

Qualitätskriterien für eine fachgerechte Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)

STUDIEN
BERICHT

Qualitätskriterien für eine fachgerechte Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)

Studienbericht

für das Bundesministerium für Gesundheit

Berlin, November 2013



Autoren

Dr. Bernd Deckenbach
Christoph Stöppler
Sylvia Klein

Inhalt

1	Hintergrund und Auftrag.....	8
2	Methodisches Vorgehen.....	10
3	Ergebnisse zum internationalen Angebotspektrum von Kurzzeitpflege.....	18
3.1	Länderauswahl: Vorgehen und Ergebnisse	18
3.2	Zusammenfassung der Analyseergebnisse für die einzelnen Länder.....	19
3.2.1	Bundesrepublik Deutschland.....	20
3.2.2	Schweiz	27
3.2.3	Österreich	29
3.2.4	Australien	31
3.2.5	USA	33
3.2.6	Großbritannien	36
3.2.7	Irland	37
4	Ergebnisse der Recherche nach Qualitätskriterien für die Kurzzeitpflege.....	38
4.1	Zu den inhaltlichen Zielbereichen der Qualitätskriterien.....	41
4.2	Zum Umsetzungsgrad und Anwendungskontext.....	44
5	Anforderungsprofil für die Kurzzeitpflege mit Praxisbeispielen	45
5.1	Strukturelle Anforderungen.....	50
5.1.1	Anforderungen an die Organisationsform.....	50
5.1.2	Personalausstattung und Qualifikation.....	52
5.1.3	Gewährleistung der ärztlichen und therapeutischen Versorgung	54
5.1.4	Bauliche und räumliche Voraussetzungen	59
5.2	Anforderungen an den Pflegeprozess und seine Organisation.....	63
5.2.1	Pflegeüberleitung bei Aufnahme.....	64
5.2.2	Pflegeanamnese und Assessment	66
5.2.3	Pflegeplanung.....	68
5.2.4	Beratungs-, Organisations- und Koordinationsleistungen.....	71
5.2.5	Anforderungen an Dokumentation, Qualitätssicherung und Evaluation	75

6	Fazit und Ausblick	79
6.1	Zur Ausgangssituation	79
6.2	Zu den Ergebnissen der Länderanalysen und ihrer Übertragbarkeit auf Deutschland	79
6.3	Zum Anforderungsprofil für die Kurzzeitpflege und den damit verbundenen Entwicklungserfordernissen	82
6.4	Eckpunkte für eine Evaluation der Kurzzeitpflege in Deutschland	86
	Literatur- und Quellenverzeichnis	88
	Anlage 1 – Liste der extrahierten Qualitätskriterien	93

Tabellen

Tabelle 1:	Verwendete Suchbegriffe zur Recherche von Qualitätskriterien	12
Tabelle 2:	Quellen der Internetrecherche von Qualitätskriterien in Deutschland	13
Tabelle 3:	Quellen der internationalen Internetrecherche von Qualitätskriterien	15
Tabelle 4:	Letzter Arbeitsschritt der Länderauswahl	19
Tabelle 5:	Ausgewertete Kriteriensets/Quellen und Anzahl der extrahierten Qualitätskriterien	40
Tabelle 6:	Klassifikation der Qualitätskriterien	41
Tabelle 7:	Inhaltliche Zuordnung der extrahierten Qualitätskriterien nach Themenbereichen	42
Tabelle 8:	Zielgruppen der extrahierten Qualitätskriterien	44
Tabelle 9:	Struktur des Anforderungsprofils für die Kurzzeitpflege	49

1 Hintergrund und Auftrag

Mehr als zwei Drittel der heute rund 2,5 Mio. Pflegebedürftigen werden im häuslichen Umfeld gepflegt. Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht im erforderlichen Umfang sichergestellt werden, so haben Pflegebedürftige Anspruch auf stationäre Kurzzeitpflege. Hierdurch sollen insbesondere auch kritische Übergänge aus dem Krankenhaus unterstützt und eine Rehospitalisierung sowie ein verfrühter Einzug in die stationäre Dauerpflege verhindert werden.

Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) wurde zudem der Anspruch erweitert, so dass Kurzzeitpflege nun auch in Einrichtungen in Anspruch genommen werden können, die Leistungen zur medizinischen Versorgung und Rehabilitation erbringen. Ziel ist, dass Pflegeperson, die eine rehabilitative Maßnahme erhalten, in dieser Zeit den durch sie versorgten Pflegebedürftigen im gleichen Umfeld betreuen lassen können. Zudem wurde auch die Fortzahlung des hälftigen Pflegegelds während der Kurzzeitpflege eingeführt, um so die Attraktivität des Angebots noch einmal zu erhöhen.

Die Bedeutung der Kurzzeitpflege ist dabei über die Jahre zwar gewachsen, stagniert aber letztlich auf einem eher niedrigen Niveau. Nahmen im Jahr 2001 0,4 Prozent der Pflegebedürftigen (im Jahresdurchschnitt) Kurzzeitpflege in Anspruch, so waren es 10 Jahre später immerhin 0,7 Prozent. Dahinter verbergen sich rd. 395.000 Fälle. Im internationalen Vergleich zeugt dies aber eher von einer geringen Durchdringung mit Leistungen der Kurzzeitpflege (vgl. u.a. Döhner et al. 2007).

Damit steht in der Diskussion ob das Potential der Kurzzeitpflege, die ambulante Versorgung von Pflegebedürftigen so lange wie möglich zu ermöglichen, ausgeschöpft wird und ob die Kurzzeitpflege in ihrer gegenwärtigen Umsetzung in Deutschland ihre Funktion als zentrale Weichenstellerin gemäß der Intention des Gesetzgebers ausreichend wahrnimmt.

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) das IGES Institut beauftragt, eine Studie zu Qualitätskriterien für eine fachgerechte Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) zu erstellen, die das nationale und internationale Angebotsspektrum von Kurzzeitpflege sowohl auf der formell-institutionellen Ebene sowie als auch auf der Ebene der Einzeleinrichtungen sowie qualitative Vorgaben für die Kurzzeitpflege recherchieren und kritisch reflektieren soll. Auf dieser Basis sollten exemplarische Praxismodelle und Qualitätskriterien systematisch für einen Vergleich aufbereitet werden.

Im Ergebnis sollte auf der Grundlage

- der Ergebnisse der nationalen und – unter Berücksichtigung ihrer Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitssystem - internationalen Recherche nach Qualitätskriterien und beispielhaften Praxismodellen
- sowie relevanten gesetzlichen und vertraglichen Regelungen

ein Anforderungsprofil für die Kurzzeitpflege entwickelt werden. Hierbei sollten insbesondere folgende Aspekte berücksichtigt werden:

1. Pflegerisch-therapeutische Konzeption der Kurzzeitpflege
2. Konzeption zur Nachsorgevorbereitung
3. Angehörigenkonzept (z.B. Beratung und Einbindung der Angehörigen in die Nachsorgevorbereitung)
4. Kooperation/Vernetzung an den Schnittstellen zum Krankenhaus, zur vertragsärztlichen Versorgung sowie zur ambulanten Pflege und zu Beratungsstellen

Laut Leistungsbeschreibung des Auftraggebers stellt die beauftragte Studie eine Vorstudie für eine geplante Evaluation dar. Die für die geplante Evaluationsstudie vorgesehene Auswahl von Best-Practice-Modellen soll auf Grundlage des hier vorgelegten Anforderungsprofils für die Kurzzeitpflege vorgenommen werden.

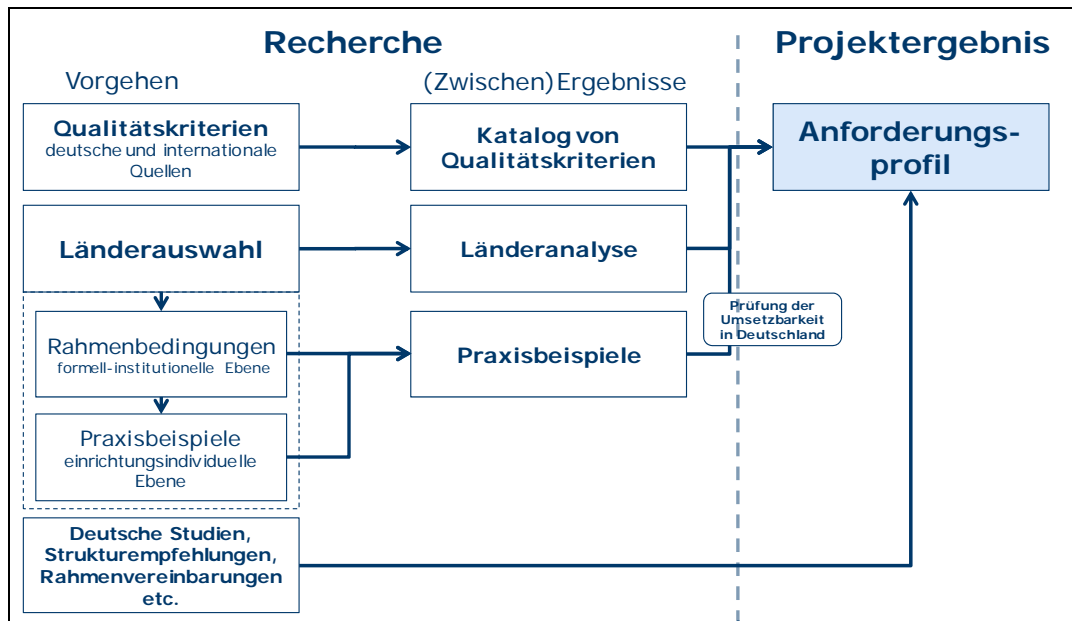
2 Methodisches Vorgehen

Im Rahmen der Studie wurden zunächst ausführliche strukturierte Literatur- und Internetrecherchen durchgeführt. Ziel der Recherchen war es

1. deutsche und internationale Quellen zur Qualitätssicherung und -bewertung pflegerischer Leistungsangebote, sowie zu vorhandenen Qualitätskriterien zu recherchieren,
2. zu einer begründeten Länderauswahl für den internationalen Vergleich zu kommen,
3. für die formell-institutionelle Ebene Rahmenbedingungen, Leistungsangebote, Akteure, Qualitätsvorgaben etc. und für die Kurzzeitpflege im internationalen Kontext zusammenzutragen sowie
4. auf einrichtungsindividueller Ebene Konzepte, Praxisbeispiele, Ansätze für Kurzzeitpflege oder Modelleinrichtungen zu identifizieren, welche die Qualitätskriterien umsetzen.

Im Ergebnisse der Recherchen (1-4) wurde ein Katalog von Qualitätskriterien erstellt sowie auf der Basis der Länderauswahl eine ausführliche Analyse der nationalen Rahmenbedingungen auf der formal-institutionellen und der Einrichtungsebene zur Identifikation von Praxisbeispielen durchgeführt. Hierbei war die Umsetzbarkeit ermittelter internationaler Praxisbeispiele aufgrund unterschiedlicher nationaler Gesundheitssysteme ein relevantes Kriterium für die Nutzung entsprechender Modelle für die weitere Nutzung im Projektkontext. Ergänzend wurde auch im nationalen Kontext nach Studien, Strukturempfehlungen und Rahmenvereinbarungen recherchiert. Die Ergebnisse der Recherche waren Grundlage zur Formulierung des Anforderungsprofils für die Kurzzeitpflege. Das in Abbildung 1 schematisch dargestellte methodische Vorgehen wird im Folgenden detailliert beschrieben.

Abbildung 1: Schematische Darstellung des methodischen Vorgehens



Quelle: IGES

Qualitätssicherung und -bewertung pflegerischer Leistungsangebote sowie zu vorhandenen Qualitätskriterien (1)

Als methodische Grundlage für die Qualitätskriterienentwicklung und -strukturierung wurden deutsche und internationale Quellen zur Qualitätssicherung und -bewertung pflegerischer Leistungsangebote recherchiert (1). Dabei galt es, systematische Vorarbeiten wie auch bereits geltende Qualitätsstandards sowie grundlegende Studien und Gutachten zur Qualitätssicherung der pflegerischen Versorgung zu identifizieren. Die Suche wurde anhand von verschiedenen deutsch- und englischsprachigen Suchbegriffen im Internet durchgeführt (vgl. Tabelle 1). Neben der Suche bei Google und Google Scholar wurde auch innerhalb der gesamten Internetadresse (URL; Uniform Resource Locator) einzelner, national relevanter Organisationen recherchiert (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 1: Verwendete Suchbegriffe zur Recherche von Qualitätskriterien

Suchbegriff
Kurzzeitpflege
Kurzzeitpflege Qualität
Kurzzeitpflege Qualitätsindikator
Kurzzeitpflege Qualität Indikator
Kurzzeitpflege Qualitätskriterien
Kurzzeitpflege Qualitätsmaßstäbe
respite care
respite care quality
"respite care" quality
respite "quality-indicator"
respite "quality-criteria"
respite "quality-measures"
"respite-care" "quality-indicator"
"respite-care" "quality-criteria"
"respite-care" "quality-measures"
"short-term care" "quality-indicator"
"short-term care" "quality-criteria"
"short-term care" "quality-measures"
"temporary-care" "quality-indicator"
"temporary-care" "quality-criteria"
"temporary-care" "quality-measures"
break care duties "quality indicator"
Intermediate Respite Care
"transitional care" "quality-indicator"
"transitional care" "quality-measure"
"tra
nsitional care" "quality-criteria"
"transitional care management" "quality"
"transitional care unit" "quality"
"transitional care unit" "Quality Indicator Survey"
"subacute nursing facilities" "quality"

Quelle: IGES

Tabelle 2: Quellen der Internetrecherche von Qualitätskriterien in Deutschland

Organisation	Internetseite
Google	http://www.google.de/
Google Scholar	http://scholar.google.de/
GKV-Spitzenverband	http://www.gkv-spitzenverband.de/
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)	http://www.mds-ev.de/
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)	http://www.dbfk.de/
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	http://www.bpa.de/
Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)	http://www.bagfw-qualitaet.de/
Deutsches Zentrum für Altersfragen	http://www.dza.de/
Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad)	http://www.bad-ev.de/
Bundesverband Europäischer Betreuungs- und Pflegekräfte (BEBP)	http://www.bebp.eu/
Kuratorium Deutsche Altershilfe	http://www.kda.de/
Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG)	http://www.isg-institut.de/

Quelle: IGES

Länderauswahl (2)

Für die Länderauswahl (2) wurde eine Recherche in der Datenbank Medline durchgeführt, um in Fachzeitschriften publizierte Artikel zu identifizieren. Dafür wurden die folgenden Suchbegriffe genutzt:

"Respite Care"[Mesh] (Definition: Patient care provided in the home or institution intermittently in order to provide temporary relief to the family home care giver.), "Frail Elderly"[Mesh].

Die Treffer wurden auf Basis von Titel und Abstract durchgesehen, relevante Arbeiten bestellt und ggf. extrahiert. Parallel dazu wurde im Internet, z. B. über Google Scholar, nach grauer Literatur gesucht. Zielveröffentlichungen waren bei beiden Suchstrategien internationale Vergleiche zu Kurzzeitpflege bzw. Altenpflege, Berichte zu (Effekten von) Kurzzeitpflege-Angeboten sowie Best-Practice-Länder. Es wurden explizit Studien zu nicht-häuslichen Angeboten (z. B. „Sitting“ oder häusliche Pflege) sowie zu Tages- oder Nachtpflege ausgeschlossen. Reviews zu verschiedenen Kurzzeitpflegeangeboten wurden allerdings eingeschlossen.

Formell institutionelle Ebene (3)

Zur Recherche auf der formell-institutionellen Ebene (3) wurden für die ausgewählten Länder erneut Google, Google Scholar und ggf. die Seiten länderspezifisch relevanter Institutionen (z.B. Gesundheitseinrichtungen der

Regierung oder spezialisierte Informationsangebote) genutzt, um überwiegend graue Literatur vorzufinden. Durch die Recherche kann die Kurzzeitpflege in den zu betrachtenden Ländern, insbesondere hinsichtlich der folgenden Aspekte, skizziert werden:

- Definition, Abgrenzung zu anderen Pflegeformen
- gesetzliche Rahmenbedingungen
- Zielsetzung der Kurzzeitpflege
- Anspruchsberechtigte
- Setting
- Bedeutung
- Akteure
- formale Einbettung
- Qualitätskriterien

Auf den Internetpräsenzen der unter Tabelle 3 aufgeführten Institutionen wurde nach entsprechender Literatur gesucht¹.

¹ Auf den aufgeführten Internetpräsenzen vorhandene Links zu weiteren Institutionen sind in der Tabelle nicht aufgeführt.

Tabelle 3: Quellen der internationalen Internetrecherche von Qualitätskriterien

Organisation	Land	Internetseite
NHS	GB	http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx
care inspectorate	GB	http://www.scswis.com/
nidirect government services	GB	http://www.nidirect.gov.uk/index.htm
Australian Government – Department of Health and Ageing	AUS	http://www.health.gov.au
Australian Institute of Health and Welfare	AUS	http://www.aihw.gov.au/
State of Victoria, Australia, Department of Health	AUS	http://www.health.vic.gov.au/agedcare/
Transition Care Program	AUS	http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/ageing-policy-transition.htm
Norwegian Board of Health Supervision	NO	http://www.helsetilsynet.no/Norwegian-Board-of-Health-Supervision/
Gesundheits- und Fürsorgedirektion, Kanton Bern	CH	http://www.gef.be.ch/
ARCH National Respite Network and Resource Center	USA	http://archrespice.org/
Medicare	USA	http://www.medicare.com
Family Caregiver Alliance	USA	http://www.caregiver.org/caregiver/jsp/home.jsp
Centers of Medicare & Medicaid Services	USA	http://cms.gov/
US Department of Health & Human Services	USA	http://www.hhs.gov/
Health Information and Quality Authority	IRL	http://www.hiqa.ie/

Quelle: IGES

Bei den internationalen Recherchen wurden die folgenden Suchbegriffe in verschiedenen sinnvollen Kombinationen verwendet:

availability, best value report, break care duties, break* in care*, care quality, elderly, eligible, frail aged, how to find, institutional, interim care, intermediate respite care, model project, number of beds, pilot project, pre-operating study, provision, quality measures, recipients, residential care, respite (short term breaks), respite breaks, respite care, respite homes, respite services, short break*, short-term break, short-term care, short stay respite, short-term institution, short term stay, short-stay respite care, short-term break, short-term care, short-term institution, social care statistics, temporary care, use of respite care.

Im Rahmen dieser Recherchen konnten bereits vereinzelt Institutionen für die Suche auf einrichtungsindividueller Ebene (4) identifiziert werden. Im nächsten Schritt wurde dann die Recherche überwiegend grauer Literatur, beispielsweise auf den Seiten der Träger, durchgeführt.

Recherche nach Praxismodellen und Einzeleinrichtungen (4)

Für die Internetrecherche nach Praxismodellen und Einzeleinrichtungen im Ausland und in Deutschland wurde im jeweiligen nationalen Kontext explizit nach entsprechenden Einrichtungen und Anbietern relevanter Leistungen in der Internetsuchmaschine Google gesucht. Dabei wurden jeweils die ersten 100 Treffer auf entsprechende Einrichtungen durchgesehen. Es handelt sich deshalb nicht um eine abschließende Suche. Für die Identifikation und Auswahl von Praxismodellen und Einzeleinrichtungen wurden die passenden Informationen auf den Internetpräsenzen der Anbieter extrahiert und ausgewertet. Es konnten demnach nur solche Anbieter berücksichtigt werden, die entsprechende Informationen über Art und Inhalt ihres Angebots ausführlich und öffentlich zugänglich präsentieren.

Für die Suche nach Praxismodellen und Einzeleinrichtungen im Ausland wurden die folgenden Suchbegriffe jeweils in Kombination mit den im Ergebnis der Länderauswahl festgelegten Ländern (vgl. 3.1) gesetzt: transitional care unit, transition care unit, transitional care management, subacute nursing facilities, post-acute-care, respite unit, respite care unit, Übergangspflege (im deutschsprachigen Ausland).

Die Recherche nach Praxismodellen und beispielhaften Einzeleinrichtungen in Deutschland erfolgte nach folgenden Maßgaben:

- Die Praxismodelle sollten zum Zeitpunkt der Recherche aktuell umgesetzt werden.
- Es sollte sich um organisatorisch eigenständige Kurzzeitpflegeangebote handeln
- Im Internetauftritt sollte eine Konzeption, ein Einrichtungsprofil besondere Leistungsangebote bzw. ggf. weitere Alleinstellungsmerkmale des Praxismodells explizit genannt und möglichst auch beschrieben sein.

Die Internetrecherche erfolgte auf Grundlage folgender Suchbegriffe jeweils in Kombination mit dem Begriff: „Kurzzeitpflege“: Modelleinrichtung, Modellprojekt, Konzeption, Übergangspflege, rehabilitative Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege, Post-Akut-Pflege, Pflegeüberleitung, Entlassungsplanung.

Die Suche nach Modellkonzepten erfolgte zum einen analog der beschriebenen Suche nach Praxismodellen und Einzeleinrichtungen und zum anderen auf den Internetpräsenzen entsprechender offizieller Stellen (z. B. nationale Ministerien, regionale Behörden).

Im Ergebnis wurden die Einrichtungen und Konzepte ausgewählt, die hinreichend gut und ausführlich beschrieben waren und sich inhaltlich als Praxismodelle und Einzeleinrichtungen eigneten, da sie neue Ansätze im Sinne

des beschriebenen Anforderungsprofils aufzeigen. Die Informationssammlung über deutsche KZP-Einrichtungen wurde durch Besuche oder Telefonate ergänzt. Dabei ist ggf. nicht jede Einrichtung oder jedes Modell vollständig als Mustereinrichtung geeignet, sondern verfügt möglicherweise über strukturelle oder prozessuale Angebote oder Bestandteile, die für ein Praxismodell herangezogen werden. Die Übertragbarkeit der dargestellten Ansätze auf die Kurzzeitpflege im Sinne der deutschen Gesetzgebung spielte bei der Auswahl eine untergeordnete Rolle.

3 Ergebnisse zum internationalen Angebotsspektrum von Kurzzeitpflege

3.1 Länderauswahl: Vorgehen und Ergebnisse

Die Länderauswahl für den internationalen Vergleich erfolgte nicht systematisch. Stattdessen wurden Länder ausgewählt, die hinsichtlich verschiedener Aspekte geeignet erscheinen. Es wurden Länder mit innovativen Kurzzeitpflegeangeboten gesucht, die dazu auch englischsprachige (oder deutschsprachige) Informationen veröffentlicht haben. Die Übertragbarkeit auf Deutschland hinsichtlich des Sozialversicherungssystems und vergleichbarer Wirtschaftskraft (Bruttonationaleinkommen pro Kopf (Kaufkraftparität)) spielte bei der Auswahl eine untergeordnete Rolle. Für die Länderauswahl wurden die Treffer aus der Literaturrecherche verwendet.

Wichtigste Treffer waren dabei

- Mason et al. A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of different models of community-based respite care for frail older people and their carers. HTA 2007, Vol. 11: No. 15,
- Shaw et al. Systematic review of respite care in the frail elderly. HTA 2009, Vol. 13: No. 20
- sowie mehrere internationale Vergleiche zu Altenpflege und zu Kurzzeitpflege bei Kindern mit Behinderung.

In Mason et al. (2007) kam die Mehrheit der von den Autoren eingeschlossenen Studien aus den USA und GB. Shaw et al. (2009) berichtet überwiegend über Studien aus den USA, GB und Australien. In U.S. Department of Health and Human Services (1995) wird die stationäre Entlastungspflege für Kanada, Australien und Norwegen (14 Prozent aller Aufnahmen in Pflegeheimen als Kurzzeitpflege) erwähnt. Darüber hinaus konnten mehrere Einzelpublikationen zu Irland (Health Information and Quality Authority 2008), Großbritannien (Chesson 2001), Australien (Austr. Gov. 2012; O'Connell 2012) und den Niederlanden identifiziert werden.

In Hoffmann und Rodrigues (2010) konnte darüber hinaus eine Auflistung des Anteils der für die Kurzzeitpflege verfügbaren Betten (bzw. deren Nutzer) an der Bevölkerung über 65 Jahre gefunden werden. Demnach nutzen in den Niederlanden 1,4 Prozent der Bevölkerung über 65 Jahre, in Schweden 0,6 Prozent, in der Schweiz 1,4 Prozent und in GB 0,6 Prozent (Top 4) Kurzzeitpflege (Hoffmann und Rodrigues 2010).

Anschließend an diese Literaturanalyse wurden zu den oben genannten Ländern Internetrecherchen zur Verfügbarkeit spezifischer Informationen zur Kurzzeitpflege durchgeführt. Tabelle 4 zeigt die Ergebnisse dieses Auswahlstoffs.

Tabelle 4: Letzter Arbeitsschritt der Länderauswahl

Land	Informationen vorhanden?	Entsprechende Angebote vorhanden?	Informationen englischsprachig?
Australien	√	√	√
Finnland	√	√	wenig
Frankreich	√	√	wenig
GB	√	√	√
Irland	√	√	√
Niederlande	√	√	wenig
Norwegen	√	√	wenig
Schweden	√	√	wenig
Schweiz	(√)	√	(deutschsprachig)
Österreich	√	√	(deutschsprachig)
USA	√	√	√

Quelle: IGES

Im Ergebnis der Recherchen wurden Australien, Großbritannien, USA, Schweiz, Österreich und Irland für den internationalen Vergleich und die Recherche nach Praxismodellen und Einzeleinrichtungen herangezogen.

3.2 Zusammenfassung der Analyseergebnisse für die einzelnen Länder

Bei der Auswertung vorhandener Literatur im internationalen Kontext ist zu beachten, dass sich die verwendeten Begriffe für Kurzzeitpflege („intermediate care“, „respite care“, „transitional care“ etc.) leistungsrechtlich in allen untersuchten Ländern deutlich von der Begrifflichkeit der Kurzzeitpflege im deutschen Leistungsrecht unterscheidet. Der Kurzzeitpflege in Deutschland vergleichbare Angebote umfassen dabei, je nach Land, stationäre oder ambulante Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege oder regelmäßige (d. h. wöchentliche) Entlastung durch professionelle Dienstleister, informelle Helfer oder niedrigschwellige Angebote. Das Angebot an verfügbaren Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und zur pflegerischen Versorgung nach akutstationären Aufenthalten ist damit deutlich breiter als die Kurzzeitpflege im Kontext des SGB XI. Eine ausschließliche Konzentration

auf Kurzzeitpflege im stationären Setting liegt in keinem der untersuchten Länder vor. Daher umfassen auch die recherchierten Qualitätsvorgaben und -standards i. d. R. ein deutlich umfangreicheres Leistungsspektrum. Folgende Typen von Quellen wurden daher zur Extraktion von Qualitätskriterien herangezogen:

- Quellen (z.B. Kriteriensets, HTA's), die explizit Qualitätskriterien für „respite care“ enthalten sowie
- Quellen, die Qualitätskriterien für stationäre Pflege („residential care“) enthalten, die auch für „respite care“ im stationären Kontext angewendet werden.

Im Folgenden sind die formell-institutionellen Rahmenbedingungen, statistische Angaben zur Inanspruchnahme (sofern vorhanden) und allgemein gültige Qualitätsvorgaben für Kurzzeitpflege in den untersuchten Ländern kurz beschrieben. Dies ermöglicht eine erste Einordnung der recherchierten und extrahierten Qualitätskriterien im Verhältnis zum hiesigen Leistungsangebot der Kurzzeitpflege.

3.2.1 Bundesrepublik Deutschland

3.2.1.1 Formell-institutionelle Ebene

Die spezifischen Anforderungen an die Kurzzeitpflege in Deutschland leiten sich von der Zielsetzung ab, die der Gesetzgeber mit § 42 SGB XI verband. Ausgehend vom übergeordneten gesundheitspolitischen Ziel, d. h. die ambulante pflegerische Versorgung von Pflegebedürftigen in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung zu stärken, nennt § 42 SGB XI explizit wesentliche Konstellationen, die dieses übergeordnete Ziel gefährden können:

- Akutstationäre Behandlungen, welche oft zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Verschlechterung oder zumindest Veränderung der Pflegebedarfe führen, auf die sich das häusliche professionelle und nicht-professionelle Unterstützungssystem neu einstellen muss.
- Sonstige Krisensituation, überwiegend durch Überlastung oder Erkrankung von pflegenden Angehörigen hervorgerufen.

Zugleich hat der Gesetzgeber weitere Regelungen getroffen, die den spezifischen Charakter der Kurzzeitpflege unterstreichen, d. h.:

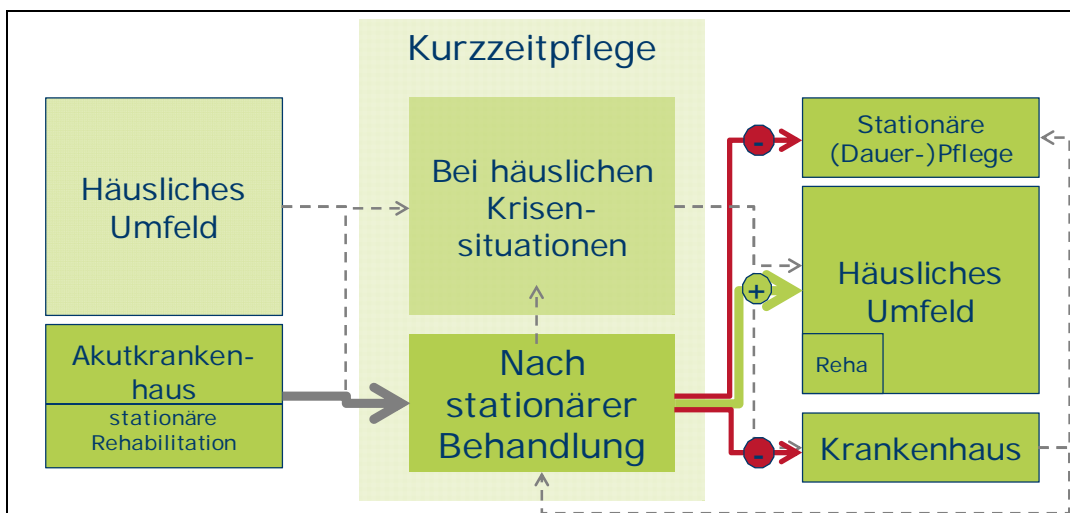
- dessen strikte zeitliche Begrenzung („vorübergehend“, „vier Wochen pro Kalenderjahr“) sowie
- dessen subsidiäre Aufgabe („häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend“).

Somit wurde der Kurzzeitpflege durch den Gesetzgeber im § 42 SGB XI eine hochspezialisierte, fachlich sowie organisatorisch anspruchsvolle Auf-

gabe innerhalb der pflegerischen Versorgungskette zugewiesen, die an entscheidender Stelle, z. B. der postakuten Versorgung in individuellen Pflegeverläufen angesiedelt ist (sog „Clearing-“ oder „Weichenstellerfunktion“ der Kurzzeitpflege).

Die folgende Abbildung 2 stellt idealtypisch die Weichenstellerfunktion der Kurzzeitpflege gemäß der Zielsetzung des Gesetzgebers dar: Die Pflegebedürftigen kommen aus einer krisenhaften, häuslichen Situation, aus einem stationären Aufenthalt in einem Akutkrankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung. Im Rahmen der Kurzzeitpflege soll die weitere dauerhafte pflegerische Versorgung geklärt werden. Anzustreben ist die Rückkehr in die gewohnte häusliche Umgebung, ggf. auch eine rehabilitative Weiterversorgung. Vermieden werden sollten insbesondere (erneute) Krankenhausaufnahmen.

Abbildung 2: Weichensteller- und Clearingfunktion der Kurzzeitpflege gem. § 42 SGB XI



Quelle: IGES

Demgegenüber hat der Gesetzgeber für Pflegesituationen, in denen aufgrund eines „Erholungsurlaubs, einer Krankheit oder aus anderen Gründen“ eine Verhinderung der Pflegeperson die Folge sein kann (§ 39 SGB XI), die Pflegeleistung „Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson („Verhinderungs- oder Urlaubspflege“) vorgesehen.

In Abgrenzung zur Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI greift die „Verhinderungs- und Urlaubspflege“ zumeist bei pflegerischen Versorgungssituationen, die i. d. R. nicht durch krisenhafte bzw. medizinisch und pflegerisch schwierige Akutsituationen, sondern durch Planbarkeit gekennzeichnet sind. Insbesondere bei der „Verhinderungs- und Urlaubspflege“ ist i. d. R. die weitere häusliche Versorgung geklärt. Die Pflegeleistung soll i. d. R. als häusliche Ersatzpflege durch ambulant tätige Pflegekräfte erbracht werden.

Die Verhinderungspflege kann aber auch in einer stationären Einrichtung durchgeführt werden. Es ist gängige Praxis in Deutschland, dass Leistungen der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege kombiniert werden, indem Pflegebedürftige, welche auf der Grundlage des § 42 SGB XI in eine KZP-Einrichtung aufgenommen wurden, nach zeitlichem Ablauf des Leistungsanspruchs auf Kurzzeitpflege ihren Aufenthalt auf Grundlage des § 39 SGB XI verlängern. Derzeit führt dies dazu, dass in Einrichtungen der „Kurzzeitpflege“ Pflegeleistungen zumeist sowohl gemäß § 42 SGB XI als auch gemäß § 39 SGB XI erbracht werden².

Im Jahresdurchschnitt 2011 erhielten ca. 20.000 Pflegebedürftige Kurzzeitpflege (wegen der Begrenzung auf 4 Wochen pro Jahr entsprach dies rd. 395.000 Fällen). Seit 1995 hat sich zwar die Anzahl der Leistungsempfänger annähernd verfünffacht, dennoch ist der Anteil der Kurzzeitpflege-Leistungsempfänger an allen Leistungsarten mit 0,7 Prozent nach wie vor als sehr gering zu bewerten (Statistisches Bundesamt 2013, BMG o.J.).³

Formale Qualitätsvorgaben

Neben dem in § 42 SGB XI grundlegend geregelten Anspruch auf Kurzzeitpflege in Deutschland und den allgemeinen Qualitätsvorgaben des elften Kapitels im SGB XI, finden sich Qualitätsvorgaben zu diesem Leistungsbereich auch auf Länderebene.

Nach § 92 SGB XI sind in jedem Bundesland Landespflegeausschüsse einzurichten. Diese können „zur Umsetzung der Pflegeversicherung Empfehlungen abgeben“. Landespflegeausschüsse haben dementsprechend empfehlenden Charakter. Zwar haben diese Handlungsempfehlungen keinen ver-

² Eine Befragung von geförderten KZP-Einrichtungen im Rahmen des Modellprogramms zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger aus dem Jahre 2006 ergab, dass der Aufenthalt in der KZP-Einrichtung von etwa der Hälfte der Pflegegäste auf Grundlage des §39 SGB XI erfolgte. Ein weiteres Drittel nahm Kurzzeitpflege auf Grundlage des §42 SGB XI in Anspruch. Bei 18,5% der Pflegegäste wurden beide Finanzierungsgrundlagen genutzt (Geiger 2007).

³ Bei der Interpretation der Angaben ist zu beachten, dass die genannten Angaben zur Anzahl der Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt aus Leistungstagen errechnet wurden. Im Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland wird hierzu vermerkt: „Die Leistungsarten häusliche Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege sowie Tages- und Nachtpflege haben entsprechend ihrem Charakter als zeitlich befristete oder ergänzende Leistungen nur ein geringes Gewicht. Dies ist aber nicht mit einer geringfügigen Inanspruchnahme gleichzusetzen. Hinter den jeweils unter 50.000 Personen liegenden Empfängerzahlen im Jahresdurchschnitt (fiktive Ganzjahresempfänger) verbergen sich jeweils zwischen 100.000 und 600.000 Fälle“ (BMG S.47).

bindlichen Charakter, jedoch bilden diese Empfehlungen u. a. die Grundlage für die Rahmenverträge zur Kurzzeitpflege und für weiterführende konzeptionelle und gesetzliche Vorgaben auf Länderebene. Dies betrifft insbesondere auch Empfehlungen bezüglich der Pflegequalität.⁴

Rahmenverträge auf Landesebene regeln die grundlegenden inhaltlichen Anforderungen an die Erbringung der Kurzzeitpflege im jeweiligen Bundesland. Ebenfalls geregelt sind Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur „Überprüfung der Erfüllung der gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtungen“. Nähere detaillierte Angaben zur Qualität der Kurzzeitpflege enthalten Rahmenverträge im Allgemeinen nicht.

Auf der Grundlage der landesspezifischen Rahmenverträge werden mit Leistungserbringern Einzelverträge geschlossen, die zur Abrechnung der Leistung mit den Pflegekassen berechtigen. Der überwiegende Teil der Bundesländer sieht danach eine wirtschaftliche Selbständigkeit der Kurzzeitpflege vor. Einige Bundesländer sehen hier eine strengere Definition der wirtschaftlichen Selbständigkeit dahingehend vor, dass Kurzzeitpflegeeinrichtungen „ausschließlich Leistungen nach § 42 SGB XI erbringen“ dürfen (z. B. Brandenburg, Niedersachsen). In Einrichtungen mit darüber hinausgehendem Leistungsangebot muss in diesen Bundesländern eine klare und eindeutige Trennung (räumlich, personell, finanziell) von übrigen Betriebsbereichen gegeben sein. Dies schließt die Nutzung sogenannter „eingestreuter Betten“ im Rahmen der Kurzzeitpflege per Vertrag aus.

Darüber hinaus enthalten Einzelverträge Regelungen zur Qualitätssicherung, berufen sich dabei jedoch zumeist auf die Einhaltung und Gültigkeit der Vorgaben des SGB XI.

3.2.1.2 Einrichtungsebene

Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI wird in Deutschland gegenwärtig in folgenden Organisationsformen durchgeführt:

- In vollstationären Pflegeeinrichtungen werden Plätze für die Kurzzeitpflege vorgehalten (sog. „eingestreuete Betten“).
- Kurzzeitpflege wird in einem zumindest personell und baulich eigenständigen Bereich einer stationären Pflegeeinrichtung angeboten.

⁴ In diesem Zusammenhang ist insbesondere das sehr umfassende Rahmenkonzept zu Leistungen und zur Gestaltung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen in Niedersachsen zu nennen (Niedersachsen 2003).

- Kurzzeitpflege wird auch in betriebswirtschaftlich eigenständigen Einrichtungen durchgeführt (sog. „Solitäreinrichtungen“).

Laut Pflegestatistik für das Jahr 2011 des statistischen Bundesamts bieten etwa ein Viertel der Pflegeheime in Deutschland Kurzzeitpflegeleistungen an. Von den ca. 830.000 vollstationären Pflegeplätzen waren rund 31.000 (dies entspricht ca. 3,7 Prozent) als flexibel für die Kurzzeitpflege nutzbar (d. h. „eingestreute Betten“) ausgewiesen. Ausschließlich für die Kurzzeitpflege waren demnach ca. 11.000 Plätze vorgesehen (Statistisches Bundesamt 2013).

Recherchierte Praxismodelle und Einzeleinrichtungen

Die Recherche nach Praxismodellen und beispielhaften Einzeleinrichtungen in Deutschland erfolgte nach folgenden Maßgaben:

- Die Praxismodelle sollten zum Zeitpunkt der Recherche aktuell umgesetzt werden.
- Es sollte sich um organisatorisch eigenständige Kurzzeitpflegeangebote handeln.
- Im Internetauftritt sollte eine Konzeption, ein Einrichtungsprofil besondere Leistungsangebote bzw. weitere Alleinstellungsmerkmale des Praxismodells genannt und möglichst auch beschrieben sein.

Praxismodelle mit Schwerpunkt „rehabilitative Kurzzeitpflege“

Eine Reihe von Einrichtungen stellen sich in ihrer Außendarstellung als „rehabilitative Kurzzeitpflege“ dar. Die damit zusammenhängenden rehabilitativen Leistungsangebote lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die aktivierende Pflege soll explizit betont werden (z. T. mit Herausstellung entsprechender Qualifikationen und Kompetenzen der Pflegekräfte (z. B. Bobath-Fortbildungen) sowie Durchführung von Hilfsmittel- und Wohnraumanpassungen).
- Die therapeutische Versorgung wird zumeist durch Kooperationen mit niedergelassenen Physio- und Ergotherapeuten bzw. nahe gelegenen ambulanten Therapiezentren erbracht, die zumeist an festgelegten Tagen (i. d. R. zweimal wöchentlich) in die Einrichtung kommen und dort die entsprechende Behandlung/Therapie in der Einrichtung erbringen. Einige Einrichtungen, wie die Ergo- oder Physiotherapie, werden auch durch angestellte Therapeuten erbracht.
- Auf der Grundlage von Pflege- und Versorgungszielen wird ein Maßnahmenplan für die aktivierende Pflege, die rehabilitativen Therapien, die Hilfsmittelversorgung, Wohnraumanpassung und für die pflegerische und rehabilitative Weiterversorgung erstellt.
- Die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln wird durch Kooperationen mit Haus- und Fachärzten sichergestellt.

- Für die Durchführung der rehabilitativen Therapien stehen geeignete und mit der erforderlichen Ausstattung (z. B. Bobathbänke) versehene Räumlichkeiten entweder in der KZP-Einrichtung selbst bzw. in der Pflegeeinrichtung bzw. dem Akutkrankenhaus, in dem sich die Einrichtung befindet, zur Verfügung.
- Einige Einrichtungen heben zudem hervor, dass die kooperierenden Therapeuten zur Abstimmung mit der aktivierenden Pflege an Teamsitzungen bzw. Fallbesprechungen teilnehmen und dass gesonderte Therapieräume mit der erforderlichen Ausstattung vorgehalten werden.
- Die weitergehende therapeutische Versorgung nach dem KZP-Aufenthalt wird durch die Einrichtung initiiert und koordiniert.

Im Rahmen der Recherche konnten u.a. folgende Einrichtungen, welche explizit „rehabilitative Kurzzeitpflege“ anbieten recherchiert werden:

- *Henriettenstiftung in Hannover* (www.henriettenstiftung-altenhilfe.de)
- *Ravensberger-Stift / Bünde* (www.ravensberger-stift.de)
- *Reha-Zentrale-DIAKO / Bremen* (www.reha-zentrale-diako.de)
- *Wohnpark Harlingerland am Krankenhaus Wittmund* (www.wohnpark-harlingerland.de/kontakt.html)

Praxismodell im Rahmen der Integrierten Versorgung nach § 140 a Absatz 1 SGB V

Einen spezifischen Praxisansatz der rehabilitativen Kurzzeitpflege stellt die Reha-Kurzzeitpflege im Rahmen der Integrierten Versorgung nach §140 a Absatz 1 SGB V im Caritas - Zentrum Bremen dar. Die Reha-Kurzzeitpflege des Caritas-Landesverbandes Bremen ist ein lokales Angebot, mit dem ein Verbund von Caritas-Einrichtungen auf den Bedarf von Menschen reagiert, die sowohl rehabilitations- als auch akut pflegebedürftig sind. In das Angebot der Kurzzeitpflege werden in Zusammenarbeit mit zwei Internisten, einem ambulanten Dienst und der Physiotherapie eines Krankenhauses Rehabilitationsleistungen und ambulante Krankenpflege integriert. Dabei wendet sich das Angebot an Patienten, die aus dem Akutkrankenhaus kommen und nach einem behandelten Schlaganfall, einer Hüft- oder Knieoperation die Möglichkeit der Rückkehr in die eigene Häuslichkeit abklären wollen und diese durch frühe Rehabilitationsmaßnahmen unterstützen wollen. Die Versorgung mit Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie erfolgt durch ein kooperierendes ambulantes Therapiezentrum. Die Heilmittelverordnung und -abrechnung erfolgt durch die am Integrierten Versorgungs-(IV)-Vertrag beteiligten Krankenkassen. Im Rahmen des IV-Vertrags nach § 140 a Absatz 1 SGB V erfolgt die ärztliche Versorgung durch niedergelassene Internisten. Die teilnehmenden Ärzte führen

Visiten an festgelegten Tagen durch und nehmen an Sitzungen des therapeutischen Teams teil. (Diakonisches Werk 2007)

KZP-Einrichtungen an Akutkrankenhäusern

Die unmittelbare räumliche Nähe zu einem Akutkrankenhaus eröffnet für KZP-Einrichtungen insbesondere Möglichkeiten

- zur Mitnutzung von therapeutischer Ausstattung, Räumlichkeiten des Akutkrankenhauses (z. B. Therapieräume für Ergo- und Physiotherapie, medizinische Bäderabteilung, Bewegungsbad) und teilweise auch des therapeutischen Personals,
- zur engen fachlichen und fallbezogenen Kooperation mit geriatrischen Fachabteilungen sowie
- zur Mit-Inanspruchnahme des Klinik-Sozialdienstes.

Die Recherche ergab u. a. folgende Einrichtungen, welche die Anbindung an ein Akutkrankenhaus in ihrer Außendarstellung hervorheben und die damit verbundenen Möglichkeiten darstellen werden:

- *Kurzzeitpflege des Clemenshospitals / Münster*
(www.clemenshospital.de/ch/pflege-und-therapie/kurzzeitpflege)
- *Kurzzeitpflege im Vivantes Klinikum Neukölln / Berlin*
(www.vivantes.de/.../kurzzeitpflege-im-vivantes-klinikum-neukoelln)
- *Kurzzeitpflege am Südharz Klinikum / Nordhausen* (www.suedharz-klinikum.de/die.../kurzzeitpflege/kurzzeitpflege.php)
- *Kurzzeitpflege im Himmeling Krankenhaus Sögel*(www.krankenhaussoegel.de)
- *Kurzzeitpflege Waldfriede/ Berlin-Zehlendorf* (www.krankenhaus-waldfriede.de).

KZP-Einrichtungen mit spezifischen Pflegekonzepten

Eine Reihe von KZP-Einrichtungen stellen spezifische pflegerische Versorgungskonzepte für spezifische Anforderungen heraus, dies betrifft insbesondere die Palliativversorgung in Kooperation mit niedergelassenen Ärzten, welche die Voraussetzungen für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) erbringen. Teilweise sind die KZP-Einrichtungen auch an Palliativzentren angegliedert. Die Recherche ergab u. a. folgende KZP-Einrichtungen mit einem einen Schwerpunkt in der pflegerischen Palliativversorgung in der Außendarstellung der Einrichtung:

- *Kurzzeitpflege im Palliativzentrum Weinbrennerhaus / Ottersweier*
(www.stiftung-hub.de/kurzzeitpflege.phtml)
- *Kurzzeitpflege im Palliativnetz Bochum* (www.palliativnetz-bochum.de)

3.2.2 Schweiz

3.2.2.1 Formell-institutionelle Ebene

In der Schweiz ist nach erfolgter Recherche die Kurzzeitpflege entsprechend dem deutschen Verständnis derzeit nicht auf formell-institutioneller Ebene als Leistung etabliert. Jedoch sieht das Krankenversicherungsgesetz (KVG) in Art. 25 a Abs. 2 KVG seit 2011 eine Überleitungspflege im Anschluss an einen akutstationären Aufenthalt für die Dauer von maximal zwei Wochen vor. Ein Grund ist u. a. die Bemühung vieler Krankenhäuser um eine Verkürzung der Aufenthaltsdauern im Zusammenhang mit der Einführung einer neuen Spitalfinanzierung auf Grundlage von DRGs. Vor diesem Hintergrund befinden sich derzeit erste Modelle zur Überleitungspflege in der Umsetzung. Ziel der Übergangspflege ist bspw. die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz, d. h. die Wiedererlangung der vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten sowie die dauerhafte Rückkehr nach Hause und die Vermeidung einer Rehospitalisierung. Die im Rahmen der Übergangspflege zu erbringenden Leistungen sind in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) fest definiert. Zusätzliche medizinische oder therapeutische Leistungen, die nicht in diesem Leistungskatalog enthalten sind, können als Einzelleistung erbracht werden (H+ 2011 und Curaviva, 2013).

Auch wenn die Leistung der Akut- und Übergangspflege zumeist von älteren Menschen in Anspruch genommen wird, ist die generelle Pflegebedürftigkeit keine Voraussetzung für die Inanspruchnahme entsprechender Leistung. Daher ist sie leistungsrechtlich im Bereich der Krankenversicherung etabliert worden. Auf ca. 3 - 10 Prozent aller in der Schweiz stationär durchgeführten Behandlungen wird das Potenzial der Inanspruchnahme der Übergangspflege geschätzt (H+ 2011).

3.2.2.2 Einrichtungsebene

Recherchierte Praxismodelle und Einzeleinrichtungen

Regionaler Modellversuch „Post-Akut-Pflege“

Von März 2003 an führte die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) einen regionalen Modellversuch „Post-Akut-Pflege“ durch. Im Rahmen eines ca. 20-monatigen Modellversuchs sollten die Effekte einer speziellen Post-Akut-Pflege nach einem Aufenthalt im Akutkrankenhaus auf Kosten und Qualität im Vergleich zur konventionellen Pflege in allgemeinmedizinischen Abteilungen erprobt werden. Das Modell „Post-Akut-Pflege“ wurde in zwei Kliniken im Kanton Bern durchgeführt

eine weitere Klinik stand für die Erhebung von Vergleichsdaten zur Verfügung (Spuhler 2009).

Ausgangspunkt des Modellversuchs war, dass – ähnlich wie in Deutschland – auch in der Schweiz die Einführung von Fallpauschalen in der akutstationären Versorgung wesentlich kürzeren Aufenthaltszeiten in den Akutkrankenhäusern mit sich brachte. Die Situation, dass eine frühe Entlassung eines Patienten nach Hause vielfach aber medizinisch noch nicht möglich ist, führt vielfach dazu, dass dieser in eine Rehabilitationsklinik überwiesen wird, auch dann, wenn der Patient gar nicht "rehabilitationsbedürftig" oder zumindest zum Zeitpunkt der Verlegung noch gar nicht "rehabilitationsfähig" ist. Vor diesem Hintergrund wurde in der Schweiz ein Bedarf für ein stationäres Angebot gesehen, welches die notwendige, vorwiegend pflegerische Betreuung vor der Rückkehr nach Hause sicherstellt.⁵

Zielgruppe des Modellversuch sollten daher Patienten sein, die aufgrund eines Akutereignisses (z. B. wegen Krankheit, einer Verletzung oder Operation) hospitalisiert wurden und die soweit klinisch stabil waren, so dass eine tägliche ärztliche Betreuung nicht erforderlich war, die jedoch noch eine tägliche pflegerisch-therapeutische Betreuung, vergleichbar der eines Akutkrankenhauses, benötigten (Kanton Bern 2011).

Für den Modellversuch wurden „Qualitätskriterien für die Post-Akut-Pflege (PAP)“ entwickelt, welche

- die Aufnahmekriterien,
- die Strukturqualität der Einrichtungen,
- die Prozessqualität der pflegerischen Abläufe sowie
- die Ergebnisqualität

der Post-Akut-Pflege definieren.⁶

Ein Zwischenbericht der externen Evaluation ergab u. a., dass die im Rahmen der Post-Akut-Pflege versorgten Patienten, im Vergleich zur Kontrollgruppe, bessere Ergebnisse hinsichtlich der Selbstständigkeit sowie gesundheitsbedingter Behinderungen aufwiesen, nahezu doppelt so häufig nach Hause zurückkehrten und nur halb so oft einer institutionellen Weiterbetreuung in einem Alters- oder Pflegeheim bedürfen. Die Kosten der Leistungen pro Tag lagen bei der Post-Akut-Pflege bei rund 25 Prozent unter

⁵ Siehe auch:

http://sofis.gesis.org/sofiswiki/Kosten_und_Nutzen_von_pflegegeleiteter_Post-Akut-Pflege_innenhalb_des_Schweizer_Gesundheitswesens.

⁶ Die Qualitätskriterien wurden in den Katalog der Qualitätskriterien (Kap. 0) übernommen.

jener konventionellen Pflege. Weiterhin zeigt der Modellversuch, dass bei der Post-Akut-Pflege an die Stelle überwiegender Arztkonsultationen vor allem Pflege und Physiotherapie und mithin eine gute Vorbereitung auf die Rückkehr nach Hause treten. Eine vorsichtige Schätzung zeigt zudem, dass etwa 2,2 Prozent aller Patienten oder 9,5 Prozent der über 75-Jährigen Patienten von dieser Behandlung profitieren würden, d. h. annähernd 4.500 bis 5.000 Patienten pro Jahr im Kanton Bern.⁷

Im Juni 2007 hat der Regierungsrat des Kantons Bern eine kantonsweite Einführung von Post-Akut-Pflege im Rahmen der "Versorgungsplanung 2007 - 2010 gemäß Spitalversorgungsgesetz" genehmigt. Derzeit wird die Implementierung von Post-Akut-Pflege in allen sechs Regionalen Spitalzentren des Kantons Bern vorbereitet (Kanton Bern 2011).

3.2.3 Österreich

3.2.3.1 Formell-institutionelle Ebene

Regelversorgung

Die Übergangspflege, d. h. die Überleitung von älteren Patienten vom Krankenhaus zurück in das häusliche Umfeld, obliegt in Österreich den Sozialsystemen der Bundesländer. Daher existieren verschiedene Modelle der Übergangspflege. Auch der Umfang der Maßnahme sowie die Kostenübernahme der Leistungen durch die Sozialleistungsträger sind je nach Bundesland unterschiedlich geregelt. Während einige Bundesländer (z. B. Salzburg) eine Übergangspflege ohne kurzzeitigen Pflegeheimaufenthalt vorsehen, ist in anderen Ländern (z. B. Niederösterreich, Oberösterreich, Steiermark) eine befristete Übergangspflege im Pflegeheim etabliert (Pichler 2012).

Integrierte Versorgung

Darüber hinaus wurde die Übergangspflege im Rahmen der Integrierten Versorgung mit dem Ziel etabliert, Nahstellenprobleme zwischen den Sektoren, insbesondere zwischen akutstationärer Versorgung (Gesundheitsbereich) und Pflegebereich, zu verbessern (Welldone 2010).

⁷ Siehe auch:

http://sofis.gesis.org/sofiswiki/Kosten_und_Nutzen_von_pflegegeleiteter_Post-Akut-Pflege_innerhalb_des_Schweizer_Gesundheitswesens.

3.2.3.2 Einrichtungsebene

Regelversorgung

Die Übergangspflege, sofern in den jeweiligen Bundesländern ein kurzzeitiger Heimaufenthalt vorgesehen ist, stellt eine rehabilitative Pflege und Betreuung im Ausmaß von bis zu drei Monaten pro Jahr dar. Physio- und Ergotherapie sind ein zentraler Bestandteil der Übergangspflege. Sie wird durch Pflegeheime erbracht, die i. d. R. auch Langzeitpflege anbieten (Land Niederösterreich o. J.).

Integrierte Versorgung

Im Rahmen der Integrierten Versorgung wurde die Übergangspflege in räumlich eng an akutstationäre Einrichtungen gebundenen Pflegeheimen etabliert. Durch eine enge Kooperation und Vernetzung im pflegerisch-medizinischen Bereich, sowie in technischer und wirtschaftlicher Hinsicht können Synergieeffekte genutzt werden.

Im Bundesland Niederösterreich wurden im Rahmen der Integrierten Versorgung sogenannte Übergangspflegezentren, zumeist an bestehenden Pflegeheimen, etabliert. Die Übergangspflege ist dabei definitorisch klar von der „Kurzzeitpflege“ getrennt. Unter „Kurzzeitpflege“ wird in Österreich i. d. R. Verhinderungspflege verstanden. Die Einrichtungen stellen im Rahmen des Projekts ein gewisses Kontingent an Betten für die Übergangspflege zur Verfügung. Mit dem Ziel der Entlassung können Patienten nach einem akutstationären Aufenthalt bis zu drei Monate mit dem Ziel der Entlassung nach Hause in den Zentren versorgt werden. Neben den Übergangspflegezentren kann die Leistung auch durch alle Pflegeeinrichtungen in Niederösterreich zu festgelegten Tarifen angeboten werden (Welldone 2010, Land Niederösterreich o. J.).

Recherchierte Praxismodelle und Einzleinrichtungen

Rehabilitative Kurzzeitpflege – SeneCura Pflegezentrum Arnoldstein

Das Pflegezentrum Arnoldstein bietet neben stationärer Dauerpflege rehabilitative Kurzzeitpflege für Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt an. Ziel ist die Rückführung in ein selbständiges Leben, das häusliche Umfeld nach einem Krankenhausaufenthalt. Angehörige werden in die individuelle Angebots- und Programmentwicklung einbezogen. Die Einrichtung verfügt über spezielle Räumlichkeiten und Trainingsgeräte für die remobilisierende Pflege. Das interdisziplinäre Therapeutenteam hat das Ziel, das Therapieziel, die Rückkehr in die Häuslichkeit, langfristig zu sichern. Bestandteile des individuellen Betreuungs- und Förderprogramms sind u.a.

- remobilisierendes Fitnesstraining mit speziellen Trainingsgeräten,
- reaktivierende Pflege,

- Physio- und Ergotherapie,
- Massage,
- Heilgymnastik,
- psychologische Betreuung sowie
- Diät- und Ernährungsberatung.

Die Kosten werden vom Bundesland Kärnten im Rahmen der Übergangspflege finanziert. (SeneCura 2013).

3.2.4 Australien

3.2.4.1 Formell-institutionelle Ebene

„Respite care“ und „transitional care“ wird durch kommunale Dienstleister („community care services“) im Rahmen des "Home and Community Care Program" (HACC) oder des "National Respite for Carers Program" (NRCP) angeboten. Darüber hinaus kann die Kurzzeitpflege in stationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden.

National Respite for Carers Program und Home and Community Care Program

In Australien besteht ein umfangreiches Angebot an Kurzzeitpflege, das neben stationärer Kurzzeitpflege auch solche im häuslichen Umfeld einschließt. Die australische Regierung hat das so genannte "National Respite for Carers Programm" (NRCP) entwickelt. Es dient der Unterstützung von Pflegepersonen und umfasst u. a. die Unterstützung bei der Pflege im häuslichen Umfeld oder Tagespflege außerhalb des häuslichen Umfelds. Über das "Home and Community Care Program" (HACC) werden Leistungen für ältere Menschen mit dem Ziel des Verbleibs im häuslichen Wohnumfeld bereitgestellt. Über beide Programme können Angebote zur Entlastung der Pflegeperson in Anspruch genommen werden (Australian Government 2012).

Short stays in aged care homes

Neben den eher im häuslichen Umfeld angesiedelten Angeboten oder der tageweisen Pflege außerhalb des Wohnumfeldes besteht die Möglichkeit der Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen. Auslöser können sowohl die geplante Abwesenheit der Pflegeperson sein, als auch die kurzzeitige stationäre Aufnahme von zu Pflegenden in Not- oder Krisensituationen. Ergänzt werden kann die Kurzzeitpflege, sofern erforderlich, um rehabilitative und pflegerische Maßnahmen (z. B. Physiotherapie, podologische Behandlung).

Transition Care Program

Neben der Verhinderungspflege (respite care) haben sich erste Modelle der Überleitungspflege (transitional care) etabliert. Durch diese Modelle soll Pflegebedürftigen nach einem akutstationären Aufenthalt die Rückkehr in die häusliche Umgebung ermöglicht werden bzw. die Entscheidung für oder gegen dauerhafte stationäre Pflege erleichtert werden (Australian Government 2011). Kurzzeitpflege kann im Rahmen des Programms sowohl in häuslicher Umgebung als auch in stationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden. Kurzzeitpflege enthält dabei rehabilitative Bestandteile (z. B. Physio- und Ergotherapie) als auch Aufgaben des Case Managements (Australian Government 2011a).

Die Kosten der Kurzzeitpflege trägt zum überwiegenden Teil die staatliche Gesundheitsversorgung. Je nach Einkommenssituation ist durch den Pflegebedürftigen ein Eigenanteil zu leisten. Es besteht ein jährlicher Anspruch auf Kurzzeitpflege von bis zu 63 Tagen, der bei medizinischer Notwendigkeit um 21 Tage verlängert werden kann (Australian Government 2013).

3.2.4.2 Einrichtungsebene

Übergangspflege („transitional care“) wird sowohl im ambulanten als auch im stationären Setting angeboten. Hierfür stehen Transitional Care Units (TCU) an Krankenhäusern zur Verfügung, die Pflegebedürftige durch pflegerische und rehabilitative Behandlung auf die Rückkehr ins häusliche Umfeld ermöglichen sollen.

Neben den an Krankenhäuser angeschlossenen TCUs wurden weitere Modelle der Übergangspflege in Australien etabliert.

Recherchierte Praxismodelle und Einzeleinrichtungen

Transitional Aged Care Model, New South Wales

Das Modell wurde in verschiedenen Orten implementiert und hat das Ziel, Patienten, die nach einem akutstationären Aufenthalt ohne die Teilnahme in ein Pflegeheim verlegt worden wären, innerhalb eines bis zu 12 Wochen langen Zeitraums eine Rückkehr ins häusliche Umfeld zu ermöglichen. Das Modell kann sowohl ambulant (im häuslichen Umfeld) als auch stationär (in KZP-Einrichtungen) durchgeführt werden. Am Ende der Kurzzeitpflege sollen Patienten und Angehörige in der Lage sein, eine Entscheidung über das weitere Pflegesetting zu treffen. (NSW Health 2013)

NSW Health Transitional Aged Care Program

Im Rahmen des Programms kann Übergangspflege sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden. Ziel ist die Verhinderung stationärer (Dauer-)Pflege. Die Leistung kann bis zu 12 Wochen in Anspruch genom-

men werden. Der Bewohner soll sich in der non-hospitalen Umgebung erholen und die Zahl der Wiedereinweisungen in akutstationäre Versorgung soll verringert werden. Neben der Pflege stehen Rehabilitationsleistungen im Fokus der Leistung.

3.2.5 USA

3.2.5.1 Formell-institutionelle Ebene

Derzeit bestehen drei Zugänge zu Leistungen der Kurzzeitpflege in den USA. Leistungen werden im Rahmen des staatlichen Fürsorgeprogramms Medicare auf bundesstaatlicher Ebene durch sogenannten „State-Funded Respite“ und das „National Family Caregiver Support Program“ erbracht.

Medicare

„Respite Care“ wird durch die bundesstaatliche Krankenversicherung (Medicare) im Rahmen der Final- bzw. Hospizpflege angeboten. Die Leistung kann im eigenen Wohnumfeld aber auch in vertraglich gebundenen KZP-Einrichtungen durchgeführt werden (Houser 2012, Medicare 2013).

Neben der „Respite Care“ besteht ein umfangreiches Angebot an Übergangspflege, sogenannter „Transitional Care“. Diese kann in Anspruch genommen werden, wenn akutstationäre Behandlung nicht mehr notwendig, aber eine Entlassung in die häusliche Umgebung noch nicht sinnvoll erscheint. Auf diesem Wege sollen Wiedereinweisungen in akutstationäre Behandlung vermieden werden. Transitional Care zeichnet sich durch einen hohen Anteil an Behandlungspflege aus. Entsprechende „Transitional Care Units“ (TCU) sind oftmals den (Akut-)Krankenhäusern räumlich angegliedert und befinden sich unter gleicher Trägerschaft. Neben pflegerischer Behandlung beinhaltet der Aufenthalt oftmals auch rehabilitative Bestandteile.

Die bundesstaatliche Krankenversicherung (Medicare) übernimmt, sofern medizinisch notwendig, die Kosten für entsprechende Aufenthalte in TCUs für bis zu 20 Tage komplett. Ab dem 21. bis zu dem 100. Tag ist ein Eigenanteil durch den Pflegebedürftigen zu zahlen (in 2008 128 US \$ pro Tag). Dieser kann durch Zusatzversicherungen reduziert werden (CMS o.J.).

State-Funded Respite

Auf Ebene der Bundesstaaten wird Kurzzeitpflege zusätzlich im Rahmen von „State Funds“ zur Verfügung gestellt. Diese ermöglichen i. d. R. Leis-

tungen, die durch Medicaid nicht abgedeckt werden oder richten sich an Personen, die keine Medicaid-Leistungen erhalten (Feinberg 2004).

National Family Caregiver Support Program

Kurzzeitpflege ist auf Bundesebene durch den „Older Americans Act“ definiert. „Respite Care“ soll private Pflegepersonen temporär von ihrer Verantwortung gegenüber dem Pflegebedürftigen entlasten. Die „Administration on Aging“ unterstützt die Bundesstaaten im Rahmen des „National Family Caregiver Support Program“ (NFCSP) finanziell. Die Bundesbehörde (AoA) definiert dabei jedoch nicht detailliert, welche Leistungen zu „Respite Care“ gehören.

Den Bundesstaaten obliegt die Verantwortung, die Bandbreite der Inhalte von „respite care“ näher zu definieren. Hierunter sind, je nach Bundesstaat, z.B. Pflege im Wohnumfeld („In-Home-Respite-Care“), Tages- oder Nachtpflege oder aber auch Pflege außerhalb der Wohnung („Institutional Respite Care“) zu subsumieren.

3.2.5.2 Einrichtungsebene

Übergangspflege wird in den USA oftmals in Transitional Care Units (TCU) durchgeführt, die meist unmittelbar an Krankenhäuser angeschlossen bzw. in diese integriert sind. Es handelt sich dabei um reine KZP-Einrichtungen, die sich die Vorbereitung der Bewohner auf eine Entlassung (z. B. ins häusliche Umfeld) als Ziel setzen. Die TCU bildet damit eine Übergangseinrichtung für Patienten, die aufgrund ihres Gesundheitszustands nicht mehr akutstationär behandelt werden müssen, aber noch soweit der Behandlungspflege bedürfen, dass keine Entlassung in das häusliche Umfeld möglich ist. Infrage kommen Aufenthalte, beispielsweise für Patienten nach chirurgischen und endoprothetischen Eingriffen, nach onkologischer, kardiologischer aber auch nach neurologischer Behandlung (z.B. nach Schlaganfall) sowie zur weiteren Wundversorgung (TCU Hubbard 2013).

Zu den Aufgaben der TCUs gehören neben der Pflege und Aktivierung (Verbesserung funktionaler Fähigkeiten) beispielsweise auch

- Schulungen und Empfehlungen für Patienten und deren Angehörige
- Planung der Weiterversorgung nach Entlassung durch z. B.
 - Empfehlungen für Behandler und Angebote im häuslichen Umfeld oder
 - Information über Angebote von Sozialleistungsträgern (Barnabas Health 2013).

Die Behandlung in TCUs verfügt neben Behandlungspflege über starke rehabilitative Bestandteile, um den Bewohner zu aktivieren und auf eine Entlassung vorzubereiten. Die Vorteile der TCUs liegen dabei in der meist vorhandenen räumlichen Nähe zu akutstationären Einrichtungen. So können beispielweise physikalische Therapie oder Ergotherapie in der TCU angeboten und durchgeführt werden, aber diagnostische Maßnahmen im akutstationären Bereich erfolgen.

Neben den TCUs wird Kurzzeitpflege auch in solitären Einrichtungen errichtet. Diese bieten sowohl Übergangspflege nach einem akutstationären Krankenhausaufenthalt mit umfangreichen rehabilitativen Bestandteilen als auch Verhinderungspflege an.

Recherchierte Praxismodelle und Einzeleinrichtungen

Barnabas Health - Transitional Care Unit (TCU), Toms River und Transitional Care Unit (TCU) at Hubbard, Webster.

Beide recherchierten TCUs befinden sich in unmittelbarer räumlicher Nähe von Akutkrankenhäusern und werden mit Patienten, die keiner akutstationären Behandlung mehr bedürfen, belegt. Neben hohen behandlungspflegerischen Anforderungen werden durch die TCUs rehabilitative Behandlungen und Therapien zur Vorbereitung der Patienten auf eine Rückkehr in die häusliche Umgebung vorgenommen.

Das *Golden Living Center, Tarboro* ist eine Solitäreinrichtung in unternehmerischer Trägerschaft, welche auf Übergangspflege nach akutstationären Aufenthalten spezialisiert ist, aber ebenfalls Langzeitpflege anbietet. Es stellt neben der Behandlungspflege auch eine rehabilitative Behandlung (z. B. Physio- und Ergotherapie, Schlaganfall-Rehabilitation oder Schmerzmanagement) bereit. Im Jahr 2003 ist das Golden Living Center in Tarboro, als eine von fünf Einrichtungen, landesweit mit dem Gold Quality Award im Rahmen des „AHCA/NCAL National Quality Award Programs“ ausgezeichnet worden.

3.2.6 Großbritannien

3.2.6.1 Formell-institutionelle Ebene

Kurzzeitpflege ist als "Regelleistung" etabliert und dient der Erholung des Pflegenden oder der Sicherung der Pflege für den Fall der Verhinderung der Pflegeperson („respite care“) sowie bei Notwendigkeit z. B. aufgrund von Übergangspflege nach einem akutstationären Krankenhausaufenthalt („short term care“). Darüber hinaus kann es durch den Pflegebedürftigen als "Probeaufenthalt" für einen geplanten Umzug in die stationäre Pflege genutzt werden.

Aufenthalte in Pflegeeinrichtungen (als Kurzzeitpflege oder permanent) können einkommensabhängig bezuschusst werden. Empfänger von Transferleistungen (sog. „direct payments“) können diese Leistung für die Kosten einer stationären Pflege verwenden (nidirect 2013). Allerdings variieren diese Einkommensgrenzen je nach Pflegeleistung. So bestehen für die Übergangspflege geringere Einkommensgrenzen ab denen der Aufenthalt selbst zu finanzieren ist, als für den Fall der Verhinderungspflege (London Borough of Richmond upon Thames 2013).

Seitens der Regionalregierungen (z. B. Schottland, Nordirland) werden Mindeststandards für Sicherheit und Qualität für die Erbringung von Gesundheits- und Sozialleistungen festgelegt und deren Einhaltung überwacht, so auch für Pflegeeinrichtungen. Explizite Qualitätsvorgaben für Erbringer von Kurzzeitpflege sind nicht vorhanden.

3.2.6.2 Einrichtungsebene

Kurzzeitpflege wird in Großbritannien sowohl in Form eingestreuter Betten in Pflegeeinrichtungen als auch in ausschließlich für die Kurzzeitpflege vorgesehenen, solitären Einrichtungen erbracht. So bietet der landesweit mit ca. 300 Pflegeheimen vertretene Anbieter Bupa in einer Vielzahl seiner Einrichtungen auch Respite Care an, sofern dort ein Platz verfügbar ist (Bupa 2013).

Neben den sogenannten „eingestreuten Betten“ gibt es auf Kurzzeitpflege spezialisierte solitäre Einrichtungen, die ausschließlich für Zwecke der Übergangs- und Verhinderungspflege vorhanden sind. (ageUK 2013)

Recherchierte Praxismodelle und Einzeleinrichtungen

Solitäreinrichtung *Grays Fair Court, Norwich* bietet sowohl Verhinderungs- als auch Übergangspflege an. Die Einrichtung befindet sich in Trägerschaft der Wohlfahrtsorganisation ageUK und verfügt über 20 Plätze.

Ausschließlich auf Übergangspflege (transitional care) spezialisierte Einrichtungen konnten in Großbritannien nicht recherchiert werden.

3.2.7 Irland

3.2.7.1 Formell-institutionelle Ebene

Kurzzeitpflege ist in Irland als Regelleistung etabliert und steht jedem Pflegenden unter bestimmten Voraussetzungen jährlich zu. Die Kurzzeitpflege dient dabei der Erholung des Pflegenden und kann sowohl für kurze Zeiträume (z. B. tageweise) aber auch für längere Urlaubs- und Erholungsaufenthalte genutzt werden.

Jedem Pflegenden stehen hierfür Zuwendungen in Höhe von bis zu 1.375 € pro Jahr zur Verfügung, sofern die Pflege in Vollzeit durchgeführt wird, d.h. der Pflegende arbeitet nicht mehr als 15 Std. pro Woche außerhalb der Wohnung und lebt mit dem zu Pflegenden im selben Haushalt (Department of Social Protection 2013). Die Kurzzeitpflege kann sowohl im häuslichen Umfeld erbracht werden als auch im Rahmen stationärer Pflege. Sie wird sowohl von öffentlichen Institutionen als auch privaten Anbietern durchgeführt.

„Transitional Care“ ist in Irland derzeit noch nicht routinemäßig etabliert. Allerdings wird deren Einführung angesichts einer großen Anzahl von Patienten, die sich in akutstationären Einrichtungen befinden, diskutiert, da es derzeit keine adäquate Möglichkeit der Weiterversorgung gibt (Be Independent Home Care 2012).

3.2.7.2 Einrichtungsebene

Informationen auf Einrichtungsebene konnten für Irland nicht ermittelt werden.

4 Ergebnisse der Recherche nach Qualitätskriterien für die Kurzzeitpflege

Gemäß der beschriebenen Recherchemethodik, zunächst alle recherchierten Dokumente für die Extraktion von Qualitätskriterien zu berücksichtigen, wurden auch solche Kriterien extrahiert, die nicht ausschließlich und nicht stark spezifisch auf die Besonderheiten der Kurzzeitpflege eingehen. Eine Herausarbeitung der spezifischen Anforderungen der Kurzzeitpflege erfolgt auf dieser Basis in **Kapitel 5**. Eine Liste aller extrahierten Qualitätskriterien ist in **Anlage 1** beigefügt.

Die Qualitätskriterien wurden aus den zugrundeliegenden Quellen extrahiert, in eine Matrix übernommen und strukturiert aufbereitet. Diese Extraktionsmatrix ermöglicht einen Überblick über die im nationalen wie internationalen Kontext bereits vorhandenen Qualitätskriterien und bildet die Grundlage für die Erstellung des Anforderungsprofils. Die Qualitätskriterien wurden jeweils einzeln aus den vorhandenen Quellen entnommen und dokumentiert, auch wenn diese mehrmals in unterschiedlichen Quellen vorhanden waren. Die Matrix der recherchierten Qualitätskriterien ist in einer Excel-Datei aufbereitet und diesem Bericht als gesonderte Anlage beigefügt. Sie enthält zum einen eine Übersicht aller extrahierten Kriterien (Tabellenblatt 2), eine detaillierte Kriterienbeschreibung (Tabellenblatt 3) sowie eine inhaltliche Zuordnung der extrahierten Qualitätskriterien nach Themenbereichen (Tabellenblatt 4; vgl. Kap. 4.1).

Für die detaillierte Kriterienbeschreibung wurden zu den Qualitätskriterien vorhandene Informationen in acht Kategorien, die für eine umfassende Information als wichtig angesehen werden, in der Extraktionsmatrix aufbereitet. Folgende Informationen wurden zu den einzelnen Qualitätskriterien erfasst:

Beschreibung des Qualitätskriteriums:	Gegenstand des Qualitätskriteriums, sofern in der Quelle vorhanden oder aus dem Kontext ersichtlich.
Quelle des Qualitätskriteriums:	Literatur aus der das Qualitätskriterium extrahiert wurde
Herkunftsland:	Nationale Quelle sofern eindeutig zuordenbar ⁸
Zielgruppe:	Zielgruppe, an die sich das Qualitätskriterium richtet (Pflegeperson, Pflegebedürftigen oder Einrichtung)
Klassifikation des Qualitätskriteriums:	Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualitätskriterium
- Detaillierung, sofern Strukturqualitätskriterium	Standardisierte Angaben zum jeweiligen Anwendungsbereich
- Detaillierung, sofern Prozessqualitätskriterium	Standardisierte Angaben zum jeweiligen Anwendungsbereich
Weitere Angaben zum Qualitätskriterium:	Informationen zu z. B. Messmethoden oder weiteren Eingrenzung bzw. Detaillierung des Qualitätskriteriums sofern vorhanden.

Zudem wurde eine inhaltliche Zuordnung der extrahierten Qualitätskriterien nach Themenbereichen vorgenommen.

Die recherchierten Qualitätskriterien waren nicht immer klar von anderen Pflegeformen abgrenzbar. In einigen Fällen, insbesondere im internationalen Kontext, werden die genannten Qualitätskriterien oftmals für den Bereich der stationären Pflege angewendet und explizit darauf hingewiesen, dass diese Kriterien auch für die Kurzzeitpflege Gültigkeit besitzen.

Insgesamt wurden aus den recherchierten Dokumenten 148 Qualitätskriterien extrahiert. Hierfür wurden die ausgewerteten Kriterien sets bzw. die ausgewertete Literatur nicht vollständig übernommen, da im internationalen Kontext keine explizit für die Kurzzeitpflege vorhandenen Quellen mit

⁸ In den ausgewerteten HTAs war es nicht in jedem Fall ersichtlich, in welchen nationalen Kontext die Qualitätskriterien einzuordnen sind. In diesen Fällen wurde in der Extraktionsmatrix das Herkunftsland mit „k. A.“ (keine Angabe) gekennzeichnet.

Qualitätsvorgaben recherchiert werden konnten. Es wurden daher die Qualitätskriterien extrahiert, die speziell auf die Erfordernisse und Anforderungen der Kurzzeitpflege eingehen. Die ausgewerteten Kriterien sets bzw. ausgewertete Literatur sowie die Anzahl der extrahierten Qualitätskriterien sind in Tabelle 5 aufgeführt.

Tabelle 5: Ausgewertete Kriterien sets/Quellen und Anzahl der extrahierten Qualitätskriterien

Quelle des Kriterien sets	Land	Anzahl extrahierter Qualitätskriterien
Quality Indicators in Public Sector Residential Aged Care Services (State of Victoria 2013)	AUS	4
Community Care Common Standards Guide (Australian Government 2010)	AUS	15
Transition Care Program Guidelines (Australian Government 2011)	AUS	13
HTA (Mason et al. 2007)	INT	27
HTA (Shaw et al. 2009)	INT	21
National Quality Standards for Residential Care Settings for Older People in Ireland (Health Information and Quality Authority 2008)	IRL	9
Self Assessment Form Short Breaks and Respite Services (care inspectorate 2012)	GB	2
National Respite Network and Resource Center (Edgar 2011)	USA	3
Übergangspflege – der Berner Modellversuch (GEF 2009)	CH	19
Rahmenkonzept zu Leistungen und zur Gestaltung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen (Niedersachsen 2003)	DE	14
Kuratorium Deutsche Altershilfe 2004 (KDA 2004)	DE	15
Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation (MDS 2005)	DE	4
Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP 2009)	DE	2

Quelle: IGES

4.1 Zu den inhaltlichen Zielbereichen der Qualitätskriterien

Klassifikation nach Art des Kriteriums

Alle Qualitätskriterien wurden nach ihrer Kriterienart entsprechend dem Qualitätsmodell nach Donabedian (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) klassifiziert. Im Ergebnis zeigt sich, dass in den recherchierten und extrahierten Kriteriensets Prozessqualitätskriterien gegenüber Ergebnis- und Strukturqualitätskriterien besonders stark vertreten sind. Die Verteilung ist in Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 6: Klassifikation der Qualitätskriterien

Kriterienart	Anzahl Qualitätskriterien
Strukturqualität	26
Prozessqualität	71
Ergebnisqualität	51

Quelle: IGES

Die ermittelten Prozessqualitätskriterien decken dabei vorwiegend den Teil des Pflegeprozesses, sowie der Organisation der Pflege ab. Sowohl Pflegeplanung und Dokumentation, aber insbesondere auch die Weiterversorgung von Pflegebedürftigen nach Abschluss der Kurzzeitpflege sind durch die recherchierten Qualitätskriterien berücksichtigt. Im Bereich der Strukturqualität wurden die meisten Kriterien im Bereich der räumlichen Voraussetzungen bzw. Ausstattung der Einrichtungen ermittelt.

Inhaltliche Einordnung der Qualitätskriterien

Zur inhaltlichen Einordnung der recherchierten und extrahierten Qualitätskriterien wurde eine Systematik entwickelt, um die Heterogenität und Komplexität der Kurzzeitpflege möglichst differenziert abzubilden. Die Kriterien wurden danach bestimmten Themenbereichen zugeordnet. Durch die inhaltliche Einordnung der 148 Qualitätskriterien ist es möglich, die Heterogenität und Komplexität der ermittelten Kriterien differenziert darzustellen.

Im Ergebnis stellen die Kriterien hohe pflegefachliche Anforderungen an die Kurzzeitpflege. Ein Schwerpunkt der recherchierten und extrahierten Qualitätskriterien liegt im Bereich pflegerischer Maßnahmen. Die Kriterien beschreiben inhaltlich hohe Anforderungen insbesondere an den *Pflegeprozess und seine Organisation*. Insgesamt 41 Qualitätskriterien betreffen diesen Bereich der Pflegeplanung, Pflegeüberleitung und insbesondere Beratungs-, Organisations- und Koordinationsleistungen einer KZP-Einrichtung.

Im Themenbereich *Gesundheitszustand und damit zusammenhängende pflegerische Maßnahmen* und insbesondere im Bereich Kognition und Verhalten, waren mit 22 Qualitätskriterien ebenfalls überdurchschnittlich viele Kriterien zu ermitteln. In diesem Themenbereich ist eine Abgrenzung der Kriterien zwischen solchen, die explizit für KZP-Einrichtungen entwickelt und angewendet werden und solchen für die generelle Gültigkeit für stationäre Pflege haben (inkl. Kurzzeitpflege) schwierig. Vielmehr stellt die stationäre Pflege generell hohe Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

Mit 31 Qualitätskriterien ebenfalls stark vertreten waren *strukturelle Anforderungen* an die Einrichtungen. Insbesondere hinsichtlich baulicher und räumlicher Voraussetzungen, aber auch solcher an die Personalausstattung und Qualifikation, waren häufig im nationalen wie internationalen Kontext vorhanden.

In Tabelle 7 ist die Verteilung der ermittelten und extrahierten Qualitätskriterien auf einzelne inhaltliche Themenbereiche dargestellt.

Tabelle 7: Inhaltliche Zuordnung der extrahierten Qualitätskriterien nach Themenbereichen

Inhaltlicher Themenbereich der Qualitätskriterien	Anzahl extrahierter Qualitätskriterien
<i>Gesundheitszustand und damit zusammenhängende pflegerische Maßnahmen</i>	22
Dekubitalulzera	1
Sonstige Wunden	1
Schmerz	1
Inkontinenz & Ausscheidung	2
Ernährung und Stoffwechsel	2
Affektive Zustände	1
Kognition & Verhalten	6
Stürze	1
Sonstige Risikofaktoren und Gesundheitszustände	7
<i>Alltagskompetenz/ Funktioneller Status und damit Zusammenhängende pflegerische und therapeutische Maßnahmen</i>	3
ADL	3

<i>Lebenssituation & Umfeld</i>	22
Lebensqualität und -zufriedenheit/ Selbstbestimmung	6
Situation der professionellen Helfer	10
Situation der nicht-professionellen Helfer/ Laien	6
<i>Sonstige Versorgungsthemen</i>	6
Medikation	4
Sonstiges	2
<i>Strukturelle Anforderungen</i>	31
Organisationsform	1
Personalausstattung und Qualifikation	9
Bauliche und räumliche Voraussetzungen	18
<i>Anforderungen an den Pflegeprozess und seine Organisation</i>	41
Pflegeüberleitung bei Aufnahme	8
Pflegeanamnese und Assessment	3
Pflegeplanung	8
Beratungs-, Organisations- und Koordinationsleistungen	14
Sonstige Pflegeprozess	8
<i>Anforderungen an Dokumentation, Qualitätssicherung und Evaluation</i>	13
QM allgemein	6
Beschwerdemanagement/ Zufriedenheit von Gästen	7
<i>Weiterversorgung bzw. Entlassungsart nach Kurzzeitpflege</i>	7
Akutkrankenhaus	2
Stationäre Pflege	2
Häusliche Umgebung	2
Sonstige Weiterversorgung bzw. Entlassungsart nach KZP	1
<i>Kosten, Aufwände & Ressourcen</i>	3

Quelle: IGES

4.2 Zum Umsetzungsgrad und Anwendungskontext

Alle extrahierten Qualitätskriterien werden in ihren Herkunftsländern routinemäßig oder in Form von Modellvorhaben eingesetzt. Da die dokumentierten Qualitätskriterien dem originären regionalen Anwendungskontext entnommen wurden, ist jedoch immer der nationale formell-institutionelle Rahmen zu beachten. Der Begriff der „respite care“ geht in allen, den Extraktionen zugrundeliegenden Ländern zum Teil weit über den deutschen Begriff der Kurzzeitpflege hinaus. Keines, der in der internationalen Recherche gefundenen Kriteriensets richtete sich daher ausschließlich an die Erbringer von Kurzzeitpflege im hiesigen Kontext, sondern vielmehr an Einrichtungen, die stationäre Pflege und in diesem Zusammenhang auch Kurzzeitpflege durchführen. Differenzierte Qualitätskriterien nach Misch- und/oder Solitäreinrichtungen wurde im Rahmen der Recherche nicht identifiziert.

Die extrahierten Qualitätskriterien sind nicht ausschließlich direkt an den Pflegebedürftigen oder dessen Vertreter bzw. Angehörigen gerichtet. Oftmals richten sie sich an die Einrichtung oder die Pflegeperson. Eine Übersicht der Qualitätskriterien nach Zielgruppen ist in Tabelle 8 dargestellt.

Tabelle 8: Zielgruppen der extrahierten Qualitätskriterien

Zielgruppe	Anzahl extrahierter Qualitätskriterien
Pflegebedürftiger (ggf. Vertreter)	62
Pflegeperson	24
Einrichtung (inkl. Personal)	62

Quelle: IGES

5 Anforderungsprofil für die Kurzzeitpflege mit Praxisbeispielen

Ausgangspunkt: Zielsetzungen und Aufgaben der Kurzzeitpflege in Deutschland

Kurzzeitpflege soll in relativ kurzer Zeit und in einer für den Pflegebedürftigen schwierigen Situation mit oft komplexen medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Anforderungen

- sowohl fundierte Informationsgrundlagen für anstehende Entscheidungen für den weiteren Verbleib in der häuslichen Umgebung,
- als auch zur Erreichung dieses Ziels durch die Umsetzung geeigneter Maßnahmen

beitragen. Die Klärungs- und Weichenstellungsfunktion der Kurzzeitpflege trifft dabei auf eine oft komplexe Bedarfslage auf Seiten der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen:

- Der oft großen Verunsicherung von Gästen und ihren Angehörigen über die weitere Versorgung und dem damit verbundenen hohen *Neuorientungs-, Kommunikations- und Informationsbedarf*
- *Erprobungsbedarf* hinsichtlich der Umsetzbarkeit und Akzeptanz neuer pflegerischer und therapeutischer Maßnahmen
- *Klärungsbedarf* hinsichtlich der Nachfolgeversorgung

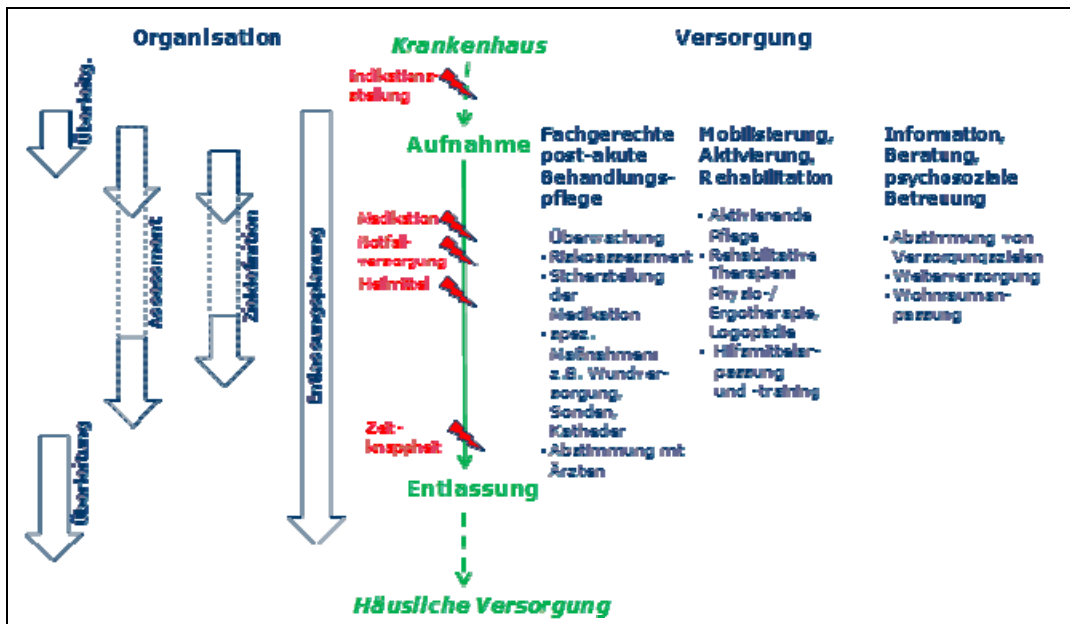
Diese grundsätzliche Aufgabenstellung der Kurzzeitpflege innerhalb der pflegerischen Versorgungskette führt zu einer, im Vergleich zu anderen Pflegeformen, erhöhten Leistungsintensität und -komplexität. Dies trifft insbesondere auf die pflegerische Versorgung in der Übergangsphase unmittelbar nach einem akutstationären Aufenthalt zu, welche mit spezifischen pflegfachlichen und -organisatorischen Anforderungen verbunden ist (zum Folgenden vgl. insbesondere KDA 2003, Niedersachsen 2003, Geiger 2007, Schweizer 2009; siehe Abbildung 3):

- Die Pflegegäste kommen oft nach akutstationär versorgten Erkrankungen bzw. operativen Eingriffen in die Kurzzeitpflege. Dies erfordert eine intensive und zuverlässige pflegerische Krankenbeobachtung und -überwachung. Im Rahmen der Behandlungspflege sind häufig fachlich anspruchsvolle pflegerische Tätigkeiten erforderlich (z.B. Wundversorgung, aufwändige Katheter und Sondenpflege). Insgesamt stellt dies hohe Anforderungen an eine *fachgerechte post-akute Behandlungspflege*.
- Alle erforderlichen pflegerischen und klinischen Informationen, insbesondere auch zur *Medikation* müssen im Rahmen der *Pflegeüber-*

leitung zur oder möglichst schon vor der Aufnahme in die Kurzzeitpflege vorliegen bzw. beschafft werden.

- Zudem ist diese Übergangsphase nach akutstationärer Behandlung durch einen erhöhten Bedarf an *aktivierender Pflege und rehabilitativen Therapien*, insbesondere Physio- und Ergotherapie, gekennzeichnet. Die Versorgung mit den genannten medizinischen Therapien ist durch Kooperation mit niedergelassenen Therapeuten sicherzustellen und mit den aktivierenden pflegerischen Maßnahmen abzustimmen und durch geeignete Räumlichkeiten zu gewährleisten.
- Die Durchführung der Behandlungspflege, sowie die Sicherstellung der erforderlichen *Verordnungen* für Medikation sowie Heil- und Hilfsmittel von schwererkrankten Kurzzeitpflege-Gästen erfordern einen intensiven und kontinuierlichen *Abstimmungsbedarf mit niedergelassenen Ärzten*.
- Durch den kurzen Aufenthalt entsteht generell ein erhöhter *Organisations- und Pflegeplanungsaufwand*. Auf der Grundlage eines umfassenden *Assessments* und davon abgeleiteter individueller Pflegeziele muss eine *Pflegeplanung* erstellt und kontinuierlich nach Entwicklung und Veränderung der Pflegesituation modifiziert werden.
- Vor dem Hintergrund der Weichenstellungs- und Klärungsfunktion fallen eine Reihe von *Beratungs- und Koordinationsaufgaben* an, die im Kontext der vollstationären Dauerpflege keine bzw. eine deutlich geringere Bedeutung haben:
 - Beratung zur Folgeversorgung und Nachsorge, inkl. Wohnraumanpassung
 - Überprüfung (ggf. Initiierung) und Unterstützung der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln
 - Entlassungsvorbereitung und Pflegeüberleitung
- Alle aufgeführten Aufgaben sind unter den Vorgaben eines *knappen Zeitbudgets* zu erfüllen.

Abbildung 3: Übersicht über die Aufgaben der Kurzzeitpflege



Quelle: IGES

Gliederung und Grundlagen des Anforderungsprofils

Das im Folgenden dargestellte Anforderungsprofil für die Kurzzeitpflege ist ein Soll-Konzept, d. h. seine Grundlage stellt nicht die gegenwärtige (und an vielen Stellen optimierbare) Umsetzungspraxis der Kurzzeitpflege in Deutschland dar. Vielmehr soll das unter den gegebenen rechtlichen und systemischen Rahmenbedingungen anzustrebende und grundsätzlich erreichbare Qualitätsniveau einer fachgerechten Kurzzeitpflege nach den Vorgaben des § 42 SGB XI durch überprüfbare Einzelanforderungen dargestellt, durch die folgenden Grundlagen inhaltlich begründet und die Umsetzbarkeit der Anforderungen durch nationale und internationale Praxisbeispiele illustriert werden.

Grundlagen für das folgende Anforderungsprofil sind

1. die Ergebnisse der nationalen und internationalen Recherche nach Qualitätskriterien⁹ und beispielhaften internationalen Praxismodellen sowie

⁹ Die Liste aller extrahierten Qualitätskriterien ist in Anlage 1 enthalten. Diese Liste enthält auch Qualitätskriterien, die für die Erstellung des Anforderungsprofils nicht verwendet wurden, da diese in Deutschland in den Leistungsbereich der Dauerpflege gehören und nicht zum speziellen Bereich der Kurzzeitpflege.

2. Gutachten und Studien, die in Deutschland zur konzeptionellen Entwicklung der Kurzzeitpflege im Vorfeld der derzeit gültigen Regelung der Kurzzeitpflege im § 42 SGB XI sowie im Kontext des Modellprogramms zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger erstellt wurden, Empfehlungen und Rahmenkonzepte von Landespflegeausschüssen mit Bezug zur Kurzzeitpflege sowie relevante pflegerische Expertenstandards¹⁰.

Das Anforderungsprofil setzt an den Spezifika der Kurzzeitpflege an, welche diese zu anderen Leistungsarten der Pflege, insbesondere der stationären Dauerpflege, abgrenzt. Es wurden somit die Anforderungen herausgearbeitet, die Kurzzeitpflege von anderen Pflegearten unterscheidet. Diese dargestellten Besonderheiten der Kurzzeitpflege bilden die Grundlage für die im Folgenden detailliert aufgeführten Einzelanforderungen an die Kurzzeitpflege. Gesetzliche Vorgaben, Qualitätskriterien und sonstige Regelungen, die für die vollstationäre Pflege insgesamt und andere Pflegearten übergreifend gelten, wurden im vorliegenden Anforderungsprofil nicht berücksichtigt.

Insgesamt wurden 19 Einzelanforderungen formuliert, die entsprechend der in Tabelle 9 aufgeführten Struktur aufbereitet wurden. Die einzelnen Anforderungen werden in den Kapiteln 5.1 und 5.2 detailliert nach folgender Systematik dargestellt:

- Definition der Anforderung
- Begründung der und nähere Erläuterungen zur Anforderung
- Quellen für Begründung und Erläuterungen
- Zugrundeliegende Qualitätskriterien gem. Kap. 0
- Internationale und/oder nationale Praxisbeispiele für die Anforderung

¹⁰ Berücksichtigt wurden insbesondere folgende Quellen: KDA 2004, Niedersachsen 2003, Geiger 2007, Schweizer 2009.

Tabelle 9: Struktur des Anforderungsprofils für die Kurzzeitpflege

Anforderungsbereich / Einzelanforderung	Anzahl
<i>Strukturelle Anforderungen</i>	
Organisationsform	1
Eigenständigkeit der KZP-Einrichtung	
Personalausstattung und Qualifikation	2
Leitung der KZP-Einrichtung	
Qualifikation des pflegerischen Personals	
Gewährleistung der ärztlichen und therapeutischen Versorgung	3
Gewährleistung der ärztlichen und therapeutischen Versorgung	
Ausstattung für rehabilitative Therapien	
Ausstattung für die Behandlungspflege	
Bauliche und räumliche Voraussetzungen	4
Lage der KZP-Einrichtung	
Größe der KZP-Einrichtung	
Bauliche Gestaltung und räumliche Aufteilung	
Größe und Ausstattung der Wohnräume	
<i>Anforderungen an den Pflegeprozess und seine Organisation</i>	
Pflegeüberleitung bei Aufnahme	1
Pflegeüberleitung bei Aufnahme	
Pflegeanamnese und Assessment	1
Pflegeanamnese und Assessment	
Pflegeplanung	2
Festlegung von Pflege- und Versorgungszielen	
Planung und Überprüfung von Pflege- und Versorgungsmaßnahmen	
Beratungs-, Organisations- und Koordinationsleistungen	3
Beratung zur Folgeversorgung und Nachsorge	
Überprüfung (ggf. Initiierung) und Unterstützung der Versorgung mit rehabilitativen Therapien und Hilfsmitteln	
Entlassungsvorbereitung und Pflegeüberleitung	
Dokumentation, Qualitätssicherung und Evaluation	2
Pflegedokumentation	
Qualitätssicherung und -management	

Quelle: IGES

5.1 Strukturelle Anforderungen

KZP-Einrichtungen mit dem Ziel der Rückkehr des Pflegebedürftigen in die häusliche Pflege stellen, im Vergleich zu vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen sowie Einrichtungen der zustandserhaltenden Pflege (sog. „Urlaubspflege“), andere Anforderungen an die Ausstattung der Einrichtung und Qualifikation des Personals.

5.1.1 Anforderungen an die Organisationsform

Eigenständigkeit der KZP-Einrichtung	
<p>Die KZP-Einrichtung sollte eine eigenständige Organisationseinheit mit</p> <ul style="list-style-type: none"> • eigenen Räumlichkeiten, • eigenem <u>pflegerischen</u> Personal und • einer ausschließlich für die Kurzzeitpflege zuständigen pflegerischen Leitung sein. 	
Begründung und Erläuterungen	<p>Durch §42 SGB V ist die Kurzzeitpflege der vollstationären Pflege zugeordnet. Gegenwärtig ist die Mehrzahl der Kurzzeitpflege vollstationärer (Dauer-)pflegeeinrichtungen in Form von sog. „eingestreuten“ Plätzen zugeordnet. Diese vorherrschende Organisationsform entspricht nicht den zu Beginn des Kapitels 5 dargestellten spezifischen Aufgaben der Kurzzeitpflege. Die Aufgabenstellung der Kurzzeitpflege in der pflegerischen Versorgungskette weicht sehr von derjenigen der stationären Dauerpflege und anderen Pflegeformen ab. Insbesondere die Versorgung post-akuter Patienten ist mit spezifischen pflegefachlichen sowie organisatorischen Anforderungen verbunden und erfordert sehr enge Kooperationen mit Ärzten, Therapeuten und weiterversorgenden Pflegediensten.</p> <p>KZP-Einrichtungen sind zudem sozial- und leistungsrechtlich sowie in den Versorgungsverträgen als wirtschaftlich selbstständige Einrichtung eingestuft. Neben eigenem pflegerischen Personal sind auch eigene Räumlichkeiten vorhanden sein. Die räumliche Abgrenzung von der stationären Dauerpflege ist auch im Blick auf die Akzeptanz als Übergangseinrichtung bei Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen erforderlich. Sinnhafte Mitnutzung von Räumlichkeiten bzw. gemeinsame Verwendung von nicht-pflegerischem Personal und sonstigen Ressourcen ist dadurch nicht ausgeschlossen.</p>
Quellen	Geiger 2007, Niedersachsen 2003, KDA 2004, Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern 2009.
Zugrunde liegende Qualitätskriterien gem. Kap. 4	<p>QK 83 Klare räumliche und wirtschaftliche Trennung,</p> <p>QK 89 Räumliche Eigenständigkeit,</p> <p>QK 130 Eigenständige Abteilung,</p> <p>QK 136 Eigene Pflegedienstleitung</p>
Praxisbeispiele (Quellen und detaillierte Beschreibung siehe Kap. 3.2)	<p>Internationale Praxisbeispiele</p> <p>Nahezu alle recherchierten Praxismodelle für Kurzzeitpflege („respite care, transitional care, post-acute-care“) sind zumindest fachlich eigenständige Organisationseinheiten.</p> <p><i>Modellprojekt Übergangspflege / Post-Akut-Pflege im Kanton Bern</i></p> <p>Die Post-Akut-Pflege findet in einer eigenen Abteilung mit einer jährlichen Mindestfallzahl von 370 Patienten, einem definiertem Pflegekonzept und definierter Infrastruktur statt.</p>

	<p><i>Transitional Care Unit (TCU) at Hubbard, Webster, USA</i></p> <p>Die Übergangspflege findet in einer eigenständigen Abteilung mit unmittelbarer räumlicher Nähe zu einem Akutkrankenhaus statt. Patienten erhalten nach einem akutstationären Aufenthalt Behandlungspflege und rehabilitative Therapien. Die räumliche Nähe zum Krankenhaus ermöglicht die schnelle Aufnahme von Patienten aus akutstationärer Behandlung und den direkten Austausch mit dem Krankenhaus. Durch die räumliche Nähe ergeben sich Synergieeffekte (z.B. Nutzung von Therapieräumen oder Laboren des Krankenhauses).</p> <p><i>Barnabas Health - Transitional Care Unit, Toms River, USA</i></p> <p>Die Transitional Care Unit (TCU) bietet als eigenständige Abteilung sub-akute Versorgung innerhalb des Akutkrankenhauses um eine kontinuierliche Pflege auch für Patienten zu gewährleisten, die nicht mehr akutstationär versorgt werden müssen. Typische Krankheitsbilder oder Pflegeanlässe sind postchirurgische Versorgung, Schmerzmanagement, Wundmanagement aber auch Patienten mit komplexen medizinischen Problemen.</p> <p>Deutsche Praxisbeispiele</p> <p>Laut Pflegestatistik für das Jahr 2011 des statistischen Bundesamtes bieten ca. ein Viertel der Pflegeheime in Deutschland Kurzzeitpflegeleistungen an. Von den ca. 830.000 vollstationären Pflegeplätzen waren ca. 31.000 (dies entspricht ca. 3,7%) als flexibel für die Kurzzeitpflege nutzbar (d.h. als „eingestreute Betten“) ausgewiesen. Ausschließlich für die Kurzzeitpflege vorgesehen waren demnach ca. 11.000 Plätze.</p> <p>Eine Befragung von im Rahmen des Modellprogramms zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger geförderten KZP-Einrichtungen aus dem Jahre 2006 ergab, dass knapp ein Drittel der an der Befragung teilnehmenden Einrichtungen Kurzzeitpflege im Rahmen eines eigenständigen Bereiches betreiben (Geiger 2007).</p> <p>In Deutschland wird Kurzzeitpflege teilweise im Rahmen selbstständiger Organisationseinheiten als</p> <ul style="list-style-type: none">• Solitäreinrichtung,• eigenständige Einrichtung innerhalb einer stationärer Altenpflegeeinrichtung oder als• eigenständige Einrichtung in einem Akutkrankenhaus umgesetzt.
--	--

5.1.2 Personalausstattung und Qualifikation

Leitung der KZP-Einrichtung	
Die KZP-Einrichtung sollte unter ständiger eigenständiger Leitung einer examinierten Fachkraft für Krankenpflege stehen. Es sollte sichergestellt sein, dass bei Ausfall (z.B. durch Krankheit oder Urlaub) der verantwortlichen Pflegefachkraft die Vertretung durch eine Pflegefachkraft mit angemessener/gleicher Qualifikation gewährleistet ist.	
Begründung und Erläuterungen	<p>Die Versorgung von KZP-Gästen im unmittelbaren Anschluss an einen akutstationären Krankenhausaufenthalt stellt hohe pflegefachliche Anforderungen. Daher sollte die Leitung einer KZP-Einrichtung von einer examinierten Fachkraft für Krankenpflege wahrgenommen werden. Fachliche Voraussetzung zur Wahrnehmung der Tätigkeit als verantwortliche Pflegefachkraft ist u.a. die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung "Krankenschwester" oder "Krankenpfleger".</p> <p>Das Personal der vollstationären KZP-Einrichtung benötigt für die Wahrnehmung der Weichenstellerfunktion entscheidende Kenntnisse und Qualifikationen, da die Pflege in KZP-Einrichtungen idealerweise auf eine Rückkehr in die häusliche Situation vorbereiten muss.</p>
Quellen	Australian Government 2010, KDA 2004, Niedersachsen 2003, Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern 2009
Zugrunde liegende Qualitätskriterien gem. Kap. 4	QK 11 Sicherstellung adäquat ausgebildeten Personals in ausreichender Zahl QK 102 Qualifikation der Leitung, QK 103 Vertretung der Leitung, QK 136 Eigene Pflegedienstleitung
Praxisbeispiele (Quellen und detaillierte Beschreibung siehe Kap. 3.2)	<p>Deutsche Praxisbeispiele</p> <p>Eine Befragung von im Rahmen des Modellprogramms zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger geförderten KZP-Einrichtungen aus dem Jahre 2006 ergab, dass die Mehrheit (56,6%) der an der Befragung teilnehmenden KZP-Einrichtungen von Altenpflegern bzw. Altenpflegerinnen und ca. ein Drittel von Krankenpflegekräften geleitet wird (Geiger 2007).</p>

Qualifikation des Personals	
<p>Die KZP-Einrichtung sollte einem angemessenen Anteil an Fachkräften für Krankenpflege vorhalten. Die Aufnahme und pflegerische Versorgung von KZP-Gästen unmittelbar nach einem akutstationären Aufenthalt erfordert spezifische pflegfachliche Kenntnisse und Erfahrungen. Der Anteil an Fachkräften für Krankenpflege sollte daher ausreichend hoch sein, um eine kontinuierliche krankenpflegerische Versorgung zu gewährleisten.</p> <p>Aufgaben der Beratung von Pflegegästen und Angehörigen, Aufbau und Pflege von Kooperationen mit externen Leistungserbringern und Pflegeberatungsstellen sowie der Entlassungsvorbereitung sollten durch speziell hierfür ausgebildete und vorgesehene Mitarbeiter (z.B. Sozialarbeiter) erbracht werden.</p>	
Begründung und Erläuterungen	<p>Die pflegfachlichen Aufgaben der Übergangspflege unterscheiden sich deutlich von zustandserhaltender Pflege in vollstationärer Dauerpflege.</p> <p>Vor allem die Versorgung von KZP-Gästen nach einem Akutkrankenhausaufenthalt erfordert neben der formalen Qualifikation als Pflegefachkraft weitere spezielle Kenntnisse und Erfahrungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • in der Krankenbeobachtung und dem Erkennen der Notwendigkeit einer ärztlichen Intervention , • in spezifischen Pflegetechniken z.B. bei der in der Wundversorgung oder nach Anlage von Drainagen, Kathetern, Ernährungssonden (naso-gastral oder als perkutane endoskopische Gastrostomie - PEG), Trachestoma sowie • Erfahrungen und Kenntnisse in aktivierend-rehabitativer Pflege (z.B. Bobath-Fortbildung). <p>Der Aufbau und die Pflege eines funktionierenden Netzwerkes und die vielfältigen Beratungsaufgaben erfordern neben sehr guten Kenntnissen lokalen und regionalen pflegerischen und medizinischen Versorgungsstrukturen, rechtliche und psychosoziale Fähigkeiten durch speziell hierfür ausgebildete und vorgesehene Mitarbeiter. Dieser Notwendigkeit zur internen Spezialisierung wird von einem Teil der KZP-Einrichtungen bereits durch die Beschäftigung von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern entsprochen.</p> <p>Der Träger der Einrichtung ist verpflichtet, die fachliche Qualifikation des Personals (Leitung und übrige Mitarbeiter) durch berufsbezogene Fort- und Weiterbildungen sicherzustellen.</p>
Quellen	Australian Government 2010, Niedersachsen 2003, KDA 2004
Zugrunde liegende Qualitätskriterien gem. Kap. 4	<p>QK 11 Sicherstellung adäquat ausgebildeten Personals in ausreichender Zahl</p> <p>QK 37 Wissen und Fähigkeiten der Pflegeperson</p> <p>QK 104 Der Kurzzeitpflege angemessener Anteil an Pflegefachkräften ist sicherzustellen.</p>
Praxisbeispiele (Quellen und detaillierte Beschreibung siehe Kap. 3.2)	<p>Internationale Praxisbeispiele</p> <p>In den recherchierten Ländern wird die Kurzzeitpflege mit Krankenpflegepersonal durchgeführt.</p> <p>In allen recherchierten Praxisbeispielen, für die Informationen zur personellen Ausstattung vorlagen werden Koordinierende und beratende Tätigkeiten durch spezielles Personal (z.B. „Case Manager“) ausgeführt.</p> <p>Deutsche Praxisbeispiele</p> <p>Eine Befragung von im Rahmen des Modellprogramms zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger geförderten KZP-Einrichtungen aus dem Jahre 2006 stellt fest, dass knapp ein Drittel der an der Befragung teilnehmenden Einrichtungen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern beschäftigen (Geiger 2007).</p>

5.1.3 Gewährleistung der ärztlichen und therapeutischen Versorgung

Gewährleistung der ärztlichen und therapeutischen Versorgung	
Die KZP-Einrichtung sollte ärztliche und therapeutische Versorgung durch Kooperationen mit Therapeuten sowie Haus- und Fachärzten sicherstellen.	
Begründung und Erläuterungen	Die post-akute Behandlungspflege muss in enger Abstimmung mit Haus- und Fachärzten erfolgen. Für die Umsetzung von empfohlenen bzw. verordneten rehabilitativen Therapien während der Kurzzeitpflege sind zuverlässige Kooperation mit niedergelassenen Physio- und Ergotherapeuten sowie Logopäden erforderlich. Für die Vorbereitung der Folgeversorgung nach dem KZP-Aufenthalt ist zudem eine sehr gute Zusammenarbeit mit regionalen Anbietern häuslicher Krankenpflege sowie ggf. stationären Pflegeeinrichtungen erforderlich.
Quellen	Niedersachsen 2003, KDA 2004, Geiger 2007, Australian Government 2011
Zugrunde liegende Qualitätskriterien gem. Kap. 4	<p>QK 71 Angemessenen und zeitnaher Zugang zu gesundheitlicher Versorgung</p> <p>QK 75 Unterstützung der Kontinuität der pflegerischen und medizinischen Behandlung</p> <p>QK 79 Einfacher und niedrigschwelliger Zugang zu Leistungen der Häuslichen Krankenpflege</p> <p>QK 128 Zusammenarbeit und Organisation externer Leistungen durch das Case Management</p> <p>QK 129 Sicherstellung und Organisation der Weiterversorgung durch das Case Management</p>
Praxisbeispiele (Quellen und detaillierte Beschreibung siehe Kap. 3.2)	<p>Internationale Praxisbeispiele</p> <p>Bei den recherchierten internationalen Praxisbeispielen existieren die im deutschen Kontext vorhandenen sektoralen Barrieren nicht. Die ärztliche und therapeutische Versorgung kann daher zumeist durch eigenes Personal der KZP-Einrichtung bzw. aus dem Personalbestand der Institution (zumeist Akutkrankenhäuser) an die die Kurzzeitpflege angeschlossen ist, gewährleistet werden. Nahezu alle recherchierten Angebote erbringen Kurzzeitpflege im Rahmen eines „therapeutischen Teams“, welches aus Pflegekräften und Therapeuten, aber auch aus Case Managern, Arzthelfern, Rehabilitationspersonal und Sozialarbeitern besteht. Die ärztliche Notfall- und sonstige ärztliche Versorgung wird zumeist durch den ärztlichen Dienst des Krankenhauses erbracht.</p> <p>Modellprojekt Übergangspflege / Post-Akut-Pflege im Kanton Bern</p> <p><i>Ärztliche Versorgung</i></p> <p>Die ärztliche Versorgung wird durch angestellte Oberärzte sowie den ärztlichen Bereitschaftsdienst (rund um die Uhr, Einsatz binnen 15 Minuten) des Akutkrankenhauses (Regionales Spitalzentrum - RSZ) bzw. der Reha-Klinik, an die die Übergangspflegeeinrichtung angegliedert ist, sowie durch externe Konsiliarärzte gewährleistet.</p> <p><i>Therapeutische Versorgung</i></p> <p>Es steht folgendes therapeutisches Personal zur Verfügung:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Physiotherapeuten 2. Ergotherapeuten 3. Sozialdienst 4. Diät- und Ernährungsberatung <p>Rehabilitative Kurzzeitpflege – SeneCura Pflegezentrum Arnoldstein, Österreich</p>

	<p><i>Therapeutische Versorgung</i></p> <p>Ziel der Übergangspflege ist die Rückkehr in die Häuslichkeit und langfristige Sicherung des Therapieerfolgs. Bestandteile des zugrundeliegenden individuellen Betreuungs- und Förderprogramms sind u.a.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. remobilisierendes Fitnesstraining mit speziellen Trainingsgeräten, 6. reaktivierende Pflege, 7. Physio- und Ergotherapie, 8. Massage, 9. Heilgymnastik, 10. psychologische Betreuung sowie 11. Diät- und Ernährungsberatung. <p>Transitional Care Unit (TCU) at Hubbard, Webster, USA</p> <p><i>Ärztliche Versorgung</i></p> <p>An mindestens 40 Std./Woche ist ein Arzt oder Arztassistent in der Einrichtung anwesend. Zudem besteht aufgrund der räumlichen Nähe zum Akutkrankenhaus unmittelbarer Zugang zur Notfallaufnahme.</p> <p><i>Therapeutische Versorgung</i></p> <p>Es steht folgendes therapeutisches Personal zur Verfügung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Physiotherapeuten • Ergotherapeuten • Logopäden • Atem-Therapeuten • Ernährungsberater <p>Barnabas Health - Transitional Care Unit, Toms River, USA</p> <p><i>Therapeutische Versorgung</i></p> <p>Es steht folgendes therapeutisches Personal zur Verfügung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Physiotherapie • Ergotherapie • Atem- und Sprachtherapie • Ernährungsberatung <p>Weitere Angebote können durch die räumliche Nähe zum Akutkrankenhaus zur Verfügung gestellt werden. So werden u.a. die Radiologie, das Labor und die Apotheke des Krankenhauses bei Bedarf genutzt. In diesem Rahmen können Leistungen wie Schulungen (z.B. Stoma, Diabetes), Seelsorge oder Sozialarbeit des Krankenhauses angeboten und genutzt werden.</p> <p>Deutsche Praxisbeispiele</p> <p>Kostengründe sowie Berufs-, vergütungs-, und leistungsrechtliche Vorgaben erschweren es deutschen KZP-Einrichtungen, eigenes ärztliches und therapeutisches Personal vorzuhalten. Wenn rehabilitative Therapeuten beschäftigt werden, handelt es sich nahezu ausschließlich um Ergotherapeuten. Dies war nach einer Befragung von im Rahmen des Modellprogramms zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger geförderten Einrichtungen aus dem Jahr 2006 lediglich bei ca. 12% der KZP-Einrichtungen der Fall (Geiger 2007). Auch für KZP-Einrichtungen, welche sich in bzw. in unmittelbarer räumlicher Nähe</p>
--	---

	<p>zu Akut- oder Rehabilitationskrankenhäusern befinden ist es nicht möglich, deren ärztliches und therapeutisches Personal zu nutzen.</p> <p>Für die ärztliche und therapeutische Versorgung sind daher zumeist lokale Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und niedergelassenen Therapeuten erforderlich. In der Praxis stellt sich oft insbesondere die Herstellung zuverlässiger Kooperationen mit dem jeweils für den KZP-Gast zuständigen niedergelassenen Ärzten, welche zumindest die erforderlichen Verordnungen für Heil- und Hilfsmittel sowie Medikamente sicherstellen, als schwierig dar. Eine mögliche Lösung stellt der Aufbau von dauerhaften Kooperationsbeziehungen mit niedergelassenen Ärzten dar, die die KZP-Gäste für die Dauer ihres Aufenthaltes ärztlich betreuen. Neben bilateralen Vereinbarungen können auch Verträge zur integrierten Versorgung nach §140 a Absatz 1 SGB V eine Grundlage zur Gewährleistung der ärztlichen und therapeutischen Versorgung sein.</p> <p>Reha-Kurzzeitpflege im Rahmen der Integrierten Versorgung nach §140 a Absatz 1 SGB V im Caritas - Zentrum Bremen</p> <p><i>Ärztliche Versorgung</i></p> <p>Die ärztliche Versorgung erfolgt durch niedergelassene Internisten im Rahmen der integrierten Versorgung Vertrags nach §140 a Absatz 1 SGB V. Die teilnehmenden Ärzte führen Visiten in der KZP-Einrichtung an festgelegten Tagen durch und nehmen an Sitzungen des therapeutischen Teams teil.</p> <p><i>Therapeutische Versorgung</i></p> <p>Die Versorgung mit Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie erfolgt durch ein kooperierendes ambulantes Therapiezentrum. Die Heilmittelverordnung und –abrechnung erfolgt durch die am IV-Vertrag beteiligten Krankenkassen.</p> <p>Weitere Praxismodelle mit Schwerpunkt „rehabilitative Kurzzeitpflege“</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die therapeutische Versorgung wird zumeist durch Kooperationen mit niedergelassenen Physio- und Ergotherapeuten bzw. nahe gelegenen ambulanten Therapiezentren erbracht, die zumeist an festgelegten Tagen (i.d.R. 2x wöchentlich) in die Einrichtung kommen und dort die entsprechende Behandlung/Therapie in der Einrichtung erbringen. In einigen Einrichtungen wird Ergotherapie auch durch angestellte Therapeuten erbracht. • Die reibungslose und zeitnahe Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln wird durch Kooperationen mit Haus- sowie Fachärzten sichergestellt werden. • Einige Einrichtungen heben zudem hervor, dass die kooperierenden Therapeuten zur Abstimmung mit der aktivierenden Pflege an Teamsitzungen bzw. Fallbesprechungen teilnehmen und dass gesonderte Therapieräume mit der erforderlichen Ausstattung vorgehalten werden. • Die weitergehende therapeutische Versorgung nach dem KZP-Aufenthalt wird durch die Einrichtung initiiert und koordiniert. <p>Im Rahmen der Recherche konnten u.a. folgende Einrichtungen, welche explizit „rehabilitative Kurzzeitpflege“ anbieten, recherchiert werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reha-Kurzzeitpflege der Henriettenstiftung in Hannover (www.henriettenstiftung-altenhilfe.de) • Rehabilitative Kurzzeitpflege im Ravensberger-Stift / Bünde (www.ravensbergerstift.de) • Rehabilitative Kurzzeitpflege an der Reha-Zentrale-DIAKO / Bremen (www.reha-zentrale-diako.de) • Wohnpark Harlingerland am Krankenhaus Wittmund (www.wohnpark-harlingerland.de/kontakt.html)
--	---

Ausstattung für rehabilitative Therapien	
Die KZP-Einrichtung sollte über geeignete Räumlichkeiten sowie die erforderliche Ausstattung für die Durchführung rehabilitativer Therapien verfügen.	
Begründung und Erläuterungen	<p>Zudem ist diese Übergangsphase nach akutstationären Aufenthalten zumeist durch einen erhöhten Bedarf an mobilisierenden Maßnahmen und rehabilitativen Therapien, insbesondere Physio- und Ergotherapie, gekennzeichnet. Die Versorgung mit den genannten rehabilitativen Therapien ist durch geeignete und mit der erforderlichen Ausstattung (z.B. Bobathbänke) versehene Räumlichkeiten zu gewährleisten.</p> <p>Die KZP-Einrichtung sollte daher über eigene Räumlichkeiten zur Erbringung von Heilmitteln verfügen, sofern die Mitbenutzung durch Einrichtungen in unmittelbarer räumlicher Nähe (z.B. Dauerpflegeeinrichtung) nicht regelmäßig möglich ist.</p>
Quellen	Niedersachsen 2003, KDA 2004, Schweizer 2009, Geiger 2007
Zugrunde liegende Qualitätskriterien gem. Kap. 4	<p>QK 82 Räumliche Nähe der KZP-Einrichtung zu Krhs. oder Rehabilitationseinrichtungen, voll- oder teilstationären Pflegeeinrichtungen ist vorteilhaft,</p> <p>QK 88 Therapieräume zur Erbringung von Heilmitteln,</p> <p>QK 101 Vorhalten und Größe der Funktionsräume,</p> <p>QK 142 ADL-Training auch außerhalb der Klinik</p>
Praxisbeispiele (Quellen und detaillierte Beschreibung siehe Kap. 3.2)	<p>Internationale Praxisbeispiele</p> <p>Nahezu alle im Ausland recherchierten Einrichtungen haben einen starken rehabilitativen Charakter und halten entsprechende Räumlichkeiten vor bzw. haben im Rahmen von Kooperationen Zugriff auf entsprechende Räumlichkeiten.</p> <p>Rehabilitative Kurzzeitpflege – SeneCura Pflegezentrum Arnoldstein, Österreich</p> <p>Die Einrichtung verfügt über spezielle Räumlichkeiten und Trainingsgeräte zur Erbringung von remobilisierendem Fitnesstraining im Rahmen individueller Betreuungs- und Förderprogramme.</p> <p>Transitional Care Unit (TCU) at Hubbard, Webster, USA</p> <p>Aufgrund enger räumlicher Anbindung an ein Akutkrankenhaus können die dortigen Therapieräume, sofern in der Kurzzeitpflege nicht vorhanden oder verfügbar, genutzt werden. Die räumliche Nähe schafft somit Synergieeffekte und eine entsprechende Auslastung der Räumlichkeiten.</p> <p>Deutsche Praxisbeispiele</p> <p>KZP-Einrichtung en in Akutkrankenhäusern</p> <p>Die unmittelbare räumliche Nähe zu einem Akutkrankenhaus eröffnet für KZP-Einrichtungen insbesondere Möglichkeiten zur Mitnutzung von therapeutischer Ausstattung und Räumlichkeiten des Akutkrankenhauses (z.B. Therapieräume für Ergo- und Physiotherapie, medizinische Bäderabteilung, Bewegungsbad), sowie teilweise auch des therapeutischen Personals.</p> <p>Die Recherche ergab u.a. folgende Einrichtungen, welche die Anbindung an ein Akutkrankenhaus in ihrer Außendarstellung hervorheben und die damit verbundenen Möglichkeiten darstellen werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurzzeitpflege des Clemenshospitals / Münster (www.clemenshospital.de/ch/pflege-und-therapie/kurzzeitpflege) • Kurzzeitpflege im Vivantes Klinikum Neukölln / Berlin (www.vivantes.de/.../kurzzeitpflege-im-vivantes-klinikum-neukoelln)

	<ul style="list-style-type: none"> • Kurzzeitpflege am Südharz Klinikum / Nordhausen 8www.suedharz-klinikum.de/die.../kurzzeitpflege/kurzzeitpflege.php) • Kurzzeitpflege im Hümmling Krankenhaus Söge I(www.krankenhaussoegel.de) • Kurzzeitpflege Waldfriede/ Berlin-Zehlendorf (www.krankenhaus-waldfriede.de) <p>Praxismodelle mit Schwerpunkt „rehabilitative Kurzzeitpflege“</p> <p>Für die Durchführung der rehabilitativen Therapien stehen geeignete und mit der erforderlichen Ausstattung (z.B. Bobathbänke) versehene Räumlichkeiten entweder in der KZP-Einrichtung selbst, bzw. in der Pflegeeinrichtung bzw. dem Akutkrankenhaus, in dem sich die Einrichtung befindet, zur Verfügung.</p> <p>Im Rahmen der Recherche konnten u.a. folgende Einrichtungen, welche explizit „rehabilitative Kurzzeitpflege“ anbieten, recherchiert werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Henriettenstiftung in Hannover (www.henriettenstiftung-altenhilfe.de) • Ravensberger-Stift / Bünde (www.ravensberger-stift.de) • Reha-Zentrale-DIAKO / Bremen (www.reha-zentrale-diako.de) • Wohnpark Harlingerland am Krankenhaus Wittmund (http://www.wohnpark-harlingerland.de/kontakt.html) • Reha-Kurzzeitpflege im Rahmen der Integrierten Versorgung nach §140 a Absatz 1 SGB V
--	---

Ausstattung für die Behandlungspflege	
Die KZP-Einrichtung sollte über geeignete Räumlichkeiten sowie die erforderliche Ausstattung für die Durchführung der Behandlungspflege verfügen.	
Begründung und Erläuterungen	<p>Die KZP-Einrichtung muss nicht nur personell (s.o.) sondern auch räumlich und ausstattungsmäßig in der Lage sein, auf alle erforderlichen Maßnahmen der Behandlungspflege insbesondere unmittelbar nach einem akutstationären Aufenthalt vorbereitet zu sein</p> <p>Die zu Pflegenden kommen oft nach schweren Eingriffen bzw. Erkrankungen in die Kurzzeitpflege. Dies erfordert eine intensive und zuverlässige pflegerische Krankenbeobachtung und –überwachung. Zudem sind häufig fachlich anspruchsvolle pflegerische Interventionen erforderlich (z.B. Wundversorgung, aufwändige Katheter- und Sondenpflege).</p> <p>Daher sollten zumindest ein Teil der Gästezimmer für die Durchführung von behandlungspflegerischen Maßnahmen geeignet sein, bzw. sollten spezielle Funktionsräume für die Behandlungspflege vorgehalten werden. Die Räumlichkeiten, in denen Behandlungspflege stattfindet, sollten zudem Hygienestandards vergleichbar denen von Akutkrankenhäusern genügen. Alle für die Behandlungspflege erforderlichen Materialien und Pflegehilfsmittel sollten vorhanden bzw. in ausreichender Anzahl vorrätig sein. Dies betrifft insbesondere Material und Geräte für die Wundpflege, Katheterpflege und –anlage sowie die Pflege von Sonden und Drainagen.</p>
Quellen	Niedersachsen 2003, KDA 2004, Australian Government 2011
Zugrunde liegende Qualitätskriterien gem. Kap. 4	<p>QK 88 Therapieräume zur Erbringung von Heilmitteln,</p> <p>QK 101 Vorhalten und Größe der Funktionsräume,</p> <p>QK 119 Versorgung mit Sondenernährung</p> <p>QK 120 Versorgung von Patienten mit Urin-Katheter und/oder Stoma</p> <p>QK 122 Durchführung von Darmspülungen</p> <p>QK 125 Ständiger Zugang zu pflegerischer Spezialversorgung</p>

5.1.4 Bauliche und räumliche Voraussetzungen

Lage der KZP-Einrichtung	
Die KZP-Einrichtung sollte sich in räumlicher Nähe zu Akutkrankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen oder voll- oder teilstationären Pflegeeinrichtungen befinden.	
Begründung und Erläuterungen	<p>Die Nähe zu Krankenhäusern und/oder Rehabilitationseinrichtungen ist aufgrund des Ziels der Durchführung einer geeigneten Nachsorge und Überleitung ins häusliche Umfeld sinnvoll, um</p> <ul style="list-style-type: none"> - einen nahtlosen und qualifizierten Übergang in die KZP-Einrichtung und - kurze formelle und informelle Informations- und Kommunikationswege zu gewährleisten. <p>Durch die räumliche Nähe zu voll- oder teilstationären Pflegeeinrichtungen können ebenfalls fachliche und strukturelle Synergieeffekte erzeugt und genutzt werden.</p> <p>Da der überwiegende Teil der zu Pflegenden aus der akutstationären Behandlung bzw. Rehabilitation kommt, ist die räumliche Nähe zum Wohnort und damit auch zu örtlichen Leistungserbringern ein entscheidender Faktor für den Erfolg der Kurzzeitpflege.</p>
Quellen	Australian Government 2010, Health Information and Quality Authority 2008, Niedersachsen 2003, Geiger 2007
Zugrunde liegende Qualitätskriterien gem. Kap. 4	<p>QK 8 Kontakt zum örtlichen Umfeld,</p> <p>QK 71 Angemessenen und zeitnaher Zugang zu gesundheitlicher Versorgung,</p> <p>QK 82 Räumliche Nähe der KZP-Einrichtung zu Krankenhäusern oder Rehabilitationseinrichtungen, voll- oder teilstationären Pflegeeinrichtungen ist vorteilhaft</p>
Praxisbeispiele (Quellen und detaillierte Beschreibung siehe Kap. 3.2)	<p>Internationale Praxisbeispiele</p> <p>Transitional Care Units zeichnen sich dadurch aus, dass Sie sich i.d.R. innerhalb bzw. in unmittelbarer Nähe akutstationärer Einrichtungen befinden.</p> <p>Rehabilitative Kurzzeitpflege – SeneCura Pflegezentrum Arnoldstein, Österreich</p> <p>Die Einrichtung verfügt über spezielle Räumlichkeiten und Trainingsgeräte zur remobilisierenden Pflege</p> <p>Transitional Care Unit (TCU) at Hubbard, Webster, USA und Barnabas Health - Transitional Care Unit, Toms River, USA</p> <p>Beide Einrichtungen befinden sich in unmittelbarer Nähe des Akutkrankenhauses. Durch die direkte Anbindung kann die Infrastruktur des Akutkrankenhauses mitbenutzt werden, die (Notfall-)medizinische Behandlung sichergestellt und auf diesem Wege fachliche sowie strukturelle Synergieeffekte genutzt werden.</p> <p>Golden Living Center, Tarboro, USA</p> <p>Die Einrichtung befindet sich in 5 Minuten Entfernung zum nächstgelegenen Akutkrankenhaus.</p> <p>Deutsche Praxisbeispiele</p> <p>Die unmittelbare räumliche Nähe zu einem Akutkrankenhaus eröffnen für KZP-Einrichtungen insbesondere Möglichkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> • zur Mitnutzung von therapeutischer Ausstattung und Räumlichkeiten des Akut-

	<p>krankenhauses (z.B. Therapieräume für Ergo- und Physiotherapie, medizinische Bäderabteilung, Bewegungsbad), sowie teilweise auch des therapeutischen Personals.</p> <ul style="list-style-type: none"> • zur engen fachlichen und fallbezogenen Kooperation mit geriatrischen Fachabteilungen • zur Mit-Inanspruchnahme des Klinik-Sozialdienstes <p>Die Recherche ergab u.a. folgende Einrichtungen, welche die Anbindung an ein Akutkrankenhaus in ihrer Außendarstellung hervorheben und die damit verbundenen Möglichkeiten darstellen werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurzzeitpflege des Clemenshospitals / Münster (www.clemenshospital.de/ch/pflege-und-therapie/kurzzeitpflege) • Kurzzeitpflege im Vivantes Klinikum Neukölln / Berlin (www.vivantes.de/.../kurzzeitpflege-im-vivantes-klinikum-neukoelln) • Kurzzeitpflege am Südharz Klinikum / Nordhausen (www.suedharz-klinikum.de/die.../kurzzeitpflege/kurzzeitpflege.php) • Kurzzeitpflege im Hümmling Krankenhaus Söge I (www.krankenhaussoegel.de) • Kurzzeitpflege Waldfriede/ Berlin-Zehlendorf (www.krankenhaus-waldfriede.de) <p>Eine Befragung von geförderten KZP-Einrichtungen im Rahmen des Modellprogramms zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger aus dem Jahre 2006 ergab, dass ca. drei Viertel der an der Befragung teilnehmenden Einrichtungen an Pflegeheime angebunden waren, ca. 10% an ein Krankenhaus (Geiger 2007).</p>
--	---

Größe der KZP-Einrichtung	
<ul style="list-style-type: none"> • Die KZP-Einrichtung sollte über eine Größe von 15 bis 40 Plätzen (ggf. in mehreren Wohn-/Pflegegruppen) verfügen • Eine Wohn-/Pflegegruppen sollte aus 12 bis 14 Plätzen bestehen • Die Grundfläche der Einrichtung sollte pro Platz 50qm betragen. 	
Begründung und Erläuterungen	Zur Gewährleistung eines differenzierten pflegerischen Versorgungsangebotes und aus wirtschaftlichen Gründen ist eine Größe von 15 bis 40 Plätzen der KZP-Einrichtung anzustreben.
Quellen	Niedersachsen 2003, KDA 2004, Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern 2009, Geiger 2007)
Zugrunde liegende Qualitätskriterien gem. Kap. 4	QK 85 Die Einrichtung verfügt über 15 - 40 Kurzzeitpflegeplätze, QK 99 Größe der Einrichtung QK 131 Mindestfallzahl der Post-Akut-Einrichtung
Praxisbeispiele (Quellen und detaillierte Beschreibung siehe Kap. 3.2)	<p>Deutsche Praxisbeispiele</p> <p>Der Großteil der in Deutschland in Kap. 3.2 beispielhaft aufgeführten Kurzzeitpflege-Einrichtungen verfügt über 15 und mehr Plätze.</p> <p>Eine Befragung von geförderten KZP-Einrichtungen im Rahmen des Modellprogramms zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger aus dem Jahre 2006 ergab, dass lediglich ca. 16% der an der Befragung teilnehmenden Einrichtungen über mehr als 15 Plätze verfügte (Geiger 2007).</p>

Bauliche Gestaltung und räumliche Aufteilung	
<p>Die Gestaltung und räumliche Aufteilung der den Pflegebedürftigen zugänglichen Räume sollte insbesondere die im Vergleich zur vollstationären Dauerpflege erhöhte Frequenz von Zu- und Abgängen und die unterschiedlichen pflegerischen Erfordernisse der Gäste berücksichtigen. Alle den Bewohnern zugänglichen Räume sollten barrierefrei sein.</p>	
<p>Begründung und Erläuterungen</p>	<p>Grundsätzlich sind die den Pflegebedürftigen zugänglichen Räume so zu gestalten, dass die individuellen wohnlichen Bedürfnisse berücksichtigt werden. Insbesondere ist dabei auch dem ständig wechselnden Personenkreis und der kurzen Aufenthaltsdauer Rechnung zu tragen.</p> <p>Die räumliche Aufteilung sollte sowohl den Anforderungen bzw. Bedürfnissen von relativ wenig pflegebedürftigen und mobilen Gästen, welche eher Wert auf eine wohnliche und komfortable Unterbringung legen, als auch denen von schwer Pflegebedürftigen, z.B. nach einem Akutkrankenhausaufenthalt, gerecht werden.</p> <p>Für das Training von Alltagskompetenzen im Rahmen der aktivierenden Pflege und der rehabilitativen Therapien sollten ein Trainingsbad und eine Trainingsküche zur Verfügung stehen, bzw. vorhandene Bäder und Küchen für diesen Zweck genutzt werden können.</p> <p>Die räumliche Aufteilung sollte auch eine Versorgung von durch MRSA und anderen multi-resistenten Erregern betroffenen KZP-Gästen ermöglichen.</p> <p>Alle den Bewohnern zugänglichen Räume sollten barrierefrei sein.</p> <p>Die Einrichtung erfüllt die Voraussetzungen für den Liegendtransport von Patienten, da mit einer hohen Anzahl an aus stationärer Behandlung aufnehmenden Personen zu rechnen ist. Mehrgeschossige Bauten sollten mit Aufzug für den Liegendtransport ausgestattet werden (Mindestmaß 1,10mx2,10m).</p>
<p>Quellen</p>	<p>Australian Government 2010, Niedersachsen 2003, KDA 2004, Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern 2009</p>
<p>Zugrunde liegende Qualitätskriterien gem. Kap. 4</p>	<p>QK 12 Gute bauliche Instandhaltung der Einrichtung , QK 84 Einrichtung verfügt mehrheitlich über Einzelzimmer, QK 86 Größe und Ausstattung der Bewohnerzimmer, QK 87 Wohn-Essraum mit Teeküche ca. 1 je Wohngruppe bis 20 Bewohner, QK 96 Barrierefreiheit, QK 97 Aufzug für Liegendtransporte, QK 98 Die Unterbringung erfolgt i.d.R. in Einzelzimmern, QK 100 Größe und Ausstattung der Bewohnerzimmer QK 133 Bauliche Struktur und generelle Infrastruktur</p>
<p>Praxisbeispiele (Quellen und detaillierte Beschreibung siehe Kap. 3.2)</p>	<p>Internationale Praxisbeispiele</p> <p>Nahezu alle im Ausland recherchierten Einrichtungen haben einen starken rehabilitativen Charakter und sollen dazu dienen, den Pflegebedürftigen möglichst zurück in die eigene Häuslichkeit zu überführen. Die Einrichtungen sind daher so gestaltet, dass sie einen möglichst non-hospitalen Charakter aufweisen.</p> <p>NSW Health Transitional Aged Care Program, Australien</p> <p>Der Bewohner soll sich in der non-hospitalen Umgebung erholen und die Zahl der Wiedereinweisungen in akutstationäre Versorgung soll verringert werden. Die Einrichtungen verfügen über Gemeinschaftsräume, Speiseräume, Küchen für Bewohner und Besucher sowie begehbare Außenanlagen, die dem Bewohner aktivieren und auf eine Versorgung im heimischen Umfeld vorbereiten sollen. Die Gestaltung der Einrichtung orientiert sich möglichst nah am heimischen Umfeld, um den Erfolg zu optimieren.</p>

Größe und Ausstattung der Wohnräume	
<p>Die KZP-Einrichtung sollte mehrheitlich Einzelzimmer vorhalten. Auch Doppelzimmer sind vorzuhalten. Alle Wohnräume verfügen über einen Notruf.</p> <p>Es sollten Wohnräume vorgehalten werden, die auch aufwändige pflegerische Maßnahmen, wie sie insbesondere im Anschluss an eine akutstationäre Behandlung erforderlich sein können, ermöglichen.</p>	
Begründung und Erläuterungen	<p>Die Mehrzahl (über 50 % der Plätze) der in der KZP-Einrichtung vorhandenen Zimmer sollten Einzelzimmer sein.</p> <p>Zur Vermeidung von Pflege erschwerenden Dekompensationen durch Situations-/Orts- oder Bezugspersonenwechsel sind jedoch auch Doppelzimmer sinnvoll und vorzuhalten. Oftmals bedeutet die Kurzzeitpflege im Anschluss an einen akutstationären Aufenthalt für alte Menschen, in Verbindung mit dem Übergang in die dauerhafte Pflegebedürftigkeit, ein traumatisches Erlebnis. Dies kann unter Umständen mit Gleichbetroffenen besser verarbeitet werden. Daher sollten auf Wunsch auch Doppelzimmer vorgehalten werden.</p> <p>Die Größe der Wohnräume der Patienten sollte mindestens ca. 20qm inkl. Bad und Vorraum betragen. Der Wohnraum von Einzelzimmern (ohne Bad und Vorraum) sollte eine Mindestgröße von 14qm haben.</p> <p>Der Wohnraum von Doppelzimmern (ohne Bad und Vorraum) sollte eine Mindestgröße von 20qm haben. Das Bad sollte eine Größe von min. 4qm haben und über Dusche, WC u. Waschbecken verfügen.</p>
Quellen	Niedersachsen 2003, KDA 2004
Zugrunde liegende Qualitätskriterien gem. Kap. 4	<p>QK 84 Einrichtung verfügt mehrheitlich über Einzelzimmer,</p> <p>QK 86 Größe und Ausstattung der Bewohnerzimmer,</p> <p>QK 98 Die Unterbringung erfolgt i.d.R. in Einzelzimmern,</p> <p>QK 100 Größe und Ausstattung der Bewohnerzimmer</p>
Praxisbeispiele (Quellen und detaillierte Beschreibung siehe Kap. 3.2)	<p>Internationale Praxisbeispiele</p> <p>Nahezu alle im Ausland recherchierten Einrichtungen haben einen starken rehabilitativen Charakter und sollen dazu dienen, den Pflegebedürftigen möglichst zurück in die eigene Häuslichkeit zu überführen. Die Bewohnerzimmer sind daher so gestaltet, dass sie einen möglichst non-hospitalen Charakter aufweisen, aber auch schnellstmöglich und durch moderne Technik auf Notfälle reagiert werden kann.</p> <p>NSW Health Transitional Aged Care Program, Australien</p> <p>Die Pflege und Rehabilitation soll den Bewohner in die Lage versetzen, sich nach Abschluss der Übergangspflege mit größtmöglicher Selbständigkeit im heimischen Umfeld zu versorgen. Die Gestaltung der Wohnräume orientiert sich daher möglichst nah am heimischen Umfeld, um den Erfolg des Aufenthaltes zu optimieren.</p> <p>Eine Gestaltung entsprechend eines Krankenhauses oder einer rein vollstationären (Dauer-)Pflegeeinrichtung wird zum Erreichen dieses Ziels als nicht erfolgsversprechend angesehen.</p> <p>Modelleinrichtung Grays Fair Court, Norwich, UK</p> <p>Jedes Bewohnerzimmer der Einrichtung verfügt über entsprechende Kommunikationsgeräte, um einen direkten Austausch mit dem Pflegepersonal zu jeder Zeit sicherzustellen</p> <p>Deutsche Praxisbeispiele</p> <p>KZP-Einrichtungen bieten nahezu ausschließlich Einzel- und Doppelzimmer an, wobei der Anteil an Einzelzimmern überwiegt (Statistisches Bundesamt 2011).</p>

5.2 Anforderungen an den Pflegeprozess und seine Organisation

Effiziente Organisation und gut strukturierte Pflegeprozesse sind in der Kurzzeitpflege von besonderer Bedeutung, da mehrere Anforderungen zusammenkommen:

- Hohe Entscheidungsdichte bezüglich weiterer Versorgung insbesondere nach Akutaufenthalten.
- Es müssen zahlreiche, oft komplexe Entscheidungen in kurzer Zeit getroffen werden.
- Neben der klassischen „direkten Pflegeleistung“ ist ein besonders hohes Maß indirekter Pflegeleistungen erforderlich, die sich mit Informationssammlung, Planung, Kommunikation und Koordination beschäftigen. Dies stellt ebenfalls besondere Anforderungen an die Dokumentation.

Von besonderer Relevanz für die Kurzzeitpflege: Pflegeprozess als Regelkreis

Pflegeprozesse und -dokumentation folgen einem Regelkreismodell, das insbesondere vorsieht, dass Veränderungen zeitnah berücksichtigt werden können. Abweichungen von Zielen, nicht umgesetzte oder nicht umsetzbare Maßnahmen sollten nicht als „Planungsfehler“, sondern als normal betrachtet werden, da insbesondere in der Kurzzeitpflege eine tendenziell instabile pflegerische, medizinische und psychosoziale Situation vorliegt. Zustandsverschlechterungen, veränderte soziale und psychische Befindlichkeiten oder ein Wechsel der Motivationslage und Perspektive des Gastes und seiner Angehörigen können eine Neudefinition von Pflege- und Versorgungszielen sowie Veränderungen des Maßnahmenplans erfordern. Der Pflegeprozess muss geeignet sein, hierauf flexibel, zeitnah aber auch strukturiert zu reagieren (MDS 2005).

5.2.1 Pflegeüberleitung bei Aufnahme

Pflegeüberleitung bei Aufnahme	
Möglichst vorab, spätestens jedoch zur Aufnahme eines Gastes, sollte ein Pflegeüberleitungsbogen der vorversorgenden Institution sowie ärztliche Informationen zu seinen Erkrankungen und zur aktuellen Medikation vorliegen. Ist dies nicht der Fall, sollten diese Informationen von der KZP-Einrichtung angefordert werden.	
Begründung und Erläuterungen	<p>Sowohl für den Pflegebedürftigen als auch für die KZP-Einrichtung ist eine zeitnahe, lückenlose Überleitung unabdingbare Voraussetzung. Sie bedeutet für den Pflegebedürftigen sichere Pflege ohne Qualitätsverlust und eine bessere und schnellere Eingewöhnung in die neue Situation.</p> <p>Anhand der Pflegeüberleitung sollte für die KZP-Einrichtung, insbesondere bei Aufnahmen nach einem akutstationären Aufenthalt, die aktuelle Medikation bekannt sein, um die Kontinuität der Arzneimitteltherapie zu gewährleisten. Eine gut strukturierte Überleitung ist auch eine wichtige Voraussetzung für effektive Arbeitsabläufe in der Kurzzeitpflege. Die Komplettierung der Informationssammlung sollte möglichst schnell erfolgen und wird bei längerem Aufenthalt sukzessiv ergänzt. Das bedeutet, dass seitens der Einrichtung darauf gedrängt werden muss, in jedem Fall zeitnah von den vorversorgenden Einrichtungen bzw. Diensten (Krankenhaus, ambulanter Pflegedienst oder Rehabilitationseinrichtung) einen umfassenden und aussagefähigen Pflegeüberleitungsbogen zur Aufnahme zu erhalten.</p>
Quellen	Health Information and Quality Authority 2008, Care inspectorate 2012, Niedersachsen 2003, MDS 2005, DNQP 2009, KDA 2004, Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern 2009, Geiger 2007
Zugrunde liegende Qualitätskriterien gem. Kap. 4	<p>QK 69 Erforderliche Zeit und die erforderlichen Informationen bei Notfallaufnahmen</p> <p>QK 74 Beschaffung aller persönlich, gesundheitlich und sozial erforderlichen Informationen des zu Pflegenden vor Aufnahme</p> <p>QK 78 Sicherstellung der Erfassung aller Bedürfnisse und Anforderungen des Patienten im Falle einer Notfallaufnahme,</p> <p>QK 111 Pflegeüberleitung,</p> <p>QK 116 Pflegeüberleitung</p> <p>QK 132 Indikationsstellung für die Post-Akut-Pflege</p>
Praxisbeispiele (Quellen und detaillierte Beschreibung siehe Kap. 3.2)	<p>Internationale Praxisbeispiele</p> <p>Die Vorab-Übermittlung wesentlicher klinisch-pflegerischer Informationen durch die vorversorgende Einrichtung (zumeist Akutkrankenhaus) ist bereits vielfach Bedingung für eine Aufnahme.</p> <p>Modellprojekt Übergangspflege / Post-Akut-Pflege im Kanton Bern</p> <p>Es sind Kriterien für die Aufnahme in die Übergangspflege / Post-Akut-Pflege definiert, welche durch einen standardisierten "Abklärungstest zur Aufnahme in die Post-Akut-Pflege" vorab fallbezogen dokumentiert und geprüft werden. Der Abklärungstest enthält folgende Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die medizinischen Probleme sind stabilisiert und eine tägliche ärztliche Betreuung / Behandlung erübrigt sich. • Eine tägliche pflegerisch-therapeutische Betreuung ist zeitlich begrenzt notwendig. • Der Patient ist noch spitalbedürftig (der Pflegebedarf übersteigt das Angebot ei-

	<p>nes Kurhauses oder der Spitex) und ist (noch) nicht rehabilitationsfähig (i. S. ausreichender Belastbarkeit für eine aktive Teilnahme an rehabilitativen Maßnahmen)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Patient besitzt das Potential und hat den ausdrücklichen Willen geäußert zur Wiedererlangung einer Selbständigkeit, die ein Leben in der gewohnten Umgebung ermöglicht • Folgende Ausschlusskriterien dürfen nicht vorliegen: <ul style="list-style-type: none"> ○ ein Ferienaufenthalt (der Betreuungsperson und/oder des Patienten), ○ eine vorhersehbare Aufenthaltsdauer von mehr als 3 Wochen, ○ ein/e vorhersehbare/r Übertritt resp. Rückkehr in ein Pflegeheim. <p>Barnabas Health - Transitional Care Unit, Toms River, USA</p> <p>Es sind Kriterien für die Aufnahme in die Übergangspflege definiert worden, die von allen Patienten erfüllt werden müssen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 3-tägiger akutstationärer Krankenhausaufenthalt innerhalb von 30 Tagen vor Aufnahme in die Übergangspflege • Die Dauer der Übergangspflege beträgt geschätzt 8 Tage oder weniger • Die Entlassungsplanung des Krankenhauses muss abgeschlossen und vorhanden sein • Akutstationäre Diagnostik und Behandlung ist abgeschlossen • Patient wohnt nicht regulär in einer stationären Pflegeeinrichtung (Ausnahme: es ist kein Platz in einer stationären Pflegeeinrichtung verfügbar) • Die Aufnahmediagnose ist klar dokumentiert <p>Deutsche Praxisbeispiele</p> <p>Um sicherzustellen, dass am Tag der Aufnahme wesentliche klinisch-pflegerische Informationen vorliegen, werden diese bereits im Zuge der Anmeldung systematisch erhoben. Insbesondere KZP-Einrichtungen mit rehabilitativen Schwerpunkt haben zudem Aufnahme-kriterien festgelegt, die standardisiert erhoben und dokumentiert werden.</p> <p>Reha-Kurzzeitpflege im Rahmen der Integrierten Versorgung nach §140 a Absatz 1 SGB V im Caritas - Zentrum Bremen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vitalparameter sind stabil. Keine ständige kurative medizinische Behandlungsnotwendigkeit und Überwachung. • Bestehende Begleiterkrankungen, Schädigungen und Komplikationen bedürfen keiner Krankenhausbehandlung. • Akutdiagnostik und Therapie ist weitgehend abgeschlossen. • Kreislaufstabilität und allgemeine Belastbarkeit für die Teilnahme an rehabilitativen Maßnahmen (ggf. auch mehrmals täglich) • Funktioneller Status: <ul style="list-style-type: none"> ○ Der Barthel-Index sollte mindestens einen Summenscore von 20 Punkten aufweisen. Im Bereich Bett (Roll -) Stuhl Transfer, Toilettenbenutzung, An/Auskleiden, Gehen auf Flurebene bzw. Rollstuhlfahren müssen jeweils mindestens 5 Punkte erreicht werden.
--	--

5.2.2 Pflegeanamnese und Assessment

Pflegeanamnese und Assessment	
<p>Möglichst bereits vor Aufnahme, spätestens aber am Aufnahmetag in die KZP-Einrichtung sollte eine Pflegeanamnese und ein Assessment mit dem Gast und seinen Angehörigen erfolgen. Pflegeanamnese und Assessment sollten (neben anderen) insbesondere folgende Themen umfassen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informationen über Krankheitsverlauf, aktuelle medizinische Probleme 2. Verordnungen und Empfehlungen für Hilfs- und Heilmittel 3. Funktioneller Status, alltagspraktische Fähigkeiten, Kommunikations- sowie Orientierungsfähigkeit erhoben mit standardisierten und pflegewissenschaftlich validierten Instrumenten 4. Aktuell bestehende häusliche Pflege- und Versorgungssituation /-ressourcen (Pflegerpersonen) 5. Ziele und Erwartungen des Klienten und seiner Angehörigen an die Kurzzeitpflege und insbesondere an die Zeit nach dem Aufenthalt in der KZP-Einrichtung <p>Die Aktualität der Ergebnisse von Pflegeanamnese und Assessment sollten regelmäßig überprüft werden.</p>	
Begründung und Erläuterungen	<p>Die Organisation und Koordination des Übergangs von einer stationären Behandlung in die Pflege oder von der häuslichen in die – vorübergehende – stationäre Pflege stellt an die KZP-Einrichtungen erhebliche Anforderungen. Nur auf der Grundlage verlässlicher und zeitnah zur Verfügung stehender Informationen können pflegerische und therapeutische Maßnahmen ermittelt werden, die auch bei zeitlich begrenzter Verweildauer die bestmögliche Versorgung gewährleisten. Daher sollte die strukturierte Informationssammlung bereits mit der Anmeldung eines Pflegebedürftigen beginnen. Speziell für die Klärungs- und Weichenstellungsaufgaben der Kurzzeitpflege hinsichtlich der weiteren - möglichst häuslichen - Versorgung sind ausführliche Informationen über den klinischen und funktionellen Status des Pflegebedürftigen, seine Ziele, Befürchtungen und Erwartungen sowie die Adäquatheit der Heil- und Hilfsmittelversorgung, erforderlich.</p>
Quellen	<p>Australian Government 2010, Mason et. Al. 2007, Shaw et al. 2009, Niedersachsen 2003, Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern 2009</p>
Zugrunde liegende Qualitätskriterien gem. Kap. 4	<p>QK 15 Eingangsassessment, QK 16 Erstellung eines individuellen Pflegeplan je Bewohner, QK 17 Reassessment, QK 32 Kognition und mentale Funktionen der zu Pflegenden, QK 35 ADL, QK 63 Funktionale Fähigkeiten, QK 92 Hilfsmittelversorgung QK 118 Schmerzassessment und –behandlung, QK 139 Assessment bei Aufnahme und Entlassung</p>
Praxisbeispiele (Quellen und detaillierte Beschreibung siehe Kap. 3.2)	<p>Internationale Praxisbeispiele</p> <p><i>NSW Health Transitional Aged Care Program, Australien</i></p> <p>Unabhängig von einzelnen Einrichtungen überprüft ein Aged Care Assessment Team (ACAT) die Teilnahme möglicher Patienten und leitet die Überleitung in die ambulante oder stationäre Pflege ein. Der Anbieter der Kurzzeitpflege hat mit dem ACAT permanent zusammenzuarbeiten und dieses z.B. über freie Plätze zu informieren.</p> <p>Dem Case Management kommt innerhalb des Programms eine entscheidende Steuerungsfunktion zu. Jeder Patient hat einen Case Manager, der die Pflege koordiniert und überwacht. Dieser ist zuständig u.a. für:</p>

	<ul style="list-style-type: none">• die Erstellung und das Vorliegen des Pflegeplans zum Zeitpunkt der Entlassung des Patienten aus akutstationärer Behandlung• die Umsetzung des Pflegeplans• die Identifizierung und Umsetzung von notwendigen Änderungen des Pflegeplanes• der Organisation der Weiterversorgung nach Ende der Übergangspflege• den Kontakt zu externen Leistungserbringern bzgl. notwendiger Leistungen und Maßnahmen <p>Grays Fair Court, Norwich, UK</p> <p>Das Risikoassessment wird bei jedem Patienten mindestens 1x pro Woche überprüft und bei Bedarf erfolgt eine Anpassung des Pflegeplans auf die neue Situation.</p> <p>Deutsche Praxisbeispiele</p> <p>Deutsche KZP-Einrichtungen nutzen für ihre Pflegeanamnese zumeist papiergebundene oder elektronische Pflegedokumentationssysteme kommerzieller Anbieter, welche für die vollstationäre Dauerpflege entwickelt wurden. Ein spezifisches Dokumentationssystem für die Kurzzeitpflege wird derzeit nicht angeboten. Daher enthalten die standardisierten Dokumentationssysteme für die Kurzzeitpflege hochrelevante Angaben, wie z.B. zur häusliche Pflege- und Versorgungssituation /-ressourcen (Pflegepersonen) und zu Zielen und Erwartungen des Klienten und seiner Angehörigen an die Weiterversorgung nach dem KZP-Aufenthalt nicht oder nur unvollständig. Teilweise werden diese Angaben zusätzlich in den KZP-Einrichtungen erhoben und dokumentiert.</p>
--	---

5.2.3 Pflegeplanung

Festlegung von Pflege- und Versorgungszielen	
<p>Für jeden Gast sollten auf der Grundlage von Pflegeüberleitungsdokumenten der vorversorgenden Dienste und Institutionen, Pflegeanamnese und Assessment Pflegeziele festgelegt werden. Dabei sollten insbesondere auch folgende Zielbereiche zu berücksichtigen werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funktioneller Status, alltagspraktische Fähigkeiten, Kommunikations- sowie Orientierungsfähigkeit • Folgeversorgung nach dem Kurzzeitpflegeaufenthalt (Rückkehr in die gewohnte häusliche Umgebung bzw. Alternativen) <p>Die Pflege- und Versorgungsziele und der Zeitraum, innerhalb dessen die Pflege- und Versorgungsziele erreicht werden können, sollten mit dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen abgestimmt werden. Pflege- und Versorgungsziele sollte regelmäßig überprüft und bei Bedarf angepasst werden.</p>	
Begründung und Erläuterungen	<p>Die frühzeitige Formulierung von Pflegezielen - wesentlicher Bestandteil jeglicher Pflegeplanung - ist im Rahmen der Kurzzeitpflege von besonderer Bedeutung, da Entscheidungen über die Folgeversorgung unter erheblichem Zeitdruck getroffen werden müssen und mit der Umsetzung geeigneter pflegerischer und therapeutischer Maßnahmen zur Erreichung dieser Ziele rechtzeitig begonnen werden muss.</p> <p>Vor diesem Hintergrund haben die o.g. Zielbereiche im Vergleich zu anderen Pflegearten besondere Bedeutung.</p>
Quellen	Australian Government 2010, Mason et. Al. 2007, Shaw et al. 2009, KDA 2004, MDS 2005, Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern 2009
Zugrunde liegende Qualitätskriterien	<p>QK 16 Erstellung eines individueller Pflegeplan je Bewohner.,</p> <p>QK 75 Unterstützung der Kontinuität der pflegerischen und medizinischen Behandlung,</p> <p>QK 92 Hilfsmittelversorgung</p> <p>QK 105 Festlegung von Pflegezielen,</p> <p>QK 112 Festlegung von Pflegezielen,</p> <p>QK 113 Erstellung eines Maßnahmenplans</p> <p>QK 140 Festlegung von Therapiezielen</p>
Praxisbeispiele (Quellen und detaillierte Beschreibung siehe Kap. 3.2)	(siehe unter „Planung und Überprüfung von Pflege- und Versorgungsmaßnahmen“)

Planung und Überprüfung von Pflege- und Versorgungsmaßnahmen	
<p>Für jeden Pflegebedürftigen sollte auf der Grundlage von Pflegeüberleitung, Pflegeanamnese, Assessment und Pflegezielen zeitnah nach Aufnahme ein Maßnahmenplan erstellt werden. Hierbei sollten insbesondere auch Maßnahmen für folgende Zielbereiche zu prüfen sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zielbereich: Funktioneller Status, alltagspraktische Fähigkeiten, Kommunikations- sowie Orientierungsfähigkeit <ul style="list-style-type: none"> ○ Aktivierende Pflege ○ Training von Alltagskompetenzen (z.B. hauswirtschaftliches Training) ○ Rehabilitative Therapien (Heilmittel), insbesondere Ergo- und Physiotherapie ○ Hilfsmittelversorgung • Zielbereich: Weitere Versorgung nach der Kurzzeitpflege (Hier: Rückkehr in die gewohnte häusliche Umgebung angestrebt) <ul style="list-style-type: none"> ○ Wohnraumanpassung ○ Unterstützung bei der Sicherstellung der pflegerischen, therapeutischen und ärztlichen Versorgung nach Entlassung <p>Die Umsetzung der geplanten Pflegemaßnahmen sollte regelmäßig überprüft werden. Die Nicht-Durchführung geplanter Maßnahmen sollte begründet werden.</p>	
Begründung und Erläuterungen	<p>Eine strukturierte Maßnahmenplanung ist für Kurzzeitpflege von besonderer Bedeutung, da verspätet beginnende oder gar versäumte Maßnahmen, insbesondere für Pflegebedürftige nach Akutaufenthalt, zu einer verzögerten Entwicklung funktioneller Fähigkeiten führen und damit auch die Rückkehr in die gewohnte häusliche Umgebung verzögern oder gar verhindern können. Eine strukturierte Maßnahmenplanung ist zudem wesentliche Voraussetzung für den reibungslosen Ablauf und die Leistungs- sowie Kapazitätsplanung in der KZP-Einrichtung.</p>
Quellen	<p>Mason et. Al. 2007, Shaw et al. 2009, Health Information and Quality Authority 2008, Edgar 2011, Niedersachsen 2003, MDS 2005, KDA 2004, DNQP 2009, Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern 2009</p>
Zugrunde liegende Qualitätskriterien gem. Kap. 4	<p>QK 26 Institutionalisierung des zu Pflegenden QK 27 Mortalität QK 35 ADL, QK 41 Tage lebend in der Gemeinde QK 49 Rate der Institutionalisierung QK 63 Funktionale Fähigkeiten, QK 75 Unterstützung der Kontinuität der pflegerischen und medizinischen Behandlung, QK 80 Unterstützung im weiteren Pflegeprozess, QK 90 Organisation der Nachsorge, QK 92 Hilfsmittelversorgung, QK 93 Wohnraumanpassung, QK 113 Erstellung eines Maßnahmenplans, QK 115 Entlassungsvorbereitung QK 146 Möglichst niedrige Rehospitalisationshäufigkeit QK 147 Möglichst niedrige Überweisungshäufigkeit in eine Rehabilitationsklinik QK 148 Anteil von nach Hause entlassenen Pflegegästen ist möglichst hoch.</p>
Praxisbeispiele (Quellen und detaillierte Beschreibung siehe Kap.	<p>Internationale Praxisbeispiele</p> <p>In nahezu allen recherchierten internationalen Praxismodellen werden Maßnahmenpläne und die Vorgehensweise zu deren Überprüfung beschrieben, exemplarisch seien folgende Einzeleinrichtungen genannt:</p> <p>Modelleinrichtung Grays Fair Court, Norwich, UK</p>

3.2)	<p>Das Risikoassessment und die Pflegeplanung für jeden Bewohner werden mindestens 1x pro Woche überprüft, um bei Bedarf umgehend Anpassungen vornehmen zu können.</p> <p>NSW Health Transitional Aged Care Program, Australien</p> <p>Die Anpassung bzw. Überarbeitung der Pflegeplanung erfolgt regelmäßig. Je nach Fortschritt des Patienten werden Ziele angepasst.</p> <p>Transitional Care Program der australischen Regierung</p> <p>Unmittelbar bei Aufnahme wird ein Pflegeplan unter Hinzuziehung des Entlassungsassessments des Krankenhauses festgelegt. Der Patient bzw. dessen Angehörige sind dabei zu beteiligen.</p> <p>Deutsche Praxisbeispiele</p> <p>Praxismodelle mit Schwerpunkt „rehabilitative Kurzzeitpflege“</p> <p>Auf der Grundlage von Pflege- und Versorgungszielen wird ein Maßnahmenplan für die aktivierende Pflege, die rehabilitativen Therapien, die Hilfsmittelversorgung, Wohnraumanpassung und für die pflegerische und rehabilitative Weiterversorgung erstellt.</p>
------	--

5.2.4 Beratungs-, Organisations- und Koordinationsleistungen

Die folgenden Leistungen sollten bei bzw. mit jedem Gast der Kurzzeitpflegeeinrichtungen erbracht werden. Durch diese Leistungen werden individuelle Fragen und Probleme sowie anstehende Entscheidungen hinsichtlich des Verbleibs bzw. der Rückkehr in die gewohnte häusliche Umgebung mit dem Gast und seinen Angehörigen systematisch und strukturiert angegangen.

Beratung zur Folgeversorgung und Nachsorge	
<p>Jedem Pflegebedürftigen und dessen Angehörigen sollten bereits frühzeitig nach Aufnahme Informationen und Beratungen zur weiteren pflegerischen Versorgung nach dem Kurzzeitpflegeaufenthalt angeboten werden oder eine derartige Beratung vermittelt werden. Der Beratungsschwerpunkt sollte hierbei bei den Möglichkeiten des Verbleibs in der gewohnten häuslichen Umgebung liegen. Falls erforderlich, sollte eine Wohnraumanpassungsberatung durchgeführt oder vermittelt werden.</p> <p>Bei Bedarf sollte die Beratung - falls erforderlich auch mehrmals – wiederholt werden. Die Ergebnisse der Beratung und die Begründungen für den Fall, dass ein Pflegebedürftiger während seines Kurzzeitpflegeaufenthalts keine Beratung erhält, sollten dokumentiert werden.</p>	
Begründung und Erläuterungen	<p>Die Beratung zur Folgeversorgung und Nachsorge stellt eine „Kernleistung“ der Kurzzeitpflege für das Ziel der Rückkehr in die eigene Häuslichkeit dar.</p> <p>Eine ausführliche und auf die Wünsche aber auch Ängste und Befürchtungen der Betroffenen eingehende Beratung kann wesentlich dazu beitragen, in dieser Situation typische, überstürzte oder von unüberprüften Befürchtungen ausgelöste Entscheidungen für eine dauerhafte vollstationäre Pflege (welche schwer korrigiert werden kann) zu vermeiden.</p>
Quellen	Health Information and Quality Authority 2008, Edgar 2011, Niedersachsen 2003, DNQP 2009, Geiger 2007.
Zugrunde liegende Qualitätskriterien gem. Kap. 4	<p>QK 75 Unterstützung der Kontinuität der pflegerischen und medizinischen Behandlung,</p> <p>QK 80 Unterstützung im weiteren Pflegeprozess,</p> <p>QK 90 Organisation der Nachsorge,</p> <p>QK 91 Vorbereitung der Rückkehr ins häusliche Umfeld,</p> <p>QK 93 Wohnraumanpassung,</p> <p>QK 127 Zusammenarbeit und Organisation externer Leistungen durch das Case Management</p> <p>QK 115 Entlassungsvorbereitung</p> <p>QK 128 Sicherstellung und Organisation der Weiterversorgung durch das Case Management</p>
Praxisbeispiele (Quellen und detaillierte Beschreibung siehe Kap. 3.2)	<p>Internationale Praxisbeispiele</p> <p>NSW Health Transitional Aged Care Program, Australien</p> <p>Ca. 4 Wochen nach Aufnahme werden sogenannte „family-conferences“ zur Abklärung und Planung der Weiterversorgung auf der Grundlage bisheriger Behandlungsergebnisse (z.B. Assessmentergebnisse) mit den Angehörigen durchgeführt.</p> <p>Die Gespräche werden durch die Einrichtung aktiv organisiert um die Folgeversorgung und Nachsorge zu klären und finden bei Bedarf mehrfach während des Aufenthaltes statt.</p> <p>Deutsche Praxisbeispiele</p>

	Die meisten der recherchierten deutschen KZP-Einrichtungen erwähnen in ihren Aussendarstellungen, dass eine Beratung zur Folgeversorgung zum Teil in Form von Sprechstunden angeboten wird.
--	---

Überprüfung (ggf. Initiierung) und Unterstützung der Versorgung mit rehabilitativen Therapien und Hilfsmitteln	
<p>Bei jedem Gast sollte der Stand der Heil- und Hilfsmittelversorgung überprüft werden. Besteht bei Aufnahme keine Heil- und/oder Hilfsmittelversorgung und liegen keine entsprechenden Verordnungen oder Empfehlungen vor, sollte eine entsprechende Prüfung der Erforderlichkeit von Heil- oder Hilfsmitteln durch Kostenträger, behandelnde Ärzte und/oder MDK initiiert werden.</p> <p>Sollten die Heil- und Hilfsmittelverordnungen während des Aufenthaltes in der KZP-Einrichtung nicht umgesetzt werden können, bzw. ist dies absehbar, wird dem Bewohner und seinen Angehörigen Unterstützung angeboten (z.B. Kontaktaufnahme mit lokalen Anbietern, Organisation des Transports).</p> <p>Die Erbringung der Heil- und Hilfsmittelverordnung in der Einrichtung sollte räumlich sichergestellt sein (siehe auch strukturelle Anforderungen Kapitel 5.1).</p> <p>Die Umsetzung der Heil- und Hilfsmittelverordnungen, bzw. die Gründe für deren Nicht-Umsetzung, sollten dokumentiert werden.</p>	
Begründung und Erläuterungen	<p>Die adäquate Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln ist eine wesentliche Voraussetzung für die Sicherstellung des Verbleibs bzw. für die Rückkehr in die gewohnte häusliche Umgebung, insbesondere unmittelbar nach akutstationären Aufenthalten.</p> <p>Diese Anforderung an die Kurzzeitpflege entspricht zudem dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“, der insbesondere im § 5 SGB XI (Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation) und des § 31 XI (Vorrang der Rehabilitation vor Pflege) ausgeführt ist.</p> <p>§ 40 SGB V ermöglicht die Erbringung ambulanter Rehabilitationsleistungen durch Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111c SGB V besteht in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 SGB XI.</p> <p>Weiterhin sehen die Rahmenverträge für Kurzzeitpflege gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI auf Länderebene eine Mitteilungsverpflichtung der Einrichtungen bei Vorliegen eines Rehabilitationsbedarfs vor.</p>
Quellen	Niedersachsen 2003, KDA 2004, Geiger 2007
Zugrunde liegende Qualitätskriterien gem. Kap. 4	QK 92 Hilfsmittelversorgung
Praxisbeispiele (Quellen und detaillierte Beschreibung siehe Kap. 3.2)	(siehe hierzu Kap. 5.1.3 Gewährleistung der ärztlichen und therapeutischen Versorgung)

Entlassungsvorbereitung und Pflegeüberleitung	
<p>Gemeinsam mit dem Gast und seinen Angehörigen sowie den an der weiteren pflegerischen, therapeutischen und medizinischen Versorgung beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen sollte der voraussichtliche Entlassungstermin und der absehbare Unterstützungsbedarf abgestimmt und im Pflegeüberleitungsbogen zur Entlassung dokumentiert werden. Für jeden Pflegebedürftigen sollte ein Pflegeüberleitungsbogen erstellt werden, der insbesondere auch folgende Angaben enthält:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ergebnisse der Beratung zur Folgeversorgung und Nachsorge nach Kurzzeitpflege, insbesondere hinsichtlich des weiteren Verbleibs (eigene Häuslichkeit oder Alternativen) • Ergebnisse der Überprüfung des Heil- und Hilfsmittelbedarfs • Im Rahmen der Kurzzeitpflege abgestimmte Pflege- und Versorgungsziele • Geplante, während der Kurzzeitpflege umgesetzte bzw. noch umzusetzende Maßnahmen, insbesondere hinsichtlich <ul style="list-style-type: none"> ○ pflegerische Versorgung ○ Heil- und Hilfsmittelversorgung • Funktioneller Status, alltagspraktische Fähigkeiten, Kommunikations- sowie Orientierungsfähigkeit bei Entlassung • Verbleib des Gastes nach Kurzzeitpflegeaufenthalt <ul style="list-style-type: none"> ○ Gewohnte häusliche Umgebung ○ Vollstationäre Pflege ○ Sonstige Pflegeinstitution (z.B. teilstationäre Pflege, betreutes Wohnen) ○ Rehabilitationseinrichtung ○ Akutkrankenhaus • Vorgaben und Empfehlungen für die Folgeversorgung hinsichtlich pflegerischer Maßnahmen sowie der Heil- und Hilfsmittelversorgung 	
Begründung und Erläuterungen	<p>Einrichtungen der Übergangs-Kurzzeitpflege nehmen durch ihren Versorgungsauftrag im Übergang von der stationären Behandlung zur häuslichen Behandlung und Pflege oder zur stationären Dauerpflege bzw. als intermittierende stationäre Pflege zum Erhalt einer – bereits bestehenden – häuslichen Pflege eine Schalt- und Weichenfunktion wahr. Die systematische Information der nachversorgenden 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</p>
Quellen	<p>Australian Government 2010, Australian Government 2011, Mason et. Al. 2007, Shaw et al. 2009, Health Information and Quality Authority 2008, Niedersachsen 2003, KDA 2004, DNQP 2009, Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern 2009</p>
Zugrunde liegende Qualitätskriterien gem. Kap. 4	<p>QK 17 Reassessment, QK 35 ADL, QK 63 Funktionale Fähigkeiten, QK 75 Unterstützung der Kontinuität der pflegerischen und medizinischen Behandlung, QK 80 Unterstützung im weiteren Pflegeprozess QK 91 Vorbereitung der Rückkehr ins häusliche Umfeld QK 93 Wohnraumanpassung QK 106 Beratung zur Folgeversorgung und Nachsorge QK 110 Entlassungsvorbereitung, QK 115 Entlassungsvorbereitung, QK 116 Pflegeüberleitung QK 128 Sicherstellung und Organisation der Weiterversorgung durch das Case Manage-</p>

	<p>ment QK 129 Umfangreiche Entlassungsdokumentation QK 143 Wohnungsabklärung</p>
<p>Praxis- beispiele (Quellen und detaillierte Beschreibung siehe Kap. 3.2)</p>	<p>Internationale Praxisbeispiele</p> <p><i>Barnabas Health - Transitional Care Unit, Toms River, USA</i></p> <p>Vor Entlassung erfolgt ein Assessment um notwendige Anforderungen und Bedürfnisse für die Folgeversorgung zu ermitteln. Durch die Mitarbeiter der TCU werden die notwendigen Ansprechpartner für eine Folgeversorgung identifiziert und kontaktiert. Der Bewohner erhält Empfehlungen für eine entsprechende ambulante Weiterversorgung.</p> <p><i>Golden Living Center, Tarboro, USA</i></p> <p>Das Entlassungsmanagement beginnt bereits bei Aufnahme des Bewohners in Zusammenarbeit zwischen interdisziplinärem Pflorgeteam und, sofern vorhanden, den Angehörigen. Die Einrichtung unterstützt bei der Planung der Weiterversorgung durch Organisation notwendiger häuslicher Hilfen und nimmt ggf. Kontakt zu entsprechenden lokalen Stellen vor Ort auf.</p> <p>Deutsche Praxisbeispiele</p> <p>Teilweise werden für die Pflegeüberleitung bei Entlassung standardisierte Pflegeüberleitungsbögen aus Pflegedokumentationssystemen verschiedener Anbieter genutzt. Einige Einrichtungen haben auf der Grundlage der Anforderungen von ambulanten Pflegediensten eigene Überleitungsbögen entwickelt.</p>

5.2.5 Anforderungen an Dokumentation, Qualitätssicherung und Evaluation

Pflegedokumentation	
<p>Die Pflegedokumentation sollte u.a. enthalten:</p> <p>Die Ergebnisse der Informationssammlung, insbesondere</p> <ul style="list-style-type: none"> • den Pflegeüberleitungsbogen bei Aufnahme • die Ergebnisse von Pflegeanamnese und Assessment <p>Festlegungen der Pflegeplanung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pflege- und Versorgungsziele • umzusetzende Pflege- und Versorgungsmaßnahmen <p>während der Kurzzeitpflege umgesetzte Maßnahmen, insbesondere</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ergebnisse der Beratung zur Nachsorge (Folgeversorgung) und Nachsorge nach Kurzzeitpflege • Ergebnisse der Überprüfung des Heil- und Hilfsmittelbedarfs • Stand der Koordination und Organisation der Heilmittelerbringung und Hilfsmittelversorgung <p>schwerwiegende Ereignisse, insbesondere</p> <ul style="list-style-type: none"> • schwere Erkrankungen • Stürze • neu aufgetretene Dekubitalulzera <p>den Pflegeüberleitungsbogen zur Entlassung (zum Inhalt siehe „Entlassungsvorbereitung und Pflegeüberleitung“ Kap. 5.2.4)</p>	
Begründung und Erläuterungen	<p>Neben Aufgaben der juristischen Absicherung und der Leistungsdokumentation sind zwei weitere Aufgaben der Pflegedokumentation im Rahmen der Kurzzeitpflege von besonderer Bedeutung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung der Pflegeplanung • Grundlage für Qualitätssicherung und Evaluation. <p>Die genannten Aufgabenbereiche ergänzen sich: die Dokumentation eines Pflegeziels ist für die Pflegeplanung erforderlich und stellt zugleich eine wichtige Informationsgrundlage für die fall- und einrichtungsbezogene Evaluation dar. Generell sollte sich das Dokumentationssystem am Pflegeprozess orientieren, um Mehrfachdokumentationen zu vermeiden und unter Qualitätssicherungsaspekten eine übersichtliche Verlaufsdarstellung der Kurzzeitpflege zu ermöglichen.</p>
Quellen	State of Victoria 2013, Niedersachsen 2003, MDS 2005, KDA 2004
Zugrunde liegende Qualitätskriterien	<p>QK 1 Erfassung der Dekubitus-Prävalenz (Grad 1-4),</p> <p>QK 2 Erfassung von Stürzen und der Sturz-Prävalenz,</p> <p>QK 3 Erfassung der Häufigkeit der Anwendung von Maßnahmen zur Bewegungseinschränkung,</p> <p>QK 4 Erfassung der Anzahl von Bewohnern, die neun oder mehr verschiedene Medikamente nehmen,</p> <p>QK 25 Körperliche Gesundheit des zu Pflegenden,</p> <p>QK 32 Kognition und mentale Funktionen der zu Pflegenden,</p>

	QK 38 Demenzsymptome QK 42 Nebenwirkungen der Pflege QK 56 Anzahl der Pflegeprobleme der zu Pflegenden, QK 61 Kognitive Funktion der zu Pflegenden, QK 62 Verhaltensprobleme, QK 64 Psychischer Distress und Wohlbefinden des zu Pflegenden, QK 94 Pflegedokumentation, QK 114 Pflegedokumentation, QK 118 Schmerzassessment und –behandlung QK 121 Wundmanagement QK 129 Umfangreiche Entlassungsdokumentation
--	---

Qualitätssicherung und -management	
<p>Die KZP-Einrichtung sollte ein Qualitätsmanagement vorhalten, welches nachweislich folgende Elemente enthält:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine schriftliche Darstellung der Pflegeprozesse und Versorgungsabläufe der Einrichtung unter Berücksichtigung der in Kap. 5.2 aufgeführten Anforderungen an den Pflegeprozess und seine Organisation. Insbesondere die Abläufe bei medizinischen Notfällen sollten beschrieben sein. Die Prozessdarstellung ist allen Mitarbeitern zugänglich und wird regelmäßig aktualisiert. • Die Mitarbeiter der KZP-Einrichtung, welche für die aufgeführten Beratungs-, Organisations- und Koordinationsleistungen verantwortlich sind, werden namentlich benannt. • Es werden regelmäßig Zufriedenheitsbefragungen bei Gästen und Angehörigen durchgeführt. • Die nachversorgenden Einrichtungen und ambulanten Dienste werden regelmäßig nach ihrer Zufriedenheit mit der Qualität den Informationen der KZP-Einrichtung über entlassene Gäste (insbesondere Pflegeüberleitung) befragt. • Die Einrichtung führt ein systematisches Beschwerdemanagement durch. • Die Einrichtung stellt sicher, dass für jeden Gast qualitätssicherungsrelevante Parameter auf Basis der Pflegedokumentation für die interne und externe Qualitätssicherung sowie Evaluationen dargestellt werden können. Hierzu zählen insbesondere: <ul style="list-style-type: none"> ○ Verbleib des Gastes nach dem Aufenthalt in der KZP-Einrichtung ○ Pflege- und Versorgungsziele der Kurzzeitpflege ○ Geplante und während der Kurzzeitpflege umgesetzte Maßnahmen ○ Funktioneller Status, alltagspraktische Fähigkeiten, Kommunikations- sowie Orientierungsfähigkeit bei Aufnahme und Entlassung ○ Schwerwiegende Ereignisse 	
Begründung und Erläuterungen	Die gesetzliche Verpflichtung ein Qualitätsmanagement vorzuhalten und nachzuweisen besteht für alle Pflegearten. Die genannten Elemente eines Qualitätssicherungssystems bilden die für die Kurzzeitpflege wesentlichen Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität ab und stellen zugleich eine wesentliche Grundlage für eine einrichtungsvergleichende Evaluation dar.
Quellen	State of Victoria 2013, Australian Government 2010, Health Information and Quality Authority 2008, KDA 2004, Niedersachsen 2003
Zugrunde liegende Qualitätskriterien	QK 1 Erfassung der Dekubitus-Prävalenz (Grad 1-4), QK 2 Erfassung von Stürzen und der Sturz-Prävalenz, QK 7 Informationsmanagementsystem für Mitarbeiter und Kunden, QK 9 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess, QK 10 Risikomanagement, QK 19 Beschwerdemanagement, QK 72 Definiertes und veröffentlichtes Beschwerdemanagement,

	<p>QK 73 Regelmäßige Diskussion von Beschwerden in Teammeetings, QK 95 Qualitätsmanagement, QK 107 Qualitätsmanagement, QK 108 Beschwerdemanagement, QK 109 Zufriedenheitsbefragungen QK 145 Erhebung der Patientenzufriedenheit</p>
<p>Praxis- beispiele (Quellen und detaillierte Beschreibung siehe Kap. 3.2)</p>	<p>Internationale Praxisbeispiele</p> <p><i>Modellprojekt Übergangspflege / Post-Akut-Pflege (PAP) im Kanton Bern</i></p> <p><i>Definition und Messung von Kriterien der Ergebnisqualität</i></p> <p>Für die Modelleinrichtungen wurden folgende Kriterien der Ergebnisqualität definiert und operationalisiert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßige Erhebung der Patientenzufriedenheit nach anerkannten Methoden. • Periodische Auswertung vorhandener Daten (Medstat des BFS und Einwohnerregister) nach folgenden Parametern: <ul style="list-style-type: none"> ○ Rehospitalisationshäufigkeit (während der Post-Akut-Pflege und bis 6 Monate nach Austritt; Sollwert: unter 20%) ○ Überweisungshäufigkeit in eine Rehabilitationsklinik (bei Austritt aus der Post-Akut-Pflege; Sollwert: unter 2%) ○ Aufenthaltsort nach Post-Akut-Pflege (6 Monate nach Post-Akut-Pflege; Sollwert: über 75% zu Hause lebend). <p><i>Evaluation</i></p> <p>Das Modellprojekt wurde im Rahmen einer nicht-randomisierten Studie (Vergleich: konventionelle Pflege - Übergangspflege / Post-Akut-Pflege, N= 1054, Zeitraum: 1.32003 - 31.10.2004) evaluiert. Erhoben wurden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitszustand • Funktioneller Status (gemessen mit Barthel- Index, World Health Organization Disability Assessment - WHODAS) • Erbrachte Leistungen • Kosten • Rehospitalisierungen bis 6 Monate nach Entlassung <p><i>Transitional Care Program der australischen Regierung</i></p> <p><i>Qualitätsmanagement-Prozess</i></p> <p>Im Rahmen des Transition Care Program wurde ein umfangreicher Qualitätsmanagement-Prozess entwickelt und implementiert. Für folgende Qualitätsbereiche wurden Kriterien definiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sicherheit <ul style="list-style-type: none"> ○ Verhinderung von Stürzen ○ Verhinderung von Missbrauch von bzw. Gewaltanwendung gegen Pflegebedürftige ○ Einhaltung und Überprüfung von Standards hinsichtlich Bau, Küche und anderes • Effektivität <ul style="list-style-type: none"> ○ Monitoring anhand validierter Assessment-Tools (z.B. Barthel) ○ Implementierung eines Reporting und Rückmeldeprozesses zur Quali-

	<p style="text-align: center;">tatsverbesserung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ergebnismessung <ul style="list-style-type: none"> ○ Ergebnismessung hinsichtlich z.B. Rückkehr in die Häuslichkeit, Wiedereinweisungen ins Krankenhaus während der KZP • Patienten- / Bewohnerzufriedenheit <ul style="list-style-type: none"> ○ Beschwerdemanagement ○ Nutzerbefragungen und Fokusgruppeninterviews ○ Bewohnersprechstunden • Zugang zu einzelnen Leistungen <ul style="list-style-type: none"> ○ Erhebung zur Inanspruchnahme einzelner Leistungen und ggf. Optimierung • Effizienz <ul style="list-style-type: none"> ○ Systematische Überprüfung und Update von Prozessen zur Sicherstellung der Einhaltung nationaler und regionaler Standards ○ Aktuelles Berichtswesen (inkl. Auslastung, Dauer des Aufenthaltes und Wiedereinweisungsraten ins Krankenhaus) <p><i>Qualitätsstandards</i></p> <p>Neben einem Qualitätsmanagement-Prozess wurden bisher die folgenden drei Transition Care Program Quality Standards (TCPQS) entwickelt und für die am Programm teilnehmenden Einrichtungen verbindlich vorgegeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Standard 1: Verbesserung und Förderung der Unabhängigkeit und des Wohlbefindens der Bewohner • Standard 2: Multidisziplinäre und auf Therapie fokussierte Pflege – Die Kurzzeitpflegeerbringt ihre Leistung in hoher Qualität und auf der Grundlage evidenzbasierter therapeutischer Verfahren zur Erreichung festgelegter Ziele. • Standard 3: Sicherstellung einer nahtlosen Pflege – Die Kurzzeitpflege stellt einen nahtlosen Übergang zwischen akutstationärer Behandlung vor und Versorgung nach Kurzzeitpflege sicher.
--	---

6 Fazit und Ausblick

6.1 Zur Ausgangssituation

Ausgehend von dem übergeordneten Ziel, die ambulante pflegerische Versorgung von Pflegebedürftigen in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung zu stärken, wurde der Kurzzeitpflege im § 42 SGB XI eine hochspezialisierte und fachlich sowie organisatorisch anspruchsvolle Aufgabe innerhalb der pflegerischen Versorgungskette zugewiesen. Der Gesetzgeber positioniert die Kurzzeitpflege an entscheidenden Stellen individueller Pflegeverläufe z. B. nach stationär behandelten akuten Erkrankungen: Sie soll in der post-akuten Phase innerhalb einer relativ kurzen Zeitspanne und in einer für den Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen oft schwierigen Situation eine hohe pflegfachliche Qualität sicherstellen und zugleich eine Klärung der weiteren Versorgung herbeiführen (sog. „Clearing-“ oder „Weichenstellerfunktion“).

Diese grundsätzliche Aufgabenstellung innerhalb der pflegerischen Versorgungskette macht die Kurzzeitpflege zu einem sehr anspruchsvollen pflegerischen Leistungsbereich mit einer, im Vergleich zu anderen Pflegeformen, erhöhten Leistungsintensität und -komplexität. Dies trifft insbesondere auf die pflegerische Versorgung in der Übergangsphase unmittelbar nach einem akutstationären Aufenthalt zu, welche mit spezifischen pflegfachlichen, organisatorischen und psychosozialen Anforderungen verbunden ist.

6.2 Zu den Ergebnissen der Länderanalysen und ihrer Übertragbarkeit auf Deutschland

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden in Deutschland sowie in sechs weiteren europäischen und außereuropäischen Ländern (Australien, Großbritannien, USA, Schweiz, Österreich und Irland) Literatur- und Internetrecherchen zum Angebotsspektrum, zu Qualitätsvorgaben und zu beispielhaften Praxiskonzepten sowie Modelleinrichtungen für die Kurzzeitpflege durchgeführt. Aus 13 internationalen und nationalen Quellen konnten 148 Qualitätskriterien für die Kurzzeitpflege recherchiert, extrahiert und für ein Anforderungsprofil aufbereitet werden.

Die Recherchen insbesondere in Australien, den USA und der Schweiz ergaben detaillierte Informationen zu beispielhaften Praxismodellen für die Kurzzeitpflege. Die Rechercheergebnisse insbesondere zu den letztgenann-

ten Ländern zeigen dort eine insgesamt konsequentere Orientierung der Kurzzeitpflege auf ihre Weichenstellerfunktion in der post-akuten Übergangssituation.

Die internationalen Praxisbeispiele zur Kurzzeitpflege weisen eine stärkere, insbesondere personelle Ausrichtung auf die Versorgung von Patienten im post-akuten Behandlungsstadium aus. Die Abgrenzung zur Verhinderungs- bzw. Urlaubspflege ist derzeit stärker ausgeprägt als in Deutschland.

Rehabilitation durch ein multiprofessionelles Team, welches neben Pflegekräften auch Ergo-, Physiotherapeuten sowie teilweise auch Logopäden umfasst, ist in der Regel fester Bestandteil des Leistungsangebots der Kurzzeitpflege in den in die Recherche einbezogenen Ländern.

Die recherchierten internationalen Einrichtungen sind durchgehend fachlich und personell eigenständige Organisationsformen, zugleich aber zumeist eng an akutstationäre oder rehabilitative Einrichtungen angebunden. Die sich aus der Anbindung ergebenden Synergiepotenziale hinsichtlich Personal, Ausstattung und standardisierten Versorgungsabläufen und Informationsflüssen, insbesondere bei Verlegungen, können in der Regel weitgehend ausgeschöpft werden.

Einige Länder haben die Indikationsstellung für die Übernahme von post-akuten Patienten in die Kurzzeitpflege einheitlich definiert und ermöglichen so die Überleitung von Patienten nach akut-stationären Aufenthalten auf der Grundlage von definierten klinisch-pflegerischen Überleitungs- bzw. Aufnahmekriterien.

Für einen direkten Vergleich der recherchierten internationalen Modelle und Einrichtungen mit der Situation in Deutschland, ist die Übertragbarkeit entsprechender Ansätze jedoch immer kritisch zu betrachten. In Deutschland bestehen derzeit leistungsrechtliche und sektorale Barrieren, die ein nahtloses integratives Angebot an post-akuter Übergangspflege erschweren. So besteht eine klare Trennung zwischen ambulantem und stationärem Sektor, sowie auch zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen im Gesundheitssystem (z. B. Medizin, Rehabilitation, Pflege). In Deutschland wird insbesondere der Begriff der Pflege stark isoliert betrachtet. Dieser definiert sich vordergründig darüber, was der Versorgungsbereich nicht leisten darf oder kann. Daher stellt Pflege nicht Rehabilitation oder eine medizinische Versorgung dar. Demzufolge steht auch in der Kurzzeitpflege, in ihrer Funktion als Übergangspflege, der Versorgungsbereich Pflege zumeist isoliert im Vordergrund. Für die Einbeziehung weiterer, für eine postakute Versorgung notwendiger Versorgungsbereiche, bestehen überwiegend hohe Barrieren, die einem multiprofessionellen Ansatz im Wege stehen. Dabei bedarf gerade eine Behandlung an den Nahtstellen zwischen den einzelnen Sektoren und Versorgungsbereichen eines multiprofessionellen Ansatzes,

um vorhandene Hürden zu überwinden. Hinzu kommt eine in Deutschland vorhandene Trennung zwischen den Leistungsbereichen des SGB V und des SGB XI, die somit auch aus unterschiedlichen Quellen finanziert werden. Die Kurzzeitpflege ist leistungrechtlich im Bereich der Pflegeversicherung verortet, Therapie und medizinische Versorgung sind Leistungsbestandteile der Krankenversicherung.

Die meisten international recherchierten Beispiele der post-akuten Übergangspflege zeichnen sich durch einen weitgehend nahtlosen Übergang zwischen den verschiedenen Sektoren aus. So ist beispielsweise die ärztliche Versorgung in den recherchierten US-amerikanischen Transitional Care Units (TCUs) durch Ärzte des Akut-Krankenhauses, dem die Einrichtung angeschlossen ist, sichergestellt. In Deutschland werden auch bei unmittelbarer räumlicher Nähe zum Akut-Krankenhaus, aufgrund sektoraler Barrieren, i. d. R. niedergelassene Ärzte bzw. die ärztlichen Notdienste der kasernenärztlichen Vereinigungen für die Versorgung der Patienten in Anspruch genommen. In vielen recherchierten internationalen Einrichtungen wird die Versorgung durch ein multiprofessionelles Team aus z. B. Pflegenden, Therapeuten und Sozialarbeitern sichergestellt, da insbesondere die Übergangspflege über die reine pflegerische Versorgung hinausgeht. In Deutschland muss die therapeutische Versorgung in vielen Fällen über Kooperationen mit Niedergelassenen, unter der Voraussetzung entsprechender medizinischer Verordnungen, bereitgestellt werden.

6.3 Zum Anforderungsprofil für die Kurzzeitpflege und den damit verbundenen Entwicklungserfordernissen

Auf der Grundlage der Ergebnisse der nationalen und internationalen Recherche nach Qualitätskriterien und Praxismodellen und unter Berücksichtigung der gesetzlichen Rahmenbedingungen sowie von Gutachten, Studien und Empfehlungen, Qualitätsvorgaben und Empfehlungen der Landespflegeausschüsse konnte ein Anforderungsprofil bestehend aus 19 überprüfbareren Einzelanforderungen an die Struktur sowie den Pflegeprozess und seine Organisation entwickelt und durch deutsche und internationale Praxisbeispiele veranschaulicht werden.

Das Anforderungsprofil gibt das unter den gegebenen rechtlichen und systemischen Rahmenbedingungen in Deutschland anzustrebende Qualitätsniveau einer fachgerechten Kurzzeitpflege als „Weichenstellung“ für die weitere Versorgung, insbesondere in der in der post-akuten Übergangphase nach Krankenhausaufenthalt, nach den Vorgaben und Zielstellungen des § 42 SGB XI wieder.

Ein systematischer Abgleich der Vorgaben des Anforderungsprofil mit der derzeitigen Ist-Situation der Kurzzeitpflege in Deutschland war nicht Gegenstand der vorliegende Studie. Dennoch lassen sich auf der Grundlage der im Rahmen der Studie aufgearbeiteten Materialien zur Entwicklung der Kurzzeitpflege in Deutschland, und der durchgeführten Recherchen zu Praxisbeispielen, eine Reihe von Aussagen zu den absehbaren Herausforderungen und Entwicklungsbedarfen auf Einzeleinrichtungs- und Systemebene treffen:

- Entgegen der Vorgabe im Anforderungsprofil wird der überwiegende Anteil von Kurzzeitpflegeplätzen in Deutschland nicht im Rahmen einer *Solitäreinrichtungen bzw. eigenständigen Abteilungen* vorgehalten, sondern in Form von Pflegeplätzen, die flexibel für die Kurzzeitpflege genutzt werden können. Ein wesentlicher Grund für diese Situation dürfte in den geringeren wirtschaftlichen Risiken liegen, die die Pflegeeinrichtungsträger bei der Vorhaltung von „eingestreuten Betten“ eingehen.
- In Pflegeeinrichtungen werden unter der Bezeichnung „Kurzzeitpflege“ neben Pflegeleistungen gemäß § 42 SGB XI zumeist auch solche gemäß § 39 SGB XI („Verhinderungspflege“) erbracht. Für die im Rahmen der Verhinderungspflege versorgten Pflegegäste ist die Rückkehr in die gewohnte häusliche Umgebung in der Regel ge-

sichert und sie stellen auch in den meisten Fällen andere Anforderungen an die Versorgung als beispielsweise Pflegegäste unmittelbar nach einem Akutkrankenhausaufenthalt. Das vorliegende, spezifisch für die Pflegeleistung „Kurzzeitpflege“ gemäß § 42 SGB XI entwickelte Anforderungsprofil erfordert eine *Spezialisierung oder zumindest stärkere interne Differenzierung der Einrichtungen* auf die unterschiedlichen Bedarfe und Bedürfnisse der o.g. Zielgruppen in räumlicher, ausstattungsmaßiger und personeller Hinsicht. So sollte beispielsweise die räumliche Aufteilung sowohl den Anforderungen bzw. Bedürfnissen von relativ wenig pflegebedürftigen und mobilen Gästen, welche eher Wert auf eine wohnliche und komfortable Unterbringung legen, als auch denen von schwer Pflegebedürftigen, z.B. nach einem Akutkrankenhausaufenthalt, gerecht werden.

- Vor dem Hintergrund der anspruchsvollen pflegfachlichen Aufgaben im Rahmen der post-akuten Behandlungspflege stellt die Erfüllung der Anforderungen an die *krankenpflegerische Personalausstattung und Qualifikation* angesichts des Fachkräftemangels eine weitere Herausforderung für die KZP-Einrichtungen dar.
- Da die Anforderungen an die *Sicherstellung erforderlicher rehabilitativer Therapien*, insbesondere in der Übergangsphase nach akutstationärer Behandlung in der Praxis nicht bzw. nur in Teilen durch eigenes Personal der KZP-Einrichtungen abgedeckt werden können, stehen die KZP-Einrichtungen vor der Aufgabe, Kooperationen mit niedergelassenen Therapeuten einzugehen und die externen Therapeuten in die pflegerischen Abläufe einzubinden, so dass die rehabilitative Versorgung durch eine enge Abstimmung mit der aktivierenden Pflege im Sinne eines multiprofessionellen therapeutischen Teams gewährleistet ist. Die dargestellten Praxisbeispiele zeigen, dass das Konzept einer explizit rehabilitativ ausgerichteten Kurzzeitpflege auch in Deutschland bereits durch eine Reihe von Einrichtungen umgesetzt wird. Darüber hinaus enthält das SGB weitere Möglichkeiten welche für die rehabilitative Versorgung im Rahmen der Kurzzeitpflege genutzt werden können:
 - Gem. §42, Abs. 4 SGB XI kann Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbracht werden, wenn während einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist.
 - § 40 SGB V ermöglicht die Erbringung ambulanter Rehabilitationsleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 SGB XI durch Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111c SGB V besteht.

- Im Rahmen von Verträgen zur Integrierten Versorgung nach § 140a SGB V können u.a. auch Kooperationen mit niedergelassenen Therapeuten und Ärzten zur Rehabilitation im Rahmen der Kurzzeitpflege geregelt werden.
- Das Anforderungsprofil weist *verbindlichen Kooperationen* mit zuweisenden Einrichtungen (insbesondere Krankenhäusern), Therapeuten und niedergelassenen Ärzten für die fachgerechte rehabilitative und medizinische Versorgung während des KZP-Aufenthaltes sowie nachversorgenden Institutionen (insbesondere ambulante Pflegedienste) eine zentrale Bedeutung für den Gesamtprozess der Kurzzeitpflege zu. Der Aufbau und die Pflege eines funktionierenden Netzwerkes und die vielfältigen Beratungsaufgaben erfordern neben sehr guten Kenntnissen der lokalen Versorgungsstruktur spezielle kommunikative, rechtliche und psychosoziale Fähigkeiten durch speziell hierfür ausgebildete und vorgesehene Mitarbeiter. Dieser Notwendigkeit zur internen Spezialisierung wird von einem Teil der KZP-Einrichtungen bereits durch die Beschäftigung von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern entsprochen.
- Insbesondere für die Medikation, die post-akute Behandlungspflege und für die Gewährleistung der rehabilitativen Versorgung (Heil- und Hilfsmittelverordnungen) ist eine *Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten* für jede KZP-Einrichtung essentiell. Zugleich wird der Aufbau verbindlicher Kooperationsbeziehungen zu dieser Berufsgruppe für KZP-Einrichtungen als besonders herausfordernd und schwierig beschrieben (vgl. Schweizer 2009, ASB o.J., KDA 2003). Praxisbeispiele zeigen demgegenüber, dass stabile Kooperationsbeziehungen zumindest zu einigen Ärzten aufgebaut werden können, welche für die Dauer des KZP-Aufenthaltes alle Pflegegäste der Einrichtung versorgen. Voraussetzung hierfür ist,
 - dass sich die KZP-Einrichtung auf der Grundlage einer guten Kenntnis der lokalen ärztlichen Versorgungsstruktur gezielt um grundsätzlich kooperationswillige Ärzte bemüht,
 - diesen die praktische Zusammenarbeit so aufwandsarm wie möglich gestaltet,
 - sich in der Behandlungspflege und bei der Umsetzung von Anordnungen als fachlich kompetent und zuverlässig erweist und

- dass mögliche Probleme bezüglich Regressforderungen im Arzneimittel- und/oder Heilmittelbudget gelöst werden können.¹¹

Eine weitere, bisher im Bereich der Kurzzeitpflege kaum genutzte Möglichkeit zur Sicherstellung der ärztlichen (und darüber hinaus auch der rehabilitativ-therapeutischen) Versorgung bieten Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140a SGB V.

- Die Umsetzung der Anforderungen zum Pflegeprozess erfordert ein standardisiertes *Dokumentationssystem* welches Pflegeplanung, Leistungssteuerung, Vorbereitung der Folgeversorgung und Qualitätsmanagement unterstützt. Die Recherchen haben gezeigt, dass derzeit kein auf die Spezifika der Kurzzeitpflege, insbesondere in ihrer Eigenschaft als Übergangspflege, ausgerichtetes Dokumentationssystem in Deutschland angeboten wird. Die besonderen behandlungspflegerischen und therapeutischen Leistungen werden mit den bisher eingesetzten Systemen nicht adäquat abgebildet. Teilweise werden diese Angaben in den KZP-Einrichtungen zusätzlich erhoben und dokumentiert. Es bedarf daher eines entsprechenden Systems bzw. der Schaffung von Anreizen, solche Dokumentationssysteme zu entwickeln und zu etablieren.
- Um in Deutschland ein effektives System der Übergangspflege zu etablieren, ist die *Überwindung sektoraler und leitungsrechtlicher Grenzen* (zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich) notwendig. Die verstärkte und reibungslose Kooperation von KZP-Einrichtungen mit Leistungserbringern, z. B. Ärzten zwecks Medikation, Heilmittelversorgung oder Notfallversorgung und Therapeuten zur Heilmittelerbringung, sind wesentlicher Erfolgsfaktor für Kurzzeitpflege mit dem Ziel einer Überleitung des Patienten in die häusliche Umgebung und Verhinderung der Institutionalisierung. Weitere Notwendigkeit besteht in der vereinfachten Verknüpfung von Leistungen unterschiedlicher rechtlicher Grundlagen des SGB V und SGB XI. Den hohen Anforderungen an die Behandlungspflege sowie dem speziellen rehabilitativen Charakter der Übergangspflege gegenüber der Verhinderungspflege, wird derzeit durch das SGB XI nicht in ausreichendem Maße Rechnung getragen, da die Behandlungspflege als Leistung im Bereich der Krankenversicherung verortet ist. Hier bedarf es einer verstärkten konzeptionellen und leis-

¹¹ Die Versorgung von Pflegeheimbewohnern stellt per se keine Praxisbesonderheit mit dem Rückschluss auf erhöhte Versorgungskosten dar. Es bedarf des Nachweises eines erhöhten Behandlungsbedarfs durch den verordnenden Arzt.

tungsrechtlichen Berücksichtigung der für einen Erfolg der Überleitungspflege erforderlichen behandlungspflegerischen und therapeutischen Leistungen sowie einer Abkehr von der leistungsrechtlichen Abgrenzung zwischen den Leistungsbereichen der Kranken- und Pflegeversicherung.

6.4 Eckpunkte für eine Evaluation der Kurzzeitpflege in Deutschland

Laut Leistungsbeschreibung stellt der vorliegende Bericht eine Vorstudie für eine geplante Evaluationsstudie dar. Für die vorgesehene Evaluation sollen auf der Grundlage des hier vorgelegten Anforderungsprofils Best-Practice-Modelle ausgewählt werden. Die im Anforderungsprofil getroffenen Aussagen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität können zudem für die Fragestellungen der Evaluation unmittelbar genutzt werden.

Die im Anforderungsprofil definierten Vorgaben für KZP-Einrichtungen sind fachlich durch eine Vielzahl von Quellen fundiert. Ein empirischer Nachweis eines positiven Zusammenhangs zwischen dem Grad der Erfüllung der Anforderungen und dem Erreichen der Zielsetzungen, wie sie durch den Gesetzgeber für die Kurzzeitpflege gemäß § 42 SGB XI vorgegeben werden, steht noch aus und sollte durch eine Evaluation erbracht werden. Im Rahmen der Evaluation wäre daher u.a. zu prüfen, ob die auf Grundlage des Anforderungsprofils ausgewählten Best-Practice-Modelle diese Zielsetzungen in höherem Maße erreichen als andere KZP-Einrichtungen.

Die Zielsetzungen des Gesetzgebers für die Kurzzeitpflege lassen sich für eine Evaluation folgendermaßen operationalisieren:

- Bezüglich der Struktur- und Prozessqualität ist insbesondere zu bewerten, ob die im Rahmen der „Weichenstellerfunktion“ wahrzunehmenden Aufgaben wie im Anforderungsprofil definiert umgesetzt werden.
- Hinsichtlich der Ergebnisqualität ist von besonderem Interesse, wie viele der in der Kurzzeitpflege versorgten Pflegegäste dauerhaft in ihre gewohnte häuslichen Umgebung zurückkehren bzw. nach der Kurzzeitpflege in einem Pflegeheim weiterversorgt werden und wie häufig es zu (Rück-)Verlegungen in ein Akutkrankenhaus kommt.

Darüber hinaus sollen im Rahmen einer Evaluation weitere Best-Practice-Beispiele für die Umsetzung des Anforderungsprofils gesammelt und empirische Erkenntnisse über die Relevanz einzelner Anforderungen zur Struktur und Prozessqualität für die Ergebnisqualität der Kurzzeitpflege gewonnen werden.

Um zu validen Ergebnissen hinsichtlich der oben skizzierten Fragestellungen zu kommen, sollte die vorgesehene Evaluationsstudie folgende methodische Eigenschaften aufweisen:

- Die Evaluation sollte als Vergleichsgruppenstudie durchgeführt werden. Die Interventionsgruppe umfasst die auf Grundlage des Anforderungsprofils ausgewählten Best-Practice-Einrichtungen. Die Kontrollgruppe sollte sowohl Solitäreinrichtungen als auch KZP-Angeboten mit „eingestreuten Betten“ enthalten.
- Es sind sowohl einrichtungsbezogene als auch fallbezogene Daten zu erheben.
- Die Untersuchung der Versorgungsverläufe nach der Kurzzeitpflege erfordert Folgerhebungen nach Entlassung aus der KZP-Einrichtung. Anzustreben sind Follow-Up-Zeiten von mindestens sechs Monaten.
- Für die vergleichende Bewertung der Ergebnisqualität von Interventions- und Kontrollgruppe ist die Erhebung von Merkmalen mit Einfluss auf den weiteren Verbleib nach Entlassung aus der Kurzzeitpflege erforderlich, insbesondere die diesbezüglichen Präferenzen von Pflegegästen und Angehörigen, sowie Gesundheitszustand und funktioneller Status bei Aufnahme und Entlassung aus der KZP-Einrichtung.

Literatur- und Quellenverzeichnis

- (ageUK 2013) ageUK: Respite and short term care, 2013.
<<http://www.ageuk.org.uk/norfolk/care-homes/respites-homes/>>17.09.2013
- (ASB o.J.) Arbeiter-Samariter-Bund: Abschlussbericht zum Modellprojekt „Rehabilitative Kurzzeitpflege. Ein Konzept zur Realisierung elementarer SGB XI Prioritäten“, Saarbrücken.
- (Australian Government 2013) Australian Government - Department of Health and Ageing: Short stays in aged care homes, 2013.
<<http://www.myagedcare.gov.au/node/313>>19.06.2013
- (Australian Government 2012) Australian Government - Department of Health and Ageing: National Respite for Carers Program, 2012.
<<http://www.bulletpoint.com.au/wp-content/uploads/2012/11/National-Respite-for-Carers-Program-Program-Manual.pdf>>02.05.2013
- (Australian Government 2011)) Australian Government - Department of Health and Ageing: Flexible Aged Care – Transition Care Program, 2011.
<<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/ageing-policy-transition.htm>>16.09.2013
- (Australian Government 2011a) Australian Government - Department of Health and Ageing: Transition Care Program Guidelines, 2011.
<[http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/EBBB0E83C736F2AACA2571E70008AA40/\\$File/TransCareProgGuidelines2011.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/EBBB0E83C736F2AACA2571E70008AA40/$File/TransCareProgGuidelines2011.pdf)>27.09.2013
- (Australian Government 2010) Australian Government - Department of Health and Ageing: Community Care Common Standards Guide, 2010.
<<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/ageing-publicat-commcare-standards.htm>>02.05.2013
- (Australian Government 2006) Australian Government - Department of Health and Ageing: The ins and outs of residential respite care. In: Bulletin 43 2006.
<<http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=6442453546>>01.07.2013
- (Barnabas Health 2013) Barnabas Health Transitional Care Unit: 2013.
<http://www.barnabashealth.org/hospitals/community_medical/services/transitional.html>17.09.2013
- (Be Independent Home Care 2012) Be Independent Home Care: 2012.
<<http://www.beindependenthomecare.ie/news-content/26th-june-2012-transitional-care-beds-the-answer-to-freeing-up-acute-hospital-beds.html>>08.10.2013
- (Blass 2001) Blass K: Die Kurzzeitpflege. Ein unverzichtbarer Bestandteil einer integrierten Versorgungskette. Eine exemplarische Analyse der Funktionsfähigkeit von solitären Kurzzeitpflegen im BMG-Modellprogramm zur "Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen", Saarbrücken, 2001.

- (BMG o.J.) Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. <http://www.bmg.bund.de>
- (Bupa 2013) Bupa Care Homes Limited: Short stay care and respite, 2013. <<http://www.bupa.co.uk/individuals/care-homes/types-of-care/respice-care>>17.09.2013
- (care inspectorate 2012) care inspectorate: Self Assessment Form Short Breaks and Respite Services, Dundee, 2012. <http://www.scswis.com/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=497&Itemid=100181>04.06.2013
- (Chesson 2001) Chesson R: Respite: Definitions and Policy (A background paper prepared for the MS Society as part of a review of MS Society Holiday Homes), 2011. <<http://www4.rgu.ac.uk/files/Respite%20Definitions%20and%20Policy.pdf>>20.02.2013
- (CMS o.J.) Centers for Medicare & Medicaid Services: Medicare Coverage of Skilled Nursing Facility Care, o.J.. <<http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10153.pdf>>16.09.2013
- (Curaviva 2013) Curaviva Schweiz: Konzept Akut- und Übergangspflege, Zürich, 2013. <http://www.pflegefinanzierung-zh.ch/konzept_auep-zh_tarifsuisse.pdf>02.10.2013
- (Department of Social Protection 2013) Department of Social Protection Ireland: Respite Care Grant, 2013. <<http://www.welfare.ie/en/Pages/respice.aspx>>04.06.2013
- (DNQP 2009) Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Osnabrück. 1. Aktualisierung, 2009.
- (Diakonisches Werk 2007) Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. 2007: Ärztliche Versorgung im Pflegeheim 2007. (www.diakonie.de)
- (Döhner 2007) Döhner H, Kofahl C, Lüdecke D, Mnich E: The National Survey Report for Germany, Hamburg, 2007.
- (Edgar 2011) Edgar M, Uhl M: ARCH National Respite Network and Resource Center, National Respite Guidelines, 2011. <<http://archrespice.org/arch-store#Guidelines2011>>24.06.2013
- (Eichenseer 2010) Eichenseer B: Qualitätsziele ambulanter und teilstationärer Pflege-, Betreuungs- und Therapieangebote für Demenzkranke aus Experten- und Anbieterperspektive. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg, 2010.
- (Feinberg et al. 2004) Feinberg L, Newman S, Gray L, Kolb K, The State of the States in Family Caregiver Support: A50-State Study. Family Caregiver Alliance, 2004. <http://www.caregiver.org/caregiver/jsp/content/pdfs/50_state_report_complete.pdf>21.06.2013
- (Fjelltunen 2009) Fjelltun A, Henriksen N, Norberg A, Gilje F, Normann H: Carers' experiences with overnight respite care. A qualitative study. In: Vard i Norden 2009, Vol.29: No.3: S.23-27.

- (GEF 2009) Gesundheits- und Fürsorgedirektion Kanton Bern, Spuhler T, Brunswick C: Übergangspflege – der Berner Modellversuch. Bern, 2009.
<http://www.isesuisse.ch/fr/conferences/e_0906_berner_modell.pdf>25.09.2013
- (Geiger 2007) Geiger M, Kirchen-Peters S: Kurzzeitpflege vor der Reform: Perspektiven eines Versorgungsbausteins, Saarbrücken, 2007.
- (H+ 2011) H+ Die Spitäler der Schweiz: H+ präzisiert die Übergangspflege, Definition und Forderungen, Bern, 2011.
<http://www.hplus.ch/fileadmin/user_upload/H__Politik/Positionen/Aktuelle_H__Positionen/Uebergangspflege/H__Positionspapier_%C3%9Cbergangspflege.pdf>02.10.2013
- (Hartmann 2002) Hartmann E: Kurzzeitpflege in der Region. Teil I: Kurzzeitpflege und Regionalstruktur. Band 205, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2002.
- (Hoffmann 2010) Hoffmann F, Rodrigues R: Informal Carers: Who Takes Care of Them? Policy Brief April 2010, European Centre for Social Welfare Policy and Research, Wien, 2010.
- (Houser 2012) Houser A, Ujvari K: The State of Measurement of Respite Care, AARP Public Policy Institute, Washington, 2012.
- (Health Information and Quality Authority 2008) Health Information and Quality Authority: National Quality Standards for Residential Care Settings for Older People in Ireland (1), 2008.
<<http://www.hiqa.ie/publication/national-quality-standards-residential-care-settings-older-people-ireland>>24.05.2013
- (Kanton Bern 2011) Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern. Alterspolitik im Kanton Bern. Bern 2011.
http://solviva.napoleon.ch/upload/dokumente/zwischenbericht_alterspolitik_kanton_bern.pdf
- (KDA 2004) Kuratorium Deutsche Altershilfe: Planungs- und Arbeitshilfe für die Kurzzeitpflege-Praxis. Band 22. Herausgegeben im Rahmen des BMGS-Modellprogramms zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), 2004.
<https://www.kda.de/files/bmg/2005-02-14-band22.pdf>
- (Land Niederösterreich o.J.) Land Niederösterreich, Amt der NÖ Landesregierung: NÖ Sozialbericht 2011, St.Pölten o.J..
- (London Borough of Richmond upon Thames 2013) London Borough of Richmond upon Thames: How much will I pay for my short stay care or my respite care?, 2013.
<http://www.richmond.gov.uk/how_much_will_i_have_to_pay_for_my_short_stay_residential_care>16.09.2013
- (Mason et al. 2007) Mason A, Weatherly H, Spilsbury K, Arksey H, Golder S, Adamson J, Drummond M, Glendinning C: A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of different models of community-based respite care for frail older people and their carers. HTA 2007, Vol. 11: No. 15.
- (MDS 2005) Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS): Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Handlungsempfehlungen zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Pflege, 2005.

- (Medicare 2013) Medicare: Respite Care.
<<http://www.medicare.com/assisted-living/respite-care.html>>24.06.2013
- (Niedersachsen 2003) Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales: Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI als Übergangspflege zur Sicherung der häuslichen Pflege. Rahmenkonzept zu Leistungen und zur Gestaltung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen in Niedersachsen. Empfehlung des Landespflegeausschusses gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 SGB XI vom 30.01.2003
- (nidirect 2013) Government of Northern Ireland, nidirect – government services: Temporary stays in a residential care or nursing home.
<<http://www.nidirect.gov.uk/index/information-and-services/health-and-well-being/health-services/residential-care-and-nursing-homes/temporary-stays-in-a-care-home.htm?source=sidepod-nav>>26.06.2013
- (NSW Health 2013) NSW Department of Health: Clinical Services Redesign Program – Transitional Aged Care, North Sydney, 2006l.
- (O’Connell et al. 2012) O’Connell B, Hawkins M, Ostaszkiwicz J, Millar L: Carers’ perspective of respite care in Australia: An evaluative study. In: *Contemp Nurse*. 2012, Vol. 41: No1: S.111-119.
- (Pichler 2012) Pichler E: Vom Spitalbett ins Alltagschaos. In: *Das Österreichische Gesundheitswesen – ÖKZ*, 2012, Vol.53:No3:S.11-13.
- (Schweizer 2009) Schweizer C, Brod G, Stadler M: Modellprogramm des Spitzenverbandes und der gesetzlichen Pflegekassen zur „Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs.3 SGB XI“ – Teil B: Möglichkeiten und Grenzen einer rehabilitative orientierten solitären Kurzzeitpflege, Saarbrücken, 2009.
- (SeneCura 2013) SeneCura Pflegezentrum Arnoldstein: Rehabilitative Übergangspflege, Wien, 2013.
<http://arnoldstein.senecura.at/fileadmin/user_upload/Standorte/Arnoldstein/docs/SC9601_UePfFolder_0611.pdf>13.10.13
- (Shaw et al. 2009) Shaw C, McNamara R, Abrams K, Cannings-John R, Hood K, Longo M, Myles S, O’Mahony S, Roe B, Williams K: Systematic review of respite care in the frail elderly. *HTA* 2009, Vol. 13: No. 20.
- (Spuhler 2009). Spuhler T, Brunswicker C: Übergangspflege – der Berner Modellversuch. Warum ein neues Pflegemodell für Akutspitäler? Planung, Durchführung und Ergebnisse des Modellversuchs. Umsetzung in die Praxis. Präsentation.
http://www.isesuisse.ch/fr/conferences/e_0906_berner_modell.pdf.
- (State of Victoria 2013) State of Victoria, Department of Human Services: Resource manual for Quality Indicators in Public Sector Residential Aged Care Services 2007 – 2008 version 1, 2007.
<<http://www.health.vic.gov.au/agedcare/publications/resourcemanual.htm>>02.05.2013
- (Statistisches Bundesamt 2013) Statistisches Bundesamt (Hrsg.): *Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden 2013. www.destatis.de.
- (TCU Hubbard 2013) TCU at Hubbard: 2013.
<<http://www.tcuathubbard.com/>>17.09.2013

- (US Department of Health an Human Services 1995) US Department of Health an Human Services Assistant Secretary for Planning and Evaluation Office of Disability: Aging and Long-Term Care Policy, Overview of Long Term Care in five Nations: Australia, Canada, The Netherlands, Norway and the United, 1995.
- (US Department of Health an Human Services 2004) US Department of Health an Human Services – Administration on Aging: The older Americans Act – National Caregivers Support Program, 2004.
- (welldone 2010) Welldone GmbH: Themenservice Gesundheit, ThemaIntegrierte Versorgung in der Pflege – Ein Konzept mit Zukunft!, Wien, 2010.
<http://www.periconsulting.at/pdf/TS_Pflege.pdf>10.10.2013
- (Wingenfeld et al. 2011) Wingenfeld K, Kleina T, Franz S, Engels D, Mehlan S, Engel H: Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnis-sicherheit in der stationären Altenhilfe. Abschlussbericht, Bielefeld, 2011.

Verzeichnis der im Bericht berücksichtigten Gesetze, Verordnungen und Vertragsgrundlagen

- Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz - PNG). Referentenentwurf. Stand 20. Januar 2012.
- Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschl. des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der Kurzzeitpflege vom 18. August 1995 (i.d.F. vom 31. Mai 1996) der Spitzenverbände der Pflegekassen und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Karlsruhe der Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände, Köln und den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene.
- Gemeinsame Empfehlung gemäß § 75 Abs. 5 SGB XI zum Inhalt der Rahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI zur Kurzzeitpflege vom 25. November 1996 zwischen den Spitzenverbänden der Pflegekassen und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Karlsruhe, der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, Köln, und den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene.
- Landesverbände der Pflegekassen in Nordrhein-Westfalen, Gemeinsamer Struktur-Erhebungsbogen der Landesverbände der Pflegekassen in Nordrhein-Westfalen zur Beantragung eines Versorgungsvertrages gem. § 72 SGB XI.
- Rahmenverträge nach § 75 SGB XI zur Kurzzeitpflege.
- Versorgungsverträge nach § 72 SGB XI über Kurzzeitpflege.

Anlage 1 – Liste der extrahierten Qualitätskriterien

Ifd.Nr. des QK	Bezeichnung des Qualitätskriteriums (QK)
QK 1	Erfassung der Dekubitus-Prävalenz (Grad 1-4)
QK 2	Erfassung von Stürzen und der Sturz-Prävalenz
QK 3	Erfassung der Häufigkeit der Anwendung von Maßnahmen zur Bewegungseinschränkung.
QK 4	Erfassung der Anzahl von Bewohnern, die neun oder mehr verschiedene Medikamente nehmen.
QK 5	Korporative Unternehmensführung (Corporate Governance)
QK 6	Einhaltung der geltenden Vorschriften
QK 7	Informationsmanagementsystem für Mitarbeiter und Kunden
QK 8	Kontakt zum örtlichen Umfeld
QK 9	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess
QK 10	Risikomanagement
QK 11	Sicherstellung adäquat ausgebildeten Personals in ausreichender Zahl.
QK 12	Gute bauliche Instandhaltung der Einrichtung
QK 13	Berücksichtigung der Anforderungen von zu Pflegenden mit speziellen kulturellen, religiösen oder sozialen Anforderungen bei der baulichen Bereitstellung der Leistung
QK 14	Eingangsgespräch/Aufklärung mit potenziellen Nutzern vor Aufnahme
QK 15	Eingangsassessment
QK 16	Erstellung eines individuellen Pflegeplans je Bewohner.
QK 17	Reassessment
QK 18	Bereitstellung von entscheidungsunterstützenden Informationen für Kunden
QK 19	Beschwerdemanagement
QK 20	Belastung der Pflegeperson
QK 21	Dysphorie der Pflegeperson (Störung des emotionalen Erlebens)
QK 22	Psychische Gesundheit der Pflegeperson
QK 23	Lebensqualität/Zufriedenheit/Wohlbefinden der Pflegeperson
QK 24	Körperliche Gesundheit der Pflegeperson
QK 25	Körperliche Gesundheit des zu Pflegenden
QK 26	Institutionalisierung des zu Pflegenden
QK 27	Mortalität
QK 28	Klinisches Ansprechen des zu Pflegenden

Ifd.Nr. des QK	Bezeichnung des Qualitätskriteriums (QK)
QK 29	Verhaltensmessungen bei den zu Pflegenden
QK 30	Inanspruchnahme von Gesundheits- und sozialen Dienstleistungen
QK 31	Lebensqualität der zu Pflegenden
QK 32	Kognition und mentale Funktionen der zu Pflegenden
QK 33	Verhalten der zu Pflegenden
QK 34	Arzneimittelverbrauch
QK 35	ADL
QK 36	Soziale Partizipation
QK 37	Wissen und Fähigkeiten der Pflegeperson
QK 38	Demenzsymptome
QK 39	Nutzung informeller Unterstützung
QK 40	Aufgewendete Zeit für Pflegeaufgaben
QK 41	Tage lebend in der Gemeinde
QK 42	Nebenwirkungen der Pflege
QK 43	Wahrgenommene Vorteile der Pflege
QK 44	Opportunitätskosten der Pflege
QK 45	Einstellung der Pflegeperson
QK 46	Pflegebeziehung
QK 47	Wohlfühlen der Pflegeperson
QK 48	Stress-Level der Pflegeperson
QK 49	Rate der Institutionalisierung
QK 50	Psychische Gesundheit der Pflegeperson
QK 51	Belastung der Pflegeperson
QK 52	Zufriedenheit mit der Dienstleistung
QK 53	Verbleib in der Gemeinde
QK 54	Psychisches Wohlbefinden und Anspannung der Pflegeperson
QK 55	Haltung der Pflegeperson
QK 56	Anzahl der Pflegeprobleme der zu Pflegenden
QK 57	Belastung der Beziehung
QK 58	Symptome von Gesundheitsproblemen der Pflegeperson
QK 59	Aggression, Feindseligkeit der zu Pflegenden
QK 60	Lebensqualität
QK 61	Kognitive Funktion der zu Pflegenden
QK 62	Verhaltensprobleme
QK 63	Funktionale Fähigkeiten
QK 64	Psychischer Distress und Wohlbefinden des zu Pflegenden
QK 65	Selbstachtung der zu Pflegenden
QK 66	Gesundheitliche Selbstwahrnehmung
QK 67	Soziale Unterstützung

Ifd.Nr. des QK	Bezeichnung des Qualitätskriteriums (QK)
QK 68	Bereithaltung und Zugang zu entscheidungsrelevanten Informationen für jeden zu Pflegenden.
QK 69	Erforderliche Zeit und die erforderlichen Informationen bei Notfallaufnahmen
QK 70	Definiertes Vorgehen zur Einholung von Genehmigungen des zu Pflegenden.
QK 71	Angemessenen und zeitnaher Zugang zu gesundheitlicher Versorgung
QK 72	Definiertes und veröffentlichtes Beschwerdemanagement
QK 73	Regelmäßige Diskussion von Beschwerden in Teammeetings
QK 74	Beschaffung aller persönlich, gesundheitlich und sozial erforderlichen Informationen des zu Pflegenden vor Aufnahme
QK 75	Unterstützung der Kontinuität der pflegerischen und medizinischen Behandlung
QK 76	Es bestehen keine Restriktionen hinsichtlich Besuch des zu Pflegenden.
QK 77	Sicherstellung von Patienteninformationen im Falle einer Notfallaufnahme
QK 78	Sicherstellung der Erfassung aller Bedürfnisse und Anforderungen des Patienten im Falle einer Notfallaufnahme .
QK 79	Einfacher und niedrigschwelliger Zugang zu Leistungen der Häuslichen Krankenpflege
QK 80	Unterstützung im weiteren Pflegeprozess
QK 81	Sicherer Umgang mit notwendiger Medikation und Medizintechnik
QK 82	Räumliche Nähe der Kurzzeitpflegeeinrichtung zu Krhs. oder Rehabilitationseinrichtungen, voll- oder teilstationären Pflegeeinrichtungen ist vorteilhaft
QK 83	Klare räumliche und wirtschaftliche Trennung.
QK 84	Einrichtung verfügt mehrheitlich über Einzelzimmer
QK 85	Die Einrichtung verfügt über 15 - 40 Kurzzeitpflegeplätze
QK 86	Größe und Ausstattung der Bewohnerzimmer
QK 87	Wohn-Essraum mit Teeküche ca. 1 je Wohngruppe bis 20 Bewohner
QK 88	Therapieräume zur Erbringung von Heilmitteln
QK 89	Räumliche Eigenständigkeit
QK 90	Organisation der Nachsorge
QK 91	Vorbereitung der Rückkehr ins häusliche Umfeld
QK 92	Hilfsmittelversorgung
QK 93	Wohnraumanpassung
QK 94	Pflegedokumentation
QK 95	Qualitätsmanagement

Ifd.Nr. des QK	Bezeichnung des Qualitätskriteriums (QK)
QK 96	Barrierefreiheit
QK 97	Aufzug für Liegendtransporte
QK 98	Die Unterbringung erfolgt i.d.R. in Einzelzimmern.
QK 99	Größe der Einrichtung
QK 100	Größe und Ausstattung der Bewohnerzimmer
QK 101	Vorhalten und Größe der Funktionsräume
QK 102	Qualifikation der Leitung
QK 103	Vertretung der Leitung
QK 104	Der Kurzzeitpflege angemessener Anteil an Pflegefachkräften ist sicherzustellen.
QK 105	Festlegung von Pflegezielen
QK 106	Beratung zur Folgeversorgung und Nachsorge
QK 107	Qualitätsmanagement
QK 108	Beschwerdemanagement
QK 109	Zufriedenheitsbefragungen
QK 110	Entlassungsvorbereitung
QK 111	Pflegeüberleitung
QK 112	Festlegung von Pflegezielen
QK 113	Erstellung eines Maßnahmenplans
QK 114	Pflegedokumentation
QK 115	Entlassungsvorbereitung
QK 116	Pflegeüberleitung
QK 117	Umfassender Pflegeplan
QK 118	Schmerzassessment und -behandlung
QK 119	Versorgung mit Sondernahrung
QK 120	Versorgung von Patienten mit Urin-Katheter und/oder Stoma
QK 121	Wundmanagement
QK 122	Durchführung von Darmspülungen
QK 123	Versorgung von Patienten mit Tracheostoma.
QK 124	Medikamentenmanagement
QK 125	Ständiger Zugang zu pflegerischer Spezialversorgung
QK 126	Schluckmanagement
QK 127	Zusammenarbeit und Organisation externer Leistungen durch das Case Management.
QK 128	Sicherstellung und Organisation der Weiterversorgung durch das Case Management
QK 129	Umfangreiche Entlassungsdokumentation
QK 130	Eigenständige Abteilung
QK 131	Mindestfallzahl der Post-Akut-Einrichtung
QK 132	Indikationsstellung für die Post-Akut-Pflege

Ifd.Nr. des QK	Bezeichnung des Qualitätskriteriums (QK)
QK 133	Bauliche Struktur und generelle Infrastruktur
QK 134	Personalrotation
QK 135	Verfügbarkeit ärztlicher Dienst
QK 136	Eigene Pflegedienstleitung
QK 137	Therapeutisches Personal
QK 138	Sozialdienst
QK 139	Assessment bei Aufnahme und Entlassung
QK 140	Festlegung von Therapiezielen
QK 141	Pflegekonzept
QK 142	ADL-Training auch außerhalb der Klinik
QK 143	Wohnungsabklärung
QK 144	Sozialberatung
QK 145	Erhebung der Patientenzufriedenheit
QK 146	Möglichst niedrige Rehospitalisationshäufigkeit
QK 147	Möglichst niedrige Überweisungshäufigkeit in eine Rehabilitationsklinik
QK 148	Anteil von nach Hause entlassenen Pflegegästen möglichst hoch.



IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.iges.com