



Institut
für Sozialforschung und
Sozialwirtschaft e.V.

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“

von

Kerstin Blass

Saarbrücken, Oktober 2001

Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (*ISO*), Saarbrücken

© by Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (*iso*), Saarbrücken, 2001
Trillerweg 68, D-66117 Saarbrücken, Telefon: 0681 – 9 54 24-0

Veröffentlichung der Wissenschaftlichen Begleitung zum Modellprogramm des
Bundesministeriums für Gesundheit zur „Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen“

ISBN 3-935084-04-8

Inhalt	Seite
Einleitung	9
Fragestellung und Aufbau des Berichts	12
Teil A: Rahmenbedingungen	15
1. Adressatinnen und Adressaten der Kurzzeitpflege	17
1.1 Zielgruppen und Anspruchsvoraussetzungen des SGB XI	17
1.2 Klientelprofil im Modellprogramm	20
2. Pflegeentgelte der Kurzzeitpflege	26
2.1. Prinzipien der Entgeltgestaltung	26
2.2. Pflegeentgeltentwicklung der Modellkurzzeitpflegen	28
2.3. Auswirkungen der Kostenentwicklung	31
3. Der laufende Betrieb: Konzeptionelle Unterschiede zwischen Kurzzeitpflege und Langzeitpflege	39
3.1 Kurze Verweilzeiten	39
3.2 Saisonale Belegungsschwankungen	40
3.3 Begutachtungspraxis	41
3.4 Behandlungspflege	43
3.5 Clearingfunktion	44
4. Die leistungsrechtlichen Grundlagen: Unklare Abgrenzung zwischen Kurzzeitpflege und Langzeitpflege	45
4.1 Grundsätze zur Qualität und Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI	46
4.2 Rahmenverträge nach § 75 SGB XI	47
4.3 Versorgungsverträge der Kurzzeitpflege	53

	Seite
5. Organisationsformen der Kurzzeitpflegen im Modellprogramm	56
5.1 Anbindung	56
5.2 Räumliche Anordnung und Belegungspraxis	60
Teil B: Neuere konzeptionelle Elemente	65
1. Standardisierungen können oft hilfreich sein	68
1.1 Kooperationsvereinbarung mit dem Krankenhaus	68
1.2 Standardisiertes Überleitungsverfahren	70
1.3 Standardisiertes Aufnahmeverfahren	72
2. Kundenorientierung wird immer wichtiger	75
2.1 Standardisierte Kundenbefragung	75
2.2 Aufbau einer Gästestatistik	77
2.3 Systematisierte Öffentlichkeitsarbeit	79
3. Unterschiedliche Zielgruppen erfordern konzeptionelle Differenzierungen	82
3.1 Tagesstrukturierende Maßnahmen	82
3.2 Aktivierung und rehabilitative Leistungen	85
3.3 Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Gäste	88
3.4 Das Konzept „Urlaub von der Pflege“ – auch pflegende Angehörige brauchen Angebote -	94
Zusammenfassende Einschätzung/Handlungsempfehlungen	96
Literatur	103

Tabellenverzeichnis:	Seite
Tabelle 1: Gegenüberstellung von § 42 und § 39 SGB XI	19
Tabelle 2: Verteilung der Gäste nach dem Aufnahmegrund	20
Tabelle 3: Durchschnittliche Verweildauer der Gäste im Jahr 2000	22
Tabelle 4: Verbleib der Gäste nach einem Aufenthalt in der Kurzzeitpflege	23
Tabelle 5: Verteilung der Gäste nach Pflegestufen	25
Tabelle 6: Durchschnittliche Pflegeentgelte in den Jahren 1998 bis 2000	28
Tabelle 7: Durchschnittliche Pflegesätze in den Jahren 1998 bis 2000	30
Tabelle 8: Differenzierte Betrachtung der Entwicklung der Pflegesätze in Pflegestufe II	32
Tabelle 9: Differenzierte Betrachtung der Entwicklung der Pflegesätze in Pflegestufe III	33
Tabelle 10: Ausdifferenzierung der maximalen Pflegeleistungen in Abhängigkeit von der Pflegestufe im Jahr 2000	34
Tabelle 11: Zusammenhang von Auslastung und Höhe des durchschnittlichen Pflegesatzes	36
Tabelle 12: Durchschnittlicher Anteil der Behandlungspflege an den Arbeitszeiten des Pflegepersonals	43
Tabelle 13: Überblick über die Anbindungsformen der Kurzzeitpflegen im Modellprogramm	57
Tabelle 14: Zusammenhang Anbindungsformen - durchschnittliche Auslastung	59
Tabelle 15: Räumliche Anordnung der Kurzzeitpflege und durchschnittliche Auslastung im Jahr 2000	62
Tabelle 16: Belegungspraxis und durchschnittliche Auslastung im Jahr 2000	63
Tabelle 17: Räumliche Anordnung, Belegungspraxis der Kurzzeitpflege und durchschnittliche Auslastung im Jahr 2000	63
Tabelle 18: Zielgruppenspezifische Differenzierungsaspekte	67
Tabelle 19: Anteil gerontopsychiatrisch erkrankter Pflegebedürftiger in der Kurzzeitpflege im Jahr 2000	89

Einleitung

Mit in Kraft treten des Pflege-Versicherungsgesetzes (PflegeVG) wurde nach langem, kontroversen Ringen, die Institutionalisierung der fünften Säule des Sozialversicherungsrechtes vollzogen. Die Einführung der Pflegeversicherung erfolgte mit der Absicht, sowohl finanz- und ordnungspolitischen Überlegungen als auch sozialpolitischen Forderungen Rechnung zu tragen.¹ Eine zentrale Zielsetzung bestand darin, die soziale Absicherung von Pflegebedürftigen umfassend zu verbessern und auf eine neue Grundlage zu stellen. Dabei orientieren sich die Leistungen der Pflegeversicherung an den Grundsätzen Prävention und Rehabilitation vor Pflege, ambulante vor stationärer Pflege und teilstationäre vor vollstationärer Pflege. Um den Pflegebedürftigen möglichst lange den Verbleib in der gewohnten häuslichen und familiären Umgebung zu ermöglichen, stellt die Pflegeversicherung daher vorrangig Hilfen zur häuslichen Pflege zur Verfügung.²

Zum einen sollten also die physischen, finanziellen und psychischen Belastungen der Pflegebedürftigen vermindert werden, zugleich war es dringend geboten, pflegende Angehörige derart zu unterstützen, dass diese zukünftig weiterhin für die Übernahme von Pflegeleistungen zur Verfügung stehen. Da die meisten und wichtigsten Hilfen für die pflegebedürftigen Menschen von den pflegenden Angehörigen, und hier überwiegend von den weiblichen Familienmitgliedern, erbracht werden,³ wurden im PflegeVG Rechtsansprüche verankert, die diese Arbeit nicht länger nur ideell, sondern nunmehr auch materiell anerkennen.⁴

Folgerichtig sind im SGB XI Leistungen zu finden, deren Inanspruchnahme nicht nur den Pflegebedürftigen selbst zugute kommen, sondern gleichzeitig zu einer temporären Entlastung der Pflegepersonen beitragen und dadurch in doppelter Hinsicht den Verbleib in der Häuslichkeit sichern können. Hier wären im Wesentlichen die ambulanten und teilstationären Angebote zu nennen sowie die Kurzzeitpflegeleistung, die als zeitlich begrenztes, stationäres Angebot speziell darauf abzielt, auftretende Engpässe in der häuslichen Versorgung zu überbrücken. Verglichen mit den eingangs formulierten Intentionen der Pflegeversicherung zeigt sich,

¹ Zur Typisierung unterschiedlicher politischer Akteure innerhalb der Diskussion um die Pflegeversicherung vgl. Rothgang, Heinz 1997

² Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1998

³ Vgl. Blinkert, Baldo/Klie, Thomas 1999

⁴ Im Pflegeversicherungsgesetz sind daher sowohl indirekte finanzielle Anreize für die pflegenden Angehörigen zu finden, als auch, wie beispielsweise im § 44 SGB XI, Regelungen, die zu einer direkten Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegeperson beitragen.

dass das Pflegeangebot „Kurzzeitpflege“ hervorragend dazu geeignet ist, unterschiedlichsten Zielsetzungen gerecht zu werden. Kurzzeitpflege kann genutzt werden,

- um im Anschluss an eine stationäre Behandlung Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder wenigstens den Grad der Pflegebedürftigkeit so weit wie möglich zu senken, damit eine übereilte Heimunterbringung vermieden wird,
- um während des Aufenthaltes die nötige Versorgungskette zum Verbleib der/des Pflegebedürftigen in der häuslichen Umgebung aufzubauen,
- um bei einer vorübergehenden Verschlimmerung des Pflegezustandes eine dauerhafte Heimunterbringung zu vermeiden,
- um eventuelle Krisensituationen wie beispielsweise die Erkrankung der Hauptpflegeperson zu entschärfen,
- um den Pflegepersonen einen Urlaub von der Pflege zu ermöglichen.

Parallel zu den schwierigen und deshalb langwierigen Diskussionen um die konkrete Struktur und die genaue Ausgestaltung der Pflegeversicherung rief das Bundesministerium für Arbeit 1991 ein Modellprogramm ins Leben, das die Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen zum Ziel hatte.⁵ Entsprechend der ambulanten Ausrichtung des PflegeVG stand auch im Modellprogramm von Beginn an die allgemeine Förderung von ambulanten, teilstationären und temporär stationären Angeboten im Mittelpunkt. Es galt vor allem, den Aufbau einer angemessenen Pflegeinfrastruktur zu forcieren, die ein flächendeckendes und aufeinander abgestimmtes Versorgungsangebot garantieren kann. Die geförderten Einrichtungen sollen demnach mit ihren vielfältigen, zunehmend auch zielgruppenspezifischen Angeboten regionale Versorgungslücken schließen und gleichsam, auf Grund ihrer innovativen Konzeptionen, Vorbildfunktion für zukünftige Nachahmer übernehmen.

Der vorliegende Bericht konzentriert sich auf das Versorgungsangebot Kurzzeitpflege. Von den seit 1991 nahezu 450 geförderten Modellvorhaben bieten immerhin 164 Einrichtungen Kurzzeitpflege an. Im Verlauf des Modellprogramms sind Kurzzeitpflegen verschiedenster Ausgestaltung gefördert und in ihrer Funktionsfähigkeit erprobt worden. Gemeinsam ist allen Modellkurzzeitpflegen, dass sie auf Grund ihrer Förderung bestimmten Auflagen unterliegen, von denen die wichtigste darin besteht, dass die Pflegeplätze ausschließlich der Kurzzeitpflege vorbehalten

⁵ Seit dem Regierungswechsel 1998 ist das Modellprogramm im Bundesministerium für Gesundheit verortet. Im Folgenden wird daher vom BMG-Modellprogramm gesprochen.

bleiben sollen. Diese Ausgangssituation hatte zur Folge, dass für die Träger von Kurzzeitpflegen im Modellprogramm die Belegung von leer stehenden Betten mit Dauerpflegegästen keine ernsthafte Alternative darstellen sollte. Der Aspekt ist deswegen besonders hervorzuheben, weil sich in den letzten Jahren immer deutlicher herauskristallisiert, dass außerhalb des Modellprogramms vollstationäre Pflegeeinrichtungen dazu übergehen, Kurzzeitpflege dann durchzuführen, wenn „zufällig“ in der Belegung freie Kapazitäten vorhanden sind. Häufig liegt in diesen Fällen keinerlei inhaltliche Konkretisierung vor. Das Kurzzeitpflegeangebot besteht nur sporadisch, es wird im schlechtesten Fall von den Trägern selber nur noch als „Schnupperangebot“ für die Dauerpflege bewertet und damit in seiner eigentlichen Intention ad absurdum geführt.

Demgegenüber besteht eine große Chance des Modellprogramms darin, das Angebot von Kurzzeitpflege nicht zu früh aufzugeben, sondern stattdessen konkrete Konzepte für Organisation, Finanzierung, Zielgruppen und Öffentlichkeitsarbeit zu erarbeiten, um den auch wirtschaftlich erfolgreichen Betrieb der Kurzzeitpflege zu gewährleisten.

Es stellt sich der Effekt ein, dass eben durch die Modellförderung nicht nur grundsätzlich die Pflegeinfrastruktur der Bundesrepublik weiter ausgebaut wird, sondern die abgestuften Pflegeleistungen auch angeboten werden.

Das Modellprogramm eröffnet eine zweite große Chance. Denn die Analyse einzelner Kurzzeitpflegen erlaubt es, einrichtungsübergreifend Kriterien hervorzuheben, die entweder die volle Wirksamkeit des Kurzzeitpflegeangebotes eher blockieren oder aber die Hinweise dafür geben können, wie das Profil der Kurzzeitpflege zu schärfen, zu differenzieren und damit für die potentiellen Nutzer/innen transparent und attraktiv zu machen ist. So kann die Evaluation der Modelle sowohl für Einrichtungen außerhalb des Modellprogramms als auch für den Zeitraum nach Ablauf des Modellprogramms Anhaltspunkte liefern, die generell richtungsweisend für die Ausgestaltung des Pflegeangebots Kurzzeitpflege sein können.

Bevor im Folgenden auf die Fragestellung und auf den Aufbau des Berichtes eingegangen wird, möchte ich an dieser Stelle allen Interviewpartner/innen für ihr Engagement und ihre Auskunftsbereitschaft danken. Ohne ihre Mitarbeit hätte der vorliegende Bericht nicht zustande kommen können.

Fragestellung und Aufbau des Berichts

Träger von (Kurzzeit-)Pflegeeinrichtungen müssen spätestens seit der Einführung des PflegeVG nicht nur die Versorgung der Hilfe- und Pflegebedürftigen gewährleisten, sondern sie sind zunehmend aufgefordert, auch Wirtschaftlichkeitsanforderungen gerecht zu werden, um im Wettbewerb bestehen zu können. Gegenwärtig lassen sich auf dem Pflegemarkt zahlreiche Hinweise dafür finden, dass infolge „ökonomischer Sachzwänge“ Kurzzeitpflege eher als eingestreutes denn als eigenständig solitäres Angebot einer integrierten (Pflege-)Versorgungskette betrieben wird.⁶ Dass Kurzzeitpflege überwiegend als eingestreutes Angebot betrieben wird, bestätigt eine Studie von Infratest. „Zum größten Teil handelt es sich (bei den Kurzzeitpflegeplätzen) um eingestreute Plätze in vollstationären Einrichtungen, die je nach Bedarf vorgehalten oder belegt werden.“⁷ Eine solche Entwicklung stünde nicht nur im direkten Widerspruch zu den eingangs formulierten Zielsetzungen des BMG-Modellprogramms. Auch bezüglich der praktischen Umsetzung des Pflegeversicherungsgrundsatzes „ambulant vor stationär“ könnte mit einem lediglich eingestreuten Kurzzeitpflegeangebot langfristig ein zentraler Eckpfeiler verloren gehen.

Die Zielsetzung des vorgelegten Berichtes besteht darin, anhand der Betrachtung der Modellkurzzeitpflegen auszuführen, inwiefern einrichtungsinterne und einrichtungsexterne Gestaltungsfaktoren auf die konkrete Ausformung des Kurzzeitpflegeangebotes Einfluss nehmen. Einrichtungsinterne Faktoren sollen den Gestaltungsspielraum andeuten, den die Träger einer Kurzzeitpflegeeinrichtung nutzen können, um das Pflegeangebot zu optimieren. Einrichtungsexterne Faktoren verweisen darauf, dass der (erfolgreiche) Betrieb einer Kurzzeitpflege von zahlreichen normativen Regelungen abhängig ist, die auf unterschiedlichen institutionellen Ebenen, häufig außerhalb der direkten Einflussnahme einzelner Pfelegeeinrichtungen, gesetzt wurden und werden.

Der Bericht, der sich an die Träger von Kurzzeitpflegeeinrichtungen, die Kostenträger, die Vertreter/innen der Verbände und die politischen Entscheidungsträger/innen richtet, verdeutlicht Schnittstellen- und Steuerungsproblematiken und formuliert Handlungsempfehlungen. Ferner gibt er Anregungen dafür, wie Prozessabläufe verbessert und Marktorientierung von Kurzzeitpflegen gestaltet werden können.

⁶ Zur Unterscheidung von eingestreuter und solitärer Kurzzeitpflege siehe Teil A, Kapitel 4.3

⁷ Vgl. Schneekloth, Ulrich/Müller, Udo 2000, S. 188

Gegliedert ist der Bericht in zwei Themenbereiche, wobei im ersten Teil die Rahmenbedingungen und im zweiten Teil neuere konzeptionelle Elemente für den Betrieb der Kurzzeitpflege im Mittelpunkt der Darstellung und Analyse stehen.

Im ersten Kapitel wird mit Bezug auf die §§ 42 und 39 SGB XI zunächst herausgearbeitet, welche Zielgruppen über das PflegeVG erreicht werden sollen. Die Regelungsinhalte definieren gleichsam die materiellen Ressourcen der Pflegebedürftigen, mit denen diese (Kurzzeit-)Pflegeleistungen auf dem Pflegemarkt einkaufen können. Der anschließende Abschnitt bildet dann über die Rückkoppelung an das Modellprogramm das Klientelprofil in den Kurzzeitpflegen ab.

Auch das zweite Kapitel beginnt zunächst mit einem Rekurs auf das SGB XI, dessen dort verankerte Prinzipien der Entgeltgestaltung erörtert werden, um nachfolgend die Pflegeentgeltentwicklung der Modellkurzzeitpflegen zu skizzieren. Der dritte Abschnitt diskutiert die Auswirkung der Preisentwicklung zunächst aus dem Blickwinkel der Nachfrager/innen von Kurzzeitpflegeleistungen, wobei dann auf den im SGB XI festgelegten Leistungsumfang Bezug genommen wird. Im Anschluss daran erfolgt der Perspektivenwechsel hin zu den Anbietern von Kurzzeitpflegeleistungen. Für diese ist die Preisentwicklung vor allem deshalb von Bedeutung, weil bei zu hohen Pflegesätzen negative Auswirkungen auf die Belegung der Kurzzeitpflegen befürchtet werden. Daher wird der Zusammenhang zwischen Auslastung und Pflegesatz thematisiert, ohne an dieser Stelle weitere Auslastungskriterien zu berücksichtigen.

Im dritten Kapitel werden die Besonderheiten des Kurzzeitpflegeangebotes in Abgrenzung zum vollstationären Angebot hervorgehoben. Während die Unterschiede zwischen Kurzzeitpflege und Langzeitpflege auf Grund ihres spezifischen Versorgungsauftrages in der Praxis deutlich erkennbar sind, ist die Unterscheidung in den leistungsrechtlichen Grundlagen kaum wiederzufinden. Dies wird im vierten Kapitel dargestellt. Es gilt zu problematisieren, dass die von den Spitzenverbänden der Pflegekassen, den Trägern der Sozialhilfe und den Vereinigungen der Träger der Leistungserbringer formulierten Grundsätze, Empfehlungen und Verträge die klare Trennung zwischen den beiden Versorgungstypen erschweren. Dies wirkt auf die Entscheidung der Träger, Kurzzeitpflege als solitäres oder eingestreutes Angebot vorzuhalten.

Das fünfte Kapitel schließlich stellt mit Bezug auf die Modellkurzzeitpflegen den Zusammenhang zwischen Anbindung, räumlicher Anordnung und Belegungspraxis einerseits und Auslastung andererseits dar.

Im zweiten Teil des Berichtes konzentriert sich die Analyse zunächst auf einrichtungsinterne Gestaltungsfaktoren. Es werden Kriterien hervorgehoben, die den organisatorischen Ablauf und die Marktorientierung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen optimieren. Begonnen wird im ersten Kapitel mit der Darstellung konzeptioneller Elemente, die im weitesten Sinne den Kurzzeitpflegeaufenthalt der Gäste einleiten und vorbereiten. Mithilfe von Standardisierungen lassen sich Schnittstellen zwischen der Kurzzeitpflege und anderen Leistungserbringern überbrücken und Einspareffekte in Bezug auf die Arbeitszeitanteile erzielen.

Das zweite Kapitel betont, dass sich Träger von Kurzzeitpflegen heute auf dem Pflegemarkt als Anbieter von Dienstleistungen wahrnehmen müssen. Das erfordert einerseits die Entwicklung professioneller Vermarktungsstrategien. Andererseits müssen Angebot und Nachfrage aufeinander abgestimmt werden, um das Kurzzeitpflegeangebot in Abhängigkeit von den spezifischen Problemlagen und Erwartungen der Pflegebedürftigen sukzessiv auszudifferenzieren.

Das dritte Kapitel geht auf mögliche Unterscheidungen ein. Es stellt einrichtungsinterne Gestaltungsmöglichkeiten vor und umreißt damit verbundene Probleme.

Datenbasis des vorliegenden Berichtes waren qualitative Interviews, die in den letzten drei Jahren mit den Geschäftsführungen, Heimleitungen und Pflegedienstleitungen geführt wurden. Alle Zitate aus diesen Interviews sind im Text ohne weitere Quellenangabe kursiv gehalten. Ergänzt wurde dieser qualitative Ansatz durch eine - im Frühjahr 2001 vorgenommene - quantitative Erhebung. Durch sie sollte (über den Betrachtungszeitraum 1998 - 2000) Strukturdaten ermittelt und deren Vergleichbarkeit zu einem definierten Stichtag gewährleistet werden. Unter Ausschluss der Kurzzeitpflegen, die sich 2000 noch in der Bauphase befanden oder erst im Jahr 2000 ihren Betrieb aufgenommen hatten, wurden 100 Modellkurzzeitpflegen befragt. Der Rücklauf lag bei 79%. Es ist darauf hinzuweisen, dass die Ergebnisse nicht repräsentativ für die Bundesrepublik sind. Da in den einzelnen Auswertungsschritten immer nur diejenigen Kurzzeitpflegeeinrichtungen berücksichtigt wurden, die Angaben zu allen dann relevanten Fragen gemacht haben, variiert darüber hinaus die Gesamtzahl der Einrichtungen von Tabelle zu Tabelle.

Als dritte Datenquelle dienten Dokumente, die von den Einrichtungen selbst entwickelt oder von den Spitzenverbänden der Pflegekassen, den Trägern der Sozialhilfe und den Vereinigungen der Träger der Leistungserbringer ausgearbeitet wurden.

Teil A: Rahmenbedingungen

Inwieweit sich Kurzzeitpflege als zukunftsweisender Versorgungsbaustein sowohl für die Träger von Kurzzeitpflegeeinrichtungen (als Anbieter) als auch für die Pflegebedürftigen und deren Angehörige (als Nachfrager/innen) durchsetzen kann und sich dauerhaft als fester Bestandteil in der Pflegelandschaft der Bundesrepublik etablieren wird, hängt von den gesetzlichen Rahmenbedingungen ab, die im SGB XI formuliert sind. Sie beeinflussen die Ausgestaltung dieses Angebotes entscheidend.

Es lassen sich hinsichtlich der rechtlichen Regelungen unterschiedliche Ebenen feststellen, die eine abgestufte Rangfolge der Rechtsnormen anzeigen.⁸ Während beispielsweise in § 42 SGB XI die Anspruchsvoraussetzungen sowie die Höhe der Leistungen für die Kurzzeitpflege eindeutig geregelt sind und die §§ 14, 15 SGB XI Pflegebedürftigkeit und die Stufen der Pflegebedürftigkeit definieren, wird in § 17 SGB XI den Spitzenverbänden der Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen die Aufgabe zugewiesen, Richtlinien zur näheren Abgrenzung der genannten Merkmale und zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu beschließen.

Ebenso wird in § 75 SGB XI zwar festgelegt, dass Rahmenverträge abzuschließen sind, und welche Inhalte es zu regeln gilt, aber die Ausformulierung der Rahmenverträge wird an die zuständigen Landesverbände der Pflegekassen, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und die Vereinigungen der Träger der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen im Land delegiert. Die Landesrahmenverträge können sich daher in ihren Inhalten unterscheiden.

Ähnlich verhält es sich mit den Vergütungen der stationären Pflegeleistungen nach den §§ 84 – 88 SGB XI. Nachdem § 84 SGB XI zunächst die Bemessungsgrundsätze festlegt, überlässt § 85 SGB XI die konkrete Vereinbarung über Art, Höhe und Laufzeit der Pflegesätze den Trägern des Pflegeheimes und den Leistungsträgern.

Die abgestufte Rangfolge der Rechtsnormen, die erstens für alle verbindliche gesetzliche Grundlagen schafft, welche zweitens landesspezifische Konkretisierungen aufweisen können, an denen drittens unterschiedliche Institutionen mitwirken und die viertens eine individuelle Vergütungsregelung zwischen der einzelnen Ein-

⁸ Vgl. Renn, Heribert 2000

richtung und den zuständigen Kostenträgern ausdrücklich befürwortet,⁹ verweist darauf, dass für den Betrieb einer Kurzzeitpflege neben einrichtungsbezogenen Kriterien ebenso externe Einflussfaktoren ausschlaggebend sind. Diese sollen, auf Grund der spezifischen Systematik des PflegeVG, das freie Spiel der Kräfte auf dem Pflegemarkt wenigstens partiell regulieren. Nach Igl lässt sich das deutsche Sozialleistungssystem wie folgt beschreiben: „Die Leistungsanbieter bewegen sich auf der einen Seite im privatrechtlichen Raum des Marktes; auf der anderen Seite sind sie den öffentlich-rechtlichen Regulierungen des Sozialrechts unterworfen.“¹⁰ Klie spricht in diesem Zusammenhang von einer „Quasi-Markt-Struktur“, in die die Anforderungen des politisch-administrativen Systems einfließen.¹¹

Dass die Anforderungen des politisch-administrativen Systems in die Pflegemarktstruktur einfließen, hat seine Ursachen darin, dass dort soziale (Pflege-)Dienstleistungen angeboten werden, die zwar die Pflegebedürftigen nachfragen, die aber zumindest teilfinanziert werden über die Pflegeversicherung und gegebenenfalls über Ergänzungsleistungen des Sozialhilfeträgers. Insofern als zur Finanzierung der angebotenen Pflegeleistung auf Gelder aus dem sozialen Sicherungssystem zurückgegriffen wird, rechtfertigt sich selbstverständlich der Sachverhalt, dass der Gesetzgeber oder die vom Gesetzgeber als zuständig bestimmten Institutionen auf die Definition und auf das Preis-Leistungsverhältnis sozialer (Pflege-)Dienstleistungen Einfluss nehmen.

Die Konstellation, dass Träger von Pflegeeinrichtungen sich einerseits als Anbieter von Pflegeleistungen auf dem freien Markt bewegen, andererseits aber im politisch-administrativen System unter anderem an die Kostenträger rückgekoppelt sind, wirkt auf die Preise und damit auf die Ausgestaltung des Angebotes. Ebenso wird der von den Pflegebedürftigen (den Nachfrager/innen) tatsächlich zu realisierende Leistungsumfang beeinflusst. Im Folgenden wird dieser Zusammenhang skizziert.

⁹ Vgl. Udsching, Peter 2000, „Das Bestreben um individuelle, auf die Besonderheiten der einzelnen Pflegeeinrichtung Rücksicht nehmende Vergütungsregelung ist durch Änderung der §§ 85 Abs. 2 Satz 2 und 86 Abs. 2 SGB XI im 1. SGB XI-ÄndG sogar noch betont worden“. S. 16.

¹⁰ Vgl. Igl, Gerhard 2000, S. 33

¹¹ Vgl. Klie, Thomas/Schmidt, Roland 2000, S. 100

1. Adressatinnen und Adressaten der Kurzzeitpflege

1.1 Zielgruppen und Anspruchsvoraussetzungen des SGB XI

Die Anspruchsvoraussetzungen für eine Unterbringung in der Kurzzeitpflege regelt § 42 SGB XI. Danach wird Kurzzeitpflege gewährt, wenn die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann und teilstationäre Pflege nicht ausreicht. Dies gilt

- für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung der/des Pflegebedürftigen;
- in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist.

Kurzzeitpflege kann sowohl für eine Übergangszeit nach stationärer Behandlung in einem Krankenhaus als auch für eine Übergangszeit nach einer stationären Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung in Betracht kommen. Etwa dann, wenn für die häusliche Pflege in der Wohnung der/des Pflegebedürftigen noch Umbaumaßnahmen erforderlich sind oder die Pflegeperson noch nicht imstande ist, die Pflege sofort zu übernehmen. Ferner kann Kurzzeitpflege zur Überbrückung von Krisenzeiten dienen, z.B. bei völligem Ausfall der bisherigen Pflegeperson oder kurzfristiger erheblicher Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit. Ebenfalls möglich ist ein Aufenthalt in der Kurzzeitpflege für Zeiten der Krankheit, des Urlaubs oder einer sonstigen Verhinderung der Pflegeperson, die nicht mit Leistungen nach § 39 SGB XI (Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson) überbrückt werden können.¹²

Für beide in § 42 Abs.1 Nr. 1 u. 2 SGB XI genannten Aufnahmegründe (Anschlussaufenthalt und Krisensituation) wird in § 42 Abs. 2 SGB XI der Anspruch auf Kurzzeitpflege auf vier Wochen (28 Kalendertage) pro Kalenderjahr begrenzt. Des Weiteren übernimmt die Pflegekasse die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie in der Zeit vom 1. Juli 1996 bis 31. Dezember 2001¹³ die Aufwendungen für die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Gesamtbetrag von 2.800 DM im Kalenderjahr. Ansprüche aus § 42 Abs.1 Nr. 1 u. 2 SGB XI werden miteinander verrechnet.

¹² Vgl. Dalichau, Gerhard/Grüner, Hans/Müller-Alten, Lutz 2001.

¹³ Ursprünglich war der Zeitraum begrenzt bis zum 31. Dezember 1999.

Kurzzeitpflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 42 SGB XI erbringen, müssen im Sinne des § 71 SGB XI anerkannte Pflegeeinrichtungen und nach § 72 SGB XI zugelassen sein. Eine weitere Möglichkeit, einen Kurzzeitpflegeaufenthalt in einer Pflegeeinrichtung in Anspruch zu nehmen, eröffnen die Regelungen in § 39 SGB XI (Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson). Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens vier Wochen je Kalenderjahr. Im ersten Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 14.06.1996 wurde ausdrücklich klargestellt, dass der Anspruch nach § 39 SGB XI nicht auf die Ersatzpflege im Haushalt der/des Pflegebedürftigen beschränkt ist. Es gilt der erweiterte Häuslichkeitsbegriff, d.h. Ersatzpflege kann auch im Heim oder in einer vergleichbaren Einrichtung erbracht werden. Voraussetzung für die Gewährung von Ersatzpflege ist aber, dass die oder der Pflegebedürftige vor der erstmaligen Verhinderung der Pflegeperson mindestens zwölf Monate in der häuslichen Umgebung gepflegt wurde. Ersatzpflege wird längstens vier Wochen (28 Kalendertage) gewährt. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall 2.800 DM nicht überschreiten. Laut gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen kann die Ersatzpflege (auch) unabhängig von einer Zulassung nach §72 SGB XI erbracht werden. Ersatzpflege in einer nicht zugelassenen Pflegeeinrichtung umfasst dann nicht die Kosten für die Behandlungspflege und die Kosten für die soziale Betreuung.¹⁴ Zur Verdeutlichung sind in der folgenden Tabelle die unterschiedlichen Regelungsinhalte der Paragraphen 42 und 39 SGB XI nochmals aufgelistet.

¹⁴ Vgl. gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Pflege-Versicherungsgesetzes, o.J., S.75 ff.

Tabelle 1: Gegenüberstellung von § 42 und § 39 SGB XI

Regelungsinhalt	§ 42 SGB XI	§ 39 SGB XI
<i>Anspruchsvoraussetzung</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Anschluss an eine stationäre Behandlung oder einen Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung. ▪ In Krisenzeiten. ▪ Für Zeiten des Urlaubs, der Krankheit oder einer sonstigen Verhinderung der Pflegeperson (die nicht mit Leistungen nach § 39 SGB XI überbrückt werden können). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei Verhinderung der Pflegeperson an der Pflege wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen.
<i>Wartezeit</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Seit dem vierten Änderungsgesetz keine Wartezeit. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zwölf Monate häusliche Pflege.
<i>Leistungsumfang</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maximal vier Wochen (28 Kalendertage), bis zu maximal 2.800 DM. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maximal vier Wochen (28 Kalendertage), bis zu maximal 2.800 DM.
<i>Leistungsinhalt</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegerische Aufwendungen, Behandlungspflege, Kosten für die soziale Betreuung. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegerische Aufwendungen, Behandlungspflege, Kosten für die soziale Betreuung. Ohne Zulassung entfallen Behandlungspflege und Kosten für die soziale Betreuung.
<i>Zulassung</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine im Sinne des § 71 SGB XI anerkannte Pflegeeinrichtung, die nach § 72 SGB XI zugelassen ist. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Zulassung erforderlich.

Wie der tabellarischen Gegenüberstellung zu entnehmen ist, unterscheiden sich die Regelungen der § 42 und § 39 SGB XI in einigen Punkten erheblich. Es hat sich aber im Verlauf des Modellprogramms herausgestellt, dass die formalen Differenzierungen in der Praxis häufig keine Relevanz haben. So wird bisher bundesweit nicht einheitlich bezüglich der Anwendungsrangfolge von § 39 SGB XI und § 42 SGB XI verfahren. Da die Modellkurzzeitpflegen alle zugelassen sind, stimmen die Leistungsinhalte überein.

Allerdings entsprechen sich § 42 und § 39 SGB XI in einem wesentlichen Punkt, nämlich bezüglich des Leistungsumfanges bzw. bezüglich der in diesen Paragraphen verankerten Logik der Leistungsgewährung. Für beide Leistungsarten gilt die zweifache Begrenzung der Leistung, d.h. Kurzzeitpflege und Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson können nur maximal vier Wochen (28 Kalendertage) pro Jahr in Anspruch genommen werden, sie werden nur bis zu dem Gesamtbetrag von 2.800 DM im Kalenderjahr finanziert und sie sind nicht nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit abgestuft. Da die Leistungen aus § 42 und § 39 SGB XI nicht miteinander verrechnet werden, ist es aber prinzipiell möglich, über die Ausschöpfung beider Paragraphen den Aufenthalt in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung auf bis zu acht Wochen zu erweitern bzw. eine Kostenübernahme von bis zu 5.600 DM zu erwirken. Dies ist jedoch nur für diejenigen Pflegebedürftigen realisierbar, die die genannten Anspruchsvoraussetzungen erfüllen. Die alten Menschen, die auf Grund eines Akutereignisses pflegebedürftig werden und die Kurzzeitpflege im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt aufsuchen wollen, haben gegenwärtig lediglich die Möglichkeit, § 42 SGB XI in Anspruch zu nehmen.

1.2 Klientelprofil im Modellprogramm

Aufnahmegrund

Ein Blick auf die in 2001 vorgenommene standardisierte Erhebung der Kurzzeitpflegen im Modellprogramm zeigt, dass die (ungewichtete) Verteilung über den Betrachtungszeitraum weitestgehend konstant geblieben ist. Ca. 27% aller Gäste besuchen die Kurzzeitpflege im Anschluss an einen stationären Aufenthalt, zwischen 10 und 11% kommen in Folge einer Krisensituation und etwas mehr als 60% nutzen die Kurzzeitpflege im Sinne der Urlaubspflege.

Tabelle 2: Verteilung der Gäste nach dem Aufnahmegrund

Aufnahmegrund	1998	1999	2000
	v. H. (n=20)	v. H. (n=40)	v. H. (n=56)
Urlaubspflege	63,78	61,35	61,21
Krankenhausanschluss	26,18	27,44	27,72
Krisensituation	10,04	11,21	11,07

Obwohl im Verlauf der Jahre 1998, 1999 und 2000 die Einrichtungen zunehmend über Informationen hinsichtlich des Aufnahmegrundes verfügen, soll an dieser Stelle darauf verwiesen werden, dass selbst für das Jahr 2000 knapp ein Drittel der befragten Kurzzeitpflegen diesbezüglich keine Angaben machen konnte.

Für den erfolgreichen Betrieb einer Kurzzeitpflege empfiehlt es sich aber in mehrerer Hinsicht, den jeweiligen Aufnahmegrund entsprechend zu dokumentieren und zu erfassen. Zunächst hat der Aufnahmegrund natürlich Auswirkungen auf den Pflegeprozess und die damit verbundene individuell zu gestaltende Pflegeplanung. Neben der Pflegeplanung für jeden einzelnen Kurzzeitpflegegast ermöglicht eine Übersicht über die Verteilung der Aufnahmegründe aber auch eine differenziertere und abgestufte Organisation des gesamten Kurzzeitpflegebetriebes. Es kann beispielsweise ermittelt und festgelegt werden, über welche unterschiedlichen Qualifikationen die Mitarbeiter/innen der Kurzzeitpflege verfügen müssen, welche Aufgabenbereiche abzudecken sind, auf welchen Arbeitsgebieten eventuell eine Weiterqualifikation erforderlich ist und welche Hilfestellungen und Unterstützungsleistungen für die pflegenden Angehörigen zweckmäßig sind.

Darüber hinaus sollte sich eine genaue(re) Kenntnis des Aufnahmegrundes generell auf die Öffentlichkeitsarbeit und damit langfristig auf die jährliche Belegung auswirken, indem einerseits zielgruppenspezifisch Werbung und Information betrieben und andererseits konkret nach fachlichen Kooperationspartner/innen an den Schnittstellen gesucht werden kann.¹⁵

Verweildauer

Wurde schon hinsichtlich des Aufnahmegrundes festgehalten, dass eine genauere Kenntnis der Verteilung die Strategien der Öffentlichkeitsarbeit maßgeblich beeinflussen sollte, um perspektivisch die jährliche Belegung besser steuern zu können, so kann dies auch auf das Wissen um die (durchschnittliche) Verweildauer der Kurzzeitpflegegäste übertragen werden. Wie dargestellt, beläuft sich die theoretisch mögliche maximale Aufenthaltsdauer in einer Kurzzeitpflege auf jährlich zwei mal 28 Kalendertage bis jeweils maximal 2.800 DM, wenn die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind.

¹⁵ Z. B. die Sozialdienste in den Krankenhäusern oder die ambulanten Dienste für die Versorgung in der häuslichen Umgebung nach dem Kurzzeitpflegeaufenthalt.

Die durchschnittliche Verweildauer der Gäste in den befragten Kurzzeitpflegeeinrichtungen gibt die nachstehende Tabelle wieder.

Tabelle 3: Durchschnittliche Verweildauer der Gäste im Jahr 2000

Verweildauer	Pflegestufe I		Pflegestufe II		Pflegestufe III	
	Einrichtung		Einrichtung		Einrichtung	
	n	v. H.	n	v. H.	n	v. H.
1 – 7 Tage	1	1,8	0	0	1	1,8
8 – 14 Tage	6	10,5	6	10,5	7	12,3
15 – 21 Tage	24	42,1	30	52,6	23	40,4
22 – 28 Tage	20	35,1	17	29,8	22	38,5
29 Tage u. länger	6	10,5	4	7,1	4	7,0
insgesamt	57	100	57	100	57	100

54,4% der Einrichtungen gaben an, Gäste der Pflegestufe I verweilen im Durchschnitt bis zu drei Wochen in der Kurzzeitpflege. 63,1% der Einrichtungen ermittelten für Gäste der Pflegestufe II eine durchschnittliche Aufenthaltszeitzeit von bis zu drei Wochen. 54,5% der Einrichtungen gaben diese mittlere Verweildauer für Gäste der Pflegestufe III an. Als (ungewichteter) Näherungswert aller Durchschnittsangaben der einzelnen Kurzzeitpflegen ergibt sich eine mittlere Aufenthaltszeit von ca. 22 Tagen für alle Pflegestufen. D.h. also unabhängig von der Pflegestufe, nehmen die Gäste im Durchschnitt lediglich bis zu drei Viertel der in § 42 SGB XI genannten maximalen Aufenthaltsdauer von 28 Tagen in Anspruch.¹⁶ Nur in 10,5% (für die Pflegestufe I); 7,1% (für die Pflegestufe II) und 7,0% (für die Pflegestufe III) aller Einrichtungen verweilen die Gäste im Schnitt länger als 28 Tage.

Entsprechend dem Grundsatz ambulant vor stationär und auf Grund der Erfahrung, dass der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit maßgeblich von den Unterstützungsleistungen der pflegenden Angehörigen abhängt, könnte eine größere Entlastung dieser Gruppe durch die Ausschöpfung von § 39 und § 42 SGB XI den Verbleib der Pflegebedürftigen in der häuslichen Umgebung zusätzlich stabilisieren. Des

¹⁶ Dass die maximale Aufenthaltsdauer von 28 Tagen auch auf Grund der finanziellen Leistungsbegrenzung von 2.800 DM nicht von allen Pflegebedürftigen realisiert werden kann, wird in Teil A, Kapitel 2 aufgegriffen.

Weiteren ließe sich bei einem Kurzzeitpflegeaufenthalt im Anschluss an einen stationären Aufenthalt der Druck hinsichtlich der Rückkehr in die häusliche Umgebung so mildern, dass wirklich Zeit bleibt, um einerseits über Alternativen zur Heimunterbringung nachzudenken und um andererseits den Verbleib in der Häuslichkeit zu (re-)organisieren.

Aus der Perspektive der Träger kann die genaue Kenntnis der (individuellen) Verweildauer der Kurzzeitpflegegäste genutzt werden, um z.B. Pflegebedürftigen, die die Kurzzeitpflege bereits kennen- und schätzen gelernt haben, das Angebot zu machen, die Kurzzeitpflege im laufenden Jahr ein weiteres Mal zu besuchen. Schließlich führt ein verlängerter oder mehrmaliger Aufenthalt des Kurzzeitpflegegastes in der Einrichtung zu einer Erhöhung der jährlichen Auslastung und trägt dadurch zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit bei.

Verbleib der Gäste nach dem Kurzzeitpflegeaufenthalt

Auskunft darüber, ob die Kurzzeitpflege nur für einen Übergangszeitraum genutzt wird, um den Verbleib der Pflegebedürftigen in der häuslichen Umgebung zu stabilisieren, oder aber ob die Kurzzeitpflege zunehmend dazu dient, den Übergang in eine dauerhafte stationäre Versorgung vorzubereiten, gibt Tabelle 4.

Tabelle 4: Verbleib der Gäste nach einem Aufenthalt in der Kurzzeitpflege (ungewichtet)

Verbleib der Gäste	1998 (n=28)	1999 (n=38)	2000 (n=57)
	v.H.	v.H.	v.H.
Entlassung in die Häuslichkeit	82,7	76,8	79,0
Verlegung in ein Krankenhaus	2,8	3,3	3,6
Verlegung in ein Pflegeheim des gleichen Trägers	5,7	7,6	6,6
Verlegung in ein Pflegeheim eines anderen Trägers	6,4	10,3	8,4
Verstorben	2,4	2,0	2,4

Der prozentuale Anteil der Pflegebedürftigen, die nach einem Kurzzeitpflegeaufenthalt nach Hause zurückkehren, ist 1999 (82,7%) gegenüber 1998 (76,8%) um 6% Prozentpunkte zurückgegangen, während die Heimunterbringungen in 1999

(insgesamt 17,9%) gegenüber 1998 (insgesamt 12,1%) um 5,8% Prozentpunkte zugenommen haben. Diese Entwicklung hat sich im Jahr 2000 nicht fortgesetzt. Der Anteil der Heimunterbringungen 2000 (insgesamt 15%) war gegenüber 1999 rückläufig, während der Anteil der Entlassungen in die Häuslichkeit in 2000 (79,0%) wieder leicht angestiegen ist, ohne dass die Werte von 1998 erreicht wurden.

Für den Zeitraum 1998 - 2000 lässt sich festhalten, dass mindestens drei Viertel aller Pflegebedürftigen nach der Kurzzeitpflege in ihre häusliche Umgebung zurückkehren konnten. Inwieweit diese Rückkehrate für den Erfolg der Kurzzeitpflegen spricht, ist allerdings schwer einzuschätzen, da immerhin über 60% der Kurzzeitpflegegäste diese im Sinne der Urlaubspflege aufsuchen. Ihre Rückkehr in die häusliche Umgebung ist grundsätzlich zu erwarten. Genaue Zahlen über den Verbleib der Gäste, differenziert nach dem jeweiligen Aufenthaltsgrund, liegen derzeit aber nicht vor.

Hervorzuheben ist einerseits aber, dass der Anteil der Verlegungen in eine stationäre Altenpflegeeinrichtung, die nicht vom gleichen Träger betrieben wird, in allen drei Jahren über dem Wert lag, der für die Verlegung in ein trägereigenes Altenpflegeheim ermittelt wurde. Dies spricht dafür, dass es nicht zu Heimunterbringungen kommt, weil der Träger Auslastungsprobleme im stationären Bereich hat. Andererseits sind bezogen auf das Jahr 2000 15% der Kurzzeitpflegegäste im Anschluss an den Aufenthalt in ein Pflegeheim verlegt worden. Kurzzeitpflege scheint also auch im Sinne von Überleitungspflege genutzt zu werden, eventuell wird hier (lediglich) die Wartezeit auf einen stationären Platz überbrückt. Insgesamt gesehen kann aber die Einschätzung einzelner Gesprächspartner/innen nicht bestätigt werden, dass inzwischen ein großer Anteil aller Kurzzeitpflegegäste im Grunde auf einen stationären Platz wartet.¹⁷

¹⁷ Wie hoch der Anteil der Gäste ist, die nach dem Kurzzeitpflegeaufenthalt zunächst in die häusliche Umgebung „zurückkehren mussten“, weil noch kein Platz in einer stationären Einrichtung gefunden wurde, ist allerdings unbekannt.

Verteilung der Gäste nach Pflegestufen

Hinsichtlich der (ungewichteten) Verteilung der Gäste auf die unterschiedlichen Pflegestufen gibt es über die Jahre 1998, 1999 und 2000 nur geringe Veränderungen. 41,5% der pflegebedürftigen Gäste waren im Jahr 2000 in Pflegestufe II eingestuft. Diese Gruppe stellt nach wie vor den Hauptanteil, obwohl die prozentualen Anteile über den gesamten Zeitraum rückläufig sind. Dagegen ist bei den Pflegebedürftigen der Pflegestufe III und I ein leichter Anstieg auf 17,1% bzw. 32,9% für das Jahr 2000 zu verzeichnen. Der Anteil an Selbstzahler/innen hat sich 2000 gegenüber 1998 verdoppelt und liegt bei 4,8%, während die Zahl der Gäste, die noch nicht begutachtet sind, zurückgegangen ist.

Tabelle 5: Verteilung der Gäste nach Pflegestufen

Pflegestufe	1998 (n=27)	1999 (n=46)	2000 (n=61)
	v.H.	v.H.	v.H.
noch nicht eingestuft	6,1	4,3	3,8
nicht pflegebedürftig	2,3	4,0	4,8
Pflegestufe I	29,7	31,4	32,9
Pflegestufe II	45,5	43,6	41,5
Pflegestufe III	16,3	16,8	17,1

2. Pflegeentgelte der Kurzzeitpflege

2.1 Prinzipien der Entgeltgestaltung

Die Kurzzeitpflegeleistung ist in zweifacher Hinsicht durch den Gesetzgeber begrenzt worden. Neben der zeitlichen Beschränkung der Aufenthaltstage ist allerdings die Limitierung der finanziellen Leistungen auf maximal 2.800 DM pro Jahr von wesentlich größerer Bedeutung. Sie ist Antwort auf die im gesamten Gesundheitssystem geführte Kostendiskussion, die die Aufgabe des in der gesetzlichen Krankenversicherung noch weitgehend geltenden Bedarfsdeckungsprinzips zugunsten des Budgetprinzips in der gesetzlichen Pflegeversicherung anzeigt. Budgetierung bedeutet danach nichts anderes als dass, unabhängig vom tatsächlichen Hilfebedarf der Einzelnen, der individuelle Leistungsanspruch in seinem finanziellen Ausmaß eingeschränkt ist.

Daher werden in der Kurzzeitpflege ebenso wie bei allen anderen Leistungen der Pflegekassen die vereinbarten Pflegesätze, oder genauer die Höhe der pflegebedingten Aufwendungen, zum Dreh- und Angelpunkt hinsichtlich des maximal refinanzierten „Pflegeumfanges“ für die Pflegebedürftigen.

Hinweise bzw. Richtlinien für den Gesamtrahmen des Finanzierungssystems sind im achten Kapitel des SGB XI festgehalten. Wie eingangs erwähnt, wurde dort jedoch nur der große Rahmen abgesteckt, der zukünftig richtungweisend für die Gestaltung der Entgelte sein soll.¹⁸ Die wichtigsten Elemente beziehen sich auf:

- *den Grundsatz der Beitragssatzstabilität.* Bei der Bemessung der Pflegesätze ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 70 SGB XI) zu beachten. Mit Einführung der Pflegeversicherung wurde der von den Arbeitnehmer/innen und Arbeitgebern zu gleichen Teilen zu entrichtende Beitragssatz auf je 1,7% (jeweils vom monatlichen Bruttoeinkommen bis höchstens zur Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Krankenversicherung) festgesetzt. Außerdem galten bis Ende 1998 die übereinstimmenden Kappungsgrenzen (Artikel 49b PflegeVG). Danach durften die Heimentgelte in den Jahren 1996, 1997, 1998 jährlich (von Ausnahmen abgesehen) grundsätzlich nicht höher steigen als ein Prozent in den alten und zwei Prozent in den neuen Bundesländern;
- *die Differenzierung der Pflegeentgelte* in drei selbstständige Finanzierungsquellen (§ 83 Abs.1 Satz 2 SGB XI). Entsprechend sind die Heimentgelte aufzufä-

¹⁸ Vgl. für die folgenden Ausführungen auch Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1998, S.65 ff.

chern in den Pflegesatz, die Kosten für Unterkunft und Verpflegung und die Investitionskosten. Der Pflegesatz setzt sich zusammen aus den allgemeinen Pflegeleistungen, der sozialen Betreuungsleistung und bis Ende 2001 der medizinischen Behandlungspflege.¹⁹ Den Pflegesatz finanzieren die Pflegebedürftigen oder die Kostenträger. Die Pflegebedürftigen können bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit die Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind von den Pflegebedürftigen zu übernehmen und dürfen ebenso wenig von den Pflegekassen finanziert werden wie die Investitionskosten;²⁰

- *die Dreiteilung der Pflegesätze*, die dem Versorgungsaufwand, den die Pflegebedürftigen nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit benötigen, entsprechen sollen (§ 84 SGB XI);
- *die prospektive Ausrichtung der Pflegesätze*. D.h. Pflegesätze sind im Voraus, vor Beginn der jeweiligen Wirtschaftsperiode des Pflegeheimes,²¹ für einen zukünftigen Zeitraum zu vereinbaren (§ 85 Abs. 3 Satz 1 SGB XI);
- *die einrichtungsindividuelle Verhandlung der Pflegesätze*. Art, Höhe und Laufzeit der Pflegesätze werden zwischen dem Träger des Pflegeheimes und den Leistungsträgern vereinbart (§ 85 Abs. 1 und 2).

¹⁹ Dieser Zeitraum war ursprünglich auf Ende 1999 begrenzt und ist jetzt zwecks weiterer Datensammlung verlängert.

²⁰ Bezüglich der Investitionskosten und deren Übernahme durch Dritte gibt es zahlreiche regionale Regelungen, daher soll an dieser Stelle nur festgehalten werden, dass sie nicht von den Pflegekassen übernommen werden dürfen. D.h. sie dürfen nicht im Pflegesatz und auch nicht in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung berücksichtigt werden.

²¹ Da im achten Kapitel des SGB XI nur von Pflegeheimen und Pflegediensten bzw. stationärer und ambulanter Versorgung die Rede ist, wird davon ausgegangen, dass die Kurzzeitpflege als ein zwar temporäres, aber stationäres Versorgungsangebot zu betrachten ist, für die die Regelungen bezüglich der stationären Versorgung anzuwenden sind.

2.2 Pflegeentgeltentwicklung der Modellkurzzeitpflegen

Steigerung der Pflegeentgelte

Wie in 2.1 aufgeführt, wurden in Artikel 49b PflegeVG zwecks Ausgabenbegrenzung Kappungsgrenzen für die Entwicklung der Heimentgelte in den Jahren 1996, 1997 und 1998 formuliert. Obwohl Artikel 49b die Begrenzung der Vergütung vollstationärer Pflegeeinrichtungen regelt, soll im Folgenden zunächst auf den Anstieg der Kurzzeitpflegeentgelte nach 1998 eingegangen werden, weil die Abgrenzung zwischen vollstationärer Pflege und Kurzzeitpflege nicht immer trennscharf ist.

Einerseits wird die Kurzzeitpflegeleistung seit in Kraft treten der ersten Stufe des PflegeVG gewährt und ist daher zu den ambulanten Pflegeleistungen zu zählen. Andererseits zählt die Kurzzeitpflege zu den (temporären) stationären Angeboten. Insgesamt ist davon auszugehen, dass in der Praxis Kurzzeitpflege häufig in Analogie zur vollstationären Pflege behandelt wird, mit der Einschränkung, dass sie zeitlich begrenzt ist.²²

Tabelle 6: Durchschnittliche Pflegeentgelte in den Jahren 1998 bis 2000²³

Pflegestufe	1998 (n=29)	1999 (n=47)		2000 (n=63)		Steigerung in% 1998-2000
	DM	DM	Steigerung in% 1998-1999	DM	Steigerung in% 1999-2000	
Pflegestufe I	123,36	127,59	3,4	132,39	3,8	7,3
Pflegestufe II	146,16	151,32	3,5	156,68	3,5	7,2
Pflegestufe III	178,03	180,92	1,6	184,91	2,2	3,9

Wie aus der Tabelle hervorgeht, liegen die prozentualen Steigerungen der Entgelte nach dem Wegfall der Kappungsgrenze deutlich über einem Prozent. Bei Pflegestufe II beläuft sich der jährliche Anstieg jeweils auf 3,5%. Für die Pflegestufe I

²² Auf die Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Kurzzeitpflege und der vollstationären Pflege wird in Teil A, Kapitel 3 und 4 genauer eingegangen.

²³ Es gibt immer noch einige Kurzzeitpflegen im Modellprogramm, die über einen einheitlichen Pflegesatz verfügen. Da dieser Anteil aber kontinuierlich sinkt und lediglich sieben der zehn Einrichtungen auch Werte für den einheitlichen Satz und das Pflegeentgelt angegeben haben, wird dieses Ergebnis hier nicht weiter betrachtet.

nimmt der jährliche Anstieg über den Betrachtungszeitraum noch geringfügig zu (3,4% bzw. 3,8%). Für beide Pflegestufen ist eine Steigerung im Jahr 2000 gegenüber 1998 um 7,2% bzw. 7,3% zu verzeichnen. Auch für die Pflegestufe III ist ein kontinuierlicher Anstieg der Pflegeentgelte festzustellen, allerdings fallen die prozentualen Steigerungen niedriger aus als bei den beiden anderen Pflegestufen und liegen über den gesamten Zeitraum bei 3,9%.

Inwieweit diese Steigerungen als Korrekturfaktor für die bis dahin gesetzlich festgelegte Begrenzung zu werten sind, oder ob sie als Ausdruck einer zu erwartenden zukünftigen jährlichen Steigerungsrate zu deuten sind, bleibt abzuwarten.

Steigerung der Pflegesätze

Interessanter als die Entwicklung der Heimentgelte ist die differenzierte Betrachtung der Pflegesätze. Sie geben einerseits Auskunft über die Ausgaben, auf die sich Pflegekasse und Sozialhilfeträger einstellen müssen (die Kappungsgrenze dient ja der Ausgabenbegrenzung). Andererseits ist die Höhe der Pflegesätze ausschlaggebend für die zuzahlungsfreie Verweildauer der Pflegebedürftigen.²⁴

Wie aus Tabelle 7 ersichtlich ist, sind die Pflegesätze im Vergleich zu den Pflegeentgelten noch stärker angestiegen.²⁵

²⁴ Zuzahlungsfrei bezieht sich im Folgenden immer auf die Zuzahlung zu den pflegebedingten Aufwendungen.

²⁵ Dieses Ergebnis erklärt sich wie folgt: die Pflegeentgelte setzen sich zusammen aus den Pflegesätzen, den Kosten für Unterkunft und Verpflegung und den Investitionskosten. Wenn die Kosten für Unterkunft und Verpflegung ebenso wie die Investitionskosten relativ konstant bleiben, dann wirken sich höhere Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen prozentual betrachtet auf das gesamte Pflegeentgelt geringer aus.

Tabelle 7: Durchschnittliche Pflegesätze in den Jahren 1998 bis 2000

Pfleigestufe	1998 (n=29)	1999 (n=47)		2000 (n=63)		
	DM	DM	Steigerung in% 1998-1999	DM	Steigerung in% 1999-2000	Steigerung in% 1998-2000
Pfleigestufe I	72,29	78,24	8,2	83,82	7,1	15,9
Pfleigestufe II	95,09	101,99	7,3	108,11	6,0	13,7
Pfleigestufe III	128,36	132,51	3,2	132,38	-0,1	3,1

Über den gesamten Zeitraum hat sich für Pflegestufe I und II eine erhebliche Erhöhung der pflegebedingten Aufwendungen feststellen lassen, die deutlich über den Vergleichswerten für die Pflegeentgelte liegt. Nur die Pflegestufe III bleibt mit einer Steigerung von 3,1% unter dem Vergleichswert. Ferner wurde die durchschnittliche Höhe der pflegebedingten Aufwendungen 2000 gegenüber 1999 um 0,1% auf einen mittleren Wert von 132,38 DM gesenkt. Auch für die Pflegestufen I und II fiel die prozentuale Steigerung der pflegebedingten Aufwendungen von 1999 auf 2000 (7,1%; 6,0%) geringer aus als im Jahr davor (8,2%; 7,3%). Die mittleren Werte lagen für das Jahr 2000 bei 83,82 DM bzw. 108,11 DM.

Erstaunlich ist, dass über den Betrachtungszeitraum die durchschnittlichen Kosten für Unterkunft und Verpflegung kontinuierlich gesunken sind. Lagen sie 1998 noch bei 36,60 DM, so betragen sie 1999 35,06 DM und belaufen sich 2000 auf 33,89 DM. Die Investitionskosten betragen 1998 im Durchschnitt 20,26 DM, 1999 18,54 DM und 2000 17,93 DM. Wichtiger als der mittlere Wert für die Investitionskosten ist allerdings die Frage, wer für diese Kosten aufkommt. Für das Jahr 2000 gaben 35 Kurzzeitpflegen an, dass der Gast die Investitionskosten anteilig oder vollständig tragen muss. In DM ausgedrückt bedeutet dies, dass in manchen Kurzzeitpflegen Gäste für den einzelnen Aufenthaltstag bis zu 24,77 DM an Investitionskosten zusätzlich zu den Kosten für Unterkunft und Verpflegung bezahlen, während andere diesbezüglich keine weiteren finanziellen Belastungen haben.

2.3 Auswirkungen der Kostenentwicklung

Der Anstieg der pflegebedingten Aufwendungen tangiert nicht ausschließlich die Ausgabenhöhe der Pflegekassen, sondern wirkt sich auch entscheidend auf die Einrichtungen als Leistungsanbieter und die Pflegebedürftigen als Leistungsnachfrager/innen aus.

Zunächst lässt sich auf Grund der doppelten Leistungsbegrenzung des § 42 SGB XI (28 Tage bis zu 2.800 DM) für das Versorgungsangebot Kurzzeitpflege festhalten, dass jede Erhöhung des täglichen Pflegesatzes über die Grenze von 100,00 DM hinaus sofort zu einer faktischen Reduktion der maximalen zeitlichen Pflegeleistung führt. Wollen die Pflegebedürftigen trotzdem 28 Tage in der Kurzzeitpflege verweilen, dann müssen sie den nicht durch die Pflegeversicherung finanzierten Restbetrag für die pflegebedingten Aufwendungen selber tragen. Sowohl die mögliche Einschränkung der Verweildauer als auch die Alternative der Zuzahlung kann sich, so zumindest die Befürchtung vieler Träger von Kurzzeitpflegeeinrichtungen, negativ auf die Wettbewerbsfähigkeit der Kurzzeitpflegen auswirken.

Perspektive der Nachfrager/innen

Für das Jahr 2000 lagen die mittleren Werte für die pflegebedingten Aufwendungen der Pflegestufen I, II und III bei 83,82 DM; 108,11 DM und 132,38 DM. Bezogen auf diese Durchschnittswerte kann daher festgehalten werden, dass nur die Pflegebedürftigen der Stufe I mit der maximal zur Verfügung stehenden finanziellen Leistung des § 42 SGB XI die maximale Aufenthaltszeit von 28 Tagen realisieren können.

Die Pflegebedürftigen der Pflegestufe II müssen, bezogen auf den mittleren Wert, bereits eine Reduktion von zwei Tagen hinnehmen. Allerdings zeigt sich bei einer differenzierteren Betrachtung der Pflegesätze für die Pflegestufe II, dass der Anteil der Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit einem Satz von über 100,00 DM pro Tag zunimmt. Während 1998 immerhin noch nahezu 60% der Einrichtungen einen Satz von unter 100,00 DM vereinbart hatten, lag der Anteil 1999 nur noch bei etwas mehr als 40%. In 2000 hatten 75% einen Satz über 100,00 DM verhandelt.

Tabelle 8: Differenzierte Betrachtung der Entwicklung der Pflegesätze in Pflegestufe II

Pflegesätze	1998		1999		2000	
	n	v.H.	n	v.H.	n	v.H.
Pflegesatz < 100 DM	17	58,7	20	42,6	16	25,4
Pflegesatz 100 DM bis < 110 DM	8	27,6	15	31,9	24	38,0
Pflegesatz 110 DM bis < 120 DM	3	10,3	5	10,7	10	15,9
Pflegesatz 120 DM bis < 130 DM	-	-	4	8,5	8	12,7
Pflegesatz 130 DM bis < 140 DM	-	-	2	4,2	2	3,2
Pflegesatz 140 DM bis < 150 DM	-	-	-	-	2	3,2
Pflegesatz 150 DM bis < 160 DM	-	-	-	-	-	-
Pflegesatz 160 DM und mehr	1	3,4	1	2,1	1	1,6
Gesamt	29	100	47	100	63	100

Für die Pflegebedürftigen der Pflegestufe III beläuft sich die Reduktion der maximalen zeitlichen Verweildauer auf Grund der gleichzeitigen finanziellen Begrenzung der Leistungen, bezogen auf den mittleren Wert von 132,38 DM, bereits auf knapp eine Woche. Dies entspricht einer Reduktion der maximalen Aufenthaltszeit um 25%. Dass die Erhöhung der pflegebedingten Aufwendungen für die Gruppe der Pflegebedürftigen der Pflegestufe III zukünftig zu deutlichen Einschränkungen im Leistungsumfang führen könnte, wird durch die differenzierte Betrachtung der Pflegesätze unterstrichen. Für das Jahr 2000 ist zunächst festzuhalten, dass mit Ausnahme einer Einrichtung (= 1,6%) die Pflegebedürftigen der Pflegestufe III in allen Modellkurzzeitpflegen eine Aufenthaltsdauer von 28 Tagen nicht mehr zuzahlungsfrei realisieren können. Eine Reduktion von über einer Woche muss diese Gruppe im Jahr 2000 bereits bei 33, 4% der Einrichtungen hinnehmen gegenüber 31,9% 1999 und 27,6% 1998 (Messwert: Pflegesatz über 140,00 DM). 15 der befragten Einrichtungen haben 2000 schon einen Satz über 150,00 DM verhandelt, der Maximalwert lag 2000 bei 195,63 DM, dies entspricht einer Verweildauer von ca. 14 Tagen.

**Tabelle 9: Differenzierte Betrachtung der Entwicklung der Pflegesätze in Pflege-
stufe III**

Pfleagesätze	1998		1999		2000	
	n	v.H.	n	v.H.	n	v.H.
Pfleagesatz < 100 DM	4	13,8	2	4,3	1	1,6
Pfleagesatz 100 DM bis < 110 DM	2	6,9	6	12,8	5	7,9
Pfleagesatz 110 DM bis < 120 DM	3	10,4	6	12,8	6	9,5
Pfleagesatz 120 DM bis < 130 DM	7	24,1	9	19,1	13	20,6
Pfleagesatz 130 DM bis < 140 DM	5	17,2	9	19,1	17	27,0
Pfleagesatz 140 DM bis < 150 DM	3	10,4	5	10,6	7	11,2
Pfleagesatz 150 DM bis < 160 DM	2	6,9	5	10,6	5	7,9
Pfleagesatz 160 DM bis < 170 DM	2	6,9	3	6,5	5	7,9
Pfleagesatz 170 DM bis < 180 DM					2	3,2
Pfleagesatz 180 DM bis < 190 DM					1	1,6
Pfleagesatz 190 DM bis < 200 DM			1	2,1	1	1,6
Pfleagesatz 200 DM und mehr	1	3,4	1	2,1		
Gesamt	29	100	47	100	63	100

Insgesamt betrachtet zeigen die Ergebnisse nicht nur an, dass die finanziellen und die zeitlichen (Maximal-)Leistungen im Begriff sind, auseinander zu driften. Dies ist ja mit der Budgetierung der Pflegeversicherungsleistungen durchaus einkalkuliert worden. Es bedeutet vielmehr, dass die einheitliche Kostenübernahme von 2.800 DM bei gleichzeitig abgestuften Pflegesätzen zu einer ungleichen Unterstützung der Pflegebedürftigen in Abhängigkeit der Pflegestufen führt. Dies soll anhand des folgenden Rechenbeispiels nochmals verdeutlicht werden.

Tabelle 10: Ausdifferenzierung der maximalen Pflegeleistungen in Abhängigkeit von der Pflegestufe im Jahr 2000

Pflegeleistungen	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
Mittlere Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen	83,82 DM	108,11 DM	132,28 DM
Kosten bei einer Verweildauer von 28 Kalendertagen	2.346,96 DM	3.027,08 DM	3.703,84 DM
Leistungen der Pflegeversicherung	2.800,00 DM	2.800,00 DM	2.800,00 DM
Eigenleistungen (ohne Unterkunft und Verpflegung)	0,00 DM	227,08 DM	903,84 DM
<i>Verweildauer ohne Zuzahlung</i>	<i>28 Tage</i>	<i>26 Tage</i>	<i>21 Tage</i>

Es bleibt also festzuhalten, dass für die Pflegebedürftigen der Pflegestufe I durch die bisherigen Steigerungen der Pflegesätze keine Leistungsminderungen entstanden sind. Bei einem durchschnittlichen Satz von 83,83 DM im Jahr 2000 belaufen sich die pflegebedingten Aufwendungen bei einem Aufenthalt von maximal 28 Tagen auf 2.346,96 DM gegenüber 2.024,12 DM in 1998 bei einem Satz von 72,29 DM. Die Erhöhung der Kosten um 322,84 DM geht zu Lasten der Pflegeversicherung.

Pflegebedürftige der Pflegestufe III dagegen müssen durch die Kostenentwicklung zunehmend Einschränkungen hinnehmen. Hat schon 1998 die finanzielle Begrenzung zu einer Reduktion der Leistungen für diese Gruppe geführt, da bei einem durchschnittlichen Pflegesatz von 128,36 DM nur 22 Tage von den Pflegekassen refinanziert sind, so gilt für 2000 bei einem mittleren Satz von 132,38 DM, dass der Aufenthalt ohne Zuzahlung nochmals um einen Tag auf insgesamt 21 Tage verkürzt werden muss. Pflegebedürftige, die einen Aufenthalt von 28 Tagen in Anspruch nehmen wollen, müssen einen Eigenbetrag von 903,84 DM zu den pflegebedingten Aufwendungen leisten.

Hinzu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, die alle Pflegebedürftigen zu tragen haben. Sie beliefen sich 2000 bei einem mittleren Satz von 33,89 DM auf 948,92 DM für vier Wochen. Schließlich hat ein Teil der Kurzzeitpflegegäste mit einer finanziellen Belastung zu rechnen, die durch die Investitionskosten verursacht wird. Nach den vorliegenden Daten der Erhebung lag der Maximalwert bei 24,77 DM pro Aufenthaltstag, so dass bei 28 Tagen weitere 693,56 DM anfallen.

Kurzzeitpflege hat auch die Funktion, pflegende Angehörige temporär zu entlasten. Es ist sicherlich unstrittig, dass die physischen und psychischen Anforderungen an die Angehörigen bei steigender Pflegebedürftigkeit zunehmen. Nach Auskunft der Interviewpartner/innen im Modellprogramm haben die Angehörigen von Schwerstpflegebedürftigen häufig eine mehrjährige Pflegearbeit geleistet. Zur Vollständigkeit sei darauf hingewiesen, dass ab einem Satz von 134,00 DM ein einmaliger dreiwöchiger Jahresurlaub nicht mehr ohne Zusatzzahlung möglich wird, bezogen auf den alleinigen Anspruch aus § 42 SGB XI. Das bedeutet, dass selbst der gesetzliche Mindesturlaub von 24 Arbeitstagen von den pflegebedürftigen Angehörigen nicht realisiert werden kann, abgesehen von der Tatsache, dass weder Feiertage noch Wochenenden von der Pflegetätigkeit befreit sind. Ob durch eine solche Entwicklung der Verbleib von Schwerstpflegebedürftigen in der häuslichen Umgebung dauerhaft zu gewährleisten ist, bleibt daher abzuwarten.

Betont werden muss aber, dass für viele Pflegebedürftige unabhängig von der Pflegestufe prinzipiell die Möglichkeit besteht, die genannten Aufenthaltszeiten zu verdoppeln, indem sowohl § 42 als auch § 39 SGB XI zur Anwendung kommen. Allerdings können durch die nach wie vor in § 39 SGB XI verankerte Anspruchsvoraussetzung, von einer vorausgegangenen einjährigen Pflegezeit, gerade die Pflegebedürftigen, die wegen eines Akutereignisses erst pflegebedürftig wurden und die Kurzzeitpflege im Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt benötigen, diese Möglichkeit nicht nutzen. Abschließend bleibt in Bezug auf die Nutzung der §§ 39 und 42 SGB XI festzuhalten, dass dadurch der Leistungsumfang zwar verdoppelt werden kann, aber die Ausdifferenzierung des maximalen Leistungsumfanges in Abhängigkeit von den Pflegestufen natürlich nach wie vor vorhanden ist.

Perspektive der Anbieter

Hinsichtlich der Frage, ob sich die Höhe der Pflegesätze und die daraus resultierende eventuelle Einschränkung der Verweildauer bzw. notwendige Zuzahlung negativ auf die Wettbewerbsfähigkeit der Kurzzeitpflegen auswirkt, kann zunächst festgehalten werden, dass die Höhe des Pflegesatzes bisher keine nachteiligen Auswirkungen auf die durchschnittliche Auslastung der Kurzzeitpflegeeinrichtungen im Modellprogramm zu haben scheint.

Es hat sich durch die vorgenommene Erhebung im Gegenteil sogar herauskristallisiert, dass diejenigen Einrichtungen, die eine Jahresauslastung von 80% und mehr angeben, über den gesamten Betrachtungszeitraum im Durchschnitt deutlich höhe-

re Pflegesätze verhandelt hatten als diejenigen Einrichtungen, deren Auslastung unter 50% lag.

Tabelle 11: Zusammenhang von Auslastung und Höhe des durchschnittlichen Pflegesatzes

1998 (n=23)	n	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
Auslastung unter 50%	13	65,59 DM	88,28 DM	124,62 DM
Auslastung = 50% bis 80%	6	76,20 DM	96,94 DM	122,85 DM
Auslastung = 80% und mehr	4	75,97 DM	97,94 DM	130,07 DM
1999 (n=39)				
Auslastung unter 50%	15	72,45 DM	96,77 DM	127,92 DM
Auslastung = 50% bis 80%	8	73,77 DM	96,92 DM	128,35 DM
Auslastung = 80% und mehr	16	83,94 DM	105,83 DM	133,53 DM
2000 (n=63)				
Auslastung unter 50%	20	79,37 DM	102,85 DM	130,86 DM
Auslastung = 50% bis 80%	10	78,10 DM	101,65 DM	127,35 DM
Auslastung = 80% und mehr	23	88,86 DM	115,08 DM	169,36 DM

Eine Erklärung für dieses Resultat ergibt sich, wenn die Wettbewerbssituation der Kurzzeitpflegen näher betrachtet bzw. das Wettbewerbsargument relativiert wird. Wie eingangs dieses Abschnittes bereits aufgezeigt, entsteht zwischen einzelnen Kurzzeitpflegen eine Konkurrenzsituation über die Pflegesätze überhaupt erst dann, wenn die pflegebedingten Aufwendungen die Grenze von 100,00 DM überschreiten. Bis zu einem Betrag von 100,00 DM werden selbst bei einem Aufenthalt von 28 Tagen die gesamten pflegebedingten Aufwendungen von den Pflegekassen übernommen. Nach den Werten der an der Erhebung beteiligten Kurzzeitpflegen im Modellprogramm heißt das, um Pflegebedürftige der Pflegestufe I muss bisher nicht über die Höhe der pflegebedingten Aufwendungen konkurriert werden. Im Gegenteil, wenn der landläufigen Überzeugung „teuer = gut“ gefolgt wird, müssten die Einrichtungen Vorteile erzielen, die die höheren Sätze haben. Für die Pflegebedürftigen sind vor allem die Kosten für Unterkunft und Verpflegung von Interesse, da sie diese in jedem Fall selber tragen müssen. Das Ergebnis könnte daher als Indiz dafür herangezogen werden, dass für die Pflegebedürftigen und ihre An-

gehörigen die vermutete (Pflege-)Qualität bei der Wahl der geeigneten Einrichtung an Bedeutung gewinnt.²⁶

Aber auch wenn die 100,00 DM-Grenze überschritten wird, entsteht eine Wettbewerbssituation nur, wenn die gewünschte Aufenthaltsdauer des einzelnen Kurzzeitpflegegastes die durch die Pflegekassen refinanzierte Zeitspanne überschreitet. Suchen z.B. Pflegebedürftige und deren Angehörige lediglich für den Zeitraum eines dreiwöchigen Sommerurlaubes einen Kurzzeitpflegeplatz, dann verschiebt sich die Grenze der Refinanzierung auf 133,33 DM.

Zusammenfassung

Aus der Perspektive der Anbieter von Kurzzeitpflegeleistungen kann unterstellt werden, dass die skizzierte Entwicklung der Pflegesätze die Wettbewerbssituation auf dem Markt bislang noch nicht nennenswert verschärft hat. Aus der Perspektive der Nachfrager und Nachfragerinnen dagegen lassen sich (auf Grund der Pflegesatzentwicklung) entlang der Merkmale Pflegestufe und Aufnahmegrund bereits Abstufungen bezüglich des maximal durch die Pflegeversicherung gewährten Leistungsumfanges erkennen. Diese kommen aber immer erst dann zum Tragen, wenn die für die Rückkehr in die häusliche Umgebung unbedingt erforderliche Aufenthaltszeit, nicht der durch die Pflegeversicherung refinanzierte Aufenthaltszeit entspricht. Bezüglich des Zusammenhangs von Auslastung und Höhe der pflegebedingten Aufwendungen ist daher eine Preiselastizität am Markt beobachtbar.

Im direkten Vergleich zwischen den Versorgungsbereichen Kurzzeitpflege und Langzeitpflege aber „(ist) Kurzzeitpflege als selbständige Pflegeleistung (...) insgesamt aufwendiger und kostenintensiver als eine stationäre Dauerpflege.“²⁷ Von den 51 Kurzzeitpflegen der Erhebung, die neben Kurzzeitpflege ein stationäres Angebot vorhalten, gaben lediglich zehn an, für die Kurzzeitpflege höhere Pflegesätze vereinbart zu haben, bei vier Einrichtungen lagen die Pflegesätze der Kurzzeitpflege sogar unter denen der Dauerpflege. Diese verhandelten Ergebnisse sind nach Aussagen der Interviewpartner/innen häufig nicht ausreichend, um die in einer Kurzzeitpflege anfallenden (spezifischen) Kosten aufzufangen. Selbst diejenigen, die bessere Abschlüsse erzielen konnten, schätzten die Situation pessimistisch ein,

²⁶ Welche Auswahlkriterien für die Pflegebedürftige und ihre Angehörigen ansonsten noch von Bedeutung sein könnten (z.B. räumliche Nähe der Einrichtung), soll hier vernachlässigt werden. Die Ausführungen bezogen sich ausschließlich auf die Befürchtung der Träger, dass bereits zu hohe Pflegesätze Wettbewerbsnachteile mit sich bringen.

²⁷ Vgl. Die Verbände der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen 1997, S.3

wie die folgende Aussage eines Interviewpartners belegt. *"Ich würde sagen, obwohl wir höhere Sätze haben, erweist sich die Kurzzeitpflege im Verhältnis zur vollstationären Pflege, was die Vergütung anbetrifft, als nachteilig."*

Sowohl organisatorische Erfordernisse als auch spezifische Anforderungen an die Versorgung der jeweiligen Klientel in der Kurzzeitpflege können einen entscheidenden Einfluss auf die Gesamtkostenentwicklung haben. Es ist daher von ausschlaggebender Bedeutung für die qualifizierte Aufrechterhaltung des Angebotes Kurzzeitpflege, inwieweit es gelingen wird, das Charakteristische dieses Angebotes hervorzuheben und gegen andere Versorgungsbereiche abzugrenzen.

3. Der laufende Betrieb: Konzeptionelle Unterschiede zwischen Kurzzeitpflege und Langzeitpflege

Eine erste Einschätzung des besonderen Charakters des Versorgungsbausteines Kurzzeitpflege wird möglich, wenn dieses Angebot mit dem vollstationären Angebot verglichen wird. Die Unterscheidung zwischen den beiden Pflegebereichen ist - so banal dies klingen mag - bereits in der Namensgebung *Kurzzeit-* versus *Langzeit-*pflege hervorgehoben. Der Umstand, dass die Gäste nur für einen begrenzten Zeitraum in der Kurzzeitpflege verweilen, führt ebenso wie die spezifischen Belange der Klientel zu einer erheblichen organisatorischen und planerischen Mehrbelastung.

3.1 Kurze Verweilzeiten

Die geringen Verweilzeiten in der Kurzzeitpflege erfordern zunächst einen höheren Verwaltungsaufwand. So muss wesentlich öfter die Aufnahme und Entlassung der Gäste vorbereitet und durchgeführt werden. Darüber hinaus ist eine sorgfältige Abstimmung in der Belegungsplanung notwendig, um zu vermeiden, dass die vorhandenen Plätze unnötig leerstehen bzw. Gäste die Einrichtung nicht besuchen können, weil das Zimmer nicht mehr für den gesamten nachgefragten Zeitraum verfügbar ist.

Neben diesen vermehrten, eher administrativen Aufgaben wirkt sich der stetige Wechsel der Gäste aber auch auf den Pflegebereich aus. Das Pflegepersonal ist in pflegerischer und psychischer Hinsicht stärker belastet, weil es sich fortlaufend auf neue Pflegebedürftige einstellen muss.²⁸ Die Eingewöhnung für die Gäste und der Aufbau individueller Pflegebeziehungen muss immer aufs Neue gestaltet werden. Eine Routine im Pflegealltag, die sich dann entwickelt, wenn die Pflegenden die spezifischen Problemlagen, den jeweiligen Hilfebedarf und die Vorlieben des einzelnen Gastes besser kennen gelernt haben, lässt sich auf Grund der begrenzten Aufenthaltsdauer nur schwer aufbauen. Das kann zusätzlich den Einsatz von Hilfskräften beeinträchtigen, die bei jedem neuen Gast abermals angeleitet und eingeführt werden müssen. Zusammengefasst bringt es eine Interviewpartnerin wie folgt auf den Punkt. *„Wir haben einen deutlich höheren Pflegeaufwand, und wegen der*

²⁸ Nach Aussage vieler Interviewpartner/innen ist der häufige Wechsel der Gäste aber auch ein Kriterium, welches die Arbeit in der Kurzzeitpflege interessanter macht.

Kürze des Aufenthaltes sehr viel mehr administrative Aufgaben als in der vollstationären Pflege.“

3.2 Saisonale Belegungsschwankungen

Auf Grund der Tatsache, dass die meisten Kurzzeitpflegeeinrichtungen zu einem großen Teil Urlaubsgäste versorgen, kommt es über das Jahr betrachtet zu saisonalen Nachfrageschwankungen, die in der Regel eine (annähernde) Vollbelegung der Kurzzeitpflege erschweren. Dies wird allerdings von den Kostenträgern nach Aussage eines Interviewpartners nicht berücksichtigt. *„Was sie (die Kostenträger) uns dann aufgedrückt haben, war eine höhere Auslastung. Wir sind von 95% ausgegangen und die haben dann gesagt 97%. Und mittlerweile sind es schon 98%.“* Eine solche Auslastungserwartung wirkt sich problematisch auf die gesamte Kostendeckung der Einrichtung aus. Vor allem die Bereitstellung und der fachgerechte Einsatz des notwendigen Personals birgt das Risiko in sich, in den nachfragestarken Monaten zu wenig und in den nachfrageschwachen Monaten zu viel Beschäftigte vorzuhalten. Insbesondere für die Kurzzeitpflegeeinrichtungen, die keine Anbindung an vollstationäre Einrichtungen haben, sind darüber hinaus die Flexibilisierungsspielräume hinsichtlich der Verteilung der Arbeitszeit und des bereichsübergreifenden Personaleinsatzes deutlich eingeschränkt.

In der Konsequenz erfordert der saisonale Auslastungsrythmus eine intensive und kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit, da einerseits für die belegungschwächeren Monate außerhalb der Ferienzeit immer wieder um Kurzzeitpflegegäste geworben werden muss. Andererseits gilt es, die Urlaubsgäste des Vorjahres aufs Neue anzusprechen, bis sich eventuell ein fester Kundenstamm etabliert hat. Dadurch, dass sich allmählich Stammkunden herauskristallisieren und außerdem viele der Urlaubsgäste bereits Anfang des Jahres ihren Aufenthalt in der Kurzzeitpflege „buchen“, wird zwar die Belegung der Ferienmonate zunehmend planbarer, aber es zeichnet sich ein weiteres organisatorisches Problem ab, welches die Urlaubspflege nicht mehr nur über die Namensgebung in die Nähe der Tourismusbranche rückt. Während dort über abgestufte Stornierungsgebühren geregelt ist, wer im Falle des „Nichtantritts des Urlaubes“ für die Kosten aufkommen muss, herrscht bei den Kurzzeitpflegeeinrichtungen große Unsicherheit, wie mit den Ausfallzeiten zu verfahren ist. Dies schildert ein Interviewpartner wie folgt: *„Es gibt also in Niedersachsen keine Abwesenheitsregelung. So dass jede nicht angetretene, abgebrochene oder unterbrochene Kurzzeitpflege durch Krankenhaus oder Tod oder aus sonstigen Gründen ausschließlich zu unseren Lasten geht. Und wir haben das*

Auslastungsrisiko mit der entsprechenden Personalvorhaltung.“ Hat sich beispielsweise ein Gast im Februar für einen dreiwöchigen Kurzzeitpflegeaufenthalt im Juli angemeldet, dann wird dieser Platz entsprechend freigehalten. Wird aber im Juni der Kurzzeitpflegeaufenthalt abgesagt, hat alleine die Kurzzeitpflegeeinrichtung das Nachsehen.

3.3 Begutachtungspraxis

Während die saisonalen Auslastungsschwankungen eine Konsequenz der spezifischen Bedürfnislage von Urlaubsgästen und deren Angehörigen ist, die bestimmte Ferienzeiten im Jahr bevorzugen, weist die Begutachtungspraxis in der Kurzzeitpflege auf eine Schnittstellenproblematik hin, die bereits 1996 von den Spitzenverbänden der Pflegekassen erkannt wurde. Sie bezieht sich auf den Zeitpunkt der Begutachtung der Pflegebedürftigen im Anschluss an eine stationäre Behandlung. „Insbesondere, wenn Pflegebedürftigkeit noch nicht festgestellt wurde, kann es bei dem Übergang aus einer stationären Behandlung in einem Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung zu Problemen kommen. Eine zügige Begutachtung durch den MDK im Krankenhaus bzw. der stationären Rehabilitationseinrichtung ist für den reibungslosen Übergang unumgänglich.“²⁹ In den Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit wurde für die Begutachtung der Antragsteller im Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung festgelegt, dass „die Begutachtung unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche durchzuführen (ist).“³⁰

Im Modellprogramm stellt sich die Begutachtungspraxis insgesamt noch immer sehr uneinheitlich dar. Begutachtungen finden sowohl im Krankenhaus als auch in der Kurzzeitpflege statt. Begutachtungen können vor Ort aber oder per Aktenlage erfolgen. In der Regel sind Begutachtungen vorläufig, sie können entweder dem tatsächlichen Pflegebedarf entsprechen, es kann aber auch ein für alle Antragsteller/innen einheitlicher Pflegebedarf festgestellt werden. Wenn die vorläufige Begutachtung nicht den realen Hilfebedarf abbildet, kann es zu Nachteilen für die Kurzzeitpflege kommen. Ein Interviewpartner beschreibt die Situation wie folgt: *„Die Problemlage bei Gästen aus dem Krankenhaus stellt sich so dar, dass diese Gäste zum Zeitpunkt ihrer Aufnahme in einer schwierigen Situation ihrer Pflegebedürftigkeit sind oder die Pflegebedürftigkeit nach einer Akuterkrankung zunächst*

²⁹ Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen 1994, S.45

³⁰ Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen 1997, S.13

noch sehr hoch ist. Sie stellt sich in der Kurzzeitpflege auch als sehr hoch dar, geht dann aber möglicherweise wieder zurück. Wir haben dann vielfach den Nachteil, dass für den Zeitraum der Kurzzeitpflege nicht immer die passende Einstufung vorliegt. Das ist auch etwas, was sich im Gespräch mit den Pflegekassen oftmals als mühevoll und nicht immer erreichbar erweist, dass wir für unsere Leistungen auch den angemessenen Preis erhalten. Für den Zeitpunkt, wo nur eine temporäre Verschlechterung der Pflegebedürftigkeit aufgetreten ist, haben wir das Nachsehen. Wenn sich die Indikation im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt als schwierig erweist, und wir sagen, es muss eine höhere Pflegestufe sein als die per Aktenlage festgestellte Stufe I, dann ist das manchmal schwierig, diese Nachbegutachtung zu Stande zu bekommen und wir müssen dann oft noch Wochen und Monate nachfragen, weil wir die dann nicht freiwillig mitgeteilt bekommen. Im letzten Jahr hat sich herausgestellt, dass die Pflegekassen offensichtlich diese tatsächliche Nachbegutachtung längst nicht mehr in jedem Fall und überhaupt nicht alle gleich durchführen lassen.“

Bei einer vorläufigen Begutachtung und einer pauschalen Einstufung der Pflegebedürftigen in Pflegestufe I besteht also die Gefahr, dass bei der Nachbegutachtung in der häuslichen Umgebung der (schlechtere) Zustand des/der Pflegebedürftigen unmittelbar nach dem Krankenhausaufenthalt nicht mehr berücksichtigt wird und stattdessen dann der/die - durch den Kurzzeitpflegeaufenthalt - stabilisierte Antragsteller/in begutachtet wird. Die damit verbundene Diskrepanz in der Bewertung der erbrachten Pflegeleistungen geht in solchen Fällen immer zu Lasten der Kurzzeitpflegeeinrichtungen.

Das gleiche gilt für die Pflegebedürftigen, die bereits vor dem Krankenhausaufenthalt eingestuft waren. Auch hier kann das Akutereignis den Allgemeinzustand der Pflegebedürftigen verschlechtert haben, ohne dass sich dies in einer angepassten Pflegestufe niederschlägt. Wird der/die Pflegebedürftige durch den Kurzzeitpflegeaufenthalt wieder stabilisiert, dann bleibt die temporäre Veränderung in der Regel unberücksichtigt, und die Diskrepanz in der Bewertung der erbrachten Pflegeleistungen geht dann ebenfalls zu Lasten der Kurzzeitpflegeeinrichtung.

3.4 Behandlungspflege

Als weiteres Problem kristallisiert sich in der Kurzzeitpflege der (hohe) behandlungspflegerische Anteil an der Arbeitszeit der Pflegekräfte heraus. Obwohl noch keine exakten Zahlen vorliegen, lassen sich aus den Angaben der Erhebung erste „Schätzwerte“ bezüglich dieses Arbeitszeitanteils darstellen.

Tabelle 12: Durchschnittlicher Anteil der Behandlungspflege an den Arbeitszeiten des Pflegepersonals

Anteil der Behandlungspflege	Urlaubsgäste		Krankenhausanschluss	
	Einrichtungen		Einrichtungen	
	n	v.H.	n	v.H.
Anteil unter 10%	6	10,0	6	10,0
Anteil 10% bis unter 20%	21	35,0	9	15,0
Anteil 20% bis unter 30%	15	25,0	14	23,3
Anteil 30% bis unter 40%	8	13,4	10	16,7
Anteil 40% bis unter 50%	5	8,3	11	18,3
Anteil 50% und mehr	5	8,3	10	16,7
Gesamt	60	100	60	100

Wie aus der Tabelle hervorgeht, liegen die behandlungspflegerischen Arbeitszeitanteile bei den Gästen, die im Anschluss an einen stationären Aufenthalt in die Kurzzeitpflege kommen, deutlich über den mittleren Vergleichswerten für Urlaubsgäste. Eine Ursache liegt sicherlich darin, dass die Verweilzeiten in den Krankenhäuser kontinuierlich abnehmen. Vor dem Hintergrund, dass Ende 2001 darüber entschieden werden soll, welche Kasse für die medizinische Behandlungspflege aufzukommen hat, aber auch angesichts der geplanten Einführung der DRGs (Diagnosis Related Groups) als Grundlage für die Vergütung der Krankenhausleistungen scheint es daher für die Kurzzeitpflegeeinrichtungen unbedingt geboten, die genauen Zahlen für behandlungspflegerischen Leistungen und die darauf entfallenden Arbeitszeitanteile zu dokumentieren.

3.5 Clearingfunktion

Abschließend für die spezifischen Aufgabenbereiche der Kurzzeitpflege ist ihre Clearingfunktion anzuführen. Insbesondere für die Gäste, bei denen noch nicht entschieden ist, ob sie im Anschluss an den Kurzzeitpflegeaufenthalt in die häuslichen Umgebung zurückkehren können, muss ein Regularium entwickelt und implementiert werden, wie und wann festzustellen ist, ob es für diese Rückkehr noch Unterstützungsleistungen einzuleiten gilt. Dies kann sich sowohl auf die aktivierende Pflege in der Einrichtung beziehen als auch auf die Durchführung oder das Einleiten von Rehabilitationsmaßnahmen. Ferner müssen Angehörige beraten und entlastet werden, indem beispielsweise der Aufbau der häuslichen Versorgungskette von der Kurzzeitpflegeeinrichtung begleitet wird. Alle diese über die „direkten“ pflegerischen Tätigkeiten hinausgehenden und daher als übergreifende (Pflege-) Leistungen zu bezeichnenden Aufgaben erfordern nicht nur einen vermehrten zeitlichen Aufwand in der Betreuung, sondern auch eine fachliche (Weiter-)Qualifizierung des Personals, angepasst an die variierenden Anforderungen. *„Die Bedingungen in der Kurzzeitpflege sind wesentlich anders als in der Langzeitpflege.“*

4. Die leistungsrechtlichen Grundlagen: Unklare Abgrenzung zwischen Kurzzeitpflege und Langzeitpflege

Im vorangegangenen Abschnitt wurde über die Betonung Kurz versus Lang dargestellt, dass es für den Betrieb einer Kurzzeitpflege(-abteilung) organisatorische und pflegerische Anhaltspunkte zu beachten gilt, die für die Langzeitpflege in dieser Form nicht oder nur geringfügig ins Gewicht fallen. Ferner wurde angedeutet, dass durch die Clearingfunktion der Kurzzeitpflege speziell für die Gäste, die im Anschluss an einen stationären Aufenthalt eine Kurzzeitpflege besuchen, ein wesentlich höherer Unterstützungsaufwand erforderlich ist.

Die Nähe zwischen beiden Pflegeangeboten entsteht durch die stationäre Ausrichtung der Versorgung. Beide Einrichtungstypen unterliegen dem Heimgesetz, in beiden Fällen muss eine „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“ gewährleistet und die Pflege und Versorgung der Pflegebedürftigen auf Dauer sichergestellt werden. Aus der Perspektive der Angehörigen ist hervorzuheben, dass diese durch einen Kurzzeitpflegeaufenthalt ihres pflegebedürftigen Familienmitgliedes im Gegensatz zum teilstationären Angebot Tagespflege für einen definierten Zeitraum von allen übernommenen Pflichten befreit sind. Aus dem Blickwinkel der Pflegebedürftigen muss betont werden, dass ein Kurzzeitpflegeaufenthalt eine wesentlich größere Umstellung erfordert als beispielsweise der Besuch in einer Tagespflege, weil die häusliche Umgebung nicht nur stundenweise verlassen wird.

Insofern ist die Verortung des Versorgungsangebotes Kurzzeitpflege innerhalb des Leistungsspektrums der Pflegeversicherung nicht immer klar bestimmbar. Dies zeigt sich dann, wenn statt der bisher dargestellten praktischen Umsetzungsebene in den Kurzzeitpflegeeinrichtungen, die Steuerungsebene der Verbände der Pflegekassen, der Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen sowie der sonstigen Beteiligten betrachtet wird. Während auf der Handlungsebene spezifische Charakterisierungen des Versorgungsangebotes Kurzzeitpflege in Abgrenzung zum Versorgungsangebot stationäre Pflege möglich sind, kommen auf der Steuerungs- und Regelungsebene in den abgeschlossenen Grundsätzen, Empfehlungen und Verträgen diese Differenzierungen zum Teil wesentlich schwächer zum Ausdruck.

4.1 Grundsätze zur Qualität und Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI

Entsprechend § 80 SGB XI haben die Spitzenverbände der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände auf *Bundesebene* gemeinsam und einheitlich Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflege sowie für das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen vereinbart. In einer vergleichenden Analyse dieser Grundsätze für die Kurzzeitpflege und die vollstationäre Pflege lassen sich bereits in der Formulierung der Ziele zahlreiche Hinweise finden, die den speziellen Auftrag der Kurzzeitpflege unterstreichen.³¹ Neben den, im Wortlaut mit der vollstationären Pflege identischen, Grundsätzen bezüglich der kompetenten, fachgerechten Pflege und der damit intendierten weitgehenden Erhaltung einer möglichst selbstständigen Lebensführung sind folgende Ziele der Kurzzeitpflege explizit formuliert worden. Die Kurzzeitpflege soll insbesondere

- zur Aufrechterhaltung der häuslichen Pflege beitragen, wenn häusliche Pflege oder teilstationäre Pflege vorübergehend nicht möglich oder ausreichend ist;
- für die Pflegebedürftigen den Übergang aus der stationären Behandlung in die häusliche Pflege erleichtern und ermöglichen;
- auf aktivierende Pflege ausgerichtet sein;
- die pflegenden Angehörigen unterstützen und entlasten.

Wie dieser Auflistung zu entnehmen ist, entsprechen die beiden erst genannten Punkte im Wesentlichen den in § 42 SGB XI genannten Aufgaben. Kurzzeitpflege soll *vorübergehend* genutzt werden zwecks Aufrechterhaltung der häuslichen Pflege. Kurzzeitpflege soll den *Übergang in die häusliche Pflege* erleichtern. Betont wird darüber hinaus die *aktivierende Pflege* und die *Entlastungsfunktion* für die pflegenden Angehörigen.

Demzufolge sind bei der Formulierung der Qualitätsmaßstäbe Kriterien zu finden, die die genannten Zielsetzungen vertiefen. Zunächst wird unter dem Stichwort Strukturqualität ausdrücklich auf den wechselnden Kreis der zu versorgenden Pfl-

³¹ Vgl. Bekanntmachung der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 21.10.1996 und in der Kurzzeitpflege vom 18.08.1995 in der Fassung vom 31.05.1996.

gebedürftigen aufmerksam gemacht. Bezüglich der schriftlichen Leistungsdarstellung im Zusammenhang mit der Prozessqualität erfolgt dann der Hinweis, dass diese Informationen über Form und Erbringen der Leistung, über Maßnahmen der aktivierenden Pflege, über die Wahrnehmung von Beratungsfunktionen und über Art und Form der Kooperation mit anderen Leistungserbringern, wie z.B. die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen, enthalten kann. Schließlich wird betont, dass der individuelle Pflegeprozess darauf auszurichten ist, einen erneuten stationären Aufenthalt zu vermeiden und den Übergang in die häusliche Pflege zu ermöglichen. Die Pflegeplanung muss der Entwicklung des Pflegeprozesses entsprechend kontinuierlich aktualisiert werden und die Versorgung im Anschluss an den Kurzzeitpflegeaufenthalt berücksichtigen.

Insgesamt betrachtet lassen sich zwei zentrale Punkte aus den Grundsätzen für die Kurzzeitpflege herauslesen. Zum einen wird ausdrücklich auf den zeitlichen Aspekt verwiesen, indem wiederholt klargestellt wird, dass Kurzzeitpflege als vorübergehendes Angebot zu verstehen ist, das mittelfristig die Rückkehr bzw. langfristig den Verbleib in der Häuslichkeit sichern soll. Zum anderen liegt eine deutliche Akzentuierung auf der „Clearingfunktion“ der Kurzzeitpflege, dies wird durch die Stichworte aktivierende Pflege, Rehabilitation, Anschlussversorgung nach dem Kurzzeitpflegeaufenthalt und Beratung der pflegenden Angehörigen unterstrichen.

4.2 Rahmenverträge nach § 75 SGB XI³²

Während in den Grundsätzen zur Qualität und Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI Kurzzeitpflege und vollstationäre Pflege hinsichtlich ihrer unterschiedlichen Zielsetzungen noch erkennbar voneinander abgegrenzt sind, verschwimmen in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI die Trennungslinien zwischen beiden Versorgungsbereichen nahezu vollständig. Dies ist um so erstaunlicher, als gerade die Rahmenverträge mit dem Ziel abgeschlossen werden sollten, eine wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung sicherzustellen. Anders als bei den Grundsätzen zur Qualitätssicherung werden nach § 75 Abs. 5 SGB XI auf Bundesebene von den genannten Gremien nur Empfehlungen zum Inhalt der Verträge abgegeben. Die Verträge selbst sind auf der Länderebene zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den Vereinigungen der Träger der ambulanten oder

³² Es war nicht möglich, aus allen Bundesländern eine Kopie der abgeschlossenen Rahmenverträge zu erhalten.

stationären Pflegeeinrichtungen im Land unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung abzuschließen.

Eine Gegenüberstellung der Inhalte der gemeinsamen Empfehlungen für die Rahmenverträge zur Kurzzeitpflege und zur vollstationären Pflege zeigt, dass diese so gut wie keine Rückschlüsse mehr auf die funktionale Unterscheidung der beiden Versorgungsbereiche ermöglichen.³³ So stimmen beispielsweise die Benennung und Definition der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 1) im Wortlaut vollkommen überein. Dies gilt für die Hilfen bei der Körperpflege und Ernährung ebenso wie für die Hilfen bei der Mobilität, für die soziale Betreuung und für die Behandlungspflege. Auch hinsichtlich der Formen der Hilfe (§ 4) gibt es keine Abweichung. Lediglich in § 8 (Wahl der Pflegeeinrichtung) wird für die Kurzzeitpflege in Abs. 3 bezüglich der Ermittlung des Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen darauf verwiesen, dass „im Rahmen der Pflege in der Kurzzeitpflegeeinrichtung die Möglichkeit der aktivierenden Pflege und die beim Pflegebedürftigen vorhandenen Ressourcen und Probleme zur Einbeziehung in den Pflegeprozess herauszuarbeiten (sind). Dabei ist unter Einbeziehung der Angehörigen die häusliche Pflege und die Kurzzeitpflege sinnvoll aufeinander abzustimmen. Angemessene Wünsche sind zu berücksichtigen.“³⁴ Keine Differenzierungen finden sich dagegen in den Formulierungen zur Sicherstellung der Leistungen/Qualifikation des Personals (§ 20 bzw. § 21). Allerdings wird auf die Grundsätze zur Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI verwiesen. Schließlich lässt sich bezüglich der Abwesenheitsregelung festhalten, dass die Vereinbarungspartner für den Bereich der vollstationären Pflege auf Art. 49 a des 1. SGB XI ÄndG verweisen, während für die Kurzzeitpflege explizit keine Empfehlung abgegeben wird.

Auf Landesebene ist eine generelle Orientierung an den Inhalten der Empfehlungen auf Bundesebene festzustellen. Ebenso zieht sich die Systematik, die Rahmenverträge für die Kurzzeitpflege und vollstationäre Pflege weitestgehend identisch zu formulieren, durch die abgeschlossenen Verträge. Am „konsequentesten“ wurde dabei in NRW verfahren, wo für die Kurzzeitpflege und die vollstationäre Pflege ein gemeinsamer Vertrag verabschiedet wurde. In den Bundesländern Bayern, Niedersachsen, Saarland und Rheinland-Pfalz konnte dagegen noch keine inhaltliche Übereinkunft erzielt werden. Bezogen auf das Saarland ist - nach Aus-

³³ Vgl. Gemeinsame Empfehlungen gemäß § 75 Abs. 5 SGB XI zur Kurzzeitpflege und zur vollstationären Pflege vom 25. November 1996. Abschnitt 1 Inhalt der Pflegeleistungen sowie Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen, den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und den Zusatzleistungen.

³⁴ Empfehlungen zur Kurzzeitpflege § 8 Abs. 3.

kunft der saarländischen Pflegegesellschaft - deshalb noch keine Vertragsunterzeichnung erfolgt, weil bisher keine Einigung darüber hergestellt werden konnte, inwieweit die unter dem Begriff Clearingfunktion subsumierbaren pflegerischen Leistungen innerhalb der allgemeinen Pflegeleistungen dezidiert aufzuführen sind.

Im Folgenden sollen anhand der Kriterien Abwesenheitsregelung und personelle Ausstattung die Inhalte der Landesrahmenverträge problematisiert werden.

Abwesenheitsregelung

Während allgemein die Unterschiede in den Rahmenverträgen der Kurzzeitpflege und vollstationären Pflege (bezogen auf den direkten Vergleich in den einzelnen Bundesländern und im Vergleich zwischen den Länder miteinander) eher marginal, überwiegend aber überhaupt nicht vorhanden sind, lassen sich bei der Abwesenheitsregelung auf beiden Vergleichsebenen deutliche Abstufungen feststellen.

Das Spektrum der getroffenen Vereinbarungen erstreckt sich über die Variante, dass weder für die Kurz- noch für die Langzeitpflege eine Regelung getroffen wurde (Sachsen-Anhalt und Berlin) bis hin zu einer Vergütung in beiden Versorgungsbereichen von maximal 28 Tagen (Baden-Württemberg). Während Thüringen fest schreibt, dass Abwesenheitszeiten während der Kurzzeitpflege nicht vergütungsfähig sind, betont Brandenburg, dass Abwesenheitszeiten bereits bei der Vereinbarung der Pflegesätze über den Auslastungsgrad Berücksichtigung finden und daher nicht gesondert abrechenbar sind. In Sachsen werden für die Kurzzeitpflege Ausfallzeiten bis zu drei Tagen pro Pflegebedürftigem und Kalenderjahr im Pflegesatz berücksichtigt, in Bremen bis zu einem Tag. Hessen schließlich erlaubt die Berechnung des Pflegesatzes und der Investitionskosten bis zu drei Tagen je Person in der Kurzzeitpflege. Das Entgelt für Unterkunft und Verpflegung ist für diesen Zeitraum um 50% zu kürzen. In Nordrhein-Westfalen, wo ein gemeinsamer Rahmenvertrag zur Kurzzeitpflege und vollstationären Pflege verhandelt wurde, wird eine Abwesenheitsregelung nur für den vollstationären Pflegeplatz (§ 43 SGB XI) formuliert, die Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) wird dagegen überhaupt nicht erwähnt.

Dort, wo Abwesenheitszeiten in irgendeiner Form einkalkuliert oder gesondert abrechenbar sind, besteht Einigkeit darüber, dass als alleiniger Abwesenheitsgrund der Krankenhausaufenthalt angeführt werden kann. Uneinigkeit besteht dagegen, wie mit dem frei gewordenen Kurzzeitpflegeplatz umzugehen ist. Während in Baden-Württemberg der Pflegeplatz frei zu halten ist, kann in Sachsen und Bremen der vorübergehend nicht in Anspruch genommene Pflegeplatz für die Dauer der Abwesenheit anderweitig belegt werden.

Im vollstationären Bereich stellen sich die Regelungsinhalte ähnlich „abwechslungsreich“ dar. Gemeinsamkeit besteht auch hier hinsichtlich der potentiellen Abwesenheitsgründe. Neben dem Krankenhausaufenthalt wird in den Verträgen außerdem der Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung und der Urlaub der Pflegebedürftigen genannt. Die Leistungsgewährung wird manchmal nach Abwesenheitsgrund differenziert, ferner gibt es Unterschiede hinsichtlich der Dauer (Tage) und der Höhe (prozentualer Anteil) für die „Ausgleichszahlungen“ in den einzelnen Ländern. In allen Bundesländern ist der vollstationäre Pflegeplatz frei zu halten.

Ohne an dieser Stelle die einzelnen Abwesenheitsregelungen für den vollstationären Bereich weiter auszuführen, kann bezüglich der Abwesenheitsregelung für die Kurzzeitpflege folgendes festgehalten werden:

Mit Ausnahme von Baden-Württemberg sind die anrechenbaren Ausfallzeiten in der Kurzzeitpflege deutlich kürzer als in der stationären Pflege. Dies gilt selbst für den einzig anführbaren Ausfallgrund Krankenhausaufenthalt. Wenn also ein Urlaubsgast während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes so erkrankt, dass er in ein Krankenhaus verlegt, oder ein Gast, der schon aus dem Krankenhaus entlassen wurde, dort nochmals stationär versorgt werden muss, dann geht dies überwiegend zu Lasten der Kurzzeitpflegeeinrichtung. Ob Regelungen wie in Sachsen und Bremen, die die anderweitige Belegung des Kurzzeitpflegeplatzes für die Dauer der Abwesenheit des Gastes einräumen, den entstandenen finanziellen Ausfall aufzufangen helfen, erscheint eher fraglich. Dagegen einwenden ließe sich einerseits die mit diesem Sachverhalt verbundene kurze Reaktionszeit für die Einrichtungen und die potentiellen neuen Kund/innen. Andererseits könnten Probleme auftreten, wenn die genaue Zahl der zur Verfügung stehenden Unterbringungstage genannt werden soll, da diese ja abhängig von der Dauer des Krankenhausaufenthaltes des abwesenden Pflegegastes ist.

Zumindest als „riskant“ ist die Regelung zu bewerten, dass in der Kurzzeitpflege der Aufenthalt in stationären Rehabilitationseinrichtungen nicht zu den Abwesenheitsgründen zählt. Da die Kurzzeitpflegeeinrichtung auch eine Clearingfunktion zu übernehmen hat, wird Kurzzeitpflege zwar nach einem stationären Krankenhausaufenthalt, aber möglicherweise auch vor einer stationären Rehabilitation nachgefragt. Gegebenenfalls soll in der Kurzzeitpflege die Zweckmäßigkeit einer stationären Rehabilitation erkannt und entsprechend eingeleitet werden. Inwiefern eine solche Überleitung in eine Rehabilitationseinrichtung dann tatsächlich zum frühestmöglichen Zeitpunkt (also während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes) erfolgt, oder ob die Gäste grundsätzlich erst nach dem Kurzzeitpflegeaufenthalt verlegt werden, ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht einzuschätzen.

Positiv ist abschließend die Regelung in Brandenburg anzuführen. Mit der Lösung, die Abwesenheitszeiten bereits bei der Vereinbarung der Pflegesätze über den Auslastungsgrad des Pflegeplatzes zu berücksichtigen, wird zumindest angedeutet, dass für die Verhandlung über die Pflegesätze in der Kurzzeitpflege Auslastungserwartungen zu Grunde gelegt werden sollten, die berücksichtigen, dass im Gegensatz zur vollstationären Pflege die Belegung über das Jahr betrachtet erschwert ist.

Personelle Ausstattung

„Die personelle Ausstattung der Pflegeheime muss eine bedarfsgerechte gleichmäßige sowie fachlich qualifizierte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnissen entsprechende Pflege der Pflegebedürftigen auf der Grundlage der Qualitätsvereinbarung nach § 80 SGB XI gewährleisten.“ So lautet unisono der Eingangssatz bezüglich der personellen Ausstattung in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI. Auffällig ist, dass in den vorliegenden Landesrahmenverträgen sowohl für die Kurzzeitpflege als auch für die vollstationäre Pflege bis auf eine Ausnahme keinerlei Orientierungswerte für die Personalbemessung formuliert wurden. Obwohl in § 75 Abs. 2 Satz 3. SGB XI eindeutig festgelegt ist, dass die Maßstäbe und die Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen Regelungsinhalt der Verträge sein soll, hat einzig Niedersachsen im Rahmenvertrag für die vollstationäre Dauerpflege Personalschlüssel als Ausgangswert für die Personalbemessung aufgeführt, mit dem Hinweis, dass eine abweichende Vereinbarung bei Vorliegen von Besonderheiten möglich ist.³⁵ In NRW haben sich die beteiligten Vertragsparteien im § 22 des Rahmenvertrages darauf geeinigt, die Grundsätze und Maßstäbe für die Personalbemessung in einem Grundsatzausschuss zu regeln. Allerdings wurde im Grundsatzausschuss festgelegt, dass diese Maßstäbe nicht schriftlich fixiert werden.³⁶

Eine genauere Quantifizierung bezüglich der personellen Besetzung findet sich nur in Bezug auf den prozentualen Anteil der geringfügig Beschäftigten. Er schwankt zwischen 5% in Berlin und 30% in Sachsen-Anhalt, überwiegend liegt er aber entsprechend den Empfehlungen bei 20%.

³⁵ Pflegestufe I 1:3,65; Pflegestufe II 1:2,43; Pflegestufe III 1:1,82 und Pflegestufe G 1:12,16.

³⁶ So zumindest die telefonische Auskunft eines im Grundsatzausschuss vertretenen Mitglieds.

Insgesamt bleibt angesichts der Ausführung in den Rahmenverträgen festzuhalten, dass aus ihnen eine (wegen ihrer spezifischen Funktion notwendige) personelle Mehrbesetzung der Kurzzeitpflege gegenüber der vollstationären Pflege nicht herauszulesen ist. Dies lässt sich bestenfalls indirekt über die Verweise auf die Grundlagen der Qualitätsvereinbarung nach § 80 SGB XI herleiten.

In der Konsequenz muss jede Kurzzeitpflegeeinrichtung individuell die Argumentation für die personelle Ausstattung und damit für die Höhe der Pflegesätze selbst liefern. Das war vom Gesetzgeber auch beabsichtigt. Zu bedenken ist aber, dass in diesen „einrichtungsindividuellen Aushandlungsprozessen“ - vermittelt über die Personalkosten - auch über die Qualität der Pflege in den einzelnen Einrichtungen verhandelt wird. Dadurch kann die Pflegekasse, als „Hüterin der Ausgabenbegrenzung“, unter Umständen zu der Instanz werden, die die Pflegequalität „abschließend“ definiert. Den Umgang mit den Schwierigkeiten, die bei der Abwägung von Pflegekosten gegen Pflegequalität in solchen Verhandlungen auftreten können, schildert eine Interviewpartnerin folgendermaßen: *Wir haben dann versucht, unsere Leistungen darzustellen, und es wurde mir knallhart gesagt, wir finanzieren hier keine Luxuspflege. Und ich habe sie dann gefragt, was verstehen sie denn unter Luxuspflege? Ich habe keine Antwort bekommen.*“

Im Modellprogramm wurde allerdings von sehr unterschiedlichen Erfahrungen in den Vergütungsverhandlungen berichtet. Es kann davon ausgegangen werden, je besser der Pflegeaufwand dokumentiert ist, desto einfacher gestalten sich die Verhandlungen.

Nach der durchgängigen Einschätzung der Interviewpartner/innen, arbeiten die jeweiligen Pflegekassen durchaus mit Personalanhaltszahlen. Das wurde von zahlreichen Kassenvertreter/innen auf telefonische Anfrage bestätigt. Es werden demnach in der Praxis Personalanhaltszahlen für die Berechnung der Pflegesätze zu Grunde gelegt, sie sind aber nicht transparent. Diese Verfahrensweise erschwert nicht nur den Vergleich zwischen den einzelnen Bundesländern, sondern sie schränkt zudem den Vergleich zwischen einzelnen Einrichtungen ein, wie eine Interviewpartnerin betont. *„Die Berichte, was die Pflegesatzverhandlungen anbelangen, sind sehr, sehr unterschiedlich. Es gibt Einrichtungen, die sagen, wir dokumentieren gut, haben uns gut vorbereitet und dann sitzt uns jemand gegenüber und sagt, der Pflegesatz ist im Vergleich zu anderen viel zu hoch. Man weiß nicht, worauf sich der Vergleich bezieht, woher diese Zahlen kommen, das wird nicht konkretisiert.“*

4.3 Versorgungsverträge der Kurzzeitpflege

Gab es bereits nach der Analyse der Rahmenverträge wenig Hinweise auf eine Trennschärfe zwischen den Angeboten Kurzzeitpflege und Dauerpflege, so zeigt sich auch bezüglich der Versorgungsverträge für die Kurzzeitpflege, dass die Abgrenzung zwischen beiden Pflegeleistungen durchlässiger zu werden droht. Diese Entwicklung manifestiert sich in der grundsätzlichen Differenzierung von solitärer Kurzzeitpflege und eingestreuter Kurzzeitpflege, welche inzwischen mit Ausnahme von Berlin in allen Bundesländern üblich ist. Obwohl die Unterscheidung zwischen solitärer und eingestreuter Kurzzeitpflege durchaus dazu beiträgt, die Bedeutung und Notwendigkeit der solitären Kurzzeitpflege herauszustreichen, eröffnet sich durch die vorgenommene Abstufung für die Träger von Altenhilfeeinrichtungen ebenso die Möglichkeit, Kurzzeitpflege nur noch in der „abgespeckten“, also eingestreuten Variante, anzubieten. Im Folgenden wird dieser Sachverhalt am Beispiel der Regelung in Niedersachsen dargestellt.³⁷

In Niedersachsen war die Erfahrung, dass Kurzzeitpflege regelmäßig in die vollstationäre Dauerpflege mit einfließt und sich beide Pflegeformen miteinander vermischen, Anlass, die Kriterien für die Zulassung einer Kurzzeitpflegeeinrichtung nach § 72 Abs. 2 SGB XI nochmals explizit zu formulieren. Danach müssen Kurzzeitpflegeeinrichtungen, die einen eigenen Versorgungsvertrag erhalten wollen, diese als wirtschaftlich selbstständigen Bereich führen. In Betracht kommen neben den Kurzzeitpflegeeinrichtungen ohne räumliche Anbindung an andere Versorgungsbereiche aus dem Leistungsspektrum der Pflegeversicherung solche Kurzzeitpflegen, die „unter dem Dach“ eines vollstationären Pflegeheimes räumlich und wirtschaftlich klar und eindeutig abgegrenzt sind. Dafür ist es notwendig, dass die Kurzzeitpflege dann in einem Gebäudeteil oder auf einer Etage bzw. einem Flur zusammengefasst ist. Wenn demgegenüber Kurzzeitpflegebetten in vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen über verschiedene Korridore, Etagen oder Gebäudeteile verteilt sind, wird von eingestreuter Kurzzeitpflege gesprochen und es kann kein eigener Versorgungsvertrag vergeben werden.

Als weitere Voraussetzung für eine Zulassung zur Kurzzeitpflege gilt, dass in dieser Einrichtung (Abteilung) eine leitende Pflegefachkraft und deren Stellvertretung hauptberuflich tätig sind, und diese nicht mit den leitenden Pflegefachkräften im

³⁷ Im Gegensatz zu anderen Bundesländern gibt es in Niedersachsen ein Rundschreiben der Verbände der gesetzlichen Pflegekassen (07.07.1997), in welchem die Regelungen für die Zulassung der Kurzzeitpflege auch schriftlich festgehalten sind. Die folgenden Angaben sind diesem Rundschreiben entnommen.

Bereich der Dauerpflege identisch sein dürfen. Wird diese Anforderung nicht erfüllt, kann kein eigener Versorgungsvertrag zustande kommen.³⁸

Schließlich wird mit Verweis auf den spezifischen Versorgungsauftrag der Kurzzeitpflege betont, dass diese sowohl in den Inhalten als auch in den Zielen erheblich von der vollstationären Dauerpflege abweicht. Hervorgehoben wird in diesem Zusammenhang die aktivierende Pflege und die Vorbereitung der Pflegebedürftigen auf die Rückkehr in die häusliche Umgebung, woraus sich für die Zulassung einer Kurzzeitpflegeeinrichtung zusätzlich die Notwendigkeit ergibt, ein inhaltlich eigenständiges Angebot vorzuhalten.

Die Konsequenzen dieser vorgenommenen Differenzierung zwischen solitärer und eingestreuter Kurzzeitpflege sind vergütungsrechtliche. Diese sind aber auf Grund im Rundschreiben gewählter Formulierungen keineswegs so eindeutig, wie das nach den oben dargestellten Unterschieden zu erwarten wäre. So wird im Rundschreiben zwar einerseits anerkannt, dass „Kurzzeitpflege als selbstständige Pflegeleistung (...) insgesamt aufwendiger und kostenintensiver als eine stationäre Dauerpflege (ist)“. Andererseits wird aber hinsichtlich der Vergütung lediglich als Sollbestimmung formuliert, dass „die Vergütungen für diese Form der Kurzzeitpflege (...) daher nicht unter denen der vollstationären Dauerpflege liegen (sollten)“. Für die eingestreute Kurzzeitpflege dagegen wird ausdrücklich festgehalten, dass „zur pflegerischen Versorgung zugelassene Pflegeheime der vollstationären Pflege im Rahmen ihres Versorgungsauftrages Kurzzeitpflege mit durchführen können, wenn zufällig freie Kapazitäten vorhanden sind oder einzelne Betten gezielt freigehalten werden. Die Vergütung dieser „eingestreuten“ Kurzzeitpflege richtet sich dann nach der Vergütung für die vollstationäre Dauerpflege. Besonderer Regelungen zur Zulassung und zur Vergütung bedarf es nicht.“³⁹

Mit diesem Verfahren, vollstationären Einrichtungen die Möglichkeit zu eröffnen, sporadisch, in Abhängigkeit von „zufällig“ frei gewordenen Plätzen, eingestreute Kurzzeitpflege durchzuführen, wird eine Praxis fortgesetzt, die bereits vor Einführung des PflegeVG üblich und daher schon damals problematisiert war. So hat beispielsweise Häberle 1993 darauf verwiesen, dass „solche zufälligen sporadischen Angebote die qualifizierte, systematisch als Regelleistung konzipierte und

³⁸ Es hat sich durch die Erhebung allerdings herausgestellt, dass 26 Einrichtungen, die angaben, einen eigenen Versorgungsvertrag für die Kurzzeitpflege abgeschlossen zu haben, keine eigene Leitung für die Kurzzeitpflege eingesetzt haben. Anscheinend gibt es hinsichtlich dieser Anforderung an einen eigenen Versorgungsvertrag durchaus bundesländerabhängige Spielräume.

³⁹ Die Verbände der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen 1997, S. 3

betriebene Kurzzeitpflege keinesfalls ersetzen.“⁴⁰ Auf dem Pflegemarkt allerdings ist - außerhalb des Modellprogramms - eine Tendenz zu beobachten, die darauf schließen lässt, dass Altenhilfeeinrichtungen zunehmend dazu übergehen, die eingestreute Variante der Kurzzeitpflege zu realisieren. Die (ökonomischen) Vorteile einer solchen Praxis liegen auf der Hand, bzw. lassen sich aus dem bisher Gesagten ableiten.

Eine solche Entwicklung kann sowohl Auswirkungen auf die im Modellprogramm geförderten Kurzzeitpflegen im speziellen als auch auf das Modellprogramm im Allgemeinen haben. Die Erfahrung, dass auch die Kostenträger ein nicht unerhebliches Interesse daran haben, vorzugsweise Versorgungsverträge für stationäre Pflege mit eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen zu vergeben, mussten bereits einige Kurzzeitpflegen im Modellprogramm machen. So wurde beispielsweise einer Modelleinrichtung, die einen Versorgungsvertrag für die Kurzzeitpflege (20 Plätze) und einen Versorgungsvertrag für die stationäre Pflege (10 Plätze) beantragen wollte, vorgeschlagen, einen stationären Versorgungsvertrag (30 Plätze) abzuschließen und demzufolge 20 Kurzzeitpflegeplätze einzustreuen. Mit einer solchen Umsetzung der geförderten Kurzzeitpflege wäre nicht nur die Chance vertan gewesen, für diese Plätze eventuell höhere Pflegesätze der entsprechend dem akzeptierten (Mehr-)Aufwand zu verhandeln, sondern sie stünde auch im direkten Widerspruch zu der mit der Förderung verbundenen Zielsetzung, die Kurzzeitpflege im Sinne einer solitär betriebenen Einrichtung durchzuführen. Der Ansatz, der im Modellprogramm konsequent verfolgt wurde, Kurzzeitpflege so zu fördern, dass sich diese Pflegeversicherungsleistung vom sporadischen Angebot zum unverzichtbaren und ganzjährig verfügbaren Glied einer integrierten Versorgungskette entwickelt, droht gegenwärtig von der kostengünstigeren „Alternative“ ausgehebelt zu werden. Denn selbst wenn die genannte Zielsetzung im Hinblick auf die Kurzzeitpflegen des Modellprogramms nach wie vor Bestand hat, müssen sich die Kurzzeitpflegen im direkten Vergleich mit den Altenhilfeeinrichtungen außerhalb des Modellprogramms am Markt behaupten, wodurch unter Umständen die Wettbewerbsfähigkeit eingeschränkt werden kann. Dass das Anliegen, Kurzzeitpflege als räumlich eigenständigen, klar zur Dauerpflege abgrenzbaren Versorgungsbereich zu organisieren, grundsätzlich in die richtige Richtung weist, wird im nächsten Kapitel anhand der Erfahrungen aus dem Modellprogramm unterstrichen.

⁴⁰ Häberle, Günther-Fritz 1993, S. 224

5. Organisationsformen der Kurzzeitpflegen im Modellprogramm

5.1 Anbindung

Ein wesentlicher Orientierungspunkt für den Aufbau einer Kurzzeitpflege besteht darin, die Vor- und Nachteile verschiedener Anbindungsmöglichkeiten im Hinblick auf die Versorgungsoptimierung und unter Wirtschaftlichkeitsaspekten gegeneinander abzuwägen. Bei diesen Anbindungsformen handelt es sich in der Regel um die Kombination unterschiedlicher Versorgungsangebote innerhalb des Leistungsspektrums der Pflegeversicherung wie z.B. Kurzzeitpflege und Dauerpflege, Kurzzeitpflege und Tagespflege, Kurzzeitpflege und ambulanter Dienst sowie die entsprechenden Mehrfachverknüpfungen. Innerhalb des Modellprogramms lassen sich die Kurzzeitpflegen in Bezug auf ihre Anbindungen wie folgt unterscheiden. Es finden sich

- die Kurzzeitpflege ohne weitere Anbindung,
- die Kurzzeitpflege in Verbindung mit einem ambulanten Dienst und/oder mit einer Tagespflege, wo eher der ambulante Charakter des Kurzzeitpflegeangebotes hervorgehoben wird,
- die Kurzzeitpflegen nur in Anbindung an stationäre Pflegeeinrichtungen, welches die Möglichkeiten von Synergieeffekten in der stationären Unterbringung von Kurzzeitpflegegästen eröffnet,
- die Kurzzeitpflegen in multifunktionellen Zentren, die unter einem Dach mehrere Versorgungsbausteine aus dem Leistungsspektrum der Pflegeversicherung vereinen und dadurch die Bedeutung der Kurzzeitpflege als integrativen Bestandteil in der Versorgungskette betonen.

Einen Überblick über die quantitative Verteilung der unterschiedlichen Anbindungsformen im gesamten Modellprogramm gibt Tabelle 13.

Tabelle 13: Überblick über die Anbindungsformen der Kurzzeitpflegen im Modellprogramm

Anbindungsformen der Kurzzeitpflege	Gesamtmodellprogramm	
	n	v.H.
Solitär (ohne weitere Anbindung)	6	3,8
Ambulanter Dienst	10	6,3
Tagespflege	11	6,9
Tagespflege und ambulanter Dienst	14	8,8
Dauerpflege	25	15,7
Dauerpflege und ambulanter Dienst	8	5,0
Dauerpflege und Tagespflege	48	30,2
Dauerpflege, Tagespflege und ambulanter Dienst	36	23,3
Gesamt	159	100

Es zeigt sich zunächst, dass knapp drei Viertel aller Kurzzeitpflegen in Kombination mit einer vollstationären Versorgungsleistung angeboten werden. 44% aller Kurzzeitpflegen sind mit zwei, rund 23% mit drei weiteren Angeboten aus dem Leistungsspektrum der Pflegeversicherung verknüpft.

Nach Ansicht der Träger ist ein zentraler ökonomischer Vorsprung eines multifunktionellen Zentrums gegenüber solitärer Kurzzeitpflege dadurch erreichbar, dass sich durch eine vergrößerte Angebotspalette Synergieeffekte erzielen lassen. Diese manifestieren sich darin, dass zumindest die nicht pflegebedingten Kosten beispielsweise für Verwaltung, Öffentlichkeitsarbeit, Hauswirtschaft und/ oder Küche auf alle Bereiche verteilbar und somit zu minimieren sind. Ebenso kann der Personaleinsatz flexibler gestaltet werden, weil das Personal in Urlaubs- und Vertretungsphasen (oder vielleicht über das ganze Jahr) bedarfsabhängig in allen Teilbereichen der Einrichtung eingesetzt werden kann. Der wirtschaftliche Vorteil bei der Koppelung von Kurzzeitpflege und Dauerpflege ist im vorherigen Kapitel bereits angesprochen worden. Im Falle der Unterbelegung der Kurzzeitpflege können die leer stehenden Betten an Dauerpflegegäste vergeben werden. Dies mag zwar für die Modellkurzzeitpflegen im Besonderen auf Grund der Gebundenheit der Fördermittel zunächst nicht gelten, für die Diskussion über die Funktionsfähigkeit von Kurzzeitpflegen im Allgemeinen allerdings sollten diese "Fremdbegegnungen" durchaus gesehen werden.

Als wichtigstes Argument für den Aufbau eines multifunktionellen Zentrums bezüglich der Versorgungsoptimierung gilt die Auffassung, dass durch das Vorhalten umfassender und aufeinander abgestimmter Pflegeangebote in einem modernen Dienstleistungszentrum eine kleinräumige Versorgung der Hilfe- und Pflegebedürftigen sichergestellt werden kann, die sich an der individuellen Bedürfnislage der Einzelnen orientiert. In diese Richtung zielt ein Argument, das für eine Anbindung der Kurzzeitpflege an die Dauerpflege spricht: Den Gästen der Kurzzeitpflege kann, falls sie nicht mehr in die häusliche Umgebung zurückkehren können, die Möglichkeit geboten werden, in der Einrichtung zu verbleiben. Mit anderen Worten, es wird ihnen kein weiterer Umzug in eine abermals fremde und gewöhnungsbedürftige Umgebung zugemutet.

Ob sich diese Zusicherung auf die durchschnittliche Auslastung für die einzelnen Anbindungsvarianten auswirkt, scheint allerdings eher fraglich. Einen Überblick über den Zusammenhang zwischen den Anbindungsformen und mittlerer Auslastung gibt Tabelle 14.

Tabelle 14: Zusammenhang Anbindungsformen - durchschnittliche Auslastung

Anbindungsformen	Durchschnittliche Auslastung in Prozent					
	1998		1999		2000	
	n	Ø Auslastung	n	Ø Auslastung	n	Ø Auslastung
Dauerpflege	1	8,5	4	47,3	7	49,6
Dauerpflege und ambulanter Dienst	2	17,9	3	44,9	3	50,8
Ambulanter Dienst	5	61,1	5	60,7	6	59,6
Dauerpflege und Tagespflege	7	46,4	10	59,3	10	66,3
Tagespflege	2	73,8	2	44,3	3	68,8
Dauerpflege, Tagespflege und ambulanter Dienst	18	57,0	21	65,5	23	69,8
Solitär (ohne weitere Anbindung)	3	68,0	4	70,9	4	77,1
Tagespflege und ambulanter Dienst	6	70,5	6	85,5	6	87,0

Wie aus der Tabelle hervorgeht, haben die Kurzzeitpflegen mit ambulanter Verknüpfung ebenso wie die Kurzzeitpflege ohne weitere Anbindung über den gesamten Betrachtungszeitraum mit einer Ausnahme Auslastungsvorteile erzielen können gegenüber den Kurzzeitpflegen mit Anbindungen an die Dauerpflege. So lagen z. B. die Werte der Einrichtungen mit der Anbindungsform „Kurzzeitpflege - ambulanter Dienst“ immer über den Werten der Einrichtungen mit der Anbindungsform „Kurzzeitpflege - ambulanter Dienst – Dauerpflege“.

Für das Jahr 2000 haben Kurzzeitpflegen mit einer zweigliedrigen ambulanten Anbindung die beste durchschnittliche Auslastung erzielt, gefolgt von den Kurzzeitpflegeeinrichtungen ohne weitere Anbindung. Die Kurzzeitpflegen, die ausschließlich an eine Dauerpflege angebunden sind, hatten durchschnittlich die schlechtesten Belegungszahlen. Das Angebot an die Kurzzeitpflegegäste, gegebenenfalls in der Einrichtung verbleiben zu können, scheint sich also nicht positiv auf die Auslastung der Kurzzeitpflege auszuwirken. Es macht vielmehr den Eindruck, dass der Kurzzeitpflegeaufenthalt dann eher als Einstieg in die Dauerpflege bewertet und daher abgelehnt wird. Eine andere mögliche Erklärung für dieses

Ergebnis könnte darauf zurückgeführt werden, dass der Betrieb von Kurzzeitpflegen, die nur an Dauerpflegen angebunden sind, von den Trägern eventuell als zweitrangig gegenüber dem primären Ziel der Auslastung und Betreibung des stationären Angebotes betrachtet werden. Für diese Überlegung spricht die Tatsache, dass in den letzten drei Jahren die multifunktionellen Zentren, die vier Versorgungsbausteine (Kurzzeitpflege, Tagespflege, ambulanter Dienst und Dauerpflege) unter einem Dach vereinen, ihre mittleren Auslastungswerte kontinuierlich auf 70% im Jahr 2000 steigern konnten. Eventuell trägt die Ausweitung des ambulanten Versorgungsspektrums dazu bei, den spezifischen (ambulanten) Charakter der Kurzzeitpflege in und außerhalb der Einrichtung zu verdeutlichen. Auf jeden Fall zeigt dieses Ergebnis, dass die Anbindung von Kurzzeitpflege und Dauerpflege nicht prinzipiell Nachteile mit sich bringt.

Für die Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Anbindung und Auslastung vor dem Hintergrund der Versorgungsoptimierung und der Wirtschaftlichkeitsanforderung lässt sich daher festhalten: Unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten kann auf Grund der erwartbaren Synergieeffekte und der zu vermutenden Belegungsflexibilität die Eingliederung der Kurzzeitpflege in ein multifunktionelles Zentrum durchaus sinnvoll sein. Wichtig ist, dass bei einer Kombination zahlreicher Versorgungsangebote jeder einzelne von diesen Bausteinen in seiner konzeptionellen Besonderheit hervorgehoben werden kann. Insbesondere die Abgrenzung der Kurzzeitpflegeleistung gegenüber der vollstationären Pflegeleistung muss für die Pflegebedürftigen transparent werden. Dazu kann die räumliche Anordnung der Kurzzeitpflege, d.h. die Lage der Kurzzeitpflege in der Altenhilfeeinrichtung beitragen.

5.2 Räumliche Anordnung und Belegungspraxis

Für Einrichtungen, die neben Kurzzeitpflege Dauerpflege anbieten, gibt es unterschiedliche Möglichkeiten, wie die beiden Versorgungsbereiche räumlich voneinander abzugrenzen oder aber zu durchmischen sind. Obwohl nach dem Beispiel der Regelungen für die Vergabe von Versorgungsverträgen für die Kurzzeitpflege in Niedersachsen die Kurzzeitpflege räumlich und wirtschaftlich klar und eindeutig abgegrenzt sein muss, zeigt sich in der Praxis ein anderes Bild. Im Modellprogramm haben die Kurzzeitpflegen, die über einen eigenen Versorgungsvertrag für die Kurzzeitpflege verfügen, verschiedene Formen der räumlichen Organisation der Kurzzeitpflege gewählt. Zu unterscheiden sind Kurzzeitpflegen, die Plätze in

einem eigenen Bereich oder einer eigenen Wohngruppe zusammengefasst haben von denen, die die Plätze in die Dauerpflege integrieren.

Das ausschlaggebende Argument für die letztgenannte Lösung besteht in der Überlegung, die ein Interviewpartner wie folgt formulierte. *„Durch die Einbindung der Kurzzeitpflege in die Dauerpflege entstehen für die Gäste der Kurzzeitpflege bessere Integrationsmöglichkeiten und darüber hinaus ist für den betroffenen Personenkreis mehr Ruhe zu gewährleisten, die eventuell durch den raschen Besucherwechsel in der Kurzzeitpflege sonst gestört wäre.* Demgegenüber vertrat eine Befürworterin einer räumlich eigenständigen Abteilung im Modellprogramm die Meinung, *„dass sich Kurzzeitpflegegäste gar nicht in diesem Maße in die Einrichtung integrieren wollen, da ihr Aufenthalt nur von kurzer Dauer ist und es ein mehr an Sicherheit in sich birgt, wenn diese Gäste erleben, dass andere auch wieder in die häusliche Umgebung zurück kehren.“*

Werden die Kurzzeitpflegeplätze in die Dauerpflege integriert, gibt es ein weiteres Differenzierungsmerkmal, das darin besteht, ob die Kurzzeitpflegeplätze explizit gekennzeichnet und ausdrücklich für die Kurzzeitpflege vorgesehen sind, oder ob es keine Festlegung auf bestimmte Zimmer gibt. Die letzte Variante steht für einen partiellen Belegungsspielraum des Trägers, der dadurch in die Lage versetzt wird, frei werdende Kurzzeitpflegeplätze bedarfsabhängig mit Dauerpflegegästen zu belegen und umgekehrt.

Auch bei diesen drei Modifikationen der räumlichen Anordnung der Kurzzeitpflege in einer Altenhilfeeinrichtung bietet sich ein Vergleich der mittleren Jahresauslastungen an. Danach haben die Kurzzeitpflegen, die die Plätze in einem eigenen Bereich zusammengefasst haben, mit durchschnittlich 68,6% einen deutlichen Vorsprung gegenüber den Kurzzeitpflegen erzielen können, die bei der räumlichen Integration der Plätze in die Dauerpflege keine Festlegung auf bestimmte Zimmer gemacht haben (55,9%).

Tabelle 15: Räumliche Anordnung der Kurzzeitpflege und durchschnittliche Auslastung im Jahr 2000

Räumliche Anordnung	n	Ø Auslastung
Die Kurzzeitpflegeplätze sind in einem eigenen Bereich/Wohngruppe zusammengefasst.	17	68,6
Die Kurzzeitpflegeplätze sind räumlich in die Dauerpflege integriert, bestimmte Zimmer sind ausdrücklich für Kurzzeitpflege vorgesehen.	21	63,6
Die Kurzzeitpflegeplätze sind räumlich in die Dauerpflege integriert, ohne dass es eine Festlegung auf bestimmte Zimmer gibt.	6	55,9

Neben der räumlichen Organisation der Kurzzeitpflege ist als weiteres zentrales Element für die Funktionsfähigkeit der Kurzzeitpflege die Belegungspraxis anzuführen. Hinsichtlich der Frage, wie mit nicht belegten Kurzzeitpflegeplätzen umzugehen ist, gilt zuallererst der Grundsatz: Wenn Kurzzeitpflegeabteilungen im Falle der Nicht-Auslastung sukzessive mit Dauerpflegegästen belegt werden, dann „läuft die Kurzzeitpflege voll“ und früher oder später kann bei entsprechenden Anfragen kein Kurzzeitpflegegast mehr aufgenommen werden, weil alle Plätze von Dauerpflegegästen in Anspruch genommen sind. Zeitweise kann es sicherlich Ausnahmesituationen geben, wenn z. B. ein Gast aus der Region nicht abgewiesen werden kann, weil die häusliche Versorgung komplett zusammengebrochen ist. Oder aber weil auf Grund der saisonalen Auslastungsschwankungen die Belegung aller Plätze in absehbarer Zeit nicht zu erwarten ist, stattdessen aber anzunehmen ist, dass in diesem Zeitraum ein Dauerpflegeplatz frei wird und der Gast dann innerhalb der Einrichtung verlegt wird. Dies erklärt wahrscheinlich, warum Kurzzeitpflegen des Modellprogramms angeben, Kurzzeitpflegeplätze nicht immer freizuhalten. Ein Blick auf die mittleren Auslastungen in Abhängigkeit dieser unterschiedlichen Belegungshandhabungen zeigt allerdings unstrittig, dass die Kurzzeitpflegen, die ihre Plätze freihalten, im Schnitt eine deutlich bessere Auslastung erzielen konnten, als die Kurzzeitpflegen, die ihre Plätze auch mit Dauerpflegegästen belegen.

Tabelle 16: Belegungspraxis und durchschnittliche Auslastung im Jahr 2000

Belegungspraxis	n	Ø Auslastung
Nicht belegte Kurzzeitpflegeplätze werden freigehalten.	30	74,9
Nicht belegte Kurzzeitpflegeplätze werden mit Dauerpflegebewohner/innen belegt.	14	48,6

Wie wichtig gerade die Belegungspraxis für den Betrieb einer Kurzzeitpflegeeinrichtung ist, wird nochmals unterstrichen, wenn diese in Bezug gesetzt wird zur räumlichen Anordnung der Kurzzeitpflege. Unabhängig davon, ob die Kurzzeitpflege als eigener Bereich konzipiert ist oder aber ob die Plätze in die Dauerpflege integriert und dort als Kurzzeitpflegeplätze definiert sind, ist die durchschnittliche Auslastung in beiden Fällen dort am höchsten, wo die Plätze freigehalten werden. Ist dies nicht der Fall, dann lassen die mittleren Werte darauf schließen, dass es bei der räumlichen Integration der Kurzzeitpflege in die Dauerpflege keine Rolle spielt, ob die Plätze definiert oder nicht definiert sind. Die eindeutig beste durchschnittliche Auslastung von 80% konnten die Kurzzeitpflegen erzielen, die die Kurzzeitpflege als eigenen Bereich konzipiert haben und die Plätze dort freigehalten.

Tabelle17: Räumliche Anordnung, Belegungspraxis der Kurzzeitpflege und durchschnittliche Auslastung im Jahr 2000

Räumliche Anordnung	Belegungspraxis: Zimmer werden		Ø Auslastung
	frei- gehalten (n)	nicht freigehalten (n)	
Eigener Bereich/eigene Wohngruppe	13	-	80,8
Eigener Bereich/eigene Wohngruppe	-	4	29,1
Integration in Dauerpflege mit definierten Zimmern	13	-	70,3
Integration in Dauerpflege mit definierten Zimmern	-	8	52,8
Integration in Dauerpflege ohne definierte Zimmer	-	6	55,9

Diese Werte können bezüglich der im letzten Kapitel dargestellten Unterscheidung zwischen solitärer und eingestreuter Kurzzeitpflege eindeutige Hinweise liefern. Solitär betriebene Kurzzeitpflegen lassen sich (unter einem Dach mit einer Dauerpflege) prinzipiell gut belegen. Dies deutet darauf hin, dass für Träger von Kurzzeitpflegeeinrichtungen, die nicht die Möglichkeit haben, Kurzzeitpflegeplätze in Zeiten schlechter Auslastung sofort mit Dauerpflegegästen zu belegen, andere Aspekte in den Vordergrund treten müssen. Da wäre erneut auf die charakteristischen Merkmale und Aufgaben der Kurzzeitpflege zu verweisen und hier insbesondere auf die Frage, ob es für die Aufrechterhaltung des Kurzzeitpflegeangebotes auf dem Pflegemarkt hilfreich ist, wenn die Kostenträger von einer (annähernden) Vollbelegung einer Kurzzeitpflege ausgehen, oder ob im Interesse einer langfristigen Präsenz des Kurzzeitpflegeangebotes diese Erwartungshaltung nicht besser korrigiert werden sollte.⁴¹ Zudem verpflichtet das Freihalten der Kurzzeitpflegeplätze die Träger dazu, die inhaltliche Konkretisierung der Kurzzeitpflegekonzeptionen zu vertiefen. Welche Aspekte dabei zu beachten sind, wird Gegenstand der folgenden Ausführungen sein.

⁴¹ Auch eine 80%ige Auslastung der Kurzzeitpflege kann im Vergleich zu einer 100%igen Auslastung der Dauerpflege für die Träger wirtschaftlich uninteressant werden.

Teil B: Neuere konzeptionelle Elemente

Damit die Pflegebedürftigen und deren Angehörige die Vorteile und den Nutzen eines Kurzzeitpflegeaufenthaltes einschätzen können, kommt es darauf an, ein klar erkennbares Leistungsspektrum vorzuhalten, welches an die spezifische Bedürfnislage von Kurzzeitpflegegästen angepasst ist. Dieses Leistungsspektrum sollte eine deutliche Trennung zwischen den Bereichen Kurzzeitpflege und Dauerpflege ermöglichen, und das wird um so wichtiger, je näher die Kurzzeitpflege räumlich und/oder organisatorisch an die stationäre Pflege angebunden ist.

Dass die Unterscheidung dieser beiden Versorgungsbereiche schon für die Kostenträger und Leistungserbringer nicht immer einfach ist, wurde bereits problematisiert. Eine erste Orientierung aber, die für die grundsätzliche Differenzierung der Zielgruppen in der Kurzzeitpflege hilfreich sein kann, bietet das SGB XI. Danach können zwei große Zielgruppen benannt werden, Gäste, die die Kurzzeitpflege im Anschluss an eine stationäre Behandlung für eine aufsuchen und Gäste, für die sich Kurzzeitpflege anbietet, wenn die Pflegeperson wegen Urlaub oder aus anderen Gründen die Pflege nicht erbringen kann. Während bei den erstgenannten Adressat/innen die Clearingfunktion der Kurzzeitpflege eindeutig im Mittelpunkt steht, liegt bei der zweiten Zielgruppe die Akzentuierung stärker auf der Entlastungsfunktion für die pflegenden Angehörigen.

Bereits diese Unterscheidung der Zielgruppen erfordert von den Trägern von Kurzzeitpflegeeinrichtungen eine Differenzierung ihrer Konzeptionen. Infolge des Aufnahmegrundes gibt es unterschiedliche Ausgangssituationen für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen und daraus resultierend unterschiedliche Erwartungshaltungen an einen Kurzzeitpflegeaufenthalt. Das zeigt sich beispielsweise bereits bei der Kontaktaufnahme. Im Falle der „Urlaubspflege“ erfolgt die Kontaktaufnahme mit der Kurzzeitpflege in der Regel durch die Pflegebedürftigen selbst oder durch deren Angehörige. Diese informieren sich - nach Aussage der Interviewpartner/innen - recht frühzeitig, so dass der Aufenthalt für alle Beteiligten gut planbar ist. Ebenso kann eine eventuell nicht vorliegende Begutachtung im Vorfeld noch rechtzeitig beantragt werden. Bei Gästen, die die Kurzzeitpflege im Anschluss an einen stationären Aufenthalt aufsuchen, wird die Verbindung zur Kurzzeitpflege überwiegend über den Krankenhaussozialdienst hergestellt. Auf Grund des „nicht vorhersehbaren“ Akutereignisses sind diese Anfragen eher kurzfristig und die Reaktionszeiten sind daher deutlich eingeschränkt. Verschärfen kann sich die Situation dann, wenn vor dem Akutereignis noch keine Pflegebedürftigkeit vorlag bzw. wenn infolge des Akutereignisses die Einstufung möglicherweise nicht mehr dem

tatsächlichen Pflegebedarf entspricht. Dies ist nicht nur für die Kurzzeitpflegeeinrichtung wegen der unsicheren Refinanzierung der Pflegeleistungen von Bedeutung,⁴² sondern wirkt sich auch auf die Kurzzeitpflegegäste aus, da nur über eine verbindliche Einstufung die konkrete Aufenthaltsdauer ohne finanzielle Risiken geplant werden kann.

Auch hinsichtlich der Entlassung der Gäste aus der Kurzzeitpflege und in Bezug auf den Unterstützungsbedarf, der pflegenden Angehörigen lassen sich Unterschiede benennen. Für pflegende Angehörige von Urlaubsgästen kann zuallererst festgehalten werden, dass die Kurzzeitpflege - wie mit § 39 SGB XI auch intendiert - Entlastungsfunktion hat. Die pflegebedürftigen Angehörigen sind für einen definierten Zeitraum vollständig, d.h. rund um die Uhr, von der Pflegetätigkeit befreit. Häufig sind sie dann während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes ihres pflegebedürftigen Familienmitgliedes gar nicht vor Ort. Sie sind mit der Tatsache, dass ein Familienmitglied pflegebedürftig ist, bereits vertraut, und die häusliche Versorgungskette ist längst aufgebaut, so dass die Rückkehr des Urlaubsgastes in die Häuslichkeit problemlos vonstatten geht.⁴³

Für Angehörige von Gästen, die die Kurzzeitpflege im Anschluss an einen stationären Aufenthalt besuchen, stellt sich die Situation wesentlich schlechter dar. Grundsätzlich gilt, dass das Akutereignis die pflegenden Angehörigen vor allem belastet. Wenn vor dem Akutereignis noch keine Pflegebedürftigkeit vorlag, verändert die eingetretene Pflegebedürftigkeit die gesamte Familiensituation. Daher müssen die pflegenden Angehörigen während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes einerseits „mitbetreut“ und andererseits in die Betreuung der Pflegebedürftigen integriert bzw. auf die zukünftige Pflegetätigkeit vorbereitet werden. Ferner muss geklärt werden, ob eine Entlassung des Kurzzeitpflegegastes in die häusliche Umgebung möglich ist und welche Maßnahmen die Rückkehr unterstützen können. Diese beziehen sich nicht nur auf Leistungen, die in der Kurzzeitpflege selber erbracht werden, sondern auch auf Hilfestellungen, die beispielsweise den Aufbau der häuslichen Versorgungskette betreffen. Unterstützungsangebote sind ebenfalls notwendig, wenn die Rückkehr in die eigene Häuslichkeit nicht mehr möglich ist und die Suche nach einem stationären Platz im Vordergrund steht.

Einen zusammenfassenden Überblick über die zielgruppenspezifischen Differenzierungsaspekte gibt die tabellarische Gegenüberstellung.

⁴² Vgl. Teil A, Kapitel 3.3

⁴³ Vereinzelt wurde aus Kurzzeitpflegeeinrichtungen berichtet, dass Urlaubsgäste nach dem vereinbarten Kurzzeitpflegeaufenthalt nicht mehr von ihren Angehörigen abgeholt wurden. Diese Fälle sind aber bei Betrachtung der Gesamtsituation als Ausnahmen zu bewerten.

Tabelle 18: Zielgruppenspezifische Differenzierungsaspekte

	Urlaubsgäste	Gäste im Anschluss an einen stationären Aufenthalt
<i>Kontaktaufnahme</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durch die Pflegebedürftigen oder die Angehörigen. ▪ Oftmals recht frühzeitig, daher gut planbar. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durch den Sozialdienst im Krankenhaus. ▪ Normalerweise kurzfristig.
<i>Einstufung</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liegt bereits vor. ▪ Sie kann bis zum Aufenthalt noch beantragt werden. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei Akutereignis keine Einstufung. ▪ Sie entspricht möglicherweise nicht dem tatsächlichen Pflegebedarf.
<i>Entlassung</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In der Regel kehrt ein Urlaubsgast ohne Probleme zurück in die häusliche Umgebung. ▪ In der Regel ist die pflegerische Versorgungskette bereits aufgebaut. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es muss geklärt werden, ob eine Entlassung in die häusliche Umgebung möglich ist. ▪ Eventuell muss die Versorgungskette erst aufgebaut werden. Entlassung kann Probleme verursachen. ▪ Gegebenenfalls muss ein stationärer Platz gesucht werden.
<i>Pflegende Angehörige</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kurzzeitpflege hat Entlastungsfunktion. ▪ Sie sind mit der Tatsache, dass ein Familienmitglied pflegebedürftig ist, bereits vertraut. ▪ Sie sind häufig während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes nicht vor Ort. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Akutereignis belastet die pflegenden Angehörigen. ▪ Neu eingetretene Pflegebedürftigkeit verändert die gesamte Familiensituation. ▪ Sie müssen einerseits „mitbetreut“ und andererseits in die Betreuung der Pflegebedürftigen integriert werden.

Mit dem Wissen um die Unterschiede und um die Gemeinsamkeiten der Kurzzeitpflegeklientel empfiehlt es sich, für den organisatorischen Ablauf der Kurzzeitpflege Module zu entwickeln, die je nach Arbeitsgebiet und Aufgabenbereich standardisierbar oder aber an den Einzelfall anzupassen sind. Im Folgenden wird mit Bezug auf die Kurzzeitpflegen des BMG-Modellprogramms skizziert, welche zentralen konzeptionellen Module den reibungslosen Betrieb einer Kurzzeitpflege unterstützen können. In zahlreichen Kurzzeitpflegen sind zu unterschiedlichen Aspekten konzeptionelle Weiterentwicklungen ausgearbeitet und umgesetzt worden. Zur Präzisierung der einzelnen Module wird jedoch immer nur ein Ansatz exemplarisch vorgestellt werden.

1. Standardisierungen können oft hilfreich sein

Kurzzeitpflegen haben einen deutlich höheren Verwaltungs- und Organisationsaufwand als beispielsweise vollstationäre Pflegeeinrichtungen.⁴⁴ Ferner erfordern die kurzen Verweilzeiten häufig bereits im Vorfeld des Aufenthaltes einen optimal abgestimmten Informationsfluss, denn die Kurzzeitpflege ist, als Bindeglied zwischen stationären und ambulanten Pflegedienstleistungen, auf eine möglichst reibungslose Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Institutionen angewiesen. Da sich - trotz des individuellen Hilfebedarfs der einzelnen Pflegebedürftigen - bestimmte Arbeitsabläufe im Betrieb einer Kurzzeitpflege wiederholen und gleichen, empfiehlt es sich, diese Vorgänge zu identifizieren und, gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit den entsprechenden Institutionen, zu standardisieren. Indem dadurch Arbeitsprozesse in einem gewissen Sinne „automatisiert“ werden, d.h. nicht immer wieder aufs Neue überdacht und in Erinnerung gerufen werden müssen, können einerseits Synergieeffekte erzielt werden, die in letzter Konsequenz auch die Arbeitszeitanteile senken. Andererseits können Standardisierungen dazu beitragen, dass eine kontinuierliche Anpassung der Pflege an die individuelle Bedürfnislage erfolgt, und somit die Rückkehr der Pflegebedürftigen in die eigene Häuslichkeit zielgerichteter eingeleitet werden kann.

1.1 Kooperationsvereinbarung mit dem Krankenhaus

Während bei Gästen, die die Kurzzeitpflege im Sinne der Urlaubspflege nutzen, der Aufenthalt in Kooperation mit den Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen vorbereitet wird, muss bei Gästen, die die Kurzzeitpflege im Anschluss an einen stationären Aufenthalt aufsuchen, die Zusammenarbeit auch zwischen der Kurzzeitpflege und dem jeweiligen Krankenhaussozialdienst abgestimmt werden. Bezüglich der inhaltlichen Konzeption ist es daher von Bedeutung, eine Strategie zu entwickeln, wie die Krankenhäuser in der Region bzw. die dort tätigen Sozialdienste für eine dauerhafte und stabile Zusammenarbeit gewonnen werden können. Für die Modelle, in deren Trägerschaft sich sowohl eine Kurzzeitpflege als auch ein Krankenhaus befinden, ist die grundsätzliche Bereitschaft zur Zusammenarbeit häufig gegeben. Kurzzeitpflegeeinrichtungen, die über keine derartigen Verbindungen verfügen, haben es dagegen wesentlich schwerer, eine tragfähige Kooperation mit einem oder mehreren Krankenhäusern aufzubauen. Die Vorteile einer solchen

⁴⁴ Vgl. Teil A, Kapitel 3.

Zusammenarbeit für das Krankenhaus, werden von diesen Trägern oftmals bezweifelt bzw. als nicht gegeben angesehen.

Um den nahtlosen Übergang der Patient/innen von einer Versorgungseinheit in die andere, und hier insbesondere vom Krankenhaus in die Kurzzeitpflege und umgekehrt, zu gewährleisten, ist es beispielsweise der St. Anna-Stiftung in Dinklage gelungen, mit dem St. Marienhospital und der Sozialstation Nordkreis Vechta eine Kooperationsvereinbarung zu treffen, in der die Zusammenarbeit der genannten Einrichtungen einen verbindlicheren Charakter erhalten soll.

Während das abgestufte Pflegeangebot der St. Anna-Stiftung (Tagespflege, Kurzzeitpflege, Dauerpflege, Hospiz, Hausgemeinschaften und Beratungsstelle) eine differenzierte pflegerische Versorgung ermöglicht, wird im St. Marienhospital ein Fachbereich für Geriatrie (Akutgeriatrie und Rehabilitation) betrieben.

Die vereinbarte Zusammenarbeit zwischen den Parteien bezieht sich sowohl auf die potentielle Überweisung der jeweiligen Klientel als auch auf den Wissenstransfer sowie die Vernetzung regionaler (Pflege-)Kompetenzen.⁴⁵

Überweisung: Entsprechend der Kooperationsvereinbarung verpflichtet sich das St. Marienhospital der St. Anna-Stiftung, Patient/innen aus dem Landkreis Vechta zuzuweisen, soweit diese aus Dinklage oder dem Südkreis-Vechta stammen, während die St. Anna-Stiftung diese nach ihren Möglichkeiten aufnehmen wird. Ferner wird die St. Anna-Stiftung alle Patient/innen des Zentrums für ältere Menschen, die einer stationären Versorgung bedürfen, grundsätzlich in das St. Marienhospital überweisen. In allen Fällen gilt selbstverständlich, dass die Patient/innen einverstanden sein müssen und dies wünschen.

Wissenstransfer: Um ein gleichartiges Behandlungskonzept sowohl in der geriatrischen Abteilung des St. Marienhospitals und dem Zentrum für ältere Menschen sowie dem stationären Hospiz in Dinklage zu erreichen, kann ein Austausch von Mitarbeitern zwischen den Einrichtungen erfolgen. Das St. Marienhospital, die Sozialstation Nordkreis Vechta e.V. und die St. Anna-Stiftung werden in der innerbetrieblichen Fortbildung zusammenarbeiten und gemeinsame Seminare durchführen.

Vernetzung regionaler (Pflege-)Kompetenzen: Die St. Anna-Stiftung beabsichtigt, in die Trägerschaft der Sozialstation Dinklage, Steinfeld und Mühlen einzusteigen. Außerdem soll eine enge Kooperation zwischen der Sozialstation Nordkreis

⁴⁵ Die folgenden Angaben sind der Kooperationsvereinbarung entnommen.

Vechta und der ambulanten Pflege in Dinklage entwickelt werden. Des Weiteren wird die St. Anna-Stiftung in der Zusammenarbeit des sozial-geriatrischen Zentrums (Zusammenschluss aller an der Versorgung älterer Menschen Beteiligten) mit eingebunden und es wird angestrebt, die niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen aus Dinklage einzubeziehen.

Ob nun ein solcher Kooperationsvertrag die Zusammenarbeit zwischen den genannten Institutionen verbindlicher macht oder ob hier im wesentlichen Absichtserklärungen formuliert wurden, für deren Umsetzung es keinerlei rechtliche Bindungen gibt, soll an dieser Stelle nicht problematisiert werden. Von wesentlicher Bedeutung ist der Kooperationsvertrag deshalb, weil durch ihn die Bandbreite der möglichen Zusammenarbeit sichtbar wird, und sich daraus Anhaltspunkte für die Verbesserung der Versorgung der Pflegebedürftigen in einer Region ableiten lassen.

Zunächst ist festzuhalten, dass nicht nur die Überweisung der Patient/innen vom Krankenhaus in die Pflegeeinrichtung vereinbart wurde, sondern, dass - wenn nötig - diese Überweisung ebenso in umgekehrter Richtung erfolgen kann und soll. Durch eine solche Regelung kann gewährleistet werden, dass die Pflegebedürftigen im Notfall nur zwischen zwei Einrichtungen „pendeln“ müssen. Krankheitsbild und Pflegebedarf sind bekannt, so dass eine ganzheitliche Versorgung mit entsprechender Schwerpunktsetzung in den jeweiligen Institutionen erfolgen kann.

In diese Richtung zielt auch das zweite Element der Vereinbarung, der Wissenstransfer. Er konzentriert sich vor allem darauf, das jeweilige, häufig nur auf einen Ausschnitt der Gesamtversorgung bezogene Fachwissen aufeinander abzustimmen und deutet die Bereitschaft an, den jeweils anderen Bereich anzuschauen und von den dortigen Fachkräften lernen zu wollen. Die beabsichtigte Vernetzung schließlich trägt dazu bei, die Kompetenzen in der Region zu bündeln, um mögliche Schnittstellen zwischen den einzelnen Leistungsanbietern zu überbrücken.

1.2 Standardisiertes Überleitungsverfahren

Unabhängig davon, ob die Zusammenarbeit zwischen dem Krankenhaus und der (Kurzzeitpflege-)Einrichtung schriftlich vereinbart oder z.B. auf Grund des gemeinsamen Trägers selbstverständlich ist, gilt es bezüglich der Überleitung abzuklären, welche Einrichtung die konkrete Vorbereitung übernimmt. Häufig leisten die Sozialdienste im Krankenhaus bereits gute Vorarbeit, indem sie die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen beraten, gegebenenfalls das Begutachtungsverfahren einleiten und die betreffende Kurzzeitpflege kontaktieren. In solchen Fällen kann dann

die Kurzzeitpflege im Wesentlichen als „Zwischenstation“ auf dem Weg zurück in die Häuslichkeit fungieren, während beispielsweise die Organisation der häuslichen Versorgung bereits während des Krankenhausaufenthaltes gestartet wird.

Im Verlauf des Modellprogramms hat sich - als weiterer konzeptioneller Eckpfeiler - herausgestellt, dass es unbedingt empfehlenswert ist, ein standardisiertes Überleitungsverfahren einzusetzen. Nach den Ergebnissen der Erhebung haben bisher allerdings lediglich etwas mehr als 50% der befragten Einrichtungen ein solches Verfahren implementiert. Standardisierte Überleitungsdokumente sind häufig in Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Leistungsanbietern und Trägern entstanden. Sie sind demzufolge für jeden Weg einer möglichen Verlegung nutzbar. Da die gemeinschaftliche Erarbeitung standardisierter Überleitungsdokumente viel Zeit in Anspruch nimmt, sollte im Vorfeld abgeklärt werden, was es in der Region bereits gibt. Eventuell kann auf Materialien anderer Regionen zurückgegriffen werden, damit „das Rad nicht immer neu erfunden werden muss“. Wie eine solche Standardisierung aussehen kann, soll am Beispiel der Materialien des Seniorenwohnparks in Moosburg im Landkreis Freising dargestellt werden.

In Freising wird z.B. bereits seit Anfang 1996 mithilfe eines Pflege-Verlegungsbogen die Überleitung von Pflegebedürftigen in unterschiedliche Einrichtungen der Altenhilfe standardisiert. Erstellt wurde der Bogen von der AG gemeinnützige ambulante Pflegedienste im LK Freising und KH-Freising. Diesen Verlegungsbogen setzt die Kurzzeitpflege im Seniorenwohnpark Moosburg für die Überleitung ein.

Der Überleitungsbogen lässt sich in drei zentrale Abschnitte unterteilen, welche erstens statistische Daten, zweitens Informationen über den Krankenhausaufenthalt und drittens Angaben bezüglich des Gesamtzustandes der Patient/innen enthalten.

Statistische Daten: Begonnen wird bei den statistischen Daten mit Angaben zum Absender, d.h. Angaben, aus welcher Einrichtung der Kurzzeitpflegegast entlassen wird. Neben der Adresse der Einrichtung und dem Name des/der behandelnden Arztes/ Ärztin soll in diesem Bogen der Name des/der Bezugsschwester/-pflegers enthalten sein. Ferner wird notiert, in welche Institution der/die Patient/in überwechselt. Es folgen deren Adresse und die Adresse der jeweiligen Bezugsperson bzw. der Angehörigen. Abschließend wird festgehalten, wer im Notfall zu benachrichtigen ist.

Insbesondere die Angaben zur jeweiligen Bezugsperson sollten unbedingt im Überleitungsbogen vermerkt werden, da, nach Aussagen einzelner Interviewpartner/innen, durchaus die Situation auftreten kann, dass in Notfällen oder bei sonsti-

gen Unvorhersehbarkeiten nicht bekannt ist, wer aus dem Umfeld der Pflegebedürftigen dann zu benachrichtigen ist. In manchen Überleitungsbögen wird außerdem der Verlegungszeitpunkt festgehalten. Dies hat sich als sehr hilfreich erwiesen, denn dadurch wird die Aufnahme des Gastes in die Kurzzeitpflege planbarer und es kann gewährleistet werden, dass die für die Aufnahme zuständige Fachkraft anwesend ist.

Informationen über den Krankenhausaufenthalt: Diese Informationen beziehen sich auf die Dauer des Krankenhausaufenthaltes und den Aufenthaltsgrund. Sie beinhalten aber auch Angaben zum Grund der Verlegung und die aktuelle Medikation.

Der Grund des Krankenhausaufenthaltes kann ebenso wie der Verlegungsgrund wertvolle Hinweise für die fachgerechte, (behandlungs-)pflegerische Versorgung der Pflegebedürftigen in der Kurzzeitpflege geben. Von zentraler Bedeutung sind die Angaben zur Medikation. Hier berichten Interviewpartner/innen, dass bei nicht standardisierten Überleitungen häufig mühselig erfragt werden muss, welche Medikamente in welcher Dosis der einzelne pflegebedürftige Gast benötigt. In manchen Fällen werden bei gut geplanten Überleitungen vom Krankenhaus die Medikamente für den ersten Tag mitgeliefert.

Gesamtzustand: Die Hinweise beziehen sich auf unterschiedliche Aspekte des geriatrischen Assessments. Sie umfassen Einschätzungen zu folgenden Themen: Kommunikationsfähigkeit, Beweglichkeit, Vitalfunktionen, Schlaf-/Wachrhythmus, Atmung, Selbstpflege, Ankleidungsfähigkeit, Essen und Trinken, Orientierungsverhalten, Ausscheidung, Beschäftigungsfähigkeit und sonstige Angaben.

Die Angaben sind auch in anderen Überleitungsbögen in der Regel an den ADL's orientiert. Die hier aufgeführte Liste beansprucht keine Vollständigkeit, sie ist, wie oben bereits erwähnt, an die spezifischen pflegerischen und sonstigen Versorgungskriterien der jeweiligen Einrichtungen anzupassen.

1.3 Standardisiertes Aufnahmeverfahren

Während bei den bisher beschriebenen Standardisierungen der reibungslose Ablauf an den Schnittstellen zwischen unterschiedlichen Leistungsanbietern im Vordergrund stand, wird nun als weiteres konzeptionelles Modul die Standardisierung des Aufnahmeverfahrens in der einzelnen Kurzzeitpflegeeinrichtung angesprochen. Die Zielsetzung dieser Standardisierung besteht darin, frühzeitig pflege- und betreuungsrelevante Daten zu sammeln sowie Anhaltspunkte zu erhalten, die das

Kennenlernen des einzelnen Gastes durch die Pflegekräfte vorbereiten und erleichtern. Wegen des zeitlich begrenzten Aufenthaltes ist es insbesondere für den Ablauf in der Kurzzeitpflege hilfreich, wenn zahlreiche Informationen rechtzeitig vorliegen. Ein umfangreiches und ausführliches Aufnahmeverfahren dient nicht nur der Pflegeplanung, sondern kann darüber hinaus richtungsweisend sein für die Gestaltung der tagesstrukturierenden Maßnahmen und der Wochenendangebote.

Ein umfangreiches Aufnahmeverfahren wurde beispielsweise im Hieronymus-Hofer-Haus in Frankenthal entwickelt. Es wird im Folgenden dargestellt.⁴⁶

Das Aufnahmeverfahren gliedert sich, unabhängig vom jeweiligen Aufnahmegrund, in vier Formblätter: den Anmeldebogen, den ärztlichen Fragebogen, den Anamnesebogen und den Fragebogen zum Pflegebedarf.

Anmeldebogen: Der Anmeldebogen ist von den Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen auszufüllen. Zunächst sollen im Anmeldebogen Adresse, Wohnort und gegenwärtige Aufenthaltsort des/der Pflegebedürftigen eingetragen werden. Ebenso wird nach dem Namen und der Adresse der Bezugsperson, des Hausarztes oder der Hausärztin und der eventuell bestellten gesetzlichen Betreuungsperson (und deren Aufgabengebiet) gefragt. Bereits im Anmeldebogen wird festgehalten, durch wen die Anmeldung in der Kurzzeitpflege erfolgt und welchem Zweck der Aufenthalt dienen soll (Krankenhausnachsorge oder Urlaubspflege). Wichtig ist, dass bereits über den Anmeldebogen Angaben über die Einstufung, die zuständige Krankenkasse und den Kostenträger gemacht werden sollen. Abschließend werden im Anmeldebogen der gewünschte Einzugstermin, die voraussichtliche Aufenthaltsdauer und die Unterbringungswünsche vermerkt.

Ärztlicher Fragebogen: Der ärztliche Fragebogen ist von den Hausarzt/innen auszufüllen und dient, vergleichbar dem Überleitungsbogen, der Abbildung des Gesundheitszustandes des zukünftigen Kurzzeitpflegegastes. Neben der Diagnose und der Medikation (einschließlich Dosierung) sollen hier Angaben zu körperlichen oder geistig-seelischen Behinderungen, eventuellen Suchtkrankheiten oder anste-

⁴⁶ Das Konzept wurde durch einen Studenten der evangelischen Fachhochschule Ludwigshafen erstellt und zeigt, dass sich Vernetzung und fachliche Zusammenarbeit auch auf pflegewissenschaftliche Institutionen beziehen können. Alle Beteiligten profitieren von einer solchen Zusammenarbeit. Die Studierenden können Einblicke in den Betriebsalltag von Altenhilfeeinrichtungen nehmen und theoretisches Wissen mit praktischen Notwendigkeiten verbinden. Die Einrichtung, die die Entwicklung des Konzeptes fachlich begleitet, braucht dafür keine ohnehin stark belastete Fachkraft freizustellen und hat als Ergebnis Handlungsempfehlungen, die dann in Anwendung erprobt und gegebenenfalls weiterentwickelt werden können.

ckenden Krankheiten gemacht werden. Ferner sollen die verordneten Heil- und Hilfsmittel genannt werden.

Fragebogen zum Pflegebedarf: Er ist von der Pflegebezugsperson des Kurzzeitpflegegastes auszufüllen. Wenn ein ambulanter Dienst in die Pflege einbezogen ist oder sich der/ die Betroffene in stationärer Behandlung befindet, soll dieser Bogen um einen Pflegeüberleitungsbericht ergänzt werden. Kernstück des Fragebogens zum Pflegebedarf sind Fragen, die die Ausprägung der Hilfestellung bei den alltäglichen Verrichtungen betreffen. Ergänzt werden diese durch Angaben zur Kommunikationsfähigkeit, zum Sozialverhalten, zur Orientierungsfähigkeit und zur Nachtruhe.

Ferner sollen Hinweise über die Gewohnheiten des Gastes gegeben werden. Insbesondere dieser Part zeigt an, dass die Kurzzeitpflege des Hieronymus-Hofer-Hauses das Ziel verfolgt, die individuelle Lebensgestaltung des Gastes während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes soweit wie möglich aufrechtzuerhalten. Nachgefragt werden Tagesablauf, Essensgewohnheiten, bevorzugte Beschäftigungen, Hobbys, körperliche Aktivitäten sowie Angaben zur Geselligkeit und zu religiösen und/oder sonstigen Gewohnheiten.

Anamnesebogen: Der Anamnesebogen wird von der zuständigen Pflegefachkraft bei Aufnahme des Kurzzeitpflegegastes in Ergänzung zum Stammbblatt ausgefüllt. Er enthält Angaben zur Person des Gastes. Es werden ferner die Aktivitätsebenen der ADL-Kriterien bewertet sowie biographische Informationen abgefragt. Bezüglich des Anamnesebogens in Frankenthal ist schließlich noch hervorzuheben, dass er eine umfangreiche Systematisierung dessen enthält, was dem Gast zur Orientierung in der Einrichtung und auf der Station zum Zeitpunkt der Aufnahme von der jeweiligen Fachkraft zu erklären ist.

2. Kundenorientierung wird immer wichtiger

Anbieter von Pflegeleistungen sind spätestens seit der Einführung des PflegeVG mit einem verschärften Wettbewerb auf dem Pflegemarkt konfrontiert. Die Konkurrenzsituation zwischen den einzelnen Trägern fordert von diesen eine verstärkte Kundenorientierung, um ihr jeweiliges Angebot optimal mit der Erwartungshaltung der Nachfrager/innen in Einklang zu bringen. Obwohl es sicherlich einigen Diskussionsbedarf gibt, inwieweit der Pflegemarkt alle Merkmale eines „freien“ Marktes aufweist,⁴⁷ kann die Betonung des Wettbewerbs durchaus nützlich sein, wenn es darum geht, die Kundenorientierung in Bezug auf die am Markt handelnden Akteure zu verdeutlichen. Kundenorientierung kann sich dann zum einen auf die Perspektive des Verkäufers (von Pflegeleistungen) beziehen, indem beispielsweise durch systematische Öffentlichkeitsarbeit das „Produkt“ (die Pflegeleistung) am Markt bekannt gemacht wird. Kundenorientierung kann sich aber auch auf die Perspektive der Käufer/innen (von Pflegeleistungen) beziehen, indem überprüft wird, wer das Produkt am Markt eingekauft hat und ob die Käufer/innen mit dem Produkt zufrieden waren.

2.1 Standardisierte Kundenbefragung

Kundenbefragungen richten sich an die Kurzzeitpflegegäste, die ihren Aufenthalt in der Einrichtung beendet haben bzw. kurz davor stehen. Überprüft werden soll, inwieweit diesen der Aufenthalt gefallen hat, wobei hier durchaus Kriterien relevant sein können, die in der Fachdiskussion um die Qualität von Pflegeleistungen vielleicht eher vernachlässigt werden. Kundenbefragungen können daher nicht nur die Zufriedenheit der Gäste mit dem Pflegeangebot abbilden, sondern sie liefern zudem einen guten Überblick darüber, welche Kriterien aus Kundensicht für die Wahl einer geeigneten Kurzzeitpflege von Bedeutung sein können. Auch bei der Kundenbefragung bietet sich eine standardisierte Vorgehensweise an, wobei die Möglichkeit der individuellen Stellungnahme zu einzelnen Fragen durchaus gegeben sein kann. Das Haus Waldeck in Griesheim hat 2000 einen solchen Fragebogen entwickelt und erprobt, der im Folgenden vorgestellt wird.

In Griesheim war die mit der Befragung verbundene Zielsetzung vielschichtig. Sie diente:

⁴⁷ Vgl. Teil A, Rahmenbedingungen

- der Erfassung der Gästezufriedenheit in der Kurzzeitpflege;
- der Einschätzung der Rahmenbedingungen aus der Sicht der Kurzzeitpflegegäste;
- der Schaffung eines Forums für Verbesserungsvorschläge;
- der IST-Analyse der Aufenthaltssituation aus Sicht der Kurzzeitpflegegäste;
- der Schaffung einer Basis für die Weiterentwicklung des Betriebes unter Berücksichtigung der Verbesserung der Aufenthaltssituation der Kurzzeitpflegegäste im Rahmen der Qualitätssicherung.

Der standardisierte Fragebogen enthält insgesamt 26 Fragen. Sie lassen sich gruppieren nach Fragen über das Personal bzw. dessen Verhalten, die hauswirtschaftlichen Leistungen, die Pflegeleistungen, die Tagesstrukturierung, die Beschwerdemöglichkeiten und das Preis-Leistungs-Verhältnis.

Zentral für diese thematischen Blöcke ist, dass die Ebene der Fachlichkeit bzw. Professionalität in Bezug auf die pflegerischen Maßnahmen und in Bezug auf die soziale Betreuung angesprochen wird.

Am Beispiel der Fragen zum Personal drückt sich dieser Unterschied wie folgt aus:

- Wurden Sie bei der Anmeldung zur Kurzzeitpflege fachkompetent beraten?
- Sind Sie mit der Hilfestellung durch die Stationsleitung zufrieden?
- Ist Ihrer Meinung nach die Pflege in unserem Hause auf Sie abgestimmt?
- Werden Sie vom Personal freundlich behandelt?
- Werden Sie als Gast von den Mitarbeitern respektvoll behandelt?
- Haben Sie das Gefühl, dass die Mitarbeiter für Sie Zeit haben?
- Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Angehörigen in unserem Haus willkommen sind?

Offensichtlich ist, dass über diese Fragen im Wesentlichen ein (subjektives) Stimmungsbild eingefangen wird. Im Falle der negativen Einschätzung durch den Kurzzeitpflegegast sollte dann konkreter nachgeforscht werden, wo genau die Unzufriedenheit herrührt. Wodurch z.B. zeigt sich die Unfreundlichkeit des Personals, welche Hilfestellungen durch die Stationsleitung erhoffen sich die Pflegebedürftigen, woran liegt es, dass die Angehörigen nicht willkommen sind.

Im Endeffekt liegt der Vorteil einer solchen intensiven Zufriedenheitsanalyse darin, dass dadurch vermeintliche Mängel behoben und die Qualität der gesamten Versorgung verbessert werden können.

2.2 Aufbau einer Gästestatistik

Insbesondere klientelbezogene Daten werden häufig in den Kurzzeitpflegen noch unzureichend erfasst und ausgewertet. So bereitete, in der Erhebung der WB, sowohl die Auskunft über die Anzahl der Aufenthalte einzelner Pflegebedürftiger im Jahr als auch die Auskunft über die daraus resultierende gesamte Verweildauer bzw. die Verweildauer differenziert nach den jeweiligen Aufenthalten einigen Kurzzeitpflegen noch immer große Probleme. Eine genauere Kenntnis über die Verweildauer einzelner Pflegebedürftiger in der Kurzzeitpflege könnte genutzt werden, um zu erkennen, ob die einzelnen Pflegebedürftigen ihre maximal durch die Pflegeversicherung finanzierte Aufenthaltszeit ausschöpfen. Darauf aufbauend könnte, über Beratung und Information, einerseits eventuell eine weitere temporäre Entlastung der pflegenden Angehörigen eingeleitet werden, indem diese z.B. für ein langes Wochenende nochmals eine Pflegeauszeit nehmen. Andererseits bietet sich für die Kurzzeitpflegeeinrichtung die Möglichkeit, ihre Auslastung z.B. außerhalb der Ferienzeiten zu verbessern.

Ebenso werden Informationen über den jeweiligen Aufnahmegrund einzelner Kurzzeitpflegegäste nicht von allen Kurzzeitpflegeeinrichtungen gesammelt und ausgewertet. Insbesondere eröffnet der Aufnahmegrund eine erste Differenzierungsmöglichkeit des Klientels über die dann eine differenziertere Öffentlichkeitsarbeit auf den Weg gebracht werden kann.

Schließlich ist das Wissen um den Verbleib der Kurzzeitpflegegäste nach dem Kurzzeitpflegeaufenthalt nicht in allen Einrichtungen vorhanden. In diesem Fall wird die Möglichkeit der „Erfolgsanalyse“ ebenso vergeben wie die Chance, Gäste, die die Kurzzeitpflege bereits kennen gelernt haben, im folgenden Jahr persönlich anzusprechen.

Die Kenntnis all dieser Fakten trägt dazu bei, das Profil der jeweiligen Kurzzeitpflegeklientel zu schärfen. In der Konsequenz lassen sich auf der Grundlage dieser Informationen Anhaltspunkte dafür gewinnen, wie das Angebot für die Pflegebedürftigen und deren Angehörige weiter ausgebaut bzw. differenziert werden kann. Um einen (schnellen) Überblick über klientelbezogene Merkmale, Problemlagen, Wünsche und Erwartungshaltungen der Kurzzeitpflegegäste zu gewinnen, empfiehlt es sich daher, frühzeitig mit dem Aufbau einer Klientelstatistik zu beginnen.

Diese ist für kurz-, mittel-, und langfristige Marketingstrategien einsetzbar, sie erleichtert die flexible Anpassung des Angebotes an einen dynamisierten Wettbewerb.

Die Entwicklung einer solchen Klientelstatistik hat das Krankenhaus Maria-Hilf in Warstein 2001 eingeleitet. Obwohl in Warstein bisher erst die systematische Erfassung der relevanten Daten erfolgt, konkrete Auswertungsergebnisse aber noch nicht vorliegen, kann die nachstehende Beschreibung der - für diese Einrichtung - relevanten Fragestellungen auch für andere Einrichtungen Orientierungswerte liefern.

Zunächst ist festzuhalten, dass eine Klientelstatistik selbstverständlich alle Informationen enthält, die durch die bereits dargestellten Standardisierungen gesammelt werden. Auch in Warstein fließen unterschiedlichste Angaben in die Statistik ein. Zum einen werden Daten erhoben, die einen Überblick über spezifische klientelbezogene Merkmale geben wie z.B. Einstufung, Geschlecht, Alter, gerontopsychiatrische Veränderungen, Diagnose, Aufnahmegrund, Verweildauer, Anzahl der Aufenthalte und Verbleib der Gäste nach dem Kurzzeitpflegeaufenthalt.

Zweitens werden Informationen gesammelt, die es ermöglichen, Rückschlüsse darauf zu ziehen, wie sich die Zusammenarbeit an den Schnittstellen gestaltet. So wird beispielsweise erfragt, ob frühere Bewohner/innen, ambulante Dienste und/oder die Hausärzt/innen die Kurzzeitpflege in Warstein empfohlen haben. In Bezug auf Letztere ist es ferner von Interesse, ob die Ärzt/innen erreichbar sind, ob sie ihre Patient/innen während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes in der Einrichtung aufsuchen und ob sie Hilfs- und Arzneimittel (rechtzeitig) verordnen.

Drittens werden Daten zur häuslichen Pflegesituation erhoben. Wer betreut die Pflegebedürftigen, ist ein ambulanter Dienst eingeschaltet, sind geeignete Hilfsmittel vorhanden? Zudem werden die Angehörigenbesuche in der Kurzzeitpflegeeinrichtung dokumentiert.

Schließlich soll in Warstein die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen mit ihrem Aufenthalt überprüft werden.

2.3 Systematisierte Öffentlichkeitsarbeit

Während die beiden bisher genannten Elemente der Kundenorientierung im weitesten Sinne dazu dienen, die Konturen der (potentiellen) Klientel der Kurzzeitpflege zu schärfen, soll die systematisierte Öffentlichkeitsarbeit dazu beitragen, das Kurzzeitpflegeangebot sowie die jeweilige (Kurzzeitpflege-)Einrichtung in der Bevölkerung bekannt zu machen und das eigene Leistungsspektrum in Abgrenzung zu Angeboten potentieller Konkurrenten aus der Vielfalt der Pflegelandschaft hervorzuheben.

Beide Aspekte - Schärfung des Kurzzeitpflegeprofils und Schärfung des Kundenprofils - beeinflussen sich dabei wechselseitig, so dass eine kontinuierliche Ausdifferenzierung und gegebenenfalls Spezifizierung des Kurzzeitpflegeangebotes erfolgen kann.

Bei den Adressat/innen der Öffentlichkeitsarbeit sind zunächst drei große Zielgruppen zu unterscheiden. Zu nennen wären an erster Stelle selbstverständlich die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen. Des Weiteren gilt es, Multiplikator/innen zu erreichen, die ihrerseits auf das Pflegeangebot aufmerksam machen können und zudem sollte das Interesse der örtlichen Medien geweckt werden, damit von dieser Seite regelmäßig über die Aktivitäten der Einrichtung berichtet wird. Alle genannten Gruppen können sowohl durch direkte Ansprache als auch mit Hilfe von Werbematerialien über das Kurzzeitpflegeangebot bzw. über das gesamte Leistungsspektrum der Einrichtung informiert werden.

Hinsichtlich der gedruckten Informationsmaterialien bietet sich die Anzeige, der Flyer (Handzettel), das Faltblatt und/oder die Imagebroschüre an. Während die Anzeige in einer Tageszeitung in der Regel lediglich darüber informiert, welche Angebote die Einrichtung vorhält, bietet der Flyer bereits die Möglichkeit, die Kurzzeitpflege ausführlicher darzustellen. Beide Werbeträger dienen dazu, eine breite Öffentlichkeit anzusprechen, ohne konkret zu wissen, wer das Angebot zum gegenwärtigen Zeitpunkt überhaupt benötigt. Das Faltblatt richtet sich demgegenüber an die Personen, die sich intensiver mit der Materie beschäftigen und/oder konkret professionelle Pflegeleistungen in Anspruch nehmen wollen. Es sollten daher in einem Faltblatt alle relevanten Informationen enthalten sein, d.h. die Darstellung des pflegerischen Angebotes sowie sonstiger Unterstützungsleistungen, Hinweise auf die tagesstrukturierenden Maßnahmen, Ansprechpartner/innen; Kostenangaben, Finanzierungsmöglichkeiten, Qualifikation des Personals und räumliche Aus-

stattung sowie Lage der Einrichtung. Die Imagebroschüre schließlich stellt alle (Pflege-)Leistungen derselben Einrichtung oder des gesamten Trägers dar.⁴⁸

Unabhängig davon, ob unterschiedliche Werbeträger zum Einsatz kommen oder ob bestimmte Informationsmaterialien wiederholt eingesetzt werden, sollte darauf geachtet werden, dass es für die Zielgruppe Wiedererkennungseffekte gibt. Corporate Design und Corporate Identity können dies vermitteln. Hauptelemente des Corporate Designs sind das Logo in der vorgegebenen Form und Farbe sowie in Verbindung mit dem Logo der Claim. Der Claim verbalisiert das Selbstverständnis des Trägers oder der Einrichtung, z.B. „Helfen ist unser Auftrag“.

Auch ein Slogan unterstützt die Wiedererkennung. Er bringt die Qualität des Angebotes Kurzzeitpflege auf den Punkt und wird zu einer besseren Differenzierung gegenüber anderen Angeboten eingesetzt, z.B. „Kurzzeitpflege: Urlaub für die ganze Familie“. Für die gesamten Werbeträger ist ferner auf einen einheitlichen Schrifttyp zu achten.⁴⁹

Alle diese Informationsmaterialien können die direkte Ansprache unterstützen. Die direkten Kontaktaufnahmen lassen sich bezüglich aller Zielgruppen unterscheiden in jene, die potentielle Kund/innen, Multiplikator/innen oder die öffentlichen Medien in der Einrichtung informieren oder in solche, wo die Träger die Adressat/innen aufsuchen.

Gute Gelegenheiten, um die Einrichtung in der Region bekannt zu machen, bieten „der Tag der offenen Tür“, Sommerfeste und spezielle Feiertagsveranstaltungen, z.B. zu Ostern oder in der Weihnachtszeit. Der offene Mittagstisch oder die Öffnung einrichtungsinterner Informationsveranstaltungen nach außen können dazu beitragen, die „Nachbarschaft“ mit der Einrichtung und deren Angeboten vertraut zu machen. Regelmäßige Beratungszeiten bieten darüber hinaus allen Interessierten die Möglichkeit, auf die Einrichtung zuzugehen und sich umfassend (aber unverbindlich) informieren zu lassen. Über das ganze Jahr empfehlen sich gezielte Führungen für ausgewählte und wechselnde Zielgruppen. Hier wären die professionellen Multiplikator/innen wie Ärzt/innen, Therapeut/innen, Pflegekassenvertreter/innen und der Krankenhaussozialdienst ebenso zu nennen wie Mitarbeiter/innen der örtlichen Medien, der Parteien, der Kirchen und der Pfarrämter oder alle Vereine, in denen sich ältere Mitbürger/innen engagieren bzw. die sich für ältere Mitmenschen einsetzen.

⁴⁸ Eine ausführliche Darstellung dieser Werbeträger findet sich bei Hennig, Armin 2001.

⁴⁹ Ebd.

Umgekehrt sollten Träger von (Kurzzeitpflege-)Einrichtungen die Multiplikator/innen in *ihren* Räumlichkeiten aufsuchen. Dies gilt sowohl für Vereine, die z.B. während einer Mitgliederversammlung mit den vielfältigen Funktionen des Kurzzeitpflegeangebotes bekannt gemacht werden können. Insbesondere gilt dies aber für die professionellen Multiplikator/innen. Denn diese müssen nicht nur informiert, sondern - wie bereits an früherer Stelle dargestellt - für eine stabile Zusammenarbeit gewonnen werden, und eine vom Träger signalisierte „Beweglichkeit“ kann in diesem Zusammenhang bereits ein guter Einstieg sein.

3. Unterschiedliche Zielgruppen erfordern konzeptionelle Differenzierungen

Kurzzeitpflege wird - wie schon mehrfach betont - von Nutzer/innen mit unterschiedlicher Bedürfnislage und Erwartungshaltung in Anspruch genommen. Dies sollte von Trägern nicht nur im Zuge der Aufnahme oder der Kundenorientierung ernst genommen werden, sondern muss sich auch im täglichen Ablauf während des Aufenthaltes niederschlagen. Von den Kurzzeitpflegern im Modellprogramm wird beispielsweise zunehmend berichtet, dass Pflegebedürftige ihren Aufenthalt in der Kurzzeitpflege durchaus als Urlaub betrachten. Nicht selten erhoffen sie sich daher eine Urlaubs- und Hotelatmosphäre. Die Aufforderung, konzeptionelle Differenzierungen vorzunehmen, bezieht sich daher weniger auf die (grund-)pflegerischen Maßnahmen, die ohnehin am individuellen Hilfebedarf auszurichten sind, sondern vielmehr auf Angebote, die darüber hinaus unterschiedliche Zielgruppen ansprechen können. Die Aktivitäten lassen sich unterscheiden in jene, die entsprechend der „Tagesform“ oder der individuellen Vorlieben von allen Kurzzeitpflegegästen ausgewählt und wahrgenommen werden können und in solche, die von vornherein bestimmten Gästen vorbehalten bleiben und zielgruppenspezifischen Erfordernissen Rechnung tragen. Dies gilt vor allem dann, wenn in der Kurzzeitpflege unterschiedliche Bedürfnisse von gerontopsychiatrisch erkrankten und geistig rüstigen Gästen sichtbar werden. Das gilt aber auch für die Pflegebedürftigen, die (im Anschluss an einen stationären Aufenthalt) besonderer Maßnahmen der Aktivierung bedürfen.

3.1 Tagesstrukturierende Maßnahmen

Tagesstrukturierende Maßnahmen bieten (fast) alle Kurzzeitpflegen des Modellprogramms an. Sie setzen nicht nur Akzente im Tagesablauf der Kurzzeitpflege, sondern erfüllen wichtige aktivierende und therapeutische Aufgaben. Sie unterstützen die soziale Integration, sie können an die Lebensgewohnheiten der Pflegebedürftigen anknüpfen, sie fördern die Kreativität und durch das Teilhaben an gemeinsamen Aktivitäten können Lebensfreude und Selbstvertrauen erhalten oder aufgebaut werden. Die tagesstrukturierenden Maßnahmen, die in den Modellkurzzeitpflegen oder aber bei größeren Einrichtungen in den stationären Abteilungen entwickelt und erprobt wurden, werden im Folgenden skizziert. Sie lassen sich nach Belieben ergänzen.

Aktivitäten mit Bezug zur Einrichtungsumwelt sind tagesstrukturierende Maßnahmen, die als Gruppenaktivitäten das Ziel verfolgen, Pflegebedürftige weiterhin am aktuellen tages(-politischen) Geschehen teilhaben zu lassen. Zu nennen wäre hier die aktuelle Stunde, das gemeinsame Zeitungslesen, der Literaturkreis oder das gemeinsame Anschauen von Filmen. Durch diese Aktivitäten wird die Perspektive der Pflegebedürftigen in der Einrichtung erweitert und der Kontakt zur Einrichtungsumwelt aufrechterhalten, indem sich alle zusammen mit Entwicklungen außerhalb der Einrichtung beschäftigen. Häufig kann in diesen Stunden an Erlebnisse und Erinnerungen der Pflegebedürftigen angeknüpft werden. Insgesamt regen solche Maßnahmen die Kommunikation an und fördern die soziale Integration.

Unter **Maßnahmen, die die geistige Beweglichkeit unterstützen**, lassen sich Gedächtnistraining, Gehirnjogging oder das Realitätsorientierungstraining (ROT) subsumieren. Alle Aktivitäten tragen dazu bei, die (geistigen) Ressourcen der Pflegebedürftigen zu erhalten oder aber wieder aufzubauen. Während ROT einen Bezug zum Lebensalltag (Jahreszeiten, Wetter, Tiere, Pflanzen, Alltagsgegenstände usw.) herstellen soll, wird beim Gedächtnistraining und Gehirnjogging die Denkfähigkeit ganz allgemein angeregt. Es bieten sich beispielsweise Orientierungsspiele und Rätsel an, aber auch Reaktionsspiele und Spiele, die Wissen vermitteln. Wichtig für alle drei Veranstaltungsformen ist, dass sie in gelöster und spielerischer Atmosphäre stattfinden, keinen „Leistungsstress“ aufbauen, und die individuellen Fähigkeiten der Pflegebedürftigen berücksichtigen.

Künstlerisch kreative Aktivitäten finden in den Modellkurzzeitpflegen in unterschiedlichster Art und Weise statt. Zu nennen wären hier z.B. Basteln, Malen, Handarbeiten. Alle Aktivitäten, die im weitesten Sinne das künstlerische Gestalten beinhalten, lassen sich als Gruppen- oder Einzelarbeit durchführen. Sie sind geeignet, um an jahreszeitliche Feste wie Ostern oder Weihnachten anzuknüpfen. Die Ergebnisse können auf Basaren angeboten werden und tragen damit zur Präsentation der Einrichtung nach außen bei, sie können von den Kurzzeitpflegegästen als Erinnerungsstücke mit nach Hause genommen werden oder schmücken ganz allgemein die Einrichtung. Diese tagesstrukturierenden Maßnahmen fördern und reaktivieren vor allem die motorischen Fähigkeiten. Sie ermöglichen Erfolgserlebnisse, stärken das Selbstwertgefühl und tragen dazu bei, dass sich die Pflegebedürftigen gegenseitig unterstützen und Hilfestellungen geben.

Eine vergleichbare Funktion haben alle **„musikalischen“ Aktivitäten**. Sie lassen sich unterscheiden in Angebote, bei denen Pflegebedürftige selber aktiv Musik machen (Singstunde, Einüben von Aufführungen, Instrumente spielen, Tanzen) und in Angebote, bei denen Pflegebedürftige gemeinsam Musik hören (Radio oder

Schallplatten hören, Konzertbesuche, Hörspiele). Die Beschäftigung mit Musik kann vielfältige Wirkungen erzielen. Das Gemeinschaftsgefühl wird gestärkt, Musik trägt zur Entspannung bei und löst gute Stimmung aus. Bewegungseinschränkungen können spielerisch überbrückt werden, indem z.B. geklatscht oder geschunkelt wird, und das gemeinsame Singen von (bekannten) Liedern aktiviert das Erinnerungsvermögen.

In allen (Kurzzeitpflege-)Einrichtungen ist auch die **Gruppengymnastik** ein fester Bestandteil der tagesstrukturierenden Maßnahmen. Dabei kann es sich sowohl um einfache Bewegungs-, Dehn-, Kraft- und Entspannungsübungen handeln als auch um Übungen, die durch Gegenstände (Bälle, Kegel, Tücher) unterstützt werden. In Abhängigkeit davon, welche Übungen stattfinden, muss darauf geachtet werden, ob die Pflegebedürftigen dazu körperlich in der Lage sind, gegebenenfalls sollte die Hausärztin oder der Hausarzt um Rat gefragt werden. Es empfiehlt sich, Getränke bereitzustellen und ausreichende Pausen einzuplanen. Gymnastische Aktivitäten dienen der Verbesserung der Funktionstüchtigkeit und der körperlichen Leistungsfähigkeit. Sie bauen Kraft und Ausdauer auf und unterstützen die Beweglichkeit.

Abschließend sind **Backen und Kochen** zu nennen. Auch diese Maßnahmen erfüllen vielfältige Funktionen. Sie knüpfen an Tätigkeiten an, die die (weiblichen) Pflegebedürftigen in ihrer häuslichen Umgebung durchführen bzw. eventuell wieder erlernen können. Sie stellen durch die geeignete Auswahl der Zutaten eine Verbindung zum Wechsel der Jahreszeiten her. Die gemeinsame Vorbereitung der Mahlzeiten, aber auch das gemeinsame Essen und die dafür notwendigen Vor- und Nachbereitungen wie Tischdecken und Abwaschen entsprechen dem Alltagsrhythmus, fördern die Gruppenfähigkeit und Kommunikation und stärken die motorischen Fähigkeiten.

In der Regel bieten (Kurzzeitpflege-)Einrichtungen eine tagesstrukturierende Maßnahme pro Tag an, so dass über die Woche ausreichende Abwechslung erzeugt werden kann. Manche Aktivitäten werden nur monatlich vorbereitet oder auf Nachfrage und Anregung der Pflegebedürftigen organisiert. Insgesamt empfiehlt es sich, Ideen und Wünsche der Kurzzeitpflegegäste miteinzubeziehen oder von Zeit zu Zeit zu überprüfen, wie einzelne Angebote „angekommen“ sind. Einige Kurzzeitpflegen haben für die tagesstrukturierenden Maßnahmen eine Musikpädagogin oder eine/einen speziell dafür zuständige/n Altenpfleger/in beschäftigt. Insgesamt bleibt aber zu betonen, dass die Organisation von tagesstrukturierenden Maßnahmen für die Kurzzeitpflegen mit einem erheblichen Aufwand verbunden ist und allgemein den sozialen Betreuungsleistungen und den Leistungen der aktivierenden-

den Pflege zuzuordnen ist. Obwohl tagesstrukturierende Maßnahmen einen wichtigen Beitrag zur (pflegerischen) Versorgung leisten, ist deren Finanzierung oftmals nicht ausreichend in den Pflegesätzen berücksichtigt.

3.2 Aktivierung und rehabilitative Leistungen

Der Stellenwert, den die geriatrische Rehabilitation bei der Versorgung älterer, pflegebedürftiger Menschen einnehmen kann, ist im BMG-Modellprogramm frühzeitig erkannt worden, so dass inzwischen 26 „Rehabilitationsmodelle“ mit unterschiedlichen Ansätzen konzipiert und in ihrer Umsetzbarkeit erprobt worden sind.⁵⁰

Im Zusammenhang mit der Kurzzeitpflege sind im BMG-Modellprogramm bisher 11 Kurzzeitpflegen gefördert worden, die einen Schwerpunkt im Bereich Rehabilitation/aktivierende Pflege setzen. Entsprechend der grundsätzlichen Intention des BMG-Modellprogramms, den Aufbau einer pflegerischen Infrastruktur zu unterstützen und zu forcieren, ist beispielsweise die Zielsetzung verfolgt worden, über Bauförderungen in den Kurzzeitpflegen eine entsprechende therapeutische Infrastruktur zu errichten. Spezielle Räume für ergotherapeutische oder krankengymnastische Anwendungen sollen ebenso wie das Angebot an Therapeut/innen, Praxisräume in der Einrichtung anzumieten, die Rahmenbedingungen für eine effektive Zusammenarbeit von Pflegekräften und Therapeut/innen verbessern. Eine andere Variante der Förderung bestand darin, Kurzzeitpflege in ein geriatrisches Zentrum einzubetten. In diesen Fällen kann die therapeutische Infrastruktur (des geriatrischen Zentrums) für die Versorgung von Kurzzeitpflegegästen genutzt werden. Darüber hinaus besteht die Chance, die fachlichen Kompetenzen des geriatrischen Zentrums enger an die Kurzzeitpflege zu binden. In diese Richtung zielt auch der dritte Förderaspekt, bei dem der Aufbau und die Intensivierung der Zusammenarbeit von Kurzzeitpflegeeinrichtung mit Rehabilitationsfachkliniken und/oder Therapeut/innen unterstützt werden soll.

Durch das BMG-Modellprogramm ist für die Kurzzeitpflegen bisher der Weg geebnet worden, um die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Pflegekräften und Therapeut/innen unterschiedlichster Fachrichtungen zu erleichtern. Inwieweit diese Ansätze dazu beitragen, die „rehabilitative“ Versorgung von Gästen der Kurzzeitpflege langfristig zu verbessern, lässt sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur

⁵⁰ Vgl. in der Veröffentlichungsreihe der Wissenschaftlichen Begleitung zum Modellprogramm: Schweizer, Carola 2001.

schwer einschätzen, auch deshalb, weil dafür die Mitarbeit der Ärzt/innen und Therapeut/innen gefragt ist.

Obwohl sich die Verordnungsbereitschaft der Ärzt/innen von Kurzzeitpflege zu Kurzzeitpflege erheblich unterscheidet, werden in allen Kurzzeitpflegeeinrichtungen des Modellprogramms rehabilitative Leistungen auf ärztliche Verordnung (Hilfsmittel) von (externen) Therapeut/innen unterschiedlichster Fachrichtungen erbracht. Der Nachteil dieser Einzelmaßnahmen ist vor allem darin zu sehen, dass sie normalerweise unverbunden nebeneinander stehen.

Innerhalb und außerhalb des Modellprogramms sind derzeit Träger von Kurzzeitpflegen dabei, konzeptionelle Ansätze zu entwickeln, nach denen prinzipiell eine Kombination von (Kurzzeit-)Pflege- und Rehabilitationsleistungen unter einem Dach realisiert werden könnte. Aber nach diesen Entwürfen wäre eine Mischfinanzierung aus Kranken- und Pflegekassenleistungen erforderlich und bisher konnte in keiner dieser Einrichtungen eine Krankenkasse für ein solches „Pilotprojekt“ gewonnen werden.⁵¹

Unabhängig davon besteht für Träger von Kurzzeitpflegeeinrichtungen die Möglichkeit, Maßnahmen der Aktivierung in die Tagesstrukturierung bzw. in spezielle Gruppen- und Einzelaktivitäten einfließen zu lassen. Dies skizzierte der letzte Abschnitt.

Im Folgenden soll am Beispiel des Alten- und Pflegeheim St. Franziskus in Pfaffenhofen dargestellt werden, wie Pflegebedürftige in Altenhilfeeinrichtungen grundsätzlich auch therapeutisch/ rehabilitativ betreut werden könnten.

Das Alten- und Pflegeheim St. Franziskus verfügt über eine geronto- und beschäftigungstherapeutische Abteilung, in der auf 3,8 Planstellen ein Altentherapeut mit gerontopsychiatrischer Zusatzausbildung, eine Altentherapeutin, eine Altenpflegerin, eine Musikpädagogin und eine ABM-Kraft beschäftigt sind.⁵² Es stehen drei Gruppenräume, eine Bibliothek, ein Mehrzwecksaal, ein Therapiegarten und zwei Therapieküchen zur Verfügung. „Oberstes Ziel war es, nach Erweiterung der Therapie *allen* Bewohnern des Alten- und Pflegeheimes ein Angebot von Aktivitäten und Therapiestunden anzubieten und ermöglichen zu können. Ein gutes Beschäftigungs- und Aktivierungsangebot für Bewohner ist ein wichtiger und großer Be-

⁵¹ Zum Thema Rehabilitation in Pflegeheimen vgl. z.B. Becker, Clemens 1999 und Rupprecht, Roland 2001

⁵² Bisher ist es nicht gelungen, die Planstellen über die Pflegesätze zu refinanzieren, so dass über eine Stiftung Personalkostenzuschüsse erfolgen.

standteil der aktivierenden und rehabilitierenden Pflege. Sie spricht Körper, Seele und Geist des alten Menschen gleichermaßen an. Sie fördert Kreativität, aktives Erleben und das Sozialverhalten in der Gruppe und sie vermittelt eine große Wärme. (...) Vor allem Bewohner mit wenigen oder gar keinen sozialen Kontakten, den Bettlägrigen und den Senioren der Gerontologischen Abteilung, die in der Vergangenheit nicht in den Genuss eines Therapieangebotes kamen, sollten jetzt von dem neuen Programm profitieren.“⁵³

Das vielfältige Angebot, auch am Wochenende, umfasst einerseits Aktivitäten, die den tagesstrukturierenden Maßnahmen zugeordnet werden können. Häufig können Bewohner/innen zwischen zwei parallel stattfindenden Aktivitäten wählen. Andererseits gibt es aber spezielle Angebote, die an therapeutische Maßnahmen der externen Krankengymnast/innen anknüpfen. Zu nennen wären hier die Geh- und Bewegungsübungen und die Bewegungsübungen mit Bettlägrigen.

Geh- und Bewegungsübungen: Ziel der Übungen ist es, die Mobilität der Bewohner/innen durch Übungen zu erhalten, zu fördern oder wieder zurückzugewinnen. In Form von Einzelaktivitäten erfolgen gymnastische Bewegungsübungen im Stehen und im Sitzen sowie Gehen mit Hilfsmitteln wie Rollator oder Gehstock.

Bewegungsübungen mit Bettlägrigen: Ziel dieser Übungen sind Kontrakturrenprophylaxe, Selbstwahrnehmungsübungen, Massagen Atemtherapie und Übungen zur Pneumieprophylaxe.

Für beide Angebote gilt, dass eine enge, interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den externen Krankengymnast/innen erfolgen soll, mit dem Ziel, die Therapie bei den Bewohner/innen, die rehabilitative Leistungen erhalten, unter Anleitung der Krankengymnast/innen weiterzuführen. Zu diesem Zweck wurde ein wöchentlicher Termin für die Therapiegespräche vereinbart. Einrichtungsintern findet darüber hinaus einmal wöchentlich eine einstündige Therapiebesprechung statt, um die Therapieplanung vorzunehmen und Standards im Team zu entwickeln.

Die Einschätzung, dass eine Verknüpfung von rehabilitativen Leistungen und Pflege die Rückkehr der Pflegebedürftigen in die häusliche Umgebung effektiv unterstützen kann, wurde von zahlreichen Interviewpartner/innen bestätigt. *„Die gehen nach 28 Tagen in die nächste Langzeitpflegeeinrichtung und bräuchten das nicht. Wir haben mittlerweile mit den Krankengymnasten einen ganz engen Draht aufgebaut. Die tragen das absolut mit. Häufig ist noch so viel an Potenzial, an Ressourcen da, wenn man das richtig greifen würde, müsste das nicht sein, dass die in die*

⁵³ Auszug aus der Konzeption des Alten- und Pflegeheims St. Franziskus.

Langzeitpflege gehen Die bräuchten eine ganz normale Kurzzeitpflege plus einen um den anderen Tag Krankengymnastik, Ergotherapie, teilweise logopädische Behandlungen. Wenn das so mit eingebunden werden könnte, dann schaffen wir das, dass die nach Hause zurück können.“

3.3 Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Gäste⁵⁴

Hinsichtlich der Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Kurzzeitpflegegäste liegen bisher nur geringe systematisierbare Erfahrungswerte vor. Im Rahmen des BMG-Modellprogramms wurde bisher in acht Kurzzeitpflegen über Baumaßnahmen die Errichtung speziell gerontopsychiatrischer Kurzzeitpflegeplätze eingeleitet, damit für die Versorgung dieser Zielgruppe eine angemessene pflegerische Infrastruktur zur Verfügung steht. Während in der frühen Phase des Modellprogramms (vor 1996) Kurzzeit-, Dauer- und Tagespflegen gefördert wurden, wo dann einzelne Plätze speziell für gerontopsychiatrisch Erkrankte vorgehalten werden sollten, konzentrierte sich die Förderung in jüngerer Zeit vor allem darauf, gerontopsychiatrische Kurzzeitpflegeabteilungen mit einer größeren Platzzahl aufzubauen. Der überwiegende Teil dieser Einrichtungen befindet sich noch in der Bauphase oder ist erst 2000 in Betrieb gegangen, so dass hinsichtlich der (pflegerischen) Versorgung dieser Zielgruppe noch keine konkreten Aussagen zu treffen sind.

Zum heutigen Zeitpunkt kann davon ausgegangen werden, dass alle Kurzzeitpflegeeinrichtungen inzwischen gerontopsychiatrisch erkrankte Pflegebedürftige in der Größenordnung der früher geförderten (geringen) Platzzahlen betreuen. Insofern heben sich diese „speziellen“ Kurzzeitpflegen nicht mehr aus dem Gros der allgemeinen Kurzzeitpflegeeinrichtungen heraus.

Einen Überblick über den prozentualen Anteil der gerontopsychiatrisch erkrankten Pflegebedürftigen in den einzelnen Kurzzeitpflegen gibt Tabelle 19.

⁵⁴ Die Bezeichnung gerontopsychiatrische Erkrankung ist ein Oberbegriff für unterschiedliche Krankheitsbilder. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Hauptgruppe der gerontopsychiatrisch erkrankten Pflegebedürftigen in den Kurzzeitpflegen dementiell erkrankt ist.

Tabelle 19: Anteil gerontopsychiatrisch erkrankter Pflegebedürftiger in der Kurzzeitpflege im Jahr 2000

Gerontopsychiatrisch Erkrankte	Anzahl Einrichtungen	
	n	v.H.
Anteil kleiner 10%	2	3,2
Anteil 10% und kleiner 20%	6	9,7
Anteil 20% und kleiner 30%	7	11,3
Anteil 30% und kleiner 40%	9	14,5
Anteil 40% und kleiner 50%	5	8,1
Anteil 50% und kleiner 60%	7	11,2
Anteil 60% und kleiner 70%	13	21,0
Anteil 70% und kleiner 80%	5	8,1
Anteil 80% und kleiner 90%	3	4,8
Anteil 90% und mehr	5	8,1
Gesamt	62	100

In über 50% aller Kurzzeitpflegeeinrichtungen sind mindestens die Hälfte aller Gäste gerontopsychiatrisch erkrankt. Damit lässt sich zunächst festhalten, dass die mit der Versorgung dieser Klientel einhergehenden spezifischen Probleme auch für Kurzzeitpflegeeinrichtungen an Bedeutung gewinnen. Starke Unruhe, aggressives Verhalten, Apathie, Angst, Desorientierung sowie Wahrnehmungsstörungen sind Verhaltensmerkmale, denen alle an der Pflege Beteiligten begegnen müssen. Vor allem für die pflegenden Angehörigen stellt die Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Pflegebedürftiger eine besondere Belastung dar, die professionelle Unterstützungsangebote abmildern müssten.

Als eine Reaktion auf die genannten Verhaltensauffälligkeiten kristallisieren sich gegenwärtig Ansätze heraus, die das räumliche Milieu im Rahmen des Möglichen wohnlich, familiär, überschaubar und kleinräumig gestalten.⁵⁵ Im Modellprogramm gibt es über 100 Modellförderungen, die die Betreuung gerontopsychiatrisch er-

⁵⁵ Vgl. AlzheimerForum. Wissenswertes über die Alzheimer Krankheit und Demenzerkrankung. <http://www.alzheimerforum.de/>

krankter Pflegebedürftiger im ambulanten, teilstationären oder stationären Bereich sowie in Wohn- oder Hausgemeinschaften durchführen.

Inwieweit solche Konzepte auf Kurzzeitpflegen übertragbar sind, kann noch nicht beurteilt werden. In der Regel ist die räumliche Gestaltung der Kurzzeitpflege(-abteilung) nicht an diesen Kriterien ausgerichtet. In den Kurzzeitpflegen stellt die Variante, gerontopsychiatrisch erkrankte Pflegebedürftige in einem eigenen Bereich unterzubringen, schon durch die geringe Zimmerzahl eine zusätzliche Schwierigkeit dar. Teilweise sind die Träger dazu übergegangen, diese Klientel in die vollstationären gerontopsychiatrischen Abteilungen zu integrieren.

Die Schwierigkeiten des gemeinsamen Miteinanders von geistig rüstigen und geistig verwirrten Pflegebedürftigen wird im AlzheimerForum wie folgt beschrieben: „Wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass auch bei gutem Willen und Bemühen sowohl für geistig rüstige Bewohner als auch für schwer verwirrte enorme psychische Belastungen entstehen, wenn zwei etwa gleich große Gruppen auf nahem Raum zusammen leben. Ältere Menschen, die selbst körperlich und seelisch eingeschränkt belastbar sind, können sich nicht Tag für Tag auf schwer verwirrte Menschen einstellen. Die Demenzkranken andererseits fühlen sich abgelehnt, ausgegrenzt oder empfinden den Unmut, der ihnen entgegengebracht wird sehr deutlich.“⁵⁶

Insbesondere dann, wenn sich das Klientel in der Kurzzeitpflege sowohl aus gerontopsychiatrisch erkrankten als auch geistig rüstigen Pflegebedürftigen zusammensetzt, treten für die Kurzzeitpflegen zusätzliche organisatorische Probleme auf, die sich beispielsweise in der Bereitstellung adäquater und differenzierter tagesstrukturierender Angebote manifestieren. 27 Kurzzeitpflegeeinrichtungen geben daher an, dass die gerontopsychiatrisch erkrankten Gäste zusammen mit den gerontopsychiatrisch erkrankten Bewohner/innen der Dauerpflege bzw. der Tagespflege ein spezielles Versorgungsangebot erhalten. 37 Einrichtungen integrieren die gerontopsychiatrisch erkrankten Gäste in die allgemeine Versorgung der Kurzzeitpflege und lediglich fünf Einrichtungen halten in der Kurzzeitpflege ein spezielles Versorgungsangebot für diese Zielgruppe bereit. Während 26 Kurzzeitpflegen angeben, dass es ihnen nicht möglich ist, ein solches Angebot zu entwickeln (z.B. aus Gründen der Arbeitsbelastung), hielten es nur drei Einrichtungen für nicht notwendig, ein solches Angebot zu konzipieren. Allerdings spricht der hohe Anteil gerontopsychiatrisch Erkrankter gerade in diesen Kurzzeitpflegen dafür, dass sich

⁵⁶ Ebd.

die Versorgung der Kurzzeitpflegegäste dort ohnehin überwiegend an deren Problemlagen orientiert.

Den Weg - Kurzzeitpflege explizit für demenziell erkrankte Pflegebedürftigen anzubieten - hat das Haus Dominic in Münster eingeschlagen.⁵⁷

„Ziel einer gerontopsychiatrisch ausgerichteten Kurzzeitpflege (ist es), den Pflege- und Betreuungsalltag wie auch die Umgebung so zu gestalten, dass die seelische Befindlichkeit des Erkrankten verbessert wird und psychische Sekundärsymptome wie Angst, Unruhe, Aggressivität, Depressivität vermieden bzw. reduziert werden. Gerontopsychiatrisch Erkrankte benötigen neben konsequenter und fachgerechter Körperpflege sehr viel zielgerichtete Aufmerksamkeit, einführendes Verstehen, Gewährenlassen und behutsame Führung. Eine ausführliche Fremdanamnese ist im Vorfeld einer Aufnahme von Nöten, um den zu verstehen, der sich nicht mehr verständlich machen kann. Nur gerontopsychiatrisch erfahrene Fachkräfte sind mit einer derart detaillierten Informationserhebung und einer sich daraus ableitenden bedarfsgerechten Pflegeplanung vertraut.“⁵⁸

Folgende ausgewählte Aspekte des Haus Dominic sind zu nennen, die grundsätzliche Anhaltspunkte für die Versorgung gerontopsychiatrisch Erkrankter in der Kurzzeitpflege liefern können.⁵⁹

Bauliche Konzeption: Das Haus Dominic umfasst zwölf Einzelzimmer und vier Doppelzimmer, die ebenerdig in zwei Trakten rechts und links von einem großen Gemeinschaftszimmer angesiedelt sind und sich um einen Innenhof gruppieren. Angrenzend an den Gemeinschaftsbereich gibt es einen weiteren Gruppenraum sowie einen großen Tagesraum. Von diesem ist eine Terrasse und ein Therapiegarten erreichbar, der als großer Rundweg angelegt ist. Um vielfältige Sinnesanregungen zu ermöglichen, wurde der Therapiegarten mit verschiedenen Duftkräutern, einem aufwendigen Brunnen und bunten Blumen ausgestattet.

Wie aus dieser Darstellung hervorgeht, zeichnet sich das Haus Dominic vor allem dadurch aus, dass es eine Vielzahl von Plätzen gibt, die gemeinschaftlich genutzt

⁵⁷ Im Haus Dominic wurde durch das BMG-Modellprogramm nicht die Kurzzeitpflege, sondern der an die Kurzzeitpflege angrenzende Therapiegarten gefördert.

⁵⁸ Auszug aus der Konzeption des Hauses Dominic.

⁵⁹ Vgl. hinsichtlich der Betreuung von gerontopsychiatrisch erkrankten Pflegebedürftigen auch Kirchen-Peters 1999, S.88ff. Ihre Ausführungen beziehen sich auf Tagespflegeeinrichtungen, viele der dort genannten Aspekte und Anregungen lassen sich aber auch für den Kurzzeitpflegebetrieb nutzen.

werden können und die darüber hinaus den Bewegungsradius der Gäste deutlich erweitern.

Bei der räumlichen Ausstattung hat sich herausgestellt, dass die Kurzzeitpflegegäste im Haus Dominic eher modernes Mobiliar erwarten. Dies kann zum einen damit zusammenhängen, dass in der Kurzzeitpflege im Allgemeinen keine eigenen Möbel mitgebracht werden, die dann dazu beitragen könnten, Wohnlichkeit in Anlehnung an die bereits vertraute häusliche Umgebung herzustellen. Zum anderen verweisen die Interviewpartner/innen aber auf den besonderen Charakter des Kurzzeitpflegeangebotes. Demnach wird den gerontopsychiatrisch erkrankten Gästen der Kurzzeitpflegeaufenthalt von den Angehörigen eher als Urlaubs- bzw. als Kuraufenthalt näher gebracht, wo dann eine diesem Zweck angemessene Ausstattung erwartet wird.

Inwieweit sich also eine milieugerechte Gestaltung der Räumlichkeiten neben der entsprechenden Farbwahl der Wände, der ausreichenden Lichtstärke, der „Rundlaufwege“ oder der vielzähligen Möglichkeiten der Sinnesanregungen auch auf wohnliche und familiäre (gebrauchte) Einrichtungsgegenstände bezieht, muss für die Kurzzeitpflege zukünftig noch erprobt werden.

Verbundsystem und fachliche Qualifikation: Das Haus Dominic, in Trägerschaft der Alexianer Krankenhaus GmbH, ist eingebettet in ein abgestuftes Versorgungssystem für gerontopsychiatrisch Erkrankte in Münster. So verfügt der Träger über zahlreiche weitere Versorgungsangebote, die sich speziell an gerontopsychiatrisch Erkrankte richten. Das Gerontopsychiatrische Zentrum mit Ambulantom Dienst, Beratungsstelle, Tagespflege, Ambulanz, Tagesklinik, sowie ein (Fach-)Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie) und zwei ambulant betriebene Wohngemeinschaften. Auf Grund der organisatorischen Anbindung werden fast alle Gäste über das Gerontopsychiatrische Zentrum fachärztlich betreut, die Angehörigen sind häufig Mitglieder in der Alzheimergesellschaft oder in Münster im „Verein für Verwirrte“ engagiert.

Was außer dieser mehrgliedrigen Versorgungsstruktur in Münster hervorzuheben ist, ist die damit einhergehende hohe fachliche Kompetenz, die die Qualität von Pflege und Betreuung der gerontopsychiatrisch Erkrankten sicherstellen soll.

Verweildauer: Die von vielen Interviewpartner/innen geäußerte Befürchtung, dass gerontopsychiatrisch erkrankten Gästen wegen der kurzen Verweildauer nicht genügend Zeit bleibt, um sich einzugewöhnen, konnte zumindest im Haus Dominic nicht bestätigt werden. Nach den dortigen Erfahrungen brauchten die gerontopsychiatrisch erkrankten Gäste nur ein bis zwei Tage, um sich in der Kurzzeitpflege

eingewöhnen. Es zeichnet sich ab, dass viele Gäste die maximale Verweildauer von 28 Tage aufteilen in zwei Besuche (Frühling, Herbst) zu je 14 Tagen im Jahr. Die kürzeren Verweilzeiten tragen nach Aussage der Interviewpartner/innen dazu bei, dass sich die gerontopsychiatrisch erkrankten Gäste nicht zu sehr in der Kurzzeitpflege einleben, dann noch ausreichende Erinnerungen an zu Hause haben und sich auf die Rückkehr freuen können. Inwieweit diese Ergebnisse generalisierbar sind, ist zum jetzigen Zeitpunkt allerdings nicht einzuschätzen.

Klarer scheint sich in den Kurzzeitpflegeeinrichtungen des Modellprogramms die allgemein anerkannte Problematik bei der Einstufung gerontopsychiatrisch erkrankter Gäste abzuzeichnen. Beispielsweise lag bei ca. zehn Prozent der Gäste im Haus Dominic keine Pflegebedürftigkeit vor, so dass diese die Kurzzeitpflege nur als Selbstzahler/innen besuchen konnten. Dies trifft - vermittelt über die Pflegesätze - auch die Leistungserbringer. Es sind daher Überlegungen notwendig, wie der besondere Hilfebedarf der gerontopsychiatrisch Erkrankten zu bewerten und mit welchem Personalstamm eine qualifizierte Versorgung zu gewährleisten ist.

Mit der Verabschiedung des Gesetzes zur Qualitätssicherung in der Pflege sind bereits Maßnahmen eingeleitet worden. „Darin wird es mit dem neuen Instrument der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung möglich, den speziellen Bedarf Demenzkranker im Rahmen der sozialen Betreuung stärker in den Pflegesätzen zu berücksichtigen.“⁶⁰

Abschließend bleibt für die Versorgung demenziell erkrankter Gäste in der Kurzzeitpflege festzuhalten, dass die „Weglauftendenz“ dieser Klientel für alle Kurzzeitpflegen eine große Schwierigkeit darstellt, da sich das Versorgungsangebot in der Regel durch eine große Offenheit nach außen auszeichnet. Auch hier bedarf es zukünftig konzeptioneller Weiterentwicklungen.

⁶⁰ Bundesministerium für Gesundheit 2001a, S. 4

3.4 Das Konzept „Urlaub von der Pflege“ - auch pflegende Angehörige brauchen Angebote -

Abschließend soll noch ein Ansatz vorgestellt werden, der im St. Antonius-Haus in Bad Laer entwickelt wurde. Das Konzept „Urlaub von der Pflege“ ist ein Angebot, welches sich zwar an die Pflegebedürftigen richtet, vor allem aber auch deren Angehörige anspricht, indem ihnen gemeinsam eine Urlaubsmöglichkeit geboten wird. *„Bei der Kontaktaufnahme ist aufgefallen, dass die Angehörigen sich ein Angebot wünschen, bei dem sie mit den Pflegebedürftigen gemeinsam Urlaub machen können.“* Das Kernelement des Konzeptes „Urlaub von der Pflege“ besteht darin, dass die beiden genannten Gruppen zwar gemeinsam Urlaub machen können, aber nicht gemeinsam untergebracht sind. Während die Pflegebedürftigen im St. Antonius Haus versorgt werden können, erhalten die pflegenden Angehörigen ein örtlich nahes Unterkunftsangebot. Diese räumliche Distanz soll den pflegenden Angehörigen einen Freiraum ermöglichen, damit sie sich im Urlaub nicht mehr für die direkten pflegerischen Tätigkeiten verantwortlich fühlen müssen und sich (auch mal) auf ihre eigenen Wünsche konzentrieren können. Während des Urlaubs werden dann Aktivitäten angeboten, die entweder beide Zielgruppen gemeinsam ansprechen (Ausflüge, Kegeln, Tanzabende) oder aber, die pflegenden Angehörigen erhalten spezielle Unterstützungsleistungen. Selbstverständlich können die Angehörigen ihre pflegebedürftigen Familienmitglieder jederzeit besuchen, sie sollen aber auch auf ihre eigenen Bedürfnisse achten oder dies gegebenenfalls wiedererlernen.

Durch die Zusammenarbeit mit der Kurverwaltung gelang es, entsprechende Unterkunstmöglichkeiten in der Umgebung ausfindig zu machen. Die Kooperation mit der Kurverwaltung hat auch zu einer Werbestrategie geführt, die für Kurzzeitpflegeeinrichtungen bisher eher unüblich ist, denn die zuständige Kontaktperson der Kurverwaltung hat das Konzept anlässlich einer Touristikmesse vorgestellt. Dies, unterstützt durch einige Artikel in der lokalen Presse, *„hat dann dazu geführt, dass innerhalb von zwei, drei Wochen alles zusammengebrochen war. Also es hört sich blöde an, aber ich hab hier in knapp zwei Wochen über tausend Anrufe gehabt, ehrlich.“*

Die starke Nachfrage belegt, dass pflegende Angehörige einen enormen Hilfebedarf haben. Angehörigenarbeit sollte sich nicht nur darauf beschränken, die Versorgung des pflegebedürftigen Familienmitglieds zu organisieren, sondern sie sollte auch den/die pflegende/n Angehörige/n selbst in den Mittelpunkt stellen. Nach der Konzeption in Bad Laer wird diese Zielrichtung als Unterstützung der „Selbstpflege“ bezeichnet. Wie wichtig gerade die Selbstpflege ist, lässt sich daran er-

messen, dass Angehörige, die jahrelange Pfl egetätigkeit geleistet haben, oftmals keine eigene Tagesstrukturierung herstellen können. *„Was glauben Sie, wie häufig hier schon Ehepartner gesessen haben, die wirklich definitiv nicht mehr wussten, wie sie ihren nächsten Tag planen sollten, wenn sie sechs, zehn, vierzehn Jahre gepflegt haben. Eine Frau, die hat ihren Mann sieben Jahre alle zwei Stunden beatmen müssen (...). Die hat wirklich keine Angebotsformen oder irgendetwas für sich finden können, womit sie den Tag hätte verbringen können. Ich habe dann jeden Tag mit ihr vorstrukturiert und nach ungefähr zwei Wochen kam sie auf einmal und sagte, für morgen brauche ich kein Programm, ich fahre morgen in den Teutoburger Wald und mache eine Wanderung. Das habe ich früher gerne gemacht.“*

Pflegende Angehörige leisten nach wie vor den wichtigsten Beitrag für die Versorgung von Pflegebedürftigen. Eine differenzierte und dauerhafte Unterstützung dieses Personenkreises ist daher - angesichts der prognostizierten demographischen Entwicklung der kommenden Jahre - unbedingt geboten und es gibt zahlreiche Möglichkeiten den pflegenden Angehörige spezifische Angebote zu unterbreiten. Zu nennen wären hier beispielsweise:

- Freizeitangebote, mit denen der Isolierung und der Vereinsamung vorgebeugt wird;
- Beratungsstunden, in denen Entlastungsmöglichkeiten und deren Finanzierung aufgezeigt werden;
- Schulung und Anleitung der Angehörigen zur fachgerechten häuslichen Pflege und Betreuung;
- Psycho-soziale Betreuung durch Therapeut/innen, mit deren Hilfe die veränderte Lebenssituation und die daraus resultierende Belastung und/oder Überforderung verarbeitet werden kann;
- Gesprächsrunden für pflegende Angehörige, wo diese ihre Erfahrungen austauschen können.

Offen ist, ob die Kurzzeitpflegeeinrichtungen eine solche umfassende Angehörigenbetreuung leisten können. Dass die Beratung und Entlastung von pflegenden Angehörigen ein wichtiger Bestandteil der pflegerischen Infrastruktur ist, und von unterschiedlichen Institutionen durchgeführt werden kann, wird im BMG-Modellprogramms deutlich. Dort wurden bisher 36 Träger gefördert, die unter anderem ein spezielles Angebot zur Anleitung und Entlastung pflegender Angehöriger vorhalten. Hinzu kommen 50 geförderte Modelleinrichtungen, die ein Beratungsangebot machen.

Zusammenfassende Einschätzung/Handlungsempfehlungen

Damit sich das Angebot (solitäre) Kurzzeitpflege dauerhaft am Pflegemarkt etablieren kann, sind mindestens drei - unter Umständen - divergierende Interessenslagen miteinander in Einklang zu bringen.

- Kurzzeitpflege muss aus der Anbieterperspektive, in Abgrenzung zu anderen möglichen Versorgungsangeboten aus dem Leistungsspektrum der Pflegeversicherung, z.B. der Langzeitpflege, wirtschaftlich tragbar sein.
- Das Angebot muss so gestaltet sein, dass es für die Nachfrager und Nachfragerinnen auf dem Pflegemarkt finanzierbar ist und attraktiv erscheint, d.h. für die Pflegebedürftigen und deren Angehörige muss ein klares Profil dieser Pflegeleistung in Abgrenzung zu anderen Pflegeleistungen sichtbar werden.
- Das Angebot soll dem im PflegeVG genannten Versorgungsauftrag gerecht werden.

Versorgungsauftrag

Hinsichtlich des Versorgungsauftrages sind im PflegeVG zunächst zwei große Zielgruppen angesprochen: Gäste, die die Kurzzeitpflege im Anschluss an einen stationären Aufenthalt benötigen und Gäste, die Kurzzeitpflege im Sinne der Urlaubspflege besuchen. Während bei der ersten Gruppe die Clearingfunktion der Kurzzeitpflege eindeutig im Mittelpunkt steht, liegt bei der zweiten Gruppe die Akzentuierung stärker auf der Entlastungsfunktion für die pflegenden Angehörigen. Obwohl Kurzzeitpflege auf Grund dieser Ausrichtung den ambulanten oder teilstationären Pflegeleistungen zuzuordnen ist, gilt für beide Aufnahmegründe die doppelte, nicht abgestufte Begrenzung der Leistung (2.800 DM bis zu 28 Tagen). Diese Logik der Leistungsgewährung ist weder bei den ambulanten Leistungen (Tagespflge, Geld-, oder Sachleistungen) zu finden, noch bei den Leistungen für die vollstationäre Pflege.

Insbesondere spricht die Betrachtung der leistungsrechtlichen Grundlagen dafür, dass bereits auf der Steuerungs- und Regelungsebene die Unterscheidung zwischen Kurzzeitpflege und Langzeitpflege sukzessive verschwindet. Während in den Grundsätzen zur Qualität und Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI Kurzzeitpflege und vollstationäre Pflege hinsichtlich ihrer unterschiedlichen Zielsetzungen noch erkennbar voneinander abgegrenzt sind, sind in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI die Trennungslinien zwischen beiden Versorgungsbereichen nahezu aufgehoben. Dies gilt für die Hilfen bei der Körperpflege und Ernährung ebenso

wie für die Hilfen bei der Mobilität, für die soziale Betreuung und für die Behandlungspflege. Die Regelungen für die Versorgungsverträge am Beispiel Niedersachsen schließlich zeigen ohne jeden Zweifel an, dass die Abgrenzung zwischen beiden Pflegeleistungen durchlässiger zu werden droht. Eine solche Entwicklung manifestiert sich in der grundsätzlichen Differenzierung von solitärer Kurzzeitpflege und eingestreuter Kurzzeitpflege. Eingestreute Kurzzeitpflege wird zur Versorgungsoption von stationären Pflegeeinrichtungen, „die (diese) durchführen können, wenn zufällig freie Kapazitäten vorhanden sind.“⁶¹

Die Inhalte der Grundsätze, der Rahmenverträge und der Richtlinien für die Versorgungsverträge, die im vorliegenden Text als externe Gestaltungsfaktoren bezeichnet wurden, regulieren auf Grund der spezifischen Systematik des PflegeVG das freie Spiel der Kräfte auf dem Pflegemarkt wenigstens partiell. Sie wirken auf Anbieter und Nachfrager/innen, indem sie auf die Ausformung und die Kosten des Pflegeangebots Einfluss nehmen. Das bezieht sich sowohl auf die grundsätzliche Entscheidung der Träger, welche Leistungen aus dem Pflegespektrum überhaupt vorgehalten werden (Kurzzeitpflege oder stationäre Pflege) und inwieweit sich das Kurzzeitpflegeangebot in Bezug auf die jeweilige Zielgruppe zukünftig ausdifferenzieren wird. Das bezieht sich aber auch auf die Entscheidung der Nachfrager/innen, welche professionelle Hilfeleistung sie sich einkaufen werden und welcher Leistungsumfang zu realisieren sein wird.

Perspektive der Nachfrager/innen

Aus der Perspektive der Nachfrager/innen gibt es deutliche Anzeichen, die auf eine Ausdifferenzierung des Nachfragemarktes entlang der Merkmale Pflegestufe, Aufnahmegrund und (quer zu diesen beiden) gerontopsychiatrische Erkrankung oder geistige Rüstigkeit schließen lassen.

Auf Grund der einheitlichen Leistungsgewährung von 2.800 DM müssen Pflegebedürftige der Pflegestufe III gegenüber Pflegebedürftigen der Pflegestufe I bereits eine bis zu 25%ige Einschränkung der maximalen Verweildauer von 28 Tagen hinnehmen. Gemessen an den durchschnittlichen Aufenthaltstagen in den Modellkurzzeitpflegen, die für alle Pflegestufen einen Näherungswert von 22 Tagen ergaben, scheint aber die Diskrepanz zwischen der gewünschten und der durch die Pflegeversicherung finanzierten Verweildauer noch nicht so groß zu sein. Außerdem ist durch die Möglichkeit der Inanspruchnahme von § 39 und § 42 SGB XI für

⁶¹ Die Verbände der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen 1997, S. 3

einen großen Teil der Pflegebedürftigen die Chance eröffnet, die Aufenthaltsdauer auf bis zu 56 Tage bei einem Gesamtbetrag von 5.600 DM auszudehnen.⁶² Insgesamt kann daher festgehalten werden, dass vor allem Gäste, die die Kurzzeitpflege im Sinne der Urlaubspflege besuchen, eine ausreichende und refinanzierte Verweildauer ermöglicht wird.

Es sei aber nochmals betont, dass die alten Menschen, die wegen eines Akutereignisses pflegebedürftig geworden sind und die Kurzzeitpflege im Anschluss an einen stationären Aufenthalt aufsuchen, § 39 SGB XI auf Grund der dort verankerten Anspruchsvoraussetzung - die Pflegeperson muss mindestens zwölf Monate in der häuslichen Umgebung gepflegt worden sein - nicht in Anspruch nehmen können. Die Gründe, warum insbesondere diese Gruppe der Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen ausreichend Zeit brauchen, um die häusliche Pflege zu organisieren, sind im Text mehrfach genannt worden. Es ist daher zu empfehlen, dass die Anspruchsvoraussetzung des § 39 SGB XI an die des § 42 SGB XI angepasst wird (zumindest für oben genannte Klientel). Zudem wird eine Änderung der Anspruchsvoraussetzungen für die pflegenden Angehörigen einen zusätzlichen Anreiz für die Übernahme von Pflegetätigkeiten bieten, denn vergleichbar treten heute Arbeitnehmer/innen ein neues Arbeitsverhältnis auch nicht unter der Bedingung an, dass sie Urlaubsansprüche erst nach einem Jahr Tätigkeit erwerben.

In Abhängigkeit vom Aufnahmegrund ist ferner davon auszugehen, dass Gäste, die die Kurzzeitpflege im Anschluss an einen stationären Aufenthalt besuchen, längere Verweilzeiten benötigen als Urlaubsgäste. Obwohl für diese Annahme keine genauen Daten vorliegen, sprechen Gründe, die die Organisation der Rückkehr in die häusliche Umgebung betreffen, und Gründe, die sich auf den Allgemeinzustand der/des Pflegebedürftigen zurückführen lassen dafür, dass die vom Gesetzgeber definierte maximale Aufenthaltsdauer ausgeschöpft werden sollte, um Heimunterbringung zu vermeiden.

Auf Gäste, die die Kurzzeitpflege im Anschluss an einen stationären Aufenthalt besuchen, wirken sich die dargestellten Schnittstellenproblematiken (Behandlungspflege, rehabilitative Leistungen) wesentlich stärker aus als auf Urlaubsgäste. Wenn zu Beginn des Kurzzeitpflegeaufenthaltes erst der Gesundheitszustand stabilisiert werden muss, dann kann sich der Zeitpunkt verzögern, an dem mit der Aktivierung begonnen wird. Ebenso ist zu erwarten, dass eine fachübergreifende,

⁶² Unter welchen Bedingungen die Pflegekassen der Anwendung beider Paragraphen zustimmen, ob die 56 Tage bei einem Aufenthalt in Anspruch genommen werden können und ob es je Bundesland bzw. Region spezifische Unterschiede gibt, sind allerdings noch offene Fragen.

systematisierte Verknüpfung von rehabilitativen Leistungen und Pflege die Rückkehr der Pflegebedürftigen in die häusliche Umgebung effektiv unterstützen kann.

Hinsichtlich des dritten Differenzierungsmerkmals sind Überlegungen notwendig, wie der besondere Hilfebedarf der gerontopsychiatrisch Erkrankten zu bewerten ist. Beispielsweise lag bei ca. 10% der Gäste in der „Kurzzeitpflege für Demenzkranke“ des Hauses Dominic keine Pflegebedürftigkeit vor, während im (ungewichteten) Durchschnitt aller Kurzzeitpflegeeinrichtungen der Erhebung (n = 61) der Anteil der Selbstzahler/innen nur 4,8% betrug. Es ist aber zu erwarten, dass in naher Zukunft (im Rahmen der begrenzten Mittel der Pflegeversicherung) Lösungen für die dargestellte Problematik gefunden werden. Das Bundesministerium für Gesundheit hat einen Vorschlag formuliert, nach dem „demente Pflegebedürftige in häuslicher Pflege einen zusätzlichen Betreuungsbetrag in Höhe von bis zu 900 DM je Kalenderjahr erhalten sollen. Diese Mittel sind zweckgebunden für Leistungen der Tages- und Nachtpflege, der Kurzzeitpflege oder andere niedrigschwellige Betreuungsangebote zu verwenden.“⁶³

Neben der Schwierigkeit, wie der besondere Hilfebedarf von gerontopsychiatrisch Erkrankten Pflegebedürftigen zukünftig zu bewerten ist, gibt es darüber hinaus in vielen Kurzzeitpflegen noch keine angemessenen Versorgungsangebote, die die Problemlagen von geistig rüstigen und gerontopsychiatrisch erkrankten Kurzzeitpflegegästen gleichermaßen berücksichtigen.

Perspektive der Anbieter

Aus dem Blickwinkel der Anbieter von Kurzzeitpflege kann zunächst festgehalten werden: Die - in den leistungsrechtlichen Grundlagen sichtbar gewordene - sukzessive Gleichsetzung von Kurzzeitpflege und Dauerpflege unterstützt die qualifizierte Ausdifferenzierung des Kurzzeitpflegeangebotes nicht. Erstaunlich ist, dass, obwohl bei der Formulierung der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI die Vereinigungen der Träger der ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen beteiligt waren, dort keine konkreten Anhaltspunkte gesetzt wurden, die den spezifischen Versorgungsauftrag der Kurzzeitpflege hervorheben. Ob dies den Vereinigungen der Träger nicht möglich war, oder ob dies von ihnen nicht beabsichtigt wurde, ist an dieser Stelle nicht zu beurteilen.

Solange aber nicht von allen Entscheidungsträgern zweifelsfrei anerkannt ist, dass für den Betrieb einer solitären Kurzzeitpflege besondere Maßstäbe zu Grunde zu

⁶³ Bundesministerium für Gesundheit 2001a, S. 4

legen sind, ist davon auszugehen, dass von den Anbietern langfristig die Variante der eingestreuten Kurzzeitpflege in einer stationären Einrichtung bevorzugt werden wird. Dass Kurzzeitpflege überwiegend als eingestreutes Angebot betrieben wird, bestätigt eine Studie von Infratest. „Zum größten Teil handelt es sich (bei den Kurzzeitpflegeplätzen) um eingestreuete Plätze in vollstationären Einrichtungen, die je nach Bedarf vorgehalten oder belegt werden.“⁶⁴

Eine solche Entscheidung kann als konsequente Reaktion auf die Forderung, Träger von Altenhilfeeinrichtungen sollen sich auf dem Pflegemarkt wettbewerbskonform verhalten und Wirtschaftlichkeitsaspekte berücksichtigen, interpretiert werden. Zu 100% ausgelastete Dauerpflegen, die sporadisch Kurzzeitpflege anbieten können, sind (wirtschaftlich) attraktiver als zu 80% ausgelastete solitäre Kurzzeitpflegen. Dass diese (sehr) gute durchschnittliche Belegung der solitären Kurzzeitpflegen grundsätzlich möglich ist, haben die Einrichtungen des Modellprogramms gezeigt, die leer stehende Plätze nicht mit Dauerpflegegästen belegen, aktive Öffentlichkeitsarbeit betreiben und konzeptionelle Differenzierungen entwickelt haben.

Die Annahme einer niedrigeren durchschnittlichen Jahresauslastung bei der Kalkulation der Pflegesätze in der Kurzzeitpflege gegenüber der vollstationären Pflege könnte zusätzlich ein möglicher Schritt sein, um die Bereitschaft, (solitäre) Kurzzeitpflege anzubieten, zu erhöhen. Es empfiehlt sich, die zu Grunde gelegte durchschnittliche Jahresauslastung (eventuell unter Berücksichtigung des Stadt/Land-Gefälles) zu vereinheitlichen, Gleiches gilt für die Abwesenheitsregelungen. Ferner muss berücksichtigt werden, dass Kurzzeitpflegeeinrichtungen, sollen sie ihre spezifischen Aufgaben erfüllen, vergleichsweise zur stationären Pflege einen höheren Personalbedarf haben. Daher sollte die (Fach-)Diskussion um die Pflegequalität verknüpft werden mit einer Diskussion um Personalanzahlzahlen. Wenn die Pflegekassen mit solchen Zahlen arbeiten, müssen sie offen gelegt werden, es gibt keinen ersichtlichen Grund, warum diese Zahlen (anscheinend) von Bundesland zu Bundesland divergieren.

Im vorliegenden Text wurde wiederholt darauf verwiesen, dass unterschiedliche Zielgruppen konzeptionelle Differenzierungen erfordern. Über die Darstellung unterschiedlicher Ansätze in den Modellkurzzeitpflegen sind mögliche Wege aufgezeigt worden. Dabei ist aber auch sichtbar geworden, dass nicht nur die konzeptionelle Weiterentwicklung, sondern auch die Versorgung in Abhängigkeit von den spezifischen Problemlagen unterschiedlich aufwendig ist. Geistig rüstige Urlaubsgäste der Pflegestufe I sind einfacher zu versorgen als gerontopsychiatrisch er-

⁶⁴ Fußnote 7

krankte Gäste, die die Kurzzeitpflege im Anschluss an einen stationären Aufenthalt aufsuchen. Es besteht die Gefahr, dass sich - korrespondierend zur Ausdifferenzierung des Nachfragemarktes - ein Attraktivitätsprofil der Kurzzeitpflegegäste herauskristallisiert. Mit der Verabschiedung des Gesetzes zur Qualitätssicherung in der Pflege sind bereits Korrekturen eingeleitet worden. Es ist aber zu befürchten, dass sich das Attraktivitätsprofil zunehmend verfestigen wird, wenn Kurzzeitpflegeplätze überwiegend in Abhängigkeit von zufällig freien Kapazitäten nur einer kleinen Zahl von Pflegebedürftigen zu Verfügung stehen.

Es sollte abschließend noch einmal darauf verwiesen werden, dass die solitäre Kurzzeitpflege ein wichtiger Bestandteil einer integrierten (Pflege-)Versorgungskette ist. Die ganzjährige verlässliche Bereitstellung dieses Angebotes inklusive der Übernahme der Clearingfunktion ist unabdingbar, wenn insbesondere Gästen, die die Kurzzeitpflege im Anschluss an einen stationären Aufenthalt benötigen, eine Unterstützungsleistung angeboten werden soll, um Heimunterbringung zu vermeiden.

Ob darüber hinaus ein konzeptionell ausdifferenziertes und spezialisiertes Angebot in den Einrichtungen entwickelt werden wird, die Kurzzeitpflege dann betreiben, wenn zufällig freie Kapazitäten vorhanden sind, scheint mehr als fraglich. Hier haben die Kurzzeitpflegen des Modellprogramms noch immer Vorbildfunktion.

Es gibt für die Träger von Kurzzeitpflegen außerdem zahlreiche Möglichkeiten, den Arbeitsablauf in der Kurzzeitpflege zu optimieren. Auch hier haben Modelleinrichtungen Impulse setzen können. Ebenso kann der Verweis auf die Konkurrenz und auf den Wettbewerb durchaus nützlich sein, um die zunehmende Notwendigkeit der Kundenorientierung hervorzuheben.

Die Perspektiven für das zukunftsweisende Pflegeangebot Kurzzeitpflege hängen von vielen Faktoren ab, es sollte aber gesehen werden, dass 1999 laut Pflegestatistik 1.328.081 Personen Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder eine Kombination von Geld- und Sachleistung erhalten haben. Von diesen haben 12.862 Personen eine Kurzzeitpflege- oder Urlaubspflegeleistung in Anspruch genommen, das entspricht 0,97%.⁶⁵

Durch das BMG-Modellprogramm wurde der Aufbau der pflegerischen Infrastruktur forciert und es sind moderne, an den Maßstäben einer angemessenen Architektur ausgerichtete Kurzzeitpflegeeinrichtungen entstanden, die einen attraktiven Lebensraum für ältere und pflegebedürftige Menschen bieten. Jetzt kommt es darauf

⁶⁵ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2001b, Anlage 2, S. 131

an, die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen mit zielgruppenspezifischen Angeboten zu überzeugen, damit sie die durch das Pflegeversicherungsgesetz bereitgestellten (ambulanten) Unterstützungs- und Entlastungsleistungen auch nutzen.

Literatur

- AlzheimerForum: Wissenswertes über die Alzheimer Krankheit und Demenzerkrankung. <http://www.alzheimerforum.de/>
- Becker, Clemens (2000): Verminderung von sturzbedingten Verletzungen bei Alten- und Pflegeheimbewohnern, in: ISO-Institut Saarbrücken: Qualität, Qualifizierung, Qualitätssicherung. Erfahrungen im BMG-Modellprogramm. Dokumentation der Fachtagung des ISO-Instituts vom 10. bis 12. Mai 1999 in Bonn, Saarbrücken, S.105 - 116
- Bekanntmachung der gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 21.10.1996 und in der Kurzzeitpflege vom 18.08.1995 in der Fassung vom 31.05.1996
- Blinkert, Baldo/Klie, Thomas (1999): Pflege im sozialen Wandel, Hannover
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1998): Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Bonn
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2001a): Rede von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt. Übergabe der Wohngruppenhäuser für Demenzerkrankte, Seniorenheim Clara-Zetkin am 23.07.01. Pressemitteilung Nr. 78 vom 23. Juli 2001
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2001b): Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Bonn
- Gemeinsames Rundschreiben zu leistungsrechtlichen Vorschriften des Pflegeversicherungsgesetzes, o.J.
- Dalichau, Gerhard/Grüner, Hans/Müller-Alten, Lutz (2001): Pflegeversicherung. Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI). Kommentar sowie Bundes-, Europa- und Landesrecht, Stand 1. Mai 2001, Starnberg
- Die Verbände der Gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen (1997): Kurzzeitpflege – Vertragliche Beziehungen zu den Leistungserbringern nach dem Siebten Kapitel SGB XI, Hannover
- Gemeinsame Empfehlungen gemäß § 75 Abs. 5 SGB XI zur Kurzzeitpflege und zur vollstationären Pflege vom 25. November 1996

- Hartmann, Erich/Heinemann-Knoch/Marianne/Scholze, Jens (1999): Gründungs- und Krisenberatung für Einrichtungen der Kurzzeitpflege in der BRD. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Band 168.2, Stuttgart/Berlin/Köln
- Häberle, Günther-Fritz (1993): Qualifizierte stationäre Kurzzeitpflege als konzeptionell abgesichertes, ganzjährig verfügbares Regelangebot, in: NDV Heft 6/1993, S. 224 - 227
- Hennig, Armin (2001): Ein attraktives Angebot besser verkaufen, in: ISO-Institut Saarbrücken: Bewahren und Gestalten. Ergebnisse aus dem BMG-Modellprogramm. Dokumentation der Fachtagung des ISO-Instituts vom 3. bis 5. Mai in Bonn 2000, Saarbrücken, S. 183 - 193
- Igl, Gerhard (2000): Die Verpreislichung sozialer und medizinischer Dienstleistungen im Vergleich, in: Igl, Gerhard/Klie, Thomas (Hrsg.): Pflegeversicherung auf dem Prüfstand. Analysen und Perspektiven zum Vergütungs- und Leistungserbringungsrecht bei stationären Pflegeeinrichtungen, Hannover, S. 29 - 65
- Kirchen-Peters, Sabine (1999): Die Tagespflege – Zwischen konzeptionellem Anspruch und realer Vielfalt. Ein Handlungskonzept basierend auf der Evaluation von Tagespflegen. Veröffentlichung der Wissenschaftlichen Begleitung zum Modellprogramm des Bundesministeriums für Gesundheit zur „Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen“ Band 1, Saarbrücken
- Klie, Thomas/Schmidt, Roland (2000): SGB XI: Reformbedarf und Entwicklungsperspektiven (Positionspapier der DGGG), in: Igl, Gerhard/Klie, Thomas (Hrsg.): Pflegeversicherung auf dem Prüfstand. Analysen und Perspektiven zum Vergütungs- und Leistungserbringungsrecht bei stationären Pflegeeinrichtungen, Hannover, S. 97 - 106
- Medizinischer Dienste der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (1997): Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches, Essen
- Renn, Heribert (2000): Die Bedeutung der SGB XI-Rahmenverträge für Pflegeeinrichtungen, in: Evangelische Impulse 1/2000, S. 33 - 35
- Rothgang, Heinz (1997): Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse, Frankfurt a.M./New York

- Rupprecht, Roland (2001): Rehabilitation im Pflegeheim – Ergebnisse eines Modellprojekts, in: ISO-Institut Saarbrücken: Bewahren und Gestalten. Ergebnisse aus dem BMG-Modellprogramm. Dokumentation der Fachtagung des ISO-Instituts vom 3. bis 5. Mai in Bonn 2000, Saarbrücken, S. 19 - 28
- Schneekloth, Ulrich/Müller, Udo (2000): Wirkungen der Pflegeversicherung. Schriftenreihe des Bundesministeriums Band 127, Baden-Baden
- Schweizer, Carola (2001): Mobile Rehabilitation – Ein Rehabilitationskonzept für Pflegebedürftige. Veröffentlichung der Wissenschaftlichen Begleitung zum Modellprogramm des Bundesministeriums für Gesundheit zur „Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen“ Band 2, Saarbrücken
- Udsching, Peter (2000): Die vertragsrechtliche Konzeption der Pflegeversicherung, in: Igl, Gerhard/Klie, Thomas (Hrsg.): Pflegeversicherung auf dem Prüfstand. Analysen und Perspektiven zum Vergütungs- und Leistungserbringungsrecht bei stationären Pflegeeinrichtungen, Hannover, S. 5 - 27
- Vollmer, Rudolf (1994): Die neue Pflegeversicherung Elftes Buch SGB. Textausgabe mit systematisch zugeordneten amtlichen Begründungen, Remagen: AOK-Verlag