beider Zeiträume, am häufigsten 31-60 Minuten in Anspruch nahm (43,9 %, n = 54/123) und nie unter 15 Minuten betrug. Differenziert nach Aufnahmeanlass lagen über beide Zeiträume Daten für n = 102 Gäste zum pflegerischen Aufnahmegespräch vor. Erfolgte die Aufnahme nach einem Krankenhausaufenthalt oder akuter gesundheitlicher Verschlechterung ohne bestehende Pflegebedürftigkeit (§ 39c SGB V) sowie nach einem Krankenhausaufenthalt bei bestehender Pflegebedürftigkeit (§ 42 SGB XI), nahm das Aufnahmegespräch in der Regel 31-60 Minuten in Anspruch. Eine Dauer von 61-90 Minuten wurde vor allem bei geplanten Aufenthalten im Rahmen von Verhinderungs-/Urlaubspflege nach § 39 SGB XI (40,0 %) sowie bei einer häuslichen Krise und bestehender Pflegebedürftigkeit (17,6 %) angegeben. In einigen Fällen nahm das Gespräch mehr als 91 Minuten in Anspruch.

**Abbildung 40: Dauer des pflegerischen Aufnahmegesprächs nach Aufnahmeanlass, n = 102, Angabe in %**

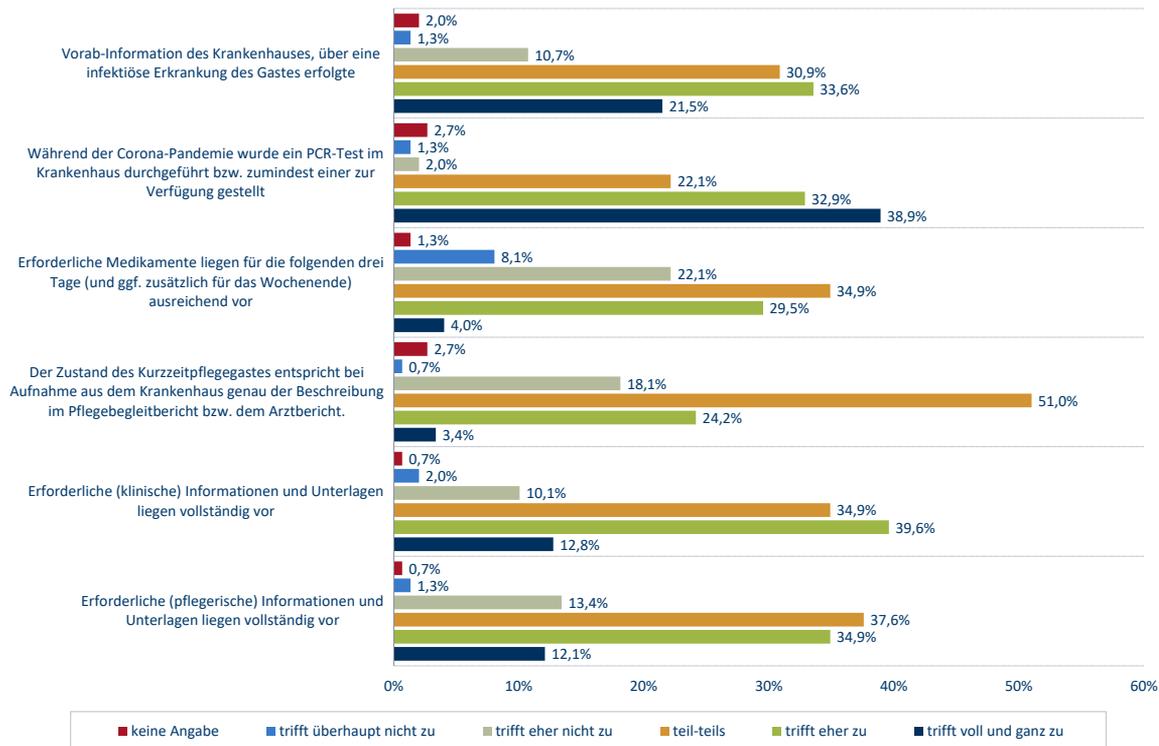


Quelle: IGES, Erfassung des Versorgungs- und Leistungsgeschehens 2021 (t1) und 2022 (t2)

Die folgenden Abbildungen (Abbildung 41 bis Abbildung 43) stellen die Einschätzungen zu der Organisation und den Aufwänden bei Aufnahme des Kurzzeitpflegegastes dar. Etwas mehr als die Hälfte der Einrichtungen gibt an, dass Informationen zu infektiösen Erkrankungen des Kurzzeitpflegegastes vor Aufnahme in der Kurzzeitpflege vorliegen (33,6 % „trifft eher zu“; 21,5 % „trifft voll und ganz zu“). Allerdings sagten rund 40 %, dass dies nur teilweise (30,9 %) oder eher nicht zutrifft (10,7 %). Mehr als 70 % der Einrichtungen bestätigten, dass in den meisten Fällen während der Corona-Pandemie ein PCR-Test durchgeführt oder zumindest zur Verfügung gestellt wurde (32,9 % „trifft eher zu“; 38,9 % „trifft voll und ganz zu“). Weitere Einschätzungen zum Vorliegen erforderlicher Medikamente, klinischer und pflegerischer Unterlagen oder aber auch

Angaben aus dem Überleitungsbericht zum Zustand des Kurzzeitpflegegastes sind Abbildung 41 zu entnehmen.

**Abbildung 41: Einschätzungen zu Organisation und Aufwänden bei Aufnahme, Teil I, n = 149, Mehrfachnennung, Angabe in %**



Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

Insgesamt gaben die teilnehmenden Pflegeeinrichtungen der detaillierten Leistungserfassung an, dass die Unterlagen bei Aufnahme für die Gäste überwiegend vollständig vorlagen (Tabelle 14). Häufig mussten, wenn Dokumente fehlten, mehrere Dokumente pro Gast beschafft werden. Dass bestimmte Unterlagen besonders häufig bei der Aufnahme fehlen würden, zeigt sich in den Daten nicht. Neben dem Fehlen des Pflegeüberleitungsbogens, des Arztbriefs, des Medikationsplans, der Verordnungen, der Versicherungskarte oder der Medikamente fehlten darüber hinaus beispielsweise auch Verbandsmaterialien, PCR-Tests und spezifische Hilfsmittel (zum Beispiel Sauerstoffgeräte). Der angegebene Zeitaufwand für die Beschaffung variierte in beiden Erfassungszeiträumen zwischen weniger als 15 Minuten bis mehr als 91 Minuten (Daten nicht dargestellt). Während im ersten Erfassungszeitraum am häufigsten ein Aufwand von 31-60 Minuten entstanden ist (38,9 %, n = 7/18), wurde im zweiten Erfassungszeitraum am häufigsten ein Zeitaufwand von unter 15 Minuten genannt (45,6 %, n = 5/11).

Tabelle 14: Vorliegen der Aufnahmeunterlagen bei Kurzzeitpflegegästen, Angabe in n und %

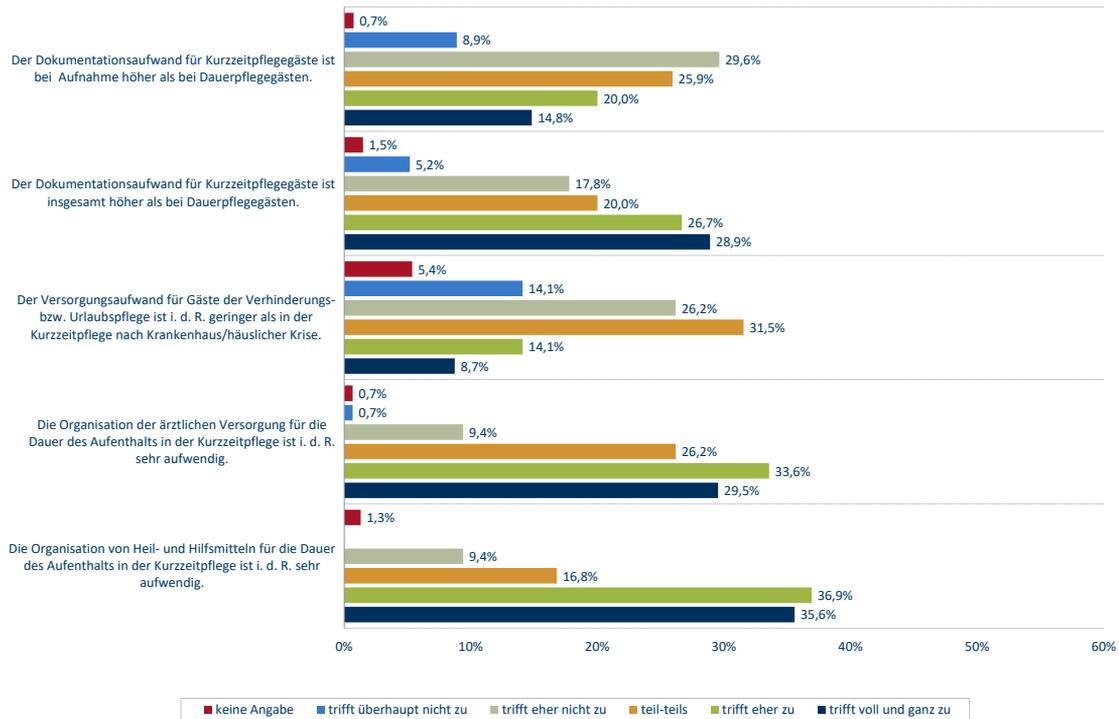
|  |                         | Erfassungszeit-<br>raum 1 | Erfassungszeit-<br>raum 2 |
|--|-------------------------|---------------------------|---------------------------|
| <b>Angaben der Pflegekräfte</b>                      |                         |                           |                           |
| <b>Vollständigkeit der<br/>Unterlagen<br/>(n, %)</b> | vollständig             | 58 (64,4 %)               | 16 (48,5 %)               |
|  | unvollständig           | 18 (20,0 %)               | 11 (33,3 %)               |
|  | keine Angabe            | 14 (15,6 %)               | 6 (18,2 %)                |
|  | <b>GESAMT</b>           | <b>90 (100%)</b>          | <b>33 (100%)</b>          |
| <b>Fehlende Unterlagen</b>                           | Pflegeüberleitungsbogen | 6                         | 3                         |
|  | Arztbrief               | 5                         | 2                         |
|  | Medikationsplan         | 6                         | 3                         |
|  | Verordnungen            | 4                         | 3                         |
|  | Versichertenkarte       | 4                         | 3                         |
|  | Medikamente             | 8                         | 4                         |
|  | Anderes                 | 4                         | 2                         |
|  |                         |                           |                           |
| <b>Angaben der Verwaltungskräfte</b>                 |                         |                           |                           |
| <b>Vollständigkeit der<br/>Unterlagen<br/>(n, %)</b> | vollständig             | 70 (77,8 %)               | 21 (63,6 %)               |
|  | unvollständig           | 15 (16,7 %)               | 9 (27,3 %)                |
|  | keine Angabe            | 5 (5,5 %)                 | 3 (9,1 %)                 |
|  | <b>GESAMT</b>           | <b>90 (100%)</b>          | <b>33 (100%)</b>          |
| <b>Fehlende Unterlagen</b>                           | Pflegeüberleitungsbogen | 22                        | 1                         |
|  | Arztbrief               | 9                         | 2                         |
|  | Medikationsplan         | 2                         | 2                         |
|  | Verordnungen            | 10                        | 5                         |
|  | Versichertenkarte       | 6                         | 2                         |
|  | Medikamente             | 4                         | 2                         |
|  | Anderes                 | 3                         | 3                         |
|  |                         |                           |                           |

Quelle: IGES, Erfassung des Versorgungs- und Leistungsgeschehens 2021 (t1) und 2022 (t2)

Der Dokumentationsaufwand für Kurzzeitpflegegäste wird im Vergleich zu Dauerpflegebewohnerinnen und -bewohnern in der Online-Befragung insgesamt höher eingeschätzt, allerdings nicht im Rahmen des Aufnahmeprozesses (Abbildung 42). Als aufwendig

wird die Organisation der ärztlichen Versorgung (33,6 % „trifft eher zu“; 29,5 % „trifft voll und ganz zu“) und von Heil- und Hilfsmitteln (36,9 % „trifft eher zu“; 35,6 % „trifft voll und ganz zu“) während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes bewertet.

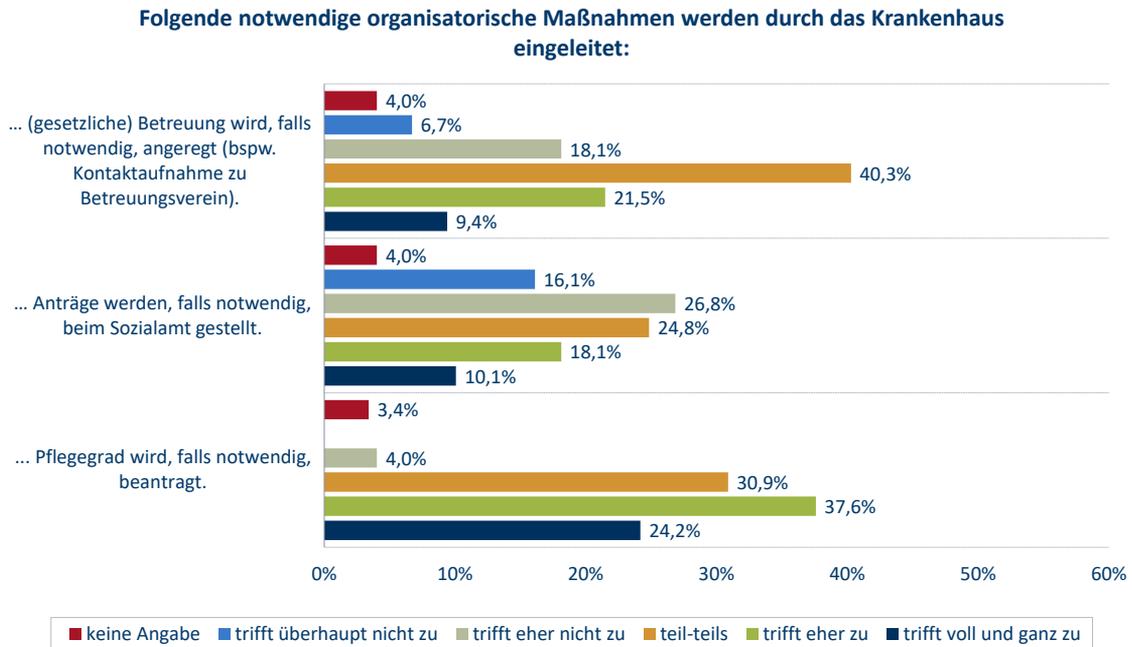
**Abbildung 42: Einschätzungen zu Organisation und Aufwänden bei Aufnahme, Teil II, n = 149, Mehrfachnennung, Angaben in %**



Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

Um detaillierte Einschätzungen zum Organisationsaufwand in den stationären Pflegeeinrichtungen zu erhalten, wurden diese befragt, inwieweit die zuweisenden Krankenhäuser eine gesetzliche Betreuung, Anträge beim Sozialamt oder zur Einstufung des Pflegegrades einleiten. Die Einschätzungen der Befragten sind folgender Abbildung 43 zu entnehmen.

**Abbildung 43: Einschätzungen zu Organisation und Aufwänden bei Aufnahme, Teil III, n = 149, Mehrfachnennung, Angaben in %**



Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

Neben der Koordinierung des Aufnahmeprozesses bestehen zudem Aufwände während des Aufenthaltes des Kurzzeitpflegegastes (zum Beispiel in Form von Angehörigengesprächen), welche die Pflegekräfte durchgeführt haben. In beiden Zeiträumen der Leistungserfassung in ausgewählten Pflegeeinrichtungen wurden Daten dazu erhoben. Im ersten Erfassungszeitraum wurden n = 277, das heißt rechnerisch durchschnittlich drei Gespräche pro Gast innerhalb von 14 Tagen durchgeführt. Im zweiten Erfassungszeitraum wurden durchschnittlich fünf Gespräche zwischen Pflegekräften und Angehörigen je Gast und Beobachtungszeitraum geführt. Die Inhalte der (Beratungs-) Gespräche und deren prozentuale Verteilung differenziert nach Art der Kurzzeitpflegeeinrichtung sind in Tabelle 15 dargestellt.

**Tabelle 15: Häufigkeiten und Inhalte von Angehörigengesprächen in der Kurzzeitpflege, nach Einrichtungsart und Erfassungszeitraum, Angaben in %**

|   | Solitäre Kurzzeitpflege, % |      | Einrichtung mit eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen, % |      | Einrichtung mit eingestreuten und vorzuhaltenden Kurzzeitpflegeplätzen, % |      | GESAMT, %   |
|---|----------------------------|------|--|------|---|------|-------------|
|   | t1                         | t2   | t1   | t2   | t1  | t2   |             |
| Heute keine Gespräche mit Angehörigen durchgeführt                      | 62,0                       | 51,2 | 51,3   | 42,0 | 63,9  | 54,0 | <b>57,6</b> |
| Gesundheitszustand/ gesundheitliche Entwicklung des Kurzzeitpflegegasts | 14,1                       | 21,1 | 19,2   | 28,4 | 16,3  | 15,9 | <b>17,2</b> |
| Wohlbefinden/Entwicklung des Wohlbefindens des Kurzzeitpflegegasts      | 15,3                       | 18,7 | 17,9   | 21,6 | 6,8   | 11,1 | <b>15,1</b> |
| Veränderung/Entwicklung der Pflegebedürftigkeit                         | 3,5                        | 3,6  | 5,1  | 3,4  | 0,7   | 4,8  | <b>3,3</b>  |
| Klärung von Fragen zur Entlassung                                       | 2,7                        | 3,0  | 1,3  | 2,3  | 4,1   | 6,3  | <b>3,0</b>  |
| Sonstiges*  | 2,4                        | 2,4  | 5,1  | 2,3  | 8,2   | 7,9  | <b>3,8</b>  |

Quelle: IGES, Erfassung des Versorgungs- und Leistungsgeschehens 2021 (t1) und 2022 (t2)

Anmerkung: \*überwiegend Besprechung und Klärung von Fragen zur weiteren Versorgung beziehungsweise zum Entlassmanagements

In ergänzender und vergleichender Betrachtung der Pflegegrade und Aufnahmeanlässe der Gäste konnten keine wesentlichen Unterschiede der Häufigkeiten in den Themenfeldern der Gespräche identifiziert werden.

Bei jeweils circa 68 % der Gespräche beider Erfassungszeiträume wurden Angaben zum zeitlichen Umfang gemacht. Dabei waren die am häufigsten genannten täglichen Zeitaufwände über alle Einrichtungsarten pro Gast:

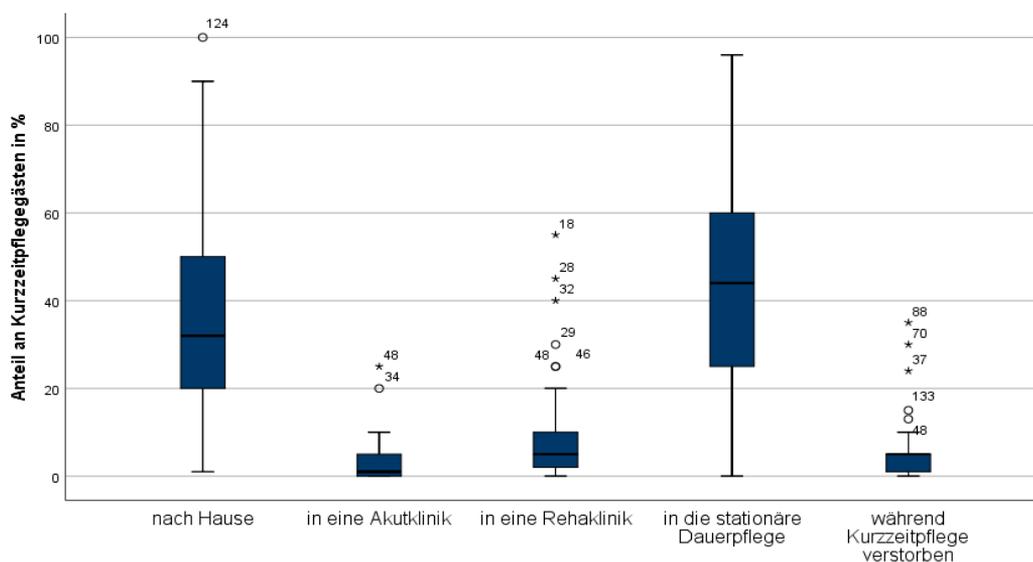
- Erfassungszeitraum 1: unter 15 Minuten (43,9 %), 15-30 Minuten (43,9 %),
- Erfassungszeitraum 2: 15-30 Minuten (50,5 %), 31-60 Minuten (19,8 %).

Darüber hinaus fanden auch durch Mitarbeitende der Verwaltung Beratungsgespräche zu beispielsweise Leistungs- und Finanzierungsansprüchen oder zu Versorgungsmöglichkeiten nach der Entlassung statt. Im ersten Erfassungszeitraum wurden n = 106 Beratungsgespräche bei den

insgesamt 90 Kurzzeitpflegegästen geführt, von denen 40,6 % (n = 43) unter 15 Minuten und 50 % (n = 53) 15-30 Minuten dauerten. Im zweiten Erfassungszeitraum wurden n = 15 Beratungsgespräche bei insgesamt 33 Kurzzeitpflegegästen dokumentiert. Auch hier dauerten die meisten unter 15 Minuten (46,7 %; n = 7) oder 15-30 Minuten (33,3 %; n = 5).

In der Online-Befragung wurde darum gebeten, einzuschätzen wie hoch jeweils der prozentuale Anteil<sup>11</sup> der Kurzzeitpflegegäste mit Verbleib in der Häuslichkeit, in einer Akutklinik, einer Rehabilitationseinrichtung oder der stationären Dauerpflege nach der Kurzzeitpflege ist (Abbildung 44). Nach dem Aufenthalt in der Kurzzeitpflege findet die Folgeversorgung in fast jedem zweiten Fall in der stationären Dauerpflege statt (Box vier in der Abbildung). Ein weiterer hoher Anteil wird in die Häuslichkeit entlassen (in etwa jeder dritte Kurzzeitpflegegast, Box eins in der Abbildung). Laut Angaben der Befragten werden Kurzzeitpflegegäste weniger häufig bis gar nicht werden in eine Akut- oder Rehaklinik übergeleitet (Box zwei und drei in der Abbildung). Vereinzelt kommt es auch dazu, dass Kurzzeitpflegegäste während der Kurzzeitpflege versterben (Box fünf in der Abbildung).

**Abbildung 44: Verbleib der Kurzzeitpflegegäste nach Aufenthalt in der Kurzzeitpflege, Angaben in %**



Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

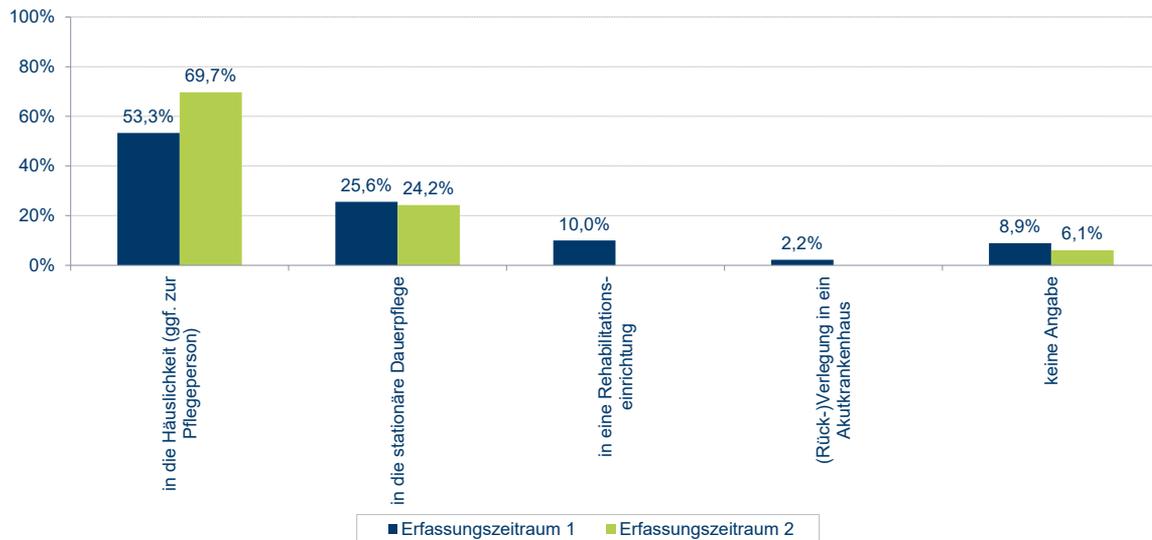
Auch in der detaillierten Erfassung des Leistungsgeschehens wurden Daten in den teilnehmenden Einrichtungen zur geplanten als auch tatsächlich realisierten Folgeversorgung erhoben (Abbildung 45). Nach der Kurzzeitpflege war für die meisten Kurzzeitpflegegäste eine Rückkehr in die eigene Häuslichkeit (beziehungsweise in die Häuslichkeit der Pflegeperson) geplant (Erfassungszeitraum

<sup>11</sup> Der Median ist jeweils gekennzeichnet durch den waagerechten schwarzen Strich in den blauen Boxen. Die blaue Box entspricht dem Bereich, in dem die mittleren 50 % der Daten liegen. Das heißt, je länger die Box, desto breiter waren die Antworten der Befragten gestreut. Die Antennen zeigen jeweils den größten beziehungsweise kleinsten Wert angegebenen Wert an.

## Kurzzeitpflege

1: 53,3 %, n = 48; Erfassungszeitraum 2: 69,7 %, n = 23). Am zweithäufigsten war ein Übergang in eine stationäre Dauerpflege angedacht (Erfassungszeitraum 1: 25,6 %, n = 23; Erfassungszeitraum 2: 24,2 %, n = 8).

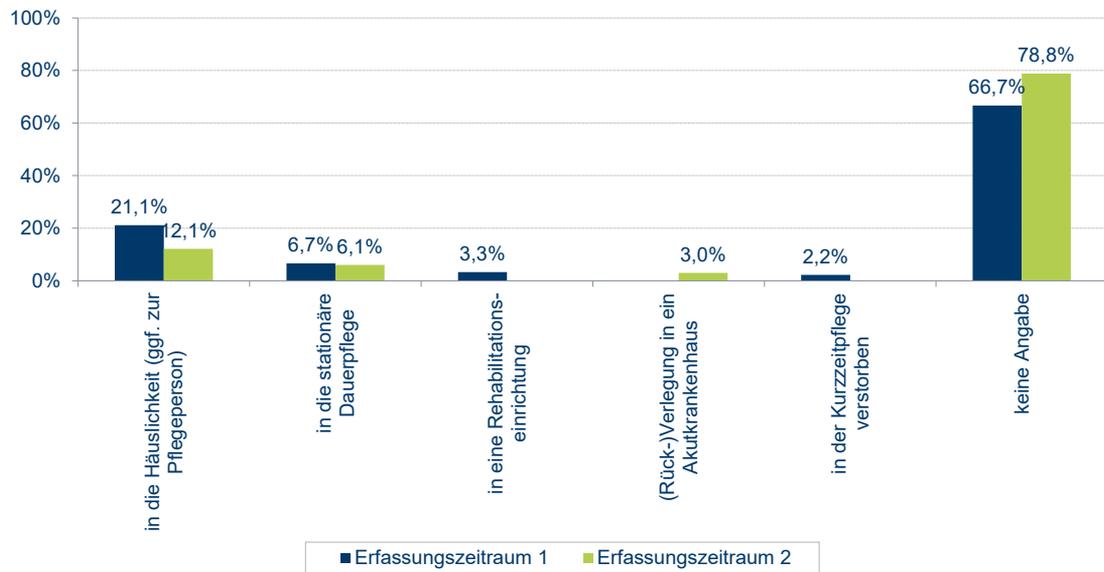
**Abbildung 45: Geplante Folgeversorgung in der Kurzzeitpflege, Angaben in %**



Quelle: IGES, Erfassung des Versorgungs- und Leistungsgeschehens 2021 (t1) und 2022 (t2)

Die tatsächlich realisierte Folgeversorgung ist in Abbildung 46 dargestellt. Für den ersten Erfassungszeitraum lagen von 30/90 Gästen und für den zweiten Zeitraum von 7/33 Gästen Informationen vor. Aufgrund der überwiegend fehlenden Angaben kann nur anhand der anteilig ähnlichen Verteilung vermutet werden, dass die geplante Folgeversorgung überwiegend realisiert werden konnte. Darüber hinaus zeigte sich, dass in der Kurzzeitpflege auch pflegebedürftige Personen versterben.

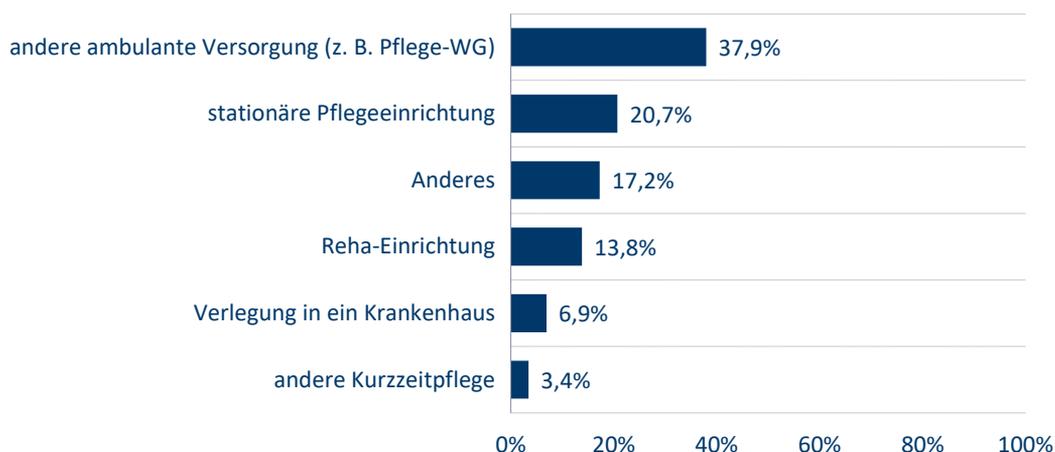
Abbildung 46: Tatsächlich realisierte Folgeversorgung in der Kurzzeitpflege, Angaben in %



Quelle: IGES, Erfassung des Versorgungs- und Leistungsgeschehens 2021 (t1) und 2022 (t2)

Auch in der Versichertenbefragung wurden die Nutzerinnen und Nutzer zur realisierten Folgeversorgung befragt. Insgesamt 78,8 % (n = 93/118) gaben an, in die vorherige Versorgung im Anschluss an die Kurzzeitpflege zurückzugehen. 21,2 % benötigten eine andere Versorgung (Abbildung 47). In diesem Fall handelte es sich überwiegend um eine ambulante Versorgung, beispielsweise durch einen ambulanten Pflegedienst, eine Pflege-Wohngemeinschaft oder betreutes Wohnen (37,9 %, n = 11). Unter der Kategorie „Anderes“ gaben 17,2 % (n = 5) der Befragten eine andere Versorgungsart an, darunter beispielsweise probeweises Wohnen in einem Pflegeheim.

**Abbildung 47: Folgeversorgung der Nutzerinnen und Nutzer der Kurzzeitpflege, n = 25, Angaben in %**



Quelle: IGES, Versichertenbefragung 2022

Anmerkung: 78,8 % der Befragten gingen nach der Kurzzeitpflege in die vorherige Versorgung zurück, hier sind davon abweichende Versorgungsformen angegeben

Laut Analyse der Erfassung des Leistungsgeschehens in einzelnen Pflegeeinrichtungen entstanden darüber hinaus weitere Verwaltungsaufwände. Hier wurden insbesondere Abrechnungen, vertragsrechtliche Aufgaben (zum Beispiel Verträge aufsetzen), die Organisation von Ein-, Aus- und Umzügen, Datenerfassungen in Dokumentationssystemen (zum Beispiel Erfassung von Neuaufnahmen), Telefonate und Gespräche mit Angehörigen sowie das Sichten und Bearbeiten von Post genannt. Daneben fielen weitere Aufgaben an, wie unter anderem das Stellen von Anträgen für eine Höherstufung des Pflegegrades. Die daraus resultierenden Zeitaufwände variieren zwischen weniger als 15 Minuten bis mehr als 91 Minuten pro Tag, wobei die Einrichtungen mehr als 91 Minuten am häufigsten (Erfassungszeitraum 1: n = 13, 46,4 %; Erfassungszeitraum 2: n = 9, 47,4 %) und 31-60 Minuten am zweithäufigsten angegeben haben (Erfassungszeitraum 1: n = 7, 25 %); Erfassungszeitraum 2: n = 5, 26,3 %).

## 4.4 Prognosen des Kurzzeitpflegeplatzbedarfs

Im folgenden Abschnitt sind die Bedarfsprognosen zur Entwicklung des Kurzzeitpflegeplatzbedarfes<sup>12</sup> für Baden-Württemberg insgesamt beschrieben. Die Angaben für alle 44 Stadt- und Landkreise sind dem Tabellenband zu entnehmen.

In Tabelle 16 ist der Bevölkerungsstand in Baden-Württemberg im Jahr 2019 sowie die vom StaLa Baden-Württemberg prognostizierte Bevölkerungsentwicklung im Zeitverlauf bis zum Jahr 2035 dargestellt. Im Jahr 2019 lebten in Baden-Württemberg etwa 11,14 Millionen Menschen, davon 8,87 Millionen im Alter unter 65 Jahren, 1,55 Millionen im Alter von 65 bis unter 80 Jahren und etwa

<sup>12</sup> Erforderlicher Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen, um die Pflegebedürftigen mit Bedarf an Kurzzeitpflege versorgen zu können.

720.000 ab einem Alter von 80 Jahren. Bis zum Jahr 2035 wird ein Anstieg des Bevölkerungsstandes auf 11,37 Millionen Menschen erwartet. Die Veränderung der Bevölkerungsgröße insgesamt um +2,1 % (+233.424 Menschen) fällt damit vergleichsweise gering aus.

Aus der Darstellung nach Altersgruppen ist jedoch ersichtlich, dass sich die Zusammensetzung der Bevölkerung im Prognosezeitraum deutlich verändert. Während die Anzahl der Menschen im Alter unter 65 Jahren bis zum Jahr 2035 um -507.360 Personen zurückgeht (-5,7 %), erhöht sich der Bevölkerungsumfang in den höheren Altersklassen stark. Bei den 65- bis unter 80-Jährigen beläuft sich der Anstieg auf +576.026 Personen (+37,3 %), bei den über 80-Jährigen beträgt der Zuwachs +164.758 Personen (+22,8 %). Gemäß der Bevölkerungsprognose des StaLa Baden-Württemberg leben im Jahr 2035 in Baden-Württemberg 8.359.732 Personen im Alter unter 65 Jahren, 2.122.206 Personen im Alter zwischen 65 und unter 80 Jahren und 887.574 Personen ab einem Alter von 80 Jahren.

**Tabelle 16: Prognose Bevölkerungsentwicklung in Baden-Württemberg**

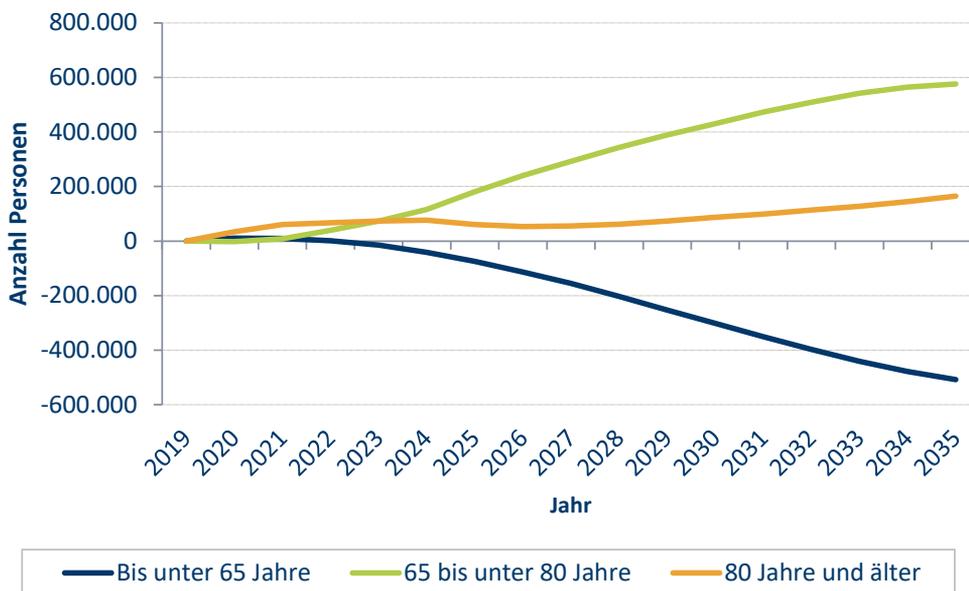
| Jahr                             | Bis unter 65 Jahre | 65 bis unter 80 Jahre | 80 Jahre und älter | Gesamt     |
|----------------------------------|--------------------|-----------------------|--------------------|------------|
| 2019                             | 8.867.092          | 1.546.180             | 722.816            | 11.136.088 |
| 2020                             | 8.877.428          | 1.544.120             | 756.772            | 11.178.320 |
| 2021                             | 8.876.300          | 1.554.748             | 783.107            | 11.214.155 |
| 2022                             | 8.867.954          | 1.585.679             | 790.284            | 11.243.917 |
| 2023                             | 8.852.102          | 1.619.764             | 796.327            | 11.268.193 |
| 2024                             | 8.826.057          | 1.661.784             | 799.366            | 11.287.207 |
| 2025                             | 8.792.762          | 1.727.385             | 783.319            | 11.303.466 |
| 2026                             | 8.753.983          | 1.786.662             | 776.095            | 11.316.740 |
| 2027                             | 8.711.899          | 1.838.581             | 777.798            | 11.328.278 |
| 2028                             | 8.664.117          | 1.889.426             | 784.093            | 11.337.636 |
| 2029                             | 8.614.053          | 1.934.829             | 796.615            | 11.345.497 |
| 2030                             | 8.565.911          | 1.976.383             | 809.915            | 11.352.209 |
| 2031                             | 8.516.636          | 2.018.631             | 822.149            | 11.357.416 |
| 2032                             | 8.470.102          | 2.054.831             | 836.607            | 11.361.540 |
| 2033                             | 8.426.727          | 2.087.821             | 850.632            | 11.365.180 |
| 2034                             | 8.389.528          | 2.110.725             | 867.819            | 11.368.072 |
| 2035                             | 8.359.732          | 2.122.206             | 887.574            | 11.369.512 |
| <b>Veränderung 2019 bis 2035</b> |                    |                       |                    |            |

| Jahr    | Bis unter 65 Jahre | 65 bis unter 80 Jahre | 80 Jahre und älter | Gesamt   |
|---------|--------------------|-----------------------|--------------------|----------|
| absolut | -507.360           | +576.026              | +164.758           | +233.424 |
| relativ | -5,7 %             | +37,3 %               | +22,8 %            | +2,1 %   |

Quelle: IGES, auf Grundlage Bevölkerungsprognose StaLa Baden-Württemberg (2017)

Aus der in Abbildung 48 aufgezeigten Veränderung der Bevölkerungszusammensetzung im Vergleich zum Jahr 2019 ist ersichtlich, dass die Veränderung der Altersstruktur ein wesentliches Kennzeichen der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung im Zeitraum 2019 bis 2035 darstellt. Im gleichen Maße, wie der Bevölkerungsumfang der Jüngeren im Alter bis unter 65 Jahren zurückgeht, steigt der Bevölkerungsumfang der Älteren ab einem Alter von 65 Jahren. Die Geschwindigkeit dieser divergierenden Entwicklung nimmt insbesondere ab dem Jahr 2024 deutlich an Fahrt auf, auch wenn bei den Hochbetagten ab einem Alter von 80 Jahren in den nachfolgenden Jahren kurzzeitig nochmal eine leicht rückläufige Entwicklung prognostiziert wird. Ab dem Jahr 2027 wird auch für die Hochbetagten ein kontinuierlicher Anstieg der Bevölkerungsgröße bis zum Jahr 2035 erwartet.

**Abbildung 48: Bevölkerungsentwicklung in Baden-Württemberg im Vergleich zum Jahr 2019**



Quelle: IGES, auf Grundlage Bevölkerungsprognose StaLa Baden-Württemberg (2017)

Der prognostizierte Anstieg der älteren Bevölkerung ab einem Alter von 65 Jahren ist auch mit einem Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen mit Kurzzeitpflege verbunden. Unter der Annahme einer im Zeitverlauf gleichbleibenden Kurzzeitpflegeprävalenz (Basisszenario), das heißt einer im Zeitverlauf gleichbleibenden alters- und geschlechtsbezogenen relativen Häufigkeit der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege, steigt die Anzahl der täglich mit Kurzzeitpflege versorgten

Personen im Prognosezeitraum von 3.234 im Jahr 2019 auf 4.293 Personen im Jahr 2035 an (siehe Tabelle 17). Dies entspricht einem Zuwachs in Höhe von +32,7 % (+1.059 Personen).

Bei einem leichten Rückgang der Kurzzeitpflegeprävalenz in Höhe -10 % bis zum Jahr 2035 fällt der Anstieg des Kurzzeitpflegebedarfs im Vergleich zum Basisszenario etwas geringer aus. In diesem Prognoseszenario werden im Jahr 2035 lediglich +630 Pflegebedürftige mehr als im Jahr 2019 täglich mit Kurzzeitpflege versorgt, was im Vergleich zum Jahr 2019 einem Anstieg um +19,5 % entspricht. Bei einer noch stärker rückläufigen Entwicklung der Kurzzeitpflegeprävalenz mit einem moderaten Rückgang in Höhe von -20 % bis zum Jahr 2035 fällt die Erhöhung des Kurzzeitpflegebedarfs mit +201 Pflegebedürftigen (+6,2 %) zwar nur gering aus, dennoch wird auch für dieses optimistische Prognoseszenario ein Anstieg des Kurzzeitpflegebedarfs in nennenswerter Höhe prognostiziert.

Sollte die Kurzzeitpflegeprävalenz im Zeitverlauf bis zum Jahr 2035 über das im Jahr 2019 vorliegende Niveau ansteigen, würde sich der Kurzzeitpflegebedarf bis zum Jahr 2035 deutlich über das Niveau des Basisszenarios hinaus erhöhen. Unter der Annahme eines geringen Anstiegs der Kurzzeitpflegeprävalenz in Höhe von +10 % bis zum Jahr 2035 werden für das Jahr 2035 täglich 4.723 Pflegebedürftige prognostiziert, die mit Kurzzeitpflege versorgt werden. Im Vergleich zum Jahr 2019 entspricht dies einem Zuwachs in Höhe von +46,0 %. Bei einem Anstieg der Kurzzeitpflegeprävalenz von +20 % bis m Jahr 2035 beträgt der Zuwachs sogar +59,3 % und damit +1.918 Pflegebedürftige mehr als im Jahr 2019.

**Tabelle 17: Prognose Pflegebedürftige mit Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg**

| Jahr | Prognoseszenario   |                   |               |                  |                   |
|------|--------------------|-------------------|---------------|------------------|-------------------|
|      | Moderater Rückgang | Geringer Rückgang | Basisszenario | Geringer Anstieg | Moderater Anstieg |
| 2019 | 3.234              | 3.234             | 3.234         | 3.234            | 3.234             |
| 2020 | 3.279              | 3.300             | 3.321         | 3.341            | 3.362             |
| 2021 | 3.319              | 3.362             | 3.405         | 3.447            | 3.490             |
| 2022 | 3.340              | 3.405             | 3.470         | 3.535            | 3.600             |
| 2023 | 3.366              | 3.455             | 3.544         | 3.632            | 3.721             |
| 2024 | 3.407              | 3.521             | 3.634         | 3.748            | 3.861             |
| 2025 | 3.428              | 3.567             | 3.706         | 3.845            | 3.984             |
| 2026 | 3.446              | 3.611             | 3.776         | 3.941            | 4.107             |
| 2027 | 3.445              | 3.636             | 3.827         | 4.019            | 4.210             |
| 2028 | 3.451              | 3.669             | 3.888         | 4.107            | 4.325             |
| 2029 | 3.464              | 3.712             | 3.959         | 4.207            | 4.454             |
| 2030 | 3.452              | 3.727             | 4.002         | 4.278            | 4.553             |
| 2031 | 3.446              | 3.750             | 4.054         | 4.358            | 4.662             |

| Jahr                             | Prognoseszenario   |                   |               |                  |                   |
|----------------------------------|--------------------|-------------------|---------------|------------------|-------------------|
|                                  | Moderater Rückgang | Geringer Rückgang | Basisszenario | Geringer Anstieg | Moderater Anstieg |
| 2032                             | 3.436              | 3.769             | 4.102         | 4.435            | 4.769             |
| 2033                             | 3.433              | 3.797             | 4.161         | 4.525            | 4.889             |
| 2034                             | 3.441              | 3.838             | 4.235         | 4.632            | 5.029             |
| 2035                             | 3.435              | 3.864             | 4.293         | 4.723            | 5.152             |
| <b>Veränderung 2019 bis 2035</b> |                    |                   |               |                  |                   |
| absolut                          | +201               | +630              | +1.059        | +1.489           | +1.918            |
| relativ                          | +6,2 %             | +19,5 %           | +32,7 %       | +46,0 %          | +59,3 %           |

Quelle: IGES, auf Grundlage Pflegestatistik 2019 und Bevölkerungsprognose StaLa Baden-Württemberg (2017)

Bei der Prognose des Kurzzeitpflegeplatzbedarfs wird auch die Platzauslastungsquote der Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg berücksichtigt. Da eine ganzjährige Auslastungsquote in Höhe von 100 % aus betrieblichen Gründen (zum Beispiel aufgrund Bewohnerwechsel, Renovierungsarbeiten) nicht erreicht werden kann, müssen für die Erfüllung des Versorgungsbedarfs grundsätzlich etwas mehr Kurzzeitpflegeplätze vorgehalten werden als Pflegebedürftige mit Kurzzeitpflege täglich versorgt werden.

Die Prognose der Entwicklung des Bedarfs an Kurzzeitpflegeplätzen basiert auf dem in Tabelle 18 dargestellten Bedarf an Kurzzeitpflege unter der Annahme einer Auslastung in Höhe von 80 % bei Kurzzeitpflegeplätzen in solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen oder Wohnbereichen und einer Auslastung in Höhe der landesdurchschnittlichen Auslastungsquote von 94,0 % in vollstationären Pflegeeinrichtungen mit eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen. Im Gesamtdurchschnitt beläuft sich die den Berechnungen zu Grunde gelegte Auslastungsquote, unabhängig der Art der Bereitstellung des Kurzzeitpflegeplatzes, auf etwa 90,4 %. Demnach müssen für jeden Pflegebedürftigen mit Bedarf an Kurzzeitpflege insgesamt 1.106 Kurzzeitpflegeplätze vorgehalten werden, um den Versorgungsbedarf erfüllen zu können. Detaillierte Ergebnisse des prognostizierten Kurzzeitpflegeplatzbedarfs sind in Tabelle 18 abgebildet.

**Tabelle 18: Prognose Pflegeplatzbedarf Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg**

| Jahr | Prognoseszenario   |                   |               |                  |                   |
|------|--------------------|-------------------|---------------|------------------|-------------------|
|      | Moderater Rückgang | Geringer Rückgang | Basisszenario | Geringer Anstieg | Moderater Anstieg |
| 2019 | 3.577              | 3.577             | 3.577         | 3.577            | 3.577             |
| 2020 | 3.626              | 3.649             | 3.672         | 3.695            | 3.718             |
| 2021 | 3.671              | 3.718             | 3.765         | 3.812            | 3.859             |
| 2022 | 3.693              | 3.765             | 3.837         | 3.909            | 3.981             |

| Jahr                             | Prognoseszenario   |                   |               |                  |                   |
|----------------------------------|--------------------|-------------------|---------------|------------------|-------------------|
|                                  | Moderater Rückgang | Geringer Rückgang | Basisszenario | Geringer Anstieg | Moderater Anstieg |
| 2023                             | 3.723              | 3.821             | 3.919         | 4.016            | 4.114             |
| 2024                             | 3.768              | 3.893             | 4.019         | 4.144            | 4.270             |
| 2025                             | 3.791              | 3.944             | 4.098         | 4.251            | 4.405             |
| 2026                             | 3.811              | 3.993             | 4.176         | 4.358            | 4.540             |
| 2027                             | 3.809              | 4.021             | 4.232         | 4.443            | 4.655             |
| 2028                             | 3.816              | 4.057             | 4.299         | 4.541            | 4.782             |
| 2029                             | 3.831              | 4.104             | 4.378         | 4.651            | 4.924             |
| 2030                             | 3.818              | 4.121             | 4.425         | 4.729            | 5.033             |
| 2031                             | 3.810              | 4.146             | 4.482         | 4.818            | 5.154             |
| 2032                             | 3.799              | 4.167             | 4.536         | 4.904            | 5.272             |
| 2033                             | 3.796              | 4.199             | 4.601         | 5.003            | 5.405             |
| 2034                             | 3.805              | 4.244             | 4.683         | 5.121            | 5.560             |
| 2035                             | 3.798              | 4.273             | 4.747         | 5.221            | 5.695             |
| <b>Veränderung 2019 bis 2035</b> |                    |                   |               |                  |                   |
| absolut                          | +221               | +696              | +1.170        | +1.644           | +2.118            |
| relativ                          | +6,2 %             | +19,5 %           | +32,7 %       | +46,0 %          | +59,2 %           |

Quelle: IGES auf Grundlage Pflegestatistik 2019 und Bevölkerungsprognose StaLa Baden-Württemberg (2017)

Der Bedarf an Kurzzeitpflege wird durch die Bereitstellung von ganzjährig vorzuhaltenden/solitären und von eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen gedeckt. Ganzjährig vorzuhaltende/solitäre Kurzzeitpflegeplätze werden ausschließlich von Kurzzeitpflegegästen belegt. Eingestreuete Pflegeplätze werden sowohl von Personen mit Bedarf an Kurzzeitpflege als auch im Rahmen der vollstationären Dauerpflege belegt. Ein eingestreuter Pflegeplatz steht demnach nicht ganzjährig zur Erfüllung des Kurzzeitpflegebedarfs zur Verfügung, sondern wird im Jahresdurchschnitt zumindest anteilig auch zur Versorgung von Personen mit vollstationärer Dauerpflege verwendet.

Im Jahr 2019 bestanden in Baden-Württemberg 1.000 ganzjährig vorzuhaltende/solitäre und 6.473 eingestreuete Kurzzeitpflegeplätze, über deren Bereitstellung der rechnerische Kurzzeitpflegeplatzbedarf in Höhe von 3.577 Kurzzeitpflegeplätzen zur Versorgung von täglich 3.234 Pflegebedürftigen mit Bedarf an Kurzzeitpflege erfüllt wurde. Demnach wurden etwa 28,0 % des Kurzzeitpflegeplatzbedarfs (1.000 von 3.577 Kurzzeitpflegeplätzen) durch ganzjährig vorzuhaltende/solitäre Kurzzeitpflegeplätze und 72,0 % des Kurzzeitpflegeplatzbedarfs durch eingestreuete Kurzzeitpflegeplätze abgedeckt.

Unter der Annahme einer Auslastungsquote in Höhe von 80 % bei den ganzjährig vorzuhaltenden/solitären Pflegeplätzen wurden rechnerisch täglich 800 Personen mit Kurzzeitpflegebedarf auf ganzjährig vorzuhaltende/solitäre Kurzzeitpflegeplätzen versorgt. Dies entspricht etwa 24,7 % aller Personen mit Kurzzeitpflegebedarf (800 von 3.234 Personen mit Kurzzeitpflegebedarf).

Der übrige Kurzzeitpflegebedarf (2.434 Personen mit Kurzzeitpflege entsprechend 75,3 % aller Personen mit Bedarf an Kurzzeitpflege) wurde durch die Bereitstellung von eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen abgedeckt. Bei einer landesdurchschnittlichen Auslastungsquote in Höhe von etwa 94,0 % bei den eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen wurden von den 6.473 zur Verfügung stehenden Plätzen im Durchschnitt 6.085 durch Pflegebedürftige (Kurzzeitpflege und vollstationäre Dauerpflege) belegt. Rechnerisch wurden diese anteilig zu 40,0 % (2.434 von 6.085 Pflegebedürftigen) für die Kurzzeitpflege eingesetzt und zu 60,0 % (3.651 Pflegebedürftige) für die vollstationäre Dauerpflege verwendet.

Unter der Annahme einer gleichbleibenden Kurzzeitpflegeprävalenz (Basisszenario) erhöht sich der Bedarf an ganzjährig vorzuhaltenden/solitären Kurzzeitpflegeplätzen bis zum Jahr 2035 um +327 auf 1.327 Pflegeplätze und der Bedarf an eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen um +2.118 auf 8.591 (Tabelle 19). Dies entspricht einem Zuwachs in Höhe von jeweils +32,7 %. Hierbei wird angenommen, dass der Anteil der ganzjährig vorzuhaltenden/solitären Kurzzeitpflegeplätze an der Versorgung des Kurzzeitpflegebedarfs und der auf die Versorgung von Personen mit Kurzzeitpflege entfallende Anteil der eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze im Zeitverlauf konstant bleiben.

Sofern die Pflegeprävalenz bis zum Jahr 2035 eine rückläufige Entwicklung aufweist, fällt der Zuwachs des Bedarfs an Pflegeplätzen entsprechend geringer aus. Bei einem geringen Rückgang der Kurzzeitpflegeprävalenz um -10 % erhöht sich der Bedarf an ganzjährig vorzuhaltenden/solitären und eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen um +19,5 % auf 1.195 ganzjährig vorzuhaltende/solitäre Kurzzeitpflegeplätze (+195) beziehungsweise 7.733 eingestreute Kurzzeitpflegeplätze (+1.260). Bei einem noch stärkeren Rückgang der Kurzzeitpflegeprävalenz um -20 % (moderater Rückgang) wären +6,2 % mehr ganzjährig vorzuhaltende/solitäre und eingestreute Kurzzeitpflegeplätze im Vergleich zum Jahr 2019 erforderlich, um den Bedarf an Kurzzeitpflege zu erfüllen. Dies entspricht einem Zuwachs in Höhe von +62 solitären/ganzjährig vorzuhaltenden und +401 eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen.

Steigt die Kurzzeitpflegeprävalenz dagegen im Zeitverlauf über das im Jahr 2019 vorliegende Niveau, fällt der Zuwachs des Bedarfs an Pflegeplätzen entsprechend höher aus als im Basisszenario. Bei einem geringen Anstieg der Kurzzeitpflegeprävalenz in Höhe von +10 % beläuft sich der Bedarf an ganzjährig vorzuhaltenden/solitären Kurzzeitpflegeplätzen im Jahr 2035 auf 1.460 (+460 Pflegeplätze) und der Bedarf an eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen auf 9.449 (+2.976 Pflegeplätze). Im Vergleich zum Jahr 2019 beträgt der Anstieg 46,0 %. Bei einem moderaten Anstieg der Kurzzeitpflegeprävalenz in Höhe von +20 % erhöht sich der Bedarf an ganzjährig vorzuhaltenden/solitären Kurzzeitpflegeplätzen bis zum Jahr 2035 um +592 auf 1.592 und der Bedarf an eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen um +3.834 auf 10.307 Pflegeplätze. Im Vergleich zum Jahr 2019 entspricht dies einem Anstieg um jeweils 59,2 %.

Tabelle 19: Prognose Pflegeplatzbedarf in der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg, nach Prognoseszenario

| Jahr | Prognoseszenario  |                                   |   |                                   |   |                                   |   |                                   |   |                                   |
|------|---|-----------------------------------|---|-----------------------------------|---|-----------------------------------|---|-----------------------------------|---|-----------------------------------|
|      | Moderater Rückgang  |                                   | Geringer Rückgang   |                                   | Basisszenario   |                                   | Geringer Anstieg  |                                   | Moderater Anstieg   |                                   |
|      | Solitäre/<br>ganzjährig<br>vorzuhal-<br>tende<br>Pflegeplätze | Einge-<br>streute<br>Pflegeplätze |
| 2019 | 1.000   | 6.473                             | 1.000   | 6.473                             | 1.000   | 6.473                             | 1.000   | 6.473                             | 1.000   | 6.473                             |
| 2020 | 1.014   | 6.563                             | 1.020   | 6.605                             | 1.027   | 6.646                             | 1.033   | 6.688                             | 1.040   | 6.729                             |
| 2021 | 1.026   | 6.644                             | 1.040   | 6.729                             | 1.053   | 6.814                             | 1.066   | 6.899                             | 1.079   | 6.984                             |
| 2022 | 1.033   | 6.684                             | 1.053   | 6.814                             | 1.073   | 6.945                             | 1.093   | 7.075                             | 1.113   | 7.205                             |
| 2023 | 1.041   | 6.738                             | 1.068   | 6.915                             | 1.096   | 7.092                             | 1.123   | 7.269                             | 1.150   | 7.446                             |
| 2024 | 1.053   | 6.819                             | 1.089   | 7.046                             | 1.124   | 7.273                             | 1.159   | 7.500                             | 1.194   | 7.727                             |
| 2025 | 1.060   | 6.860                             | 1.103   | 7.138                             | 1.146   | 7.416                             | 1.189   | 7.694                             | 1.232   | 7.972                             |
| 2026 | 1.065   | 6.896                             | 1.116   | 7.227                             | 1.167   | 7.557                             | 1.218   | 7.887                             | 1.269   | 8.217                             |
| 2027 | 1.065   | 6.894                             | 1.124   | 7.277                             | 1.183   | 7.659                             | 1.242   | 8.042                             | 1.301   | 8.424                             |
| 2028 | 1.067   | 6.906                             | 1.134   | 7.343                             | 1.202   | 7.780                             | 1.270   | 8.218                             | 1.337   | 8.655                             |
| 2029 | 1.071   | 6.933                             | 1.148   | 7.428                             | 1.224   | 7.923                             | 1.300   | 8.418                             | 1.377   | 8.912                             |
| 2030 | 1.067   | 6.909                             | 1.152   | 7.459                             | 1.237   | 8.009                             | 1.322   | 8.559                             | 1.407   | 9.109                             |

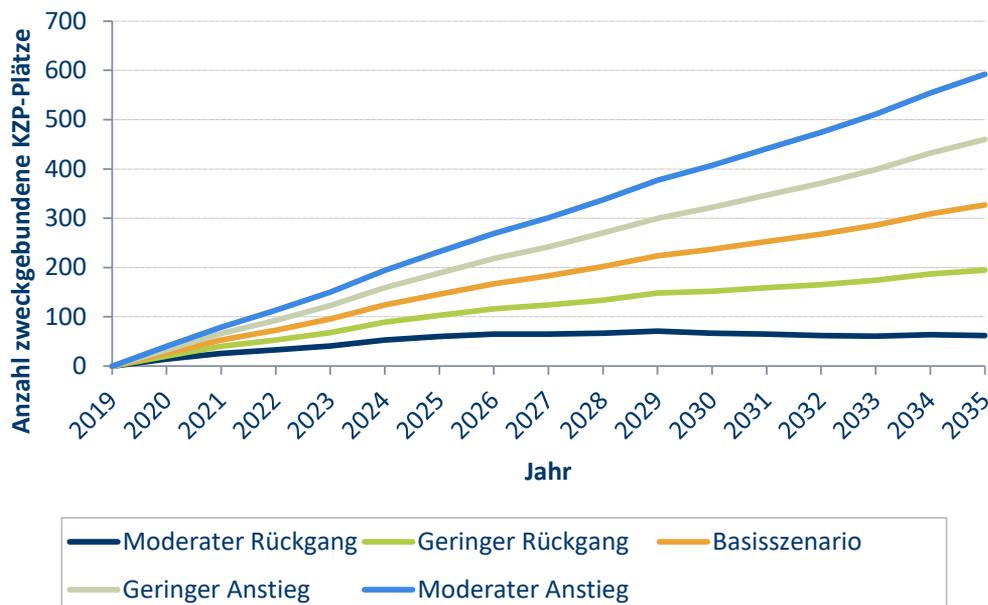
| Jahr                             | Prognoseszenario  |                                   |   |                                   |   |                                   |   |                                   |   |                                   |
|----------------------------------|---|-----------------------------------|---|-----------------------------------|---|-----------------------------------|---|-----------------------------------|---|-----------------------------------|
|                                  | Moderater Rückgang  |                                   | Geringer Rückgang   |                                   | Basisszenario   |                                   | Geringer Anstieg  |                                   | Moderater Anstieg   |                                   |
|                                  | Solitäre/<br>ganzjährig<br>vorzuhal-<br>tende<br>Pflegeplätze | Einge-<br>streute<br>Pflegeplätze |
| 2031                             | 1.065   | 6.896                             | 1.159   | 7.504                             | 1.253   | 8.112                             | 1.347   | 8.720                             | 1.441   | 9.327                             |
| 2032                             | 1.062   | 6.876                             | 1.165   | 7.542                             | 1.268   | 8.209                             | 1.371   | 8.875                             | 1.474   | 9.541                             |
| 2033                             | 1.061   | 6.871                             | 1.174   | 7.599                             | 1.286   | 8.326                             | 1.399   | 9.054                             | 1.511   | 9.782                             |
| 2034                             | 1.064   | 6.887                             | 1.187   | 7.681                             | 1.309   | 8.475                             | 1.432   | 9.268                             | 1.554   | 10.062                            |
| 2035                             | 1.062   | 6.874                             | 1.195   | 7.733                             | 1.327   | 8.591                             | 1.460   | 9.449                             | 1.592   | 10.307                            |
| <b>Veränderung 2019 bis 2035</b> |   |                                   |   |                                   |   |                                   |   |                                   |   |                                   |
| absolut                          | +62   | +401                              | +195  | +1.260                            | +327  | +2.118                            | +460  | +2.976                            | +592  | +3.834                            |
| relativ                          | +6,2 %  | +6,2 %                            | +19,5 %   | +19,5 %                           | +32,7 %   | +32,7 %                           | +46,0 %   | +46,0 %                           | +59,2 %   | +59,2 %                           |

Quelle: IGES, auf Grundlage Pflegestatistik 2019 und Bevölkerungsprognose StaLa Baden-Württemberg (2017)

Anmerkung: Bei solitären/ganzjährig vorzuhaltenden Kurzzeitpflegeplätzen handelt es sich um ganzjährig für die Kurzzeitpflege vorgehaltene Pflegeplätze sowie Pflegeplätze in solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen und Kurzzeitpflegewohnbereichen.  
Eingestrente Kurzzeitpflegeplätze sind Pflegeplätze für die vollstationäre Dauerpflege, die flexibel auch für die Kurzzeitpflege genutzt werden können.

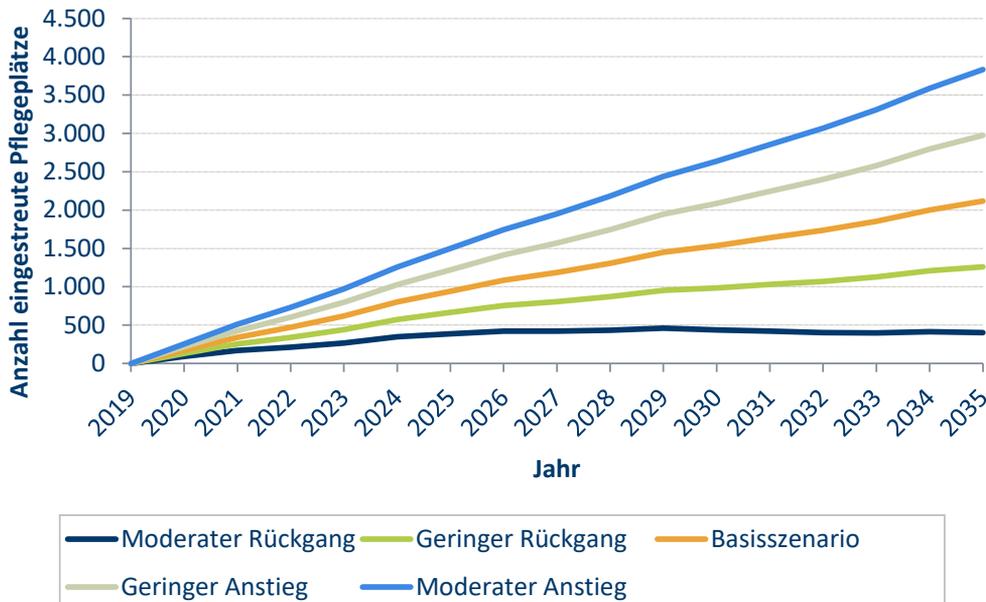
In der Abbildung 49 und der Abbildung 50 ist der Verlauf der Entwicklung des Mehrbedarfs an ganzjährig vorzuhaltenden/solitären und eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen im Vergleich zum Jahr 2019 grafisch dargestellt. Der Darstellung lässt sich entnehmen, dass der zusätzliche Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen in allen untersuchten Prognoseszenarien mehr oder weniger linear über den Prognosezeitraum verläuft. Das heißt, dass der Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen sich jedes Jahr um eine mehr oder weniger konstante Anzahl an Kurzzeitpflegeplätzen erhöht. Dies gilt sowohl für ganzjährig vorzuhaltende/solitäre als auch eingestreute Kurzzeitpflegeplätze. Lediglich unter der Annahme eines moderaten Rückgangs der Kurzzeitpflegeprävalenz ist ersichtlich, dass der Bedarfszuwachs vollständig in der ersten Hälfte der 2020er Jahre anfällt und der Kurzzeitpflegeplatzbedarf im weiteren Zeitverlauf weitgehend unverändert bleibt.

**Abbildung 49: Veränderung der für die Bedarfsdeckung der Kurzzeitpflege erforderlichen ganzjährig vorzuhaltenden/solitären Kurzzeitpflegeplätze im Vergleich zum Jahr 2019**



Quelle: IGES, auf Grundlage Bevölkerungsprognose StaLa Baden-Württemberg (2017)

**Abbildung 50: Veränderung der für die Bedarfsdeckung der Kurzzeitpflege erforderlichen eingestreuten Pflegeplätze im Vergleich zum Jahr 2019**



Quelle: IGES, auf Grundlage Bevölkerungsprognose StaLa Baden-Württemberg (2017)

## 4.5 Zusammenfassung und Ableitung von Schlussfolgerungen

Das Land Baden-Württemberg ist durch folgende, für die Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege relevante Strukturmerkmale charakterisiert:

- Bis zum Jahr 2030 wird ein Bevölkerungszuwachs von knapp + 2 % prognostiziert.
- Die Kohorte der über 80-Jährigen wird um knapp + 12 % zunehmen, sodass entsprechend hoch auch der Zuwachs bei Personen mit Pflegebedarf ausfallen wird.
- Im Zeitraum 2017 zu 2019 ist ein Zuwachs um + 22,8 % der durch ambulante Pflegedienste und um + 25,7 % der durch Angehörige versorgte Pflegebedürftige zu verzeichnen.<sup>13</sup>
- Der personelle Zuwachs in der ambulanten Versorgung stieg im gleichen Zeitraum um + 11,7 %.
- Die Anzahl pflegebedürftiger Personen in der Kurzzeitpflege ist von 2017 zu 2019 um - 10,6 % gesunken.

<sup>13</sup> Allerdings ist dabei zu berücksichtigen, dass die Pflegestatistik 2019 erstmals auch Personen mit Pflegegrad 1 ohne Leistungsbezug beziehungsweise mit ausschließlich landesrechtlichen Leistungen erfasst. Das waren 2019 in Baden-Württemberg 24.355 Personen. Ohne diese Personengruppe, die in der Pflegestatistik 2017 aufgrund mangelnder Datenqualität noch nicht erfasst werden konnte, hätte der Zuwachs der ausschließlich durch Angehörige versorgten Personen im Zweijahreszeitraum 14,9 % betragen.

- Die Versorgungsquote (je 1.000 zuhause versorgte Pflegebedürftige) in der ganzjährig vorzuhaltenden/solitären Kurzzeitpflege ist von 3,3 Plätzen (2017) auf 2,6 Plätze (2019) gesunken.
- Das Kurzzeitpflegeangebot der eingestreuten Kurzzeitpflege ist von 2017 bis 2019 um + 3,7 % von insgesamt 6.244 auf 6.473 Plätze leicht gestiegen.
- Auf Ebene der Stadt- und Landkreise sind regional unterschiedliche Entwicklungen in der Versorgungsquote im Bereich Kurzzeitpflege festzustellen.

Diese Erkenntnisse verweisen zunächst auf den Bedarf einer regional angepassten Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege – vor allem unter Betrachtung der regional unterschiedlichen Bedarfslagen und der demografisch unterschiedlichen Entwicklungen.

Die Analyse der Angebotsentwicklung in der Kurzzeitpflege zeigt weiterhin, dass:

- die Anzahl der verfügbaren Plätze insgesamt in den Jahren 2018 bis 2021 im Mittel von 13 Plätze/Einrichtung auf 18 Plätze/Einrichtung gestiegen ist,
- zum Teil in den Stadt- beziehungsweise Landkreisen keine solitären/ganzjährig vorzuhaltenden, sondern ausschließlich eingestreute Kurzzeitpflegeplätze vorhanden sind,
- nach Einschätzung der Befragten die in der jeweiligen Region verfügbaren Kapazitäten für die stationäre Kurzzeitpflege (nach einem Krankenhausaufenthalt oder einer häuslichen Krisensituation gemäß § 42 SGB XI und für Personen nach § 39c SGB V) nicht ausreichend sind.
- es zu wenig Angebote zur Verhinderungspflege gibt, die auch durch ambulante Pflegedienste erbracht werden (sogenannte „Urlaubspflege“ gemäß § 39 SGB XI) und
- eine erhöhte Nachfrage nach Dauerpflegeplätzen, Umbaumaßnahmen aufgrund der LHeimBauVO oder Brandschutzrichtlinien und ein zu hoher Verwaltungsaufwand im Vergleich zu Dauerpflegebewohnerinnen und -bewohnern den Ausbau der Plätze in den Einrichtungen limitieren.

Diese Erkenntnisse sowie die in Kapitel 3 beschriebenen Aspekte zum Status quo der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg zeigen, dass zwar die Anzahl der Plätze gestiegen ist, allerdings die Kapazitäten weiterhin als nicht ausreichend eingeschätzt werden. Somit lässt sich vermuten, dass die Angebotsentwicklung in der Kurzzeitpflege mit dem steigenden Bedarf der Bevölkerung nicht Schritt halten kann.

Dies findet bei Betrachtung der Entwicklung der Fallzahlen zum Teil Bestätigung:

- Die Versorgungsquote bezogen auf die solitären/ganzjährig vorzuhaltenden Kurzzeitpflegeplätze ist in 37 von 44 Stadt- und Landkreisen sehr niedrig beziehungsweise als nicht ausreichend einzuschätzen.
- Der deutliche Rückgang der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege von 2018 zu 2019 bei gleichzeitig deutlicher Steigerung der Zahl der anspruchsberechtigten ambulant versorgten Personen mit Pflegebedarf lässt auf einen zunehmenden Engpass an verfügbaren Plätzen schließen.
- In der Online-Befragung hat sich die berichtete Anzahl der Aufnahmen von Kurzzeitpflegegästen im Zeitraum 2018 bis 2020 im Mittel kaum verändert.

- Die Anzahl der Belegungstage hat sich in dem gleichen Zeitraum im Mittel insgesamt um 33,8 % reduziert (1030 Belegungstage 2018 zu 770 Belegungstage 2020). Vergleichend war der Rückgang der Belegungstage bei eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen mit -20,3 % im Mittel (901 Belegungstage 2018 zu 726 Belegungstage 2020) geringer als bei ganzjährig vorzuhaltenden Kurzzeitpflegeplätzen mit einem Rückgang von -57,8 % im Mittel (1.909 Belegungstage 2018 zu 806 Belegungstage 2020).

Begründung ist zum einen das nicht ausreichende Angebot, vor allem an Plätzen (ganzjährig vorzuhaltend als auch solitär), als auch zum anderen die gestiegenen Eigenanteile der Gäste, welche die Verweildauern verkürzen.

Wenn Einrichtungen ihr Platzangebot ausbauen wollen (12,1 % der befragten Einrichtungen bestätigten dies), dann wird dabei meist auf die eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze verwiesen. Dies ist insofern problematisch, da diese auch mit Dauerpflege belegt werden können und demnach nicht planbar für die Kurzzeitpflege vorgehalten werden beziehungsweise „real“ zur Verfügung stehen.

Bestehende Fördermöglichkeiten durch das Land Baden-Württemberg für den Ausbau der solitären Kurzzeitpflege werden, laut Ergebnis der Auswertung der empirischen Erhebung, kaum in Anspruch genommen. Als Gründe wurden unter anderem angegeben, dass die Fördersummen als zu gering empfunden wurden oder das Förderprogramm für die Einrichtung nicht passend war (zum Beispiel auch, weil bereits aus anderen Fördermöglichkeiten geschöpft wurde, was eine weitere Förderung in den Antragsbedingungen ausgeschlossen habe). Es ist daher zu empfehlen, den Einrichtungen das Förderangebot transparenter darzustellen und Unterstützung bei der Antragstellung anzubieten. Darüber hinaus wurden hemmende Rahmenbedingungen, wie zum Beispiel fehlende oder mangelnde (Re-) Finanzierungsmöglichkeiten als Begründung genannt.

Das zielgruppenspezifische Angebot ist laut Angabe der befragten Einrichtungen defizitär, der Bedarf in der Bevölkerung allerdings beobachtbar. Die Befragten geben an, dass beispielsweise ein Angebotsausbau für die Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen bis 18 Jahren und der 18 bis 65-Jährigen aufgrund der folgenden Punkte nicht umgesetzt werden konnte:

- fehlende Berücksichtigung im Versorgungsvertrag,
- fehlende Versorgungskonzepte in den Einrichtungen oder
- fehlende Leistungsangebote (Beschäftigung und Freizeit).

Häufiger bestehen demgegenüber Angebote der Kurzzeitpflege (unabhängig von der Art des Kurzzeitpflegeplatzes) für Menschen mit leichten demenziellen Erkrankungen, mit körperlicher Behinderung oder neurodegenerativen Erkrankungen und Menschen mit palliativem Versorgungsbedarf. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass vor allem für:

- Menschen mit schweren demenziellen Erkrankungen,
- mit psychischen Erkrankungen (ohne Suchterkrankungen) und
- mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung

das Platzangebot als zu gering eingeschätzt wird. Trotz bestehender Bedarfe für bestimmte Zielgruppen ist ein Ausbau nur unter Betrachtung der regionalen Nachfrage zu empfehlen. Für beispielsweise beatmete Personen bedarf es einer hochspezialisierten Kurzzeitpflege, welche aufgrund der doch geringeren Nachfrage im Vergleich zu anderen Zielgruppen nicht in jeder Region vorgehalten werden kann. An dieser Stelle bedarf es einer Analyse der regionalen bestehenden Angebote und der passgenauen Weiterentwicklung beziehungsweise eines Ausbaus.

Hinsichtlich zielgruppenspezifischer Kurzzeitpflegeangebote ist auch entsprechend qualifiziertes Personal erforderlich. Laut Angabe der Befragten fehlt hauptsächlich spezifisch weitergebildetes Personal in der Kurzzeitpflege für Menschen mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung, mit psychischen Erkrankungen (einschließlich Suchterkrankungen) und mit schweren demenziellen Erkrankungen.

Darüber hinaus sollte das Angebot beziehungsweise die „Spezialisierung“ der Kurzzeitpflege an den unterschiedlichen Bedarfskonstellationen (beispielsweise postakut und im Rahmen der Verhinderungspflege) der Kurzzeitpflegegäste (Kurzzeitpflegegäste nach § 42 SGB XI, § 39 SGB XI, § 39c SGB V und seit dem GVWG 2021 auch nach § 39e SGB V) ausgebaut werden, weil:

- poststationäre Kurzzeitpflegegäste beziehungsweise Gäste nach häuslicher Krise vergleichsweise höhere medizinische, therapeutische, rehabilitative und koordinierende Versorgungsbedarfe aufweisen,
- nach Angabe der Einrichtungen die Kurzzeitpflege nach Krankenhausbehandlung bei bestehender Pflegebedürftigkeit § 42 SGB XI dem häufigsten Aufnahmegrund entspricht,
- die Verhinderungs- beziehungsweise Urlaubspflege (§ 39 SGB XI) der am häufigsten durch die Nutzerinnen und Nutzer genannte Grund für die Suche nach einem Kurzzeitpflegeplatz ist.

Eine zielgruppenspezifische Weiterentwicklung und ein darauf gegebenenfalls basierender Ausbau der Kurzzeitpflege sollte dabei keinesfalls zur weiteren Verknappung der Kurzzeitpflegeplätze oder sogar mit Zugangsbeschränkungen für andere, nicht der Zielgruppe zugehörigen Personen mit Kurzzeitpflegebedarf einhergehen.

Die Versichertenbefragung hat darüber hinaus gezeigt, dass Pflegebedürftige und deren Angehörige bei der Organisation eines Kurzzeitpflegeplatzes einen großen Unterstützungsbedarf haben (siehe auch Kapitel 4.2). Die Suche nach einem Kurzzeitpflegeplatz wurde insgesamt von über der Hälfte der Befragten als schwierig bis sehr schwierig eingeschätzt, vor allem wenn Kurzzeitpflege wegen einer akuten gesundheitlichen Verschlechterung der pflegebedürftigen Person oder im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung benötigt wird. Verbesserungspotentiale wurden zudem in mehr Informationsmöglichkeiten zu den Angeboten oder auch der Kostenübernahme angegeben. Hier besteht Potential, zum Beispiel mittels zentraler Anlaufstellen zur Platzvermittlung und Beratung, verbindlichen Netzwerkstrukturen oder Kooperationen der Akteure oder gesteigerter Öffentlichkeitsarbeit zur transparenteren Darstellung der Angebotsstrukturen, diesem Unterstützungsbedarf gerecht zu werden.

Die Daten zeigen, dass in der Kurzzeitpflege, sowohl bei den Pflegenden als auch anderen Mitarbeitenden (unter anderem in der Verwaltung oder Einrichtungsleitung), viele Koordinierungs-, Abstimmungs- und Beratungsleistungen erbracht werden:

- zum Management des gesamten Versorgungsprozesses; der Aufnahme beziehungsweise Überleitung aus dem Krankenhaus, des Aufenthaltes und der Entlassung,
- zur Organisation der benötigten und zum Teil fehlenden Unterlagen bei Überleitung aus der Akutversorgung,
- zur Organisation der multidisziplinären Versorgung aufgrund der behandlungspflegerischen Bedarfe,
- zur Organisation der oftmals noch nicht geklärten Folgeversorgung der Kurzzeitpflegegäste,
- zur Beratung über Leistungs- und Finanzierungsansprüche gegenüber der Pflegebeziehungsweise Krankenkasse (zum Beispiel zu Kostenübernahmen),
- zur Beratung über die Versorgungssituation und des weiteren Verlaufs mit den Betroffenen als auch den Angehörigen,
- zur Organisation von Hilfsmitteln und Krankentransporten.

Anders als angenommen bestätigte sich nicht, dass sich der Umfang der Koordinierungsaufwände hinsichtlich der Art des Kurzzeitpflegeplatzes (eingestreut, ganzjährig vorzuhalten oder solitär) unterscheidet. Es zeigten sich jedoch vereinzelt Unterschiede in den Inhalten der Koordinierungsaufwände bei differenzierter Betrachtung der Pflegegrade und des Aufnahmearlasses der Kurzzeitpflegegäste (siehe auch Kapitel 4.3.2). Beispielsweise fielen geringere Aufwände bei Kurzzeitpflegegästen mit höherem Pflegegrad in der Organisation der medikamentösen Versorgung an. In der vergleichenden Betrachtung des Aufnahmearlasses zeigte sich, dass bei Kurzzeitpflegegästen nach stationärer Krankenhausbehandlung (§ 42 SGB XI und § 39c SGB V) höhere Koordinierungsaufwände in der haus- beziehungsweise fachärztlichen Versorgung sowie der medikamentösen Versorgung im Vergleich zu Gästen nach häuslicher Krise beziehungsweise der Verhinderungs-/Urlaubspflege vorlagen.

## 5. Wirtschaftliche und personelle Situation in der Kurzzeitpflege

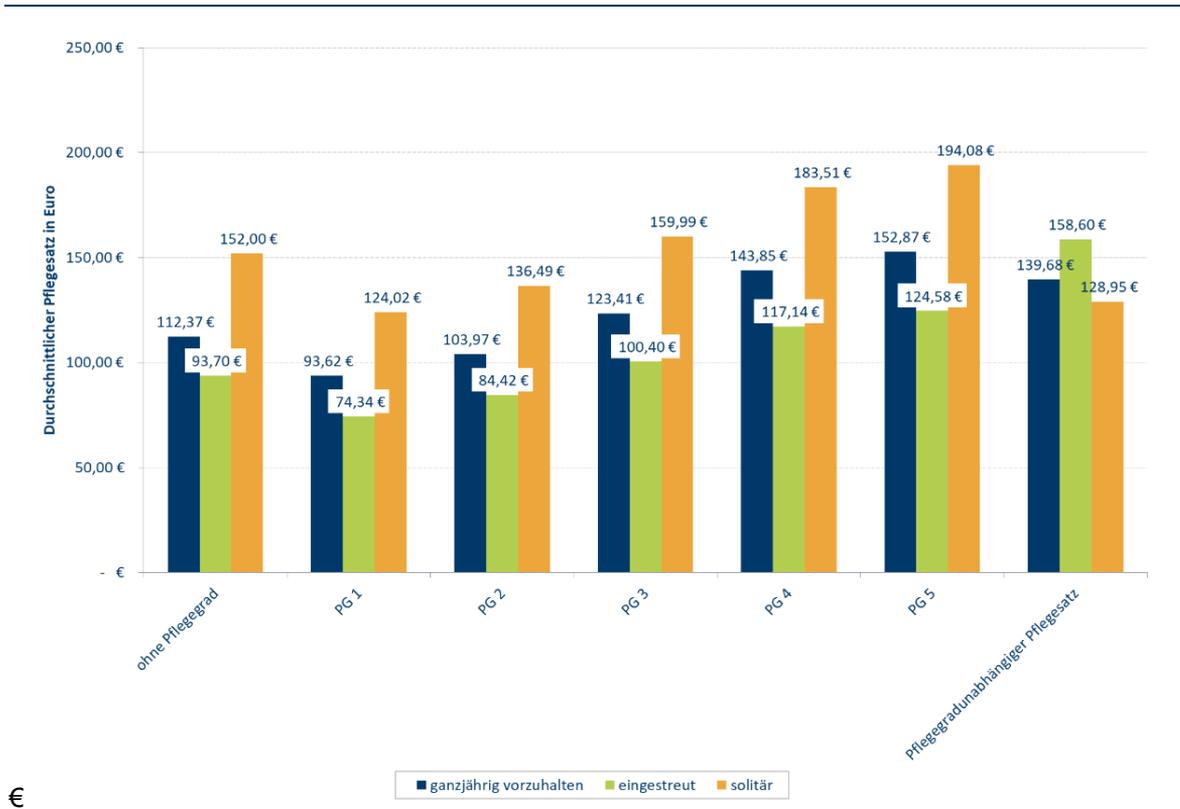
In diesem Kapitel werden die Erkenntnisse der empirischen Erhebungen zur wirtschaftlichen und personellen Situation in der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg dargestellt.

Zunächst erfolgt eine überblicksartige Darstellung der Untersuchungsergebnisse (Abschnitt 5.1). Daran anschließend werden diese in Abschnitt 5.2 zusammenfassend beschrieben und Schlussfolgerungen abgeleitet. Die Beschreibung der Methodik der empirischen Erhebungen ist dem Anhang A1 zu entnehmen.

### 5.1 Untersuchungsergebnisse

In der vorliegenden wissenschaftlichen Untersuchung zur Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg wurden auch wirtschaftliche und personelle Aspekte der Kurzzeitpflege untersucht, um daraus schlussfolgernd zielgerichtete Anhaltspunkte für die Weiterentwicklung abzuleiten. Zunächst wurden die teilnehmenden Pflegeeinrichtungen in der Online-Befragung um Angabe der vereinbarten Pflegesätze gebeten. Abbildung 51 veranschaulicht die durchschnittlichen Pflegesätze pro Kurzzeitpflegegast (beziehungsweise Bewohnerin und Bewohner allgemein), differenziert nach Form des Kurzzeitpflegeplatzes (eingestreut, ganzjährig vorzuhalten, solitär).

**Abbildung 51: durchschnittliche vereinbarte Pflegesätze pro Tag (2021), nach Kurzzeitpflegeangebot und Pflegegrad, Angaben in Euro**

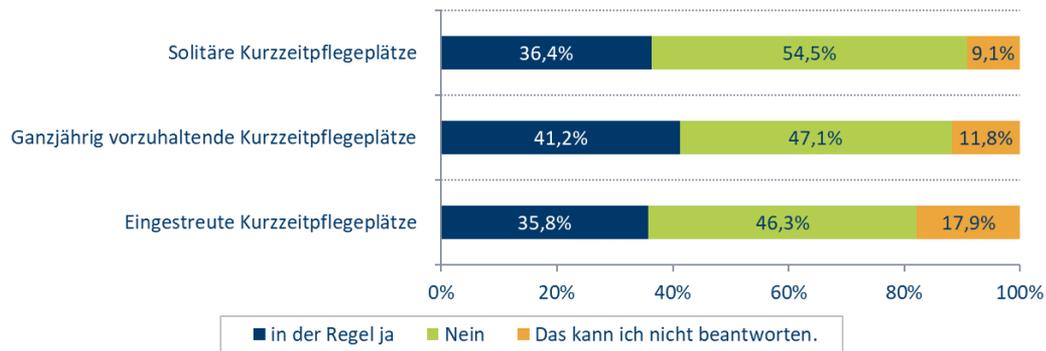


Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

Während die differenziert nach Pflegegrad vereinbarten Pflegesätze im Schnitt jeweils für solitäre Kurzzeitpflege höher ausfallen als bei eingestreuten beziehungsweise ganzjährig vorzuhaltenden Plätzen, ist dies bei den pflegegradunabhängigen Pflegesätzen umgekehrt – hier liegt der Durchschnitt bei den solitären Plätzen am niedrigsten und bei den eingestreuten, flexibel nutzbaren Plätzen am höchsten. Dies lässt sich jedoch ohne detaillierte Informationen nicht bewerten.

Die Einrichtungen wurden auch um eine Einschätzung gebeten, inwieweit die Pflegesätze für die Versorgung von Kurzzeitpflegegästen kostendeckend sind. Insgesamt geben fast die Hälfte der befragten Einrichtungen an (46,1 %, n = 65/141), dass die Pflegesätze nicht kostendeckend sind. Weitere 36,9 % bewerteten die Sätze als „in der Regel kostendeckend“ und 17,0 % konnten dazu keine Einschätzung vornehmen. Abbildung 52 veranschaulicht die Antworten der Pflegeeinrichtungen differenziert nach eingestreuten, ganzjährig vorzuhaltenden beziehungsweise solitären Plätzen und zeigt, dass ein höherer Anteil in solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen die Pflegesätze als nicht kostendeckend einschätzt.

**Abbildung 52: Einschätzung der Pflegesätze hinsichtlich der Kostendeckung, nach Kurzzeitpflegeangebot, n = 141, Angaben in %**

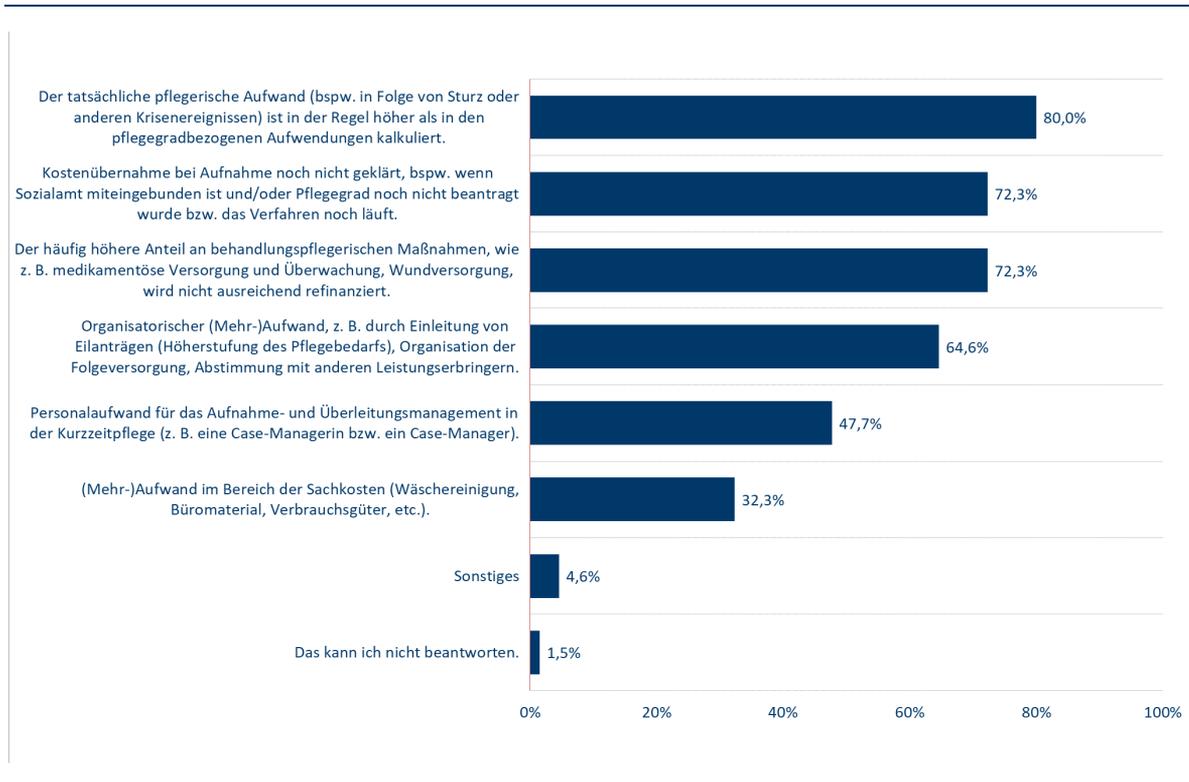


Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

Abbildung 53 zeigt die häufigsten Gründe für die Einschätzung, dass die Pflegesätze für die Versorgung von Kurzzeitpflegegästen nicht kostendeckend sind. Diese sind:

- der pflegerische Aufwand sei höher als die pflegegradbezogenen Vergütungen kalkuliert sind (80,0 %) beziehungsweise
- häufig zeige sich ein höherer Anteil an behandlungspflegerischen Maßnahmen (72,3 %),
- die Kostenübernahme sei bei Aufnahme teilweise noch nicht geklärt (72,3 %),
- der organisatorische Mehraufwand (64,6 %) und/oder
- der Personalaufwand für das Aufnahme- und Überleitungsmanagement (47,7 %) seien höher.

**Abbildung 53: Gründe, warum Pflegesätze nicht kostendeckend sind, Mehrfachnennung, Angaben in %**

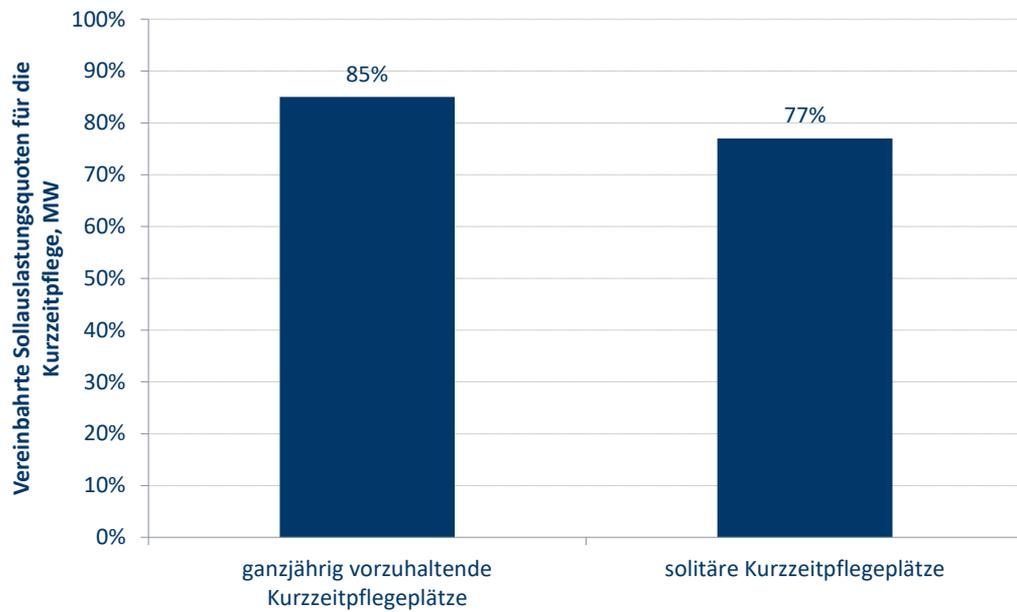


Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

Abbildung 54 zeigt die den Pflegesätzen zugrundeliegenden (Soll-)Auslastungsquoten<sup>14</sup> der stationären Pflegeeinrichtungen mit ganzjährig vorzuhaltenden Kurzzeitpflegeplätzen und der solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen.

<sup>14</sup> Die befragten stationären Pflegeeinrichtungen wurden um Angabe der für ihre Kurzzeitpflegeplätze bei den Pflegesatzverhandlungen zugrunde gelegten (Soll-)Auslastungsquote gebeten. Die Sollauslastung beschreibt die im Rahmen der Vergütungsverhandlung zugrundeliegende Mindestauslastung in der kommenden Periode (in der Regel für das folgende Jahr), auf deren Grundlage die prospektive Kostenkalkulation erfolgt.

**Abbildung 54: Zugrundeliegende Sollaustastungsquote für Kurzzeitpflegeplätze (ganzjährig vorzuhaltende und solitäre Plätze), Mittelwert, Angaben in %**

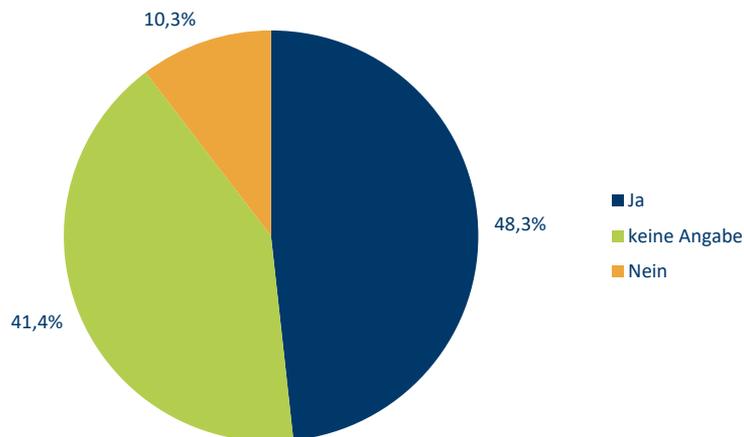


Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021  
 Anmerkung: MW: Mittelwert

Bei den stationären Pflegeeinrichtungen mit ganzjährig vorzuhaltenden Kurzzeitpflegeplätzen wurde im Mittel eine Sollaustastungsquote von 85 % für die Kalkulation der Pflegesätze zugrunde gelegt. Im Vergleich dazu lag diese bei solitären Einrichtungen mit 77 % deutlich niedriger.

Die vereinbarten Sollaustastungsquoten finden in etwa die Hälfte der Befragten (48,3 %) sachgerecht, nur 10,3 % verneinten dies und 41,4 % machen keine Angabe dazu (Abbildung 55).

**Abbildung 55: Einschätzung der Angemessenheit der Sollauslastungsquote durch die stationären Pflegeeinrichtungen (ganzjährig vorzuhaltende und solitäre Plätze), n = 29, Angaben in %**

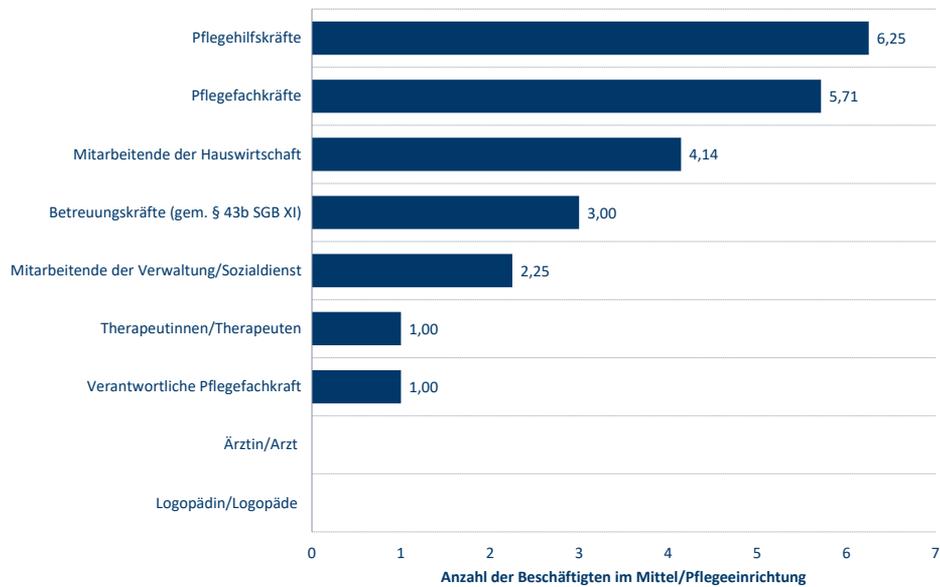


Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

Da mittlerweile in vielen Regionen der Fachkräftemangel der limitierende Faktor für das Pflegeangebot ist, wurden auch Daten zur Personalausstattung in der Online-Befragung erhoben. Die folgenden zwei Abbildungen stellen zum einen die Personalausstattung anhand der Anzahl der Personen (Abbildung 56) und zum anderen nach VZÄ (Abbildung 57) dar. Im Mittel werden 6,25 Pflegehilfskräfte (3,59 VZÄ) und 5,71 Pflegefachkräfte (2,96 VZÄ) je Einrichtung beschäftigt. Diese beiden Berufsgruppen machen damit den größten Anteil in den Einrichtungen aus.

Zudem sind in den stationären Pflegeeinrichtungen mit Kurzzeitpflegeangebot Mitarbeitende der Hauswirtschaft im Mittel mit 1,64 VZÄ und Betreuungskräfte mit 1,14 VZÄ beschäftigt.

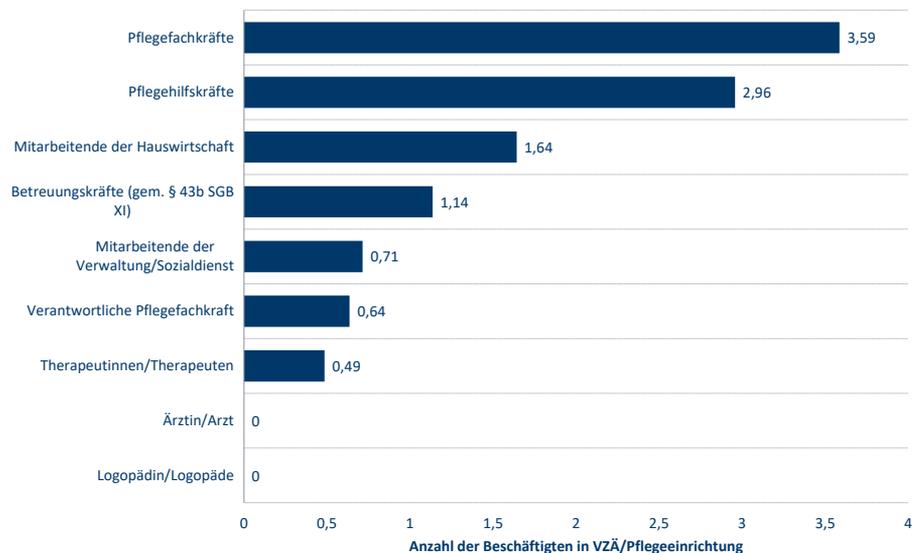
**Abbildung 56: Personelle Ausstattung in den stationären Pflegeeinrichtungen, n = 214, Angabe der Mittelwerte**



Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

Die Anzahl der Beschäftigten in der Verwaltung beziehungsweise dem Sozialdienst (0,71 VZÄ) und der verantwortlichen Pflegefachkraft (0,64 VZÄ) ist geringer als in den anderen Gruppen. Mit im Mittel 0,49 VZÄ ist die Anzahl der Therapeutinnen und Therapeuten in den Pflegeeinrichtungen mit Kurzzeitpflegeangebot am niedrigsten. Ärztinnen und Ärzte sowie Logopädinnen und Logopäden werden von den Pflegeeinrichtungen, die an der Befragung teilgenommen haben, nicht beschäftigt.

**Abbildung 57: Personelle Ausstattung in den stationären Pflegeeinrichtungen, n = 214, Angabe in VZÄ**



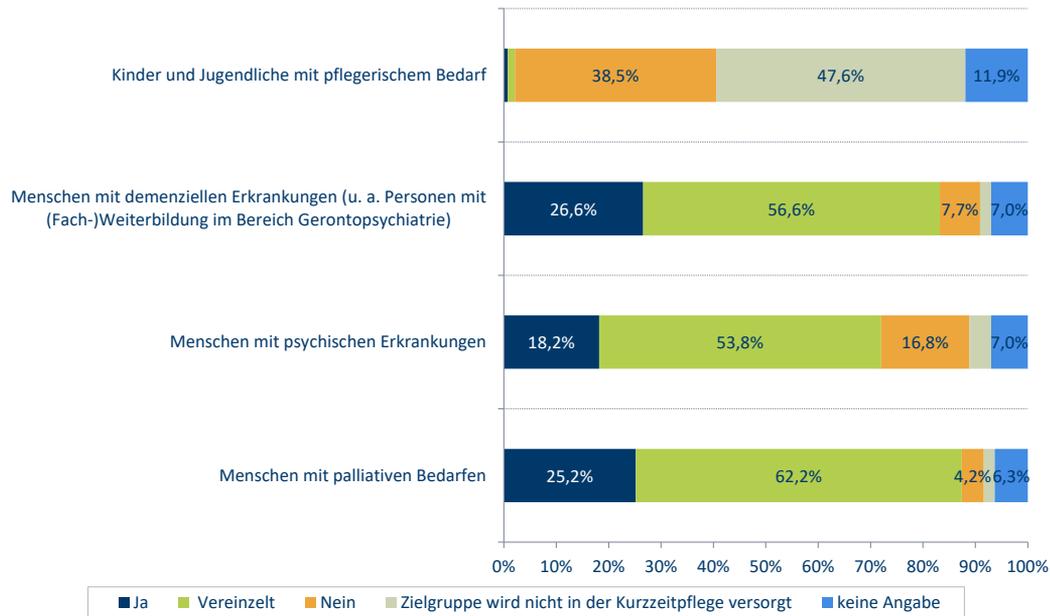
Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021  
 Anmerkung: VZÄ: Vollzeitäquivalent

Wie bereits die Analyse der Angebotsstrukturen aufzeigte, werden zukünftig Kurzzeitpflegeangebote für spezielle Zielgruppen von steigender Bedeutung sein. Laut Angaben der befragten stationären Pflegeeinrichtungen ist das Personal bezüglich spezifischer Bedarfe von:

- Menschen mit demenziellen Erkrankungen (26,8 % der Einrichtungen),
- Menschen mit palliativen Bedarfen (25,2 % der Einrichtungen) sowie
- Menschen mit psychischen Erkrankungen (18,2 % der Einrichtungen)

zumindest in einigen Einrichtungen geschult (Abbildung 58).

**Abbildung 58: Spezialisierung des Personals für spezielle Zielgruppen (unter anderem durch Schulung, Fort- und Weiterbildungen), n = 143, Angaben in %**



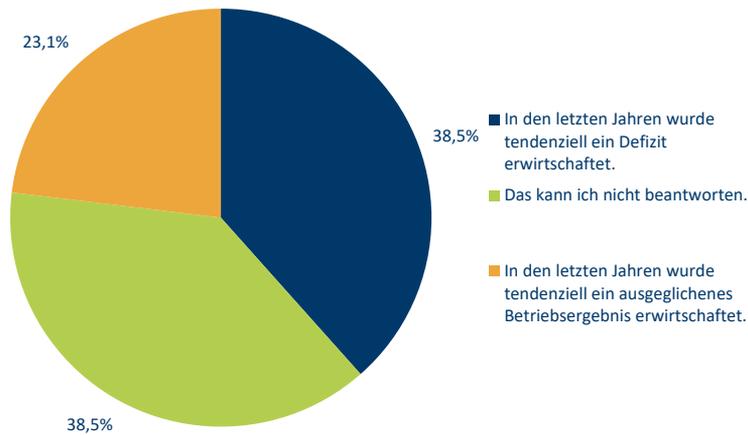
Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

Stationäre Pflegeeinrichtungen mit Kurzzeitpflegeangebot (exklusive der solitären Einrichtungen) wurden ebenfalls gefragt, ob Personal ausschließlich für die pflegerische Versorgung von Kurzzeitpflegegästen vorgehalten beziehungsweise eingesetzt wird. Von den insgesamt n = 131 Einrichtungen, welche Angaben dazu machten, verneinten dies 98,5 %.

### Allgemeine Einschätzungen zur wirtschaftlichen Lage der solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen

Die teilnehmenden solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen wurden um Einschätzung der allgemeinen wirtschaftlichen Lage gebeten. Insgesamt gaben 38,5 % an, tendenziell ein Defizit in den letzten Jahren erwirtschaftet zu haben (Abbildung 59). Weitere 23,1 % schätzten ein ausgeglichenes Betriebsergebnis ein. Ein Überschuss wurde nach diesen Angaben von keiner Einrichtung erwirtschaftet.

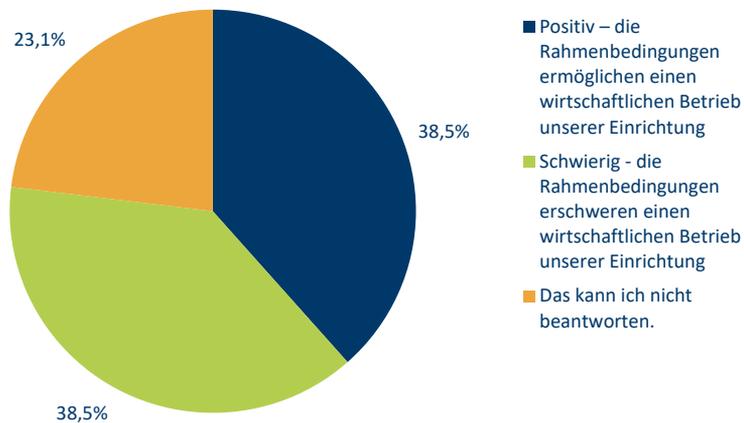
**Abbildung 59: Einschätzung zur allgemeinen wirtschaftlichen Lage der solitären Kurzzeitpflegeeinrichtung, n = 13, Angaben in %**



Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

Die wirtschaftliche Entwicklung schätzen die solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen jeweils zu gleichen Anteilen (je 38,5 %) positiv als auch schwierig ein (Abbildung 60).

**Abbildung 60: Einschätzung zur wirtschaftlichen Entwicklung der solitären Kurzzeitpflegeeinrichtung, n = 13, Angaben in %**



Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

## 5.2 Zusammenfassung und Ableitung von Schlussfolgerungen

Die empirischen Untersuchungen, in Ergänzung zur Darstellung der Rahmenbedingungen, haben gezeigt, dass:

- die Hälfte der befragten Einrichtungen (46,1 %, n = 65/141) angibt, dass die Kurzzeitpflegesätze für ihre Einrichtung nicht kostendeckend sind, vor allem in Einrichtungen mit solitären Kurzzeitpflegeplätzen,
- laut Angabe der Befragten die häufigsten Gründe dafür unter anderem sind:
  - der pflegerische, behandlungspflegerische sowie organisatorische Aufwand ist höher als die pflegegradbezogenen Vergütungen,
  - die Kostenübernahme ist bei Aufnahme der Gäste oft noch nicht geklärt sowie
  - der Personalaufwand für das Aufnahme- und Überleitungsmanagement ist hoch,
- 38,5 % der befragten Einrichtungen tendenziell ein Defizit in der Kurzzeitpflege in den letzten Jahren erwirtschaftet haben,
- weitere 23,1 % schätzen, ein ausgeglichenes Betriebsergebnis zu haben,
- die für die Kalkulation zugrundeliegenden Sollauslastungsquoten in der Online-Befragung (solitäre (77 %) und ganzjährig vorzuhaltende (85 %) Kurzzeitpflegeplätze) überwiegend als sachgerecht bewertet werden.

Im Mittel haben die Einrichtungen mit Kurzzeitpflegeangebot zum Befragungszeitpunkt im Jahr 2021 folgende Personalausstattung:

- 3,59 VZÄ Pflegehilfskräfte,
- 2,96 VZÄ Pflegefachkräfte,
- 1,64 VZÄ Mitarbeitende der Hauswirtschaft,
- 1,14 VZÄ Betreuungskräfte,
- 0,71 VZÄ Mitarbeitende in der Verwaltung beziehungsweise des Sozialdienstes,
- 0,64 VZÄ verantwortliche Pflegefachkräfte,
- 0,49 VZÄ Therapeutinnen und Therapeuten beschäftigt.

In den teilnehmenden Einrichtungen wurden im Jahr 2021 keine Ärztinnen und Ärzte sowie Logopädinnen und Logopäden in der Versorgung von Kurzzeitpflegegästen beschäftigt.

Vor allem unter Betrachtung der bestehenden Angebotsstrukturen in der Kurzzeitpflege für Menschen mit schweren demenziellen Erkrankungen oder mit psychischen Erkrankungen hat die Online-Befragung Defizite in der Qualifikation der Beschäftigten für die Versorgung von speziellen Zielgruppen gezeigt. Vor allem bei Kindern und Jugendlichen gibt es kaum speziell weitergebildete Pflege- und Betreuungskräfte in der Kurzzeitpflege.

## 6. Kooperations- und Vernetzungsstrukturen in der Versorgung und kommunale Unterstützungsmöglichkeiten

In diesem Kapitel werden die Erkenntnisse der empirischen Erhebungen zu Kooperations- und Vernetzungsstrukturen in der Versorgung und kommunalen Unterstützungsmöglichkeiten in der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg dargestellt.

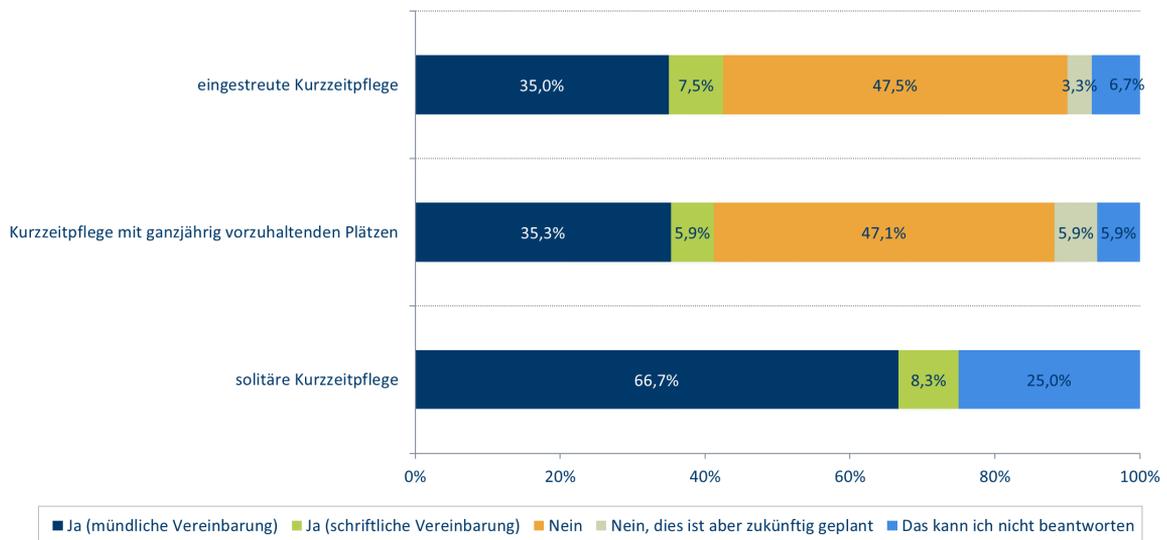
Zunächst erfolgt eine überblicksartige Darstellung der Untersuchungsergebnisse (Abschnitt 6.1). Daran anschließend werden diese in Abschnitt 6.2 zusammenfassend beschrieben und Schlussfolgerungen abgeleitet. Die Beschreibung der Methodik der empirischen Erhebungen ist dem Anhang A1 zu entnehmen.

### 6.1 Untersuchungsergebnisse

Kooperations- und Vernetzungsstrukturen sind für die Kurzzeitpflege zur Sicherstellung der Versorgung von besonderer Relevanz. Die unterschiedlichen Schnittstellenprobleme, welche nicht erst seit Einführung der Pflegeversicherung als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung bestehen, können prinzipiell sowohl eine Über-, Unter- als auch Fehlversorgung zur Folge haben und zu ungünstigen gesundheitsbezogenen Ergebnissen, hohen Kosten für das Gesundheits- und Pflegesystem sowie zur Überlastung des Personals führen.

In der Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen mit Kurzzeitpflegeangebot wurden einerseits Informationen zu bestehenden Kooperations- und Vernetzungsstrukturen als auch dadurch entstandenen Veränderungen in der Versorgung erhoben. Abbildung 61 zeigt, differenziert nach Art des Kurzzeitpflegeangebotes, wie häufig konkrete Vereinbarungen zwischen den Kurzzeitpflegeeinrichtungen und den zuweisenden Krankenhäusern für das Überleitungsmanagement bestehen. Vor allem in der solitären Kurzzeitpflege bestehen mündliche (66,7 %) beziehungsweise schriftliche (8,3 %) Vereinbarungen. Vergleichsweise weniger häufig bestehen solche Vereinbarungen in Einrichtungen mit eingestreuten oder ganzjährig vorzuhaltenden Kurzzeitpflegeplätzen.

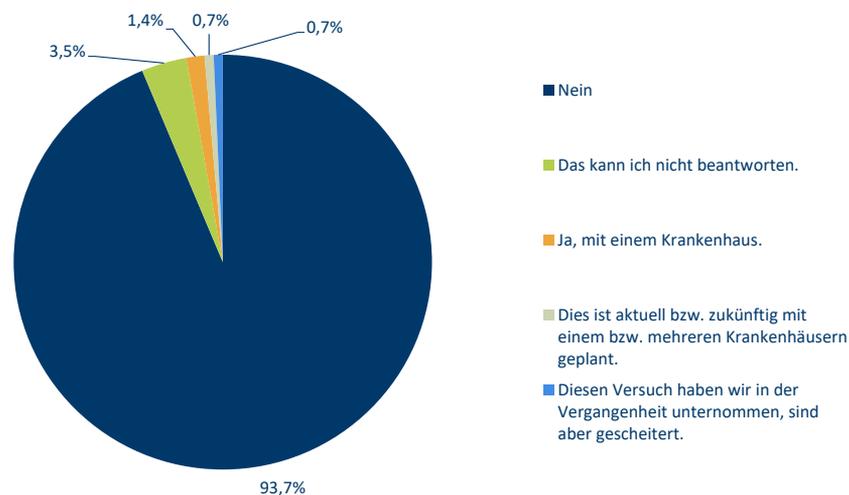
**Abbildung 61: Vorliegen von Vereinbarungen zwischen Kurzzeitpflegeeinrichtung und zuweisenden Krankenhäusern für das Überleitungsmanagement, nach Kurzzeitpflegeangebot, n = 149, Angaben in %**



Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

Vereinbarungen zu Kooperations- beziehungsweise Belegbetten mit einem beziehungsweise mehreren Krankenhäusern in der Region bestehen laut 93,7 % der Angaben nicht (Abbildung 62).

**Abbildung 62: Vorliegen von Vereinbarungen zu Kooperations- beziehungsweise Belegbetten mit einem beziehungsweise mehreren Krankenhäusern in der Region, n = 143, Angaben in %**

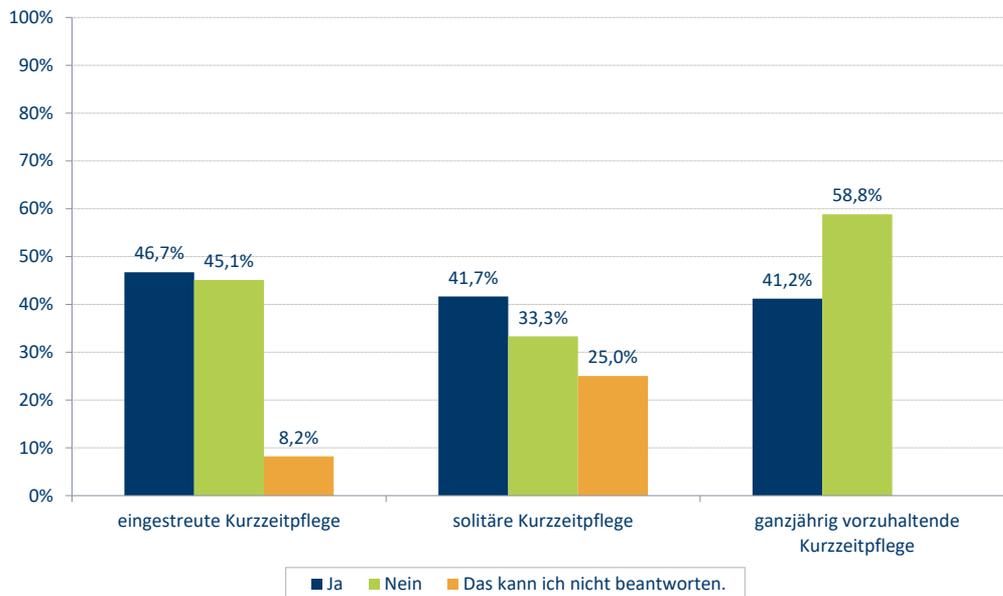


Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

Darüber hinaus wurden die stationären Pflegeeinrichtungen gefragt, inwieweit Kooperationen oder verbindliche Vereinbarungen mit der Kommune vorliegen. Insgesamt besteht bei nur 1,4 % (n = 2/143) der befragten Einrichtungen eine Kooperation mit der Kommune, 88,8 % verneinten dies und weitere 9,8 % konnten dazu keine Aussage treffen.

46,2 % der befragten Einrichtungen haben verbindliche Kooperationen mit Ärztinnen beziehungsweise Ärzten geschlossen. Darunter in fast jeder zweiten (46,7 %) Pflegeeinrichtung mit eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen (Abbildung 63). Vergleichsweise weniger häufig bestehen in solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen (41,7 %) und Pflegeeinrichtungen mit ganzjährig vorzuhaltenden Kurzzeitpflegeplätzen (41,2 %) solche Kooperationen.

**Abbildung 63: Vorliegen von Kooperationen zwischen Pflegeeinrichtung und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, nach Kurzzeitpflegeangebot, n = 151, Angaben in %**



Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

Mehr als die Hälfte (55,4 %) der befragten stationären Pflegeeinrichtungen gab an, dass durch diese verbindlichen Kooperationen das rechtzeitige Vorliegen von erforderlichen Verordnungen für Medikamente sowie behandlungspflegerische Maßnahmen gewährleistet wird. Darüber hinaus bestätigten 50,8 %, dass durch die Kooperation regelmäßige Überprüfungen der Umsetzung behandlungspflegerischer Maßnahmen sowie Visiten bei Kurzzeitpflegegästen (59,4 %) durch die niedergelassenen Ärztinnen beziehungsweise Ärzte stattfinden.

In der folgenden Tabelle 20 sind Inhalt und Maßnahmen der Kooperation zwischen Pflegeeinrichtung und niedergelassenen Ärztinnen beziehungsweise Ärzten differenziert nach Kurzzeitpflegeangebot (eingestreut, ganzjährig vorzuhalten, solitär) aufgeführt.

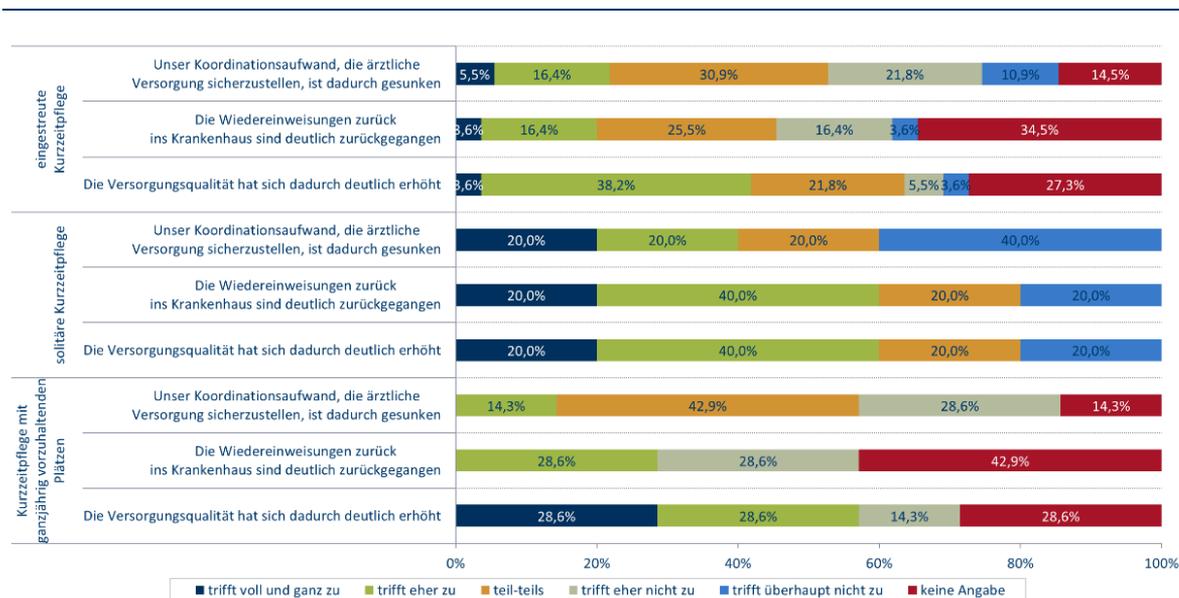
**Tabelle 20: Inhalt und Maßnahmen der Kooperation zwischen Pflegeeinrichtung und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, nach Kurzzeitpflegeangebot, Angaben in %**

|  | Eingestreute Kurzzeitpflege (n = 56), % | Ganzjährig vorzuhaltende Kurzzeitpflege (n = 7), % | Solitäre Kurzzeitpflege (n = 5), % |
|--|---|--|------------------------------------|
| <b>Erforderliche Verordnungen für Medikamente sowie Anordnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen liegen rechtzeitig vor</b>         |   |  |                                    |
| Ja   | 57,1                                    | 42,9   | 60,0                               |
| Nur teilweise  | 32,1                                    | 42,9   | 20,0                               |
| Nein   | 8,9                                     | 14,3   | 0,0                                |
| Das kann ich nicht beantworten   | 1,8                                     | 0,0  | 20,0                               |
| <b>Regelmäßige Überprüfungen der Umsetzung angeordneter behandlungspflegerischer Maßnahmen durch die Ärztin beziehungsweise den Arzt</b> |   |  |                                    |
| Ja   | 50,0                                    | 42,9   | 80,0                               |
| Nur teilweise  | 28,6                                    | 28,6   | 0,0                                |
| Nein   | 16,1                                    | 14,3   | 0,0                                |
| Das kann ich nicht beantworten   | 5,4                                     | 14,3   | 20,0                               |
| <b>Visitieren der Kurzzeitpflegegäste durch die kooperierenden Ärztinnen beziehungsweise Ärzte</b>                                       |   |  |                                    |
| Ja   | 54,5                                    | 85,7   | 100                                |
| Nur teilweise  | 41,8                                    | 0,0  | 0,0                                |
| Nein   | 3,6                                     | 14,3   | 0,0                                |
| Das kann ich nicht beantworten   | 0,0                                     | 0,0  | 0,0                                |

Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

Aufgrund dieser verbindlichen Kooperationen berichteten die Befragten zum Teil von positiven Veränderungen in der Koordination der Versorgung, der Versorgungsqualität als auch hinsichtlich der Wiedereinweisungsraten in die Akutversorgung (Abbildung 64). Vor allem Einrichtungen der solitären Kurzzeitpflege beobachteten positive Veränderungen aufgrund der Kooperation, aber auch Pflegeeinrichtungen mit eingestreuten und ganzjährig vorzuhaltenden Plätzen bestätigten positive Auswirkungen.

**Abbildung 64: Veränderungen in der Versorgung durch die Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten, nach Kurzzeitpflegeangebot, n = 173, Angaben in %**



Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

Nach Angaben der befragten stationären Pflegeeinrichtungen mit Kurzzeitpflegeangebot bestehen in 61,2 % (n = 85/139) teilweise und in 27,3 % Kooperationen mit weiteren Akteuren. In den folgenden Abbildungen (Abbildung 65 und Abbildung 66) sind, differenziert nach Kurzzeitpflegeangebot (eingestreut, ganzjährig vorzuhaltend, solitär), die mindestens einmal genannten unterschiedlichen Akteure abgebildet.

In den Einrichtungen mit eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen bestehen am häufigsten Kooperationen mit:

- Apotheken (73,3 %),
- Wundmanagerinnen beziehungsweise Wundmanagern (60,0 %),
- externer Physiotherapie, SAPV-Diensten (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung) oder Fachärztinnen beziehungsweise Fachärzten (53,3 %).

In den Einrichtungen mit ganzjährig vorzuhaltenden Kurzzeitpflegeplätzen bestehen am häufigsten Kooperationen mit:

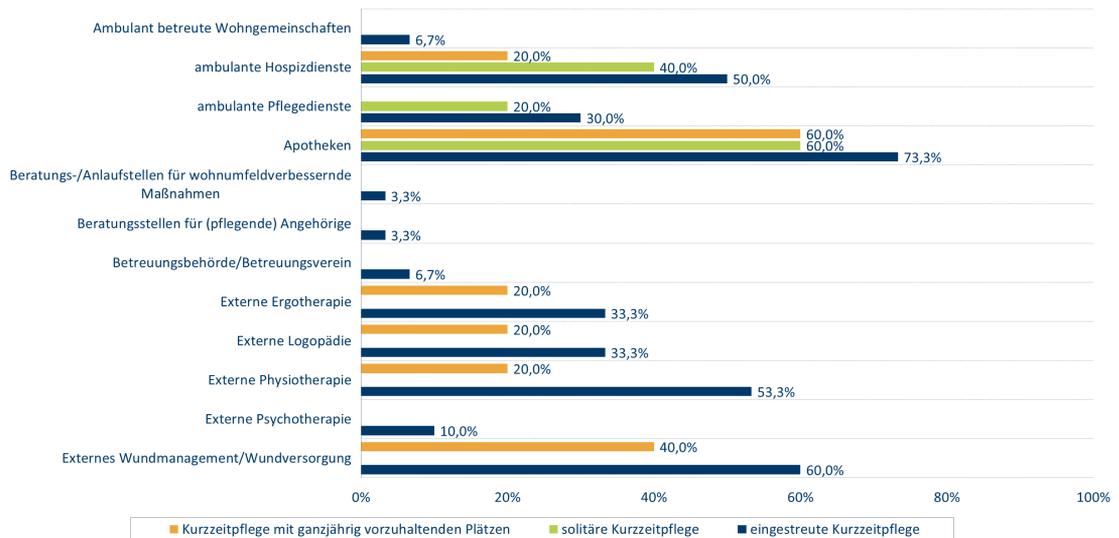
- Apotheken, Hausärztinnen beziehungsweise Hausärzten, Sanitätshäusern, SAPV-Diensten (60,0 %) oder
- Wundmanagerinnen beziehungsweise Wundmanagern (40,0 %).

In solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen bestehen am häufigsten Kooperationen mit:

- Apotheken (60,0 %),

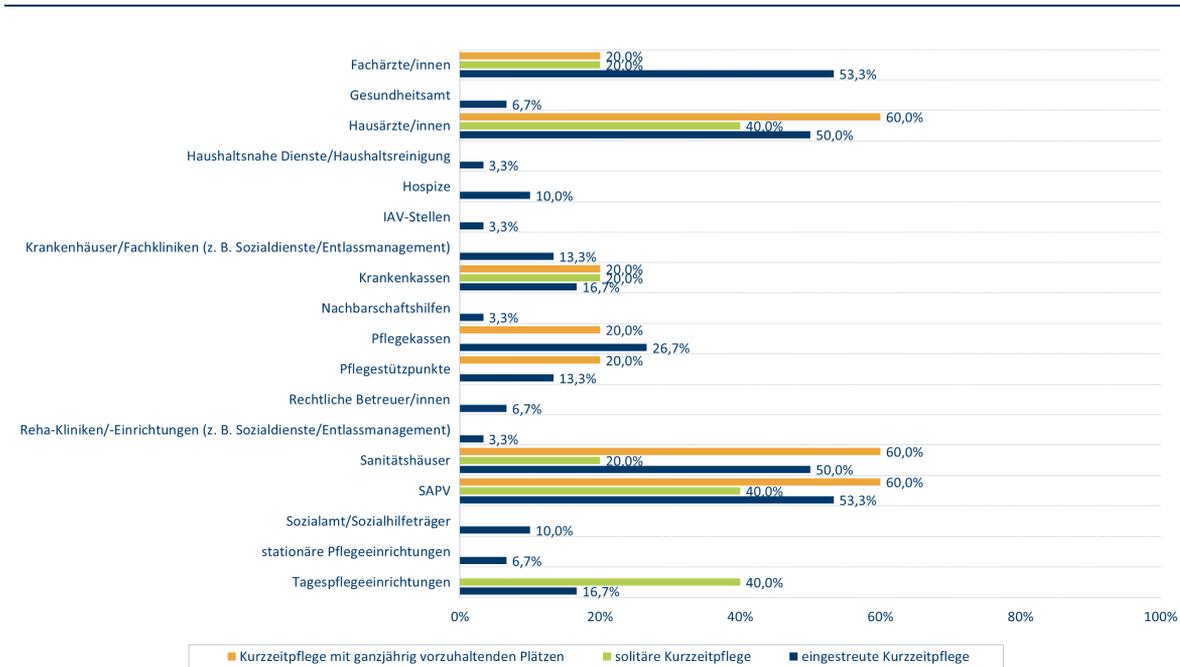
- Ambulanten Hospizdiensten, SAPV-Diensten, Hausärztinnen beziehungsweise Hausärzten oder Tagespflegeeinrichtungen (40,0 %).

**Abbildung 65: Schriftliche Kooperationen mit anderen an der Versorgung beteiligten Akteuren I, nach Kurzzeitpflegeangebot, n = 139, Mehrfachnennung, Angaben in %**



Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

**Abbildung 66: Schriftliche Kooperationen mit anderen an der Versorgung beteiligten Akteuren II, nach Kurzzeitpflegeangebot, n = 139, Mehrfachnennung, Angaben in %**



Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

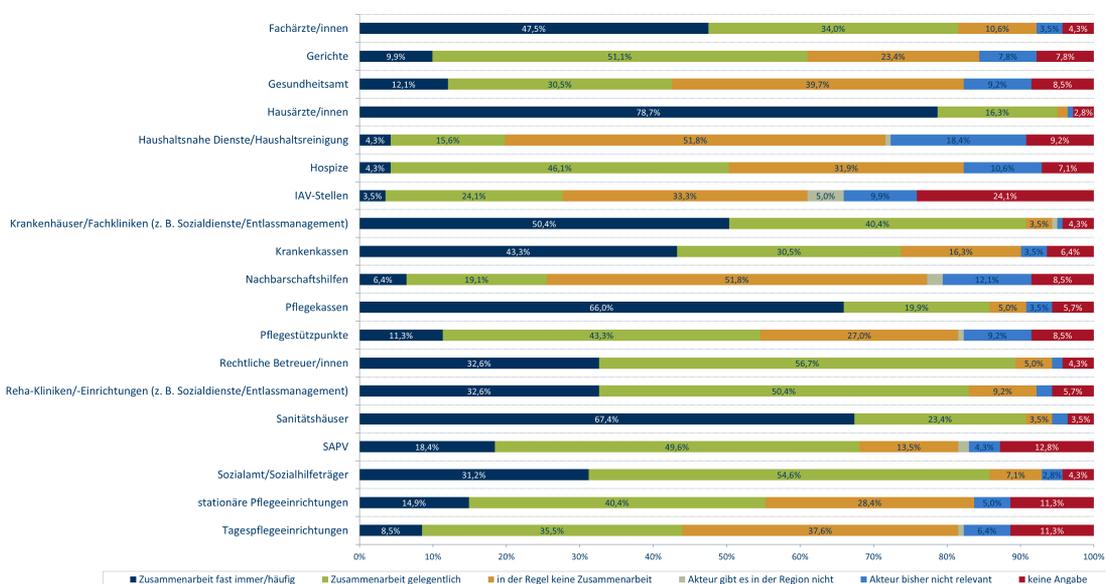
Die Einschätzungen zur Häufigkeit der Zusammenarbeit mit den kooperierenden Akteuren insgesamt sind den folgenden zwei Abbildungen (Abbildung 67 und Abbildung 68) zu entnehmen. Demnach findet am häufigsten eine Zusammenarbeit mit Hausärztinnen beziehungsweise Hausärzten und Apotheken (78,7 %), Sanitätshäusern (67,4 %), Pflegekassen (66,0 %) oder externer Physiotherapie (61,7 %) statt.

Abbildung 67: Einschätzungen zur Häufigkeit der Zusammenarbeit mit den kooperierenden regionalen Akteuren, Teil I, n = 141, Angaben in %



Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

Abbildung 68: Einschätzungen zur Häufigkeit der Zusammenarbeit mit den kooperierenden regionalen Akteuren, Teil II, n = 141, Angaben in %



Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

Die Befragten gaben an, dass in der Regel keine Zusammenarbeit mit:

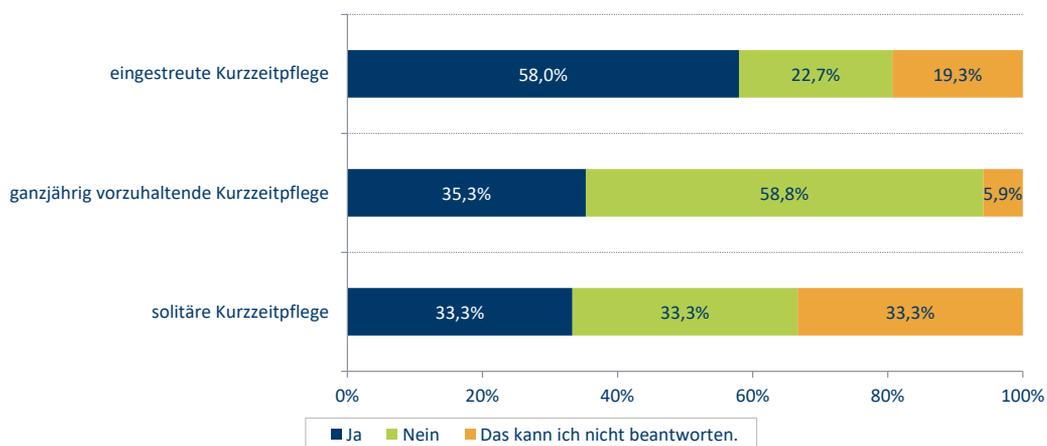
- haushaltsnahen Diensten beziehungsweise Haushaltsreinigung (51,8 %),
- ambulant betreuten Wohngemeinschaften (51,8) oder
- Beratungs- beziehungsweise Anlaufstellen für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen oder Wohnberatung (48,9 %) stattfindet.

Die Teilnehmenden der Online-Befragung wurden darüber hinaus um Einschätzung zur Qualität der Zusammenarbeit gebeten. 52,1 % (n = 73/140) gaben an, dass diese gut läuft und keine weiteren Verbesserungsbedarfe gesehen werden. Weitere 23,6 % äußerten, dass eine weitere Vernetzung beziehungsweise Zusammenarbeit in der Versorgung notwendig sei und 24,3 % machten hierzu keine Angabe.

Insgesamt 27,9 % (n = 39/140) der Befragten gaben an, sich an einem beziehungsweise mehreren Versorgungsnetzwerken in der Region zu beteiligen, weitere 45,7 % verneinten dies.

Rund die Hälfte der stationären Pflegeeinrichtungen (52,1 %, n = 73/140) nutzen eine Pflegeüberleitungsplattform. Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit eingestreuten Plätzen gaben dies mit 58 % häufiger an (Abbildung 69).

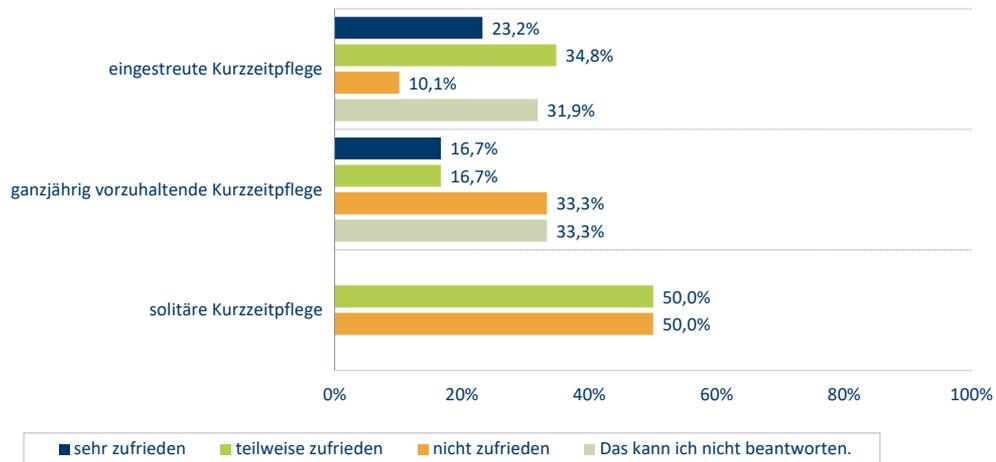
**Abbildung 69: Nutzung einer Pflegeüberleitungsplattform in den stationären Pflegeeinrichtungen, n =140, Angaben in %**



Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

Die Zufriedenheit mit der Nutzung dieser Plattform ist noch ausbaufähig, wie aus der folgenden Abbildung 70 ersichtlich wird.

**Abbildung 70: Zufriedenheit mit der Nutzung der Pflegeüberleitungsplattform, n = 73, Angaben in %**



Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

### Kommunale Unterstützungsmöglichkeiten in der Kooperation und Netzwerkarbeit

Die Identifikation von Gelingensfaktoren in der Kooperation und/oder Vernetzung verschiedener Akteure, unter anderem auch in der Koordinierung der Versorgung der Kurzzeitpflegegäste, ist für die Ableitung zielgerichteter Ansätze für die Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege bedeutsam. International zeigte sich in unterschiedlichen versorgungsbereichsübergreifenden Ansätzen (unter anderem Modelle der integrierten Versorgung in der Pflege, Case Management), dass eine verbindliche Kooperation zu Verbesserungen in der Koordinierung der Versorgung und damit zu verbesserten Gesundheitsergebnissen bei Betroffenen führen kann (Hahnel et al., 2021). Auch in der Kurzzeitpflege bestehen unterschiedliche Potentiale in der Kooperation verschiedener Akteure. In vorliegender Studie wurden Gelingensfaktoren für eine gute Kooperationsstruktur eruiert. Darüber hinaus konnten Unterstützungsmöglichkeiten auf kommunaler Ebene in Baden-Württemberg zur Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege identifiziert werden.

Für einen vertieften Eindruck wurden im Rahmen der Studie Vertreterinnen und Vertreter der Kommunen, Pflegestützpunkte/IAV-Stellen, Krankenhäuser und Pflegekassen unterschiedlicher Regionen interviewt. Im Folgenden sind die Erkenntnisse zusammenfassend dargestellt.

Verbindliche Kooperations- und Netzwerkstrukturen in der Kurzzeitpflege werden insgesamt aus unterschiedlichen Gründen als bedeutend empfunden. Zum einen bieten sie das Potential, die Kurzzeitpflegeplatzsuche erheblich zu erleichtern. Die Erfahrung zeigt, dass bei guter Vernetzung vor allem bei kurzfristigen Anfragen die Erfolgchancen für die Organisation eines Kurzzeitpflegeplatzes steigen. Kurzzeitpflege stellt nach Ansicht einer Interviewten die wichtigste Nachversorgungsmöglichkeit für pflegebedürftige Personen für das Krankenhaus dar, daher sei die Pflege von Netzwerkstrukturen unerlässlich. Zudem ermöglichen Kooperationen einen Zugang zu übergeordneten Gremien, wo Kernthemen der Kurzzeitpflege eingebracht und zur Diskussion

gestellt werden können. Die Erfassung der Bedarfslage für den Ausbau konkreter Angebote zur Kurzzeitpflege vor Ort sei ebenfalls nur durch einen regelmäßigen Austausch im Netzwerk möglich.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass auf kommunaler Seite zur Förderung eines strukturierten Austauschs der an der Versorgung beteiligten Akteure (unter anderem Krankenhäuser, Träger, Pflegestützpunkte, Pflege- und Krankenkassen) folgende Maßnahmen ergriffen werden sollten:

- planerische Vorbereitung und Gestaltung von Netzwerktreffen, wie zum Beispiel der Pflegekonferenzen oder anderen Pflegeforen,
- Erstellung von Konzepten,
- regelmäßige Pflege von Kontakten zu den stationären Pflegeeinrichtungen,
- Beteiligung an Messen zur Vorstellung neuer Versorgungsformen,
- Organisation und Durchführung von Symposien und
- die Unterstützung bei der Bildung von Arbeitsgruppen.

Allerdings gelingt dies nur unter enger Einbindung und Beteiligung der Akteure, um damit auch eine Eigenständigkeit in der Gestaltung des Netzwerks (unter anderem angepasst an die unterschiedlichen regionalen Gegebenheiten und Bedarfe) herzustellen.

Folgende Aspekte konnten für eine erfolgreiche Ausgestaltung der Netzwerk- und Kooperationsstrukturen identifiziert werden:

- Verfolgung eines gemeinsamen Zieles und gemeinsamer Interessen,
- regelmäßiger Austausch, auch über die verschiedenen Gremien und Arbeitsgruppen hinweg,
- Einsatz einer verantwortlichen Person, welche Ideen und Projekte zur Kurzzeitpflege mit Engagement vorbringen kann,
- Nutzung digitaler Formate, wie zum Beispiel Webex oder MS Teams (alternativ zu Präsenztreffen), zur Erleichterung der Zusammenarbeit mittels „kurzer Wege“,
- Refinanzierung der Aufwände der Netzwerkarbeit (unter anderem Fahrtkosten und Zeit).

Im Ergebnis der Interviews zeigte sich, dass bereits umfassende Netzwerkstrukturen in der Pflege als auch in der Kurzzeitpflege bestehen. In der folgenden Tabelle 21 sind die Angaben der Interviewten dazu überblicksartig dargestellt. Diese beziehen sich zum Teil nur auf einzelne Stadt- und Landkreise und bieten einen Überblick über bestehende Netzwerke. Nicht jeder Kreis verfügt über alle aufgeführten Netzwerkstrukturen.

Tabelle 21: Auswahl an bestehenden Netzwerkstrukturen in der Pflege und in der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg

| Art der Netzwerkstruktur <sup>15</sup>                              | Unter anderem beteiligte Akteure   | Häufigkeit der Treffen | Themen (Beispiele)   |
|---|--|------------------------|--|
| <b>(kommunale) Pflegekonferenzen<sup>16</sup></b>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• (teil-) stationäre und ambulante Träger und Verbände</li> <li>• Kranken- und Pflegekassen</li> <li>• Altenhilfefachberatung der Landratsämter und Städte</li> <li>• Selbsthilfegruppen</li> <li>• politische Vertreter</li> <li>• andere Netzwerkpartner</li> </ul> | 1-2 x jährlich         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• aktueller Stand aus der Pflegekonferenz</li> <li>• Informationen zu landesweiten Themen</li> <li>• Betrachtung von Versorgungsketten</li> <li>• Betrachtung von Defiziten und Möglichkeiten</li> <li>• Durchführung von Analysen</li> <li>• Weiterversorgung</li> <li>• Erarbeitung von Empfehlungen</li> </ul> |
| <b>Kreispflegekonferenz (nicht in allen Stadt- und Landkreisen)</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Akteure der Versorgung und Altenhilfe</li> <li>• Heimträger</li> <li>• ambulante Dienste</li> <li>• ehrenamtliche Organisation</li> </ul>   | alle 2-3 Wochen        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• aktuell: Umgang mit Telefonbegutachtung durch MD</li> <li>• mangelnde Kurzzeitpflegeplätze zum Beispiel vor Feiertagen</li> <li>• Fachkräftesituation</li> <li>• Akquise von Fachkräften</li> </ul>   |
| <b>Kommunale Gesundheitskonferenz</b>                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sozialdienste der Kliniken</li> <li>• keine weiteren Teilnehmer benannt</li> </ul>  | keine Angabe           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• verschiedene gesundheitsrelevante Themen, unter anderem auch Kurzzeitpflege</li> </ul>  |
| <b>Arbeitsgruppe Kurzzeitpflege</b>                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sozialdienste der Kliniken</li> <li>• Städte und Gemeinden</li> <li>• (teil-) stationäre und ambulante Einrichtungen</li> <li>• Altenhilfefachberatung</li> <li>• Heimaufsicht</li> <li>• Gesundheitsamt</li> <li>• Selbsthilfevertreter</li> </ul>                 | nach Bedarf            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortschreibung Kreispflegeplan</li> <li>• Entlastung pflegender Angehöriger</li> <li>• Ist-Analyse und Bedarfsermittlung Kurzzeitpflege</li> <li>• Instrumente zur Erfassung des Bedarfs</li> <li>• Steuerung der Kurzzeitpflegeplätze</li> </ul>   |

<sup>15</sup> Zum Teil nur in einzelnen Regionen vorhanden. Diese Zusammenfassung beruht auf den Ergebnissen der Expertinnen- und Experteninterviews 2022 und ist keine Darstellung der gesamten bestehenden Netzwerkstrukturen in Baden-Württemberg.

<sup>16</sup> Auf der Grundlage von § 4 des LPSG wurde ein Förderprogramm zur Implementierung kommunaler Pflegekonferenzen ausgeschrieben und durch das Sozialministerium für Soziales und Integration in Baden-Württemberg gefördert. Insgesamt wurden 32 kommunale Pflegekonferenzen gefördert und evaluiert (Institut für angewandte Sozialwissenschaften Stuttgart (2022)).

| Art der Netzwerkstruktur <sup>15</sup>                  | Unter anderem beteiligte Akteure  | Häufigkeit der Treffen | Themen (Beispiele)  |
|---|---|------------------------|---|
| <b>Arbeitsgemeinschaft Pflegeanbieter</b>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemeinderat</li> <li>• Kirche</li> <li>• DRK</li> <li>• AWO</li> <li>• Mitarbeiter der offenen städtischen Seniorenarbeit</li> </ul> | 1-2 x jährlich         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fachkräftemangel</li> <li>• Platzmangel</li> <li>• aktuell: Impfung von Mitarbeitern</li> <li>• Seniorinnen- und Seniorenthemen, die im Kreis relevant sind</li> </ul>   |
| <b>Pflegesymposium</b>                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• stationäre und ambulante Träger</li> </ul>   | 1 x jährlich           | Keine Angabe  |
| <b>Qualitätszirkel</b>                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sozialdienste der Kliniken</li> <li>• Pflege- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen</li> <li>• ambulante Pflegedienste</li> </ul>          | 2x jährlich            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sicherung der pflegerischen Versorgung</li> <li>• aktuelle Themen, zum Beispiel: Pflegeüberleitbogen, neue Vorgaben durch Kostenträger, Schließungen von Heimen, neue Plattformen, fehlende Medikamentenpläne</li> </ul> |
| <b>Landesarbeitsgruppen</b>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sozialarbeitende</li> <li>• keine weiteren benannt</li> </ul>  | 2-4 x jährlich         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schwerbehinderung</li> <li>• Vollmacht</li> <li>• Themen zur Kurzzeitpflege: Versorgungsschwierigkeiten, Platzmangel, erhöhte Nachfrage zu Stoßzeiten</li> </ul>   |
| <b>Heimleiterrunde</b>                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Heimleitungen</li> <li>• Regionalleitungen</li> </ul>  | keine Angabe           | keine Angabe  |
| <b>Gremium „Arbeitsausschuss ältere Generation“</b>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Träger</li> <li>• Politik</li> <li>• Kommune</li> </ul>  | keine Angabe           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurzzeitpflege</li> <li>• Verfügbarkeit von Kurzzeitpflegeplätzen</li> </ul>   |
| <b>Andere Netzwerkstruktur (nicht näher bezeichnet)</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sozialstationen</li> <li>• Städte</li> </ul>   | 1x jährlich            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Finanzierung Kurzzeitpflege</li> <li>• Rechtliche Neuerungen Kurzzeitpflege</li> </ul>   |

Quelle: IGES, Expertinnen – und Experteninterviews, 2022

In Böblingen besteht zum Beispiel zwischen den Sozialstationen der Diakonie und dem Klinikverbund Süd-West, seit etwa 15 Jahren eine erfolgreiche Zusammenarbeit. Die Diakonie finanziert in der Kooperation eine Vollzeitstelle, die im Krankenhaus verortet ist. Wenn Klientinnen und Klienten der Diakonie im Krankenhaus aufgenommen werden, erfolgt eine direkte Kontaktaufnahme mit den Nachversorgern (zum Beispiel Kurzzeitpflege) zur Bedarfserfassung und Evaluation der bisherigen Versorgungssituation. Die einzelnen Diakoniestationen werden entlastet,

indem sie auf diese Weise eine kontinuierliche Informationsweitergabe zur Aufnahme und Entlassung bekommen. Der Kliniksozialdienst wiederum erfährt frühzeitig von Bedarfen, wie unter anderem einer benötigten poststationären Kurzzeitpflege, und kann frühzeitig mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren Akteuren die benötigte Versorgung koordinieren.

Die Synthese der Interviews zeigte auch Herausforderungen und Hindernisse in der Zusammenarbeit auf:

- Netzwerkarbeit erfolgt in der Regel in der Freizeit, das heißt ohne Refinanzierung beispielsweise von Fahrtkosten oder investierter Zeit.
- Für den Fall einer vorhandenen Finanzierung der Netzwerkarbeit besteht die Herausforderung, aufgrund des Personalmangels, geeignete Personen zu finden die die Koordination der Netzwerke, Kooperationen oder Arbeitsgruppen übernehmen.
- Aufgrund der Vielfältigkeit, Anzahl und Interessen ist eine kontinuierliche Zusammenarbeit, bei der jeder teilnehmende Akteur einen Nutzen mitnehmen kann, ist kaum realisierbar.
- Die Corona-Pandemie hat viele Netzwerke zum Erliegen gebracht. Diese müssen zum Teil neu aufgebaut werden.

Auch hinsichtlich der Kooperationsstrukturen haben sich Hindernisse herauskristallisiert:

- Fehlende Verbindlichkeit der Kooperationen in der Kurzzeitpflege. Vorrangig wird auf informeller Ebene zusammengearbeitet – ohne verbindliche Verträge.
- Verbindliche Strukturen sind zum Teil nicht gewünscht (unter anderem auch aufgrund fehlenden Personals und fehlender Finanzierung für die Verwaltung und Pflege des Netzwerks/der Kooperation).
- Umsetzungshindernisse aufgrund der schwierigen Vereinbarkeit theoretischer Vorstellungen von Kooperationen und Netzwerken und der tatsächlichen praktischen Umsetzung.

### Rolle der Kommunen in der Unterstützung

Neben der Beteiligung in beziehungsweise Initiierung von regionalen Netzwerken zur Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege äußerten die Interviewten, dass gut laufende Modelle im Rahmen der Kurzzeitpflege auf kommunaler Ebene publik gemacht werden sollten, um einen Überblick zu bekommen, was es für Möglichkeiten gibt. Dabei wurde die Öffentlichkeitsarbeit genannt, welche beispielsweise mittels Verfassen von Artikeln, Gestaltung von Werbung und Informationsbereitstellung zur Kurzzeitpflege auf kommunaler Ebene informieren könnte. Adressaten für diese Öffentlichkeitsarbeit können dabei beispielsweise Pflegeeinrichtungen und andere Akteure sein, um von neuen Modellen zu erfahren und diese gegebenenfalls regional umzusetzen. Zum anderen erreicht man darüber auch Bürgerinnen und Bürger, um über die Angebote der Kurzzeitpflege in der Region zu informieren.

Ein weiterer Vorschlag beinhaltet die zentrale Steuerung der Vergabe von Kurzzeitpflegeplätzen durch die Kommune. Dies könnte sowohl die Beratung als auch das Vertrags- und Belegungsmanagement umfassen. Das Finden eines oder mehrerer Träger von Pflegeeinrichtungen, die sich darauf einlassen, stellt hier die größte Herausforderung dar.

Die Interviewten betonten aber auch, dass es bei einer kommunalen Unterstützung der Kurzzeitpflege zunächst der Bereitstellung ausreichender Ressourcen bedarf. Diese umfassen im Wesentlichen personelle Mittel: ausreichend Vollzeitstellen für Personal mit entsprechender Qualifikation.

## 6.2 Zusammenfassung und Ableitung von Schlussfolgerungen

Die vorliegende Studie hat gezeigt, dass in der Versorgung von Kurzzeitpflegegästen im Vergleich zur Versorgung von Dauerpflegebewohnerinnen und -bewohnern hohe Aufwände in der Koordination, beispielsweise aufgrund des Aufnahme- und Entlassmanagements, vorliegen (siehe auch 4.3.2). Verbindliche Kooperationen und/oder Vernetzungsstrukturen weisen Potentiale zur Reduktion dieser Aufwände auf.

Zusammenfassend zeigen die empirischen Befunde hinsichtlich der Kooperationen im Rahmen des Aufnahmemanagements, dass vor allem in der solitären Kurzzeitpflege, im Vergleich zu Einrichtungen mit eingestreuten oder ganzjährig vorzuhaltenden Kurzzeitpflegeplätzen, häufiger mündliche (66,7 %) als schriftliche (8,3 %) Vereinbarungen mit den zuweisenden Krankenhäusern bestehen.

Darüber hinaus können zusammenfassend folgende Ergebnisse genannt werden:

- Vereinbarungen zu Kooperations- beziehungsweise Belegbetten mit einem beziehungsweise mehreren Krankenhäusern in der Region bestehen nur in seltenen Fällen.
- Auch Kooperationen oder verbindliche Vereinbarungen mit der Kommune sind selten.
- 46,2 % der Befragten gaben an, dass verbindliche Kooperationen zwischen Kurzzeitpflegeeinrichtung und niedergelassenen Ärztinnen beziehungsweise Ärzten bestehen. Unterschiede in der Häufigkeit hinsichtlich der Art des Kurzzeitpflegeplatzes (eingestreut, ganzjährig vorzuhalten, solitär) zeigten sich nicht.
- Die Einrichtungen bestätigten, dass die Kooperationen zwischen niedergelassenen Ärztinnen beziehungsweise Ärzten dazu führen, dass:
  - erforderliche Verordnungen für Medikamente sowie behandlungspflegerische Maßnahmen rechtzeitig vorliegen sowie
  - regelmäßige Überprüfungen der Umsetzung behandlungspflegerischer Maßnahmen sowie Visiten bei Kurzzeitpflegegästen stattfinden.
- Zum Teil zeigt die Kooperation mit niedergelassenen Ärztinnen beziehungsweise Ärzten:
  - einen reduzierten Koordinationsaufwand seitens der Einrichtungen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung (vor allem in der solitären Kurzzeitpflege),
  - Verbesserung der Versorgungsqualität als auch
  - die Reduktion der Wiedereinweisungsraten in die Akutversorgung (vor allem in der solitären Kurzzeitpflege).
- Die häufigsten schriftlichen Kooperationen mit anderen an der Versorgung beteiligten Akteuren und der Kurzzeitpflegeeinrichtung bestehen mit:
  - Apotheken,
  - Fachärztinnen beziehungsweise Fachärzten sowie Hausärztinnen beziehungsweise Hausärzten
  - Wundmanagerinnen beziehungsweise Wundmanagern,

- externer Physiotherapie,
- Ambulanten Hospizdiensten oder SAPV-Diensten sowie
- Tagespflegeeinrichtungen.
- Keine der Einrichtungen gab an, mit Institutionen der Wohnberatung/Wohnraumanpassung, Betreuungsvereinen oder Gerichten zu kooperieren.

Die Analyse des Versorgungs- und Leistungsgeschehens zeigt, dass unter anderem Bedarfe in der Versorgung von Kurzzeitpflegegästen hinsichtlich der haus- und fachärztlichen Versorgung bestehen. Wenn besondere Koordinierungsaufwände durch die Pflegekräfte bestanden, waren diese am häufigsten bezogen auf die haus- beziehungsweise fachärztliche Versorgung. Aber auch hinsichtlich der Beratung zu unterschiedlichen Themen bestehen Bedarfe – darunter auch zu leistungsrechtlichen Fragen. Bei der Betrachtung der vorliegenden Kooperationen lässt sich feststellen, dass Weiterentwicklungspotentiale in der Kooperation und Vernetzung bestehen, um diesen Bedarfen gerecht zu werden und gleichzeitig die Einrichtungen, das Personal in der direkten Versorgung als auch die Angehörigen zu entlasten. Dies wird von weiteren Analysen gespiegelt: Die Befragten gaben an, dass in der Regel keine Zusammenarbeit mit:

- haushaltsnahen Diensten beziehungsweise Haushaltsreinigung,
- ambulant betreuten Wohngemeinschaften oder
- Beratungs- beziehungsweise Anlaufstellen für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen oder Wohnberatung

stattfindet. Da häufig die Folgeversorgung der Kurzzeitpflegegäste bei Aufnahme noch nicht geklärt ist, wäre eine Intensivierung beziehungsweise Etablierung von Kooperationen, zum Beispiel auch zu Anbietern niedrigschwelliger Angebote oder Wohnberatungsstellen, zu empfehlen. Das heißt, dass eine generelle Stärkung der Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen auch an dieser Stelle zu einer Entlastung der Koordinierungsaufwände in der Kurzzeitpflege führen kann.

Für eine verbesserte Koordinierung des Angebots und der Nachfrage in der Kurzzeitpflege und einer Vernetzung mit den an der Versorgung beteiligten Akteuren kann die Nutzung einer Pflegeüberleitungsplattform hilfreich sein. Insgesamt 52,1 % (n = 73/140) der stationären Pflegeeinrichtungen nutzen bereits eine Pflegeüberleitungsplattform. Vor allem in Hinblick auf die dadurch zentral und digital vorliegenden Daten und damit verbundenen Zeitersparnisse, kurze Kommunikationswege und bessere Planbarkeit und Organisation der sich erforderlichenfalls anschließenden Pflegeleistungen kann eine Entlastung in den Kurzzeitpflegeeinrichtungen erzielt werden. Bei vernetzter Leistungserbringung werden der Organisations- und Verwaltungsaufwand verringert sowie der Informationsfluss zwischen den unterschiedlichen beteiligten Akteuren erleichtert.

Darüber hinaus ist im Rahmen der Versorgung und auch Versorgungsplanung die Beteiligung an Versorgungsnetzwerken zu empfehlen. Insgesamt 27,9 % (n = 39/140) der Befragten gaben an, sich an einem beziehungsweise mehreren Versorgungsnetzwerken in der Region zu beteiligen, 45,7 % verneinten dies. Dementsprechend besteht bei den Einrichtungen mit Kurzzeitpflegeangebot das Potential eines Ausbaus der Vernetzungstätigkeiten. Zur regelhaften Besprechung der individuellen und regionalen Versorgungssituation eignen sich auch die regionalen beziehungsweise kommunalen Pflegekonferenzen. Diese können zum Beispiel nach

§ 4 Landespflegestrukturgesetz (LPSG) Baden-Württemberg in Stadt- beziehungsweise Landkreisen unter Beteiligung der Gemeinden eingerichtet werden, um unter Mitwirkung der vertretenen Pflegekassen sowie der Landesverbände der Pflegekassen gemeinsame Empfehlungen („Kreispflegeplan“) zu erarbeiten, unter anderem zur:

- Klärung von Fragen der regionalen Pflege- und Unterstützungsstrukturen,
- Schaffung altersgerechter Quartiersstrukturen und kommunalen Beratungsstrukturen sowie
- Koordinierung von pflegerischen Leistungsangeboten und der Sozialplanung.

Schlussfolgernd ist eine regelhafte Beteiligung ebenfalls vorteilhaft für die Vernetzung der unterschiedlichen Akteure als auch zur Aufdeckung von Versorgungslücken. Verbindliche Kooperations- und Netzwerkstrukturen werden auch von kommunaler Seite als bedeutsam empfunden. Hier konnte die vorliegende Studie unterschiedliche Potentiale identifizieren:

- Erleichterung der Kurzzeitpflegeplatzsuche – vor allem in Akutsituationen,
- Zugang zu übergeordneten Gremien zur Diskussion von Kernthemen der Kurzzeitpflege sowie
- zur Erfassung der regionalen Bedarfslage für den Ausbau konkreter Angebote in der Kurzzeitpflege.

Unter Einbindung beteiligter Akteure und unter Berücksichtigung regional unterschiedlicher Gegebenheiten sollten folgende Maßnahmen auf kommunaler Seite zur Förderung eines strukturierten Austauschs ergriffen werden:

- planerische Vorbereitung und Gestaltung von Netzwerktreffen, wie zum Beispiel der Pflegekonferenzen oder anderen Pflegeforen,
- Erstellung von Konzepten,
- regelmäßige Pflege von Kontakten zu den stationären Pflegeeinrichtungen und Unterstützung bei der Bildung von Arbeitsgruppen,
- Beteiligung an Messen zur Vorstellung neuer Versorgungsformen oder Organisation von Symposien und Einladung dazu.

Hindernisse in der erfolgreichen Kooperation und Vernetzung sollten besonders in den Blick genommen werden. Das heißt im Konkreten die Schaffung von verbindlichen Strukturen, gemeinsamen Zielen als auch einer Refinanzierung beispielsweise von personellen Mitteln inklusive entsprechender Qualifikationsmöglichkeiten, Fahrtkosten oder investierter Zeit der Netzwerk- und Kooperationsarbeit.

## 7. Weiterentwicklung in der Kurzzeitpflege

In diesem Abschnitt sind die Erkenntnisse aus den empirischen Erhebungen zur Weiterentwicklung und zum Ausbau der Kurzzeitpflege zusammenfassend dargestellt und in Unterkapiteln gegliedert:

- Ausbau der Angebotsstrukturen und Kriterien für bedarfsgerechte Angebote der Kurzzeitpflege (Kapitel 7.1),
- Ansätze und Modellprojekte in der Kurzzeitpflege (Kapitel 7.2),
- Potential digitaler Unterstützungsmöglichkeiten und Telepflege in der Kurzzeitpflege (Kapitel 7.3),
- Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen und Finanzierung (Kapitel 7.4) und
- Weiterentwicklung der personellen Strukturen und Arbeitsorganisation Kapitel 7.5).

Datengrundlage sind die im Rahmen der vorliegenden Studie erhobenen empirischen Daten der

- Online-Befragung,
- Expertinnen- und Experteninterviews,
- ergänzenden Recherche nach Modellprojekten,
- Analyse der bestehenden Kreispflegeplanungen.

Die zusammenfassenden Ausführungen dienen zur Ableitung von Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen in Kapitel 8.

### 7.1 Ausbau der Angebotsstrukturen und Kriterien für bedarfsgerechte Angebote der Kurzzeitpflege

Die befragten Pflegeeinrichtungen verknüpfen den Ausbau der Kurzzeitpflege in den vergangenen Jahren in erster Linie mit den demografischen Entwicklungen (unter anderem Hochaltrigkeit, Wunsch nach langem Verbleib in der eigenen Häuslichkeit, Veränderung familiärer Strukturen, Zunahme berufstätiger informell Pflegenden) und den damit einhergehenden Herausforderungen für die pflegenden Angehörigen. Aber auch die leistungsrechtlichen Verbesserungen der Unterstützung für zu Hause versorgte pflegebedürftige Personen gemäß dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ wurden angesprochen.

*„Steigende Nachfrage aufgrund demografischer Entwicklung, Wegbrechen von familiären Strukturen und sozialen Netzwerken“*

*„Familiäre Situation, mehr Frauen haben einen Beruf und bleiben nicht mehr nur zuhause“*

*„Kinder können nicht mehr die Eltern zuhause 24 Stunden versorgen, Ehepartner sind überfordert, oft zu alt und gebrechlich“*

*„Überforderung von Pflegepersonen im häuslichen Bereich. Pflegenden Angehörigen werden oft durch die Pflege zuhause selbst zum Pflegefall“*

*„Prinzip ambulant vor stationär, längerer Verbleib in der Häuslichkeit, Krisensituationen in der Häuslichkeit“*

Neben dem Ziel, (mehr) Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige zu schaffen, sehen die Einrichtungen auch die zunehmend kürzeren Verweildauern in den Krankenhäusern (aufgrund der DRGs) und zugleich die verbindlicheren Vorgaben zum Entlassmanagement der Krankenhäuser seit 2015 (§ 39 Abs. 1a SGB V) als Gründe, die in den letzten Jahren zu einer gestiegenen Nachfrage und zum Ausbau der Kurzzeitpflege beigetragen haben.

### Die Rolle der Kommunen

Laut den Ergebnissen der Interviews mit kommunalen Vertreterinnen und Vertretern wäre die kommunale Förderung des Baus von Pflegeeinrichtungen, auch durch die Bereitstellung von Bauplätzen an geeigneten Standorten, denkbar. Eine gute verkehrstechnische Anbindung und Lage ist dabei von Bedeutung. Als Ansatz für geeignete Räumlichkeiten zum Ausbau der Kurzzeitpflege könnten zum Beispiel stillgelegte Krankenhäuser genutzt werden.

Eine gute Pflegestrukturplanung ermöglicht zudem einen guten Überblick über die Bedarfslage zur Kurzzeitpflege in der Region. Die Kommune unterstützt die Kurzzeitpflege indirekt über die Kreispflegeplanung und die Schaffung eines Überblicks über die Pflegeinfrastruktur im jeweiligen Kreis. In diesem Rahmen finden in der Regel Bestandserhebungen und Bedarfsanalysen sowie Prognoserechnungen statt. Von den Befragten wird zum einen die Notwendigkeit einer solchen infrastrukturellen Planung durch die Kommunen betont, auf der anderen Seite die daraus resultierende Bewusstseinschärfung hervorgehoben. Dennoch fehle laut den Interviewten oftmals noch das Wissen, welche Kapazitäten und Bedarfe es tatsächlich gebe. Unklar sei bisher auch, wer die Kurzzeitpflegeplätze tatsächlich belege, woher die Personen kämen und welche Fallkonstellation vorliege (zum Beispiel vorangegangener Krankenhausaufenthalt). Dazu seien für die Kurzzeitpflege weitere gemeinsame Betrachtungen und Daten nötig.

In einigen Kreisen, wie zum Beispiel in Böblingen, herrsche ein regelmäßiger kommunaler Austausch, der auch dazu führe, dass neue Projekte in der Kurzzeitpflege angestoßen würden.

### Kriterien für bedarfsgerechte Angebote zur Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege

Nach Ansicht der befragten Expertinnen und Experten sind die Sicherstellung der nachklinischen Versorgung nach Krankenhausaufenthalt und das Schließen von Versorgungslücken zentrale Aufgaben der Kurzzeitpflege. Damit einher gehen die Klärung und Organisation der nachstationären Folgeversorgung sowie die Unterstützung des Genesungsprozesses, sodass eine Entlassung in die weitere ambulante Versorgung beispielsweise in der eigenen Häuslichkeit möglich ist. Zudem kann die Kurzzeitpflege als Zwischenlösung für die Vorbereitung und Stabilisierung der Gäste vor Antritt einer Anschlussheilbehandlung in einer Rehabilitationseinrichtung fungieren. Dies zeigt, dass unterschiedliche Bedarfskonstellationen in der Kurzzeitpflege bestehen und dementsprechend ebenfalls unterschiedliche Ansätze in der Weiterentwicklung betrachtet werden müssen.

Ein weiterer wesentlicher Aspekt ist aus Sicht der Expertinnen und Experten die Unterstützung pflegender Angehöriger durch das Angebot der Kurzzeitpflege, insbesondere unter dem Gesichtspunkt, dass die Kurzzeitpflege geplante Auszeiten für informell Pflegende ermöglicht und so das grundsätzliche Potential der dauerhaften häuslichen Versorgung aufrechterhalten kann. Einige Expertinnen und Experten bewerteten Aufenthalte aufgrund von Verhinderungs-/Urlaubspflege als nach- andere dagegen als vorrangig. Es stellte sich in den Interviews heraus, dass Kurzzeitpflegeaufenthalte häufiger wegen nachklinischer Versorgungsbedarfe erfolgen würden. Zum Teil werden finanzielle Mittel der Verhinderungspflege gezielt genutzt, um Aufenthalte in der Kurzzeitpflege zu verlängern. Nicht selten würde die Kurzzeitpflege als Einstieg in die stationäre Dauerpflege genutzt (sogenanntes Probewohnen). Für manche stellt sie aber auch die letzte Möglichkeit dar, einen nicht gewünschten Übergang in das stationäre Pflegesetting doch noch zu vermeiden beziehungsweise hinauszuschieben.

Aus der Praxis heraus hat sich gezeigt, dass die Kurzzeitpflege verschiedene Funktionen als auch Versorgungsschwerpunkte haben kann, die sich beispielsweise zu folgenden Bedarfskonstellationen gruppieren lassen:

- Kurzzeitpflege wegen Abwesenheit/Urlaub der Pflegeperson – **planbar**
- Kurzzeitpflege wegen häuslicher Krisensituation – **nicht planbar**
- Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalt – nur teilweise **planbar** (bei elektiven Eingriffen)
- Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalt zur Überleitung in die Rehabilitation – nur teilweise **planbar**

Aus diesem Grund wurden die an der Online-Befragung teilnehmenden stationären Pflegeeinrichtungen um Einschätzung der Bedarfsgerechtigkeit bisheriger Versorgungssettings gebeten. Dabei zielten die Fragen darauf ab, ein erstes Meinungsbild beziehungsweise Einschätzungen aus der Praxis zu generieren, welche Perspektiven für die Kurzzeitpflege aus Sicht der Leistungsanbieter zukunftsfähig wären.

Die Ergebnisse sind, unterteilt nach den Bedarfskonstellationen, in den folgenden vier Abbildungen (Abbildung 71 bis Abbildung 74) dargestellt.

Als besonders geeignete Versorgungssettings für die Verhinderungs- beziehungsweise sogenannte Urlaubspflege werden:

- stationäre Einrichtungen der Dauerpflege mit ganzjährig vorzuhaltenden Kurzzeitpflegeplätzen (67,6 %),
- solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit gegebenenfalls zusätzlicher Spezialisierung für bestimmte Versorgungsbedarfe (56,6 %) sowie
- an ein Krankenhaus angeschlossene Kurzzeitpflegeeinrichtungen oder -bereiche mit gegebenenfalls zusätzlicher Spezialisierung für bestimmte Versorgungsbedarfe (55,2 %) genannt (Abbildung 71).

**Abbildung 71: Einschätzung der Eignung von Versorgungssettings für die Kurzzeitpflege wegen Abwesenheit/Urlaub der Pflegeperson – planbar**

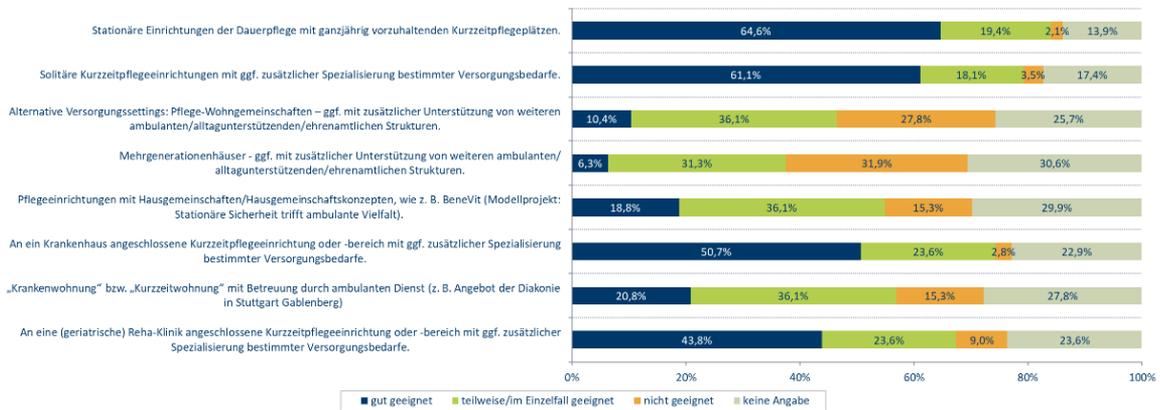


Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

Als besonders geeignete Versorgungssettings für die Kurzzeitpflege nach häuslicher Krisensituation werden ebenfalls:

- stationäre Einrichtungen der Dauerpflege mit ganzjährig vorzuhaltenden Kurzzeitpflegeplätzen (64,6 %),
- solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit gegebenenfalls zusätzlicher Spezialisierung für bestimmte Versorgungsbedarfe (61,1 %) und
- an ein Krankenhaus angeschlossene Kurzzeitpflegeeinrichtungen oder -bereiche mit gegebenenfalls zusätzlicher Spezialisierung für bestimmte Versorgungsbedarfe (50,7 %) benannt (Abbildung 72).

**Abbildung 72: Einschätzung der Eignung von Versorgungssettings für die Kurzzeitpflege wegen häuslicher Krisensituation – nicht planbar**

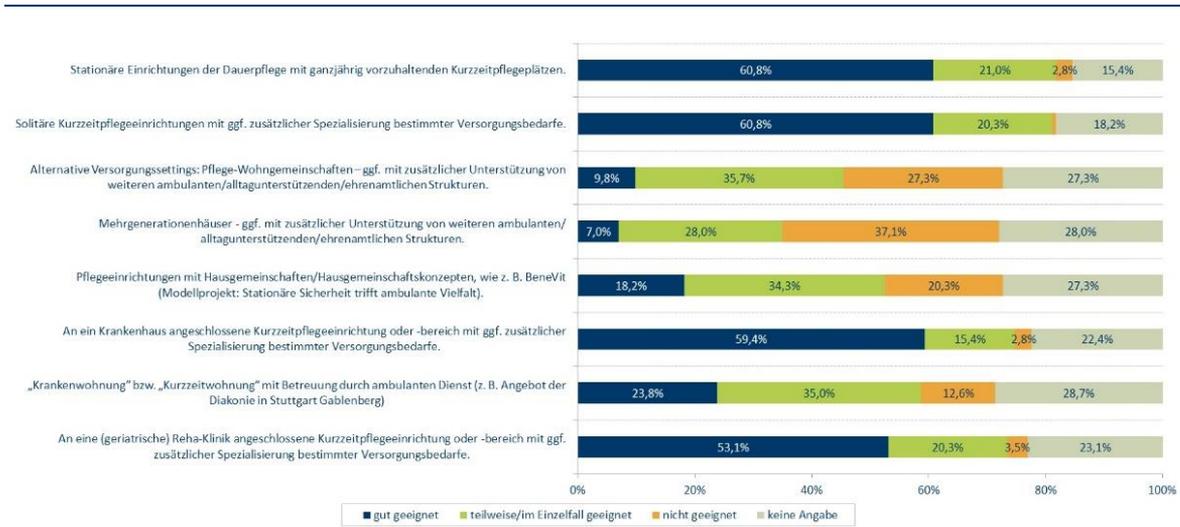


Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

Die Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalt sollte, laut Ansicht der Befragten, ebenfalls am ehesten in den drei Versorgungssettings:

- stationäre Einrichtungen der Dauerpflege mit ganzjährig vorzuhaltenden Kurzzeitpflegeplätzen (60,8 %),
- solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit gegebenenfalls zusätzlicher Spezialisierung für bestimmte Versorgungsbedarfe (60,8 %)
- an ein Krankenhaus angeschlossene Kurzzeitpflegeeinrichtungen oder -bereiche mit gegebenenfalls zusätzlicher Spezialisierung für bestimmte Versorgungsbedarfe (59,4 %) angesiedelt sein (Abbildung 73).

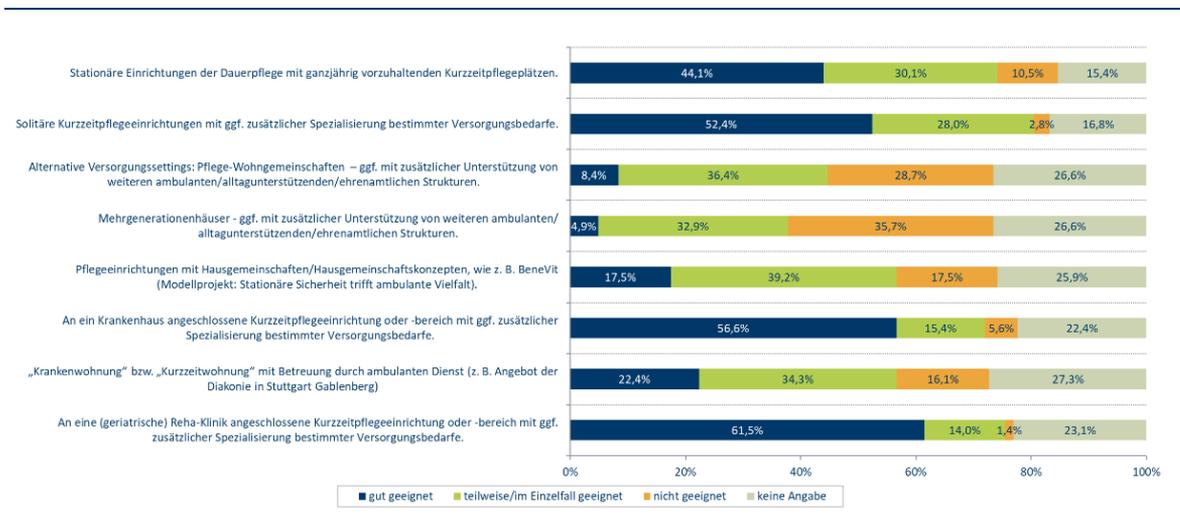
**Abbildung 73: Einschätzung der Eignung von Versorgungssettings für die Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalt – nur teilweise planbar**



Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

Für die „rehabilitative“ Kurzzeitpflege (mit dem Ziel der Überleitung in eine stationäre Rehaklinik) wird, neben der Eignung der auch für die anderen Bedarfskonstellationen genannten Versorgungssettings, als am geeignetsten eine an eine (geriatrische) Reha-Klinik angeschlossene Kurzzeitpflegeeinrichtung oder ein Kurzzeitpflegebereich mit gegebenenfalls zusätzlicher Spezialisierung für bestimmte Versorgungsbedarfe (61,5 %) genannt (Abbildung 74).

**Abbildung 74: Einschätzung der Eignung von Versorgungssettings für die Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalt zur Überleitung in die Rehabilitation – nur teilweise planbar**



Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

Vertreterinnen und Vertreter der Kommunen, Pflegestützpunkte/IAV-Stellen, Krankenhäuser und Pflegekassen postulieren zusammenfassend, dass insgesamt ein Mangel an Kurzzeitpflegeplätzen vorliegt, wobei regionale Unterschiede und saisonale Schwankungen der Nachfrage ebenfalls zum Tragen kommen und das Kurzzeitpflegeangebot beeinflussen – zum Teil ist der tatsächliche regionale Platzbedarf auch nicht bekannt. Eingestreuete Kurzzeitpflegeplätze, die mit Dauerpflegefällen belegt sind, verschärfen den Platzmangel ebenso wie die Einzelzimmerregelung in den Kurzzeitpflegeeinrichtungen. Insbesondere für Personen mit spezifischen Versorgungsbedarfen, wie psychisch erkrankten Menschen, jüngeren Pflegebedürftigen, aber auch Personen mit hohen pflegerischen Aufwänden oder rehabilitativen Bedarfen besteht ein Mangel an spezialisierten Kurzzeitpflegeangeboten. Corona-bedingte Aufnahmestopps steigerten die defizitäre Angebotsstruktur seit 2020 zusätzlich. Die Interviews gaben Hinweise darauf, dass freie Kurzzeitpflegeplätze zum Teil bevorzugt an Bewohnerinnen und Bewohner des eigenen Landkreises vergeben werden, was eine kreisübergreifende Suche nach einem Kurzzeitpflegeplatz zusätzlich erschwert. Durch den Platzmangel ist zudem die wohnortnahe Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege erschwert. Aus diesen Gründen wurden die Vertreterinnen und Vertreter der Kommunen, Pflegestützpunkte/IAV-Stellen, Krankenhäuser und Pflegekassen gebeten, Lösungsvorschläge zu Maßnahmen zum Angebotsausbau zu formulieren. Diese beinhalteten folgende Anregungen:

- regionale Bedarfsermittlungen zur besseren Einschätzung und gezielten Umsetzung,
- Stärkung der quartiersnahen Versorgung in der Kurzzeitpflege,
- Schaffung ambulanter Versorgungsstrukturen für besondere Personengruppen (präventiv Kurzzeitpflegebedarfen entgegenwirken),
- Bereitstellung vergünstigter Baugrundstücke für Kurzzeitpflegeeinrichtungen durch Kommunen,
- verpflichtende Kurzzeitpflegeplätze bei Neubau von Pflegeeinrichtungen,
- Ausbau von Tagespflegeangeboten.

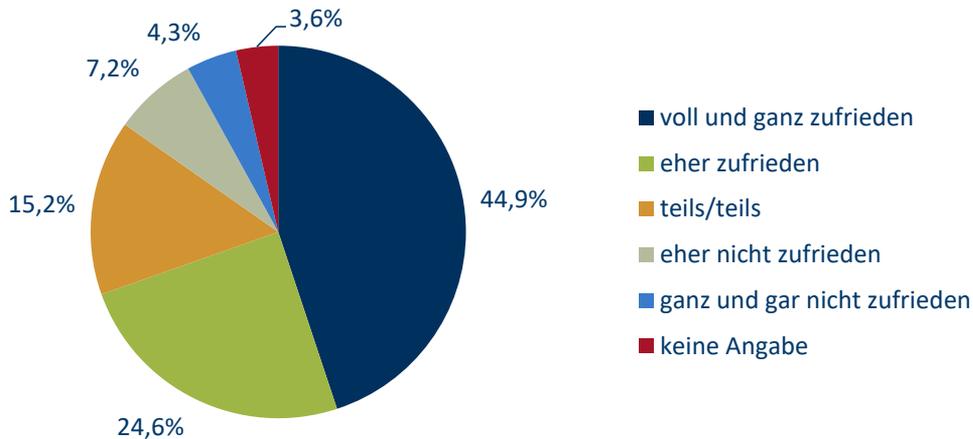
Neben Strukturen der stationären Kurzzeitpflege sind auch ambulante oder teilstationäre Versorgungsangebote (zum Beispiel Tagespflege) für pflegebedürftige Menschen sowie Entlastungsangebote für pflegende Angehörige auszubauen und zu fördern, da diese auch Einfluss auf die Nachfrage und Inanspruchnahme von stationärer Kurzzeitpflege haben. Für Personengruppen mit besonderen Bedarfen, insbesondere psychisch erkrankte Menschen, könnte durch die Schaffung geeigneter ambulanter Versorgungsstrukturen präventiv einem Bedarf an Kurzzeitpflege entgegengewirkt werden. In der inhaltlichen Ausgestaltung wurden darüber hinaus folgende Maßnahmen genannt:

- stärkere rehabilitative Ausrichtung der Kurzzeitpflegeangebote/Ausbau rehabilitativer Angebote,
- Kurzzeitpflege in oder angebunden an Krankenhäuser,
- Ausbau von Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige (auch tage-/stundenweise),
- Angebote für besondere Zielgruppen schaffen (zum Beispiel psychisch erkrankte Personen), gegebenenfalls Spezialisierung von Einrichtungen auf bestimmte Krankheitsbilder,
- Inklusion von Personengruppen mit besonderen Bedarfen in bereits bestehende Angebote.

Darüber hinaus werden auch die Angaben zur Zufriedenheit aus der Versichertenbefragung zur Ableitung von Kriterien für eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung betrachtet. Insgesamt zeigte

sich, dass mit 69,5 % (n = 96/138) der Großteil der Befragten mit der Kurzzeitpflege voll und ganz oder eher zufrieden war (Abbildung 75).

**Abbildung 75: Zufriedenheit mit der Kurzzeitpflege aus Sicht der Nutzerinnen und Nutzer, n = 138, Angaben in %**



Quelle: IGES, Versichertenbefragung 2022

Bei Personen, die aufgrund von Urlaub oder plötzlichem Ausfall der Pflegeperson in der Kurzzeitpflege waren, fiel die Zufriedenheit höher aus. War der Grund für den Aufenthalt für die Kurzzeitpflege eine akute gesundheitliche Verschlechterung oder eine vorangegangene Krankenhausbehandlung, waren die Befragten etwas unzufriedener.

Befragt nach den Gründen für die Unzufriedenheit wurde hauptsächlich genannt, dass der Umgang mit den Kurzzeitpflegegästen nicht persönlich oder fürsorglich genug gewesen wäre (unter anderem wegen häufigen Personalwechseln). Zudem wurde die Unterbringung vor Ort als nicht angemessen empfunden (beispielsweise kein Einzelzimmer, keine Dusche) oder es mangelte an Personal und Zeit, was sich in der subjektiv empfundenen Versorgungszufriedenheit niederschlug.

*„Personal z.T. unfreundlich, taktlos, kein Getränk und/oder kein Glas auf dem Zimmer“*

Zum Abschluss der Versichertenbefragung konnten die Teilnehmenden nach eigenem Schwerpunkt ihre Gedanken zum Thema Kurzzeitpflege mitteilen. Das mit Abstand am häufigsten angesprochene Thema bezog sich auf Schwierigkeiten bei der Platzsuche. Neben der umständlichen Platzsuche fehle es an ausreichend Informationen zur Thematik Kurzzeitpflege (zum Teil wurde angegeben, dass das Thema Kurzzeitpflege komplett unbekannt sei). Neben Kritik am Suchverfahren nach freien Plätzen gab es Beschwerden bezüglich des Platzmangels. Thematisiert wurden fehlende Möglichkeiten, kurzfristig auf einen Kurzzeitpflegeplatz zugreifen zu können. Insbesondere bei plötzlichen Erkrankungen und Bedarfen sei das problematisch.

Weiterhin wurde eine mangelnde finanzielle Unterstützung für Betroffene angeführt, wobei dieser Kritikpunkt nicht weiter konkretisiert wurde. Zudem beschäftigte die Befragten die Personalsituation

in der Kurzzeitpflege, die als mangelhaft wahrgenommen wurde. Ferner wurde berichtet, dass Vorbehalte gegenüber einer Betreuung und pflegerischen Versorgung in einer fremden Umgebung und durch andere Personen als die Familie bestünden.

Es gab jedoch auch positive Rückmeldungen. Ganz allgemein wurde der Mehrwert der Kurzzeitpflege insgesamt hervorgehoben und dass die Kurzzeitpflege einen relevanten und entlastenden Beitrag in der Versorgung leiste.

## 7.2 Ansätze und Modellprojekte in der Kurzzeitpflege

Mit der Weiterentwicklung beziehungsweise den Perspektiven der Kurzzeitpflege haben sich bereits verschiedene (innovative) Modellprojekte befasst. Derzeit werden auch in Baden-Württemberg unterschiedliche Konzepte erprobt.

In der vorliegenden Studie wurden ergänzend bereits bestehende beziehungsweise laufende oder geplante Ansätze oder Modellprojekte zur Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege recherchiert, um daraus Schlussfolgerungen zur Weiterentwicklung ziehen zu können. Insgesamt wurden 16 verschiedene Modelle identifiziert. Im Folgenden sind diese zusammenfassend beschrieben sowie im Anhang A7, geclustert zu folgenden Themenbereichen, zusätzlich tabellarisch dargestellt:

- poststationäre Betreuung zur Entlastung der Kurzzeitpflege oder Alternativen, wenn keine Kurzzeitpflege organisiert werden kann (Tabelle 26),
- Kurzzeitpflege im Krankenhaus (Tabelle 27),
- poststationäre rehabilitative Kurzzeitpflege beziehungsweise mit rehabilitativen Schwerpunkten (Tabelle 28),
- Pflege auf Zeit beziehungsweise geplante Auszeiten (Tabelle 29),
- Case Management in der Kurzzeitpflege (Tabelle 30) und
- Konzepte in der Kurzzeitpflege für spezifische Zielgruppen (Tabelle 31).

Ein Schwerpunkt vieler identifizierter Modellprojekte ist die Fallorganisation beziehungsweise das **Case Management**. Ziele dieser Ansätze sind der Aufbau von individuellen Versorgungsnetzwerken für die Betroffenen, die fallbezogene Koordinierung der Versorgung, Leistungsberatung und -vermittlung sowie eine Edukation der Betroffenen und Angehörigen, sodass diese auf Herausforderungen in der eigenen Häuslichkeit vorbereitet sind (siehe Projekte in Anhang A7: Unsere Brücke e. V., BegE, KuBe, Vom Heim nach Hause, Pflegefrei, Zeitinsel, Haus Veronika).

Der Stellenwert des Case Managements wird von den interviewten Vertreterinnen und Vertretern der Kommunen, Pflegestützpunkte/IAV-Stellen, Krankenhäuser und Pflegekassen unterschiedlich eingeschätzt. Zum einen wird Case Management als essenziell in der Kurzzeitpflege gesehen, was die Platzvermittlung und Nachsorge anbelangt. Zum anderen wurde angemerkt, dass die Platzvermittlung, auch in der Akutsituation, keinen Case Management Prozess erforderlich macht. Oftmals wäre eine Information und Beratung ausreichend. Es wird dazu angehalten, den Case Management Prozess als ganzheitliche Fallkoordination über die Kurzzeitpflege hinaus zu sehen.

Hinsichtlich der Verortung und Finanzierung des Case Managements wurde ebenfalls versucht, im Rahmen der Interviews Lösungsansätze zu erarbeiten. Folgende Aufzählung gibt einen Überblick darüber, in welchen bestehenden Strukturen das Case Management, laut Angabe der Befragten, organisatorisch verankert werden könnte:

- im stationären Setting, beim Krankenhaus oder der Kurzzeitpflege,
- im kommunalen Setting, auch bei den Pflegestützpunkten,
- im ambulanten Setting, bei ambulanten Pflegediensten oder
- in Praxen von Hausärztinnen beziehungsweise Hausärzten.

Durch die Vielzahl an Personen, die aus dem Krankenhaus in die Kurzzeitpflege entlassen werden, sollte nach Ansicht der Interviewten dort auch das Case Management verortet sein. Andere Interviewte können sich das Case Management ausgehend von der Kurzzeitpflege auch gut vorstellen. Hier könnte auch ein einrichtungsübergreifendes Case Management stattfinden. Als weitere Möglichkeiten wurden auch ambulante Pflegedienste und Hausarztpraxen gesehen. Zu beachten sei in jedem Fall und unabhängig von der Verortung die Neutralität der Case Managerinnen und Case Manager. Daher wurde, zur Sicherung der Neutralität, das Case Management auf kommunaler Ebene als sinnvoll erachtet. Auch könne es hier gut gelingen, Doppelstrukturen im Case Management zu vermeiden.

Eine Interviewte berichtet über das Vorhaben, das Case Management in der Zentrale eines Trägers anzugliedern, um von dort aus eine möglichst zugeschnittene Folgeversorgung über verschiedene Leistungsbereiche im Rahmen der Kurzzeitpflege bereitstellen zu können.

Für die Umsetzung von Case Management in der Kurzzeitpflege bedarf es einer Finanzierungsgrundlage. Dafür wurden unterschiedliche Möglichkeiten von den Vertreterinnen und Vertretern der Kommunen, Pflegestützpunkte/IAV-Stellen, Krankenhäuser und Pflegekassen vorgeschlagen:

- kommunale Finanzierung, unabhängig von der Verortung des Case Managements,
- Finanzierung durch die Struktur, wo auch das Case Management verortet ist (beispielsweise beim Hausarzt, Pflegediensten, im Krankenhaus oder kommunal),
- eine jeweils gedrittete Finanzierung über die Krankenkasse, die Pflegekasse und den Landkreis.

Zwei Interviewte berichteten, dass die derzeitige Finanzierung durch die Einrichtungsträger erfolgt, die Kosten jedoch in einem Fall von der Kommune erstattet werden.

Ein weiterer Ansatz zur Entlastung beziehungsweise Weiterentwicklung der Strukturen in der Kurzzeitpflege könnte die **Übergangsbegleitung nach einem Krankenhausaufenthalt** darstellen. In Böblingen befindet sich aktuell (Stand März 2022) ein neues Projekt zur Übergangsbegleitung nach einem Krankenhausaufenthalt pflegebedürftiger Menschen in Vorbereitung. Das Konzept basiert auf einem Vorprojekt zur Übergangsbegleitung, das den Übergang aus dem Krankenhaus in die Kurzzeitpflege und anschließend in den häuslichen Bereich fokussierte. Die dort eingesetzten ehrenamtlichen Patientenbegleiterinnen und Patientenbegleiter berichteten von problematischen Übergängen aus der Kurzzeitpflege in die ambulante Versorgung. Die

Kurzzeitpflege soll mit rehabilitativen Aspekten und der Förderung der Selbstständigkeit dabei eine Zwischenstation darstellen. Ziel ist es, die Fähigkeit zur Bewältigung des Alltags der Betroffenen vor der Rückkehr in die Häuslichkeit wieder bestmöglich herzustellen und eine Rückkehr nach Hause zu ermöglichen. Darüber hinaus ist ein gleitender Übergang in Versorgungsstrukturen, unter Einbeziehung der vor Ort befindlichen Dienstleister, Ziel der Übergangsbegleitung. Die Begleitenden führen dabei keine Pflegetätigkeiten durch. Ihre Aufgabe ist die Organisation relevanter Hilfen, die Einbindung aller relevanten Akteure (zum Beispiel ambulante Dienste, Hausärztinnen und Hausärzte, Nachbarschaftshilfe, Therapeutinnen und Therapeuten) und somit fließende Übergänge zwischen den Sektoren zu schaffen.

Wie lange die Personen von den ehrenamtlichen, speziell geschulten Übergangsbegleiterinnen und Übergangsbegleitern unterstützt werden, ist nicht festgelegt und vom Einzelfall abhängig. Die Ehrenamtlichen werden im Verhältnis 10:1 von einer Pflegefachkraft unterstützt.

Durch die praktischen Erfahrungen der Übergangsbegleiterinnen und Übergangsbegleiter sollen Rückmeldungen zum Beispiel an das klinische Entlassmanagement, die Versorger und Krankenhäuser ermöglicht und so Problemstellen identifiziert und sichtbar gemacht werden. Am lokalen Runden Tisch in Böblingen erfolgt eine Rückmeldung von Erfahrungsberichten.

Eine finanzielle Beteiligung der Kommunen gibt es für dieses Projekt nicht. Das Vorprojekt wurde allerdings von der Kommune bezuschusst. Das Projekt soll rund 2,5 Jahre laufen und dann über einen Klinikverbund weitergeführt werden.

Im Rahmen der Recherche nach Modellprojekten wurde ebenfalls ein Projekt der **Kurzzeitpflege in Angliederung an ein Krankenhaus** identifiziert (siehe auch Projekte in Anhang A7). Im Landkreis Göppingen soll angegliedert an ein Krankenhaus eine solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtung mit 18 Plätzen entstehen. Räumlichkeiten sind in einem alten Krankenhausgebäude bereits vorhanden, müssen allerdings entsprechend der rechtlichen Vorgaben noch umgebaut werden. Versorgungsstrukturen des Krankenhauses können durch die solitäre Kurzzeitpflege mitgenutzt werden. Primär sind die Plätze für die Patientinnen und Patienten des Krankenhauses vorgesehen. Prinzipiell bestehe jedoch die Möglichkeit, die Einrichtung zu öffnen und auch Pflegebedürftige aufzunehmen, die nicht zuvor in der Klinik behandelt wurden. In der Versorgungspraxis komme es immer wieder vor, dass Patientinnen und Patienten als Notfall aufgenommen werden, die selbst Angehörige pflegen und betreuen. Da hier kurzfristig große Versorgungsprobleme entstehen können, sei es zudem denkbar, dass in der Kurzzeitpflege diese pflegebedürftigen Angehörige ebenfalls mit aufgenommen werden könnten. Ähnliche Konzepte, in denen Kurzzeitpflege an ein Krankenhaus angegliedert erfolgt, gibt es in der Stadt Stuttgart und ist im Landkreis Konstanz<sup>17</sup> geplant.

<sup>17</sup> Die Caritas-Altenhilfe Konstanz plant die Einrichtung einer solitären spezialisierten Kurzzeitpflege mit den Versorgungsschwerpunkten Palliativpflege und poststationäre Nachsorge in einem Wohnbereich des neuen Pflegeheims Haus Zoffingen in Konstanz. Das Projekt soll in enger Kooperation mit dem Gesundheitsverbund Landkreis Konstanz durchgeführt und vom Hospizverein Konstanz begleitet werden. Das Ziel des Projekts ist es, bestehende Versorgungslücken zu schließen und Versorgungsübergänge zwischen Krankenhaus und ambulanter Versorgung zu verbessern. Außerdem soll eine fachlich hochwertige Begleitung von pflegebedürftigen Menschen mit besonderen Bedarfskonstellationen sichergestellt werden (Pressestelle Caritas Konstanz (2022).

In den Kreispflegeplanungen der Stadt- und Landkreise wurden zum Zeitpunkt der Recherche ebenfalls unterschiedliche **Ansätze und Modellprojekte in der stationären Kurzzeitpflege** berichtet – auch mit rehabilitativem Schwerpunkt. Diese werden zum Teil durch die Kommunen unterstützt oder gesteuert. Manche Ansätze sind bereits verstetigt, während andere derzeit noch in Planung und Vorbereitung oder bereits ausgelaufen sind. Für die poststationäre Kurzzeitpflege sind dies beispielsweise:

- eine solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtung mit rehabilitativem Schwerpunkt und mobiler geriatrischer Rehabilitation. Eine Therapieeinheit umfasst 45 Minuten und wird im Umkreis von 20 Minuten Fahrtzeit rund um den Sitz der Kurzzeitpflegeeinrichtung erbracht (Landkreis Tübingen),<sup>18</sup>
- solitäre Kurzzeitpflegestationen im beziehungsweise in Angliederung an ein Krankenhaus (Landkreise Rastatt, Rottweil, Ostalbkreis),<sup>19</sup>
  - solitäre Kurzzeitpflegestationen in stationären Pflegeeinrichtungen in Kombination mit Überleitungsmanagement und/oder speziellen Konzepten für die poststationäre Versorgung (Landkreise Tuttlingen, Ludwigsburg),<sup>20</sup>
  - Kooperationen zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern (Landkreis Heidenheim) oder Versorgungsangebot im Schwarzwald-Baar-Kreis, sogenannte „Pflege im Anschluss“ (PiA),<sup>21</sup>
  - gesonderte Kurzzeitpflege-Wohnbereiche in einer stationären Einrichtung mit ergänzendem therapeutischem Angebot (Landkreis Heilbronn).

18 Im Landkreis Tübingen werden beispielsweise solitäre Kurzzeitpflegeplätze in der Rehabilitationsklinik in Bad Sebastiansweiler vorgehalten. Die Evangelische Heimstiftung hat in der Rehabilitationsklinik zudem eine ALADIEN Probewohnung eingerichtet. „ALADIEN der Evangelischen Heimstiftung steht für das Zusammenwirken von Alltagsunterstützenden Assistenzsystemen mit Dienstleistungen. Technische Systeme, wie eine automatische Licht- und Rolladensteuerung, eine automatische Herdabschaltung, Sturzsensoren oder ein Hausnotruf unterstützen die Bewohner\*innen im Alltag. Hinzu kommen Dienstleistungen, die durch den ambulanten Pflegedienst, durch Angehörige oder örtliche Gruppen erbracht werden können. ALADIEN steuert diesen Mix aus Technik und Dienstleistung über ein bediener- und seniorenfreundliches Tablet. Einzelpersonen oder Paare können als private Kurgäste oder im Anschluss an eine Geriatrische Rehabilitationsmaßnahme oder eines Kurzzeitpflegeaufenthalts in der Testwohnung technische Lösungen und Hilfsmittel erproben. Die Wohnung kann tageweise gemietet werden. Die technischen Hilfsmittel sind so konzipiert, dass sie in der Wohnung der Interessierten nachgerüstet werden können. Ein flankierendes Beratungsangebot unterstützt bei der Auswahl der passenden Hilfsmittel und der Integration in den Alltag.“ (Landratsamt Tübingen (2020, 41 f.).

19 Das DRK-Pflegehotel am Ostalb-Klinikum in Aalen hat beispielsweise das Ziel, eine übereilte Aufnahme in eine Dauerpflegeeinrichtung zu vermeiden und eine gesundheitliche Verfassung wiederherzustellen, die eine Versorgung zu Hause ermöglicht (Landratsamt Lörrach (2017, S. 113).

20 Bei dem Modellprojekt „Pflege auf Probe“ (Kleeblatt-Pflegeheime Ludwigsburg) bleibt während eines dreimonatigen Aufenthalts im Pflegeheim genug Zeit für eine fundierte Entscheidungsfindung für die weitere Versorgung (Landratsamt Lörrach (2017, S. 113).

21 Bei PiA handelt es sich um ein gemeinsames Projekt von 15 kirchlichen Sozialstationen der Caritas und Diakonie. Diese haben eine gemeinsame Servicestelle und arbeiten mit den für die Überleitung von Patientinnen und Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt zuständigen Stellen teilnehmender Krankenhäuser zusammen. Es nehmen auch Sozialstationen in den Landkreisen Breisgau-Hochschwarzwald, Emmendingen und dem Stadtgebiet Freiburg teil (Szymczak (o. J. a). PiA versteht sich auch als verbindliche Ansprechstelle für (pflegende) Angehörige sowie Patientinnen und Patienten im Krankenhaus, deren stationäre Versorgung endet, aber noch keine häusliche Betreuung organisiert werden konnte. PiA berät und informiert Interessierte kostenlos zu allen Fragen rund um das Thema Pflegeüberleitung. Die Koordinierung der ambulanten Pflege durch Sozialstationen des Trägerverbundes organisiert die PiA-Servicestelle (Szymczak (o. J. b).

Ähnliche Lösungsansätze werden auch bereits in anderen Landkreisen geprüft, unter anderem in den Landkreisen Lörrach, Biberach, Esslingen, Konstanz, Schwäbisch Hall, Tübingen, Zollernalbkreis, Bodenseekreis, Stadtkreis Heilbronn. Die Integration von aufbauenden (Reha-) Programmen in den identifizierten Modellprojekten verfolgt das Ziel, das Angebot der Kurzzeitpflege zu erweitern und damit individuelle Fähigkeiten der Gäste zu erhalten und weiter aufzubauen (unter anderem in der Mobilität, siehe Projekt in Anhang A7: DESKK).

Langfristig geplante Aufenthalte wegen Erholungsurlaubs der Pflegeperson könnten zukünftig auch in **barrierefreien Seniorenwohnungen**, welche dafür separate Platzangebote vorhalten, mit entsprechender Pflegeunterstützung (beispielsweise in Kooperation mit Gemeinden, Städten, dem Landkreis oder Kliniken) als Verhinderungspflegeangebote gem. § 39 SGB XI eingerichtet werden. Diese Wohnangebote sind unter anderem mit einem Serviceangebot (zum Beispiel persönliche Beratung und Betreuung durch eine im Haus anwesende Kontaktperson oder die Vermittlung von Hilfen) verbunden.

Um planbare Entlastungsangebote für pflegende Angehörige zu schaffen, werden **Wohnanlagen für Betreutes Wohnen**, in der Verhinderungspflege als ein Versorgungselement integriert ist, von einigen Kreisen als vielversprechender alternativer Versorgungsansatz bewertet. Einige Angebote weisen zudem zusätzliche Betreuungs- und Begleitmöglichkeiten für Menschen mit demenziellen Erkrankungen auf (Landkreis Göppingen, 2018, S. 34; Landkreis Tuttlingen, 2017, S. 18; Landratsamt Heidenheim, 2011, S. 64).

Darüber hinaus gibt es Modellprojekte der Kurzzeitpflege beispielsweise in einem **Pflegehotel** (siehe Projekt in Anhang A7: Pflegehotel Willingen). Dabei werden auch Initiativen und Netzwerke aus dem bürgerlichen Engagement genutzt, um unter anderem Wohngemeinschaften für Kurzzeitpflege zu organisieren (siehe Projekt in Anhang A7: Alternative Kurzzeitunterbringung für Kinder und Jugendliche mit Behinderung) oder Verhinderungspflege in Gasthaushalten (siehe Projekt in Anhang A7: Bedarfsgerechte Kurzzeit- und Übergangspflege sowie quartiersbezogene Verhinderungspflege in Gasthaushalten) zu nutzen. Das **Wohnen in Gastfamilien**, welches in Baden-Württemberg hauptsächlich für Kinder und Jugendliche sowie für Menschen mit einer Behinderung angeboten wird, ist als eine alternative Wohnform auch in Urlaubszeiten pflegender Angehöriger für Seniorinnen und Senioren mit Betreuungs- und Pflegebedarf ab Pflegerad 2 geeignet (als Verhinderungspflege gem. § 39 SGB XI). Vorteil ist die flexible Gestaltung in Bezug auf Zeitpunkt und Dauer, zum Beispiel eine kurzfristige Vermittlung bei Erkrankung der pflegenden Angehörigen oder die Betreuung für einen Tag oder ein Wochenende (Landkreis Rottweil 2015: 47; Landkreis Tuttlingen 2017: 20f.). Dieses Angebot besteht bereits in einigen Landkreisen, wie zum Beispiel in Tuttlingen,<sup>22</sup> im Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald, im Enzkreis sowie im Landkreis Rottweil.<sup>23</sup> Weitere Stadt- und Landkreise, wie zum Beispiel der Stadtkreis Freiburg im Breisgau, ziehen solche Konzepte in Erwägung. Im Landkreis Ludwigsburg ist das Projekt „PflegeFrei“ angesiedelt. Ziel des Projektes ist es zum einen, die Versorgung mit Kurzzeit- beziehungsweise

<sup>22</sup> Das Angebot „ALTERnativ“ eines Trägers im Landkreis Tuttlingen umfasst sowohl einen Aufenthalt tagsüber im Sinne von Tagespflege als auch Kurzzeitpflege (mehrtägig und -wöchig) bis hin zu einer auf Dauer angelegten Betreuung (Landkreis Tuttlingen 2017, S. 20 f.).

<sup>23</sup> Im Landkreis Rottweil gibt es einen Anbieter, der Fachdienst „ALTERnativ in Gastfamilien“ in Zimmern ob Rottweil, der Seniorinnen beziehungsweise Senioren und Gastfamilien zusammenführt. Allerdings zielt dieser Anbieter eher auf ein Dauerwohnen in Gastfamilien ab (Landkreis Rottweil (2015, S. 47).

Verhinderungspflege aus dem stationären Bereich herauszulösen. Angehörige hätten Bedenken, die zu pflegende Person in eine stationäre Einrichtung zu geben, zudem bestehe der Wunsch möglichst lange in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben. Zum anderen soll über das Projekt eine generelle Auszeit der Pflegenden ermöglicht werden. Die pflegerische Versorgung findet in Gastfamilien oder der eigenen Häuslichkeit statt. In der eigenen Häuslichkeit kommen ehrenamtliche Angebote, Unterstützungsangebote und die Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst zum Tragen (§ 39 SGB XI, Personen ab Pflegegrad 2). Eine Beratungs- und Koordinierungsstelle prüft, welche Entlastungsangebote geschaffen werden sollten. Das Projekt wurde durch die Corona-Pandemie stark in der Umsetzung behindert und soll noch bis in 2023 hinein durchgeführt werden. Eine mögliche Anschlussfinanzierung ist noch nicht geklärt.

Das Projekt könnte auch als gemeinsames Angebot mit der zentralen Kurzzeitpflegeplatzvermittlung im Landkreis Ludwigsburg gedacht werden. Die Finanzierung erfolgt hauptsächlich über das Land Baden-Württemberg. Der Landkreis Ludwigsburg ist mit einem kleinen Anteil auch an der Finanzierung beteiligt.

Ein weiterer Ansatz ist die **Kurzzeitpflege für kurze Zeiträume**. Im Neckar-Odenwald-Kreis eröffnete im September 2021 eine solitäre Kurzzeitpflege, die einen hotelähnlichen Charakter besitzt und auch Personen aufnimmt, die nur wenige Tage Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen wollen. Das stellt in der Regel ein Problem dar, da Verweildauern von wenigen Tagen aufgrund des Aufwandes für Pflegeeinrichtungen nicht kostendeckend sind. Die Mindestbelegungsdauer in dieser solitären Kurzzeitpflege entspricht vier Tagen, wobei so kurze Aufenthalte bis Stand März 2022 noch nicht nachgefragt wurden. Das hauptsächlich verfolgte Ziel ist die Entlastung pflegender Angehöriger, weshalb der Kurzzeitpflege aufgrund von (geplanten) Abwesenheiten der Pflegeperson Vorrang gewährt wird. Statt wenige lange Auszeiten können so mehrere kurze Auszeiten vom Pflegealltag genommen werden, die auf Wunsch auch verlängert werden können. Der Eigenanteil ist direkt bei der Buchung der Kurzzeitpflege zu entrichten und wird nur im Krankheitsfall der pflegebedürftigen Person rückerstattet. Der Träger verfügt neben der Kurzzeitpflege auch noch über eine Vielzahl anderer Versorgungsangebote, wie zum Beispiel Wohnangebote für demenziell erkrankte Personen oder ambulante Pflege. So ist die Einrichtung im Trägerverbund gut vernetzt und kann eine Versorgung aus einer Hand bieten.

Ein weiterer Ansatz zur Weiterentwicklung, der auch im Rahmen der Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern der Kommunen, Pflegestützpunkte/IAV-Stellen, Krankenhäuser und Pflegekassen identifiziert wurde, sind **ambulante Alternativen zur stationären Kurzzeitpflege**. Insbesondere ambulant betreute Wohngemeinschaften, an die gegebenenfalls Tagespflegeangebote angegliedert sind oder die eine dauerhafte nächtliche pflegerische Versorgung aufweisen, wurden von fast allen Interviewten als denkbare Versorgungssetting benannt. Aufgrund des mangelhaften Angebotes an ambulanten Wohngemeinschaften bewertete eine Person die Versorgung mit Verhinderungspflege in diesem Setting als nicht passend.

Nach Einschätzung der Interviewten ist Verhinderungspflege in der eigenen Häuslichkeit der pflegebedürftigen Personen möglich, wenn die Betreuung durch einen ambulanten Pflegedienst sichergestellt und mit weiteren ambulanten oder teilstationären Angeboten kombiniert ist (unter anderem wurde die Tagespflege als geeignet genannt). Dies würde, nach Aussagen der Interviewten, auch am ehesten dem Wunsch der Nutzerinnen und Nutzer von Kurzzeitpflege

entsprechen. Denkbar ist aber auch die Kombination mit Nachbarschaftshilfe, der Einbindung ehrenamtlich Tätiger im Rahmen einer organisierten Übergangspflege aus dem (akut-)stationären in das ambulante Setting sowie der Einbindung professioneller therapeutischer Angebote. Thematisiert wurde zudem, dass Angebote zur stundenweisen Entlastung von Angehörigen für die dauerhafte Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung von Relevanz seien und eine Alternative zur Inanspruchnahme einer stationären Kurzzeitpflege aufgrund von Verhinderung und/oder Urlaub der Pflegeperson darstellen könnten.

Für die Umsetzung wurde zu Bedenken gegeben, dass ambulante Alternativen für Anbieter nicht attraktiv sind. Relevanter wäre daher eher stationäre Kurzzeitpflegeangebote zu schaffen, die inhaltlich anders ausgerichtet sind und rehabilitative Elemente stärker fokussieren und einbinden. Weiterhin wurde der Vorschlag geäußert teilstationäre Angebote der Tages- und Nachtpflege miteinander zu kombinieren, was eine umfassende Betreuung sicherstellen könnte.

Ein vom Setting unabhängiger Ansatz zur Weiterentwicklung beziehungsweise Entlastung der Kurzzeitpflege kann die **zentrale Steuerung der Kurzzeitpflegeplatzvermittlung** (beispielsweise über Kommunen und Pflegestützpunkte) darstellen.

Die Abteilung für Ältere der Stadt Reutlingen unterstützt die Kurzzeitpflege in der Region, indem die Mitarbeitenden der Stadt das Belegungs-, Entlass- und Case Management für die solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtung der Stadt übernehmen. Die RAH Reutlinger AltenHilfe gGmbH, die die solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtung betreibt, ist eine gemeinnützige Tochtergesellschaft der Stadt Reutlingen. Alle Anfragen nach freien Kurzzeitpflegeplätzen gehen über eine zentrale Telefonnummer bei der Stadt ein, die dann die Beratung, Platzvermittlung und das Vertragsmanagement übernimmt. Das Angebot richtet sich vornehmlich an die Bürgerinnen und Bürger aus Reutlingen. Einer ambulante Nachversorgung nach der Kurzzeitpflege wird Vorrang eingeräumt. An die Abteilung für Ältere ist zudem der Pflegestützpunkt Reutlingen angegliedert. Über diesen wird dann eine Bedarfsbewertung nach der Entlassung aus der Kurzzeitpflege realisiert.

Eine zentrale Kurzzeitpflegeplatzvermittlung über die Kommune wird auch im Landkreis Ludwigsburg umgesetzt. Die Kommune mietet bei interessierten Trägern Kurzzeitpflegeplätze und belegt diese anschließend selbst. Anfragen nach freien Plätzen durch pflegende Angehörige und Buchungen gehen bei der Kommune ein. Organisation, Verwaltung und Vertragsmanagement erfolgt ebenfalls über die Kommune. Das Projekt soll weiter ausgebaut werden. Der Pflegestützpunkt des Landkreises kann auf die zentrale Platzvermittlung zugreifen und Anfragen, die bei ihnen eingehen, direkt telefonisch weitervermitteln. Zu Projektbeginn wurde auch die Einrichtung einer Buchungsplattform durch Angehörige selbst diskutiert, im Verlauf jedoch verworfen, da zu viele individuelle Faktoren (zum Beispiel Besonderheiten und spezielle Notwendigkeiten in der Versorgung) zu berücksichtigen und sicherzustellen sind. Aktuell gibt es noch ein sehr beschränktes Platzkontingent, sodass die Kommune nach weiteren Trägern sucht.

In Heidelberg erfolgt die zentrale Vermittlung der Kurzzeitpflegeplätze über den Pflegestützpunkt. Die Vermittlung der Kurzzeitpflegeplätze erfolgte zunächst über das Sachgebiet „stationäre Pflege“ bevor eine IAV-Stelle diese Aufgabe übernahm. Mit der Etablierung des Pflegestützpunktes übernahm dieser, vertraglich festgehalten, die Platzvermittlung. Die Pflegeeinrichtungen in der

Stadt und im Umland melden freie Kurzzeitpflegeplätze an den Pflegestützpunkt. Genutzt wird eine Pflegeplatzbörse, die mit einem Ampelsystem arbeitet. Grundsätzlich wäre dieses System auch auf andere Kreise übertragbar. In der Praxis zeigte sich eine große Entlastungswirkung bei Angehörigen, insbesondere, wenn kurzfristig ein Platz gesucht wurde. Mittlerweile ist durch Öffentlichkeitsarbeit und durch Hinweise aus den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen die Rolle des Pflegestützpunktes bei der Platzvermittlung in der Bevölkerung bekannt. Vornehmlich konzentriert sich die Platzvermittlung auf Einwohnerinnen und Einwohner des Stadtkreises Heidelberg. Sie unterstützen aber auch, wenn für Personen aus umliegenden Kreisen kein Angebot gefunden werden kann.

Der Landkreis Ludwigsburg hat über drei Jahre ein Modell zur landkreisübergreifenden Vermittlung von Kurzzeitpflegeplätzen zusammen mit Waldshut-Tiengen erprobt. Die Leitidee war, den Urlaubscharakter der Kurzzeitpflege zu unterstreichen. Dazu gehörte auch, dass zum Beispiel direkt vor Ort auch ein Hotel für pflegende Angehörige organisiert wurde. Im Projektverlauf zeigten sich allerdings Schwierigkeiten bei Personen mit höheren Pflege- und Unterstützungsbedarfen. Auch lagen die Landkreise zu weit auseinander, sodass das Projekt nicht weiter umgesetzt wurde.

### 7.3 Potential digitaler Unterstützungsmöglichkeiten und Telepflege in der Kurzzeitpflege

National als auch international gibt es ein breit gefächertes Verständnis von Tele-health im Allgemeinen und auch von Telepflege im Besonderen. In Deutschland ist nur der Begriff Telemedizin gesetzlich verankert (im SGB V) und entsprechend als eine arztzentrierte Leistung definiert, was sich vom Verständnis von Telemedizin im internationalen Kontext unterscheidet. Bislang gibt es für den nationalen Raum nur wenig evidenzbasierte Informationen, jedoch zeigte sich in einer aktuellen Studie, dass Telepflege das Potential hat, den Zugang zur sowie die Sicherheit, die Kontinuität und die Qualität der pflegerischen Versorgung zu verbessern, die Arbeitszufriedenheit von Pflegefachkräften zu erhöhen sowie die Gesundheitskompetenz und Zufriedenheit der Pflegebedürftigen und Angehörigen zu fördern (Hahnel et al., 2020).

Im Zuge des aktuellen Digitalisierungsschubes (unter anderem durch die Corona-Pandemie oder das Digitale-Versorgung-Gesetz von 2019 und mit dem Ausbau der technischen Infrastruktur und Einführung der digitalen Pflegeanwendungen) kann die regelhafte Einführung von Telepflege in die Versorgungspraxis deutlich schneller umgesetzt werden. Mit dem Digitale-Versorgung- und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPfMG) vom 09.06.2021 und dem darin verankerten Modellprogramm nach § 125a SGB XI wird es künftig möglich sein, Telepflege wissenschaftlich gestützt zu erproben. Dafür werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zehn Millionen Euro im Zeitraum von 2022 bis 2024 zur Verfügung gestellt.

Aus diesen Gründen wurde in der vorliegenden Studie ebenfalls das Potential von digitaler Unterstützung beziehungsweise Telepflege in der Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege untersucht. Stationäre Pflegeeinrichtungen wurden um ihre Einschätzung zum **Potential von telepflegerischer Unterstützung in der Kurzzeitpflege** in der Online-Befragung gebeten. In etwa ein Drittel (34,4 %, 54/151) geben an, dass die Nutzung Potential hat. Die genannten Gründe dafür sind vor allem die Entlastung des Pflegepersonals in Folge von vereinfachten und effizienter gestalteten Arbeits- und Informationsprozessen. In diesem Zuge trage die Nutzung von Telepflege

dazu bei, Risiken zu minimieren (zum Beispiel Prävention von Stürzen und Minimierung von Sturzfolgen) beziehungsweise auch engmaschigere Kontrollen zu ermöglichen.

*„wenn es schnelle Infos liefert, wenn es Prozesse vereinfacht (zum Beispiel Dokumentation von Medikation und durchgeführte Maßnahmen)“*

*„Komplikationen vermindert/vermieden werden können. Entlastung des Pflegepersonals bei häufig wechselnder Belegung“*

*„mehr Sicherheit und Unterstützung des Personals; Verbesserung der Arbeitsabläufe“*

*„es Pflegepersonal entlastet und ein schnelleres Handeln bei potentiellen Stürzen ermöglicht“*

*„kann durch technische Erleichterung Freiräume bei verdichtetem Arbeitsaufkommen schaffen“*

In Anbetracht der zunehmenden Anzahl an Pflegebedürftigen bei gleichzeitig abnehmender Anzahl an Pflegepersonen, kann Telepflege des Weiteren eine sinnvolle Ergänzung darstellen.

*„das ist die Zukunft, immer weniger Personal für immer mehr Aufgaben, da kann die Telepflege helfen.“*

*„die Pflegekunden werden immer hochbetagter, der Hilfebedarf immer umfangreicher und differenzierter. Ohne Technik, ohne KI wird diese Flut des Bedarfes zu gewaltig“*

*„nicht jede Situationsveränderung ist notwendig von einem Menschen betrachtet zu werden“*

Die Potentiale liegen nicht allein beim Personal, der Mehrwert werde gleichzeitig auch für die Betroffenen gesehen, indem beispielsweise durch die eingesetzten Maßnahmen zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit beziehungsweise zur Verbesserung der Pflegesituation des Einzelnen beigetragen werden kann:

*„Selbständigkeit wird gefördert, Menschen mit pflegerischen Bedarf sind oft geplagt durch Ängste, zum Beispiel was wäre wenn...“*

*„die Selbstbestimmtheit der betreffenden Menschen erhalten bleibt“*

Ein geringerer Anteil gibt an, dass Telepflege kaum Potential in der Kurzzeitpflege hat, da der menschliche Bezug beziehungsweise die menschliche Begleitung im Vordergrund stehe und diese nicht durch „Digitalisierung“ beziehungsweise „Technik“ ersetzt werden könne.

*„Auch der Kurzzeitbewohner benötigt menschliche Ansprache, Zuwendung in seiner Phase der Umstellung, Neuorientierung“*

*„alte Menschen persönliche Begleitung brauchen“*

*„Menschlicher Bezug ist viel wichtiger und nicht zu ersetzen; "Pflege am Mensch" kann nicht durch Digitalisierung ersetzt werden“*

Weitere Hemmnisse lägen in der Technikakzeptanz und -kompetenz, sowohl auf Ebene des Personals als auch bei den zu Pflegenden. Des Weiteren sei aus Sicht Einzelner der Nutzen nicht bewiesen beziehungsweise überzeugend.

*„das Personal damit umgehen muss und der Bürokratieaufwand m. E. größer wird“*

*„Vieles im Bereich der Telepflege ist eher ein Rückschritt statt ein Fortschritt.“*

*„Ein Sensor schützt fast nie vor einem Sturz.“*

*„Telepflege in der Kurzzeitpflege ist zunächst verbunden mit hohen Arbeitsaufwänden.“*

Mit 49,7 % konnte nahezu die Hälfte der Befragten das Potential nicht einschätzen.

Ein weiterer Ansatz zur Entlastung der Kurzzeitpflege besteht in der **Digitalisierung in den Kommunen** sowie **digitaler Möglichkeiten der Pflegeplatzsuche** und Vermittlung. Zusammenfassend zeigt sich, dass die Kommunen in Baden-Württemberg bezüglich der Digitalisierung unterschiedlich aufgestellt sind, wobei insbesondere Schnittstellen bisher noch problematisch erscheinen. Das hat auch Auswirkungen auf die Kurzzeitpflege, weil zum Beispiel bei Hausbesuchen digitale Informationen zur Beratung über die Möglichkeiten der Kurzzeitpflege in der Region noch nicht vorliegen (zum Beispiel über die Angebote oder auch Platzkapazitäten). Es gibt auch Kommunen in denen noch viel händisch gearbeitet wird, auch die Platzvergabe von Kurzzeitpflegeplätzen betreffend. Allerdings berichteten die Interviewteilnehmenden aus den Kommunen zum Teil, dass hier ein Ausbau angestrebt wird beziehungsweise derzeit erfolgt. Eine Möglichkeit der Kommunen die Kurzzeitpflege zu unterstützen ist aus Sicht der Befragten die Bereitstellung von Informationen zu freien Platzkapazitäten. In einigen Kreisen gab und gibt es Bestrebungen die Platzvergabe von kommunaler Seite aus über eine Art Übersichts-Portal freier Plätze zu steuern. Dazu müssen die Pflegeeinrichtungen regelmäßig auf freiwilliger Basis freie Plätze melden. In der Praxis scheint dies unterschiedlich gut zu funktionieren. Im Stadtkreis Karlsruhe beispielsweise melden Einrichtungen jeden Montag freie Kurzzeitpflegeplätze, wobei dies je nach Träger unterschiedlich gut funktioniert. In einem anderen Kreis gab es einen ähnlichen Ansatz, der in der Praxis jedoch recht schnell wieder zum Erliegen gekommen ist. Über die Homepage des Landkreises wurde eine Übersicht über alle Pflegeeinrichtungen erstellt, die dann tagesaktuell freie Plätze melden konnten. Die Eintragung auf der Homepage musste selbst vorgenommen werden. Am Folgetag wurden die gemeldeten freien Plätze dann angezeigt.

Die Vertreterinnen und Vertreter der Kommunen, Pflegestützpunkte/IAV-Stellen, Krankenhäuser und Pflegekassen berichteten auch über die Nutzung des **Pflegeplatzmanagers**. Der Pflegeplatzmanager ist eine webbasierte Plattform, die Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen bei der Vermittlung von (Kurzzeit-)Pflegeplätzen und bei der Überleitung in die nachklinische Versorgung unterstützen soll. Ziel ist es, schnell und ressourcenschonend eine pflegerische

Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt zu organisieren. Die Kosten dafür werden von den Krankenhäusern getragen, (Kurzzeit-)Pflegeeinrichtungen nutzen die Plattform kostenfrei. (Kurzzeit-)Pflegeeinrichtungen können freie Kapazitäten über die Plattform melden. Krankenhäuser können ihrerseits Gesuche über die Plattform an nachstationäre Versorger senden. Dazu werden anonymisierte Patientenprofile mit allen für die Nachversorger relevanten Informationen erstellt (zum Beispiel Pflegegrad, Art der benötigten Versorgung) und in einem vorab definierten Suchradius an alle in Frage kommenden (Kurzzeit-)Pflegeeinrichtungen gesendet. Diese können je nach Kapazität Interesse an der Aufnahme der pflegebedürftigen Person bekunden.

Die Erfahrungen der Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser fielen überwiegend verhalten aus. Auf Gesuche der Krankenhäuser würden zu wenige Reaktionen folgen, sodass letztlich dennoch vor allem auf persönliche Telefonate zurückgegriffen wird. Insbesondere dann, wenn schnell eine nachklinische Versorgung gefunden werden muss oder die Patientinnen und Patienten zum Beispiel aufgrund resistenter Keime oder eines besonders hohen Pflegeaufwands für die Einrichtungen unattraktiv sind. Auch seien Krankenhausinformationssysteme nur bedingt mit dem Pflegeplatzmanager kompatibel, was die Überleitung von Dokumenten über die Plattform derzeit noch verhindert. Die Idee sei gut, die Umsetzung in der Praxis aber derzeit nicht optimal, sodass der Nutzen gering ausfällt. Hinzu käme, dass Heimträger und Kurzzeitpflegeeinrichtungen das regelmäßige Einstellen von freien Plätzen als nicht praktikabel ansehen würden. Die Einrichtungen haben eigene Wartelisten, freie Plätze könnten sofort wieder belegt werden, was ein Melden an die Plattform überflüssig macht. Hinzu kommt, dass nicht alle Einrichtungen den Pflegeplatzmanager nutzen und eine Vielfalt an Anbietern von Vermittlungs- und Überleitungsplattformen besteht, die in unterschiedlichem Maße von den Einrichtungen genutzt werden. Dies verursacht zum Beispiel für Pflegestützpunkte, mehr Aufwand, denn sie müssten mehrere Plattformen im Blick haben und verwenden.

### **EXKURS: Vermittlung von Pflegeplätzen**

Vor dem Hintergrund der häufig zeitaufwändigen und schwierigen Suche nach freien Kurzzeitpflegeplätzen erlangen (elektronisch basierte) Meldesysteme beziehungsweise -stellen eine immer größere Bedeutung sowohl für pflegende Angehörige als auch für Beratungsstellen und Sozialdienste. Beispielsweise verfügt das Landratsamt Ludwigsburg über eine Stelle für die Vermittlung von Kurzzeitpflegeplätzen. Diese unterstützt Pflegebedürftige und ihre Angehörigen, vorab Plätze für verbindlich festgelegte Zeiträume zu reservieren (Landratsamt Ludwigsburg, 2020, S. 7). Des Weiteren betreibt der Pflegestützpunkt Heidelberg bereits seit 1992 eine zentrale Kurzzeit- und Verhinderungspflegevermittlung, die hauptsächlich Kurzzeitpflegeplätze in einer städtischen Einrichtung, aber auch durchaus in anderen Heidelberger Pflegeheimen vermittelt (Stadt Heidelberg, 2017, S. 34). Über das Internetportal <https://www.pflegeboersen.de/> ist eine Suche nach freien Kurzzeitpflegeplätzen im Stadtkreis Pforzheim und den Landkreisen Enzkreis sowie Biberach möglich. In Stuttgart besteht ein tagesaktuelles Meldesystem für freie Kurzzeitpflegeplätze (Landratsamt Esslingen, 2020, S. 110). Darüber hinaus berichten weitere Stadt- und Landkreise in ihren Kreispflegeplanungen über die geplante Etablierung von elektronischen und tagesaktuellen Meldesystemen über freie Plätze (unter anderem die Landkreise Esslingen, Schwäbisch Hall, Rhein-Neckar-Kreis, Schwarzwald-Baar-Kreis, Lörrach, Tübingen sowie der Stadtkreis Baden-Baden) in ihren Kreispflegeplanungen. In Baden-Württemberg bestehen bereits digitale Plattformen zur Platzvermittlung, wie zum Beispiel der

Pflegeplatzmanager. Diese werden bislang allerdings noch unzureichend von den Pflegeeinrichtungen genutzt.

### 7.4 Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen und Finanzierung

Hinsichtlich der Finanzierung der Kurzzeitpflege wurden eine Reihe unterschiedlicher Problemlagen geschildert. Diese sind zum einen in den Pflegeeinrichtungen und den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen selbst verankert, zum anderen aber auch auf kommunaler sowie Systemebene. Von den interviewten Vertreterinnen und Vertretern der Kommunen, Pflegestützpunkte/IAV-Stellen, Krankenhäuser und Pflegekassen wurden unterschiedliche hemmende Rahmenbedingungen für die Kurzzeitpflege benannt. Diese liegen allerdings auf der System- oder Vertragsebene. Diese hinderlichen Rahmenbedingungen beeinflussen wiederum verschiedene Aspekte, die dann zu Problemlagen führen (zum Beispiel die unzureichende Finanzierung). Als problematisch wurden genannt:

- die leistungsrechtliche Splittung in Verhinderungs- und Kurzzeitpflege,
- die Sektorentrennung im Gesundheitswesen (unter anderem SGB XI und SGB V) sowie
- die zum Teil hinderlichen Rahmenbedingungen, welche für die Leistungserbringer als auch Kostenträger die Leistungs- und Vergütungsverhandlungen erschweren.

Eine Vernetzung der Leistungserbringer ist, laut Angabe der Befragten, durch die derzeitigen Rahmenbedingungen erschwert (unterschiedliche regionale Regelungen, Trennung zwischen SGB XI und SGB V). Aber auch die technischen Voraussetzungen in den Pflegeeinrichtungen, um sich digital zu vernetzen und auszutauschen, wurden genannt (auch im Sinne der digitalen Platzverwaltung). Im Rahmen des Landespflegestrukturgesetzes werden eine Förderung der Pflegeeinrichtungen und eine leistungssektorenübergreifende Zusammenarbeit adressiert. Dies kann zur Verbesserung der Vernetzung und Weiterentwicklung der Kooperationsstrukturen beitragen.

Die Maßgabe der Erfüllung derselben Vorgaben wie bei Dauerpflegebewohnerinnen und -bewohnern, die bis zu mehreren Jahren in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt werden, und Kurzzeitpflegegästen, die nur wenige Wochen in den Einrichtungen bleiben, wird als unverhältnismäßig und mit zu hohen Aufwänden verbunden bewertet. Für die bauliche Gestaltung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen gelten die gleichen Vorgaben wie für Pflegeheime (zum Beispiel Pflegebad, Wohnküche), die in einer vorübergehenden Kurzzeitpflege jedoch nicht nötig sind.

Unabhängig von den Möglichkeiten der Kommune, die Kurzzeitpflege zu unterstützen, äußerten die Interviewten die Notwendigkeit, die Rahmenbedingungen, unter denen Kurzzeitpflege stattfindet und finanziert wird, zu verändern. Dazu wurden folgende Lösungsansätze geäußert:

- ganzheitlichere, sektorenübergreifende Finanzierung von SGB V- und SGB XI-Leistungen in der Kurzzeitpflege,
- Zusammenlegung von Kranken- und Pflegekassen,
- Abbau von Sektorengrenzen in der akutstationären, ambulanten und (teil-)stationären Versorgung

- Finanzierung einer rehabilitativen Kurzzeitpflege über SGB V,
- gesetzliche Rahmenbedingungen für Kurzzeitpflege im Krankenhaus und Vorhalten von Kurzzeitpflegeplätzen im Krankenhaus verbessern,
- generelle Verbesserung der Rahmenbedingungen für Kurzzeitpflege.

In der Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen finden sich ähnliche Bewertungen: die (noch) bestehenden und für das Betreiben einer solitären Kurzzeitpflege nachteiligen Rahmenbedingungen hindern viele Einrichtungen am Aus-/Aufbau solitärer Kurzzeitpflegeangebote. Die Fördermittel sichern, laut Angabe der Befragten, nicht den wirtschaftlichen Betrieb und die (Re-)Finanzierung der solitären Kurzzeitpflege sei weiterhin herausfordernd. In einigen Regionen sei es zudem schwer, geeignete und vor allem finanzierbare Grundstücke zu finden:

*„Eine solitäre Kurzzeitpflege stellt ein zu großes finanzielles Risiko dar.“*

*„... weil mit Pflegegrad 2 die Abrechnung der Leistung meist unterfinanziert bleibt und freigehaltene Kurzzeitpflegeplätze keine Freihalte-Gebühren bezahlt werden.“*

*„Solange der personelle Mehraufwand nicht verlässlich refinanziert ist, werden wir keine weitere Kurzzeitpflege schaffen“*

In einzelnen Fällen konnten entweder die Voraussetzungen für die Beantragung der Fördermittel nicht erfüllt werden, das Förderprogramm passte nicht zur Einrichtung oder die Förderhöhe fiel zu gering aus.

Ein eher geringer Anteil an Einrichtungen berichtet dagegen, dass Verbesserungen der (Re-) Finanzierungsmöglichkeiten, finanzielle Förderungen und Anpassungen der baulichen Anforderungen in den vergangenen Jahren zum Ausbau der Kurzzeitpflege beigetragen hätten. Dazu zählen beispielsweise die Anerkennung der geringeren Auslastungsquote von 70 %, höhere Pflegesätze sowie die Möglichkeit der Nutzung von Doppelzimmern in der Kurzzeitpflege.

*„... gegebenenfalls die Anerkennung der geringeren Auslastungsquote oder die Zulassung von Doppelzimmern für die Kurzzeitpflege (beides aber sicherlich nur in geringem Ausmaß), bauliche Fördermittel (sofern dieses Thema bei den Einrichtungen relevant war, zum Beispiel Neubauten)“*

Werden neue Modellprojekte im Rahmen von Kurzzeitpflege, wie zum Beispiel poststationäre Kurzzeitpflege in einer Rehaklinik oder aber auch der Einsatz einer Case Managerin oder eines Case Managers, ins Leben gerufen, so wäre es denkbar, dass die Kommune beim Einwerben möglicher Fördergelder unterstütze und nach erfolgter wissenschaftlicher Evaluation eine Verstetigung auf kommunaler Ebene (auch die Finanzierung oder Beteiligung) ermögliche.

Die stationären Pflegeeinrichtungen wurden in der Online-Befragung um Einschätzung gebeten, ob ihnen (Veränderungen der) Rahmenbedingungen bekannt sind, welche zum Ausbau der Kurzzeitpflege beigetragen hätten. Die Einrichtungen konnten dazu keine Aussagen treffen. Andererseits gaben die Einrichtungen an, dass kein (wahrnehmbarer) Ausbau stattgefunden habe.

*„Keine positiven Veränderungen. Es wurden ja eher Plätze abgebaut. Der Mehraufwand innerhalb kürzerer Belegtage müsste finanziert werden.“*

*„Keine. Das Risiko der Kurzzeitpflege liegt immer noch komplett beim Dienstleister. Es werden zwar rehabilitative Leistungen gefordert, die aber in keiner Form in den Leistungen berücksichtigt und eingepreist werden. Der Aufbau einer solitären Kurzzeitpflege ist für Dienstleister nach wie vor nicht besonders erstrebenswert, da er mit zu großen finanziellen und organisatorischen Risiken behaftet ist.“*

Um den Ausbau der Kurzzeitpflege (zukünftig) zu befördern, weisen die Befragten fast ausnahmslos darauf hin, dass es insgesamt einer besseren Finanzierung beziehungsweise Vergütung der Kurzzeitpflege bedarf. Im Detail brauche es unter anderem bessere/höhere Pflegesätze, um personelle Mehraufwände und Leerstände („Freihaltegebühr“/Vorhaltekosten nichtbelegter Tage) zu refinanzieren, eine Aufwandspauschale beziehungsweise entsprechend höheres Entgelt für erhöhte Aufwände bei der Aufnahme, Dokumentation, Entlassung sowie eine separate Abrechnung der Behandlungspflege.

*„bessere Vergütung des kaum einzuschätzenden Pflegeaufwands; Personen nach Krankenhaus haben oft noch keinen oder einen sehr niederen Pflegegrad, so lange wir nicht den tatsächlichen Aufwand abrechnen können, kann sich die Situation nicht verbessern“*

*„Bedarfsgerechte Bezahlung des Aufwandes für kurze Zeit und Übernahme der Kosten bei Leerstand“*

*„Refinanzierung vom aufwendigen Belegmanagement + FallbegleiterIn/CasemanagerIn außerhalb vom Pflegesatz, Refinanzierung der Ausfalltage, (...) gesicherte Refinanzierung des notwendigen Personals über eine verbindliche Regelung für die Pflegesatzverhandlung, welche Personalschlüssel und welche Auslastungsquoten angemessen sind“*

*„auskömmliche Refinanzierung des personellen Mehraufwands gegenüber der vollstationären Versorgung“*

Eine kostendeckende Finanzierung für Kurzzeitpflegeplätze könnte aus Sicht der Einrichtungen primär darüber sichergestellt werden, dass alle in der Kurzzeitpflege anfallenden Mehraufwände gegenüber der stationären Dauerpflege, darunter zum Beispiel höhere Personalaufwände (beziehungsweise höhere/bessere Personalschlüssel), Verwaltungs- und Administrationsaufwände (zum Beispiel für Aufnahme- und Überleitungsmanagement in der Kurzzeitpflege, Dokumentation) entsprechend vergütet werden. Vorgeschlagen wurde beispielsweise, Mehraufwände über erhöhte oder gesonderte Pflegesätze zu finanzieren. Die Befragten gaben darüber hinaus in der Freitextoption der Online-Befragung an, dass eine generelle Abrechnung der Kurzzeitpflegegäste über Pflegegrad 4 oder 5 ebenfalls eine Option wäre. Behandlungspflegerische Tätigkeiten sollten separat, entsprechend der tatsächlich erbrachten Leistungen, abrechenbar sein.

*„Berücksichtigung von Sonderpersonalschlüsseln für Leitung, Qualität analog vollstationär, höhere Personalschlüssel die der mindestens 12mal höheren Fluktuation zum vollstationären Bereich Rechnung tragen.“*

*„Durch eine reale Anschauung wie viel Personal benötigt wird für die Tätigkeiten, dies muss mit in die Pflegesatzverhandlungen einbezogen werden. Somit kommt eine Refinanzierung der IST-Kosten zustande. Menschliche Arbeit sollte auch menschlich bezahlt werden.“*

*„Erste Schritte, die Kalkulation von Pflegesätzen auf geringerer Auslastungsbasis zu vereinbaren, scheinen sinnvoll. Zuschlag für Verwaltungsaufwand. Umfassendere Information durch die Pflegekassen im Vorfeld. Kürzere (digitale!) Wege für den Informationsaustausch.“*

*„Finanzierung rehabilitativer Personalmix (inklusive Therapeutischer Angebote), höhere Personalschlüssel (um sowohl den höheren pflegerischen Bedarf also auch Beratungs- und Administrationsaufwand zu kompensieren), Finanzierung gegebenenfalls unabhängig vom Pflegegrad (da dieser während der Kurzzeitpflege häufig nicht korrekt ist und eine rückwirkende Berechnung meist nicht möglich), bürokratische und organisatorische Hürden senken (zum Beispiel Zugang zu Heil- und Hilfsmitteln), finanzielle Mittel oder geeignete Stellen zur Überleitung in den häuslichen Bereich, Leerstandzeiten (Auslastung) berücksichtigen“*

Ergänzend zu den bereits genannten Aspekten wurde des Weiteren vorgeschlagen, den Aufnahme- und Entlasstag als je einen vollen Tag abrechnen zu können oder auch „bei Anmeldungen aus dem Krankenhaus sollte ab dem ersten Tag der Anmeldung Bettengeld veranschlagt werden“.

Zu berücksichtigen ist aus Expertensicht weiterhin, dass:

- Häufigkeiten von therapeutischen Angeboten an das klinische Setting angepasst werden sollten,<sup>24</sup>
- die Abhängigkeit von der Verschreibung therapeutischer Maßnahmen durch Hausärztinnen und Hausärzte zu begrenzen wäre sowie
- Personalschlüssel insbesondere für die Verwaltung adäquater zu gestalten wären.

Die umfangreiche Koordinierungsarbeit der pflegerisch, medizinisch/ärztlich sowie therapeutischen Versorgung bedürfe einer zusätzlichen Koordinierungsstelle (zum Beispiel durch Case Management), deren Finanzierung entsprechend sichergestellt werden müsse.

<sup>24</sup> Gemeint ist an dieser Stelle ebenfalls die Verfügbarkeit, vor allem in der poststationären Kurzzeitpflege, therapeutische Leistungen in einem ähnlichen Umfang wie in der Akutversorgung den Gästen zu ermöglichen. Oftmals würde versucht, dies mit externen Therapeutinnen und Therapeuten zu realisieren, was aufgrund des zu geringen Angebotes nicht immer umzusetzen sei.

### 7.5 Weiterentwicklung der personellen Strukturen und Arbeitsorganisation

Die Versorgung von Kurzzeitpflegegästen ist, im Vergleich zur Langzeitpflege, mit höheren Aufwänden verbunden – das zeigt auch die vorliegende Studie auf. In der Zusammenfassung der empirischen Befunde wurde deutlich, dass es neben einer Verbesserung der Finanzierungsmöglichkeiten auch einer Weiterentwicklung personeller Strukturen (zum Beispiel hinsichtlich der Anzahl, des Skill-Mix und der Qualifikation des Personals), aber auch der Arbeitsorganisation in der Kurzzeitpflege bedarf.

Der Personalmangel, unter anderem aufgrund des fortschreitenden Fachkräftemangels, wurde auch von Vertreterinnen und Vertretern der Kommunen, Pflegestützpunkte/IAV-Stellen, Krankenhäuser und Pflegekassen während der Interviews als limitierender Faktor für die Bereitstellung von Kurzzeitpflegeangeboten genannt. Darunter wurde nicht nur der Mangel an Pflegekräften benannt, sondern ebenfalls an Ärztinnen und Ärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten in der Kurzzeitpflege. Dieser führt auch dazu, dass Personen mit hohen pflegerischen Bedarfen Einrichtungen vor große Herausforderungen stellen. In der Versorgung von Personengruppen mit besonderen pflegerischen Bedarfen, wie psychiatrisch erkrankten Personen, mangelt es darüber hinaus an ausreichend qualifiziertem Pflegepersonal. Daher wurde als zentraler Lösungsansatz die effiziente Nutzung der personellen Ressourcen, zum Beispiel durch eine Veränderung der Arbeitsorganisation, sowie die Einbindung des Ehrenamtes benannt. Folgende Aspekte wurden als Maßnahmen zur Personalstärkung oder Personaleinsatz vorgeschlagen:

- Qualifikationsmöglichkeiten für Pflegenden schaffen (insbesondere für Personengruppen mit spezifischen Bedarfen),
- Personalausbau und Personal-Sharing (ärztliches/medizinisches Personal, Personal im Überleitungs- und Case Management sowie in der Beratung),
- Helfermix aus professionellen und nichtprofessionellen Pflegenden und multiprofessionelle Teams (Pflege und Therapeutinnen und Therapeuten),
- bürgerschaftliches Engagement nutzen und fördern,
- Prüfung der Notwendigkeit einer hohen Fachkraftquote sowie
- Attraktivität des Pflegeberufes steigern, um Personal zu halten.

Vor allem kommunale Vertreterinnen und Vertreter betonten das Potential bürgerschaftlichen Engagements, stehen dem Einbezug ehrenamtlich Tätiger offen gegenüber und sehen hier Chancen. Personelle Ressourcen müssen effizient genutzt werden. Neben einem Personalausbau und der Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufes, um Personal lange in der Pflege zu halten und so Versorgungsangebote aufrechterhalten zu können, wurde Personal-Sharing vorgeschlagen. Zur Stärkung einer integrierten und sektorenübergreifenden Versorgung könnten Ärztinnen und Ärzte aus dem Krankenhaus Konsile in Kurzzeitpflegeeinrichtungen durchführen. Auch Personal für das Überleitungs- und Case Management sowie für die Beratung könnten sich Einrichtungen teilen. Aus der Praxis wurde zudem berichtet, dass der Konkurrenzdruck zwischen den Pflegeanbietern um Mitarbeitende nicht zu unterschätzen sei. In der Versorgung sollte auf einen Personalmix aus professionellen und nichtprofessionellen Pflegenden sowie auf multiprofessionelle Teams aus

pflegerischem und therapeutischem Personal gesetzt werden. Zu überprüfen wäre in diesem Zusammenhang auch die Fachkraftquote in der Kurzzeitpflege.

Um die Versorgung zu optimieren, müssten Zusammenarbeit und Informationsaustausch zwischen den beteiligten Akteuren in der Kurzzeitpflege verbessert werden. Folgende Lösungsansätze konnten zusammenfassend abgeleitet werden:

- Vernetzung der Akteure ausbauen (auch im Sinne von regelmäßigen kommunalen Netzwerktreffen),
- kommunale Unterstützung der Vernetzungsarbeit (beispielsweise angesiedelt an den bestehenden Pflegestützpunkten),
- landkreisübergreifende Übersichten zu Kurzzeitpflegeangeboten,
- akteursübergreifende Planung und Steuerung der Versorgung mit Kurzzeitpflege sowie
- verstärkter Einbezug der Pflegepraxis in der übergeordneten Gremienarbeit.

Die Lösung sehen die Befragten in einer stärkeren Vernetzung der Akteure. Die Kommune könnte die Netzwerkarbeit über Pflegestützpunkte unterstützen, in der Form, dass diese eine organisierende Rolle in der Vernetzung übernehmen. Vorgebracht wurde, dass eine regionale Planung und Steuerung der Versorgung von Patientinnen und Patienten aus dem Krankenhaus akteursübergreifend durch Krankenhaus, Kommune, Pflegeeinrichtungen und Pflegekasse erfolgen sollte.

Die befragten stationären Pflegeeinrichtungen geben ebenfalls an, dass dazu auch Anpassungen im Bereich der Verwaltung notwendig sind.

*„Mehr‘ an Personal für Verwaltungsaufwand und Case-Management“*

*„insgesamt deutlich bessere Refinanzierung (v.a. der Personalkosten), Beachtung eines anderen Personalmix, andere Personalschlüssel, Unterstützung durch weitere Bereiche (wie Ärzte, Therapeuten etc.)“*

*„Absicherung bei Ausfällen beziehungsweise Absagen, personelle Unterstützung, weil höherer Bedarf in Verwaltung und Pflege. Dadurch auch höherer Belastung der Mitarbeiter“*

*„extra Personalschlüssel für Kurzzeitpflege (nicht angepasst an den Pflegegrad, sondern den derzeitigen Ist- Zustand)“*

Einzelne Einrichtungen sehen weitere Potentiale zur Entlastung des Personals in der Kurzzeitpflege, beispielsweise in:

- einer Reduktion der bürokratischen Aufwände (Dokumentation, Abrechnung) oder
- einer besseren Vernetzung beziehungsweise Zusammenarbeit mit relevanten Akteuren, wie zum Beispiel Krankenhäusern (feste Kooperationen) und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten.

Des Weiteren sollten mehr Einrichtungen entstehen, die ausschließlich Kurzzeitpflege anbieten, um zur Kernkompetenz der Kurzzeitpflege wieder zurückzukehren und „nahtlose“ Übergänge in die Dauerpflege zu vermeiden.

*„Unterstützung durch ein Case Manager in den überleitenden Kliniken und Heimen“*

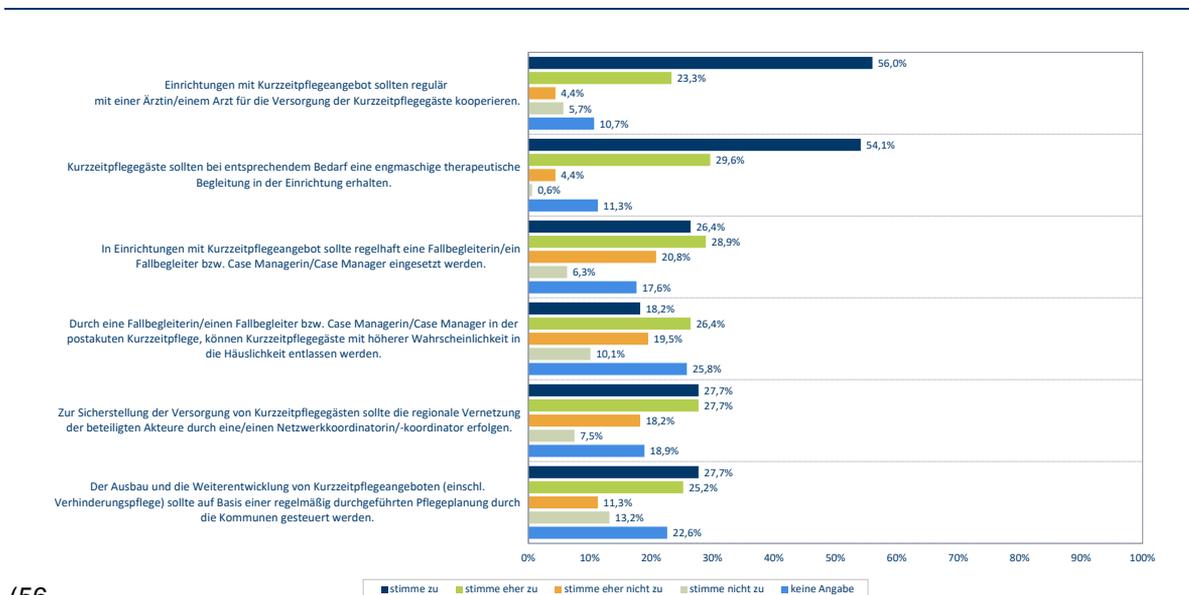
*„Die Plätze sind so ausgerichtet zum Beispiel auf Förderung zur Selbständigkeit mit Erkennen von Hilfebedarf. Jetzt ist die Kurzzeitpflege das Sprungbrett in die stationäre Pflege.“*

Die folgende Abbildung 76 zeigt die Einschätzung der stationären Pflegeeinrichtungen zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und der Personalstrukturen in der Kurzzeitpflege. Der überwiegende Anteil der Befragten ist der Meinung, dass:

- regulär Kooperationen mit Ärztinnen und Ärzten bei ganzjährig vorzuhaltenden beziehungsweise solitären Kurzzeitpflegeplätzen bestehen sollten (56,0 % „stimme zu“ und 23,3 % „stimme eher zu“) sowie
- Kurzzeitpflegegäste engmaschige therapeutische Begleitung in der Einrichtung erhalten sollten (54,1 % „stimme zu“ und 29,6 % „stimme eher zu“).

Des Weiteren sollten regelhaft Case Managerinnen beziehungsweise Case Manager in Einrichtungen mit Kurzzeitpflegeangebot eingesetzt werden (26,4 % „stimme zu“ und 28,9 % „stimme eher zu“), da dies dazu führe, dass Kurzzeitpflegegäste mit höherer Wahrscheinlichkeit in die Häuslichkeit entlassen werden können (18,2 % „stimme zu“ und 26,4 % „stimme eher zu“).

**Abbildung 76: Einschätzungen zur Weiterentwicklung von ganzjährig vorzuhaltenden und solitären Kurzzeitpflegeplätzen, n = 159, Angaben in %**



(56

Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

Mit 27,7 % („stimme zu“) und weiteren 27,7 % („stimme eher zu“) wurde die Aussage bewertet, dass die regionale Vernetzung der an der Versorgung beteiligten Akteure durch Koordinatorinnen beziehungsweise Koordinatoren erfolgen sollte.

Darüber hinaus sollten der Ausbau und die Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege regional auf Basis regelmäßig durchgeführter Pflegeplanungen durch die Kommune gesteuert werden (27,7 % „stimme zu“ und 25,2 % „stimme eher zu“)

## 8. Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

Anhand der Ergebnisse der empirischen Untersuchungen und unter Berücksichtigung der derzeitigen Rahmenbedingungen und Erkenntnisse aus den vorliegenden Sekundärdaten sind im folgenden Kapitel die zentralen Schlussfolgerungen dargestellt. Diese berücksichtigen auch die demografische Entwicklung im Land. Darauf basierend sind entsprechende Handlungsempfehlungen formuliert. Abschließend werden Hinweise zum Umsetzungsprozess gegeben.

Die Kurzzeitpflege stellt eine besondere pflegerische Versorgungsform dar, die sich stark von der Langzeitpflege unterscheidet: Kurzzeitpflegegäste kommen häufig aus Krisensituation oder nach einem Krankenhausaufenthalt und haben einen wesentlich höheren medizinischen Behandlungsbedarf als in der Langzeitpflege. Weiterhin müssen die Pflegekräfte aufgrund des zeitlich begrenzten Aufenthaltes des Kurzzeitpflegegastes einen hohen Anteil an Koordinierungs-, Abstimmungs- und Beratungsleistungen erbringen, da die Folgeversorgung oft noch nicht geklärt ist. Die Arbeit in der Kurzzeitpflege ist deshalb durch einen hohen Zeitdruck gekennzeichnet, der auch dazu führt, dass Einrichtungen der Kurzzeitpflege über Personalmangel klagen. Nicht zuletzt entsteht infolge der kurzen Verweildauern in der Kurzzeitpflege ein im Vergleich zur Dauerpflege höherer Organisations- und Verwaltungsaufwand, der sich auch in einer geringeren Auslastungsquote der Plätze niederschlägt (bei Vollaustattung und 20 Tagen pro Fall müsste ein Platz mindestens 18 Mal pro Jahr neu belegt werden).

Zur Unterstützung häuslicher Pflege und zur Entlastung pflegender Angehöriger wurde in den vergangenen Jahren, insbesondere im Zuge des Ersten Pflegestärkungsgesetzes zum 01. Januar 2015, aus Mitteln der Pflegeversicherung mehr Geld für Kurzzeit-, Tages- oder Nachtpflege sowie Verhinderungspflege zur Verfügung gestellt. Um diesen Anspruch realisieren zu können, werden entsprechende Strukturen für diese sogenannten Ergänzungsleistungen bei häuslicher Pflege benötigt.

Die Weiterentwicklung und Stärkung der Kurzzeitpflege, vor allem der Ausbau der bedarfsgerechten solitären Kurzzeitpflege, rückt mit dem aktuellen Koalitionsvertrag 2021 auf Bundesebene auch in den politischen Fokus.

*„Bei der pflegerischen Versorgung vor Ort räumen wir den Kommunen im Rahmen der Versorgungsverträge verbindliche Mitgestaltungsmöglichkeiten ein. Wir unterstützen den bedarfsgerechten Ausbau der Tages- und Nachtpflege sowie **insbesondere der solitären Kurzzeitpflege**.“ (SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP, 2021, S. 63)*

Zudem soll die Inanspruchnahme durch ein flexibles Budget für die Betroffenen vereinfacht werden.

*„Leistungen wie die **Kurzzeit- und Verhinderungspflege** fassen wir in einem unbürokratischen, transparenten und flexiblen **Entlastungsbudget mit Nachweispflicht** zusammen, um die häusliche Pflege zu stärken und auch Familien von Kindern mit Behinderung einzubeziehen.“ (SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP, 2021, S. 63)*

Das Land Baden-Württemberg fördert seit dem Jahr 2011 jährlich im Rahmen des Innovationsprogramms Pflege modellhafte Projekte zur Verbesserung der Betreuungs- und Strukturqualität im Pflegebereich. Der Ausbau und die Weiterentwicklung von Angeboten der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg bilden unter anderem einen der Schwerpunkte des „Innovationsprogramm Pflege“ in den Förderjahren 2020 - 2023. Ziel ist es, Pflegenden zu entlasten und Menschen mit einem pflegerischen Versorgungsbedarf möglichst lange in der eigenen Häuslichkeit versorgen zu können. Insbesondere Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit einer rehabilitativen Ausrichtung sollen von der Förderung profitieren. Projekte mit neuartigen und innovativen Pflegekonzepten, die das Ziel verfolgen, die Versorgungsqualität im Land zu verbessern, werden unter anderem gefördert (Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, 2021). Auch die aktuelle Förderrunde 2023 hat insbesondere das Ziel der Stärkung von qualifizierten Kurzzeitpflege- oder Verhinderungspflegearrangements sowie von Tages- und Nachtpflegeangeboten und fördert:

- nicht-investive Modellprojekte mit neuer und innovativer Ausrichtung sowie
- den Ausbau und die Weiterentwicklung bestehender Angebote vor allem in eigenständigen Einrichtungen mit rehabilitativer Ausrichtung (investive Förderungen) (Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, 2022).

### 8.1 Zentrale Schlussfolgerungen

Bundesweit und auch in Baden-Württemberg wird seit längerem beklagt, dass es zu wenig Kapazitäten für Kurzzeitpflege in stationären Pflegeeinrichtungen gibt. Während die Zahl der zu Hause versorgten Pflegebedürftigen steigt, ist beispielsweise in Baden-Württemberg die Versorgungsquote (je 1.000 zuhause versorgte Pflegebedürftige) in der ganzjährig vorzuhaltenden/solitären Kurzzeitpflege von 3,3 Plätzen (2017) auf 2,6 Plätze (2019) gesunken. Die Kapazitäten in der eingestauten Kurzzeitpflege sind von 2017 bis 2019 um + 3,7 % von insgesamt 6.244 auf 6.473 Plätze leicht gestiegen.

Diese Erkenntnisse verweisen zunächst auf den Bedarf einer **regional angepassten Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege** – vor allem unter Betrachtung der regional unterschiedlichen Bedarfslagen und der demografisch unterschiedlichen Entwicklungen.

Die Ursachen dafür, dass das Platzangebot nicht mit der auch in den kommenden Jahren voraussichtlich weiter steigenden Nachfrage nach Kurzzeitpflege mithalten kann (prognostiziert werden für Baden-Württemberg gegenüber 2019 circa 1.170 zusätzliche Plätze bis 2035), sind vielfältig:

- Sie sind zum einen auf bauliche Anforderungen zurückzuführen (Einzelzimmerquote), die das Angebot temporär verringern.
- Auf der anderen Seite erschwert es der Personalmangel in der Pflege zunehmend, die stationären Kapazitäten im erforderlichen Maße auszuweiten (mangelnde Verfügbarkeit von Personal als limitierender Faktor).
- Und nicht zuletzt werden von den Einrichtungen die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen genannt, deren Ausgestaltung das Angebot von Kurzzeitpflege teilweise unattraktiv machen. Zu nennen sind hier insbesondere die nicht vollständig refinanzierten erhöhten Aufwände in der

pflegerischen Versorgung (insbesondere nach Krankenhausaufenthalten oder häuslicher Krise) und in der Versorgungs koordinierung (häufig ist bei Aufnahme eines Gastes die Folgeversorgung noch nicht geklärt).

Darüber hinaus führt die steigende Nachfrage nach stationärer Dauerpflege zur erhöhten Belegung eingestreuter Plätze, so dass diese in immer geringerem Maße für Kurzzeitpflege zur Verfügung stehen.

Der **Ausbau der Angebotsstrukturen** der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg ist multifaktoriell zu betrachten. Die Analyse der Strukturdaten zeigt eine regional unterschiedliche Entwicklung der Bevölkerung, der Anzahl der Pflegebedürftigen, der Platzzahlen als auch personeller Kapazitäten. Resultierend besteht der Bedarf einer regional angepassten Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege – sowohl bezogen auf eine Steigerung der Platzzahlen als auch fachlich-konzeptionell.

Die empirischen Erhebungen der vorliegenden Studie zur Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg veranschaulichen mögliche Entwicklungspotentiale als auch -bedarfe hinsichtlich der Angebotsstrukturen. Unter anderem scheinen eine erhöhte Nachfrage nach Dauerpflegeplätzen, Umbaumaßnahmen aufgrund der Landesheimbauverordnung (LHeimBauVO in der Fassung vom 18. April 2011) oder Brandschutzrichtlinien und ein zu hoher Verwaltungsaufwand bei Kurzzeitpflegegästen im Vergleich zu Dauerpflegebewohnerinnen und -bewohnern eine Ausweitung der Kapazitäten der Kurzzeitpflege zu erschweren.

Die Prognoserechnungen verweisen auf die Notwendigkeit, die in Baden-Württemberg insgesamt verfügbaren Kapazitäten für Kurzzeitpflege auszubauen: auf Basis der Prognosen liegt der Mehrbedarf bis 2035 bei rund 1.170 Kurzzeitpflegeplätzen (Basisszenario, siehe auch Abschnitt 0) und auch die Befragten schätzten in den jeweiligen Regionen die Kapazitäten mehrheitlich als „nicht ausreichend“ beziehungsweise „tendenziell nicht ausreichend“ ein. Die Leistungserfassung in ausgewählten Pflegeeinrichtungen mit Kurzzeitpflege (ganzjährig vorzuhaltende, solitär und/oder eingestreute Kurzzeitpflegeplätze) hat gezeigt, dass die Anfragen nach Kurzzeitpflege das derzeitige Angebot dieser Einrichtungen überschreiten und somit der Bedarf der Pflegebedürftigen nicht vollständig gedeckt werden konnte. Auch Angebote für die Verhinderungspflege, die durch ambulante Pflegedienste erbracht werden, wurden als nicht ausreichend verfügbar eingeschätzt. Die häufigsten Gründe für Ablehnungen waren fehlende freie Plätze sowie ein fehlendes Angebot für den konkreten Versorgungsbedarf der pflegebedürftigen Person.

Folgende Vorschläge zum Angebotsausbau lassen sich aus der vorliegenden Studie zusammenfassend ableiten:

- Bedarfsermittlung auf regionaler Ebene, um kleinräumige Unterschiede in der Nachfrage- und Angebotssituation (quantitativ und qualitativ) erfassen zu können und darauf aufbauend die Strukturen bedarfsgerecht weiterentwickeln zu können,
- Stärkung der quartiersnahen Versorgung, unter anderem auch durch neue Angebote der Verhinderungspflege,
- Schaffung ambulanter Versorgungsstrukturen für besondere Personengruppen, um präventiv Kurzzeitpflegebedarfen entgegenzuwirken,
- Bereitstellung vergünstigter Baugrundstücke für Kurzzeitpflegeeinrichtungen durch Kommunen,

- verpflichtende Kurzzeitpflegeplätze bei Neubau von Pflegeeinrichtungen,
- Ausbau von Tagespflegeangeboten (zur Stärkung der Verhinderungspflege).

Die LHeimBauVO definiert die **Weiterentwicklung der stationären Infrastruktur** durch zentrale, wohnortnahe, gemeinde- und stadtteilbezogene Angebote. Die „Wohnortnähe“ ist nicht genauer definiert. Die empirischen Erhebungen zeigten, dass der durchschnittliche Radius von Anfragen nach freien Kurzzeitpflegeplätzen bei 13,4 km – 22 km Entfernung lag (Leistungserfassung ausgewählter stationärer Pflegeeinrichtungen mit Kurzzeitpflege, 2021 und 2022). Das sind Entfernungen, bei denen Angehörige oder Nachbarn mehrheitlich auf das Auto angewiesen sind, wenn sie Besuche während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes machen wollen.

Wie im Koalitionsvertrag 2021 – 2026 der Bundesregierung noch einmal hervorgehoben wurde, sollen die Länder (gemeinsam mit den Kommunen) gemäß § 9 SGB XI eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Pflegeinfrastruktur sicherstellen. Bei der pflegerischen Versorgung vor Ort sollen „den Kommunen im Rahmen der Versorgungsverträge verbindliche Mitgestaltungsmöglichkeiten eingeräumt werden“. Die Planung der Pflegeinfrastruktur sollte auch in Bezug auf die Kurzzeitpflege stärker kommunal gesteuert werden (SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP, 2021).

An dieser Stelle ist das geförderte Projekt „Regionale Strukturgespräche zur gesundheitlichen Versorgung im Ortenaukreis“ zu erwähnen (Ortenaukreis, o. J.). Im Zeitraum 2018 - 2020 wurde unter anderem im Rahmen der kommunalen Gesundheitskonferenz eine umfangreiche Bestands- und Bedarfsanalyse zur Versorgungssituation im Ortenaukreis durchgeführt und unter Beteiligung der Stakeholder, Gemeinden und der Bürger ermittelt, mit welchen innovativen und sektorenübergreifenden Ansätzen den bevorstehenden Herausforderungen zu begegnen ist (Bressau et al., 2021). Im Ergebnis zeigte sich zum Beispiel ein besonderer Bedarf an solitärer Kurzzeitpflege. Darüber hinaus wurden infolge dieses Prozesses mehrere Klinikstandorte aufgegeben, welche nun durch **Zentren für Gesundheit** (mit Portalfunktion) sowie Notarzt-/Notfallstandorte ersetzt wurden. In diesen sollen teilweise „**Genesungsbetten**“<sup>25</sup> angeboten werden (beispielsweise im „Zentrum für Gesundheit in Oberkirch“). Weiterhin wurden an diesen Standorten bereits Angebote der Kurzzeit- und Langzeitpflege und eine geriatrische Tagesklinik realisiert. „Genesungsbetten“ könnten zukünftig eine punktuelle Ergänzung zu Angeboten der Kurzzeitpflege gemäß SGB V darstellen. Die Finanzierung dieser Genesungsbetten scheint allerdings noch nicht gänzlich geklärt. Eine an die Bundesebene gerichtete Handlungsempfehlung des Projektes ist die Einführung einer sektorenübergreifenden regionalen Bedarfs- und Versorgungsplanung und sektorenübergreifenden Finanzierungsgrundlage, die ebenfalls eine Vergütung multiprofessioneller Versorgungsteams, insbesondere in der Kurzzeitpflege, ermöglicht (Bressau et al., 2021, S. 39).

Im Rahmen des **Ausbaus alternativer Formen der Kurzzeitpflege** könnten ambulant betreute Wohngemeinschaften oder aber auch Quartiershäuser, welche Kurzzeit- beziehungsweise Verhinderungs- und Tagespflege im Verbund anbieten, für Menschen mit Unterstützungs- und

<sup>25</sup> Genesungsbetten sind für Patientinnen und Patienten bestimmt, die beispielsweise nach einer Operation noch der Krankenpflege bedürfen, ohne jedoch auf die stationären Strukturen einer Klinik angewiesen zu sein (<https://www.tk.de/presse/themen/medizinische-versorgung/krankenhausversorgung/ortenauklinikum-neustrukturierung-scherer-2120658?tkcm=ab>, Abruf 18.01.2023).

Versorgungsbedarf in den Fokus rücken. Diese könnten vor allem eine Alternative für die sogenannte „Urlaubspflege“ darstellen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass auch hier bauliche und personelle Vorgaben potentiell eine Hürde für solche Angebote sein könnten. Für ambulant betreute Wohngemeinschaften bestehen beispielsweise spezifische Regelungen im WTPG. Bei maximal 12 Personen müssen mindestens 25 Quadratmeter pro Person zur Verfügung stehen. Eine Präsenzkraft ist rund um die Uhr anwesend. Leben 9 - 12 Personen in der Wohngemeinschaft bestehen höhere Anforderungen an die fachliche Qualifikation der Betreuungskräfte, der Präsenzzeit und der baulichen Standards (WTPG, in der Fassung vom 20. Mai 2014).

Auch der aktuelle Koalitionsvertrag plädiert für die Schaffung innovativer quartiersnaher Wohnformen unter gemeinsamer Förderung von Bund, Ländern und Kommunen (SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP, 2021).

Vielfältig sind auch die Ansätze und Modellprojekte zur Stärkung der Kurzzeitpflege, die regional erprobt und teilweise auch verstetigt wurden (siehe auch Abschnitt 6 und 7). Dazu gehören:

- Modelle zur Verbesserung der intersektoralen Kooperation beim Überleitungsmanagement – durch Vernetzung der beteiligten Akteure mit verbindlichen Vereinbarungen oder durch den Einsatz digitaler Lösungen (zum Beispiel Plattformen zur Vermittlung von Pflegeplätzen),
- Konzepte zur kommunalen Unterstützung (zum Beispiel durch Übernahme des Belegungsmanagements, Förderung regionaler Vernetzung),
- Ansätze zur Weiterentwicklung personeller Strukturen (zum Beispiel hinsichtlich der Anzahl, des Skill-Mixes und der Qualifikation des Personals), aber auch der Arbeitsorganisation in den Einrichtungen (Einsatz eines Case Managements),
- Konzepte zur stärker zielgruppenorientierten Weiterentwicklung der Kurzzeitpflegeangebote (zum Beispiel rehabilitative Kurzzeitpflege).

Neben Strukturen der stationären Kurzzeitpflege sind also auch **ambulante oder teilstationäre Versorgungsangebote** (zum Beispiel Tagespflege, auch stunden- oder tageweise „Kurzzeitpflege auf Zeit“) für pflegebedürftige Menschen sowie Entlastungsangebote für pflegende Angehörige **auszubauen und zu fördern**, da diese auch Einfluss auf die Nachfrage und Inanspruchnahme von stationärer Kurzzeitpflege haben. Vor allem für die Inanspruchnahme der Verhinderungspflege beziehungsweise der sogenannten „Urlaubspflege“ könnten diese alternativen Versorgungssettings Potentiale bieten.

All diese Modelle sind in der Regel regional begrenzt, sind auf unterschiedliche Finanzierungsquellen angewiesen und stoßen teilweise auf unterschiedlichste Hemmnisse, was die Verstetigung nach der Modellphase betrifft. Daher sollten die Erkenntnisse aus diesen Modellen systematisch analysiert und bei der Anpassung der Rahmenbedingungen für die Kurzzeitpflege berücksichtigt werden.

Ein weiterer **Ansatzpunkt zur Weiterentwicklung ist die stärker anlassbezogene Ausrichtung des Kurzzeitpflegeangebotes**. Die Analyse der Daten zeigt, dass unter anderem die sogenannte „Urlaubspflege“ aufgrund der Verhinderung der Pflegeperson nach § 39 SGB XI eher in Einrichtungen der stationären Dauerpflege mit Kurzzeitpflegeangebot (eingestreuete beziehungsweise ganzjährig vorzuhaltende Kurzzeitpflegeplätze) anzusiedeln ist. Die pflegerischen

Versorgungsbedarfe der Gäste sind in der Regel geringer im Vergleich zu postakuten Fällen, die Nachversorgung ist geregelt und die Gäste können an den Betreuungsangeboten der Einrichtungen teilnehmen.

Während Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI (Kurzzeitpflege nach häuslicher Krisensituation oder Krankenhausaufenthalt) aufgrund der sich unterscheidenden Aufwände in der pflegerischen und vor allem behandlungspflegerischen Versorgung der Kurzzeitpflegegäste eher in der solitären Kurzzeitpflege oder stationären Pflegeeinrichtungen mit ganzjährig vorzuhaltenden Kurzzeitpflegeplätzen mit:

- Anbindung an Rehabilitationseinrichtungen,
- therapeutischem und ärztlichem Personal sowie
- Case Management zur Steuerung und Koordinierung der Versorgung<sup>26</sup>

erfolgen sollte.

**Case Management** leistet zur Umsetzung komplexer Versorgungsprozesse mittels eines logisch strukturierten Verfahrensablaufs die fallbezogene Koordinierung der Versorgung und baut im Optimalfall gleichzeitig verbindliche Kooperationsbeziehungen in der Region auf. Die Involvierung mehrerer Akteure in der Versorgung von Personen mit komplexen Problemlagen bedingt, dass die Leistungen sowie deren Anbieter koordiniert und aufeinander abgestimmt werden müssen (Woodtly, 2006). In der Versorgung von Kurzzeitpflegegästen bedeutet dies die Zusammenführung aller Versorgungsangebote auf regionaler Ebene (einschließlich der Pflegeberatung), die Umsetzung einer übergeordneten Versorgungssteuerung durch Einbindung aller am Versorgungsgeschehen beteiligten Akteure (sogenanntes Care Management) und ein innerhalb der Kurzzeitpflegeeinrichtung optimiertes Fallmanagement. Dieses kann durch die Mitarbeitenden in Pflegestützpunkten unterstützt werden, wenn sich Angehörige von Kurzzeitpflegegästen dahin wenden.

Die Notwendigkeit eines umfassenden Case Managements in der Versorgung älterer, chronisch kranker sowie pflegebedürftiger Personen ist international Standard und wird seit einigen Jahren von vielen Akteuren, unterstützt durch die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, auch in Deutschland gefordert (Braeseke et al., 2018). Die vorliegenden empirischen Daten bestätigen die Notwendigkeit des Case Managements auch in der Versorgung von Kurzzeitpflegegästen. Vor allem die Erkenntnisse aus der Leistungserfassung machten die zum Teil sehr zeitaufwendigen Koordinierungsleistungen in den Einrichtungen für die Organisation der Versorgung der Kurzzeitpflegegäste sichtbar – vor, während und nach dem Kurzzeitpflegeaufenthalt. Auch in der gemeinsamen Erklärung 2.0 des Aktionsbündnisses Kurzzeitpflege aus dem Jahr 2020 wird der

<sup>26</sup> Die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e. V. definiert den Begriff des Case Managements wie folgt: „[...] ist eine Verfahrensweise in Humandiensten und ihrer Organisation zu dem Zweck, bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen. Der Handlungsansatz ist zugleich ein Programm, nach dem Leistungsprozesse in einem System der Versorgung und in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens effektiv und effizient gesteuert werden können“ (Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e. V. (2012).

Stellenwert des Case Managements in der konzeptionellen Weiterentwicklung explizit hervorgehoben (Aktionsbündnis Kurzzeitpflege, 2020, S. 3).

An dieser Stelle ist das niedersächsische Pilotprojekt „Regionales Pflegekompetenzzentrum“ zu nennen (ReKo - Regionales Pflegekompetenzzentrum, o. J.b). Dieses wird von der DAK begleitet, im Rahmen des Innovationsfonds gefördert und durch die Universität Osnabrück wissenschaftlich begleitet. In den Landkreisen Grafschaft Bentheim und Emsland wird das ReKo seit Oktober 2019 modellhaft erprobt. 15 Case Managerinnen beziehungsweise Manager sind mit den Akteuren vor Ort vernetzt und begleiten Pflegebedürftige und deren Angehörige jeweils als feste Ansprechpartnerin/feste Ansprechpartner persönlich und langfristig. Darüber hinaus findet eine enge Vernetzung der an der Versorgung beteiligten Akteure über eine zentrale digitale Plattform statt. Beteiligt sind unter anderem ambulante und stationäre Einrichtungen der Primär- und Langzeitversorgung (auch Kurzzeitpflegeeinrichtungen), Pflegestützpunkte der Region, Haus- und Fachärztinnen und Fachärzte, Therapeutinnen und Therapeuten. Als eine der bundesweit ersten Institutionen aus dem Bereich Pflege wurde die Gesundheitsregion EUREGIO (Betreiber des ReKo) an die Telematikinfrastruktur angeschlossen (ReKo - Regionales Pflegekompetenzzentrum, o. J.a).

Auch in den identifizierten Modellprojekten in der Kurzzeitpflege ist die Implementierung von Case Management ein Schwerpunkt. Das Case Management übernimmt die Fallkoordination und soll vor allem bei der Platzsuche und der Nachsorgeplanung in der Kurzzeitpflege die Betroffenen und Einrichtungen unterstützen. Anzumerken ist, dass die interviewten Expertinnen und Experten der vorliegenden Studie empfehlen, dass für die Weiterentwicklung in der Kurzzeitpflege das Case Management in übergeordneten koordinierenden Strukturen anzusiedeln ist, wie beispielsweise im kommunalen Setting oder auch bei den Pflegestützpunkten – mit entsprechender Berücksichtigung im Stellenplan.

Bezüglich der **Weiterentwicklung der personellen Ausstattung der Kurzzeitpflege** bestehen Hinweise vor allem hinsichtlich fachlich spezialisierter Angebote für verschiedene Zielgruppen (unter anderem Kinder und Jugendliche, Menschen mit demenziellen Erkrankungen), um die Versorgungsbedarfe der Pflegebedürftigen zukünftig zielgerichteter zu decken. Auch im Rahmen der Anforderungen aus der nationalen Demenzstrategie wird der Bedarf, die Kurzzeitpflegeangebote für Menschen mit Demenz qualitativ weiterzuentwickeln und quantitativ auszubauen, deutlich (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend & Bundesministerium für Gesundheit, 2020). Die Akteure sollen darauf hinwirken (unter anderem der bpa, die BAGFW, der GKV-SV, der PKV-Verband, der VDAB),

*„dass die Vereinbarungsparteien auf Landesebene nach §§ 75, 85 und 86 SGB XI die entsprechenden rahmenvertraglichen Regelungen in den Ländern diesbezüglich prüfen. Insgesamt müssen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die ein wirtschaftliches Betreiben von Kurzzeitpflegeplätzen, auch für Menschen mit Demenz, ermöglichen. Die Akteure werden darauf hinwirken, dass die Regelungen bis Ende 2022 angepasst werden.“* (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend & Bundesministerium für Gesundheit, 2020, S. 91).

Darüber hinaus zeigen die empirischen Befunde, dass Pflegekräfte als auch weitere Beschäftigte der Pflegeeinrichtungen mit Kurzzeitpflege (ganzjährig vorzuhaltende, solitäre als auch eingestreute Kurzzeitpflege) umfassende und zum Teil zeitlich aufwendige Beratungsgespräche führen. Dabei geht es inhaltlich schwerpunktmäßig am häufigsten um die Klärung der Folgeversorgung, Unterstützung bei der Antragstellung und der Klärung weiterer, zum Teil rechtlicher Aspekte. Das bedeutet schlussfolgernd, dass zum einen eine **Weiterentwicklung und Spezialisierung hinsichtlich der zu versorgenden Zielgruppen** erfolgen sollte als auch zum anderen eine **fachliche Spezialisierung und Weiterbildung (insbesondere zum Sozialrecht) beim Personal** in den Einrichtungen notwendig ist. Zu beachten ist aber auch hier, dass eine zielgruppenspezifische Weiterentwicklung und eine darauf basierende fachliche Spezialisierung und Weiterbildung des Personals der Einrichtungen keinesfalls zu einer Verknappung des Kurzzeitpflegeangebotes, höheren Kosten für die Nutzerinnen und Nutzer oder sogar mit Zugangsbeschränkungen für Personen mit anderweitigem Kurzzeitpflegebedarf einhergehen sollte.

Neben der Verbesserung der Fallkoordination besteht Potential bei der **Etablierung fester Kooperationsstrukturen** mit anderen, an der Versorgung von Kurzzeitpflegegästen beteiligten Akteuren. Die vorliegende Studie hat die hohen Koordinationsaufwände in den Kurzzeitpflegeeinrichtungen aufgezeigt, sodass Potentiale von Kooperationen zur Effizienzsteigerung und zur Entlastung des Personals in der Kurzzeitpflege genutzt werden sollten. Die Möglichkeit, zur Erfüllung des Versorgungsauftrages, Kooperationsvereinbarungen mit anderen Leistungserbringern abzuschließen, ist auch im Rahmen der MuG Kurzzeitpflege (siehe auch Kapitel 2.1) formuliert.

Die Erkenntnisse der empirischen Erhebungen weisen auch auf **die Notwendigkeit einer besseren Verknüpfung der Sektoren**, zum Beispiel durch eine **verbesserte Kooperation** mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten hin. Weiterhin ist die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern (insbesondere das Entlassmanagement) möglichst verbindlich zu vereinbaren. **Eine regionale verbindliche Vernetzung** könnte zudem dazu beitragen, gemeinsame Versorgungspfade zu gestalten, Verantwortlichkeiten regelhaft zu vereinbaren und damit die Kontinuität der Versorgung und Organisation der Folgeversorgung von Kurzzeitpflegegästen zu verbessern. Im Rahmen des Landespflegestrukturgesetzes werden eine Förderung der Pflegeeinrichtungen und eine leistungssektorenübergreifende Zusammenarbeit adressiert. Dies kann zur Verbesserung der Vernetzung und Weiterentwicklung der Kooperationsstrukturen beitragen.

Für eine verbesserte Koordinierung des Angebots und der Nachfrage in der Kurzzeitpflege und eine Vernetzung mit den an der Versorgung unterschiedlichen beteiligten Akteuren kann die **Nutzung einer Pflegeüberleitungsplattform** hilfreich sein. In den letzten Jahren sind in Deutschland verschiedene Plattformen entwickelt worden, die die pflegerische Versorgung SGB V- und XI-übergreifend effizienter gestalten und steuern sollen. Hier sind insbesondere Überleitungsplattformen zu nennen, über die eine ambulante oder stationäre pflegerische Nachversorgung nach akutstationären Aufenthalten im Krankenhaus, der Kurzzeitpflege oder rehabilitativen Maßnahmen in Rehabilitationskliniken organisiert werden soll. Ziel dieser Überleitungsplattformen ist es, institutionsübergreifend die verschiedenen Akteure der akut- und langzeitpflegerischen Versorgung miteinander zu vernetzen und so ein regionales Versorgungsnetzwerk zu schaffen. Je nach Netzwerk sind auch Ärztinnen und Ärzte,

Transportdienste, Beratungsstellen, Pflegestützpunkte, Homecare-Unternehmen<sup>27</sup> beziehungsweise Hilfsmittellieferanten eingebunden.

An dieser Stelle kann auf keine spezifische Planungslösung verwiesen werden, da diese meist nur regional agieren. Jedoch können beispielhaft folgende technische Anwendungen genannt werden:

- Pflegeplatzmanager: <https://www.pflegeplatzmanager.de/#ambDienste>,
- Campian@Net: <https://www.campian.net/detailseite/softwareloesung-fuer-pflegekraefte-und-aerzte-1.html>,
- Careplace (InnFactory): <https://innfactory.de/case-study/careplace-cloud/>,
- Recare ONE: <https://www.recaresolutions.com/fuer-nachversorger>,
- Caseform (nubedian GmbH): <https://caseform.de/Entlassmanagement/>.

Im Ergebnis der Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern der Kommunen in Baden-Württemberg zeigte sich, dass bereits umfassende Netzwerkstrukturen in der Pflege als auch Kurzzeitpflege bestehen. Es ist zu empfehlen, diese weiter auszubauen und zu unterstützen. Zur Stärkung der Vernetzung aller lokalen Akteure und damit auch der Strukturen im Vor- und Umfeld der Pflege sowie in der Pflege selbst, werden derzeit über ein Förderprogramm des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, das durch den KVJS umgesetzt wird, **kommunale Pflegekonferenzen** implementiert.

Darüber hinaus könnte die Vergabe von Kurzzeitpflegeplätzen zentral von kommunaler Seite aus gesteuert werden. Dies könnte sowohl die Beratung als auch das Vertrags- und Belegmanagement umfassen. In der Vergangenheit hat sich allerdings gezeigt, dass die Rekrutierung und Beteiligung eines oder mehrerer Träger hier die größte Herausforderung darstellt. Dabei wäre die **Etablierung regionaler Koordinierungsplattformen** ein weiterer Ansatz in der Weiterentwicklung der regionalen Versorgung mit kommunaler Unterstützung beziehungsweise Beteiligung zur verbesserten Koordinierung von Kurzzeitpflegegästen. International bestehen bereits gute Praxisbeispiele: in Kanada, Ontario, bestehen sogenannte Community Care Access Centres (CCACs<sup>28</sup>). Diese sind dafür verantwortlich, Menschen den Zugang zu häuslicher und gemeindebasierter Gesundheitsversorgung und damit verbundenen sozialen Diensten zu erleichtern, damit sie weitestgehend unabhängig in der Häuslichkeit leben können. Jedes CCAC ist einem Local Health Integration Network (LHIN) unterstellt. Diese finanzieren in einem geografisch definierten Gebiet Gesundheitsdienstleister, einschließlich Krankenhäusern und CCACs selbst. Ziel dieses Ansatzes ist die effiziente Koordinierung der Leistungen für die Bevölkerung der Region (Barker, 2021; Hardeman E, MacLeod L & Standing Committee, 2016; Office of the Auditor General

<sup>27</sup> Homecare-Unternehmen versorgen in Deutschland chronisch erkrankte Personen mit Produkten oder Hilfsmitteln, die erklärungsbedürftig sind. Sie erfüllen damit die Funktion eines mobilen Sanitätshauses, das eine fachgerechte Nutzung und Funktion des Produktes beziehungsweise Hilfsmittels direkt vor Ort (zum Beispiel in der eigenen Häuslichkeit) sicherstellt und kontrolliert. Die pflegerische Versorgung der Klientinnen und Klienten erfolgt in der Regel durch einen ambulanten (Intensiv-)Pflegedienst (Quelle: <https://www.pflegemarkt.com/2017/05/05/homecare-unternehmen-in-deutschland/>; Abruf am: 26.07.2021).

<sup>28</sup> CCACs (Community Care Access Centres) sind seit 1997 zentrale Anlaufstelle für Dienstleistungen, Informationen und Überweisungen für die kommunale Pflege. Für jede Region beziehungsweise Provinz gibt es eine dieser Anlaufstellen (vergleichbar mit den Pflegestützpunkten hierzulande). Im Jahr 2006 wurden zudem LHINs als Netzwerke geschaffen um die lokalen Ressourcen zur Planung, Koordinierung, Integration und Finanzierung der Gesundheitsdienste auf Gemeindeebene zu verbessern und zu unterstützen.

of Ontario, 2015; Polisen et al., 2010). Ähnlich den CCACs in Kanada gibt es in den USA die Managed Long-Term Services and Supports (MLTSS) als zentrale Anlaufstelle zur koordinierten Versorgung. Diese sind auf staatlicher Ebene an spezialisierte Bundesbehörden angegliedert und koordinieren die pflegerische und soziale Langzeitversorgung. Die zentrale Koordination des Kurzzeitpflegeangebots würde ebenfalls auch die Angehörigen und Betroffenen bei der Platzsuche entlasten.

Ein ähnlicher, bereits in Deutschland umgesetzter Ansatz zur Weiterentwicklung der regionalen und umfassenden Versorgungskoordination ist das Programm PORT-Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung. Die Robert Bosch Stiftung fördert seit 2017 bundesweit vier Initiativen, welche zukünftig lokale Gesundheitszentren etablieren. Seit 2018 werden mit dem ergänzenden Förderprogramm „supPORT – Auf dem Weg zu patientenorientierten Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ bereits bestehende Kooperationen und Zusammenschlüsse in Richtung eines umfassenden Gesundheitszentrums an acht Standorten weiterentwickelt (Robert Bosch Stiftung, 2021). Diese Gesundheitszentren sollen auch die Folgeversorgung koordinieren und den Patienten bei der Unterstützung der Koordination der Leistungen helfen. Im Landkreis Rottweil in der Kleinstadt Dornhan in Baden-Württemberg wurde so, mit kommunaler Einbindung, eine Plattform für fachlichen Austausch, Ideen für innovative Projekte, Informationsmanagement und die Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern aus dem Sozial- und Gesundheitswesen etabliert. Das Gesundheitszentrum soll zudem um einen ambulanten pflegerischen Bereich ergänzt werden und durch Angliederung an das Seniorenzentrum die medizinische, pflegerische und therapeutische Versorgung in der Region abrunden (Robert Bosch Stiftung, o. J.).

Darüber hinaus, zeigt sich in der Zusammenschau der empirischen Befunde eine gewisse Unkenntnis hinsichtlich bestehender Fördermöglichkeiten, Kalkulation oder der leistungsrechtlichen Rahmung aber auch zu bereits umgesetzten Verbesserungen (beispielsweise durch den Stärkungsbeschluss 2020), unter anderem hinsichtlich der Auslastungsgrade.

## 8.2 Handlungsempfehlungen

Auf Basis der vorliegenden empirischen Befunde und Recherchen lassen sich abschließend folgende **Handlungsempfehlungen** zusammenfassen:

- I. Der **Ausbau an Kurzzeitpflegeplätzen** sollte **vorrangig solitäre als auch ganzjährig vorzuhaltende Plätze** fokussieren. Unter der Annahme einer gleichbleibenden Kurzzeitpflegeprävalenz (Basisszenario) erhöht sich beispielsweise der Bedarf an ganzjährig vorzuhaltenden/solitären Kurzzeitpflegeplätzen bis zum Jahr 2035 in Baden-Württemberg insgesamt um 32,7 %. Bei der Planung der einzelnen Stadt- und Landkreise müssen die regionalen Besonderheiten in der Demografie als auch die Bedarfe der Bevölkerung Berücksichtigung finden (siehe auch ergänzenden Tabellenband zu den Pflegeplatzprognosen der einzelnen Stadt- beziehungsweise Landkreise).

Darüber hinaus ist ein **Ausbau alternativer Formen der Kurzzeitpflege** zu empfehlen. Die Unterstützung pflegender Angehöriger durch alternative Angebote der Kurzzeitpflege ist insbesondere unter dem Gesichtspunkt, dass die Kurzzeitpflege geplante Auszeiten informell Pfleger ermöglicht und so das grundsätzliche Potential der dauerhaften häuslichen Versorgung aufrechterhalten könnte, von hoher Relevanz. Neben Strukturen der stationären

Kurzzeitpflege sind auch **ambulante oder teilstationäre Versorgungsangebote** (zum Beispiel Tagespflege, auch stunden- oder tageweise) für pflegebedürftige Menschen sowie Entlastungsangebote für pflegende Angehörige **auszubauen und zu fördern**, da diese auch Einfluss auf die Nachfrage und Inanspruchnahme von stationärer Kurzzeitpflege haben.

- II. Für einen **regionsspezifischen und bedarfsgerechten Ausbau** der Angebote sollten zunächst die regional **vorhandenen Strukturen** (einschließlich der Kurzzeit- beziehungsweise Verhinderungspflege flankierenden, kommunalen Angebote) untersucht werden. Dies sollte in der **Zusammenarbeit mit den Kommunen (Sozialplanungen)** mittels Marktbeobachtung und Bedarfsanalysen stattfinden. Für eine gesteigerte Transparenz und Klarheit, vor allem hinsichtlich der Bedarfsprognosen und zur Unterstützung der Kommunen bei der Umsetzung der Bedarfsplanungen, sollten **einheitliche Datengrundlagen** mittels **einheitlicher Erhebungsinstrumente** ermöglicht werden. Für die Entwicklung eines einheitlichen Messinstrumentes sollten gegebenenfalls Fördermöglichkeiten für die gemeinsame Erarbeitung in Zusammenarbeit der Kommunen auf Landesebene geprüft werden. Eine kommunale Steuerung der Angebotsstrukturen sollte an den Bedarfen der Pflegebedürftigen ausgerichtet sein.
- III. Eine **inhaltliche und zielgruppenspezifische Weiterentwicklung der Kurzzeitpflegeangebote** anhand der unterschiedlichen **Bedarfskonstellationen** (Kurzzeitpflege oder Verhinderungspflege beziehungsweise sogenannte Urlaubspflege) oder auch **Zielgruppen** ist zu empfehlen.  
Dabei müssen die regionalen Besonderheiten in der Demografie als auch der Bedarfe der Bevölkerung Berücksichtigung finden (siehe auch ergänzenden Tabellenband zu den Pflegeplatzprognosen der einzelnen Stadt- beziehungsweise Landkreise). Trotz spezifischer Bedarfe für bestimmte Zielgruppen ist ein Ausbau nur unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit dieser Angebote zu empfehlen. Für beispielsweise beatmete Personen bedarf es einer hochspezialisierten Kurzzeitpflege, welche aufgrund der doch geringeren Nachfrage im Vergleich zu anderen Zielgruppen nicht in jeder Region vorgehalten werden kann. Hier sollte, ähnlich wie bei der Planung der vertragsärztlichen Versorgung, eine abgestufte Angebotsplanung erfolgen, das heißt für spezialisierte Angebote müsste eine überregionale Planung vorgenommen werden.  
  
Darüber hinaus ist zu empfehlen, die **Angebotsentwicklung der Übergangspflege nach § 39e SGB V** in den Regionen zu monitorieren. Aufgrund des erst kürzlich eingeführten Angebots können mögliche Effekte hinsichtlich einer daraus resultierenden Entlastung der Kurzzeitpflegeeinrichtungen bislang nicht eingeschätzt werden.
- IV. Im Bundesland Baden-Württemberg bestehen bereits **unterschiedliche innovative Ansätze und Modellprojekte**, welche ebenfalls zur Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege beitragen. Es ist zunächst zu empfehlen, diese **bestehenden Ansätze** dahingehend zu **untersuchen**, inwieweit sie verstetigt werden können, um auf **den bereits erfolgreich erprobten Ansätzen aufzubauen sowie diese gegebenenfalls auf weitere Regionen auszuweiten**. Darüber hinaus werden bereits, unter anderem im Rahmen des Innovationsprogramms Pflege des Landes Baden-Württemberg, innovative Ansätze in der Versorgung von Kurzzeitpflegegästen beziehungsweise zum Ausbau der solitären Kurzzeitpflege erprobt und gefördert. Die

Verstetigung erfolgreicher und effektiver Ansätze durch Bereitstellung der notwendigen Ressourcen auch nach Abschluss der Förderphase ist zu ermöglichen.

- V. Die Erkenntnisse der vorliegenden Studie haben gezeigt, dass es in der Versorgung von Kurzzeitpflegegästen unterschiedliche Zielgruppen gibt. **Gesonderte Qualifikationsprofile** durch spezielle Fort- und Weiterbildungen bestehen für Beschäftigte in der Kurzzeitpflege für die Versorgung spezifischer Zielgruppen nicht. Eine Ausnahme besteht in der Betreuung demenziell beziehungsweise gerontopsychiatrisch erkrankter Gäste: hier wird durch die Heimaufsicht eine gerontopsychiatrische Fachkompetenz gefordert. Die an der Versorgung von spezifischen Zielgruppen Beteiligten sollten über entsprechende **Qualifikationen zum Beispiel in Form von Fort- und Weiterbildungen** verfügen. In Ergänzung zum zielgruppenspezifischen Ausbau bedarf es daher ebenfalls einer **Weiterentwicklung der Personalqualifikationen**.

Laut der Erkenntnisse der vorliegenden Studie fehlt hauptsächlich qualifiziertes Personal in der Kurzzeitpflege für Menschen mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung, mit psychischen Erkrankungen (einschließlich Suchterkrankungen) und mit schweren demenziellen Erkrankungen. Einrichtungen, welche spezielle Zielgruppen in der Kurzzeitpflege versorgen, sollten angehalten werden, entsprechende Personalqualifikationen vorzuhalten und ihren Mitarbeitenden Fort- und Weiterbildungsangebote ermöglichen.

Eine zielgruppenspezifische Weiterentwicklung und eine darauf basierende fachliche Spezialisierung und Weiterbildung des Personals der Einrichtungen geht voraussichtlich mit höheren Kosten einher. Dabei ist zu überlegen, wie diese für die Nutzerinnen und Nutzer abgedeckt werden können.

- VI. Der vermutete hohe Koordinierungsaufwand der Einrichtungen mit Kurzzeitpflegeangebot, nicht nur auf Ebene der zu versorgenden Kurzzeitpflegegäste, sondern auch gastunabhängig in der Verwaltung der Anmeldungen beziehungsweise Anfragen, Absagen und des Belegungsmanagements bestätigt sich. An dieser Stelle könnte eine **zentral gesteuerte oder regional übergeordnete Organisation der Platzvermittlung**, wie beispielsweise angesiedelt an PORT-Zentren oder kommunal gesteuert, im Rahmen des regionalen **Care Managements** zur Entlastung der Leistungserbringer beitragen.
- VII. Darüber hinaus könnte der Einsatz des **Case Managements** in den Einrichtungen auch hinsichtlich der Kurzzeitpflegegäste zur Entlastung der Pflegenden und ihrer Angehörigen führen, weil diese zum Beispiel auch die Folgeversorgung organisieren. Das könnte bei den Pflegekräften in der Kurzzeitpflege Zeiten für die direkte pflegerische Versorgung freimachen.
- VIII. Die **Weiterentwicklung verbindlicher Kooperations- und Vernetzungsstrukturen** zur Verbesserung der Zusammenarbeit und des Informationsaustauschs zwischen den beteiligten Akteuren als auch zur Steigerung der Versorgungsqualität ist ebenfalls zu empfehlen. Dies kann unterschiedlich und auf die regionalen Gegebenheiten angepasst umgesetzt werden, beispielsweise im Rahmen von **regionalen Versorgungsnetzwerken** und/oder **kommunalen Pflegekonferenzen**. Dies birgt den Vorteil, in einen regelmäßigen Austausch auch mit den Leistungsträgern zu gehen, auf Bedarfe beziehungsweise defizitäre Versorgungsstrukturen

aufmerksam zu machen und gemeinsam an regionalspezifischen Lösungen zu arbeiten. Beispielhaft an dieser Stelle ist das Modellprojekt „Regionales Pflegekompetenzzentrum-ReKo“ genannt, welches mittels einer digitalen Plattform alle an der Versorgung beteiligten Akteure vernetzt.

- IX. Einrichtungen mit Kurzzeitpflegeangebot verweisen immer wieder auf einen im Vergleich zur Dauerpflege „erhöhten“ **Dokumentationsaufwand**. Dieser ist entsprechend zu berücksichtigen. Weiterhin wurde, aufgrund dieser Argumentation, im Rahmen der Entwicklung des Strukturmodells zur entbürokratisierten Pflegedokumentation eine angepasste Version speziell für die Kurzzeitpflege entwickelt (siehe dazu [www.ein-step.de](http://www.ein-step.de)), bei deren fachgerechter Anwendung auch in Kurzzeitpflegeeinrichtungen ein „Einspareffekt“ gegenüber anderen Dokumentationskonzepten realisiert werden kann (Braeseke & Deckenbach, 2017, S. 46).
- X. International als auch national zeigt sich das **Potential digitaler Unterstützungsmöglichkeiten**. Auch im Rahmen der vorliegenden Studie konnten so Weiterentwicklungspotentiale für die Kurzzeitpflege identifiziert werden, unter anderem um zeitintensive Koordinierungsaufwände zu minimieren und somit Kapazitäten in den Einrichtungen beispielsweise für die direkte Versorgung der Kurzzeitpflegegäste freizumachen.

Das gemäß § 39 Absatz 1a SGB V nunmehr verbindlich von den Krankenhäusern umzusetzende **Entlass- beziehungsweise Überleitungsmanagement**, das zunehmend unter Nutzung digitaler Plattformen stattfindet, verringert bei den nachversorgenden Leistungserbringern den Koordinierungs- und Verwaltungsaufwand, auch auf Seiten der stationären Einrichtungen mit Kurzzeitpflegeangebot. Vor allem im Hinblick auf die dadurch digital vorliegenden Daten entstehen Zeitersparnisse. Kurze Kommunikationswege und bessere Planbarkeit und Organisation der Pflegeleistungen entlasten die Kurzzeitpflege, aber auch die pflegenden Angehörigen und betroffenen Personen selbst.

Falls nicht bereits umgesetzt, ist des Weiteren eine kostenfreie Nutzung einer **digitalen Plattform zur Platzvermittlung** in der Region für die stationären Einrichtungen zu empfehlen. Hier sollte geprüft werden, inwieweit durch das Land oder die Kommunen die Finanzierung und Administration ermöglicht werden kann.

- XI. Unter Berücksichtigung der noch nicht veröffentlichten Empfehlungen für eine **wirtschaftlich tragfähige Vergütung für Kurzzeitpflege** nach § 88a SGB XI sind die Rahmenverträge für die Kurzzeitpflege nach § 75 Abs. 1 SGB XI zu prüfen und bei Bedarf an die Empfehlungen anzupassen.

Zur nachhaltigen Stabilisierung des Angebots an solitären und ganzjährig vorzuhaltenden Kurzzeitpflegeplätzen bedarf es in erster Linie der Verbesserung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen. Im Zuge des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG vom 11.07.2021) hat der Bundesgesetzgeber die Vertragspartner in § 88a SGB XI verpflichtet, bis April 2022 Empfehlungen zur Sicherstellung einer tragfähigen Vergütung in der Kurzzeitpflege abzugeben. Diese Empfehlungen sind im Jahr 2022 nicht zustande gekommen,

werden jedoch im Frühjahr 2023 erwartet. „Auf Grundlage dieser Empfehlungen haben die Vertragspartner nach § 75 Absatz 1 in den Ländern ihre Rahmenverträge für die Kurzzeitpflege zu überprüfen und bei Bedarf an die Empfehlungen anzupassen.“ (§ 88a SGB XI Abs. 1 Satz 3).

Ungeachtet dieser bundesweiten Empfehlungen sollte auf Landesebene der Rahmenvertrag Kurzzeitpflege aus dem Jahr 1997 dringend überarbeitet werden.

Hinsichtlich der wirtschaftlichen Tragfähigkeit von Kurzzeitpflegeangeboten sollten die Regelungen im Rahmenvertrag die unterschiedlichen Formen von Kurzzeitpflegeangeboten – solitär, ganzjährig vorzuhalten und eingestreut – berücksichtigen. Weiterhin wird, angesichts der Untersuchungsergebnisse dieser und vieler weiterer Studien in anderen Bundesländern, empfohlen:

- Pflegesätze und Personalschlüssel für die Kurzzeitpflege pflegegradunabhängig zu vereinbaren. Der pflegerische Zeitaufwand in der Kurzzeitpflege ist primär vom konkreten behandlungspflegerischen und therapeutischen Bedarf abhängig, der wiederum stark von der vorhergehenden Akutversorgung bestimmt wird. Weiterhin entsprechen, insbesondere nach Krankenhausaufenthalt, die vorhandenen Pflegegrade der Gäste oft nicht mehr der aktuellen Situation und eine erneute Begutachtung ist kurzfristig meist nicht realisierbar.
- Die Pflegepersonalschlüssel müssen den hohen behandlungspflegerischen Aufwand in der (postakuten) Kurzzeitpflege berücksichtigen.
- Der hohe Koordinierungsaufwand beziehungsweise das Case Management ist ebenfalls in den Entgelten abzubilden (zum Beispiel Stellen im sozialen Dienst oder ähnliches).
- Entsprechend der primären Aufgabe der Kurzzeitpflege, die Weiterversorgung zu Hause zu ermöglichen, sollte auch regelmäßig therapeutisches Personal zur Verfügung stehen.
- Die für die Kalkulation der Entgelte zugrunde zu legende Auslastungsquote sollte bei maximal 75 - 80 % liegen.
- Der Aufnahme- und der Entlasstag eines Kurzzeitpflegegastes sollte jeweils als ganzer Tag vergütet werden.
- Bei verspäteter Überleitung aus dem Krankenhaus sollten die Leerstandstage ebenfalls vergütet werden (mit einem reduzierten Satz).

- XII. In den letzten Jahren wurden die Leistungen der Pflegeversicherung zur häuslichen Pflege sukzessive ausgeweitet – in den Bereichen Kurzzeit- und Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege sowie Betreuungsleistungen. Gleichzeitig wurden Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger eingeführt sowie zur besseren Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Die vielfältigen Leistungen und Unterstützungsmöglichkeiten sind jedoch häufig nicht bekannt oder werden aus Unkenntnis bezüglich ihres Nutzens für die Stabilisierung des häuslichen Pflegesettings nicht nachgefragt. Aus diesem Grund ist eine **verbesserte Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Kurzzeit- und Verhinderungspflege** sowie gegebenenfalls weiteren Entlastungsangeboten in den einzelnen Regionen auf kommunaler Ebene zu empfehlen. Zudem sollten erfolgreiche Modelle der Kurzzeitpflege auf kommunaler Ebene publik gemacht werden, um die unterschiedlichen Möglichkeiten (unter anderem die ambulante Verhinderungspflege oder Pflege auf Zeit) der Kurzzeitpflege auszuschöpfen. Im Rahmen der vorliegenden Studie wird eine kommunale Steuerung und Verantwortung der

Öffentlichkeitsarbeit, beispielsweise mittels Verfassen von Artikeln, Gestaltung von Werbung und Informationsbereitstellung zur Kurzzeitpflege für Bürger als auch Anbieter, Träger und Kommunen auf kommunaler Ebene empfohlen.

- XIII. **Die Entlastung pflegender Angehöriger und bedarfsgerechte Versorgung der Betroffenen** in der Kurzzeitpflege ist übergeordnet in jeder Handlungsempfehlung und Umsetzung zu fokussieren. Bei der Erprobung innovativer Ansätze zur Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege sollte geprüft werden, inwieweit Angehörige und Betroffene einbezogen werden können. Dies trägt unter anderem dazu bei, die Angebote sowie den Ausbau der Pflegeplätze besser anhand der tatsächlichen Bedarfe auszurichten.

Die Betrachtung der Ressourcen, demografischen Entwicklungen, Akteure und Anbieter, welche von Region zu Region in den insgesamt 44 Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg unterschiedlich sind, ist für die Umsetzung der Handlungsempfehlungen zentral. Für diese unterschiedlichen Konstellationen müssen auch regional verschiedene Lösungen gefunden werden. Nur entsprechend flexible Rahmenbedingungen werden es den Akteuren und Kommunen vor Ort ermöglichen, jeweils passende Lösungen zu finden.

### 8.3 Hinweise zum Prozess der Umsetzung

Aus den Analysen und Recherchen wurde deutlich, dass es vielfältige Ursachen für den fast flächendeckenden Mangel an Kurzzeitpflegeangeboten gibt, der nicht nur in Baden-Württemberg, sondern auch in vielen anderen Bundesländern zu verzeichnen ist. Deshalb bedarf es vielfältiger Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen (Bund, Land, Kommunen, Kassen und Einrichtungen) - nur wenn es gelingt, an mehreren Stellen gleichzeitig bessere Rahmenbedingungen und Voraussetzungen zu schaffen, kann sich mittelfristig die Situation in der Kurzzeitpflege verbessern.

In der Kurzzeitpflege kommt erschwerend hinzu, dass das Platzangebot maßgeblich von der Entwicklung im Bereich der Dauerpflege abhängt – mit zunehmender Auslastung der Pflegeheime sinken die Kapazitäten für Kurzzeitpflege bei eingestreuten Plätzen. Insofern muss immer eine Betrachtung der gesamten Versorgungssituation erfolgen, die regional durchaus sehr unterschiedlich ausfallen kann.

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass bessere Rahmenbedingungen, wie höhere Pflegesätze oder Personalschlüssel, per se keine Wirkung entfalten können, wenn auf dem Arbeitsmarkt keine geeigneten Fachkräfte zur Verfügung stehen. Insofern ist letztlich auch der ambulante Bereich mit seinen Personalbedarfen zu berücksichtigen (Konkurrenz auf dem Arbeitsmarkt), der aber auch gleichzeitig ein Potential zur Entlastung der stationären Kapazitäten bietet, indem häusliche Ersatzpflege bei Verhinderung der Pflegeperson übernommen wird.

Prioritär sind daher in allen **Kommunen** aktuelle Pflegeplanungen vorzunehmen, die Angebot und Nachfrage auf Basis von Marktbeobachtungen bilanzieren und regionale Handlungsbedarfe herausarbeiten. Die, möglichst auf einheitlicher methodischer Basis, ermittelten Ergebnisse sind auf **Landesebene** zusammenzuführen, um eine flächendeckende Übersicht, zum Beispiel zur Situation der Kurzzeitpflege und zu spezialisierten Angeboten, zu erhalten. Auf dieser Basis kann das künftige Landesförderprogramm zielgerichtet weiterentwickelt werden.

Die **Landesregierung** sollte darauf hinwirken, dass in jeder Region eine näher zu bestimmende Anzahl solitärer Kurzzeitpflegeplätze zur Verfügung steht. Mit „solitär“ ist nicht zwingend eine gesonderte Einrichtung im baulichen Sinne gemeint, sondern zum Beispiel auch eine räumlich abgetrennte Versorgungseinheit mit einer größeren Platzzahl (mindestens 10 Plätze) ausschließlich für Kurzzeitpflege (zum Beispiel als gesonderte Station eines Krankenhauses oder Pflegeheimes) mit eigenem Versorgungsvertrag (das heißt auch eigener Pflegeleitung und eigenem Personal).

Die Schaffung solitärer Kurzzeitpflegeplätze soll sowohl die Verfügbarkeit einer Mindestplatzzahl pro Region das ganze Jahr über gewährleisten als auch entsprechend den pflegerischen Bedarfen einer Postakut-Versorgung pflegeschuliertes Personal vorhalten. Darüber hinaus sollten ein bedarfsgerechtes Pflegekonzept, eine sachgerechte räumliche Ausstattung und therapeutische Angebote vorhanden sein. Gegebenenfalls können sich solitäre Einrichtungen in einer Region auch auf unterschiedliche Zielgruppen spezialisieren, wenn der Bedarf nachgewiesen ist.

Pro „Region“ muss nicht in jedem Fall pro Stadt- oder Landkreis bedeuten. Je nach Region sollten solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen auch für mehrere Kreise gemeinsam geplant werden, zum Beispiel in Stadtkreisen gemeinsam mit dem oder den umliegenden Landkreisen oder für zwei oder mehrere kleine Landkreise zusammen. Analog zu größeren Planungsregionen bei der fachärztlichen im Vergleich zur hausärztlichen Versorgung kann auch eine solitäre Kurzzeitpflege aus wirtschaftlichen Gründen tendenziell für größere Einzugsgebiete vorgehalten werden. Bei kurzzeitiger Versorgung mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 19 Tagen steht Wohnortnähe weniger im Vordergrund.

Die Anzahl der pro Region vorzuhaltenden solitären Kurzzeitpflegeplätze sollte in Bezug zur Zahl der zu Hause versorgten Pflegebedürftigen in der Region festgelegt werden und mindestens 20 % bis 30 % der in der Hochsaison (Juli/August) benötigten Plätze umfassen.

Parallel ist auf **Landesebene** der Rahmenvertrag Kurzzeitpflege neu zu vereinbaren, damit die Basis zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die Verbesserungen der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden.

Neben der Schaffung neuer, solitärer und ganzjährig vorzuhaltender Kurzzeitpflegeplätze gilt es auch, das vorhandene Platzangebot möglichst optimal zu nutzen. Die **Pflegeeinrichtungen** einer Region sollten sich verpflichten, mindestens wöchentlich aktuelle Informationen zu verfügbaren Plätzen an die **Kommune** (oder andere regionale Akteure) zu melden (siehe auch Handlungsempfehlung X). Diese könnte dann als zentrale Anlaufstelle für Platzsuchende fungieren und so die Transaktionskosten senken.

Die Herausforderungen des Fachkräftemangels in der Pflege sind seit vielen Jahren ein Dauerthema. Auch hier bedarf es vieler Maßnahmen auf **verschiedenen Ebenen**, um die drohende Lücke beim Pflegepersonal zu schließen. Angefangen bei der Ausbildung, über betriebliche Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege und der Vereinbarkeit von Familie und Beruf (die in höheren Vollzeitquoten und einem längeren Berufsverbleib münden sollen) bis hin zur Unterstützung der Branche bei der Rekrutierung ausländischer Fachkräfte – nur mit Hilfe vielfältiger Ansätze wird es gelingen, das

Fachkräfteangebot quantitativ als auch qualitativ zu verbessern und gleichzeitig die Attraktivität des Pflegeberufes zu erhöhen.

Ergänzend zu diesen Hinweisen findet sich in Abbildung 77 eine Übersicht der Adressaten für die Umsetzung der im vorangegangenen Kapitel aufgelisteten Handlungsempfehlungen.

**Abbildung 77: Übersicht der Adressaten für die Umsetzung der Handlungsempfehlungen**

|   | Kommune | Land | Bund | Kostenträger | Leistungserbringer |
|---|---------|------|------|--------------|--------------------|
| HE I: Ausbau der Plätze und alternativer Formen der Kurzzeitpflege            | ✓       | ✓    |      |              | ✓                  |
| HE II: Bedarfsplanungen   | ✓       | ✓    |      |              |                    |
| HE III: inhaltliche und zielgruppenspezifische Weiterentwicklung der Angebote | ✓       | ✓    |      | ✓            | ✓                  |
| HE IV: Verstetigung und Erprobung von Modellprojekten                         | ✓       | ✓    | ✓    | ✓            | ✓                  |
| HE V: Weiterentwicklung der Personalqualifikation                             |         | ✓    |      |              | ✓                  |
| HE VI: Care Management/ zentral gesteuerte Platzvermittlung                   | ✓       | ✓    |      | ✓            | ✓                  |
| HE VII: Case Management   | ✓       | ✓    |      | ✓            | ✓                  |
| HE VIII: Kooperations- und Vernetzungsstrukturen                              | ✓       | ✓    |      | ✓            | ✓                  |
| HE IX: Pflegedokumentation  |         |      |      |              | ✓                  |
| HE X: digitale Unterstützungsmöglichkeiten                                    | ✓       | ✓    |      | ✓            | ✓                  |
| HE XI: wirtschaftlich tragfähige Vergütung                                    |         | ✓    |      | ✓            | ✓                  |
| HE XII: Öffentlichkeitsarbeit   | ✓       | ✓    |      | ✓            |                    |
| HE XIII: Entlastung pflegender Angehöriger                                    | ✓       | ✓    |      | ✓            | ✓                  |

Quelle: IGES

Anmerkung: HE: Handlungsempfehlung

## **9. Anhang**

**A1 Vorgehensweise und Methodik**

**A2 Informationsschreiben und informierte Zustimmung**

**A3 Interviewleitfaden I: Einrichtungen mit eingestreuten Plätzen**

**A4 Interviewleitfaden II: Einrichtungen mit solitären Plätzen**

**A5 Fragebogen der Versichertenbefragung**

**A6 Übersicht der Kreispflegeplanungen in den 44 Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg**

**A7 Übersicht der Modellprojekte in der Kurzzeitpflege  
beziehungsweise Ansätze zur Entlastung der Kurzzeitpflege**

## A1 Vorgehensweise und Methodik

Die Projektlaufzeit dieser Studie betrug 24 Monate (November 2020 bis Oktober 2022). In den folgenden Unterkapiteln wird das methodische Vorgehen zur Zielerreichung der Studie erläutert. Das Vorgehen basiert methodisch auf unterschiedlichen Arbeitsschritten, in denen sowohl quantitative als auch qualitative Datenerhebungen und -analysen vorgenommen wurden. Abbildung 2 gibt einen Überblick über das methodische Vorgehen der gesamten Studie. Ergänzend zu verfügbaren regionalen und bundesweiten Sekundärdatenquellen wurden eigene Primärerhebungen vorgenommen.

**Abbildung 78: Überblick über das methodische Vorgehen der gesamten Studie**



Quelle: IGES

In den folgenden Unterkapiteln werden jeweils die einzelnen methodischen Schritte erläutert.

## A1.1 Daten- und Literaturrecherchen

### Rechtliche und wirtschaftliche Rahmenbedingungen

Zur Darstellung der Rahmenbedingungen erfolgte zunächst die Sondierung gesetzlicher Regelungen zur Kurzzeitpflege im SGB XI. Anschließend wurden die landesspezifischen rechtlichen Regelungen in der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg recherchiert und ausgewertet. Im Fokus standen darüber hinaus auch vertragliche Vereinbarungen zwischen den Einrichtungen der stationären pflegerischen Versorgung, ihren Verbänden und den Pflegekassen beziehungsweise Kostenträgern sowie durch Spitzen- und/oder Dachverbände vereinbarte Richtlinien.

### Daten zur Darstellung der Angebotsstruktur (Status quo)

Daten zur Analyse und Bewertung der Versorgungsstrukturen wurden einerseits durch die Bereitstellung von Daten über den Auftraggeber (KVJS) sowie über eine Datenanforderung vom statistischen Landesamt (StaLa) in Baden-Württemberg gewonnen. Da die Kapazitäten für eingestreuete Kurzzeitpflege größtenteils abhängig von der Verfügbarkeit vollstationärer Pflegeplätze insgesamt und deren Auslastung im Bereich Dauerpflege sind, wurden diese Daten je Stadt- und Landkreis erfasst, um eine umfassende Beurteilung der Versorgungssituation zu ermöglichen. Den Kapazitäten wurde jeweils die Zahl der Kurzzeitpflegegäste sowie der potentiellen Leistungsberechtigten für Kurzzeitpflege gegenübergestellt - letztere sind im Wesentlichen die zu Hause versorgten pflegebedürftigen Personen (geschichtet nach Art der Versorgung, Altersgruppe und Pflegegrad je Stadt- und Landkreis). Da mittlerweile in vielen Regionen der Fachkräftemangel der limitierende Faktor für das Angebot ist, wurden auch Daten zur Personalausstattung analysiert (in den Tätigkeitsbereichen Pflege und Betreuung sowie getrennt nach Fach- und Hilfskräften).

Es wurde zunächst ein strukturiertes Datenanforderungskonzept erstellt und folgende Daten aus der Pflegestatistik 2017 und 2019 beim StaLa angefordert:

- Anzahl und Art der verfügbaren vollstationären Plätze,
- Anzahl der ambulanten Dienste,
- Anzahl der pflegebedürftigen Personen sowie
- Daten zur Personalausstattung.

Unter anderem wurden die Daten nachfolgenden geschichteten Merkmalen angefordert:

- nach Stadt- und Landkreis (alle Daten),
- Anzahl und Art der verfügbaren vollstationären Plätze nach Belegungsart,
- Anzahl der ambulanten Dienste nach Art der Zulassung,
- Alter, Geschlecht, Pflegegrad, Art der Versorgung (Pflegebedürftige),
- Beschäftigungsverhältnis, Tätigkeitsbereich und Berufsabschluss (Personal).

Die Anforderung der Daten wurde über den Auftraggeber (KVJS) koordiniert. Gegenstand der Auswertung waren insbesondere das vorhandene Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen in den Stadt- und Landkreisen. Die ermittelten Daten wurden ausgewertet, aggregiert und tabellarisch oder als

Landkarte mit Darstellung der Quoten der Kurzzeitpflegeplätze je 1.000 zu Hause versorgte Pflegebedürftige nach Stadt- und Landkreis dargestellt.

Ergänzend wurden die kommunalen Pflegeplanungen recherchiert (Stand 07/2021) und für zusätzliche Informationen zur Angebotsstruktur und -situation im jeweiligen Kreis analysiert. Die Recherche erfolgte als Desktop-Recherche und auf den Internetseiten der jeweiligen Kreise. Alternative Versorgungssettings zur Kurzzeitpflege in stationären Pflegeeinrichtungen wurden durch eine weitere Desktop-Literaturrecherche identifiziert. Die Identifikation von, auch über Baden-Württemberg hinausgehenden, Modellprojekten dient der Impulsgebung zur Weiterentwicklung kurzzeitpflegerischer Strukturen im Land.

### A1.2 Experteninterviews

Hinsichtlich beispielsweise besonderer betrieblicher Anforderungen an Kurzzeitpflegeeinrichtungen wurden zwischen dem 15.02.2021 und dem 19.02.2021 ergänzend zur Auswertung der rechtlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen fünf etwa 60-90-minütige leitfadengestützte Experteninterviews mit Vertreterinnen beziehungsweise Vertretern stationärer Pflegeeinrichtungen unterschiedlicher Träger (öffentlich, frei-gemeinnützig und privat) sowie unterschiedlicher Regionen (Stadt/Land) und Spezialisierung geführt. Die Auswahl erfolgte randomisiert nach Region und Trägerschaft sowie unter Berücksichtigung der Mitwirkungsbereitschaft.

Die Interviewteilnehmenden wiesen mehrjährige, teils jahrzehntelange Erfahrung im Bereich der Leitung beziehungsweise Geschäftsführung stationärer Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg auf. Drei der vertretenen Pflegeeinrichtungen hielten Kurzzeitpflegeangebote in Form eingestreuter Plätze und zwei Einrichtungen solitäre Plätze vor. Eine Person war für die regionale Direktion mehrerer stationärer Einrichtungen verantwortlich.

Aufgrund der unterschiedlichen organisatorischen Rahmenbedingungen und Herausforderungen in der solitären Kurzzeitpflege im Vergleich zu eingestreuten beziehungsweise ganzjährig vorzuhaltenden Kurzzeitpflegeplätzen in Heimen mit Dauerpflege wurden zwei verschiedene Interviewleitfäden erstellt (Anhang A3 und A4). Vor Durchführung der Interviews wurden die Teilnehmenden über Sinn und Zweck der Studie sowie den datenschutzrechtlichen Aspekten aufgeklärt. Die Teilnehmenden erhielten dazu via E-Mail eine schriftliche Einverständniserklärung mit Informationen zur Studie (Anhang A2). Nachdem die Teilnehmenden die Einverständniserklärung unterzeichnet und rückgesendet hatten, wurden die Interviews telefonisch durchgeführt, mit einem Tonaufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend verschriftlicht.

Die systematisierte Auswertung erfolgte mit Hilfe von MAXQDA 2020 sowie angelehnt an die qualitativ orientierte kategoriengeleitete Textanalyse (qualitative Inhaltsanalyse) nach Mayring. Dazu wurde zunächst anhand des Interviewleitfadens deduktiv ein Kategoriensystem mit Haupt- und Subkategorien festgelegt. Nach einer ersten Sichtung des verschriftlichten Materials wurde das Kategoriensystem mit induktiv gebildeten Kategorien ergänzt und verdichtet. Anschließend wurden die einzelnen Textsegmente der Interviews inhaltlich den entsprechenden Haupt- beziehungsweise Subkategorien zugeordnet. Die inhaltliche Auswertung und Darstellung erfolgte mittels der zusammengefassten Themenkomplexe, in welche die jeweiligen thematisch zugehörigen Haupt- und Subkategorien inkludiert sind.

Die Ergebnisse wurden anonym ausgewertet und flossen in die Erstellung der landesweiten Online-Befragung stationärer Pflegeeinrichtungen ein.

Des Weiteren wurden zur Ermittlung von Gelingensfaktoren, Unterstützungsmöglichkeiten und Weiterentwicklungspotentialen von kommunaler Seite in der Zeit vom 22.02. – 25.03.2022 insgesamt 19 halbstandardisierte, leitfadengestützte Expertinnen- und Experteninterviews mit Vertreterinnen und Vertretern der Kommunen, Pflegestützpunkte/IAV-Stellen, Krankenhäuser und Pflegekassen unterschiedlicher Regionen (Stadt/Land, höheres/niedrigeres Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen) durchgeführt. Die Interviews hatten einen Umfang von 60 bis 90 Minuten. 17 Interviews wurden als Einzelinterview geführt. An einem Termin nahmen auf Wunsch der Teilnehmenden zwei Interviewte und an einem weiteren drei Interviewte teil. Die Interviews fanden abhängig von den persönlichen Präferenzen sowie technischen Möglichkeiten der Interviewten telefonisch oder als Videokonferenz über MS Teams statt.

Zur Durchführung der Interviews wurde zunächst, auch unter Berücksichtigung der Erkenntnisse aus vorherigen Untersuchungsschritten, ein Interviewleitfaden entwickelt. Die teilnehmenden Personen wurden zu Beginn über datenschutzrechtliche Aspekte informiert, über Sinn und Zweck des Forschungsvorhabens aufgeklärt und um die informierte Zustimmung gebeten. Die Interviews wurden telefonisch via MS Teams durchgeführt und protokollartig schriftlich dokumentiert. Die Ergebnisse wurden dann zusammenfassend mithilfe von MAXQDA 2022 ausgewertet. Anhand des Interviewleitfadens wurde zunächst deduktiv ein Kategoriensystem mit Hauptkategorien festgelegt. Nach einer ersten Sichtung des verschriftlichten Materials wurde das Kategoriensystem überarbeitet und mit induktiv gebildeten (Sub-)Kategorien ergänzt und verdichtet. Anschließend erfolgte die inhaltliche Auswertung anhand der sich aus dem Kategoriensystem ergebenden Themenkomplexe.

In der Analyse der Interviews konnten unterschiedliche Themenschwerpunkte zu kommunalen Unterstützungsmöglichkeiten für die Kurzzeitpflege in den einzelnen Regionen identifiziert werden. Ein Überblick der Themengebiete ist der folgenden Abbildung 79 zu entnehmen.

**Abbildung 79: Übersicht zu kommunalen Unterstützungsmöglichkeiten in der Kurzzeitpflege**



Quelle: IGES, Expertinnen- und Experteninterviews, 2022

### A1.3 Online-Befragung stationärer Pflegeeinrichtungen

Zur Beantwortung der unterschiedlichen Fragestellungen der Untersuchung wurde eine umfassende Online-Befragung von stationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Erfasst wurden hierbei unter anderem zusätzliche Informationen zur Angebotsstruktur und zum Leistungsgeschehen, den Rahmenbedingungen, Gelingensfaktoren, Kriterien für eine Bedarfsgerechtigkeit der Angebote und Weiterentwicklungspotentiale der Kurzzeitpflege. Die Vorgehensweise berücksichtigt auch regionale Unterschiede und bekannte Schwankungen in der Inanspruchnahme (unter anderem Urlaubszeiten).

Basierend auf den durchgeführten Recherchen und den Ergebnissen der Interviews wurde ein umfassender Fragebogen konzipiert. Dieser enthielt Items zu folgenden acht Themengebieten:

1. Allgemeine Angaben zur Pflegeeinrichtung,
2. Versorgungssituation, Kapazitäten und Auslastung,
3. Anlass/Gründe der Inanspruchnahme, Zielgruppen und Versorgungskonzepte,
4. Versorgungsgeschehen einschließlich Überleitungsmanagement,
5. Wirtschaftliche und personelle Situation in der Kurzzeitpflege,
6. Kooperation, Vernetzung und Zusammenarbeit,
7. Weiterentwicklung der Kurzzeit- und Verhinderungspflege,
8. Abschluss.

Der finale Fragebogen wurde mit dem Auftraggeber als auch mit Pflegeeinrichtungen und Verbandsvertretungen abgestimmt. Anschließend wurde die Befragung programmiert, inhaltlich geprüft sowie auf Funktionalität mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des IGES Instituts getestet.

Des Weiteren wurde ein Pre-Test der Online-Befragung mit drei Vertreterinnen beziehungsweise Vertretern von Pflegeeinrichtungen durchgeführt.

Auf Grundlage eines IGES-Adressverteilers (in etwa 1.300 Kontakte) wurden stationäre Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg, mit und ohne Kurzzeitpflegeangebot, via E-Mail zur Teilnahme an der Online-Befragung eingeladen. Um die Teilnahmebereitschaft der stationären Pflegeeinrichtungen zu erhöhen, wurde die Befragung vier Wochen vor Start von den Landesverbänden der Pflegeeinrichtungen mittels Begleitschreiben zur Studie und Ankündigung des Befragungsstarts beworben. Adressaten zur Beantwortung der Online-Befragung waren:

- die Geschäftsführung/Einrichtungsleitung (einschließlich Stellvertretung),
- die Pflegedienstleitung (einschließlich Stellvertretung),
- Mitarbeitende des Controllings,
- Mitarbeitende des Qualitätsmanagements,
- der Sozialdienst,
- die Verwaltung oder
- Mitarbeitende des Aufnahme-, Überleitungs- und Entlassmanagements.

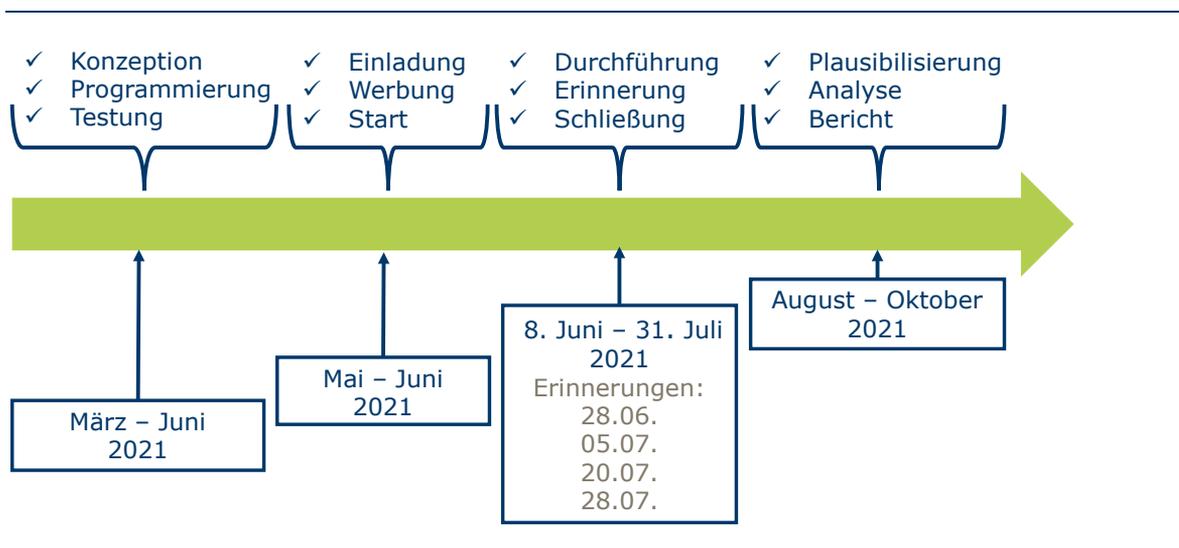
Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden zu Beginn über datenschutzrechtliche Aspekte informiert und über Sinn und Zweck des Forschungsvorhabens aufgeklärt. Die Teilnahme an den Befragungen war freiwillig. Es wurden keine personenbezogenen Daten erhoben.

Die Online-Befragungen konnten jederzeit unterbrochen und die Beantwortung zu einem späteren Zeitpunkt fortgesetzt werden. Dies erfolgte durch die Vergabe eines individuellen Codes nach dem Starten der Befragung für einen erneuten Login zu einem späteren Zeitpunkt. Den Mitarbeitenden des IGES Instituts ist nicht bekannt, welchen Code die Teilnehmenden zugewiesen bekommen haben, sodass die Anonymität der Befragten gewahrt wurde.

Für eventuell auftretende Probleme oder Rückfragen wurde eine Person des IGES Instituts als Kontakt (Telefon und E-Mail) angegeben. Am Ende der Befragung bestand für die Teilnehmenden die Möglichkeit einen Ausdruck ihres Fragebogens inklusive Antworten als PDF-Dokument zu generieren.

Der Umfang der Befragung wurde mit 60 - 90 Minuten geschätzt und war davon abhängig ob die Einrichtung Kurzzeitpflege anbot und welche Art der Kurzzeitpflege (solitär, eingestreut oder ganzjährig vorzuhalten). Die Befragung erfolgte zunächst vom 08.06.2021 bis zum 11.07.2021 und wurde auf Wunsch einiger Pflegeeinrichtungen bis einschließlich 31.07.2021 verlängert. Ein detaillierter zeitlicher Ablauf des Vorgehens ist Abbildung 80 zu entnehmen.

**Abbildung 80: Schematischer Ablauf der Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen**



Quelle: IGES

## Statistische Analyse

Die Auswertung der in der Befragung erhobenen Daten wurde unter Einhaltung der Datenschutzgrundverordnung durchgeführt. Es wurden keine personenbezogenen Daten erhoben.

Nach Abschluss der Online-Befragung umfasste die Datenbank insgesamt  $n = 466$  Datensätze, welche auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft wurden. In einem mehrstufigen Prozess wurden zunächst die Datensätze entfernt, welche allein aufgrund einer Anmeldung durch die Befragten entstanden sind, jedoch keine Daten enthielten. Die daraus resultierenden  $n = 307$  Datensätze wurden in einem nächsten Schritt plausibilisiert. Darunter befanden sich insgesamt  $n = 141$  abgeschlossene als auch  $n = 166$  nicht vollständig abgeschlossene Befragungen. Um eine größtmögliche Datenmenge in die Analyse einbeziehen zu können, wurden die  $n = 166$  nicht abgeschlossenen Datensätze separat hinsichtlich des vorliegenden Datenumfangs begutachtet, sodass abschließend  $n = 96$  weitere Datensätze zur Auswertung hinzugezogen werden konnten.

Resultierend enthielt die Datenbank für die statistische Analyse  $n = 237$  Datensätze ( $n = 141$  abgeschlossene und  $n = 96$  nicht abgeschlossene Befragungen). In der Ergebnisbeschreibung wird im Einzelnen auf die jeweilig bezogene Grundgesamtheit der Einzelantworten hingewiesen, da die Hinzunahme nicht abgeschlossener Befragungen zu teilweise fehlenden Angaben führt. Bei  $n = 1.300$  eingeladenen Pflegeeinrichtungen entspricht das einem Rücklauf von 18,2 %.

Zur strukturierten Auswertung wurde vorab ein statistischer Analyseplan (SAP) erstellt. Die Ergebnisse der Online-Befragungen wurden mittels der Statistiksoftware SPSS Version 23.0 analysiert, deskriptiv (Mittelwert, Median und die Standardabweichung (SD)) ausgewertet und bei ausreichender Datengrundlage nach Stadt- und Landkreisen und Art der Kurzzeitpflege systematisiert.

Numerische Freitextfelder wurden anhand ihrer vorab definierten Wertebereiche analysiert und vor der Auswertung plausibilisiert, um die Fehleranfälligkeit zu minimieren. Nicht-numerische Freitexte wurden in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse von Mayring ausgewertet. Aus den Antworten wurden jeweils Oberkategorien gebildet und die Antworten entsprechend den Kategorien zugeordnet und ausgezählt.

### Änderungen im methodischen Vorgehen im Vergleich zum Studienprotokoll

Aufgrund der Rückmeldungen der am Pre-Test teilnehmenden Pflegeeinrichtungen sowie der Expertinnen und Experten der Telefoninterviews wurde gemeinsam mit dem Auftraggeber beschlossen, den Zeitraum der Durchführung anstatt wie geplant im April/Mai 2021 auf Juni/Juli 2021 zu verschieben. Hauptgrund hierfür war die Situation in den stationären Pflegeeinrichtungen aufgrund der SARS-CoV-2 Pandemie.

### Merkmale der vollstationären Pflegeeinrichtungen der Online-Befragung und (Weiter-) Entwicklung des Kurzzeitpflegeangebots

Insgesamt wurden Angaben von n = 237 vollstationären Pflegeeinrichtungen analysiert. Die Verteilung der Trägerschaft, Größe und Art der teilnehmenden Einrichtungen ist der folgenden Tabelle 22 zu entnehmen. In etwa die Hälfte der Einrichtungen sind in freigemeinnütziger Trägerschaft (51,5 %), haben 31-60 Plätze (34,6 %) und sind zu 89,0 % eine vollstationäre Pflegeeinrichtung mit Dauerpflegeplätzen und mit Kurzzeitpflegeangebot.

Die Verteilung der Anteile der Trägerschaft und Größe der Einrichtung der vorliegenden Stichprobe stationärer Pflegeeinrichtungen sind vergleichbar mit den Daten der Pflegestatistik 2019.

**Tabelle 22: Charakteristiken der teilnehmenden vollstationären Pflegeeinrichtungen der Online-Befragung**

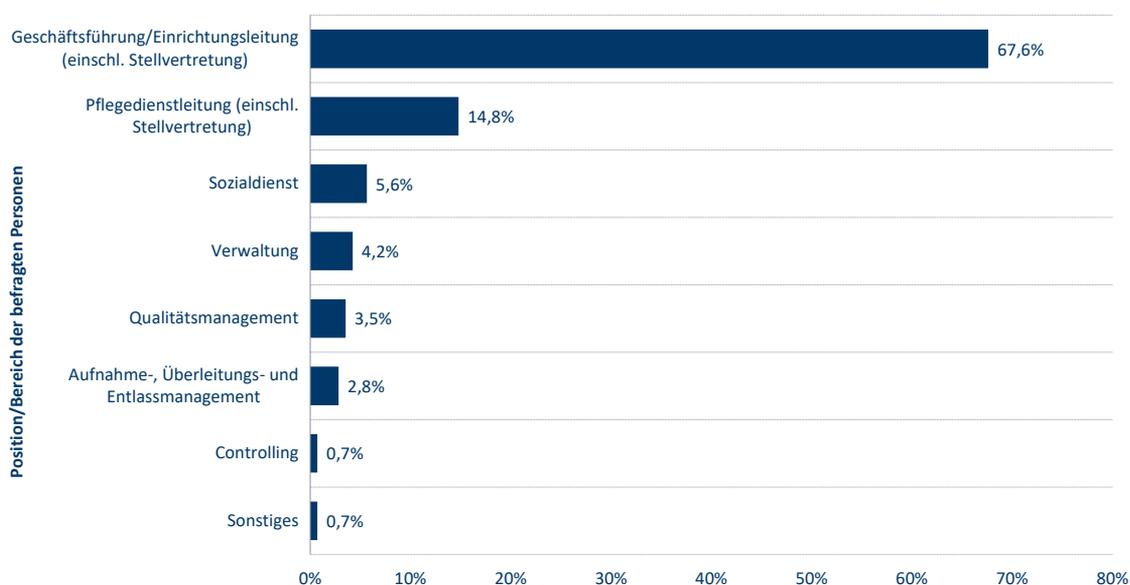
|  | Anzahl (n) | Anteil (%) | Vergleich Pflegestatistik 2019 (%) |
|--|------------|------------|------------------------------------|
| <b>Trägerschaft</b>                              |            |            |                                    |
| Öffentlich                                       | 30         | 12,7       | 4,5                                |
| freigemeinnützig                                 | 122        | 51,5       | 52,8                               |
| privat   | 79         | 33,3       | 42,7                               |
| Keine Angabe                                     | 6          | 2,5        | n.z.                               |
| Gesamt   | 237        | 100        | 100                                |
| <b>Größe der Einrichtung (Anzahl der Plätze)</b> |            |            |                                    |
| ≤ 30   | 36         | 15,2       | 24,3                               |
| 31-60  | 82         | 34,6       | 31,7                               |
| 61-100   | 79         | 33,3       | 28,3                               |

|  | Anzahl<br>(n) | Anteil<br>(%) | Vergleich Pflegesta-<br>tistik 2019 (%) |
|--|---------------|---------------|---|
| 101-150  | 24            | 10,1          | 12,8                                    |
| >151   | 16            | 6,8           | 2,9                                     |
| Gesamt   | 237           | 100           | 100                                     |
| <b>Art der Pflegeeinrichtung</b>   |               |               |   |
| vollstationäre Pflegeeinrichtung mit Dauerpfle-<br>geplätzen, ohne Kurzzeitpflegeangebot   | 18            | 7,6           | -                                       |
| Anderes ohne Kurzzeitpflegeangebot   | 5             | 2,1           | -                                       |
| vollstationäre Pflegeeinrichtung mit Dauerpfle-<br>geplätzen und mit Kurzzeitpflegeangebot | 211           | 89,0          | -                                       |
| Anderes mit Kurzzeitpflegeangebot  | 0             | 0,0           | -                                       |
| Solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtung   | 3             | 1,3           | -                                       |
| Gesamt   | 237           | 100           | -                                       |

Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021  
 Anmerkung: n. z.: nicht zutreffend

Der überwiegende Anteil der, an der Befragung teilnehmenden, Personen sind leitender beziehungsweise geschäftsführender Position (67,6 %), gefolgt von (stellvertretenden) Pflegedienstleitungen mit 14,8 % (Abbildung 81). Von den Befragten (n = 142) geben insgesamt 80,3 % an über 10 Jahre, 11,3 % sechs bis 10 Jahre und 8,5 % unter fünf Jahre Berufserfahrung in der stationären Langzeitversorgung zu haben.

Abbildung 81: Position der befragten Personen der Online-Befragung, n = 142, Angabe in %



Quelle: IGES, Online-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg 2021

## A1.4 Standardisierte Leistungserfassung in stationären Pflegeeinrichtungen

Zur detaillierten Erfassung des Versorgungs- und Leistungsgeschehens in der Kurzzeitpflege fand in stationären Pflegeeinrichtungen mit Kurzzeitpflegeangebot zu zwei Zeitpunkten eine standardisierte Datenerhebung des Leistungsgeschehens statt (eingestreut als auch ganzjährig vorzuhaltende/ solitäre Kurzzeitpflegeplätze). Die erste Erhebung fand zwischen dem 13.09. – 20.12.2021, die zweite zwischen dem 14.02. – 06.03.2022 statt. Der Durchführungszeitraum erstreckte sich aufgrund einer gestaffelten Rekrutierung teilnehmender Einrichtungen als auch durch die zweifache Erhebungsphase (Zeitraum mit höherer als auch niedrigerer Nachfrage in den Einrichtungen) über insgesamt sieben Monate, wobei jede Einrichtung für jeweils 14 zusammenhängende Tage Daten zu Kurzzeitpflegegästen und verbundenen Aufwänden erfasste.

### Durchführung der Fokusgruppe zur Vorbereitung der Leistungserfassung

Ziel der am 08.06.2021 durchgeführten dreistündigen Fokusgruppe war es, vertiefende Informationen zu den Arbeitsabläufen in der Kurzzeitpflege zu sammeln. Resultierend wurde die konzeptionelle Ausgestaltung und Umsetzung der Erfassung so erarbeitet beziehungsweise optimiert, dass die Teilnahme und Datenerhebung für die stationären Pflegeeinrichtungen mit einem möglichst geringen zusätzlichen Arbeitsaufwand verbunden war. Die Fokusgruppe wurde durch das IGES Institut organisiert und moderiert und fand, aufgrund der Pandemiesituation, webbasiert statt.

Die Teilnehmenden wurden zu Beginn über Sinn und Zweck des Forschungsvorhabens und der Erfassung des Versorgungs- und Leistungsgeschehens aufgeklärt. Zur Auswertung wurden die Inhalte der Fokusgruppe verlaufsartig protokolliert. Die Ergebnisse wurden anonymisiert und zum Zweck der Erstellung der Erfassungsbögen ausgewertet. Beteiligt waren drei Geschäftsführende beziehungsweise Mitarbeitende in Leitungspositionen unterschiedlicher stationärer Pflegeeinrichtungen mit ganzjährig vorzuhaltenden/ solitären sowie eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen. Die Rekrutierung wurde per Zufallsauswahl randomisiert und geschichtet nach Siedlungstyp<sup>29</sup> durchgeführt. Die Einladung zur Teilnahme als auch die Erinnerung bei ausstehender Rückmeldung erfolgte per E-Mail.

Im Rahmen der Fokusgruppe erläuterte IGES zu Beginn Forschungshypothesen zum Versorgungs- und Leistungsgeschehens, die anhand der Daten der Erfassung überprüft werden sollten:

- Die Kurzzeitpflege ist mit einem hohen Koordinierungsaufwand verbunden – sowohl bei der Aufnahme als auch bei der Überleitung in die Folgeversorgung.
- Bei der Versorgung von Kurzzeitpflegegästen ist ein vergleichsweise hoher behandlungspflegerischer Aufwand zu verzeichnen.
- Für die Versorgung von Kurzzeitpflegegästen sind häufig auch therapeutische Leistungen erforderlich.
- Gäste der Verhinderungspflege verursachen insgesamt einen niedrigeren Aufwand als Gäste der Kurzzeitpflege gemäß § 42 SGB XI oder § 39 SGB XI (nach Krankenhausaufenthalt oder häuslicher Krise).
- Die Nachfrage nach Kurzzeitpflegeplätzen ist höher als das Angebot.
- Es gibt zum Teil erhebliche Wartezeiten für Kurzzeitpflegeplätze.

Anschließend gewährten die Teilnehmenden detaillierte Einblicke in den Ablauf des Versorgungsgeschehens in der Kurzzeitpflege. Im Nachgang wurde das bis dahin vorläufige Konzept für die Leistungserfassung in stationären Pflegeheimen vorgestellt.

### **Konzeptionelle Weiterentwicklung der Leistungserfassung in Pflegeheimen während der Fokusgruppe**

Die Instrumente der Leistungserfassung wurden von IGES konzeptioniert und im Rahmen der Fokusgruppe weiterentwickelt. Die Erfassung der Daten erfolgte somit zweigeteilt:

- (behandlungs-)pflegerische Tätigkeiten und deren zeitliche Aufwände pro Kurzzeitpflegegast durch Pflegekräfte papierbasiert und
- Tätigkeiten und zeitliche Aufwände im Bereich der Verwaltung (gastunabhängig als auch gastzugehörig) webbasiert.

<sup>29</sup> Destatis sieht im Gemeindeverzeichnis aller politisch selbstständigen Gemeinden (mit Gemeindeverband) in Deutschland drei verschiedene Siedlungstypen mit einem unterschiedlich ausgeprägten Grad der Verstädterung vor: dicht besiedelt, mittlere Besiedlungsdichte sowie gering besiedelt.

Die Teilnehmenden der Fokusgruppe stimmten dem Konzeptvorschlag überwiegend zu. Die Umsetzbarkeit und Praktikabilität einer zweigeteilten Datenerhebung, sowohl web- als auch papierbasiert, wurde seitens der Teilnehmenden als positiv und realisierbar bewertet. Aus Sicht der Teilnehmenden waren folgende Inhalte bei der Datenerhebung zu berücksichtigen und dem Konzept hinzuzufügen:

- Abstimmung und Koordination vor beziehungsweise bei Einzug der pflegebedürftigen Person,
- Dokumentationsaufwände,
- Behandlungspflege,
- Beratung zu Verträgen und Finanzierung,
- Verwaltungsaufwände (beispielsweise Stammdatenpflege) sowie
- Aufwände in der Hauswirtschaft und Pflege.

Neben der Klärung inhaltlicher Aspekte wurden den Teilnehmenden Entwürfe für die pflegerische papierbasierte Dokumentationsmappe, des Konzepts der Online-Erfassung und zugehörigen Dokumentationshilfen vorgelegt. Hierzu gab es seitens der Vertreter und Vertreterinnen der Einrichtungen keine Verbesserungswünsche oder weiteren Anmerkungen.

Die Hypothese, dass es zum Teil erhebliche Wartezeiten auf einen Kurzzeitpflegeplatz gibt, wurde kritisch hinterfragt. Die Teilnehmenden berichteten, dass sich dies nur auf geplante Aufenthalte im Rahmen der Verhinderungspflege bezieht und in akuten Krisensituationen entfällt.

Ebenfalls als kritisch wurde der geplante Zeitraum der ersten Erfassungsrunde zwischen Ende Juli bis Mitte August 2021 bewertet. Die Teilnehmenden wiesen darauf hin, dass aufgrund der potentiellen Verzerrung durch die Urlaubspflege, der ferienbedingten personellen Engpässe und der dadurch hohen Arbeitsbelastung für Pflegekräfte und Mitarbeitende der Verwaltung dieser Zeitraum zu überdenken ist. Seitens der Teilnehmenden wurden ausdrückliche Bedenken hinsichtlich der Realisierung im geplanten Zeitraum und der Wunsch, die Erfassung in der zweiten Septemberhälfte durchzuführen, geäußert.

Abschließend erklärten sich alle Beteiligten bereit, die finalen Entwürfe zur Erfassung des Versorgungs- und Leistungsgeschehens zu sichten und diese unter anderem hinsichtlich Umsetzbarkeit, Praktikabilität und Verständlichkeit zu prüfen. Die Rückmeldungen der Einrichtungen zu den Entwürfen sowie die Erkenntnisse aus der Fokusgruppe wurden bei der Erstellung der finalen Instrumente berücksichtigt und abschließend mit dem Auftraggeber abgestimmt. Die Prüfung der technischen Funktionalität des eigens entwickelten Online-Tools zur webbasierten Datenerhebung erfolgte vor Start der Erhebung durch IGES. Die Handhabbarkeit sowie Nutzerfreundlichkeit wurde in einem mehrtägigen Pre-Test durch teilnehmende Einrichtungen getestet und bewertet.

### **Rekrutierung der stationären Pflegeeinrichtungen und Datenerhebung**

Insgesamt stellte sich die Rekrutierung als herausfordernd dar und erfolgte auf zwei verschiedenen Wegen. Zum einen wurden die Beteiligten der Fokusgruppe um Teilnahme gebeten. Zum anderen erfolgte die Ansprache zufällig ausgewählter Einrichtungen aus einer Liste aller stationären Pflegeeinrichtungen mit Kurzzeitpflegeangebot in Baden-Württemberg. Insgesamt wurden aus

dieser Liste fünf verschiedene Teilstichproben iterativ gezogen. Die in der jeweiligen Teilstichprobe enthaltenen Pflegeeinrichtungen wurden zunächst per E-Mail kontaktiert und zur Teilnahme an der Erfassung eingeladen. Sofern keine Rückmeldung erfolgte, wurde eine Erinnerungsmail versendet.

Zunächst wurde eine Teilstichprobe von 40 Einrichtungen gezogen. Da der Rücklauf sehr gering ausfiel, erfolgte eine zweite und dritte Ziehung mit erneut je 40 Einrichtungen. Bereits angeschriebene Einrichtungen wurden in den weiteren Teilstichprobenziehungen nicht mehr berücksichtigt. Die Einrichtungen der ersten und zweiten Teilstichprobe ( $n = 80$ ) wurden zusätzlich telefonisch kontaktiert. Die Teilnahmebereitschaft konnte allerdings durch dieses Vorgehen nicht gesteigert werden.

In einer vierten und fünften Stichprobe wurde die Zahl der angeschriebenen Pflegeeinrichtungen auf jeweils 80 erhöht. Insgesamt wurden auf diesem Weg 280 Einrichtungen kontaktiert. Die Rekrutierung wurde beendet, als die angestrebte Mindestanzahl von zehn teilnehmenden Einrichtungen in der ersten Erfassungsrunde erreicht werden konnte. Zur zweiten Runde der Datenerhebung wurden dieselben zehn Einrichtungen erneut eingeladen. Aufgrund der im Winter 2021/2022 hohen Belastungen durch die Corona-Pandemie und einhergehenden Personalausfällen, erklärten sich sechs Einrichtungen zu einer erneuten Teilnahme bereit.

Für eine möglichst detaillierte Datenerfassung wurden den teilnehmenden Einrichtungen standardisierte Dokumentationshilfen zur Verfügung gestellt. Die Dokumentationsmappen der papierbasierten Erfassung der (behandlungs-)pflegerischen Tätigkeiten wurden den Einrichtungen postalisch zugesandt. Zudem wurde den Einrichtungen jeweils vor dem individuellen Start des Erhebungszeitraumes eine Online-Schulung für die Pflegekräfte zum Umgang mit den papierbasierten Dokumentationsmappen angeboten. Dieses Angebot wurde von einem Teil der Einrichtungen wahrgenommen. Die ausgefüllten Dokumentationsmappen mit den (behandlungs-)pflegerischen Aufwänden wurden ausgefüllt an IGES zurückgesandt.

### Datenauswertung

Die Dokumentationsmappen wurden durch Mitarbeitende des IGES gesichtet und die Daten plausibilisiert. Hierzu wurde gegebenenfalls Rücksprache mit den Einrichtungen gehalten. Anschließend wurden die Angaben aus den Dokumentationsmappen in Microsoft Excel übertragen und für die Auswertung aufbereitet. Die online erhobenen Daten zu den Verwaltungsaufwänden wurden in einer Accessdatenbank erfasst. Die Weiterbearbeitung erfolgte ebenfalls in Excel.

Zwischen April und Juni 2022 fand unter Einbindung eines statistischen Analyseplans die quantitative Auswertung in Excel statt.

### Änderungen im methodischen Vorgehen im Vergleich zum Studienprotokoll

Aufgrund der Angaben der stationären Pflegeeinrichtungen im Hinblick auf die SARS-CoV-2 Pandemie, der personellen Situation und Urlaubszeit wurde gemeinsam mit dem Auftraggeber entschieden, dem Wunsch der Einrichtungen nachzukommen und die erste Erfassung des Leistungsgeschehens ab dem 13.09.2021 durchzuführen. Diese endete am 20.12.2021, da die Rekrutierung teilnehmender Einrichtungen in mehreren Schritten erfolgen musste. Die

Einrichtungen führten die Datenerhebung somit zeitversetzt und nicht wie geplant in einem 14-tägigen Zeitraum im Juli 2021 durch. Der zweite Erfassungszeitraum konnte wie geplant in der Zeit vom 14.02. – 06.03.2022 durchgeführt werden.

### Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt zehn stationäre Pflegeeinrichtungen mit Kurzzeitpflegeangebot (solitäre, eingestreute, ganzjährig vorzuhaltende Plätze) mit insgesamt 80 Kurzzeitpflegeplätzen nahmen am ersten Erfassungszeitraum von September bis Dezember 2021 teil. In diesem Zeitraum wurden Daten zu 81 Kurzzeitpflegegästen erhoben<sup>30</sup>. Zur zweiten Datenerhebung von Februar bis März 2022 nahmen sechs der Einrichtungen mit insgesamt 33 Kurzzeitpflegeplätzen erneut teil und erhoben Daten zu 29 Kurzzeitpflegegästen. Sowohl im ersten als auch im zweiten Erhebungszeitraum waren die meisten Einrichtungen einem freigemeinnützigen Träger zugehörig (8/10 beziehungsweise 4/6 Einrichtungen). Hauptsächlich bestand die Stichprobe aus stationären Pflegeeinrichtungen mit einem Angebot aus eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen (7/10 beziehungsweise 5/6 Einrichtungen, davon drei beziehungsweise zwei mit ganzjährig vorzuhaltenden Plätzen).

Die Pflegeeinrichtungen lagen in unterschiedlichen Stadt- und Landkreisen, sodass eine regionale Verteilung gegeben ist.

Die folgende Tabelle 23 gibt einen Überblick über die Charakteristika der Stichprobe.

**Tabelle 23: Stichprobenüberblick der teilnehmenden Einrichtungen der beiden Erfassungszeiträume**

|  | Erfassungszeitraum 1 (September – Dezember 2021) | Erfassungszeitraum 2 (Februar – März 2022) |
|--|--|--|
| <b>Anzahl teilnehmender Einrichtungen</b>                          | 10   | 6  |
| <b>Art der Einrichtung</b>   |  |  |
| Solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtung/solitärer Kurzzeitpflegebereich | 3  | 1  |
| Einrichtung mit eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen                | 7  | 5  |
| Einrichtung mit ganzjährig vorzuhaltenden Kurzzeitpflegeplätzen *  | 3  | 2  |

<sup>30</sup> Erhoben wurden Daten zu allen im Teilnahmezeitraum in der Einrichtung versorgten Kurzzeitpflegegästen. Zu diesem Zweck war es nicht notwendig, dass diese Personen während des kompletten 14-tägigen Erfassungszeitraumes in der Pflegeeinrichtung versorgt wurden. So wurden auch Daten zu Kurzzeitpflegegästen erhoben, die während des Erfassungszeitraumes aufgenommen oder entlassen wurden, und somit kürzer in der Einrichtung blieben sowie Personen, die bereits vor Beginn des Erhebungszeitraumes Gast in der Einrichtung waren.

|  | Erfassungszeit-<br>raum 1 (Septem-<br>ber – Dezember.<br>2021) | Erfassungszeitraum 2<br>(Februar – März 2022) |
|--|--|---|
| <b>Trägerschaft</b>  |  |   |
| freigemeinnützig   | 8  | 4   |
| öffentlich   | 1  | 1   |
| privat   | 1  | 1   |
| <b>Anzahl der Kurzzeitpflegeplätze gesamt<br/>(solitär, eingestreut, ganzjährig vorzu-<br/>halten)</b> | 80   | 28  |
| <b>Kurzzeitpflegegäste im Erfassungszeit-<br/>raum</b>   | 81   | 33  |

Quelle: IGES

Anmerkung: \*Mehrfachantworten möglich. Einrichtungen mit eingestreuten Plätzen gaben zum Teil an, dass sie Plätze ganzjährig vorhalten.

Insgesamt lagen im ersten Erfassungszeitraum von über 90 Gästen Informationen vor. Rund die Hälfte (51,1 %) der Gäste befand sich bereits vor Erfassungsbeginn in der Einrichtung, die andere Hälfte (48,9 %) wurde im Laufe der Erfassung aufgenommen. In Tabelle 24 ist die Merkmalsverteilung auf Ebene der Kurzzeitpflegegäste dargestellt.

Der Anteil weiblicher Gäste lag in beiden Erfassungszeiträumen mit 54,4 % (Erfassungszeitraum 1, n = 49) beziehungsweise 57,6 % (Erfassungszeitraum 2, n = 19) höher als der Anteil männlicher Gäste (Tabelle 24). Insgesamt liegt der Anteil der Frauen in der Stichprobe damit auf vergleichbarem Niveau wie der bundesweite Anteil von Frauen unter Pflegebedürftigen insgesamt (61,7 %) (Pflegeversicherungsstatistik, BMG (2021)). Der überwiegende Anteil der Gäste war zwischen 75 und 89 Jahren und 85 und 89 Jahren, wobei die weiblichen Gäste im Durchschnitt älter waren als die männlichen. In beiden Erfassungszeiträumen war eine ähnliche Verteilung der Pflegegrade zu sehen: Pflegegrad 3 war am häufigsten vertreten, gefolgt von Pflegegrad 2. Der Anteil der Gäste, die über (noch) keinen Pflegegrad verfügten, unterschied sich in den beiden Zeiträumen mit 15,6 % (Erfassungszeitraum 1) und 9,1 % (Erfassungszeitraum 2). Insgesamt betrachtet sind die demografischen Merkmale der erfassten Gäste der Stichprobe in den Erfassungszeiträumen vergleichbar und entsprechen näherungsweise Verteilungen der relevanten Grundgesamtheiten in der Pflegestatistik 2019.

Tabelle 24: Charakteristiken der Stichprobe der Kurzzeitpflegegäste

|                       | Erfassungszeitraum 1<br>(September – Dezember. 2021) |            | Erfassungszeitraum 2<br>(Februar – März 2022) |            |
|-----------------------|--|------------|---|------------|
|                       | n  | %          | n   | %          |
| <b>Geschlecht (n)</b> |  |            |   |            |
| weiblich              | 49   | 54,4       | 19  | 57,6       |
| männlich              | 31   | 34,4       | 10  | 30,3       |
| keine Angabe          | 10   | 11,1       | 4   | 12,1       |
| <b>GESAMT</b>         | <b>90</b>  | <b>100</b> | <b>33</b>                                     | <b>100</b> |
| <b>Alter (n)</b>      |  |            |   |            |
| 0 - 17 Jahre          | 0  | 0,0        | 0   | 0,0        |
| 18 - 64 Jahre         | 2  | 2,2        | 2   | 6,1        |
| 65 - 74 Jahre         | 9  | 10,0       | 4   | 12,1       |
| 75 - 84 Jahre         | 29   | 32,2       | 11  | 33,3       |
| 85 - 89 Jahre         | 23   | 25,6       | 10  | 30,3       |
| 90 Jahre und älter    | 18   | 20,0       | 6   | 18,2       |
| keine Angabe          | 9  | 10,0       | 0   | 0,0        |
| <b>GESAMT</b>         | <b>90</b>  | <b>100</b> | <b>33</b>                                     | <b>100</b> |
| <b>Pflegegrad</b>     |  |            |   |            |
| ohne PG               | 14   | 15,6       | 3   | 9,1        |
| PG 1                  | 5  | 5,6        | 1   | 3,0        |
| PG 2                  | 15   | 16,7       | 6   | 18,2       |
| PG 3                  | 27   | 30,0       | 18  | 54,5       |
| PG 4                  | 14   | 15,6       | 3   | 9,1        |
| PG 5                  | 5  | 5,6        | 2   | 6,1        |
| keine Angabe          | 10   | 11,1       | 0   | 0,0        |
| <b>GESAMT</b>         | <b>90</b>  | <b>100</b> | <b>33</b>                                     | <b>100</b> |

|  | Erfassungszeitraum 1<br>(September – Dezember. 2021) |            | Erfassungszeitraum 2<br>(Februar – März 2022) |            |
|--|--|------------|---|------------|
|  | n  | %          | n   | %          |
| <b>Bereits bestehende pflegerische Versorgung von Kurzzeitpflegeaufenthalt</b> |  |            |   |            |
| Ja   | 43   | 47,8       | 21  | 63,6       |
| Nein   | 20   | 22,2       | 10  | 30,3       |
| keine Angabe   | 27   | 30,0       | 2   | 6,1        |
| <b>GESAMT</b>  | <b>90</b>  | <b>100</b> | <b>33</b>                                     | <b>100</b> |

Quelle: IGES

Kurzzeitpflegegäste, bei denen bereits vor Kurzzeitpflegeaufenthalt eine pflegerische Versorgung bestand (Erfassungszeitraum 1: 47,8 %, Erfassungszeitraum 2: 63,6 %) und zu denen Angaben zur bisherigen Pflege vorlagen, wurden überwiegend durch pflegende Angehörige und/oder durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt (Daten nicht dargestellt, Mehrfachauswahl war möglich). Andere Versorgungsformen spielten eine untergeordnete Rolle. Genannt wurde beispielsweise die Versorgung in einer Tagespflege oder Betreuungsgruppe.

## A1.5 Versichertenbefragung

Die Versichertenbefragung diente der Ermittlung des aktuellen Bedarfs und der Nachfrage nach Kurzzeitpflege. Dabei sollten Kurzzeitpflegegäste wie auch möglichst Pflegebedürftige, welche Kurzzeitpflege bislang nicht in Anspruch genommen haben, erreicht werden. Inhalte waren neben soziodemografischen Angaben:

- die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege,
- die pflegerische Versorgung nach der Kurzzeitpflege sowie
- Gründe, die gegen eine Inanspruchnahme sprachen.

Neben Ankreuzoptionen konnten die Befragten auch in Freitextform Angaben machen. Alle Antwortkategorien mit Freitextzusatz (zum Beispiel Anlass zur Kurzzeitpflege - anderer Grund) wurden ausgewertet und kategorisiert. Ließ sich die von den Befragten gemachte Freitextangabe gänzlich einer bereits bestehenden Antwortkategorie zuordnen, wurde die Angabe entsprechend der zugeordneten Kategorie gezählt. Freitexte bei Mehrfachantworten, bei denen die nachträglich zugeordnete Kategorie ebenfalls angekreuzt war, wurden nicht in die Auswertung einbezogen.

Um eine hohe Teilnahmequote zu erreichen, wurde der Fragebogen (Anhang 0) papierbasiert mit frankiertem Rückumschlag an die IGES Institut GmbH zur Verfügung gestellt. Der Zugang zu dieser Personengruppe erfolgte aus datenschutzrechtlichen Gründen über die Pflegekassen. Die Teilnehmenden wurden mittels Anschreiben über Sinn und Zweck des Forschungsvorhabens aufgeklärt und über datenschutzrechtliche Aspekte informiert.

Die Angaben in den zurückgesandten Fragebögen wurden durch die Mitarbeitenden der IGES Institut GmbH erfasst und für die Analyse aufbereitet. Die Ergebnisse der Versichertenbefragung

wurden mit der Statistiksoftware SPSS Version 23.0 analysiert und deskriptiv ausgewertet (Mittelwert, Median und die Standardabweichung (SD)). Bei einigen Fragebögen fehlten Angaben zu den soziodemografischen Daten. Grund war, dass die Befragten diese Seite des Fragebogens nicht zurückgeschickt haben oder Fragen komplett unbeantwortet ließen. Die Anzahl der fehlenden Werte variierte zwischen den einzelnen Fragen.

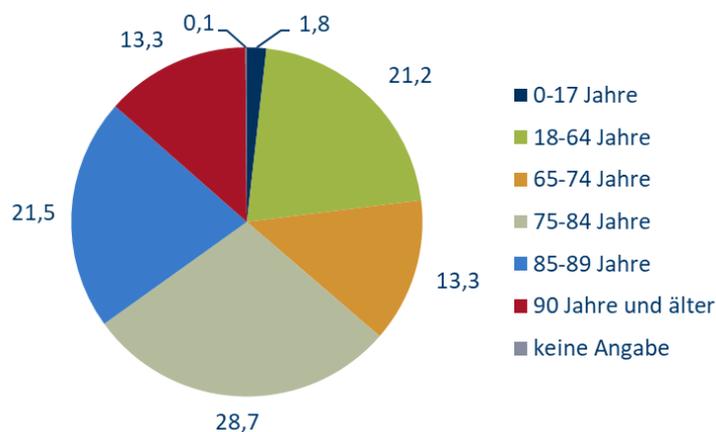
### Durchführung und Rücklauf der Befragung

Die Datenerhebung wurde in der Zeit von März 2022 bis einschließlich Mai 2022 durchgeführt. Insgesamt wurden durch zwei Pflegekassen 7.700 Fragebögen an die Versicherten verschickt. In die anschließende Datenauswertung im Juni 2022 wurden alle n = 927 zurückgeschickten Fragebögen einbezogen. Die Rücklaufquote betrug 12,03 Prozent. Es liegen ausgefüllte Fragebögen von Versicherten aller Regierungsbezirke in Baden-Württemberg vor. Die drei am häufigsten vertretenen Regionen sind die Region Stuttgart (n = 192), die Region Rhein-Neckar-Odenwald (n = 78) und die Region Mittlerer Oberrhein (n = 74).

### Beschreibung der Stichprobe

Von insgesamt n = 839 Befragten lagen Daten zur Altersgruppe vor. Der überwiegende Anteil der Befragten war 75 bis 84 Jahre (n = 241; 28,7 %), gefolgt von der Altersgruppe 85 bis 89 Jahre (n = 180; 21,5 %) und 18 bis 64 Jahre (n = 178; 21,2 %). Abbildung 82 veranschaulicht die Verteilung der Altersgruppen.

**Abbildung 82: Verteilung der Altersgruppen der Versichertenbefragung, n = 839, Angabe in %**



Quelle: IGES, Versichertenbefragung 2022

Hinsichtlich der Pflegegrade konnten n = 836 Angaben in die Auswertung einfließen. Die Pflegegrade verteilten sich in absteigender Reihenfolge wie folgt:

- Pflegegrad 2: 48,7 % (n = 407),
- Pflegegrad 3: 34,9 % (n = 292),

- Pflegegrad 4: 10,6 % (n = 89),
- Pflegegrad 5: 4,7 % (n = 39)
- Pflegegrad 1: 0,4 % (n = 4) und
- noch keinen Pflegegrad: 0,3 % (n = 3).

Zwei Personen (0,2 %) machten keine Angabe. Von insgesamt n = 828 Befragten lagen Daten zur bisherigen Versorgung des Pflegebedürftigen vor, darunter wurde die Versorgung größtenteils durch pflegende Angehörige geleistet (65,2 %; n = 540) oder durch einen ambulanten Pflegedienst (33,7 %; n = 279). Die Befragung richtete sich ausschließlich an Personen, welche noch keine 12 Monate in der stationären Dauerpflege versorgt sind. 1,0 % (n = 9) der Befragten gaben an, in einem Pflegeheim versorgt zu werden.

### A1.6 Prognosen und Zukunftsszenarien

Die Pflegebedarfsprognose beinhaltet Prognosen zur Entwicklung der Anzahl der Pflegegebedürftigen mit Kurzzeitpflege sowie die Entwicklung des Bedarfs der für die Deckung des Kurzzeitpflegebedarfs erforderlichen Anzahl an Kurzzeitpflegeplätzen. Dies beinhaltet auch eine Prognose der Bedarfsentwicklung an ganzjährig vorzuhaltenden/ solitären und flexibel belegbaren Kurzzeitpflegeplätzen, über deren Bereitstellung der Kurzzeitpflegeplatzbedarf erfüllt werden kann.

Die Prognose erstreckt sich ausgehend vom Jahr 2019 über einen Zeitraum von 16 Jahren bis zum Jahr 2035. Alle Prognosen erfolgten auf Kreisebene als kleinster räumlicher Einheit sowie als Aggregat über alle Stadt- und Landkreise für das Land Baden-Württemberg.

Die berichteten Ergebnisgrößen stellen eine Projektion der Entwicklung des Kurzzeitpflegebedarfs und der hierfür erforderlichen Pflegeplatzressourcen dar. Das heißt es handelt sich nicht um eine Vorhersage. Die Ergebnisgrößen beinhalten eine Abschätzung, wie sich der Kurzzeitpflegebedarf unter bestimmten, szenarischen Bedingungen entwickeln könnte, und nicht, dass sich dieser auch tatsächlich so in dieser Form ereignet. Die Projektion zielt darauf ab, eine Abschätzung der - unter bestimmten Bedingungen - möglichen Entwicklung des Versorgungsbedarfs zu ermitteln, um diese Entwicklung in der kommunalen Sozialplanung berücksichtigen zu können. Dadurch können entsprechende Voraussetzungen geschaffen werden, damit Pflegebedürftige entsprechend ihres Versorgungsbedarfs auch tatsächlich Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen können.

### Beschreibung der Datengrundlage

Die Datengrundlage der Prognose besteht aus einer Bevölkerungsvorausberechnung der baden-württembergischen Bevölkerung, die vom StaLa Baden-Württemberg erstellt wurde sowie den Ergebnissen der Pflegestatistik 2019. Die Bevölkerungsvorausberechnung beinhaltet die Prognose der Entwicklung der Bevölkerungsgröße von 2019 bis 2035 auf Kreisebene sowie die Entwicklung der Bevölkerungszusammensetzung differenziert nach Altersgruppe und Geschlecht. Die Ergebnisse der Pflegestatistik 2019 wurden ebenfalls vom StaLa Baden-Württemberg bereitgestellt. Diese beinhalten jeweils differenziert nach Kreis, Alter, Geschlecht und Pflegegrad:

- die Anzahl der Pflegebedürftigen mit Kurzzeitpflege sowie
- die Pflegebedürftigen mit vollstationärer Dauerpflege.

Die Auswertung beinhaltet auch Angaben zu Pflegebedürftigen mit vollstationärer Dauer- beziehungsweise Kurzzeitpflege, die noch keinem Pflegegrad zugeordnet sind (eine Begutachtung durch den MD hat zum Erhebungszeitpunkt noch nicht stattgefunden). Darüber hinaus werden für die Prognose des Kurzzeitpflegebedarfs öffentlich zugängliche, vom StaLa Baden-Württemberg bereitgestellte, Ergebnisse der Pflegestatistik 2019 zu verfügbaren Pflegeplätzen in vollstationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg verwendet. Diese beinhalten eine nach Kreis differenzierte Darstellung der Anzahl der vollstationären Pflegeplätze insgesamt sowie eine Gliederung der Kurzzeitpflegeplätze nach solitären/ganzjährig vorzuhaltenden und eingestreuten (das heißt flexibel auch mit Dauerpflege belegbaren) Kurzzeitpflegeplätzen.

### Beschreibung des Prognosemodells

Das Grundmodell für die Prognose der Anzahl der Personen mit Kurzzeitpflege orientiert sich an einem Prognosemodell, das von Schwinger, Klauber und Tsiasioti entwickelt und im Rahmen des Pflege-Report 2019 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) 2019 veröffentlicht wurde (Jacobs et al., 2020). Es basiert auf den nach Alter beziehungsweise Altersgruppe, Geschlecht und Kreis stratifizierten Häufigkeiten von Pflegebedürftigkeit, die mit demografischen Angaben zur Entwicklung von Bevölkerungsgröße und Bevölkerungsstruktur in Deutschland in Verbindung gesetzt werden.

Aus den Ergebnissen der Pflegestatistik 2019 lässt sich die nach Kreis, Alter, Geschlecht und Pflegegrad stratifizierte Häufigkeit von Kurzzeitpflege für Baden-Württemberg entnehmen. In Verbindung mit demografischen Angaben zu Bevölkerungsgröße und Bevölkerungszusammensetzung nach Alter und Geschlecht der baden-württembergischen Stadt- und Landkreise im Jahr 2019 wird für jede Kombination aus Kreis, Alter, Geschlecht und Pflegegrad die Kurzzeitpflegeprävalenz innerhalb der jeweiligen Bevölkerungsschicht bestimmt. Die auf diese Weise bestimmten bedingten Kurzzeitpflegeprävalenzen (das heißt die relative Häufigkeit von Kurzzeitpflege bei einem gegebenen Kreis, Alter, Geschlecht und Pflegegrad) werden auf die Bevölkerungsfortschreibung der Jahre 2020 bis 2035 des StaLa Baden-Württemberg angewandt.

Die Prognose der Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen mit Kurzzeitpflege erfolgt differenziert nach Alter, Geschlecht und Pflegegrad unter Berücksichtigung kreisspezifischer Unterschiede hinsichtlich der auf Alter, Geschlecht und Pflegegrad bedingten Kurzzeitpflegeprävalenz. Demnach wird bei der Prognose der Anzahl der Pflegebedürftigen mit Kurzzeitpflege für jeden Kreis ein individuelles Prognosemodell verwendet, das die kreisspezifischen Besonderheiten der bevölkerungsbezogenen Kurzzeitpflegebedürftigkeit berücksichtigt. Dies beinhaltet:

- die kreisspezifische Bevölkerungsstruktur im Ausgangsjahr der Prognose nach Alter und Geschlecht,
- die prognostizierte demografische Entwicklung im Zeitverlauf sowie
- das damit verbundene kreisspezifische Pflegegeschehen.

Die Prognosen beinhalten alle Altersjahre ab einem Alter von Null Jahren. Aus Datenschutzgründen werden die Ergebnisse zu drei Altersgruppen zusammengefasst:

- bis 65 Jahre,
- 65 bis unter 80 Jahre,
- 80 Jahre und älter.

Neben den Pflegegraden 1 bis 5 wird im Rahmen der Prognosen auch berücksichtigt, dass ein bestimmter Anteil der Pflegebedürftigen noch keinem Pflegegrad zugeordnet ist (zum Beispiel, weil die Begutachtung durch den MD noch nicht stattgefunden hat).

Die prognostizierten und ausgewiesenen Kurzzeitpflegefälle reflektieren den durchschnittlichen Versorgungsbedarf pro Tag. So ist beispielsweise die Anzahl der Personen, die innerhalb eines Jahres Kurzzeitpflege erhalten, deutlich größer als der durchschnittliche Bedarf an Kurzzeitpflege über das ganze Jahr betrachtet, da jeder Kurzzeitpflegeplatz innerhalb eines Jahres von mehreren Pflegebedürftigen genutzt werden kann. Da die Prognose des Kurzzeitpflegebedarfs darauf abzielt, eine Abschätzung der für die Versorgung der Pflegebedürftigen erforderlichen Pflegeplätze zu ermitteln, stellt der durchschnittliche Versorgungsbedarf pro Tag eine besser geeignete Ziel- und Berichtsgröße dar als die Anzahl unterschiedlicher Pflegebedürftiger mit Kurzzeitpflege innerhalb eines Jahres.

### Beschreibung der Prognoseszenarien

Der Projektion liegt die implizite Annahme zu Grunde, dass im Zeitverlauf keine Veränderungen der auf Kreis, Alter, Geschlecht und Pflegegrad bedingten Kurzzeitpflegeprävalenzen auftreten (Basisszenario). Alternative zeitliche Entwicklungen der Kurzzeitpflegeprävalenz werden mit insgesamt vier alternativen Prognoseszenarien abgebildet (jeweils unter der Annahme einer Gleichverteilung der Veränderungen der auf Kreis, Alter, Geschlecht und Pflegegrad bedingten Kurzzeitpflegeprävalenzen über den Prognosezeitraum). Hiervon beinhalten zwei Prognoseszenarien einen Rückgang und zwei Prognoseszenarien einen Anstieg der Kurzzeitpflegeprävalenz über den Prognosezeitraum bis zum Jahr 2035:

1. *Geringer Rückgang*: Annahme eines relativen Rückgangs der Kurzzeitpflegeprävalenz in Höhe von -10 %. Bei einer bedingten Kurzzeitpflegeprävalenz in Höhe von beispielsweise 1,0 % entspricht dies einem Rückgang um 0,1 Prozentpunkte im Prognosezeitraum.
2. *Moderater Rückgang*: Annahme eines relativen Rückgangs der Kurzzeitpflegeprävalenz in Höhe von -20 %. Bei einer bedingten Kurzzeitpflegeprävalenz in Höhe von beispielsweise 1,0 % entspricht dies einem Rückgang um 0,2 Prozentpunkte im Prognosezeitraum.
3. *Geringer Anstieg*: Annahme eines relativen Anstiegs der bedingten Kurzzeitpflegeprävalenz in Höhe von +10 % ausgegangen. Bei einer bedingten Kurzzeitpflegeprävalenz in Höhe von beispielsweise 1,0 % entspricht dies einer Zunahme um insgesamt +0,1 Prozentpunkte.
4. *Moderater Anstieg*: Annahme eines relativen Anstiegs der bedingten Kurzzeitpflegeprävalenz in Höhe von +20 %. Bei einer bedingten Kurzzeitpflegeprävalenz in Höhe von beispielsweise 1,0 % entspricht dies einer Zunahme um insgesamt +0,2 Prozentpunkte.

Die Modellierung des Kurzzeitpflegeplatzbedarfes basiert auf den Prognosen des Kurzzeitpflegebedarfs, d.h. der Anzahl von Personen mit Bedarf an Kurzzeitpflege. Entsprechend erfolgt auch die Prognose des Kurzzeitpflegeplatzbedarfes differenziert nach Alter, Geschlecht und Pflegegrad unter Berücksichtigung kreisspezifischer Unterschiede. Demnach wird auch bei der

Prognose des Kurzzeitpflegeplatzbedarfes für jeden Kreis ein individuelles Prognosemodell verwendet, das die jeweilige kreisspezifische Ausstattung mit Kurzzeitpflegeplätzen im Ausgangsjahr 2019 sowie deren Zusammensetzung nach solitären/ganzjährig vorzuhaltenden und eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen gemäß Pflegestatistik 2019 berücksichtigt.

Da kurzzeitig auftretende Bedarfsspitzen sowie Friktionen beim Wechsel von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern auftreten, die durch das vorhandene Kurzzeitpflegeplatzangebot abgedeckt werden müssen, erfolgt die Bestimmung des Kurzzeitpflegeplatzbedarfs unter der Maßgabe, dass für jede pflegebedürftige Person mit Kurzzeitpflege etwas mehr als ein Kurzzeitpflegeplatz vorgehalten werden muss. Grundlage der Schätzung, wie viele Kurzzeitpflegeplätze für eine Person mit Bedarf an Kurzzeitpflege vorgehalten werden müssen, bildet die Auslastungsquote von vollstationären Pflegeeinrichtungen in den baden-württembergischen Stadt- und Landkreisen im Jahr 2019.

In der Modellierung wird angenommen, dass solitäre/ganzjährig vorzuhaltende Kurzzeitpflegeplätze eine im Vergleich zu eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen niedrigere Auslastung aufweisen. Im Vergleich zu eingestreuten Plätzen (welche auch mit Dauerpflege belegt werden können) unterliegen ausschließlich der Kurzzeitpflege zur Verfügung stehende Kurzzeitpflegeplätze (überwiegend in solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen oder Wohnbereichen), gemäß der Einschätzung von am Projekt beteiligten Pflegeexperten, stärkeren temporalen Nachfrageschwankungen. Solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen sind zudem häufig deutlich kleiner als vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit eingestreuten Plätzen, was allein aufgrund der Größe zu stärker schwankenden Auslastungsquoten führt. Einer Einschätzung der am Projekt beteiligten Pflegeexperten folgend wird im Rahmen der Modellierung kreisunabhängig eine Auslastung in Höhe von 80 % bei ausschließlich der Kurzzeitpflege zur Verfügung stehenden Kurzzeitpflegeplätzen angenommen. Dies bedeutet, dass für jede Person, die auf einem solchen Kurzzeitpflegeplatz versorgt wird, 1,25 solitäre/ganzjährig vorzuhaltende Kurzzeitpflegeplätze vorgehalten werden müssen.

Bei der Bestimmung der Auslastung der eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze wird die Auslastungsquote von vollstationären Pflegeeinrichtungen, das heißt die Auslastungsquote von Pflegeplätzen der vollstationären Dauerpflege und eingestreuten Kurzzeitpflege, gemeinsam betrachtet. Grund dafür ist, dass bei eingestreuter Kurzzeitpflege die Nutzungsanteile für die vollstationäre Dauerpflege und die Kurzzeitpflege sich zwar rechnerisch bestimmen lassen, bei der Bestimmung der Auslastungsquote eine Differenzierung zwischen den beiden Nutzungsarten konzeptionell und rechnerisch jedoch nicht möglich ist. Voranalysen haben hierbei gezeigt, dass zwischen den Kreisen ausgeprägte Unterschiede in der Auslastungsquote bestehen:

- eine vergleichsweise hohe Auslastungsquote, die annähernd einer Vollbelegung entspricht oder
- eine vergleichsweise geringe Auslastungsquote, die allein durch Fluktuation oder zeitliche Schwankungen des Versorgungsbedarfs schwer erklärt werden kann.

Für die Bedarfsprognose von Kurzzeitpflegeplätzen stellen sich daher folgende Fragen:

- Handelt es sich um kreisspezifische Merkmale des Kurzzeitpflegeplatzbedarfs?

- Sind diese Unterschiede einer - möglicherweise auch nur temporär vorherrschenden - kreisspezifischen Angebotssituation geschuldet?
- Ist in Kreisen mit einer vergleichsweise niedrigen Auslastungsquote die Angebotsstruktur dauerhaft wirtschaftlich tragfähig?
- Führt der wirtschaftliche Druck im Sinne einer Selbstregulation absehbar zu steigenden Auslastungsquoten?
- Führt in Kreisen, mit einer vergleichsweise hohen Auslastung nahe der Vollauslastung, auf längere Sicht die Leistungsanbieter zu einer Ausweitung des Angebots oder den Markteintritt? Das hätte perspektivisch eine rückläufige Auslastungsquote zur Folge.

Konzeptionell und unter wirtschaftlichen Aspekten erscheint es nicht plausibel, anzunehmen, dass sich die Auslastungsquote von Pflegeeinrichtungen langfristig zwischen den unterschiedlichen Stadt- und Landkreisen in nennenswertem Umfang unterscheidet. Bei der Prognose des Kurzzeitpflegeplatzbedarfs werden daher für die eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze nicht kreisspezifische Auslastungsquoten zugrunde gelegt. Die landesdurchschnittliche Auslastung der vollstationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg betrug, basierend auf Daten der Pflegestatistik 2019, ohne Berücksichtigung der solitären/ganzjährig vorzuhaltenden Kurzzeitpflegeplätze 94,0 %.

Ausgehend von der tatsächlichen, kreisspezifischen Auslastungsquote im Jahr 2019 reflektieren die prognostizierten Veränderungen des Kurzzeitpflegeplatzbedarfs im weiteren Zeitverlauf die kreisspezifische Veränderung der Anzahl der Pflegebedürftigen mit Kurzzeitpflege auf der Grundlage einer Auslastungsquote, die dem Durchschnitt aller baden-württembergischen Stadt- und Landkreise entspricht und somit eine auch aus wirtschaftlichen Aspekten langfristig tragfähige Auslastung widerspiegelt.

## A2 Informationsschreiben und informierte Zustimmung

### Information und Einwilligung – telefonische Interviews

Sehr geehrte Frau/sehr geehrter Herr,

auf diesem Informationsblatt finden Sie Einzelheiten zu unserer Studie und dem dafür geplanten Telefoninterview mit Ihnen. Bitte lesen Sie dieses Informationsblatt aufmerksam durch. Wenn Sie die Ausführungen gelesen haben und mit einer Teilnahme an dem Telefoninterview einverstanden sind, dann unterschreiben Sie bitte auf der dritten Seite und senden uns Ihre Einwilligung anschließend per Mail zurück.

### Worum geht es in dem Projekt?

Das IGES Institut ist ein unabhängiges Forschungsinstitut in Berlin und wurde mit dem Forschungsvorhaben zum Ausbau und zur Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg durch den Kommunalverband für Jugend und Soziales (KVJS) beauftragt. Die Studie wird im Zeitraum von November 2020 bis November 2022 durchgeführt. Das Ziel der Studie ist u. a. die Untersuchung und Darstellung der Ist-Situation der Angebotsstruktur und Nachfrage der Kurzzeitpflege in allen 44 Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg einschließlich einer Beurteilung zu Rahmenbedingungen, Hemmnissen und Herausforderungen für die Bereitstellung, den Ausbau und die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflegeangeboten. Darauf aufbauend sollen anhand von regionalen Analysen Anregungen und Empfehlungen zum Ausbau und zur Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg gegeben, Alternativen zur vollstationären Kurzzeitpflege entwickelt und Anregungen für Modellprojekte und Erprobungen zum Ausbau der Kurzzeitpflege gegeben werden.

### Worum geht es in den Interviews?

Zur Zielerreichung werden neben umfassenden Recherchen und Online-Befragungen sowie Bedarfsprognoserechnungen auch leitfadengestützte Telefoninterviews mit Einrichtungen unterschiedlicher Träger (öffentlich, frei-gemeinnützig und privat) sowie unterschiedlicher Regionen (Stadt/Land) und Spezialisierung geführt.

Das Interview mit Ihnen gibt uns die Möglichkeit, vertiefende Informationen zu den organisatorischen Rahmenbedingungen und den Herausforderungen der Kurzzeitpflege (u. a. Belegungsmanagement, Kooperationsbeziehungen etc.) zu erhalten. Des Weiteren möchten wir gerne mehr über bauliche, räumliche und personelle Anforderungen und den damit verbundenen Auswirkungen auf Ihre Einrichtung erfahren. Wir möchten Sie ebenfalls zu Weiterentwicklungspotentialen in der Kurzzeitpflege befragen.

### Wann und wie sollen die Interviews stattfinden?

Ihr Interview sollte zwischen dem **15.02. und 19.02.2021** stattfinden.

Es nimmt etwa 60-90 Minuten in Anspruch, wird telefonisch durch einen am Projekt beteiligten IGES-Mitarbeiter durchgeführt, digital auf Tonband aufgezeichnet und anschließend verschriftlicht.

### Datenschutzhinweis

Ihre Teilnahme am Interview und die Angabe Ihrer Kontaktdaten wie Name, Institution und Telefonnummer ist **freiwillig**. Die Ergebnisse aus Ihrem Telefoninterview werden **anonymisiert (siehe Einwilligungserklärung)** ausgewertet.

Für die Datenerhebung und Verarbeitung ist die IGES Institut GmbH, Friedrichstraße 180, 10117 Berlin verantwortlich. Wir nutzen grundsätzlich nur die personenbezogenen Daten, die zur Kontaktaufnahme mit Ihnen zur Durchführung eines telefonischen Interviews erforderlich sind.

Wir verarbeiten Ihre Daten auf Grundlage von Art. 6 Absatz 1 lit a DSGVO, sofern Sie uns dazu die gesonderte Einwilligung erteilen, von uns kontaktiert zu werden. Ihre Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden, ohne dass dies die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Verarbeitung berührt. Wenn die Einwilligung widerrufen wird, stellen wir die entsprechende Datenverarbeitung ein.

Wir übermitteln Ihre Daten nur an Dritte [zum Beispiel an Kreditinstitute zur Zahlungsabwicklung], sofern eine datenschutzrechtliche Übermittlungsbefugnis [zum Beispiel nach den oben genannten Rechtsvorschriften] besteht. Ihre Daten können von uns zudem an externe Dienstleister weitergegeben werden, welche uns bei der Datenverarbeitung im Rahmen einer Auftragsverarbeitung streng weisungsgebunden unterstützen.

Die Daten werden unter Berücksichtigung gesetzlicher Aufbewahrungsfristen nach Abschluss der Studie gelöscht.

Sie haben das Recht, der Datenverarbeitung zu widersprechen (siehe hierzu nachfolgender Punkt „Betroffenenrechte“).

### Betroffenenrechte

Auf Anforderung teilen wir Ihnen gern mit, ob und welche Daten über Sie gespeichert sind. Soweit die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, haben Sie ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung dieser Daten. Sie haben ferner das Recht auf Datenübertragbarkeit. Sie haben außerdem ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz. Die Tonaufnahme des Interviews wird nach der Verschriftlichung, jedoch spätestens nach Ende des Projektes, gelöscht, so dass kein Rückschluss auf Ihre Person erfolgen kann.

Sollten Sie weitere Fragen zum Thema Datenschutz haben, können Sie sich direkt an den Datenschutzbeauftragten wenden. Die E-Mailadresse lautet: [datenschutz@iges.com](mailto:datenschutz@iges.com).

## Einwilligungserklärung

Ich habe die Informationen zur Studie und zu den Telefoninterviews erhalten und verstanden. Ich bin einverstanden unter Angabe meiner Kontaktdaten wie Name, Institution und Telefonnummer an einem Telefoninterview im Rahmen des Forschungsvorhabens zum Ausbau und zur Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg teilzunehmen. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Alle personenbezogenen Daten werden, sobald der Forschungszweck es zulässt, spätestens aber nach Projektabschluss gelöscht.

Ich stimme folgender Verwendung meiner Daten aus dem Telefoninterview zu und bestätige dies mit untenstehender Unterschrift:

- Die Daten dürfen in anonymisierter Form verwendet werden.
- Personenbezogene Daten Dritter, die im Interview genannt werden, werden anonymisiert.
- Das IGES Institut übermittelt das Protokoll des jeweiligen Telefoninterviews an den Interviewten zur Freigabe.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
[Ort, Datum]

\_\_\_\_\_  
[Unterschrift]

### Bitte schicken Sie Ihre Einwilligung an:

E-Mail: [ulrike.poerschmann-schreiber@iges.com](mailto:ulrike.poerschmann-schreiber@iges.com)

### Haben Sie noch Fragen?

Bei Fragen zur Studie kontaktieren Sie uns gerne per E-Mail ([elisabeth.hahnel@iges.com](mailto:elisabeth.hahnel@iges.com)) oder rufen Sie uns an unter 030 230 809 218 (Dr. Elisabeth Hahnel, Projektleitung).

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

## A3 Interviewleitfaden I: Einrichtungen mit eingestreuten Plätzen

### Interviewleitfaden

Guten Tag Frau / Herr...,

vielen herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft uns bei der Studie zu unterstützen.

Mein Name ist ... und zusammen mit ... freuen wir uns, dass Sie sich die Zeit für das Interview genommen haben. Das Interview mit Ihnen gibt uns die Möglichkeit, vertiefende Informationen zu den organisatorischen Rahmenbedingungen und den Herausforderungen der Kurzzeitpflege (unter anderem Belegungsmanagement, Kooperationsbeziehungen et cetera) zu erhalten. Des Weiteren möchten wir gerne mehr über bauliche, räumliche und personelle Anforderungen und den damit verbundenen Auswirkungen auf Ihre Einrichtung erfahren. Wir möchten Sie ebenfalls zu Weiterentwicklungspotentialen der Kurzzeitpflege in Ihrer Region befragen.

Während des Interviews wird ein Aufnahmegerät laufen, so dass Ihre Aussagen wahrheitsgemäß und möglichst genau in der Verschriftlichung wiedergegeben werden können. Einzelne Passagen werden in anonymisierter Form in einem Abschlussbericht veröffentlicht.

Dieses Aufnahmegerät würde ich nun einschalten, wenn Sie damit einverstanden sind.

Ich möchte Sie darauf hinweisen, dass die Teilnahme freiwillig ist. Sie haben zu jeder Zeit das Recht, Ihre Teilnahme ohne Angabe von Gründen zurückzuziehen oder die Verwendung Ihres Interviews zu widerrufen. Sollten Sie Fragen nicht beantworten wollen oder können, so teilen Sie uns dies bitte mit. Die Tonaufnahme des Interviews wird nach der Verschriftlichung gelöscht, so dass kein Rückschluss auf Ihre Person erfolgen kann.

Haben Sie im Vorfeld des Interviews noch Fragen?

## Einstieg

- In welcher Position/welchem Bereich sind Sie vorwiegend in Ihrer Einrichtung tätig?
- Welchen Erfahrungshintergrund hat Ihre Einrichtung beziehungsweise Einrichtungen hinsichtlich des Kurzzeitpflegeangebotes?
- Wie lange sind Sie bereits im Bereich stationäre Pflege tätig?

## Themenblock 1: Aufgabe KZP und Versorgungssituation

- Wie würden Sie den Versorgungsauftrag der Kurzzeitpflege beschreiben (Rolle der KZP im Versorgungssystem)?
- Für welche Personengruppen bieten Sie Kurzzeitpflege an und für welche nicht?
- Inwiefern können Sie längerfristig geplante KZP-Aufenthalte („Urlaubspflege“) anbieten?
- Wie schätzen Sie die Angebots- und Nachfrage-Situation der Kurzzeitpflege insgesamt in Ihrer Region (Landkreis/Stadtkreis) ein?
- Inwiefern gab es Corona-bedingt im letzten Jahr Veränderungen der Nachfrage nach KZP?

## Themenblock 2: bauliche und räumliche Anforderungen

- Laut neuer Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität in der Kurzzeitpflege (§113 SGB XI) vom 08.09.2020 sollen die Räumlichkeiten, wenn möglich, nach Wunsch des Kurzzeitpflegegastes gestaltet werden (das heißt Recht zur Mitnahme persönlicher Gegenstände, Erfüllung individueller Bedürfnisse)
  - Inwieweit können Sie dies gewährleisten? Was würden Sie benötigen, um diesen Anforderungen gerecht zu werden? Wie beziehungsweise inwieweit setzen Sie diese Vorgaben aktuell bereits um?
- Welche weiteren baulichen und räumlichen Anforderungen müssen Sie für die Kurzzeitpflege erfüllen? Inwieweit sind diese herausfordernd für Ihre Einrichtung?
  - Gibt es darüber hinaus spezielle bauliche und räumliche Anforderungen für die Aufnahme spezieller Personengruppen (unter anderem Personen mit Demenz, körperlichen und/ oder psychischen Beeinträchtigungen, Kinder und Jugendliche) in die Kurzzeitpflege?
- Inwieweit sind aus Ihrer Sicht bestehende bauliche und räumliche Anforderungen sachgerecht für die Versorgung von Kurzzeitpflegegästen? Was würden Sie ggf. verändern oder anpassen?

## Themenblock 3: personelle Anforderungen und wirtschaftliche Rahmenbedingungen

- Inwieweit unterscheiden sich die personellen Anforderungen bei der Versorgung von Kurzzeitpflegegästen und Bewohnerinnen und Bewohnern der Dauerpflege? (Optional: Inwieweit gibt es spezielle personelle Anforderungen)
  - Das ist eine ja/nein Frage, keine qualitative Frage – besser: Inwieweit unterscheidet sich der Personaleinsatz in der Versorgung von KZP-Gästen gegenüber anderen Bewohnerinnen und Bewohnern in der stationären Langzeitpflege? Inwieweit werden hier ggf. Unterschiede gemacht oder nicht?
  - Inwieweit gibt es personelle Unterschiede bei Kurzzeitpflegegästen und Gästen die Verhinderungspflege (sogenannte „Urlaubspflege“) in Anspruch nehmen?

- Welcher Personalschlüssel wäre aus Ihrer Sicht erforderlich, um eine fachgerechte Pflege für Kurzzeitpflegegäste zu gewährleisten?
- Inwieweit sind die Anforderungen an die Qualifikation des Personals auch aus Sicht der Versorgungsbedarfe (auch hinsichtlich spezieller Personengruppen wie Personen mit Demenz, körperlichen und/oder psychischen Beeinträchtigungen, Kinder und Jugendliche) in der Kurzzeitpflege angemessen? (unter anderem fachliche Voraussetzungen für die verantwortliche Pflegekraft)
  - Welche weiteren personellen Anforderungen gilt es für die Kurzzeitpflege unter anderem auch hinsichtlich Fortbildungen und Weiterbildungen zu erfüllen?
- Laut neuer Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität in der Kurzzeitpflege (§113 SGB XI) vom 08.09.2020 soll der Einsatz von Leasingkräften möglichst unterbleiben, um eine größtmögliche personelle Kontinuität sicherzustellen. Inwieweit können Sie dies in Ihrer Einrichtung realisieren?
- Inwieweit ist das Angebot der KZP im Allgemeinen aktuell wirtschaftlich?
- Inwieweit hat Ihre Einrichtung für die Versorgung von Kurzzeitpflegegästen gesonderte Vergütungssätze vereinbart (andere Preise als für Dauerpflege)?
- Inwieweit sind die aktuell vereinbarten Pflegesätze für die Versorgung von Kurzzeitpflegegästen kostendeckend?
- Inwieweit werden Kurzzeitpflegegäste oder Gäste der Verhinderungspflege vorrangig aufgenommen?

### Themenblock 4: Anforderung an die Versorgung von Kurzzeitpflegegästen

- Welche Anforderungen bestehen aus Ihrer Sicht an die Versorgung von Kurzzeitpflegegästen im Allgemeinen
  - Unter anderem hinsichtlich der Maßnahmenplanung, Intervention und Evaluation, der Maßgabe der Personenzentrierung oder der integrierten Versorgung/ Betreuung unter Berücksichtigung der zumeist kurzen Verweildauer?
- Inwiefern verfügt Ihre Einrichtung über ein spezielles Pflegekonzept für Kurzzeitpflegegäste?
  - Inwieweit gibt es darüber hinaus spezielle Anforderungen an die Versorgung von KZP- Gästen mit besonderen Bedürfnissen (unter anderem Personen mit Demenz, körperlichen und/ oder psychischen Beeinträchtigungen)?
  - Inwiefern unterscheidet sich die Versorgung von Personen (in Bezug auf pflegerische Herausforderungen), bei denen im Sinne des SGB XI keine Pflegebedürftigkeit besteht (§ 39c SGB V)?
- Inwieweit sind die Anforderungen an die Organisation des Pflegeprozesses auch aus Sicht der Kurzzeitpflege sachgerecht?
- Inwieweit ist die Anforderung der Informationssammlung in den ersten 24 Stunden zu realisieren? Wenn ja, haben Sie dazu spezielle Konzepte, Dokumentationsbögen et cetera? Inwieweit nutzen Sie ein spezielles Dokumentationskonzept für die Kurzzeitpflege?
- Inwieweit bestehen in der Versorgung von Kurzzeitpflegegästen hinsichtlich multiprofessioneller Zusammenarbeit Kooperationen beziehungsweise Netzwerke mit anderen Leistungserbringern?
  - Was sind dabei die größten Herausforderungen?
- Welche Erfahrung haben Sie mit dem Übernahme- oder Entlassmanagement der Krankenhäuser gemacht?

- Wo besteht Optimierungsbedarf?
- Optionale Frage: Was braucht es in der Zusammenarbeit um sogenannte „Drehtüreffekte“ oder „blutige Entlassungen“ zu vermeiden?
- Was sehen sie vor dem Hintergrund der sektorenübergreifenden und interprofessionellen Zusammenarbeit als größte Herausforderung in der Versorgung von Kurzzeitpflegegästen?

### Themenblock 5: künftige Entwicklung

- Inwieweit ist mittelfristig eine Veränderung der Zahl der eingestauten Kurzzeitpflegeplätze in Ihrer Einrichtung geplant?
- Inwieweit sollten Ihrer Meinung nach Maßnahmen zur Sicherstellung der Kurzzeitpflege in Ihrer Region ergriffen werden?
  - Wie könnte – frei von der Realität – die KZP zukünftig organisiert sein?
  - Wie könnten Alternativen zur vollstationären KZP aussehen? Welche weiteren Ideen oder Wünsche haben Sie zur Weiterentwicklung?
  - Welche Rahmenbedingungen und Anforderungen wären dafür notwendig?
- Welche Rahmenbedingungen würden Sie empfehlen beziehungsweise als notwendig erachten, damit die KZP ihrer vom Gesetzgeber gewünschten Aufgabe voll und ganz gerecht werden kann?
- Inwiefern erachten Sie die bundesweiten Entwicklungen durch die Pflegereform 2021 als sinnvoll?
  - Erhöhung des Gesamtjahresbudgets auf 3.300 Euro
  - Wegfall der Vorpflegezeit (bislang 6 Monate für pflegende Angehörige) für die Inanspruchnahme der Verhinderungspflege
  - Verpflichtung der Pflegeselbstverwaltung zur Aushandlung wirtschaftlich tragfähiger Vergütungen und Qualitätssicherung
  - Einführung einer neuen Leistung in der GKV - „Übergangspflege im Krankenhaus“ (§ 39e SGB V)

### Abschluss

- Gibt es etwas, das Sie noch ansprechen möchten?

Vielen herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft zur Durchführung des Interviews und für Ihre Zeit.

Wenn Sie im Nachgang zum Gespräch noch Fragen haben, können Sie sich gerne jederzeit per Email: ... oder per Telefon: ... melden.

Wir wünschen Ihnen alles Gute!

## A4 Interviewleitfaden II: Einrichtungen mit solitären Plätzen

### Interviewleitfaden

Guten Tag Frau / Herr...,

vielen herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft uns bei der Studie zu unterstützen.

Mein Name ist ... und zusammen mit ... freuen wir uns, dass Sie sich die Zeit für das Interview genommen haben. Das Interview mit Ihnen gibt uns die Möglichkeit, vertiefende Informationen zu den organisatorischen Rahmenbedingungen und den Herausforderungen der Kurzzeitpflege (unter anderem Belegungsmanagement, Kooperationsbeziehungen et cetera) zu erhalten. Des Weiteren möchten wir gerne mehr über bauliche, räumliche und personelle Anforderungen und den damit verbundenen Auswirkungen auf Ihre Einrichtung erfahren. Wir möchten Sie ebenfalls zu Weiterentwicklungspotentialen der Kurzzeitpflege in Ihrer Region befragen.

Während des Interviews wird ein Aufnahmegerät laufen, so dass Ihre Aussagen wahrheitsgemäß und möglichst genau in der Verschriftlichung wiedergegeben werden können. Einzelne Passagen werden in anonymisierter Form in einem Abschlussbericht veröffentlicht.

Dieses Aufnahmegerät würde ich nun einschalten, wenn Sie damit einverstanden sind.

Ich möchte Sie darauf hinweisen, dass die Teilnahme freiwillig ist. Sie haben zu jeder Zeit das Recht, Ihre Teilnahme ohne Angabe von Gründen zurückzuziehen oder die Verwendung Ihres Interviews zu widerrufen. Sollten Sie Fragen nicht beantworten wollen oder können, so teilen Sie uns dies bitte mit. Die Tonaufnahme des Interviews wird nach der Verschriftlichung gelöscht, so dass kein Rückschluss auf Ihre Person erfolgen kann.

Haben Sie im Vorfeld des Interviews noch Fragen?

## Einstieg

- In welcher Position/welchem Bereich sind Sie vorwiegend in Ihrer Einrichtung tätig?
- Wie lange sind Sie bereits im Bereich stationäre Pflege tätig?

## Themenblock 1: Aufgabe KZP und Versorgungssituation

- Wie würden Sie den Versorgungsauftrag der Kurzzeitpflege beschreiben (Rolle der KZP im Versorgungssystem)?
- Für welche Personengruppen bieten Sie Kurzzeitpflege an und für welche nicht?
- Inwiefern können Sie längerfristig geplante KZP-Aufenthalte („Urlaubspflege“) anbieten?
- Wie schätzen Sie die Angebots- und Nachfrage-Situation der Kurzzeitpflege insgesamt in Ihrer Region (Landkreis/Stadtkreis) ein?
- Inwiefern gab es Corona-bedingt im letzten Jahr Veränderungen der Nachfrage nach KZP?

## Themenblock 2: bauliche und räumliche Anforderungen

- Laut neuer Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität in der Kurzzeitpflege (§113 SGB XI) vom 08.09.2020 sollen die Räumlichkeiten, wenn möglich, nach Wunsch des Kurzzeitpflegegastes gestaltet werden (das heißt Recht zur Mitnahme persönlicher Gegenstände, Erfüllung individueller Bedürfnisse)
  - Inwieweit können Sie dies gewährleisten? Was würden Sie benötigen, um diesen Anforderungen gerecht zu werden? Wie beziehungsweise inwieweit setzen Sie diese Vorgaben aktuell bereits um?
- Welche weiteren baulichen und räumlichen Anforderungen müssen Sie für die Kurzzeitpflege erfüllen? Inwieweit sind diese herausfordernd für Ihre Einrichtung?
  - Gibt es darüber hinaus spezielle bauliche und räumliche Anforderungen für die Aufnahme spezieller Personengruppen (unter anderem Personen mit Demenz, körperlichen und/oder psychischen Beeinträchtigungen, Kinder und Jugendliche) in die Kurzzeitpflege?
- Inwieweit sind aus Ihrer Sicht bestehende bauliche und räumliche Anforderungen sachgerecht für die Versorgung von Kurzzeitpflegegästen? Was würden Sie ggf. verändern oder anpassen?

## Themenblock 3: personelle Anforderungen und wirtschaftliche Rahmenbedingungen

- Inwieweit gibt es spezielle personelle Anforderungen in der Versorgung von Kurzzeitpflegegästen?
- Welcher Personalschlüssel wäre aus Ihrer Sicht erforderlich, um eine fachgerechte Pflege für Kurzzeitpflegegäste zu gewährleisten?
- Inwieweit sind die Anforderungen an die Qualifikation des Personals aus Sicht der Versorgungsbedarfe (auch hinsichtlich spezieller Personengruppen wie Personen mit Demenz, körperlichen und/oder psychischen Beeinträchtigungen, Kinder und Jugendliche) in der Kurzzeitpflege angemessen? (unter anderem fachliche Voraussetzungen für die verantwortliche Pflegekraft)
  - Welche weiteren personellen Anforderungen gilt es für die Kurzzeitpflege unter anderem auch hinsichtlich Fortbildungen und Weiterbildungen zu erfüllen?

- Laut neuer Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität in der Kurzzeitpflege (§113 SGB XI) vom 08.09.2020 soll der Einsatz von Leasingkräften möglichst unterbleiben, um eine größtmögliche personelle Kontinuität sicherzustellen. Inwieweit können Sie dies in Ihrer Einrichtung realisieren?
- Inwieweit sind Ihrer Meinung nach die aktuell vereinbarten Pflegesätze für die Versorgung von Kurzzeitpflegegästen kostendeckend?
- Ist die für jedes Kalenderjahr prospektiv kalkulierte und vereinbarte (Soll-)Auslastungsquote sachgerecht? Inwieweit ist es möglich diese zu erreichen?
- Inwieweit werden Kurzzeitpflegegäste oder Gäste der Verhinderungspflege vorrangig aufgenommen?
- Inwieweit ist das Angebot der KZP im Allgemeinen aktuell wirtschaftlich?
- Wie schätzen Sie die weitere wirtschaftliche Entwicklung für Ihre solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtung ein?

### Themenblock 4: Anforderung an die Versorgung von Kurzzeitpflegegästen

- Welche Anforderungen bestehen aus Ihrer Sicht an die Versorgung von Kurzzeitpflegegästen im Allgemeinen
  - unter anderem hinsichtlich der Maßnahmenplanung, Intervention und Evaluation, der Maßgabe der Personenzentrierung oder der integrierten Versorgung/ Betreuung unter Berücksichtigung der zumeist kurzen Verweildauer?
- Inwiefern verfügt Ihre Einrichtung über ein spezielles Pflegekonzept für Kurzzeitpflegegäste?
  - Inwieweit gibt es darüber hinaus spezielle Anforderungen an die Versorgung von KZP-Gästen mit besonderen Bedürfnissen (unter anderem Personen mit Demenz, körperlichen und/ oder psychischen Beeinträchtigungen)?
  - Inwiefern unterscheidet sich die Versorgung von Personen (in Bezug auf pflegerische Herausforderungen), bei denen im Sinne des SGB XI keine Pflegebedürftigkeit besteht (§ 39c SGB V)?
- Inwieweit sind die Anforderungen an die Organisation des Pflegeprozesses auch aus Sicht der Kurzzeitpflege sachgerecht?
- Inwieweit ist die Anforderung der Informationssammlung in den ersten 24 Stunden zu realisieren? Wenn ja, haben Sie dazu spezielle Konzepte, Dokumentationsbögen et cetera? Inwieweit nutzen Sie ein spezielles Dokumentationskonzept für die Kurzzeitpflege?
- Inwieweit bestehen in der Versorgung von Kurzzeitpflegegästen hinsichtlich multiprofessioneller Zusammenarbeit Kooperationen beziehungsweise Netzwerke mit anderen Leistungserbringern?
  - Was sind dabei die größten Herausforderungen?
- Welche Erfahrung haben Sie mit dem Übernahme- oder Entlassmanagement der Krankenhäuser gemacht?
  - Wo besteht Optimierungsbedarf?
  - Optionale Frage: Was braucht es in der Zusammenarbeit um sogenannte „Drehtüreffekte“ oder „blutige Entlassungen“ zu vermeiden?
- Inwiefern unterscheidet sich die Versorgung von Personen (in Bezug auf pflegerische Herausforderungen), bei denen im Sinne des SGB XI keine Pflegebedürftigkeit besteht (§ 39c SGB V).

- Was sehen sie vor dem Hintergrund der sektorenübergreifenden und interprofessionellen Zusammenarbeit als größte Herausforderung in der Versorgung von Kurzzeitpflegegästen?

### Themenblock 5: Förderung und künftige Entwicklung

- Inwieweit hat Ihre Einrichtung Fördergelder für den Ausbau solitärer Kurzzeitpflege abgerufen beziehungsweise inwieweit haben Sie vor das zu tun?
- Wie schätzen Sie das Potential ein, die solitäre Kurzzeitpflege in Ihrer Region durch das Förderprogramm des Landes zum Ausbau solitärer Kurzzeitpflege zu stärken?
- Inwieweit sollten Ihrer Meinung nach Maßnahmen zur Sicherstellung der Kurzzeitpflege in Ihrer Region ergriffen werden?
  - Wie könnte – frei von der Realität – die KZP zukünftig organisiert sein?
  - Wie könnten Alternativen zur vollstationären KZP aussehen? Welche weiteren Ideen oder Wünsche haben Sie zur Weiterentwicklung?
  - Welche Rahmenbedingungen und Anforderungen wären dafür notwendig?
- Welche Rahmenbedingungen würden Sie empfehlen beziehungsweise als notwendig erachten, damit die KZP ihrer vom Gesetzgeber gewünschten Aufgabe voll und ganz gerecht werden kann?
- Inwiefern erachten Sie die bundesweiten Entwicklungen durch die Pflegereform 2021 als sinnvoll?
  - Erhöhung des Gesamtjahresbudgets auf 3.300 Euro
  - Wegfall der Vorpflegezeit (bislang 6 Monate für pflegende Angehörige) für die Inanspruchnahme der Verhinderungspflege
  - Verpflichtung der Pflegeselbstverwaltung zur Aushandlung wirtschaftlich tragfähiger Vergütungen und Qualitätssicherung
  - Einführung einer neuen Leistung in der GKV - „Übergangspflege im Krankenhaus“ (§ 39e SGB V)

### Abschluss

- Gibt es etwas, das Sie noch ansprechen möchten?

Vielen herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft zur Durchführung des Interviews und für Ihre Zeit.

Wenn Sie im Nachgang zum Gespräch noch Fragen haben, können Sie sich gerne jederzeit per Email: ... oder per Telefon: ... melden.

Wir wünschen Ihnen alles Gute!

## A5 Fragebogen der Versichertenbefragung

**Sehr geehrte Damen und Herren,**

die Kurzzeitpflege ist ein wichtiges Angebot, um die pflegerische Versorgung in der Häuslichkeit zu erhalten und pflegende Angehörige zu entlasten. Der Kommunalverband für Jugend und Soziales (KVJS) in Baden - Württemberg hat daher ein Forschungsvorhaben zur Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege an das IGES Institut Berlin vergeben.

**Ihre persönliche Erfahrung zur Kenntnis, Suche und Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege ist bei der Studie von zentraler Relevanz.** Daher möchten wir Sie herzlich dazu einladen, an unserer Befragung teilzunehmen.

Die Beantwortung des anliegenden Fragebogens wird **etwa 10 Minuten** in Anspruch nehmen. Gehen Sie bitte den ganzen Fragebogen bis zum Ende durch.

Ihre Teilnahme an der Befragung ist **freiwillig**. Es entstehen Ihnen **keine** Nachteile, wenn Sie den Fragebogen nicht ausfüllen. Die Befragung findet **anonym** statt. Es ist kein Rückschluss auf Ihre Person möglich. Ihre Antworten werden **anonym** und gemäß den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (den Datenschutzhinweis finden Sie ebenfalls dem Fragebogen beigelegt) ausgewertet.

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen per Post (mit dem beigelegten frankierten Rückumschlag ohne Angabe Ihrer Absenderadresse) **bis spätestens XX.XX.2022** an untenstehende Kontaktdaten.

**Bitte beachten Sie:** Der Fragebogen richtet sich an die **pflegebedürftige Person** selbst oder eine Angehörige beziehungsweise einen Angehörigen. Die pflegebedürftige Person kann den Fragebogen alleine oder gemeinsam mit einer anderen Person ausfüllen beziehungsweise ihn komplett von einer anderen Person ausfüllen lassen.

**IGES Institut GmbH**  
**Friedrichstraße 180**  
**D-10117 Berlin**

**Fax: 030 230 809 11**  
**E-Mail: [pflegebefragung@iges.com](mailto:pflegebefragung@iges.com)**

Bei Fragen können Sie unser Projektteam telefonisch erreichen unter:

**030 230 809 459**

[Mo-Fr 9 bis 14 Uhr]

**Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!**

Dr. Elisabeth Hahnel vom IGES Institut

[Projektleitung]

| Allgemeine Angaben |  |
|--------------------|--|
| <b>A1</b>          | <p><b>Welcher Altersgruppe ist die pflegebedürftige Person zuzuordnen?</b></p> <p> <input type="checkbox"/> 0 - 17 Jahre                      <input type="checkbox"/> 18 - 64 Jahre                      <input type="checkbox"/> 65 – 74 Jahre<br/> <input type="checkbox"/> 75 – 84 Jahre                      <input type="checkbox"/> 85 – 89 Jahre                      <input type="checkbox"/> 90 Jahre und älter<br/> <input type="checkbox"/> keine Angabe                 </p>  |
| <b>A2</b>          | <p><b>Welchen Pflegegrad hat die pflegebedürftige Person?</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1              <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2              <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3              <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4<br/> <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5              <input type="checkbox"/> (noch) keinen              <input type="checkbox"/> keine Angabe                 </p>  |
| <b>A3</b>          | <p><b>In welchem Postleitzahlenbereich wohnen Sie?</b></p> <p>Bitte tragen Sie Ihre Postleitzahl ein:  _ _ _ _ _ _ _ _  (zum Beispiel <u>17101316171</u>)</p>  |
| <b>A4</b>          | <p><b>Wie wird die pflegebedürftige Person versorgt?</b></p> <p> <input type="checkbox"/> durch einen ambulanten Pflegedienst (ggf. in Zusammenarbeit mit Angehörigen)<br/> <input type="checkbox"/> allein durch pflegende Angehörige (zum Beispiel Angehörige/Freunde/Nachbarn)<br/> <input type="checkbox"/> in einem Pflegeheim, seit  _ _ _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _  (Monat/Jahr)                 </p> <p><i>Hinweis: Wenn die pflegebedürftige Person bereits seit 12 Monaten im Pflegeheim versorgt wird, ist diese Befragung für Sie nicht relevant und Sie können das Ausfüllen des Fragebogens an dieser Stelle abbrechen. Ein Absenden des Fragebogens ist <u>nicht erforderlich</u>.</i></p> |

### Nutzung der Kurzzeitpflege

Pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 2 bis 5, die zu Hause versorgt werden, haben Anspruch auf Kurzzeitpflege. Kurzzeitpflege ist eine zeitlich begrenzte Versorgung in einem Pflegeheim, wenn die häusliche Pflege vorübergehend nicht erfolgen kann.

**B0 Haben Sie in den letzten 12 Monaten Kurzzeitpflege in Anspruch genommen oder einen Kurzzeitpflegeplatz gesucht?**

- ja, ich/wir haben einen Kurzzeitpflegeplatz gesucht
- ja, ich habe Kurzzeitpflege in Anspruch genommen
- nein → bitte fortfahren bei Frage E1 auf Seite 5

**B1 Aus welchem Anlass wurde Kurzzeitpflege benötigt?**

*Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Antworten an.*

- Urlaub der Pflegeperson (Angehörige/Freunde/Nachbarn)
- plötzlicher Ausfall der Pflegeperson (zum Beispiel aufgrund von Krankheit)
- akute gesundheitliche Verschlechterung der pflegebedürftigen Person
- Probewohnen beziehungsweise Kennenlernen eines Pflegeheims
- im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung der pflegebedürftigen Person
- ein anderer Grund, und zwar:  
\_\_\_\_\_

**B2 Welche besonderen pflegerischen Bedarfe bestanden bei der pflegebedürftigen Person zum Zeitpunkt der Kurzzeitpflege beziehungsweise der Platzsuche?**

*Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Antworten an.*

- geistige Beeinträchtigung, zum Beispiel Demenz
- psychische Beeinträchtigung
- schwere Pflegebedürftigkeit (mindestens dreimal am Tag zu unterschiedlichen Zeiten Hilfe bei der Ernährung, Mobilität oder Körperpflege)
- eine Infektion, zum Beispiel Harnwegs- oder Atemwegsinfektion, MRSA, Covid-19
- bestehende Wunden, zum Beispiel aufgrund einer Operation, Dekubitus (Druckgeschwür, sogenanntes „Wundliegen“)

Fortsetzung auf der nächsten Seite.

- vorübergehende starke Mobilitätseinschränkungen (zum Beispiel nach Krankenhausaufenthalt beziehungsweise nach einer Operation)
- allgemeiner Pflegebedarf, keine besonderen Versorgungsbedarfe
- andere, und zwar:

\_\_\_\_\_

**B3 Haben Sie selbst oder ihre Angehörigen den Kurzzeitpflegeplatz gesucht?**

- ja
- nein → bitte fortfahren bei Frage B7 auf Seite 4

**B4 Bitte vervollständigen Sie folgende Aussage:**

„Einen Kurzzeitpflegeplatz zu suchen beziehungsweise zu organisieren war ...“

- |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| sehr einfach             | einfach                  | teils/teils              | eher<br>schwierig        | sehr<br>schwierig        | Keine Angabe             |
| <input type="checkbox"/> |

**B5 Wenn Sie die Suche nach einem Kurzzeitpflegeplatz eher schwierig beziehungsweise sehr schwierig fanden, was waren die Gründe dafür?**

→ falls dies für Sie nicht zutrifft bitte mit der nächsten Frage (B6) fortfahren

Bitte nennen Sie die Gründe stichpunktartig: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**B6 Was könnte bei der Suche nach einem Kurzzeitpflegeplatz verbessert werden?**

*Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Antworten an.*

- es muss nichts verbessert werden
- mehr Information, dass es das Angebot einer Kurzzeitpflege gibt
- mehr Informationen, welche Pflegeeinrichtungen Kurzzeitpflege anbieten
- mehr Informationen, welche Einrichtungen freie Plätze haben
- leichter verständliche Informationen, welche Kosten durch Kassen oder andere Kostenträger übernommen werden
- mehr Unterstützung bei der Suche nach einem Platz durch zum Beispiel Beratungsstellen oder Kassen

Fortsetzung auf der nächsten Seite.

|   |   |                               |                          |                                    |                          |                                    |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|---|-------------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   | <input type="checkbox"/> etwas Anderes sollte verbessert werden, und zwar:<br>_____   |                               |                          |                                    |                          |                                    |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>B7</b>   | <b>Konnte die Kurzzeitpflege realisiert werden?</b><br><br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein → <u>bitte fortfahren bei Frage E2 auf Seite 5</u>   |                               |                          |                                    |                          |                                    |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>B8</b>   | <b>Wie lange war die pflegebedürftige Person insgesamt in der Kurzzeitpflege?</b><br><br>Die Dauer betrug:  _ _ _ _  Tage (zum Beispiel  1 6 _ _  Tage)   |                               |                          |                                    |                          |                                    |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>B9</b>   | <b>Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der Kurzzeitpflege?</b><br><br><table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 15%;">voll und<br/>ganz<br/>zufrieden</td> <td style="text-align: center; width: 15%;">eher<br/>zufrieden</td> <td style="text-align: center; width: 15%;">teils/teils</td> <td style="text-align: center; width: 15%;">eher nicht<br/>zufrieden</td> <td style="text-align: center; width: 15%;">ganz und gar<br/>nicht<br/>zufrieden</td> <td style="text-align: center; width: 15%; border-left: 1px dashed black;">Keine Angabe</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | voll und<br>ganz<br>zufrieden | eher<br>zufrieden        | teils/teils                        | eher nicht<br>zufrieden  | ganz und gar<br>nicht<br>zufrieden | Keine Angabe | <input type="checkbox"/> |
| voll und<br>ganz<br>zufrieden                                 | eher<br>zufrieden   | teils/teils                   | eher nicht<br>zufrieden  | ganz und gar<br>nicht<br>zufrieden | Keine Angabe             |                                    |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>                                      | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |                                    |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>B10</b>  | <b>Wenn Sie mit der Kurzzeitpflege <u>nicht zufrieden</u> waren, was waren die Gründe?</b><br>Bitte nennen Sie die Gründe stichpunktartig: _____<br><br>_____   |                               |                          |                                    |                          |                                    |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>Pflegerische Versorgung <u>nach</u> der Kurzzeitpflege</b> |   |                               |                          |                                    |                          |                                    |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>C1</b>   | <b>Welche pflegerische Versorgung erfolgte nach der Kurzzeitpflege?</b><br><br><input type="checkbox"/> zurück <u>in die vorherige</u> Versorgung<br><br><input type="checkbox"/> eine <u>andere Versorgung</u> war notwendig, und zwar:<br><input type="checkbox"/> eine andere ambulante Versorgung (zum Beispiel Pflege-Wohngemeinschaft,<br>betreutes Wohnen etc.)<br><input type="checkbox"/> ein Pflegeheim<br><input type="checkbox"/> eine Rehabilitationseinrichtung<br><input type="checkbox"/> eine andere Kurzzeitpflege<br><input type="checkbox"/> (Rück-)Verlegung in ein Krankenhaus<br><input type="checkbox"/> anderes, und zwar:<br>_____  |                               |                          |                                    |                          |                                    |              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |

| Gründe bisher keine Kurzzeitpflege in Anspruch genommen zu haben |   |
|--|---|
| <b>E1</b>  | <p>Sie haben angegeben bisher <u>keine</u> Kurzzeitpflege in Anspruch genommen zu haben. Was war der Grund?</p> <p><input type="checkbox"/> es gab keinen Bedarf</p> <p><input type="checkbox"/> ich/wir hatten bisher keine Kenntnis über das Angebot</p> <p><input type="checkbox"/> andere Gründe, und zwar:</p> <p>_____</p>  |
| <b>E2</b>  | <p>Sie haben angegeben einen Kurzzeitpflegeplatz <u>gesucht, aber nicht genutzt</u> zu haben. Was war der Grund?</p> <p><input type="checkbox"/> ich/wir haben keinen Kurzzeitpflegeplatz gefunden</p> <p><input type="checkbox"/> der Zeitraum des angebotenen Kurzzeitpflegeplatzes passte nicht</p> <p><input type="checkbox"/> ein Kurzzeitpflegeplatz in dem gewünschten Pflegeheim war nicht frei</p> <p><input type="checkbox"/> ich/wir brauchten den Kurzzeitpflegeplatz zwischenzeitlich nicht mehr</p> <p><input type="checkbox"/> die pflegebedürftige Person wollte das Angebot nicht wahrnehmen</p> <p><input type="checkbox"/> andere Gründe, und zwar:</p> <p>_____</p> |
| Abschluss  |   |
| <b>G1</b>  | <p>Gibt es noch etwas, das Sie uns zum Thema Kurzzeitpflege mitteilen möchten?</p> <p>bitte hier eintragen:</p>   |

Vielen herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Bitte senden Sie nun den Fragebogen an uns zurück.

## A6 Übersicht der Kreispflegeplanungen in den 44 Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg

Tabelle 25: Übersicht der Kreispflegeplanungen in den 44 Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg

| Stadt-/Landkreis    | Kreispflegeplan   | Jahr Veröffentlichung | Prognose bis ... | Anmerkung   |
|---------------------|---|-----------------------|------------------|---|
| Stuttgart, Sk       | Kreispflegeplanung 2030 – Fortschreibung (GRDRs 109/2019)   | 2019                  | 2030             | regelmäßige Fortschreibung, letzte „Kreispflegeplanung 2025 – Fortschreibung“ vorhanden in GRDRs 630/2016 |
| Böblingen, Lk       | Kreispflegeplan Landkreis Böblingen - Fortschreibung 2025   | 2018                  | 2025             | Fortschreibung der Prognosen bis 2035 ist in Planung  |
| Esslingen, Lk       | Altenhilfeplanung 2020 bis 2030<br>Landkreis Esslingen: Integrierte Sozialplanung Lebenswelten älterer Menschen | 2020                  | 2030             | (-)   |
| Göppingen, Lk       | Seniorenplan für den Landkreis Göppingen - Neuauflage 2018  | 2017                  | 2030             | (-)   |
| Ludwigsburg, Lk     | Kreispflegeplan Teil Dauerpflege und Kurzzeitpflege   | 2018                  | 2030             | (-)   |
| Rems-Murr-Kreis, Lk | Kreispflegeplanung 2022. Sozialplanung für Senioren. Drei D: Demografie. Digitalisierung. Demenz.               | 2022                  | 2035             | (-)   |
| Heilbronn, Sk       | Fortschreibung der Pflegeplanung Teil 1 und 2   | 2017                  | (-)              | Ankündigung mit der Fortschreibung der Pflegeplanung 2020 als Drucksache vorhanden                        |
| Heilbronn, Lk       | Kreispflegeplan Handlungskonzept 2025   | 2019                  | 2025             | (-)   |

| Stadt-/Landkreis      | Kreispflegeplan   | Jahr Veröffentlichung | Prognose bis ... | Anmerkung   |
|-----------------------|---|-----------------------|------------------|---|
| Hohenlohekreis, Lk    | (-)   | (-)                   | (-)              | (-)   |
| Schwäbisch Hall, Lk   | Seniorenplan für den Landkreis Schwäbisch Hall  | 2020                  | 2030             | (-)   |
| Main-Tauber-Kreis, Lk | Pflegeplan Main-Tauber-Kreis 2014-2020  | 2014                  | 2020             | neue Kreissenorenplanung in Arbeit  |
| Heidenheim, Lk        | Fortschreibung der Kreispflegeplanung im Landkreis Heidenheim 2018                          | 2018                  | 2030             | in der Fortschreibung des Kreissenorenplans 2020 ist der aktuelle Bestand an Angeboten aufgeführt |
| Ostalbkreis, Lk       | Seniorenpolitisches Gesamtkonzept   | 2017                  | 2020             | Fortschreibung der Prognosen bis 2030 ist in Arbeit   |
| Baden-Baden, Sk       | Stadtseniorenplan Baden-Baden   | 2017                  | 2030             | (-)   |
| Karlsruhe, Sk         | (-)   | (-)                   | (-)              | (-)   |
| Karlsruhe, Lk         | Kreispflegeplan 2025 - Sozialplanung für ältere Menschen im Landkreis Karlsruhe             | 2019                  | 2025             | (-)   |
| Rastatt, Lk           | Kreispflegeplanung - Fortschreibung 2019 (Bedarfwerte für Pflegeangebote bis zum Jahr 2025) | 2019                  | 2025             | (-)   |
| Heidelberg, Sk        | (-)   | (-)                   | (-)              | Pflegebedarfsplanung für Heidelberg mit Fokus 2030 und Ausblick 2035 in Arbeit                    |
| Mannheim, Sk          | Bericht zur Lebenslage älterer Menschen in Mannheim 2015                                    | 2015                  | 2020             | (-)   |

| Stadt-/Landkreis             | Kreispflegeplan  | Jahr Veröffentlichung | Prognose bis ... | Anmerkung   |
|------------------------------|--|-----------------------|------------------|---|
| Neckar-Odenwald-Kreis, Lk    | Seniorenbericht für den Neckar-Odenwald-Kreis - Fortschreibung Stand Juni 2018 | 2018                  | 2030             | (-)   |
| Rhein-Neckar-Kreis, Lk       | Kreissenorenplanung 2017-2027  | 2021                  | 2027             | (-)   |
| Pforzheim, Sk                | Altenhilfeplanung 2027   | 2018                  | 2027             | Seniorenplan wird aktuell durch die Stadt und den KVJS erstellt, es gibt bereits einen Plan (bis 2018), aber dieser ist online nicht verfügbar  |
| Calw, Lk                     | Kreispflegeplan 2019   | 2019                  | 2025             | (-)   |
| Enzkreis, Lk                 | Altenhilfe 2020 - Fortschreibung des Kreispflegeplans                          | 2015                  | 2020             | (-)   |
| Freudenstadt, Lk             | (-)  | (-)                   | (-)              | (-)   |
| Freiburg im Breisgau, Sk     | Sozialplanung für Ältere inklusive Fortsetzung stationäre Pflegeheimplanung    | 2021                  | 2030             | (-)   |
| Breisgau-Hochschwarzwald, Lk | Kreissenorenplan 2015  | 2011                  | 2015             | Fortschreibung der Bedarfseckwerte zu stationären und teilstationären Pflegeplätzen bis 2020 kann bei der Fachstelle für Alten- und Behindertenhilfe angefragt werden. Aktuell erfolgt eine Fortschreibung bis 2030 |
| Emmendingen, Lk              | Teilhabeplanung LK Emmendingen 2015-2030: Kreissenorenbericht                  | 2015                  | 2030             | (-)   |

| Stadt-/Landkreis           | Kreispflegeplan  | Jahr Veröffentlichung | Prognose bis ... | Anmerkung   |
|----------------------------|--|-----------------------|------------------|---|
| Ortenaukreis, Lk           | (-)  | (-)                   | (-)              | Der Sozialbericht (2020) des Landkreises enthält Angaben zur Kurzzeitpflege.  |
| Rottweil, Lk               | Kreissenorenplan Landkreis Rottweil  | 2015                  | 2020             | (-)   |
| Schwarzwald-Baar-Kreis, Lk | SOZIALPLANUNG - Lebensqualität im Alter im Schwarzwald-Baar-Kreis Teil 2: Pflege | 2014                  | 2025             | (-)   |
| Tuttlingen, Lk             | Seniorenpolitisches Rahmenkonzept  | 2017                  | 2030             | (-)   |
| Konstanz, Lk               | Seniorenplan für den Landkreis Konstanz  | 2013                  | 2020             | Oktober 2020 Beschluss des Landrates zur Fortschreibung des Kreissenorenplans (Fertigstellung voraussichtlich Ende 2023)  |
| Lörrach, Lk                | Teilhabeplan IV Senioren   | 2017                  | 2030             | (-)   |
| Waldshut, Lk               | (-)  | (-)                   | (-)              | (-)   |
| Reutlingen, Lk             | (-)  | (-)                   | (-)              | Der Bericht der Stadt Reutlingen über die Unterstützung und Stabilisierung häuslicher Pflegesituationen durch die solitäre Kurzzeitpflege der Reutlinger AltenhilfegGmbH im Haus Georgenberg in Kooperation mit der Abteilung für Ältere des Sozialamtes der Stadt Reutlingen (Drucksache 19/031/01) enthält Aussagen zur Kurzzeitpflege. |

| Stadt-/Landkreis    | Kreispflegeplan  | Jahr Veröffentlichung | Prognose bis ... | Anmerkung   |
|---------------------|--|-----------------------|------------------|---|
| Tübingen, Lk        | Kreisplan für Senior*innen - Fortschreibung 2020   | 2020                  | 2030             | (-)   |
| Zollernalbkreis, Lk | Kreispflegeplan 2020 - 2025  | 2020                  | 2025             | (-)   |
| Ulm, Sk             | Seniorenbericht 2018 - Älter werden in Ulm   | 2018                  | 2030             | (-)   |
| Alb-Donau-Kreis, Lk | Stationäre Pflege im Alb-Donau-Kreis   | 2019                  | 2025             | (-)   |
| Biberach, Lk        | Pflegebedarfsplanung für den Landkreis Biberach 2021   | 2021                  | 2030             | (-)   |
| Bodenseekreis, Lk   | Seniorenplanung 2021. Vorausrechnung von Orientierungswerten für Pflegeleistungen bis zum Jahr 2030. | 2021                  | 2030             | (-)   |
| Ravensburg, Lk      | Seniorenpolitisches Konzept  | 2017                  | 2025             | (-)   |
| Sigmaringen, Lk     | (-)  | (-)                   | (-)              | keine Kreispflegeplanung zugänglich, Abfragen zu den Bedarfseckwerten bis 2025 sind beim Landkreis möglich. Seniorenplanung ist aktuell in Arbeit |

Quelle: IGES, eigene Darstellung

## A7 Übersicht der Modellprojekte in der Kurzzeitpflege beziehungsweise Ansätze zur Entlastung der Kurzzeitpflege

Hinweis: Die folgenden Tabellen stellen beispielhaft eine Auswahl an Modellprojekten dar. Es besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

### A7.1 Projekte beziehungsweise Ansätze der poststationären Versorgung

Tabelle 26: Projekte beziehungsweise Ansätze der poststationären Versorgung

| poststationäre Versorgung        |  |
|----------------------------------|--|
| <b>Name</b>                      | <b>UNSERE BRÜCKE Bereich Biberach e. V.</b>  |
| Beschreibung                     | Betreuung von Patientinnen und Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt (Operation, schwere Erkrankung) zum Erhalt der häuslichen Selbständigkeit. Pflegekräfte der UNSERE BRÜCKE e. V. stehen im engen Kontakt zur betreuenden Hausärztin/ zum betreuenden Hausarzt, arbeiten mit ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zusammen und vermitteln soziale Dienstleister zur hauswirtschaftlichen Versorgung beziehungsweise langfristigen Betreuung. |
| Finanzierung                     | Modellerprobung: Förderung durch das Land Baden-Württemberg (Sozialministerium)<br>→ Nach der Erprobung weitergeführt, finanziert über Spenden   |
| Zusätzliche Informationen/Quelle | <ul style="list-style-type: none"> <li>Landkreis Biberach, Baden-Württemberg</li> <li><a href="#">Unsere Brücke</a> (Website)</li> <li>Laufzeit: 2014 – 2017</li> </ul>  |
| <b>Name</b>                      | <b>Begleitete Entlassung (BegE)</b>  |
| Beschreibung                     | Beratung der Angehörigen während des Klinikaufenthalts mit Mikroschulungen, in denen die Angehörigen praktische Anleitung zu Pflege Themen erhalten. Etwa 48 Stunden nach der Entlassung wird ein Nachsorgetelefonat durchgeführt. Bei Bedarf kann darüber hinaus in den ersten 10 Tagen ein Hausbesuch durchgeführt werden.   |
| Finanzierung                     | Modellerprobung: Förderung durch das Land Baden-Württemberg (Sozialministerium)<br>→ Das Projekt hat eine Anschlussförderung im Jahr 2017 aus dem Innovationsprogramm Pflege erhalten  |

| poststationäre Versorgung |  |
|---------------------------|--|
| Zusätzliche Informationen | <ul style="list-style-type: none"> <li>Landkreis Tübingen, Baden-Württemberg</li> <li><a href="#">BegE</a> (Website)</li> <li>Laufzeit: 2015 – 2019</li> <li>Stolz R, Stopper K, Schmedding E, Riedel A (2018): Begleitete Entlassung (BegE) – Brücke zwischen Krankenhaus und häuslicher Pflege. Projektbericht. Tübingen.</li> </ul>   |
| <b>Name</b>               | <b>KuBe – Begleitung nach dem Krankenhaus – kultursensibel, mehrsprachig, ehrenamtlich</b>   |
| Beschreibung              | Pflegebedürftige Patientinnen beziehungsweise Patienten und deren Angehörige mit Migrationshintergrund, die einen poststationären Begleitungs- und Unterstützungsbedarf haben, werden bis zu vier Wochen nach dem Krankenhausaufenthalt im sozialen Kontakt und bei der Organisation der notwendigen pflegerischen Versorgung durch ehrenamtliche Patientenlotsinnen und Patientenlotsen mit demselben Migrationshintergrund unterstützt.                    |
| Finanzierung              | Modellerprobung: Förderung durch das Land Baden-Württemberg (Sozialministerium) und aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung   |
| Zusätzliche Informationen | <ul style="list-style-type: none"> <li>Stuttgart, Baden-Württemberg</li> <li><a href="#">KuBe</a> (Website)</li> <li>Laufzeit: 01.05.2019 – 30.04.2022</li> <li>Wissenschaftlich begleitet (Bericht ausstehend)</li> </ul>   |
| <b>Name</b>               | <b>„Vom Heim nach Hause“</b>   |
| Beschreibung              | Im Projekt wurde ein Unterstützungsangebot für Kurzzeitpflegegäste nach Krankenhausaufenthalt erprobt. Personen mit entsprechendem Bedarfen wurden individuell beraten und bei der Etablierung von Hilfen unterstützt. Falls erforderlich, konnte die Unterstützung in der häuslichen Umgebung fortgesetzt werden. Für diese Tätigkeit wurde eine Fachkraft mit Doppelqualifikation in Krankenpflege und Sozialarbeit mit 75%igem Stellenanteil eingestellt. |
| Finanzierung              | Modellerprobung: Förderung durch das Land Baden-Württemberg (Sozialministerium)<br>→ Keine Informationen zur Weiterführung   |
| Zusätzliche Informationen | <ul style="list-style-type: none"> <li>Heidelberg, Baden-Württemberg</li> <li>Laufzeit: 01.04.2013 – 31.03.2015</li> <li>Bär M, Schönemann-Gieck P, Süs E (2015): Vom Heim nach Hause. Abschlussbericht eines Modellprojektes zur Beratung von Kurzzeitpflegegästen nach Krankenhausaufenthalt. Abschlussbericht. Mai 2015. Heidelberg.</li> </ul>   |

| poststationäre Versorgung        |  |
|----------------------------------|--|
| <b>Name</b>                      | <b>Pflegehotel Willingen</b>   |
| Beschreibung                     | Das Pflegehotel Willingen hat zum Ziel unter anderem, pflegebedürftige Menschen soweit nach dem Krankenhausaufenthalt zu stabilisieren, dass ein Heimaufenthalt verhindert wird und die Betroffenen möglichst lange in ihrer gewohnten Umgebung bleiben können. Das Pflegehotel bietet zusätzlich zu den sonst üblichen Leistungen einer Kurzzeitpflege auch Rehabilitationsleistungen an. |
| Finanzierung                     | Modellerprobung: Förderung von der AOK Hessen<br>→ Das Pflegehotel Willingen hat einen Versorgungsvertrag mit den Kassen   |
| Zusätzliche Informationen        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Willingen, Hessen</li> <li>• 2008 (fortlaufend Evaluiert)</li> <li>• Rebbe-Meyer, W: Erfolgreich und notwendig. Das Pflegehotel in Willingen setzt auf eine rehabilitativ orientierte Kurzzeitpflege, in: <i>Altenheim 2</i> (2021), S. 16- 20</li> </ul>   |
| <b>Name</b>                      | <b>Modellprojekt "Ambulante Übergangspflege"</b>   |
| Beschreibung                     | Im Rahmen des Projekts wurde eine Wohngruppe zur befristeten Versorgung von erkrankten Menschen ab dem 60. Lebensjahr nach Krankenhausaufenthalt aufgebaut. Ziel ist es, diesen Personenkreis durch die Übergangspflege zu stabilisieren und auf ein Leben zu Hause vorzubereiten.   |
| Finanzierung                     | Modellerprobung: Das Projekt wurde vom Sozialministerium Baden-Württemberg im Rahmen des Innovationsprogramms 2016 gefördert.  |
| Zusätzliche Informationen/Quelle | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Freiburg, Baden-Württemberg</li> <li>• <a href="#">Kurzbericht</a></li> <li>• Laufzeit: 2016 – 2019</li> <li>• Heiliggeistspitalstiftung zusammen mit aku GmbH (<a href="#">Begleitendes Institut</a>)</li> </ul>   |

Quelle: IGES

## A7.2 Projekt zur Kurzzeitpflege im Krankenhaus

Tabelle 27: Projekt zur Kurzzeitpflege im Krankenhaus

| Kurzzeitpflege im Krankenhaus    |   |
|----------------------------------|---|
| Name                             | Kurzzeitpflege im Krankenhaus   |
| Beschreibung                     | Das Evangelische Krankenhaus Mülheim macht als eines der ersten Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen von der Möglichkeit Gebrauch, pflegerische Leistungen im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung anzubieten und gegenüber den Pflegekassen abzurechnen. Für die Dauer von maximal acht Wochen können Pflegebedürftige im Krankenhaus betreut werden. Bereits im Jahr 2019 hatte sich die Landesregierung mit den Pflegekassen und der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) darauf geeinigt, das Modellprojekt ins Leben zu rufen. Nordrhein-Westfalen ist damit das erste Bundesland, in dem Krankenhäuser freie Ressourcen für die Kurzzeitpflege nutzen können. Wenn ein Krankenhaus Kurzzeitpflegeplätze anbieten möchte, muss ein individueller Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen geschlossen werden. |
| Finanzierung                     | Modellerprobung: individueller Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen (circa 80 interessierte Krankenhäuser)<br>→ Laufende Finanzierung über individuellen Versorgungsvertrag  |
| Zusätzliche Informationen/Quelle | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nordrhein-Westfalen</li> <li>• <a href="#">Pressemitteilung</a> (Website)</li> <li>• Laufzeit: 2020 – laufend</li> <li>• §39e SGB V Übergangspflege im Krankenhaus: „Können im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Elften Buch nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden, erbringt die Krankenkasse Leistungen der Übergangspflege in dem Krankenhaus, in dem die Behandlung erfolgt ist. [...] Ein Anspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus besteht für längstens zehn Tage je Krankenhausbehandlung.“</li> </ul>   |

Quelle: IGES

### A7.3 Projekte und Ansätze der rehabilitativen Kurzzeitpflege beziehungsweise Angliederung an Rehabilitationsmaßnahmen

Tabelle 28: Projekte und Ansätze der rehabilitativen Kurzzeitpflege beziehungsweise Angliederung an Rehabilitationsmaßnahmen

| Rehabilitative Kurzzeitpflege beziehungsweise Angliederung an Rehabilitationsmaßnahmen |  |
|--|--|
| Name   | <b>REKUP – Rehabilitative Kurzzeitpflege im stationären Umfeld</b>   |
| Beschreibung   | Die rehabilitative Kurzzeitpflege ist ein trägerübergreifendes Angebot der Kranken- und Pflegeversicherung, wobei Leistungsinhalte der stationären Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI, § 39c SGB V) um rehabilitative Maßnahmen ergänzt und im Setting der Rehabilitation erbracht werden, d.h. die in Rehaeinrichtungen bereits vorhandenen multiprofessionellen Kompetenzen (ärztlich, pflegerisch, therapeutisch) sowie die dortige Infrastruktur ermöglichen es, dass pflegerische und therapeutische Leistungen als Gesamtmaßnahme aus einer Hand erbracht werden können.  |
| Finanzierung   | Innovationsfond gefördertes Projekt (circa 5 Millionen Euro)<br>→ Keine Informationen zur anschließenden Finanzierung vorhanden  |
| Zusätzliche Informationen/Quelle   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modellregionen Heidelberg (AGAPLESION Bethanien Krankenhaus), Karlsruhe (CTS St. Rochus Klinik Bad Schönborn), Ulm (Federseeklinik) und Donaueschingen (Klinik Sonnhalde), Baden-Württemberg</li> <li>• <a href="#">REKUP AOK Baden-Württemberg</a> (Website)</li> <li>• Laufzeit: 2019 – laufend</li> <li>• Grund S, Keilhauer A, Trumpheller A, Specht-Leible N, Bauer J (o.J.): REKUP-Rehabilitative Kurzzeitpflege im stationärem Umfeld. AGAPLESION Bethanien Krankenhaus Heidelberg &amp; Geriatisches Zentrum Universität Heidelberg. Präsentation.</li> </ul> |

Quelle: IGES

## A7.4 Modellprojekte zur Pflege auf Zeit/planbare Auszeiten

Tabelle 29: Modellprojekte zur Pflege auf Zeit/planbare Auszeiten

| Verhinderungspflege/planbare Auszeiten |   |
|--|---|
| Name                                   | Pflege auf Zeit/Kurzzeitpflege im ambulanten Setting  |
| Beschreibung                           | Ziel des Modellprojektes lag auf der Gestaltung eines ambulanten Hilfesystems, das die zeitlich begrenzte Versorgung von Pflegebedürftigen sowie die Bedürfnisse der Entlastung der Pflegenden berücksichtigt. Zur Entwicklung und Umsetzung der Projektidee sowie zur Vernetzung der unterschiedlichen Akteure wurde eine Fachstelle „Pflege auf Zeit/Kurzzeitpflege im ambulanten Setting“ eingerichtet. Aufgabe der Fachstelle ist Einzelfallberatung und Begleitung (unter anderem Übernahme der Gesamtkoordination, Entwicklung von bedarfsorientierten, individuellen ambulanten Versorgungsmodellen) sowie Netzwerkentwicklung (unter anderem Aufbau eines Netzwerks Pflege auf Zeit) und Initiierung neuer Angebote im Bereich bürgerschaftliches Engagement (unter anderem Akquise, Schulung und Begleitung von ehrenamtlichen). |
| Finanzierung                           | Modellerprobung: Im Rahmen des Innovationsprogramms Pflege 2019 des Landes Baden-Württemberg (Sozialministerium) gefördert<br>→ Wurde ins Regelangebot überführt  |
| Zusätzliche Informationen/Quelle       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Landkreis Ludwigsburg, Baden-Württemberg</li> <li>Laufzeit: 2019 – 2021</li> <li>Landratsamt Ludwigsburg (2018): Konzeption: Pflege auf Zeit/Kurzzeitpflege im ambulanten Setting“. Ludwigsburg &amp; Geriatisches Zentrum Universität Heidelberg. Präsentation.</li> </ul>  |
| Name                                   | PflegeFrei  |
| Beschreibung                           | Die Entwicklung und Umsetzung von bedarfsorientierten, individuellen Vertretungs-Netzwerken wird durch Beratung und Begleitung ermöglicht. Das Projekt bietet ein breites Angebot an Beteiligungsmöglichkeiten und die Möglichkeit zum Austausch. Eine Beratung findet zum einen für Angehörige und Betroffene statt, zum anderen schafft die zentrale Anlaufstelle ein Angebot mit Beteiligungsmöglichkeiten für Ehrenamtliche oder sonstig Interessierte.   |
| Finanzierung                           | Modellerprobung: Im Rahmen des Innovationsprogramms Pflege 2019 des Landes Baden-Württemberg (Sozialministerium) gefördert  |

| Verhinderungspflege/planbare Auszeiten |   |
|--|---|
|  | → Keine Informationen zur anschließenden Finanzierung vorhanden   |
| Zusätzliche Informationen/Quelle       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Landkreis Ludwigsburg, Baden-Württemberg</li> <li><a href="#">PflegeFrei</a> (Website)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Laufzeit: 2019 – 2021</li> </ul>  |
| Name                                   | Projekt Zeitinsel   |
| Beschreibung                           | Bürgerschaftliches Engagement durch derzeit sechs „Zeitinsel-Frauen“, welche Angehörige in der Pflege und Betreuung von älteren Menschen vertreten, um eine „Auszeit“ zu ermöglichen. Organisiert und begleitet wird die Durchführung durch die Abteilung Altenhilfe der Stadt Konstanz und dem Betreuungsverein des Sozialdienstes katholischer Frauen. Dabei wird die Begleitung und Sicherstellung der Versorgung in Abwesenheit der Angehörigen fokussiert, nicht jedoch die Grundpflege oder hauswirtschaftliche Angebote. Die „Zeitinsel-Frauen“ stellen ein Gästezimmer in ihrer eigenen Wohnung beziehungsweise im eigenen Haus zur Verfügung oder wohnen auf eine bestimmte Zeit bei den Pflegebedürftigen zu Hause. |
| Finanzierung                           | n. z. bei Inanspruchnahme bestehen unterschiedliche Tagessätze für die Pflegebedürftigen. Bei Vorliegen eines Pflegegrades kann im Rahmen der Pflegeversicherung Verhinderungspflege in Anspruch genommen werden.   |
| Zusätzliche Informationen/Quelle       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Landkreis Konstanz, Baden-Württemberg</li> <li><a href="#">Zeitinsel - Sozialdienst katholischer Frauen e.V. Konstanz (skf-konstanz.de)</a> (Website)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Laufzeit: n. z. (circa 2014 initiiert unter dem Namen „UrlaubsGastfamilien-Projekt“)</li> </ul>  |
| Name                                   | Bedarfsgerechte Kurzzeit- und Übergangspflege sowie quartiersbezogene Verhinderungspflege in Gasthaushalten   |
| Beschreibung                           | Im ersten Schritt des Modellvorhabens wurden mithilfe einer quantitativen und qualitativen Bedarfsanalyse für den gesamten Landkreis bedarfsgerechte Konzepte und Angebote der Kurzzeit- und Übergangspflege entwickelt. In der Folge dessen wird das Konzept der quartiersbezogenen Verhinderungspflege in Gasthaushalten erprobt. Dieses sieht vor, dass zuhause betreute pflegebedürftige Menschen bei Verhinderung ihrer Angehörigen (zum Beispiel wegen Urlaub, Krankheit) für einen bestimmten Zeitraum in einem Gasthaushalt betreut werden. Durch diesen Ansatz soll ein niedrighschwelliges und quartiersbezogenes Angebot zur Entlastung von pflegenden Angehörigen geschaffen werden.                              |
| Finanzierung                           | Modellerprobung: Im Rahmen des Innovationsprogramms Pflege 2018 des Landes Baden-Württemberg (Sozialministerium) gefördert  |

| Verhinderungspflege/planbare Auszeiten |   |
|--|---|
|  | <p>➔ Weiterführendes zweijähriges Modellprojekt „Verhinderungspflege in Gasthaushalten“ wird von Mitteln des Landes Baden-Württemberg (Sozialministerium) gefördert und startete mit einer Konzeptionierungsphase im September 2021</p> |
| Zusätzliche Informationen/Quelle       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Landkreis Ravensburg, Baden-Württemberg</li> <li>• <a href="#">Flyer</a></li> <li>• Laufzeit: 2018 – 2021</li> <li>• <a href="#">Begleitendes Institut</a> (aku GmbH)</li> </ul>               |

Quelle: IGES

## A7.5 Modellprojekte mit Case Management in der Kurzzeitpflege

Tabelle 30: Case Management in der Kurzzeitpflege

| Case Management in der Kurzzeitpflege |   |
|---------------------------------------|---|
|                                       | <b>Fallorientierte, multiprofessionelle poststationäre Kurzzeitpflege (Bad Sebastiansweiler)</b>  |
| Beschreibung                          | In Rahmen des Modellprojekts wird die Koordination der Versorgung in der solitären Kurzzeitpflegeeinrichtung mittels Case Management weiterentwickelt, welches unter anderem multiprofessionelle Fallbesprechungen (Pflege, Ärztlicher Dienst, Therapie und Sozialer Dienst) einführt. Zudem ist ein Arzt mit geriatrischer Fachrichtung in der Versorgung integriert und es werden fallspezifisch Therapeutinnen und Therapeuten der Professionen Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie eingesetzt. Die Versorgung ist an eine Rehabilitationseinrichtung angegliedert. Ziel dabei ist die Weiterentwicklung und Stärkung der solitären Kurzzeitpflege und die Verbesserung der Versorgungsqualität. Außerdem soll den Fragen nachgegangen werden, inwieweit die Zusatzkosten im Verhältnis zum Nutzen stehen und für die Implementierung in die Regelversorgung empfohlen werden können. |
| Finanzierung                          | Modellerprobung: Im Rahmen des Innovationsprogramms Pflege 2022 des Landes Baden-Württemberg gefördert<br>→ Laufendes Modellprojekt   |
| Zusätzliche Informationen/Quelle      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Landkreis Tübingen, Baden-Württemberg</li> <li>• Laufzeit: 30.06.2022- 30.06.2024</li> <li>• Wird begleitend evaluiert (IGES Institut GmbH)</li> </ul>   |
| <b>Name</b>                           | <b>Haus Veronika</b>  |
| Beschreibung                          | In dem Projekt wurde eine über ein steuerndes Case-Management die Kooperation und die Zusammenarbeit mit den Angehörigen und weiteren Akteuren gestärkt um eine rechtzeitigen Hilfeplan mit den Betroffenen auszuarbeiten. Daraus erfolgt dann die zielgerichtete Leistungs- und Angebotssteuerung im Anschluss an die Kurzzeitpflege.  |
| Finanzierung                          | Modellerprobung: Im Rahmen des Innovationsprogramms Pflege 2018 des Landes Baden-Württemberg gefördert und Finanzierung über Marienhospital Stuttgart (Vinzenz von Paul Kliniken gGmbH) und Haus Veronika (Vinzenz Pflege gGmbH)<br>→ Anschlussprojekt „Sektorenübergreifende Kurzzeitpflege mit integriertem Care- und Case-Management“. Im Rahmen des Innovationsprogramms Pflege 2022 des Landes Baden-Württemberg gefördert.  |

## Kurzzeitpflege

| Case Management in der Kurzzeitpflege |  |   |
|---------------------------------------|--|---|
| Zusätzliche Informationen/Quelle      | <ul style="list-style-type: none"><li>• Stuttgart, Baden-Württemberg</li><li>• <a href="#">Projektbericht</a> (Institut AGp)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Laufzeit: 2020 – 2021</li></ul> |

Quelle: IGES

## A7.5 Konzepte für spezifische Zielgruppen in der Kurzzeitpflege

Tabelle 31: Konzepte für spezifische Zielgruppen in der Kurzzeitpflege

| Konzepte für spezifische Zielgruppen in der Kurzzeitpflege |  |
|--|--|
| <b>Name</b>  | <b>DESKK- Demenzspezifisches Mobilitätsprogramm</b>  |
| Beschreibung   | DESKK besteht aus einem Mobilitätsprogramm für Menschen mit Demenz und einem Beratungsprogramm für pflegende Angehörige in Kurzzeitpflegeeinrichtungen. Das DESKK Mobilitätsprogramm ist modular aufgebaut und wird für ein Monitoring der Mobilität und zum Training der Mobilität von Gästen mit Demenz genutzt. Die Module müssen nicht von Ergo- oder Physiotherapeutinnen und -therapeuten durchgeführt werden, sondern werden von Pflegefach- und Pflegehilfskräften geleitet. Die Angehörigen werden in der Kurzzeitpflege geschult und beraten, um die Übungen zuhause weiterzuführen (sogenannte Hausaufgaben).   |
| Finanzierung   | Modellerprobung: Im Rahmen der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW gefördert.<br>→ Etabliert als Einrichtungsschulung: Einrichtungen können DESKK anbieten, grundsätzlich müssen <a href="#">Implementierungskosten</a> eingeplant werden. Es wird mit dem Budget der Verhinderungspflege und dem Budget für die Kurzzeitpflege finanziert   |
| Zusätzliche Informationen/Quelle                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paderborn, NRW</li> <li>• <a href="#">Website</a></li> <li>• Laufzeit: 2016 – 2019                         <ul style="list-style-type: none"> <li>• Heinrich S, Cavazzini C, Holle B. (2019): DESKK Study - Development and testing of a dementia-specific respite care concept with a mobility and counselling programme: study protocol. BMJ Open 2019;9:e025932. doi:10.1136/bmjopen-2018-025932</li> </ul> </li> </ul>  |
| <b>Name</b>  | <b>Alternative Kurzzeitunterbringung für Kinder und Jugendliche mit Behinderung in Pflegefamilien</b>  |
| Beschreibung   | Jugendhilfe und familienentlastende Dienste sollen in einer koordinierenden Stelle zusammenarbeiten, um Wissen um die besonderen Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen mit Behinderung zu vereinen. Über die nächsten drei Jahre wird die Koordinierungsstelle, welche je zur Hälfte beim Jugendamt und bei den Lebenshilfen angesiedelt ist, die interdisziplinären, kooperativen Zusammenarbeit zwischen Jugendamt, Pflegekinderdienst und Lebenshilfen leiten. Ein weiteres Ziel ist es, ein Wohnangebot für Kinder und Jugendliche mit Behinderung zu etablieren, in dem sie für ein bis zwei Wochen betreut werden können, um die pflegenden Angehörigen (zumeist die Eltern) zu entlasten. |

| Konzepte für spezifische Zielgruppen in der Kurzzeitpflege |   |
|--|---|
| Finanzierung   | Modellerprobung: Im Rahmen des Innovationsprogramms Pflege 2022 des Landes Baden-Württemberg gefördert<br>→ Laufendes Modellprojekt   |
| Zusätzliche Informationen/Quelle                           | <ul style="list-style-type: none"><li>• Landkreis Böblingen, Baden-Württemberg</li><li>• <a href="#">Website</a></li><li>• Laufzeit: 2022 – laufend</li><li>• In Zusammenarbeit mit Lebenshilfen Böblingen e.V. und Leonberg e.V.</li></ul> |

Quelle: IGES

## 10. Literaturverzeichnis

- Aktionsbündnis Kurzzeitpflege. (2018). *Gemeinsame Erklärung „Aktionsbündnis Kurzzeitpflege“: Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg*.
- Aktionsbündnis Kurzzeitpflege. (2020). *Gemeinsame Erklärung 2.0 „Aktionsbündnis Kurzzeitpflege“: Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg*.
- Barker, P. (2021). Assessing the Removal of Regional Health Authorities in Ontario. *Canadian Public Policy*, 47(3), 410–420. <https://doi.org/10.3138/cpp.2020-105>
- Braeseke, G. & Deckenbach, B [B.]. (2017). *Praxistest in der Tages- und Kurzzeitpflege: Ergebnisse: Abschlussbericht im Auftrag der privaten und freigemeinnützigen Verbände*.
- Braeseke, G., Huster, S., Pflug, C., Rieckhoff, S., Ströttchen, J., Nolting, H.-D. & Meyer-Rötz, S. H. (2018). *Studie zum Versorgungsmanagement durch Patientenlotsen*. Berlin. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Praevention/Berichte/IGES\\_Versorgungsmanagement\\_durch\\_Patientenlotsen\\_042018.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/IGES_Versorgungsmanagement_durch_Patientenlotsen_042018.pdf)
- Braeseke, G., Nauen, K., Pflug, C., Meyer-Rötz, S. H. & Pisarek, P. (2017). *Wissenschaftliche Studie zum Stand und zu den Bedarfen der Kurzzeitpflege in NRW*. Berlin. [https://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e22175/e22735/e22740/e22742/attr\\_obj22744/IGES\\_Kurzzeitpflege\\_in\\_NRW\\_122017\\_ger.pdf](https://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e22175/e22735/e22740/e22742/attr_obj22744/IGES_Kurzzeitpflege_in_NRW_122017_ger.pdf)
- Braeseke, G., Pflug, C., Lingott, N., Rieckhoff, S., Zettl, A. & Prinz, F. (2019). *Kurzzeitpflege in Bayern*. Berlin.
- Bressau, E., Feicke, J. & Schmitt, G. (2021). *Handlungsempfehlungen zur sektorenübergreifenden gesundheitlichen Versorgung im Ortenaukreis [Abschlussbericht der Kommunalen Gesundheitskonferenz]*. <https://www.ortenaukreis.de/Landkreis-Verwaltung/Gesundheit-Sicherheit-/Kommunale-Gesundheitskonferenz-/AG-Sicherstellung-der-ambulanten-gesundheitlichen-Versorgung-im-Ortenaukreis/>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend & Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2020). *Nationale Demenzstrategie*. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2020). *Pflegeleistungen zum Nachschlagen*.
- Deckenbach, B [Bernd] (2016). Qualitätsperspektiven für die Kurzzeitpflege. *MoPf*, 2(03), 32–36.
- Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e. V. (2012). *Was ist Case Management (CM)?* <https://www.dgcc.de/case-management/>
- Hahnel, E., Braeseke, G., Rieckhoff, S., Pörschmann-Schreiber, U., Engelmann, F., Kulas, H. & Musfeldt, M. (2020). *Studie zu den Potenzialen der Telepflege in der pflegerischen Versorgung*. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/Endbericht\\_Potenziale\\_Telepflege.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Endbericht_Potenziale_Telepflege.pdf)
- Hahnel, E., Pörschmann-Schreiber, U., Braeseke, G., Lingott, N. & Oehse, I. (2021). *Verbesserte Koordinierung in der ambulanten Pflege: Zwischenbericht*.

[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/R/Ressortforschung/IGES\\_Institut\\_Zwischenbericht\\_Effizienzpotentiale\\_U5283-barrierefrei-korr.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/R/Ressortforschung/IGES_Institut_Zwischenbericht_Effizienzpotentiale_U5283-barrierefrei-korr.pdf)

Hardeman E, MacLeod L & Standing Committee. (2016). *CCACs - Community Care Access Centres - Home Care Program (Section 3.01, 2015 Annual report of the Office of the Auditor General of Ontario)*. Ontario. Legislative Assembly. Sessional paper: 412/108 12/01/16. Standing Committee on Public Accounts.

Institut für angewandte Sozialwissenschaften Stuttgart (Hrsg.). (2022). *Evaluation "Implementierung Kommunalen Pflegekonferenzen"*. <http://sozialwissenschaften-stuttgart.de/index.php/projekte1/aktuelle-projekte1/235-pflegekonferenzen>

Isfort, M., Weidner, F., Rottländer, R., Gehlen, D., Hylla, J. & Tucman, D. (2018). *Pflege-Thermometer 2018: Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der stationären Langzeitpflege in Deutschland*. Köln. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP). [https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte\\_DIP-Institut/Pflege\\_Thermometer\\_2018.pdf](https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte_DIP-Institut/Pflege_Thermometer_2018.pdf)

Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. & Schwinger, A. (Hrsg.). (2020). *Pflege-Report 2019: Mehr personal in der Langzeitpflege - aber woher?* Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58935-9>

Kochskämper, S. (2019). IW-Report 41/19. Pflegeheimkosten und Eigenanteile.

Landkreis Göppingen (Hrsg.). (2018). *Seniorenplan für den Landkreis Göppingen: Neuauflage 2018*.

Landkreis Rottweil (Hrsg.). (2015). *Kreissenjorenplan Landkreis Rottweil: Analyse - Ziele - Maßnahmen*. [https://www.statistik-bw.de/FaFo/Management/DKB325\\_KrSeniorenplan.pdf](https://www.statistik-bw.de/FaFo/Management/DKB325_KrSeniorenplan.pdf)

Landkreis Tuttlingen (Hrsg.). (2017). *Seniorenpolitisches Rahmenkonzept*. [https://www.landkreis-tuttlingen.de/media/custom/2527\\_1136\\_1.PDF?1488353061](https://www.landkreis-tuttlingen.de/media/custom/2527_1136_1.PDF?1488353061)

Landratsamt Böblingen (Hrsg.). (2018). *Kreispflegeplan Landkreis Böblingen. Fortschreibung 2025. Teilplan vollstationäre und teilstationäre Pflege. November 2018*. [https://www.lrabw.de/site/LRA-BB-2018/get/params\\_E964189779/15720606/Kreispflegeplan%20Fortschr%202025%20-%20KT-Beschluss%20am%2017.12.2018.pdf](https://www.lrabw.de/site/LRA-BB-2018/get/params_E964189779/15720606/Kreispflegeplan%20Fortschr%202025%20-%20KT-Beschluss%20am%2017.12.2018.pdf)

Landratsamt Esslingen (2020). *Integrierte Sozialplanung: Lebenswelten älterer Menschen*. [https://www.landkreis-esslingen.de/site/LRA-ES-Internet-2019/get/params\\_E-746402949/17932728/Integrierte%20Sozialplanung%20Lebenswelten%20%C3%A4lterer%20Menschen.pdf](https://www.landkreis-esslingen.de/site/LRA-ES-Internet-2019/get/params_E-746402949/17932728/Integrierte%20Sozialplanung%20Lebenswelten%20%C3%A4lterer%20Menschen.pdf) (Altenhilfeplanung 2020 bis 2030).

Landratsamt Heidenheim. (2011). *Kreissenjorenplan: Sozialplanung für Menschen ab 60 Jahren im Landkreis Heidenheim*.

Landratsamt Konstanz (Hrsg.). (2013). *Seniorenplan für den Landkreis Konstanz. Bestand – Bedarf – Perspektiven*. [https://kreissenjorenrat-konstanz.de/wp-content/uploads/2019/02/Seniorenplan\\_Landkreis\\_Konstanz.pdf](https://kreissenjorenrat-konstanz.de/wp-content/uploads/2019/02/Seniorenplan_Landkreis_Konstanz.pdf)

Landratsamt Lörrach. (2017). *Teilhabeplan IV Senioren*. <https://www.loerrach-landkreis.de/altenhilfeplanung>

Landratsamt Ludwigsburg (Hrsg.). (2020). *Kurzzeitpflege. Broschürenreihe zum Thema Pflege*. [https://www.landkreis-ludwigsburg.de/fileadmin/user\\_upload/seiteninhalte/soziales-jugend/pflege\\_und\\_senioren/pflegestuetzpunkte/broschuere-kurzzeitpflege.pdf](https://www.landkreis-ludwigsburg.de/fileadmin/user_upload/seiteninhalte/soziales-jugend/pflege_und_senioren/pflegestuetzpunkte/broschuere-kurzzeitpflege.pdf)

Landratsamt Tübingen (Hrsg.). (2020). *Kreisplan für Senior\*innen Fortschreibung 2020*. [https://www.kreis-tuebingen.de/site/LRA-Tuebingen-Internet-Root/get/params\\_E-1878101659/16014873/Kreisplan%20%C3%BCberarbeitet%20Druckfassung%2018.06.2020.pdf](https://www.kreis-tuebingen.de/site/LRA-Tuebingen-Internet-Root/get/params_E-1878101659/16014873/Kreisplan%20%C3%BCberarbeitet%20Druckfassung%2018.06.2020.pdf)

Ministerium für Soziales und Integration. (2015). *Die personellen Anforderungen an stationäre Einrichtungen: Neue Personalverordnung des Sozialministeriums, Dezember 2015*. [https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Anhang\\_PM/LPersonalVO\\_FAQ\\_Dez-2015.pdf](https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Anhang_PM/LPersonalVO_FAQ_Dez-2015.pdf)

Ministerium für Soziales und Integration (Hrsg.). (2019). *Handreichung "Solitäre Kurzzeitpflege"*. [https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads\\_Pflege/Kurzzeitpflege\\_Handreichung\\_Infos-des-SM\\_2019-01-30.pdf](https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Pflege/Kurzzeitpflege_Handreichung_Infos-des-SM_2019-01-30.pdf)

Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg (Hrsg.). (o. J.). *Sonderförderprogramm „Solitäre Kurzzeitpflege“ in Baden-Württemberg*. [https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Foerderaufufe/Kurzzeitpflege-Sonderfoerderprogramm\\_Ausschreibung\\_2018.pdf](https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Foerderaufufe/Kurzzeitpflege-Sonderfoerderprogramm_Ausschreibung_2018.pdf)

Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg (Hrsg.). (2020). *Aktionsbündnis Kurzzeitpflege: Fördermittel in Höhe von 7,6 Millionen Euro voll ausgeschöpft*. Ministerium für Soziales und Integration. <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/aktionsbueundnis-kurzzeitpflege-foerdermittel-in-hoehe-von-76-millionen-euro-voll-ausgeschoepft>

Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg (Hrsg.). (o. J.). *Innovationsprogramm Pflege: Land fördert innovative Pflegeprojekte*. <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheitspflege/pflege/wohnen-im-alter/innovationsprogramm-pflege/>

Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg. (2019, 2. September). *Ausnahmen bei Einzelzimmervergabe möglich* [Press release].

Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg. (2021, 20. Januar). *Innovationsprogramm Pflege 2021 gestartet* [Press release].

Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg (Hrsg.). (2022). *Förderaufrufe und Vergabeöffentlichungen: Förderaufruf „Innovationsprogramm Pflege 2023“*. <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/service/foerderaufufe#c115989>

Ochmann, R. & Braeseke, G. (2022). *Berichtspflicht der Länder zu Förderung und Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen – Berichtsjahr 2021*. Berlin.

Office of the Auditor General of Ontario (2015). *CCACs—Community Care Access Centres—Home Care Program: Annual Report of the Office of the Auditor General of Ontario*. <https://auditor.on.ca/en/content/annualreports/arreports/en15/3.01en15.pdf>

Ortenaukreis (Hrsg.). (o. J.). *AG Sicherstellung der ambulanten gesundheitlichen Versorgung im Ortenaukreis (sektorenübergreifende Versorgung)*. Landkreis Ortenaukreis.

<https://www.ortenaukreis.de/Landkreis-Verwaltung/Gesundheit-Sicherheit-/Kommunale-Gesundheitskonferenz-/AG-Sicherstellung-der-ambulanten-gesundheitlichen-Versorgung-im-Ortenaukreis-/>

Pflegesatzkommission Baden-Württemberg. (unveröffentlichtes Dokument, 2020). *Sitzung der Pflegesatzkommission stationär SGB XI BW: TOP 3: Zusammenführung des Stärkungsbeschlusses der Pflegsatzkommission stationär SGB XI BW vom 05.12.2018 zur Stärkung der Kurzzeitpflege sowie der entsprechenden Verlängerung, Konkretisierung und Weiterentwicklung vom 03.06.2020*.

Polisena, J., Laporte, A., Coyte, P. C. & Croxford, R. (2010). Performance evaluation in home and community care. *Journal of medical systems*, 34(3), 291–297. <https://doi.org/10.1007/s10916-008-9240-y>

Pressestelle Caritas Konstanz. (2022). *Kurzzeit und Palliativpflege: Modellprojekt im künftigen Haus Zoffingen*. <https://www.caritas-altenhilfe-konstanz.de/pressemitteilungen/kurzzeit-und-palliativpflege-modellprojekt-im-kuen/2267217/>

ReKo - Regionales Pflegekompetenzzentrum (Hrsg.). (o. J.a). *Digitalisierung - ReKo - Regionales Pflegekompetenzzentrum*. <https://www.rekopflege.de/digitalisierung/>

ReKo - Regionales Pflegekompetenzzentrum (Hrsg.). (o. J.b). *Startseite - ReKo - Regionales Pflegekompetenzzentrum*. <https://www.rekopflege.de/>

Robert Bosch Stiftung. (o. J.). *PORT Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung.: Standorte. Dornhan*. <https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/port-patientenorientierte-zentren-zur-primar-und-langzeitversorgung/standorte#dornhan>

Robert Bosch Stiftung (2021). PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung: Flyer. [https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/documents/2021-03/PORT-Flyer\\_012021.pdf](https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/documents/2021-03/PORT-Flyer_012021.pdf)

Rothgang, H. & Müller, R. (2019). *Pflegereport 2019: Ambulantisierung der Pflege. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse: Bd. 20*. <https://www.barmer.de/blob/314176/a68d16384f26a09f598f05c9be4ca76a/data/barmer-pflegereport-2019-band-20-bifg.pdf>

SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP (Hrsg.). (2021). *Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021 – 2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP).: Koalitionsvertrag 2021-2025*. [https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag\\_2021-2025.pdf](https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf)

Spitzenverband Bund der Krankenkassen (2020). Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der Kurzzeitpflege vom 08.09.2020.

Stadt Heidelberg (Hrsg.). (2017). *Heidelberg für Senioren. Informationen und Kontakte*.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2018a). *Pflegestatistik 2017: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse.*

Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2018b). *Pflegestatistik, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Ländervergleich - Pflegebedürftige 2017.*

Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2020a). *Pflegeheime, Verfügbare Plätze, Pflegebedürftige: Deutschland, Stichtag, Art der Pflegeleistung.*

Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2020b). *Pflegestatistik: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich - Pflegebedürftige.* Statistisches Bundesamt 2020 - Pflegestatistik.pdf

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (Hrsg.). (2021). *Statistische Berichte Baden-Württemberg. Artikel-Nr. 3841 20004.* [https://www.statistik-bw.de/Service/Veroeff/Statistische\\_Berichte/384120004.pdf](https://www.statistik-bw.de/Service/Veroeff/Statistische_Berichte/384120004.pdf)

Szymczak, M. (o. J. a). Mit PiA kommen Sie sicher nach Hause. <https://www.pia-sozialstationen.de/index.htm>

Szymczak, M. (o. J. b). Unsere Leistungen. <https://www.pia-sozialstationen.de/pia-leistungen/leistungen.htm>

Tillmann, R. & Sloane, K. (2018). Fix/Flex-Regelung für die eingestreuete Kurzzeitpflege in Nordrhein-Westfalen. Wann sich die Umsetzung für Heime lohnt. *CAREkonkret*(21), 6.

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (2017). *Schiedsspruch Abschnitt III Landesrahmenvertrag Baden Württemberg.*

Woodtly, R. (2006). Koordinieren – vernetzen – ermächtigen. *Panorama*, 1, 4–6.

**Mai 2023**

**Herausgeber:**

**Kommunalverband für Jugend  
und Soziales Baden-Württemberg**

**Dezernat Soziales**

Lindensp  
ürstraße 39  
70176 Stuttgart  
Telefon 0711 6375-0  
info@kvjs.de  
[www.kvjs.de](http://www.kvjs.de)

**KVJS-Forschung:**

Dr. Justus Heck  
Telefon 0711 6375-241  
Justus.Heck@kvjs.de  
Ralf Steiger  
Telefon 0711 6375-715  
Ralf.Steiger@kvjs.de

**Verantwortlich:**

**Projektleitung KVJS-Dezernat Soziales**

Bettina Ghiorghita  
Telefon 0711 6375-328  
Bettina.Ghiorghita@kvjs.de

**IGES Institut GmbH**

**Projektleitung:**

Dr. Elisabeth Hahnel  
Dr. Grit Braeseke

**Forschungsteam:**

Ulrike Pörschmann-Schreiber  
Claudia Pflug  
Thorsten Tisch  
Marc Musfeldt  
Nina Lingott  
Isabelle Oehse  
Marian Delekat

**Redaktioneller Hinweis:**

Wir bitten um Verständnis, dass aus Gründen der Lesbarkeit auf eine durchgängige Nennung der weiblichen und männlichen Bezeichnungen verzichtet wird. Selbstverständlich beziehen sich die Texte in gleicher Weise auf Frauen, Männer und Diverse.

The logo for KVJS, consisting of the letters 'KVJS' in a bold, white, sans-serif font, centered within a dark blue rectangular background.

**Kommunalverband  
für Jugend und Soziales  
Baden-Württemberg**

**Postanschrift**  
Postfach 10 60 22  
70049 Stuttgart

**Hausanschrift**  
Lindenspürstraße 39  
70176 Stuttgart  
Telefon 07 11 63 75-0

[info@kvjs.de](mailto:info@kvjs.de)  
[www.kvjs.de](http://www.kvjs.de)