

Kurzzeitpflege in Baden- Württemberg

Kurzbericht des KVJS-
Forschungsprojekts (2020-2022)

Verfasst von
Dr. Elisabeth Hahnel
Ulrike Pörschmann-Schreiber
Dr. Grit Braeseke
Claudia Pflug
IGES Institut GmbH Berlin

Inhaltsverzeichnis

1. Hintergrund.....	2
2. Entwicklungen in Baden-Württemberg	4
3. Zentrale Schlussfolgerungen der Studie	6
4. Handlungsempfehlungen	15
5. Literaturverzeichnis.....	21

1. Hintergrund

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. 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. Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) vom 11. Juli 2021 wurde ein neuer Leistungsanspruch eingeführt – die Übergangspflege im Krankenhaus gemäß § 39e SGB V.

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. Zudem soll die Inanspruchnahme durch ein flexibles Budget für die Betroffenen vereinfacht werden.

Bundesweit nimmt die Anzahl der Pflegeeinrichtungen mit Kurzzeitpflegeangeboten (ganzjährig vorzuhaltende Plätze, solitäre Plätze) im Vergleich zu den Vorjahren deutlich ab. 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). In der Praxis 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 (auch sogenannte eingestreute 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.

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. Dabei bilden der Ausbau und die Weiterentwicklung von Angeboten der Kurzzeitpflege unter anderem einen der Schwerpunkte 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. Gefördert werden unter anderem Projekte mit neuartigen und innovativen Pflegekonzepten, die das Ziel verfolgen, die Versorgungsqualität im Land zu verbessern (Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, 2021). Auch die aktuelle Förderrunde 2023 verfolgt insbesondere das Ziel der Stärkung von qualifizierten Kurzzeitpflege- oder Verhinderungspflegearrangements sowie von Tages- und Nachtpflegeangeboten. Darüber hinaus hat das Ministerium für Soziales und Integration in Baden-Württemberg gemeinsam mit weiteren Partnerinnen und Partnern der Selbstverwaltung von Kassen, Einrichtungsträgern und kommunalen Landesverbänden im Jahr 2018 das „Aktionsbündnis Kurzzeitpflege“ ins Leben gerufen, um Kurzzeitpflegeangebote im Land zu stärken und weiterzuentwickeln (Aktionsbündnis Kurzzeitpflege, 2018, S. 1).

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.

Die Projektlaufzeit betrug 24 Monate (November 2020 bis Oktober 2022). Das Vorgehen basierte methodisch auf unterschiedlichen Arbeitsschritten, in denen sowohl quantitative als auch qualitative Datenerhebungen und -analysen vorgenommen wurden. Neben umfassenden Daten- und Literaturrecherchen wurden: [1] 19 Experteninterviews mit Vertreterinnen und Vertretern der Kommunen, Pflegestützpunkte/IAV-Stellen, Krankenhäuser und Pflegekassen unterschiedlicher Regionen, [2] eine Online-Befragung vollstationärer Pflegeeinrichtungen (n = 237), [3] zu zwei Zeitpunkten eine standardisierte Datenerhebung des Leistungsgeschehens in Kurzzeitpflegeeinrichtungen jeweils über 14 Tage (2021: n = 10; 2022: n = 6), [4] eine Versichertenbefragung (n = 927) und [5] Prognosen je Stadt- beziehungsweise Landkreis zur Entwicklung der Anzahl der Pflegegebedürftigen mit Kurzzeitpflege sowie die Entwicklung des Bedarfs der für die Deckung des Kurzzeitpflegebedarfs erforderlichen Anzahl an Kurzzeitpflegeplätzen bis 2035 durchgeführt.

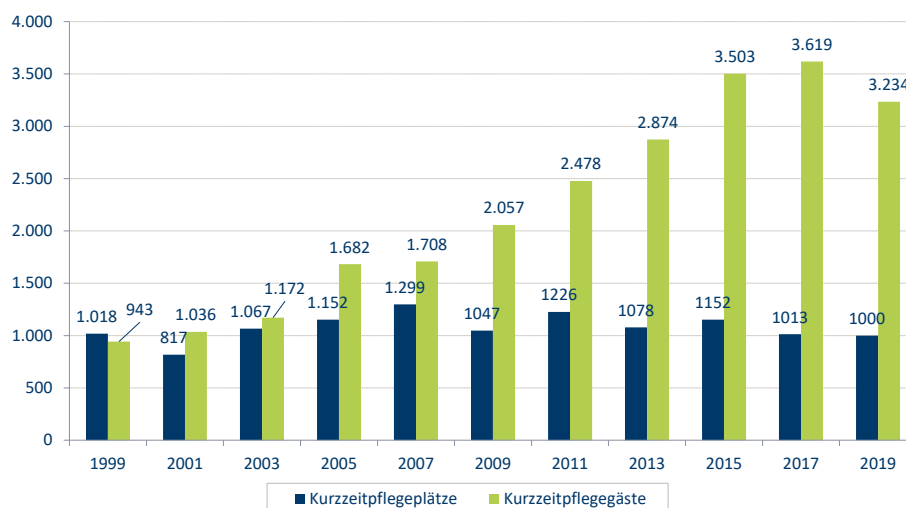
Der vorliegende Kurzbericht präsentiert die zentralen Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen der Studie. Die umfassenden Gesamtergebnisse sind dem separat veröffentlichten Abschlussbericht und die detaillierten tabellarisch aufbereiteten Angaben zu den Angebotsstrukturen und Prognosen des Kurzzeitpflegeplatzbedarfes der einzelnen 44 Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg einem zugehörigen Tabellenband zu entnehmen.

2. Entwicklungen in Baden-Württemberg

Im bundesweiten Vergleich hatte Baden-Württemberg 2019 die drittniedrigste Pflegequote mit 4,3 % pflegebedürftigen Personen an der Gesamtbevölkerung (Statistisches Bundesamt, 2020b). Die Anzahl pflegebedürftiger Personen hat sich 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.

Baden-Württemberg verzeichnet in der eingestreuten Kurzzeitpflege seit 2014 sowohl einen kontinuierlichen Anstieg an Einrichtungen mit dieser Art von Kurzzeitpflegeplätzen als auch einen Anstieg der eingestreuten Plätze (2014: 5,5 %, 2021: 7,6 %). Zudem ist 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). Unter Betrachtung der Inanspruchnahme zeigt sich folgendes Bild (Abbildung 1): Die Zahl der Kurzzeitpflegegäste (jeweils 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.

Abbildung 1: Entwicklung der solitären Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg 1999 bis 2019 (jeweils zum 15.12.)

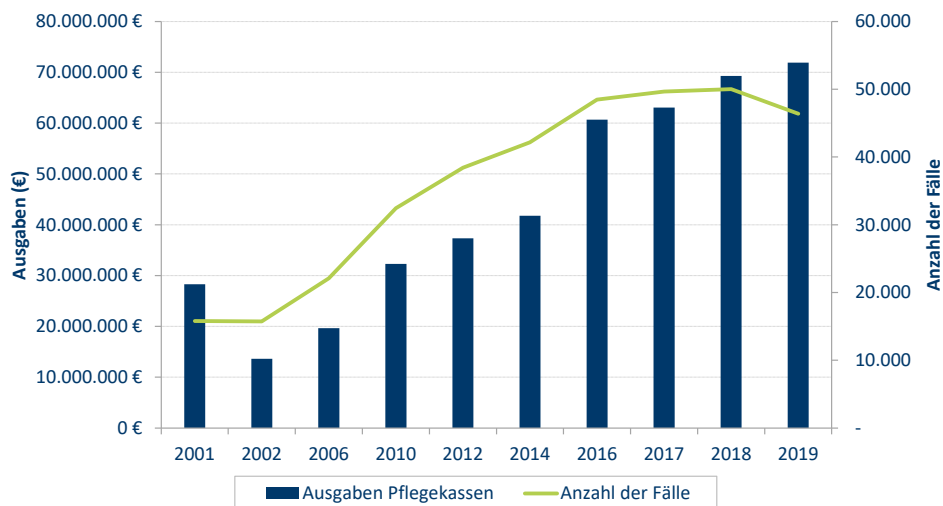


Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2019, Statistisches Bundesamt, 2018a, Statistisches Bundesamt, 2018b

Die Ausgabenentwicklung der Pflegekassen und die Entwicklung der Fallzahlen im Bereich der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg bis zum Jahr 2019 ist der folgenden Abbildung zu entnehmen. 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 Kurzzeitpflegetage „gekauft“ werden können, 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 2: Entwicklung der Ausgaben (in Euro) und der Fälle der Pflegekassen (2001 bis 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.

3. Zentrale Schlussfolgerungen der Studie

Anhand der Ergebnisse der empirischen Untersuchungen und unter Berücksichtigung der derzeitigen Rahmenbedingungen und Erkenntnisse aus den vorliegenden Sekundärdaten sind im Folgenden die zentralen Schlussfolgerungen dargestellt. Diese berücksichtigen auch die demografische Entwicklung im Land.

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).

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 eingestreuten 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).
- 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 Versorgungskoordination (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 mit Dauerpflege, 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 veranschaulichen diesbezüglich mögliche Entwicklungspotentiale als auch -bedarfe. 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 und auch die in der Studie befragten Einrichtungen 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. 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**“¹ 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).

¹ 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).

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 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 potenziell eine Hürde für solche Angebote sein könnten.

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 im Rahmen der Studie identifizierten Ansätze und Modellprojekte zur Stärkung der Kurzzeitpflege, die regional erprobt und teilweise auch verstetigt wurden. 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 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 (eingestreute 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 [1] Anbindung an Rehabilitationseinrichtungen, [2] therapeutischem und ärztlichem Personal sowie [3] Case Management zur Steuerung und Koordinierung der Versorgung² 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 damalige 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 Stellenwert des Case Managements in der konzeptionellen Weiterentwicklung explizit hervorgehoben (Aktionsbündnis Kurzzeitpflege, 2020, S. 3).

2 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).

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 und Manager sind mit den Akteuren vor Ort vernetzt und begleiten Pflegebedürftige und deren Angehörige jeweils als feste Ansprechpartnerin/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 interviewte Expertinnen und Experten 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 Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI (MuG Kurzzeitpflege) 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-Unternehmen³ 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 (CCACs⁴). 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

3 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).

4 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.

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 of Ontario, 2015; Polisena 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 Koordinierung 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 Patientinnen und 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.

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.

4. 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 Pflegender 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 Verhinderungs- 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 bestätigte 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), 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 GVWG (in der Fassung 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 regelhaft 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 Bürgerinnen und 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.

Abschließend sind die nachfolgenden Hinweise zu Umsetzungsprozessen zu beachten. In der Kurzzeitpflege ist das Platzangebot maßgeblich von der Entwicklung im Bereich der Dauerpflege abhängig – 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 pflegefachlich qualifiziertes Personal vorhalten. 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. 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.

5. 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. (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
- 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.
- Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e. V. (2012). *Was ist Case Management (CM)?* <https://www.dgcc.de/case-management/>
- 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.
- Isfort, M., Weidner, F., Rottländer, R., Gehlen, D., Hylla, J. & Tucman, D. (2018). *Pflege-Thermometer 2018: Eine bundesweite Befragung von Führungskräften 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
- Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg. (2021). *Innovationsprogramm Pflege 2021 gestartet* [Press release].
- 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-/>
- 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>
- 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
- 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
- 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
- Woodtly, R. (2006). Koordinieren – vernetzen – ermächtigen. *Panorama*, 1, 4–6.

Mai 2023

Herausgeber:

**Kommunalverband für Jugend
und Soziales Baden-Württemberg
Dezernat Soziales**

Lindenspürstraße 39

70176 Stuttgart

Telefon 0711 6375-0

info@kvjs.de

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

Isabelle Oehse

Marian Delekat

The logo consists of the letters 'KVJS' in a bold, white, sans-serif font, centered within a solid 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
www.kvjs.de