

Perspektiven der Kurzzeitpflege – Chancen für eine gelingende Teilhabe

Brucker U., Schmidt-Ohlemann M., Schweizer C., Warnach M.

im August 2020

Zusammenfassung:

Für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen übernimmt die Kurzzeitpflege (KZP) nach § 42 SGB XI eine entscheidende Rolle, wenn die häusliche Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt oder bei einer krisenhaften Zuspitzung zu Hause vorübergehend nicht sichergestellt ist. Ihren intendierten Versorgungsauftrag, Pflegebedürftigkeit zu vermindern und zu vermeiden und Möglichkeiten für einen weiteren Verbleib in der eigenen Häuslichkeit und für die Verbesserung der sozialen Teilhabe ihrer Klienten auszuloten und zu organisieren, kann die KZP unter den derzeitigen Rahmenbedingungen nicht gerecht werden.

Ausgehend von einer Bestandsaufnahme der derzeitigen Situation wird der Personenkreis der KZP mit den unterschiedlichen Problemlagen beschrieben und die daraus resultierenden medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und sozialen Maßnahmen identifiziert. Vor allem bedarf es eines gezielten multiprofessionellen Fallmanagements, nicht zuletzt, um den häufigen Reha-Bedarf dieser Klienten zu erkennen und notwendige Weichenstellungen zu initiieren. Es lassen sich fünf Versorgungsschwerpunkte für eine weiterentwickelte KZP nach § 42 SGB XI herleiten. Sie machen deutlich, dass eine solche Weiterentwicklung der KZP nur möglich ist, wenn die organisatorischen, personellen, qualifikatorischen und finanziellen Rahmenbedingungen den komplexen Anforderungen grundlegend angepasst werden. Dazu bedarf es auch einer angepassten gesetzlichen Grundlage. Eine wesentliche Voraussetzung ist, dass die KZP nach § 42 SGB XI sich konzeptionell und von ihrer Finanzierung her klar von der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI unterscheidet. Nur eine in dieser Form weiterentwickelte KZP kann Steuerungsaufgaben im Versorgungssystem übernehmen und in Zusammenarbeit mit nachsorgenden Einrichtungen, nicht zuletzt mit medizinischer Rehabilitation dazu beitragen, Pflegebedürftigkeit zu vermindern und zu vermeiden und einen entscheidenden Beitrag für den Erhalt bzw. die Verbesserung der selbstbestimmten Teilhabe dieser Menschen zu leisten.

1. Einleitung ¹

Für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen übernimmt die Kurzzeitpflege (KZP) nach § 42 SGB XI eine entscheidende Rolle, wenn die häusliche Versorgung vorübergehend nicht sichergestellt werden kann. In besonderer Weise trifft dies auf die für Pflegebedürftige vulnerable Phase nach einem Krankenhausaufenthalt zu oder wenn es zu einer krisenhaften Zuspitzung in der häuslichen Versorgung kommt.

Gerade in solchen Fällen sollte die KZP für die Betroffenen und ihre An- und Zugehörigen, die Pflegedienste, die Pflegeeinrichtungen und die dort tätigen Fachkräfte sowie für die Leistungsträger ein wichtiger Baustein sein, um nicht nur die pflegerische Versorgung vorübergehend sicherzustellen, sondern einen Beitrag dazu zu leisten, die Versorgung möglichst

¹ Im Text werden z. T. männliche Formen genutzt. Stets sind alle Geschlechter gemeint (m., w., div.).
Internetquellen werden nur benannt, wenn diese nicht offensichtlich verfügbar sind.

langfristig bedarfsgerecht, effizient und teilhabeorientiert zu gestalten. Konzeption und Rahmenbedingungen der KZP müssen deshalb so gestaltet sein, dass sie eine Rückkehr in die eigene Häuslichkeit unterstützen, die selbstbestimmte Teilhabe fördern (ggf. mit Rehabilitation) und eine adäquate medizinische und pflegerische Versorgung gewährleisten, nicht nur während der KZP, sondern auch nachhaltig über diesen Zeitraum hinaus.

Derzeit erfüllt die KZP diese Aufgaben nicht: Sie dient vor allem der Anbahnung der Versorgung in der Langzeitpflege (LZP) oder wird als "Urlaubspflege" in Anspruch genommen. Den konzeptionellen und praktischen Anforderungen, die mit der Minderung von Pflegebedürftigkeit, der Förderung der selbstbestimmten Teilhabe und der Sicherung des nachhaltigen Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit verbunden sind, stellen sich derzeit weder die Leistungsanbieter noch die Leistungsträger hinreichend. Damit werden Chancen der KZP, eine weichenstellende Funktion zur Unterbrechung des oft schicksalhaft hingegenommenen Wegs in die fortschreitende Pflegebedürftigkeit zu erfüllen, nicht genutzt.

Es fehlt an einer gesetzlichen Grundlage für die Definition eines spezifischen Versorgungsauftrages, in dem das besondere Leistungsspektrum der KZP beschrieben und auch eine sachgerechte Finanzierung vorgesehen wird. Denn die Vergütung der KZP nach § 42 SGB XI orientiert sich bislang an jener der stationären Langzeitpflege. Die Spielräume für eine Weiterentwicklung der KZP sind damit äußerst eingeschränkt.

Auch die Leistungsanbieter zeigen bislang wenig Initiative, an dieser Situation etwas zu ändern. Dem "Markt gleichermaßen unterworfen wie verpflichtet" arbeiten sie gewinnorientiert. Das trifft nicht nur auf den wachsenden privatwirtschaftlichen Pflegesektor zu, sondern auch auf die freie Wohlfahrtspflege; beide versuchen unter den bestehenden Rahmenbedingungen das finanzielle Optimum zu erreichen. Eine Folge dieser marktwirtschaftlichen Orientierung ist, dass die Anbieter wenig innovations-freudig sind. Der Gesetzgeber ist aber auf Ideen und Initiativen aus der Praxis angewiesen, um Versorgungsangebote weiterzuentwickeln. Das trifft auch auf die KZP nach § 42 SGB XI zu.

Ziel der Autorengruppe ist es, Impulse für eine Weiterentwicklung der KZP bei der Versorgung nach Krankenhausbehandlungen oder bei Krisen in der ambulanten Versorgung zu geben. Das vorliegende Diskussionspapier beleuchtet die Rolle der KZP in der pflegerischen Versorgung und zeigt Optionen für ihre Optimierung auf. Dabei geht es u. a. auch darum, das Verhältnis von KZP und Rehabilitationsangeboten neu zu bestimmen.

Im Papier beschäftigen sich die Autoren ausschließlich mit der Weiterentwicklung der KZP nach § 42 SGB XI, untergeordnet auch mit der KZP nach § 39c SGB V, jedoch nicht mit der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI, wenngleich auch diese von einer Weiterentwicklung profitieren würde.

2. Problemaufriss und Zielstellung

2.1 Ausgangslage

In Deutschland ist eine steigende Zahl von Menschen im Sinne des SGB XI pflegedürftig. Im Jahre 2018 waren dies 3,69 Millionen Menschen, hinzukommen ca. 211.580 Pflegebedürftige in der privaten Pflegeversicherung sowie rd. 91.000 pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe. Rund 2,91 Millionen Menschen mit Pflegebedürftigkeit werden zu Hause gepflegt. Bei rund 1,76 Millionen pflegebedürftiger Menschen übernehmen

ausschließlich An- und Zugehörige die Pflege und 830.000 werden in Kooperation mit ambulanten Pflegediensten betreut.² Etwa 780.000 Menschen werden in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt.

Die Zahl der Kurzzeitpflegegäste ist seit 1999 kontinuierlich gestiegen – zwischen den Jahren 2011 und 2015 von 19.669 auf 24.212.³ Dabei blieben die ausschließlich für Kurzzeitpflege ausgewiesenen Plätze seit 2003 mit rund 11.000 Plätzen weitgehend konstant.⁴ Gleichzeitig ist die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die solche Plätze ausschließlich für Kurzzeitpflegegäste vorhalten, deutlich zurückgegangen. Waren es im Jahre 2011 noch 1.673 Einrichtungen, so reduzierte sich diese Anzahl bis ins Jahr 2017 auf nur noch 1.205, ein Minus von 28 Prozent, wobei die Abnahme vor allem zwischen 2015 und 2017 eingetreten war.⁵ Der Anteil der solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen, die nicht an eine LZP angebunden waren, betrug dabei rund 18 bzw. 17 Prozent (2013 und 2017).⁶ Schon seit Ende der 90er-Jahre kam eine stetig wachsende Zahl von „eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen“ hinzu. Im Jahre 2013 waren es nach Angaben der Einrichtungen schon über 33.000 Plätze in 8.147 Einrichtungen.⁷ Die Entwicklung, den Bedarf an Kurzzeitpflege immer weniger durch dafür ausgewiesene Plätze, sondern "eingestreut" in der Langzeitpflege zu decken, setzt sich bis heute fort.

Nach Untersuchungen der AOK Nordost gelangen rund 53 Prozent der Klienten der KZP nach § 42 SGB XI anschließend in die Langzeitpflege (2018).⁸ Statistiken zeigen, dass die Überleitung in die Häuslichkeit aus solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen deutlich häufiger (65 %) gelingt als aus eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen (47 %).⁹ Warum ein hoher Anteil aus der KZP dauerhaft zu Pflegeheimbewohnern wird, hat vor allem folgende Ursachen:

- Die Entlassung aus dem Krankenhaus erfolgt oft sofort in die Langzeitpflege, ohne dass die Chancen eines weiteren Lebens zu Hause ausreichend ausgelotet und ambulante Versorgungssettings erarbeitet werden.
- Die Entlassung aus dem Krankenhaus erfolgt in die Kurzzeitpflege, obwohl Rehabilitationsbedarf besteht. Von dort kommt die Mehrzahl mangels eines entsprechenden Konzepts weder nach Hause noch in eine Rehabilitation, sondern in die Langzeitpflege.
- Die Chancen einer Anschlussrehabilitation nach dem Krankenhausaufenthalt, (z. B. auch mit Beginn in der KZP) werden nicht genutzt.
- Zu dieser Fehlentwicklung tragen verschiedene Faktoren bei, insbesondere:
- Die Verweildauer in den Krankenhäusern wurde seit Einführung der DRG deutlich

² Vgl. BMG (2019): Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten 2018.

³ Statistisches Bundesamt (2015): Pflegestatistik 2015.

⁴ IGES (2017): Wissenschaftliche Studie zum Stand und zu den Bedarfen der Kurzzeitpflege in NRW, S. 24, Berlin.

⁵ Statistisches Bundesamt (2018): Pflegestatistik 2017.

⁶ Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (2020, Tab. „Pflegeheime (Anzahl)“ eingestellt am 05.08.2020): <http://www.gbe-bund.de>

⁷ IGES (2017): Wissenschaftliche Studie zum Stand und zu den Bedarfen der Kurzzeitpflege in NRW, S. 24. In den statistischen Angaben wird nicht zwischen KZP nach § 42 SGB XI und Verhinderungspflege differenziert.

⁸ Mitteilung der AOK-Nordost an den Fachausschuss Pflege und Rehabilitation der DVfR.

⁹ IGES (2017): a. a. O, S. 17.

verkürzt, so dass wenig Zeit bleibt für eine sorgfältige Planung der weiteren Versorgung im Sinne des § 11 Abs. 4 GB V. Ein Entlassmanagement nach § 39 SGB V reicht als Planungsgrundlage meist nicht aus.

- Die Kompetenzen und Ressourcen für eine angemessene Abklärung eines Rehabilitationsbedarfs und für die Einleitung einer Rehabilitation sind in den Krankenhäusern nicht ausreichend.
- Die Kapazitäten in Rehabilitationseinrichtungen, die in der Lage sind, Pflegebedürftige, vor allem höhergradig Pflegebedürftige aufzunehmen, reichen nicht aus; dies gilt für die stationäre wie auch für die ambulante Rehabilitation; die Mobile Rehabilitation, die in ihrem Setting auch Schwerpflegebedürftige behandelt, steht bundesweit nur mit wenigen Einrichtungen zur Verfügung.
- Für die hohe Inanspruchnahme von stationärer Langzeitpflege spielen z. B. auch folgende Faktoren eine Rolle:
- Angehörige werden während der KZP nicht so einbezogen, dass sie die (aktivierende) Versorgung zu Hause gut fortsetzen können;
- die Unterstützung von Angehörigen in der häuslichen Versorgung von Pflegebedürftigen (Angehörigenkonzept) ist unzureichend entwickelt;
- medizinische Rehabilitationsleistungen werden von Pflegebedürftigen trotz bestehenden Rehabilitationsbedarfs zu wenig in Anspruch genommen, sogar, wenn eine Reha-Indikation durch den MDK bei der Pflegebegutachtung festgestellt wurde.

Die KZP hat ein erhebliches Potential bei der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit und Behinderung. Dies kann sie aber nur nutzen, wenn sie nicht zum Lückenbüßer für anderweitige Versorgungsdefizite und durch ein Übermaß an Anforderungen überfordert wird. Dies kann nur durch eine Weiterentwicklung der Konzeption der KZP gelingen. Dafür sind auch die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die KZP neu zu bestimmen.

2.2 Ziele einer weiterentwickelten KZP

Menschen mit Pflegebedürftigkeit benötigen sowohl gute Pflege, Assistenz und Unterstützung, als auch medizinische Behandlung und ggf. auch Leistungen der Rehabilitation. Erforderlich sind zudem Lebensbedingungen, die die selbstbestimmte Teilhabe fördern, Altern und Sterben in Würde gestatten - und den Betroffenen die Entscheidung überlassen, in der vertrauten häuslichen Umgebung zu bleiben oder nicht. Aber auch jüngere Menschen mit Pflegebedürftigkeit und damit einer Behinderung haben heute nach der Behandlung schwerer Erkrankungen oder Unfällen mit bleibenden Schädigungen oft eine hohe Lebenserwartung und bleiben häufig für lange Zeit, vielfach zeitlebens pflegebedürftig.

Betroffene wünschen, über ihren Lebensort selbst bestimmen zu können. Sie wollen in der Regel dort bleiben können, wo sie vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit gelebt haben, d.h. in ihrer Privatwohnung oder in einem anderen privaten Haushalt. Nur gelegentlich wird der Wunsch geäußert, in einem Pflegeheim oder einer Einrichtung der Eingliederungshilfe leben zu können. Wenn sich abzeichnet, dass Menschen mit Pflegebedürftigkeit ihrem Wunsch gemäß nicht aus eigener Kraft oder mit Hilfe der An- und Zugehörigen in der eigenen Häuslichkeit verbleiben können, brauchen sie und ihre An- und Zugehörigen besondere Unterstützung sowohl bei der pflegerischen Versorgung als auch im Hinblick auf die Ermöglichung von selbstbestimmter sozialer Teilhabe. Das sozialstaatliche Prinzip der Subsidiarität bedeutet, dass Menschen zunächst

aus eigener Kraft mit eigenen Ressourcen und denen ihrer Familie oder anderen Bezugspersonen ihr Leben führen und gesellschaftliche oder staatliche Hilfen erst dann einsetzen, wenn die Lebensführung auf Grund von Krankheiten, Behinderung oder Alter die Möglichkeiten des Einzelnen und seiner Familie überfordert.

Sowohl im Interesse des Einzelnen als auch aus sozialstaatlicher Perspektive sollte es Ziel sein, die Entstehung von Pflegebedürftigkeit soweit wie möglich zu verhindern, zu vermindern oder ihren Eintritt hinauszuzögern. Zugleich geht es aber auch darum, bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und Behinderung umfassende und selbstbestimmte Teilhabe zu ermöglichen. Diese Zielvorstellungen ergeben sich aus der aktuellen Gesetzeslage (vgl. §§ 4 und 42 SGB IX, §§ 2, 3, 5, 12 u. a. SGB XI sowie §§ 11, 27, 40 u. a. SGB V). In der Praxis gelingt dies jedoch nicht zufriedenstellend. Der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen und deren Schweregrad beruht auch darauf, dass präventive Maßnahmen, zielführendes Fallmanagement und vor allem vorhandene Rehabilitationschancen nicht genutzt werden.

Diese Situation macht es erforderlich, die Möglichkeiten der KZP zu optimieren, d. h. ihre Konzeption so auszugestalten, dass sie folgende Aufgaben übernehmen kann:

- Sicherstellung einer umfassenden und ggf. speziellen pflegerischen Versorgung zur Behandlung einer Erkrankung auch bei hohem Aufwand in hoher Qualität, einschließlich der notwendigen ärztlichen und therapeutischen Maßnahmen. Dies gilt auch für Patienten nach Krankenhausbehandlung mit einem ggf. hohen behandlungspflegerischen Versorgungsbedarf.
- Sicherstellung der kompetenten pflegerischen Versorgung auch für Menschen mit herausforderndem Verhalten im Rahmen einer Demenz oder eines Delirs sowie Menschen in Palliativsituationen.
- Gezielte Vorbereitung einer Rückkehr nach Hause einschl. eines individuellen Empowerment.
- Richtige Weichenstellung im Hinblick auf die weitere Versorgungsform, indem verschiedene Optionen erarbeitet werden: Rückkehr in eigene Häuslichkeit, Umzug in eine neue eigene Häuslichkeit, Häuslichkeit bei An- und Zugehörigen oder in die Langzeitpflege oder in eine Einrichtung der Eingliederungshilfe bzw. in die ambulante Betreuung durch Assistenzdienste etc..
- Verbesserung der Teilhabechancen, indem Pflege und Behandlung während der KZP mit rehabilitativer Zielsetzung erfolgen (vgl. § 43 SGB IX), in der KZP ein möglicher Rehabilitationsbedarf erkannt und ggf. durch Leistungen der medizinischen Rehabilitation, insbesondere der mobilen Rehabilitation, ergänzt wird.

Diese Aufgabenbeschreibung greift zumindest in Teilen die ursprüngliche gesetzgeberische Intention der Aufgaben der KZP auf. Deren Erfüllung wird jedoch weder konzeptionell eingefordert (mit der entsprechenden Definition von Qualitätsstandards), noch wird sie finanziert und organisatorisch umgesetzt.

3. Zur Situation der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI

Die derzeitige Situation der KZP nach § 42 SGB XI ist dadurch gekennzeichnet, dass eine umfassende Konzeption, wie sie im vorigen Kapitel skizziert wurde, nicht umgesetzt wird. Es gibt einige Projekte und interessante KZP- Ansätze, die sich in diese Richtung bewegen, deren Ergebnisse fließen in unsere Überlegungen ein. Die aktuelle Situation lässt sich folgendermaßen charakterisieren:

Die KZP wird mittlerweile überwiegend „eingestreut“ in der stationären Langzeitpflege angeboten, wobei das in einzelnen Kommunen bzw. Regionen unterschiedlich sein kann¹⁰. Die Träger begründen ihre Präferenz für eingestreute Plätze damit, dass unter den derzeitigen Rahmenbedingungen eine solitäre KZP nicht wirtschaftlich betrieben werden kann. Für die Einrichtungsträger haben die eingestreuten Plätze gegenüber einer solitären KZP nicht nur finanzielle Vorteile, sie sind auch „bequem“: Die Träger brauchen für die eingestreute KZP keinen eigenen konzeptionellen Ansatz zu entwickeln, sondern integrieren sie in die LZP und nutzen die KZP dort primär als Wartepplatz für die Aufnahme in die stationäre LZP, so die Rückmeldungen aus der Praxis. Laut IGES-Studie, wird *„mehrfach in den kommunalen Pflegeplanungen berichtet, dass diese Plätze häufig als „Einfallstor“ für die stationäre Dauerpflege genutzt werden (z. B. zum Kennenlernen der Einrichtung). Einige Pflegeeinrichtungen geben dies sogar selbst an“*¹¹ „Konzeptionslosigkeit“ allein auf die "Unterfinanzierung der Kurzzeitpflege" zurückzuführen, wird der Lage jedoch nicht gerecht, weil es auch Träger gibt, denen es zumindest ansatzweise gelungen ist, einige der in Kap. 2 und 5 genannten Ziele in Teilbereichen umzusetzen.

Ein weiterer Vorteil für die Einrichtungsträger ist die Flexibilität der eingestreuten Plätze. Sie werden angeboten, wenn gerade im vollstationären Bereich „etwas frei ist“. Folglich ist die eingestreute KZP in der pflegerischen Infrastruktur kein verlässliches Angebot. Das trifft zu einem die zuweisenden Instanzen (vor allem die Krankenhäuser), die nicht von einem bestimmten Kontingent an KZP-Plätzen in ihrer Region ausgehen und deshalb eine Überleitung in die KZP nicht einplanen können, sondern von vorneherein eher die dauerhafte Aufnahme in die stationäre Pflege in die Wege leiten. Zum anderen trifft es die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen, denen nur auf „gut Glück“ und damit wenig planbar ein KZP-Platz zur Verfügung steht.

Von einem bedarfs- und flächendeckenden KZP-Angebot kann nicht ausgegangen werden. Dieses Problem hat die Regierungskoalition im geltenden Koalitionsvertrag aufgegriffen: „Wir werden die Angebote für eine verlässliche Kurzzeitpflege stärken, indem wir eine wirtschaftlich tragfähige Vergütung sicherstellen“.¹²

Die Autorengruppe geht von einem weiter wachsenden Bedarf an KZP-Plätzen aus. Die Bedarfe sind zwar statistisch nicht belegt, sie lassen sich aber aus Entwicklungen im Gesundheitswesen plausibel ableiten. Ursächlich sind - wie schon in Kapitel 2 berichtet – u. a. die sich ständig verkürzenden Liegezeiten in den Krankenhäusern. Auch Verbesserungen der ambulanten

¹⁰ In Bremen liegt z. B. der Anteil der solitären Angebote bei 55 %, in Bremerhaven dagegen nur bei 10 %. Siehe: Zündel M, Mentz-Wacker K (2019): Projektbericht - Versorgungssituation in der Kurzzeitpflege im Land Bremen. S. 53 f; Hochschule Bremen.

¹¹ IGES (2017): Wissenschaftliche Studie zum Stand und zu den Bedarfen der Kurzzeitpflege in NRW, S. 17 f.

¹² Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD: Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. 19. Legislaturperiode. Zeile 4495 f.

Versorgung durch Entlassmanagement und Nachsorge werden dieses Problem nur bedingt reduzieren, aber nicht beseitigen können, weil die Dynamik der Verkürzungen der Verweildauer noch nicht zu einem Abschluss gekommen ist.

Mit Inkrafttreten des Krankenhausstrukturgesetzes (1. Januar 2016) und der Aufnahme des § 39c in das SGB V hat zudem ein weiterer und zwar ein nicht im Sinne des SGB XI pflegebedürftiger Personenkreis Anspruch auf Kurzzeitpflege. Damit ist aber nicht nur die Nachfrage nach Kurzzeitpflege gestiegen, sondern auch die Diagnosen der Patienten bzw. der Klienten sind vielfältiger, die pflegfachlichen Anforderungen anspruchsvoller und die erforderliche Vernetzung im System komplexer geworden.

Konzeptionelle, organisatorische und strukturelle Probleme

Unter den derzeitigen Rahmenbedingungen kann die Kurzzeitpflege ihre Aufgaben, wie sie in Kapitel 2 beschrieben sind, nicht erfüllen. Folgende Problemlagen lassen sich beispielhaft beschreiben:

- Dem anspruchsvollen pflegerischen Leistungsbereich „mit einer im Vergleich zu anderen Pflegeformen erhöhten Leistungsintensität und -komplexität ... insbesondere in der Übergangsphase nach einem akutstationären Aufenthalt“¹³ wird die KZP, wie sie heute in der Regel erbracht wird, nicht gerecht. Dies hat konzeptionelle, v.a. aber auch personelle Gründe. Zu einer Zuspitzung kommt es gerade bei den postakuten Patienten durch den steigenden Bedarf an (spezieller) Behandlungspflege. Pflegekräfte sprechen selbst davon, dass diese Anforderungen sie häufig überforderten und zu einer „gefährlichen Pflege“ führen.¹⁴
- Nur in rund der Hälfte aller KZP-Einrichtungen obliegt die Leitung einer examinierten Krankenpflegefachkraft¹⁵, was allein aufgrund der komplexen Steuerungs- und behandlungspflegerischen Anforderungen jedoch dringend geboten wäre. In der neuen „entbürokratisierten Pflegedokumentation“ werden die Kompetenzen der Krankenpflegefachkraft mit „Fachlichkeit, Berufserfahrung und Reflexionsfähigkeit“¹⁶ beschrieben, wobei kritisch anzumerken ist, dass die bisher kodifizierten Aufgaben der KZP nicht den Anforderungen und der Zielsetzung einer weiterentwickelten KZP gerecht werden. In der Praxis zeigt sich, dass die Weichenstellungs- und Klärungsfunktion im Rahmen der Aufnahme in die KZP wie auch der Nachsorgevorbereitung durch „Verwaltungskräfte bzw. durch Personal auf Leitungsebene“ erfolgt. "Dabei handelte es sich mehr um Beratungs- und manchmal Koordinierungsaufgaben, die überwiegende Organisation musste jedoch von den Angehörigen übernommen werden. Für eine

¹³ IGES (2013): Deckenbach B, Stöppler C, Klein S: Qualitätskriterien für eine fachgerechte Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI), S. 45.

¹⁴ IGES (2013): ebenda S. 45.

¹⁵ Geiger, M, Kirchen-Peters (2007): Kurzzeitpflege vor der Reform: Perspektiven eines Versorgungsbausteins, Saarbrücken. Internetquelle.

Aktuellere Daten zu dieser Fragestellung konnten von uns nicht recherchiert werden.

¹⁶ Der Beauftragte der Bundesregierung für Pflege (Hrsg.) (2017): Informations- und Schulungsunterlagen zur Einführung des Strukturmodells in der ambulanten, stationären und teilstationären Langzeitpflege, S. 19. Download unter: https://www.ein-step.de/fileadmin/content/Schulungsunterlagen_2.0/Informations-_und_Schulungsunterlagen_V2.0_Oktober_2017_final.pdf

komplette Steuerung der Folgeversorgung fehle Zeit bzw. Personal".¹⁷

- Derzeit ist die Versorgung in der KZP durch Haus- und Fachärzte und die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln nicht hinreichend und zuverlässig sichergestellt. Die KZP-Einrichtungen sind auf die Bereitschaft der unterschiedlichen Leistungserbringer angewiesen, die gemeinsame Arbeit verbindlich zu gestalten. Das gelingt oft nicht. Auch wenn Versorgungsverträge nach § 119b SGB V vorliegen, ist eine angemessene Zusammenarbeit nicht regelhaft gewährleistet. In vielen Fällen werden Klienten während der KZP nicht von ihren Haus- oder Fachärzten versorgt. Die Versorgung obliegt dann ortsansässigen Ärzten, mit denen die KZP-Einrichtung zusammenarbeitet und die die Verordnungen für alle oder zumindest für das Gros der Pflegegäste der Einrichtung ausstellen sollten. Sie verstehen ihre Aufgabe in der Regel aber nur als „Überbrückung“ und nicht als wichtige Weichenstellung für die weitere Versorgung des Patienten.
- Die Verhinderungspflege kann in die stationäre Langzeitpflege integriert werden. Sie wird häufig als „Urlaubspflege“ in Anspruch genommen und benötigt deshalb auch keinen komplexeren konzeptionellen Ansatz. Dagegen ist die Intensität und Komplexität der Leistungserbringung für die beiden Zielgruppen der KZP nach § 42 SGB XI deutlich höher. Insofern kann die KZP nach § 42 SGB XI nicht in gleicher Höhe wie die Verhinderungspflege, sondern muss ihren Aufgaben entsprechend angemessen, d. h. höher vergütet werden.
- Das Versorgungssystem in Deutschland ist ökonomisch/marktwirtschaftlich orientiert. Insofern „bestimmen“ finanzielle Anreize die Angebotsstruktur und damit auch die Versorgungspfade, die im Einzelfall zur Verfügung stehen. Die „eingestreuten“ Plätze sind zum Beispiel für die Einrichtungen finanziell attraktive Warteplätze auf einen Langzeitpflegeplatz. Ökonomisch lukrativ sind sie deshalb, weil im Pflegesatz für sie nur ein Auslastungsgrad von 85 Prozent kalkuliert wird und nicht 98 Prozent wie für den vollstationären Platz. Erreicht ein Pflegeheim nicht die Auslastung von 98 Prozent, ist das Vorhalten von 10 Prozent „eingestreuter“ Kurzzeitpflegeplätze betriebswirtschaftlich interessant¹⁸.

Ein großes Problem für die KZP sind die Fehlbelegungen: Das betrifft vor allem Patienten, die nach einem Krankenhausaufenthalt in die KZP kommen und bei denen im Krankenhaus nicht oder nicht sorgfältig genug geprüft wurde, welche Form der Weiterversorgung für sie die richtige ist. Rund 30 Prozent der Klienten in der KZP¹⁹ weisen einen im Krankenhaus nicht geprüften/entdeckten Rehabilitationsbedarf auf. Mit dieser Situation müssen die Einrichtungen umgehen, auch wenn sie nicht bedarfsgerecht darauf reagieren können. Die Konsequenz für die Betroffenen ist, dass

¹⁷ Zündel, M, Mentz-Wacker, K (2019): Projektbericht – Versorgungssituation in der Kurzzeitpflege im Land Bremen, Hochschule Bremen, S. 70 ff.

¹⁸ Tillmann, R (Jahr): Titel <http://www.altenheim.net/Infopool/Expertenblog-Management/Fix-Flex-Regelung-fuer-eingestrente-Kurzzeitpflege-in-NRW-Wann-sie-fuer-Traeger-interessant-ist-und-wann-nicht>, abgerufen 04.07.2019

¹⁹ Janßen H et al (2018): Ermittlung des allgemeinen Rehabilitationsbedarfs und Evaluation Mobiler Geriatrischer Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Bremen.
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Schlussbericht_MoGeRe_10_Sept_2018.pdf, abgerufen 01.08.2020.

Rehabilitationspotentiale nicht ausgeschöpft werden, und sie in die Pflegebedürftigkeit "hineinwachsen". Aber auch für die Leistungsträger sind Fehlbelegungen ein Problem: das nicht Verhindern und Mindern von Pflegebedürftigkeit führt zu Kostensteigerungen im System und zu einem erhöhten Fachkräftebedarf.

4. Der Personenkreis der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI

Gemäß § 42 SGB XI sind Voraussetzungen für die Leistungen der KZP das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2 bis 5 und der Umstand, dass aktuell die häusliche Pflege nicht bzw. nicht mehr gewährleistet werden kann.

Folgende Problemlagen kennzeichnen den Personenkreis in der KZP nach § 42 SGB XI:

- a) Pflegebedürftige, die nach einem Krankenhausaufenthalt erheblich geschwächt sind und eine längere Rekonvaleszenz benötigen. Die Indikation für eine Krankenhausbehandlung besteht nicht mehr, zugleich ist eine häusliche Versorgung jedoch (noch) nicht ausreichend.
- b) Pflegebedürftige nach Krankenhausaufenthalt mit der Indikation für eine stationäre oder ambulante medizinische Rehabilitation und einem laufenden Reha-Verfahren. Eine aktuelle Studie²⁰ zeigt, dass ihr Anteil unter den Kurzzeitpflegegästen bei ca. 15 Prozent liegt. Gründe für die „Warteposition“ in der KZP sind:
 - die Kostenübernahme für die Rehabilitation ist noch nicht erfolgt;
 - es bestehen medizinische Probleme, die den Beginn einer Rehabilitation erst später erlauben (meist aufgrund nicht belastbarer Frakturen);
 - ein Platz in der stationären Reha-Einrichtung steht aktuell nicht (noch) zur Verfügung, oder
 - sie werden in die KZP aufgenommen, um dort eine Mobile Rehabilitation zu beginnen, mit dem Ziel, die Rehabilitation möglichst zu Hause fortzusetzen und abzuschließen.
- c) Pflegebedürftige nach einem Krankenhausaufenthalt mit der Indikation für eine Rehabilitation, bei denen der Reha-Bedarf im Krankenhaus nicht erkannt bzw. nicht geprüft und entsprechend kein Reha-Antrag gestellt wurde. Der Anteil dieses Personenkreises liegt, wie bereits erwähnt, bei ca. 30 Prozent.²¹
- d) Patienten nach einer schweren krankhauspflichtigen Erkrankung, eventuell auch nach einer Frührehabilitation, die eine medizinische Rehabilitation benötigen, aber aufgrund eines hohen Aufwands an Pflege und/oder medizinisch-ärztlicher Versorgung nicht in eine indikationsspezifische Rehabilitation übernommen werden können. Darunter fallen auch (schwer-)behinderte Menschen, die nach einer schweren Erkrankung eine Rehabilitation benötigen, für die aber kein auf ihren besonderen Bedarf hin ausgerichteter Reha-Platz zur Verfügung steht. Für geriatrische Patienten mit hohem Aufwand an Pflege und/oder an medizinisch-ärztlicher Versorgung trifft dies dann zu, wenn keine akutgeriatrische Versorgung mit frührehabitativer geriatrischer Komplex-

²⁰ Janßen H et al (2018): a. a. O. S. 42.

²¹ ebd. S. 42.

behandlung zur Verfügung steht.

- e) Pflegebedürftige nach einem Krankenhausaufenthalt ohne Indikation für eine medizinische Rehabilitation, deren hoher Pflege- und Betreuungsaufwand eine Rückkehr in die eigene Häuslichkeit noch nicht gestattet. Für sie müssen alle notwendigen Unterstützungsleistungen bzw. ein komplexes Pflege- und der Betreuungssetting und/oder notwendige Hilfsmittel/Wohnraumanpassungen geklärt und organisiert werden. Dazu gehört auch die Aktivierung, Beratung, Unterstützung ggf. auch Schulung von Angehörigen/ Bezugspersonen, um die Rückkehr nach Hause zu ermöglichen.
- f) Pflegebedürftige mit einem komplexen Versorgungsbedarf nach einer stationären Rehabilitation nach §§ 40 und 111 SGB V, bei denen eine passgenaue Überleitung nicht erfolgt ist, z. B. weil die Reha-Klinik ortsfern liegt.
- g) Pflegebedürftige mit einem komplexen Aufwand an Krankenpflege (Wunden, Portsysteme, Tracheostoma und auch andere Stomata), der zu Hause - aktuell/ vorübergehend - nicht sichergestellt werden kann.
- h) Patienten mit Pflegebedarf, bei denen die Zeit zwischen zwei geplanten stationären Krankenhausbehandlungen z. B. im Rahmen einer Chemotherapie überbrückt werden muss.
- i) Pflegebedürftige mit palliativem Versorgungsbedarf, für die z. B. (aktuell) kein Hospizplatz zur Verfügung steht. Im Rahmen einer geregelten Zusammenarbeit mit einem SAPV-Dienst gewährleisten KZP vorübergehend ggf. auch bis zum Versterben des Klienten die palliative Versorgung.
- j) Pflegebedürftige und (schwer-)behinderte Menschen, die zu Hause leben, bei denen sich die bisherige Versorgung (aufgrund einer akut aufgetretenen oder einer sich verschlechternden chronischen Erkrankung) kritisch zugespitzt hat und nicht mehr ausreicht bzw. nicht mehr gewährleistet werden kann; der Versorgungsbedarf muss abgeklärt und ein neues Versorgungskonzept, möglichst für zu Hause, organisiert werden.

Eine weitere quantitativ kleine Gruppe sind Patienten, die einen Anspruch auf KZP nach § 39 c SGB V haben. Es handelt sich um vorübergehend (weniger als sechs Monate) und damit nicht im Sinne des SGB XI pflegebedürftige Menschen oder um Menschen mit dem Pflegegrad 1, deren Pflege- und Hilfebedarf zu Hause oder im Familienkreis nicht abgedeckt werden kann. Ursächlich dafür können eine schwere Erkrankung oder die akute Verschlimmerung einer Krankheit nach Krankenhausbehandlung, nach einer ambulant durchgeführten Operation oder nach ambulanter Krankenhausbehandlung sein.

Übergreifende Charakteristika des Personenkreises der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI – Geriatrisches Krankheitsprofil mit hohem Anteil dementieller Erkrankungen:

Unabhängig von der Zuordnung in eine der Gruppen a. bis j. handelt es sich bei den Klienten der KZP mehrheitlich um Menschen über 70 Jahre mit einem hohen Anteil an Hochbetagten. Sie weisen meist ein geriatrisches Krankheitsprofil mit entsprechender geriatritypischer Multimorbidität auf, was bei der Versorgung in der KZP angemessen berücksichtigt werden muss. Der Anteil der kognitiv-beeinträchtigten bzw. dementiell Erkrankten ist hoch; in der vom BMG-geförderten MoRe-Studie lag der Anteil der Klienten mit einer dokumentierten Demenzdiagnose

bei knapp 48 Prozent²². Es kann vermutet werden, dass der Anteil der Klienten mit kognitiven Beeinträchtigungen oder einer Demenz noch höher liegt. Es gibt ferner Hinweise, dass KZP-Einrichtungen Krankenhauspatienten mit einer Demenz, die eigentlich eine KZP benötigen, negativ selektieren und eher nicht aufnehmen²³.

Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen bzw. dementiellen Erkrankungen sind gegenüber den Belastungen des stationären Krankenhausaufenthaltes besonders vulnerabel; die häufigen Folge sind Verhaltensauffälligkeiten, Desorientiertheit, Verwirrtheit und Delir. Angehörige und Betreuer erleben die Betroffenen als deutlich verschlechtert und können sich nicht vorstellen, dass eine weitere sichere und ausreichend stabile Versorgung zu Hause noch möglich ist. Auch bei hohem Engagement für die Unterstützung einer weiteren häuslichen Betreuung, sehen sie meist nur noch den Ausweg einer Unterbringung in der stationären Pflege. Diesem "Automatismus" gilt es unbedingt konzeptionell mit angemessenen fachlichen und organisatorischen Mitteln zu begegnen.

Die Erfahrungen zeigen, dass selbst Patienten mit fortgeschrittener dementieller Erkrankung im Rahmen speziell angepasster Versorgungskonzepte deutlich stabilisiert werden können. Sie basieren auf einer interdisziplinären Teamarbeit. Wesentliche Elemente einer solchen Konzeption sind eine angemessene Kommunikation mit den Patienten mit Demenz, Bezugspflege (Mitarbeiter als Bezugspersonen), Tagesstrukturierung und ein strukturierter Austausch mit ihren Bezugspersonen und deren Anleitung. Beispielhaft sei hierzu das Konzept der "Selbsterhaltungstherapie" (SET) nach Romero²⁴ genannt, zu dem umfassende klinische Erfahrungen und Evaluationsstudien vorliegen. Voraussetzungen für das Erreichen von gesundheitlicher körperlicher und psychischer Stabilität wie auch möglichst weitgehenden funktionellen Verbesserungen und Teilhabemöglichkeiten für die Menschen sind die Stabilisierung des Selbstwertgefühls, dies vor allem durch Berücksichtigung von Stärken/Schwächen und Vorlieben/Abneigungen und die Stabilisierung der häuslichen Situation. Für diese Patienten kann in der KZP ein entscheidender Klärungs- und Steuerungsprozess erfolgen mit dem wesentlichen Ziel, aufgrund der in der KZP gemachten Erfahrungen individuelle "therapeutische Empfehlungen" für die weitere Versorgung einschließlich einer Anleitung für betreuende Angehörige und Bezugspersonen zu erarbeiten und so eine stabile Versorgung mit möglichst hoher Lebensqualität zu erreichen²⁵.

5. Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI

5.1 Aufgabenstellung und Zielsetzung

Die KZP muss ein wesentlicher Baustein einer fachlich fundierten und qualitätsgesicherten Ver-

²² ebd. S. 35.

²³ So zeigt die Studie: Zündel M, Mentz-Wacker K (2019): a.a.O., dass „kognitive Einschränkungen“ der häufigste Faktor ist, der eine Unterbringung in der Kurzzeitpflege erschwert. (S.29); seitens der KHS-Sozialdienste bedarf es überdurchschnittlich vieler Anfragen, um einen Patienten mit dieser Problematik in einer Kurzzeitpflege unterzubringen. (S. 33)

²⁴ Romero, B, Geschke, K (2019): Selbsterhaltungstherapie (SET) für Menschen mit Demenz. Info Neurologie und Psychiatrie 21, S. 28–33.

²⁵ Romero, B; Wenz, M (2018): Therapeutische Empfehlungen für Menschen mit Demenz. Selbsterhaltungstherapie im Krankenhaus. Stuttgart

sorgungskonzeption für Menschen mit drohender oder bestehender Pflegebedürftigkeit werden. Der Verbesserung der Teilhabe kommt dabei eine zentrale Bedeutung zu. Die Klärung des Unterstützungsbedarfs, die Erkennung von Rehabilitationsbedarf, ein funktionierendes Teilhabemanagement, die Förderung der Entlassung in die häusliche Umgebung und die Sicherstellung einer bedarfsgerechten medizinischen und pflegerischen Versorgung, auch bei hohen Versorgungsbedarfen, sind dabei die wichtigsten Stellgrößen.

Aufgaben und Ziele bei einer Weiterentwicklung der KZP nach § 42 SGB XI sind:

- Bewältigung des Versorgungsnotstandes in der häuslichen Umgebung;
- Unterstützung der Rückkehr nach Hause bzw. in eine selbstgewählte alternative Wohnform (z. B. Betreutes Wohnen, Wohngemeinschaft);
- Erkennung und Ermittlung der aktuellen und zukünftigen Versorgungs- und Unterstützungsbedarfe einschl. eines Reha-Bedarfs;
- Gewährleistung einer bedarfsgerechten medizinischen und pflegerischen Versorgung und Unterstützung durch ein angemessenes Setting, das pflegerische, ärztliche, soziale, therapeutische sowie palliative Angebote verknüpft;
- Mitwirkung bei der Organisation und Koordination der künftig notwendigen Unterstützungsleistungen, z. B. auch in Form der Unterstützung eines Reha-Antrages;
- Förderung der Kompetenzen im Hinblick auf die Selbstversorgung und der Kompetenzen der selbstbestimmten Teilhabe;
- Erleichterung der Pflege für die Pflegenden; Sinnggebung für die Pflege im Sinne der Teilhabeförderung, der Motivation und der Arbeitszufriedenheit

Sozialpolitisch sollte sie ausgerichtet sein auf:

- Verminderung des Pflegebedarfs auf Dauer;
- Verminderung der Krankheitslast;
- Vermeidung von Krankenhausaufenthalten;
- Vermeidung unnötiger, nicht gewollter Aufnahmen in die stationäre Langzeitpflege;
- Vermeidung der Notwendigkeit einer Inanspruchnahme von Leistungen der Sozial- und Eingliederungshilfe.

Um diese Anforderungen einer weiterentwickelten, KZP erfüllen zu können, bedarf es in den zentralen Qualitätsdimensionen (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) eines eigenen konzeptionellen Rahmens, der sich von dem der stationären Langzeitpflege grundlegend unterscheidet.

5.2 Strukturqualität der weiterentwickelten Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI

Organisation und räumliche Ausstattung:

Die KZP sollte sozial- und leistungsrechtlich als wirtschaftlich und organisatorisch selbstständige Einrichtung geführt werden und über eigene abgetrennte Räumlichkeiten verfügen. Die räumliche Abgrenzung von der stationären Pflege ist „auch im Blick auf die Akzeptanz als Übergangseinrichtung bei Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen erforderlich“²⁶. Dabei kann sie eine Solitäreinrichtung, eine eigenständige Einrichtung innerhalb einer stationären Pflegeeinrichtung

²⁶ IGES (2013): Deckenbach B: a. a. O., S. 50.

oder eine eigenständige Einrichtung in einem regionalen Versorgungsverbund sein. Neben der klaren räumlichen und wirtschaftlichen Trennung muss die KZP auch über ein eigenes pflegerisch-therapeutisches Team und eine nur für die KZP zuständige pflegerische Leitung verfügen.

Eine gute räumliche Ausstattung setzt möglichst Einzelzimmer voraus. Es müssen Ess- und Gemeinschaftsräume, Trainingsbad und Trainingsküche, in denen Alltagskompetenzen geübt werden können sowie Räumlichkeiten für Therapien und Fallbesprechungen zur Verfügung stehen. Barrierefreiheit und die Möglichkeit für Liegendtransporte wie auch begehbare Außenbereiche sollten selbstverständlich sein. Auch eine angemessene Ausstattung mit Hilfsmitteln und Therapiegeräten ist erforderlich.

Personalausstattung und Qualifikation:

Um die Anforderungen erfüllen zu können, die mit der Bedarfserkennung, Bedarfsermittlung und Steuerungsfunktion verbunden sind, bedarf es gesetzlicher Rahmenbedingungen für grundlegende fachliche und organisatorische Festlegungen. Fachlich ist ein multiprofessionelles Pflege- und Versorgungsteam erforderlich unter der Federführung einer Pflegefachkraft. Das Team sollte mindestens mit den Professionen Fachpflege, Sozialarbeit oder Vertretern einer verwandten Berufsgruppe und Ergotherapie, möglichst zusätzlich mit Physiotherapie besetzt sein; dabei können Ergo- und Physiotherapie wie auch Logopädie über Kooperationsverträge in das Team eingebunden sein. Mit einem – oder auch mehreren Ärzten - sollten Kooperationsverträge nach § 119b SGB V bestehen.

Um ihren Auftrag erfüllen zu können, muss die Kurzzeitpflege nicht nur organisatorisch eigenständig sein, sondern auch über ein eigenes Team mit eigener „Philosophie“ verfügen.

Das Team arbeitet interdisziplinär zusammen. Fachübergreifend müssen die Teammitglieder über folgende Erfahrungen/Kenntnisse verfügen:

- in der Teilhabeförderung von Pflegebedürftigen u. a. mit der Fähigkeit, einen Rehabilitationsbedarf zu erkennen; dies insbesondere auch bei Menschen mit einem geriatrischen Morbiditätsprofil und mit kognitiven Beeinträchtigungen und Demenz;
- in einem fallbezogenen Pflege- und Versorgungsmanagement zur Planung und Organisation der häuslichen Versorgung, auch bei einem komplexem Pflege- und Versorgungsbedarf (Fallmanagement);
- in der fachgerechten Hilfsmittelversorgung;
- in Bezug auf Wohnraumanpassungen mit guten Kooperationsbeziehungen zu dafür notwendigen Dienstleistern und Handwerkern;
- in der Zusammenarbeit mit lokalen, kommunalen und regionalen Pflege- und Hilfsangeboten, vor allem mit Pflegestützpunkten, Beratungsstellen, Mobilitätsdiensten, Besuchsdiensten, Selbsthilfe, Nachbarschaftshilfen u. a. - wie sie regional zur Verfügung stehen;
- Erfahrungen in der Netzwerkarbeit und der Herstellung verbindlicher Kooperationsstrukturen/ -vereinbarungen;
- Beratung und Anleitung von Patienten und Angehörigen/Bezugspersonen, Erfahrungen im Leistungsrecht und der Ressourcenerschließung.

Die Pflege arbeitet nach einem aktivierend-rehabilitativen Pflegekonzept. Das Anforderungsprofil der Pflege umfasst die Steuerung des gesamten Pflegeprozesses von der Aufnahme bis zur Entlassung und Nachsorge.

Als besondere Qualifikationen muss sie nachweisen können:

- Behandlungspflege, vor allem auch bei fachlich anspruchsvoller Pflege wie Wundversorgung, Versorgung von Kathetern, Sonden und Stomata (Tracheo-, abdominelle Stomata u. a.), auch bei akuten, gegebenenfalls frisch operierten Patienten unmittelbar im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt; (die Schnittstelle zwischen spezieller Behandlungspflege und regulären pflegerischen Leistungen in Pflegeeinrichtungen ist noch gesondert zu diskutieren.)
- Rehabilitative Fachpflege oder Erfahrungen in der geriatrischen Rehabilitation;
- Ernährungsmanagement;
- Schmerzmanagement;
- gerontopsychiatrische Pflege, Versorgung von Menschen mit Demenz;
- allgemeine palliative Pflege.

Die ärztliche Versorgung: Bei der Kooperation mit einem Vertragsarzt nach §119b SGB V ist die freie Arztwahl zu berücksichtigen. Dennoch sollte der Hausarzt des Klienten die Behandlung während der Kurzzeitpflege nur dann übernehmen, wenn er im nötigen Umfang Visitationen in der Kurzzeitpflege sicherstellen kann. Ansonsten sollte ein Vertragsarzt einer ortsnahen Praxis, der mit der Kurzzeitpflegeeinrichtung kooperiert, die Versorgung gewährleisten - immer vorausgesetzt, der Patient/Klient stimmt zu. Der Vertragsarzt sollte der KZP zum Zeitpunkt der Aufnahme die notwendigen Behandlungsinformationen einschließlich eines Medikamentenplans zur Verfügung stellen und in alle Maßnahmen der Versorgung eingebunden sein. Optimal verfügt der für die KZP zuständige Arzt über eine geriatrische Zusatzqualifikation. Angesichts der poststationären Übergangssituation obliegt ihm die Verantwortlichkeit für ein rationales Medikamentenmanagement (es treten häufig Probleme bei der Übernahme der Krankenhausmedikation auf, hinzu kommt eine Medikation mitbehandelnder Fachärzte und Selbstmedikation), ferner der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln.

Darüber hinaus sollte eine möglichst enge Zusammenarbeit mit Fachärzten der Chirurgie/Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie aufgebaut werden. Es sollte gewährleistet sein, dass diese Fachärzte Hausbesuche in der Kurzzeitpflege anbieten; alternativ sollte es möglich sein, dass die Klienten kurzfristig in den Facharztpraxen vorgestellt werden können. Dafür sind Ressourcen z. B. für die Begleitung vorzusehen.

Fallmanagement: Das Fallmanagement in der Kurzzeitpflege kann übernommen werden von einer Fachkraft der sozialen Arbeit, einer speziell weitergebildeten Pflegekraft, einer Fachkraft für Pflegemanagement oder verwandten Berufsgruppen. Sie sollten neben dem Fallmanagement über Erfahrungen in der medizinischen Rehabilitation und über gute Kenntnisse der lokalen Infrastruktur mit ihren Pflege- und Hilfsangeboten verfügen. Sie/er berät und begleitet den Klienten und seine Angehörigen von der Aufnahme bis zur Organisation der Nachsorge und Entlassung in den Fragen der weiteren Versorgung. Ihr/ihm obliegt in besonderer Weise die Aufgabe der umfassenden Bedarfsermittlung und der Organisation eines häuslichen Versorgungsmanagements einschließlich der notwendigen und sinnvollen professionellen und ehrenamtlichen Dienste. Dies schließt die Beratung und Erschließung von Sozialleistungen mit ein

Ergotherapie und Physiotherapie: Die festangestellten oder mit der KZP kooperierenden Therapeuten sollten über Erfahrung in der Behandlung dieser Personengruppe, in der Reha-Bedarferkennung und der Rehabilitation von Pflegebedürftigen sowie in der komplexen Hilfsmittelver-

sorgung und in Wohnraumanpassungen verfügen. Die Möglichkeiten der therapeutischen Arbeit mit Menschen mit Demenz sollten ihnen vertraut sein.

Ferner sollte eine enge Zusammenarbeit bestehen:

- mit einer Logopädischen Praxis (inklusive Qualifikation zur Behandlung von Schluckstörungen);
- mit Ernährungsberatern;
- mit einer Praxis für Podologie;
- mit qualifizierten Anbietern von Hilfsmitteln.

5.3 Elemente der Prozessqualität: Aufnahme, Bedarfserkennung, Pflegeplanung, Beratung und Versorgungsschwerpunkte

5.3.1. Aufnahme/Überleitung:

Als Voraussetzung für eine gute Versorgung in der Kurzzeitpflege müssen die wesentlichen Informationen möglichst vor Aufnahme eingeholt sein, dies sind vor allem Überleitungsbogen, Arztbriefe, Pflegegutachten (soweit neueren Datums) und Informationen von Angehörigen, ggf. Sozialberichte der örtlichen Betreuungsbehörde, Informationen von ambulanten Pflegediensten und anderen.

5.3.2. Bedarfserkennung, Pflegeplanung und Beratung:

Über die übliche Pflegeanamnese hinaus wird bei jedem Klienten ein multiprofessionelles Verfahren zur Bedarfserkennung durch Pflegekräfte, Sozialarbeitern und Ergotherapeuten, ggf. weiterer Professionen durchgeführt. Dieses Verfahren beinhaltet im Wesentlichen:

- Informationen über die Erkrankungen, aktuelle medizinische Probleme, medikamentöse Therapie, spezielle medizinische Behandlungsbedarfe wie Wunden, Stomata u. a.;
- funktioneller Status mit Alltagsfähigkeiten, Ernährung, Kommunikation, Kognition, ggf. Erhebung mit geeigneten Instrumenten - einschließlich Erfassung der Ressourcen;
- bei einer dementiellen, depressiven oder Delir-Symptomatik ist eine erste Einschätzung über die Prognose der weiteren Entwicklung notwendig; (vor allem bei dieser Fragestellung ist die Kooperation mit einem FA für Psychiatrie wichtig!)
- empfohlene Heilmittel, vorhandene bzw. verordnete Hilfsmittel und deren aktuelle Nutzung bzw. Gründe für Nichtnutzung trotz Bedarf;
- die Durchführung eines Reha-Screenings²⁷ zur Identifizierung eines bis dato nicht erkannten/ermittelten Rehabilitationsbedarfs;
- Ermittlung der häusliche Pflege- und Versorgungssituation vor dem Akutereignis, aktuelle Situation, Ressourcen;
- Ermittlung der Ziele und Erwartungen mit den Klienten und seinen Angehörigen/ Bezugspersonen an den Aufenthalt in der Kurzzeitpflege und im Hinblick auf die weitere Versorgung nach der Kurzzeitpflege, vor allem auch unter dem Aspekt sozialer Teilhabemöglichkeiten.

²⁷ Hierzu empfiehlt es sich, das Screening-Instrument des MDK (Begutachtung gem. § 18 SGB XI) anzuwenden.

5.3.3. Fünf Versorgungsschwerpunkte einer weiterentwickelten KZP:

Das übergeordnete Ziel der Bedarfserkennung in der Kurzzeitpflege ist die (vorläufige) Zuordnung des Klienten zu einem der folgenden fünf Versorgungsschwerpunkte. Sie dürften das Gesamtspektrum weitgehend abdecken:

1. Pflegerische Versorgung bei gesundheitlicher Instabilität, ggf. mit hohem Aufwand an Behandlungspflege, verzögerte Rekonvaleszenz – (aktuell) keine Rehabilitationsindikation;
2. Versorgung bei einer dekompensierten dementiellen Erkrankung ggf. mit Delir;
3. Versorgung bei im Vorfeld festgestellter Rehabilitationsindikation, Rehabilitationsantrag ist gestellt;
4. Versorgung bei aktuell bestehendem Rehabilitationsbedarf, der erst in der KZP durch das Verfahren zur Bedarfserkennung (incl. des Reha-Screenings) festgestellt wird;
5. Palliative Versorgung.

Diese fünf Schwerpunkte fokussieren auf die wesentlichen Aufgabenstellungen während der KZP; dies schließt eine Überlappung einzelner Inhalte nicht aus. Sie können bei Klienten sowohl nach stationärer Krankenhausbehandlung, nach einer stationären Rehabilitation als auch bei einer krisenhaften Zuspitzung in der häuslichen Versorgung zum Tragen kommen. Die KZP kann bei allen 5 Schwerpunkten die Versorgung sicherstellen.

Allgemeine, für alle Schwerpunkte geltende Aufgaben sind:

- Erweitertes multiprofessionelles Assessment in Hinblick auf die jeweilige Zielsetzung;
- Formulierung von Pflegezielen, Pflegeplanung, incl. der Behandlungspflege; interdisziplinär zu erarbeitende Ziele, u. a. welche Therapien, notwendige Hilfsmittel darunter auch Festlegung des Vorgehens bei medizinischen Problemen, die eine Entlassung/Verlegung verhindern;
- psychosoziale Versorgung, insbesondere unter der Zielsetzung Teilhabesicherung, gerade auch in Hinblick auf eine spätere häusliche Versorgung, in der Langzeitpflege oder in der Eingliederungshilfe;
- Fallbezogenes Angehörigenkonzept: Einbeziehung von Klienten und Angehörigen/ Bezugspersonen bei allen Planungsschritten und Entscheidungen; Beratung und Anleitung, ggf. Motivierung;
- Vorbereitung und Durchführung der Überleitung (multidisziplinär).

Versorgungsschwerpunkt 1: Pflegerische Versorgung, einschließlich der Behandlungspflege bei gesundheitlicher Instabilität, verzögerte Rekonvaleszenz – (aktuell) keine Rehabilitationsindikation

Zielsetzung: Stabilisierung des Gesundheitszustands, Sicherstellung komplexer Pflege einschl. Behandlungspflege, Verbesserung der Alltagskompetenz, Rückkehr in die eigene Häuslichkeit, Entwicklung eines teilhabeorientierten Versorgungskonzepts möglichst in der eigenen Häuslichkeit, ggf. auch in der Langzeitpflege oder der Eingliederungshilfe.

Wesentliche Elemente sind (neben den genannten allgemeinen Aufgaben):

- optimale Versorgung durch aktivierend-rehabilitative Pflege einschl. ggf. komplexer Behandlungspflege;

- Sicherstellung einer interdisziplinären Versorgung mit Heilmitteln und Hilfsmitteln;
- Empfehlungen zur weiteren Sicherstellung einer angemessenen Behandlungspflege;
- Empfehlungen für die weitere Versorgung mit Heilmitteln, Organisation notwendiger Hilfsmittel, Initiierung von notwendigen Wohnraumanpassungen;
- Reevaluation: bei Stabilisierung/klinischer Besserung Überprüfung, inwieweit ein Rehabilitationsbedarf und damit die Indikation für eine Rehabilitation neu festzustellen ist; damit gegebenenfalls Revision der bisherigen Zielsetzung und Einleitung eines Reha-Verfahrens.

Versorgungsschwerpunkt 2: Pflegerische und psychosoziale Versorgung bei einer dekompenzierten dementiellen Erkrankung ggf. mit Delir; (aktuell) keine Rehabilitationsindikation

Zielsetzung: Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, adaptierte und strukturierte Alltagsgestaltung in der KZP: Minimierung psychosozialer Belastungen, und Schaffung basaler Voraussetzungen für die Versorgung. Durch spezielle Tagesgestaltung und Kommunikationsstrategien sollen insbesondere erreicht werden: Stabilisierung des Wohlbefindens, des Sicherheitsgefühls, der Kooperationsbereitschaft und möglichst weitgehender Orientierung; ggf. auch die Wiederherstellung des Tag/Nacht-Rhythmus, Sicherung vitaler Voraussetzungen, die vor allem Flüssigkeits-/Nahrungsaufnahme betreffen; Reduktion/Absetzen von (sedierenden) zentral wirkenden Psychopharmaka; Ermöglichung notwendiger Pflegeprophylaxen. Förderung der selbstversorgungsbezogenen Kompetenzen (vgl. auch Kap. 4).

Unter Berücksichtigung der **individuellen Voraussetzungen und der Lebenssituation** (z. B. eigene Häuslichkeit oder Heim) erfolgt eine Bewertung der Möglichkeiten der Patienten einschließlich ihrer Versorgungssituation und der Ressourcen der versorgenden Bezugspersonen; das Team formuliert aufgrund der Erfahrungen während des Aufenthalts realistische Patientenziele auf der funktionellen und der Ebene der sozialen Teilhabe mit der Priorisierung auf die Frage der Alltagsrelevanz und einer möglichst guten Lebensqualität zuhause ggf. auch in der stationären Pflege.

Wesentliche Elemente neben den allgemeinen Aufgaben sind:

- Angepasste Kommunikation, die das Sicherheits- und Selbstwertgefühl fördert;
- Tagesstrukturierung;
- Erarbeitung therapeutischer Empfehlungen für die weitere Versorgung bezüglich relevanter Bereiche wie Mobilität, Ernährung, Kommunikation, Alltagsgestaltung u. a.;
- Empfehlungen für die weitere Versorgung mit Heilmitteln, Organisation notwendiger Hilfsmittel, Initiierung von notwendigen Wohnraumanpassungen;
- Ggf. Reevaluation bezüglich einer Reha-Bedarfs bei Stabilisierung/klinischer Besserung.

Versorgungsschwerpunkt 3: Versorgung bei einem schon eingeleitetem Reha-Verfahren

Zielsetzung: Umfassende pflegerische Versorgung während der KZP, Überleitung in die Rehabilitation einschließlich überbrückender Heilmittel; Begleitung des Reha-Verfahrens, wenn noch keine Kostenbewilligung vorliegt. Hilfsmittelversorgung, soweit ein langfristiger Bedarf absehbar ist.

Wesentliche Elemente neben den allgemeinen Aufgaben sind:

- Sicherstellung der pflegerischen Versorgung und Aktivierung, ggf. mit Unterstützung

- durch Heilmittelerbringer;
- Festlegung des Vorgehens bei medizinischen Problemen, die aktuell eine Rehabilitation verhindern wie bspw. nicht belastbare Frakturen;
- Vorbereitung der späteren häuslichen Versorgung, ggf. auch Alternativen wie Betreutes Wohnen, Langzeitpflege oder Eingliederungshilfe unter der Zielsetzung Teilhabesicherung, gerade auch in Hinblick auf die später notwendige Unterstützung und Versorgung;
- Begleitung des und Unterstützung bei der Verfolgung des Reha-Antragsverfahrens, wenn noch nicht positiv entschieden;
- bei geplanter mobiler Rehabilitation: vorbereitende Abstimmung, Planung und Durchführung in Zusammenarbeit mit dem mobilen Reha-Team.

Versorgungsschwerpunkt 4: Versorgung bei einem in der KZP neu ermitteltem Rehabilitationsbedarf

Zielsetzung: Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Erkennung eines bis dahin nicht erkannten Rehabilitationsbedarfs im Setting der KZP, Einleitung eines Reha-Verfahrens durch eine dafür qualifizierte Fachkraft aus dem Team der KZP unter Beteiligung des behandelnden Arztes.

Wesentliche Elemente neben den allgemeinen Aufgaben sind:

- nach Hinweisen auf einen Reha-Bedarf im Rahmen des Reha-Screenings Durchführung eines erweitertes multiprofessionelles Assessment zur Ermittlung realistischer Rehabilitationsziele, insbesondere unter dem Aspekt der Sicherung der sozialen Teilhabe; Vorabklärung der Allokation der Rehabilitation; Einbezug der An- und Zugehörigen;
- Unterstützung des Klienten bei der Antragstellung, Initiierung einer Reha-Verordnung durch den zuständigen Hausarzt; Unterstützung des Hausarztes bei der Erstellung der notwendigen Assessments. Gelingt eine Einbindung eines Haus- oder Facharztes nicht, kann auch der Sozialarbeiter/Fallmanager gemeinsam mit dem Klienten den Antrag bei der zuständigen Krankenkasse stellen. Eine direkte Begutachtung durch den MdK sollte dann ermöglicht werden;
- bei Klienten ohne geriatrisches Krankheitsprofil sollte bei der Bedarfsermittlung geprüft werden, ob ggf. eine Teilhabepflege erforderlich wird, z. B. im Hinblick auf Leistungen der Eingliederungshilfe;
- ggf. Unterstützung des Klienten bei Ablehnung der Reha-Leistung;
- pflegerische Versorgung des Klienten bis zum Beginn der Rehabilitation, ergänzt durch Heilmittel mit entsprechenden Behandlungs- und Fördermaßnahmen. Festlegung des Vorgehens bei medizinischen Problemen;
- sofern ein absehbarer Hilfsmittelbedarf für die Rehabilitation oder darüber hinaus vorliegt, Einleitung der Hilfsmittelversorgung;
- Überleitung zur Rehabilitation.

Versorgungsschwerpunkt 5: Palliativer Versorgungsbedarf

Zielsetzung: Umfassende pflegerische Versorgung, Erkennen eines palliativen Versorgungsbedarfes, gegebenenfalls auch eines Bedarfs an spezialisierte Palliativversorgung und Hinzuziehen eines SAPV-Teams.

Wesentliche Elemente neben den allgemeinen Aufgaben sind:

- Sicherstellung der pflegerischen Versorgung;
- Erweitertes multiprofessionelles Assessment in Bezug auf den palliativen Versorgungsbedarf;
- Gewährleisten der allgemeinen Palliativversorgung mit der Zielsetzung des Erhalts und der Verbesserung der Lebensqualität durch das Team der Kurzzeitpflege, ev. Hinzuziehen eines ambulanten Hospizes.
- Bei Bedarf an spezialisierter Palliativversorgung Hinzuziehen eines (möglichst eng kooperierenden) SAPV-Teams;
- Formulierung von palliativen Pflegezielen, Pflegeplanung, interdisziplinär zu erarbeitende Ziele im Rahmen der Palliativversorgung; u. a. sinnvolle Therapien, notwendige Hilfsmittel? - Darunter auch Festlegung des Vorgehens bei medizinischen Problemen;
- Vorbereitung und Durchführung einer optimalen Überleitung, möglichst nach Hause, ggf. in die spezialisierte ambulante palliative Versorgung oder in ein stationäres Hospiz. Teilhabesicherung auch in der letzten Lebensphase, vor allem auch in Hinblick auf eine noch mögliche häusliche Versorgung;
- Sterbebegleitung.

5.4 Ergebnisqualität: Nachsorge und Evaluation

Die Überleitung aus der Kurzzeitpflege in die Häuslichkeit des Klienten ist eine wichtige Schnittstelle, deren fachgerechte Bearbeitung für die Rückkehr und den Verbleib des Klienten in seiner eigenen Häuslichkeit entscheidend ist. Der KZP kommt hier die Funktion einer Weichenstellung zu.

Eine gelingende Nachsorge beginnt mit dem Empowerment der Klienten und ihrer An- und Zugehörigen. „Die systematische Information der nachsorgenden Einrichtungen und Berufsgruppen über die mit dem Pflegebedürftigen abgestimmten Pflege- und Versorgungsziele, die umgesetzten und weiterzuführenden Maßnahmen sowie die bisher erreichten Zustandsänderungen, insbesondere bezüglich des funktionellen Status, der alltagspraktischen Fähigkeiten sowie Kommunikations- und Orientierungsfähigkeit sind ein kritischer Erfolgsfaktor für die weitere Versorgung“²⁸.

Die Nachsorge stützt sich ferner auf die Pflege des Netzwerkes der an der Weiterversorgung der Klienten beteiligten Institutionen (ambulante Pflegedienste, Haus- und Fachärzte, Pflegestützpunkte, Heil- und Hilfsmittelerbringer, ggf. Reha-Dienste u. a.). Kontakte können im Rahmen regionaler Arbeitskreise gepflegt werden, notwendig sind vor allem jedoch ein geregelter Informationsaustausch sowie Rückmeldungen über Verläufe und Entscheidungen an die beteiligten Versorger.

Zur Systematisierung der Überleitung in die ambulante Versorgung bedarf es eines mit den Partner abgestimmten Pflege- und Behandlungsplanes sowie ggfs. eines Vorschlags für eine Teilhabepflege. Im Rahmen der Nachsorge und der Evaluation der Maßnahme wäre nach sechs bis acht Wochen eine aufsuchende Beratung durch eine Pflegefachkraft der Kurzzeitpflege sinnvoll, um ggf. Pflege- und Versorgungsziele mit den Betroffenen nachzujustieren und bei Bedarf weitere

²⁸ IGES (2013): Deckenbach B et al (2013): a.a.O. S. 73

Hilfen oder Entlastungs- und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige zu vermitteln.

6. Zusammenfassende Empfehlungen zur Weiterentwicklung der KZP

1. Die Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI muss sich stärker an den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen der Klienten und ihrer An- und Zugehörigen orientieren. Sie ist in ihrer konzeptionell weiterentwickelten Form bedarfs- und flächendeckend zur Verfügung zu stellen.
2. Die KZP nach § 42 SGB XI erfordert einen eigenen konzeptionellen Ansatz, der sich klar von der stationären Langzeitpflege und der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI unterscheidet. Deshalb sollte sie als wirtschaftlich und organisatorisch selbstständiges Angebot betrieben werden. Dies kann sein als Solitäreinrichtung oder als abgeschlossene Einrichtung innerhalb einer Einrichtung der Altenhilfe oder im Rahmen eines regionalen Versorgungsverbundes. Es sollte ausgeschlossen werden, dass eine Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI „eingestreut“ in der stationäre Langzeitpflege erbracht wird.
3. Während der KZP sollte die hausärztliche Versorgung umfassend und zuverlässig im Rahmen von Verträgen gem. § 119 b SGB V durch örtlich verfügbare Ärzte gewährleistet sein. Die Hausärzte der Klienten sollten dann die Versorgung übernehmen, wenn sie in der Lage sind, ärztliche Besuche in notwendigem Ausmaß in der Kurzzeitpflege durchzuführen, und bereit sind, der KZP von der Aufnahme an alle wesentlichen Informationen einschließlich Medikamentenplan zur Verfügung zu stellen. Dabei ist die freie Arztwahl der Klienten zu berücksichtigen. Darüber hinaus sollten Kooperationen u. a. mit Fachärzten der Chirurgie/ Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie bestehen, die auch Hausbesuche in der Kurzzeitpflege anbieten; alternativ sollte es möglich sein, dass die Klienten kurzfristig in den Facharztpraxen vorgestellt werden können.
4. Der KZP kommt als Übergangseinrichtung eine wesentliche Klärungs- und Weichenstellerfunktion zu hinsichtlich der weiteren Perspektive, der sozialen Teilhabemöglichkeiten und der Lebensqualität ihrer Klienten. Behandlungs- und Versorgungsbedarfe müssen umfassend, d.h. pflegerisch, therapeutisch, medizinisch-ärztlich und sozial erkannt werden. Insbesondere gilt es ein strukturiertes Verfahren, z. B. in Form eines Reha Screenings bzw. einer systematischen Bedarfserkennung zu etablieren, mit dem ein häufig bestehender Rehabilitationsbedarf dieser Klientel zuverlässig identifiziert werden kann.
5. Die weiterentwickelte Konzeption der KZP muss den unterschiedlichen Behandlungs- und Versorgungsbedarfen des Personenkreises (vgl. Kapitel 4) Rechnung tragen. Dazu muss sie in ihr Angebot alle 5 identifizierten Schwerpunkte aufnehmen und die sich daraus ableitenden Zielsetzungen verwirklichen können. Sie muss überprüfbar aufzeigen, wie die verschiedenen Schwerpunkte und die übergreifenden Prozessqualitätsmerkmale umgesetzt werden. Das betrifft Verfahren zur Bedarfserkennung/ermittlung, die Pflege-, Behandlungs- und insbesondere die Teilhabepflege sowie deren Umsetzung, Dokumentation und Evaluation der Maßnahmen. Eine enge Einbindung der behandelnden Ärzte sollte dabei gegeben sein. Diese wesentlichen Aspekte sollen im Einrichtungskonzept der KZP schlüssig dargelegt werden. Für ein strukturiertes und überprüfbares Vorgehen in den jeweiligen Handlungsfeldern stehen valide Instrumente zur Verfügung. Dem sollte ein eigenständiges Qualitätsprüfkonzept des MDK für KZP entsprechen.
6. Aufgrund der komplexen Anforderungen sollte die Arbeit in der KZP durch ein multipro-

fessionelles Team erfolgen, unter der Leitung einer Pflegefachkraft. Im KZP-Team sollten Fachkräfte aus den Bereichen Pflege, Sozialarbeit, Ergotherapie, wenn möglich Physiotherapie im Stellenplan vertreten sein. Die Ergotherapie und Physiotherapie könnte auch über Kooperationsverträge mit entsprechenden Praxen eingebunden werden, die auch eine Vergütungsregelung für die nicht rein therapeutischen Leistungen enthalten. Das Gleiche gilt für die Zusammenarbeit mit einer Praxis für Logopädie, Ernährungsberatung und Podologie und qualifizierten Anbietern von Hilfsmitteln.

7. Ihre Weichenstellungs- und Steuerungsfunktion kann die KZP nur dann erfüllen, wenn im Team ein Fallmanagement die Vernetzungs- und Vermittlungsaufgaben sowie Beratungs- und Unterstützungsleistungen übernimmt. Welche Aufgaben in den verschiedenen Versorgungsschwerpunkten damit verbunden sind, sollte in der KZP-Konzeption konkret dargelegt werden. Die/der mit dem Fallmanagement beauftragte Mitarbeiter/in sollte in das KZP-Team fest eingebunden sein. Ggf. kann es notwendig sein, auch Pflegestützpunkte in die (längerfristige) Fallbegleitung einzubeziehen.
8. Die Aufgaben und Ziele der KZP können nur dann erfolgreich erfüllt bzw. erreicht werden, wenn die KZP mit den an der (Weiter)Versorgung der Klienten beteiligten Diensten und Einrichtungen eine geregelte Zusammenarbeit vereinbart hat. Das betrifft die zuweisenden, wie auch die weiterversorgenden Einrichtungen und Dienste, wie auch die Dienste, die während der KZP eingebunden werden (z. B. mobile Rehabilitation, SAPV, Anbieter von Hilfsmitteln u. a.).
9. Bezüglich der Ausstattung sollte angestrebt werden, dass die Kurzzeitpflege ausschließlich über Einzelzimmer verfügt (u. a. um zu gewährleisten, dass keine Barrieren bestehen, um Klienten mit MRE-Besiedlung und verhaltensauffällige Klienten aufnehmen zu können.) Neben Wohn-, Ess- und Gemeinschaftsräumen sollten ein Trainingsbad, eine Trainingsküche sowie Räumlichkeiten für Fallbesprechungen und Therapien sowie zur Tagesstrukturierung zur Verfügung stehen. Barrierefreiheit und Zugang für Liegend-Transporte wie auch begehbare Außenbereiche sollten selbstverständlich sein.
10. Die KZP nach § 42 SGB XI muss ihren komplexen Aufgaben gemäß vergütet werden, insbesondere muss der deutlich höhere Personalaufwand, der Aufwand für den Teamprozess und der Aufwand aufgrund der kurzen Verweildauern angemessen berücksichtigt sein.
11. Es ist davon aufzugehen, dass die einzelnen Versorgungsschwerpunkte einen unterschiedlichen Aufwand bedeuten; diese Unterschiede dürften sich allerdings durch besondere Problematiken der Klienten (z. B. Demenz mit Verhaltensauffälligkeit, MRE-Besiedlung) unabhängig vom Versorgungsschwerpunkt nivellieren. Daher empfehlen wir als Vergütungsstruktur einen einheitlichen Tagessatz. Die Autoren plädieren aber dafür, einen besonders hohen Aufwand an Behandlungspflege (wie z. B. die Versorgung großflächiger Wunden oder die Tracheostoma-Pflege mit häufig notwendigem Absaugen und andere zu definierende Aufwände) z. B. durch einen Zuschlag gesondert zu vergüten. Ansonsten ist zu befürchten, dass die Aufnahme in die Kurzzeitpflege von Klienten erheblich erschwert ist, deren notwendige Behandlungspflege personal- und zeitintensiv ist und bei denen ev. zusätzlich teure Materialien zur Anwendung kommen müssen.
12. Die Länge des Aufenthalts der Klienten in der KZP sollte bestimmt sein von der Notwendigkeit der Erfüllung der Aufgabenstellung in der KZP. Der Aufenthalt sollte nicht durch eine Begrenzung der von der Pflegeversicherung zur Verfügung gestellten Finanzierung limitiert sein. Auch wiederholte Aufenthalte sollten bei entsprechender Indikation im Laufe eines Jahres möglich sein – z. B. wenn der Betroffene mehrere schwere Erkrankungen

erleidet und die KZP in Anspruch genommen werden muss.

13. Eine Weiterentwicklung der KZP bedarf einer eigenen gesetzlichen Grundlage und auch einer anderen dem Leistungsumfang entsprechenden Vergütung. Dabei ist sicherzustellen, dass die Patienten die Mehrkosten nicht zu tragen haben. Es sollte darüber hinaus daraufhin gewirkt werden, dass der Beitrag der Patienten für die weiterentwickelte Form der KZP minimiert wird. Dazu kommen verschiedene Finanzierungsmodelle in Betracht, u. a. eine Beteiligung der Krankenkassen an der Behandlungspflege. Bei der Prüfung der Finanzierungsoptionen ist darauf zu achten, dass die Urlaubs- bzw. Verhinderungspflege dem Leistungsprofil der LKP entspricht. Fehlanreize durch die Finanzierungsform, die dazu führen können, dass die Angebote der Urlaubs- und Verhinderungspflege ausgedünnt werden, sind zu vermeiden. Gesetzliche Regelungen sollten so gestaltet werden, dass die weiterentwickelte Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI in naher Zukunft bedarfs- und flächendeckend zur Verfügung stehen wird.

Autoren:

Uwe Brucker

Fachgebietsleiter Pflege beim Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbands (MDS) i.R.
Fachbuchautor zu Themen der Pflege, Pflegeversicherung und des Betreuungsrechts
Vorstand von PEA e.V. (www.pea-ev.de)
Uwe-Brucker@t-online.de

Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann

Facharzt für Orthopädie und physikalische und rehabilitative Medizin, Rheumatologie
Landesarzt für Körperbehinderte -Ltd. Arzt der Rehafachdienste Stiftung kreuznacher diakonie i.R.
Vorsitzender der DVfR
Vorstandsmitglied der BAG MoRe
Matthias.Schmidt.Ohlemann@gmail.com

Carola Schweizer

Soziologin M.A. - Forschungsschwerpunkte Pflegesystem, Politikberatung.
Vorstandsmitglied der BAG MoRe
caroschweizer@outlook.de

Dr. med. Martin Warnach

Facharzt für Innere Medizin, Geriatrie und Palliativmedizin
Ärztlicher Leiter Wichernkrankenhaus Berlin Spandau i.R.
Vorstandsmitglied der BAG MoRe.
martin.warnach@gmail.com

Korrespondenzanschrift

Dr. M. Schmidt-Ohlemann
Pestalozzistr. 5
55543 Bad Kreuznach