

Evaluation innovativer poststationärer Kurzzeitpflege



STUDIEN
BERICHT

Wirksamkeit einer fallorientierten, multiprofessionellen poststationären Kurzzeitpflege auf das Gesundheitsoutco- me und das Rehabilitationspotential von Kurzzeitpflegegästen im Vergleich zur konventionellen Kurzzeitpflege

Dr. Elisabeth Hahnel

Isabelle Oehse

Moritz Hildebrandt

Marc Musfeldt

Sascha Hettmann

Guido Schiffhorst

Ulrike Pörschmann-Schreiber

Terese Dehl

Endbericht

für Bad Sebastiansweiler (AG)

Berlin, September 2024

Autoren

Terese Dehl
Dr. Elisabeth Hahnel
Sascha Hettmann
Moritz Hildebrandt
Marc Musfeldt
Isabelle Oehse
**Ulrike Pörschmann-
Schreiber**
Guido Schiffhorst

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

Inhalt

1.	Abstrakt	12
2.	Hintergrund und Ziele	17
2.1	Entwicklungsperspektiven	20
2.2	Versorgung im multiprofessionellen Team	22
2.2.1	Ärztliche Versorgung	23
2.2.2	Spezialisierte pflegerische Versorgung	24
2.2.3	Therapeutische Behandlung	24
2.2.4	Case Management	25
2.2.5	Multiprofessionelle Fallbesprechungen	26
2.3	Ziele der Evaluation der innovativen poststationäre Kurzzeitpflege	26
3.	Methoden	27
3.1	Vorbereitende Maßnahmen und Studienprotokoll	27
3.2	Rekrutierung der Vergleichseinrichtungen	27
3.3	Setting und Zielgruppen	28
3.3.1	Beschreibung der Einrichtungen	28
3.3.2	Beschreibung der Zielgruppen und Fallzahlen	28
3.4	Ergebnisparameter und Erhebungsinstrumente	30
3.4.1	Erfassung der versorgungsbezogenen Parameter	30
3.4.2	Erfassung von Einrichtungsvariablen und Aufwänden vor Aufnahme des Kurzzeitpflegegastes	35
3.4.3	Interviews von Mitarbeitenden	35
3.4.4	Befragung der Nutzerinnen und Nutzer der Kurzzeitpflege	37
3.5	Überprüfung eines Finanzierungsmodells zur nachhaltigen Implementierung	39
3.6	Projektbeirat	39
3.7	Abweichungen vom Studienprotokoll während der Durchführung	39
4.	Ergebnisse	41
4.1	Beschreibung der Stichprobe	41
4.1.1	Einrichtungen	41
4.1.2	Kurzzeitpflegegäste	44
4.2	Aufwände auf Einrichtungsebene in der Versorgung von poststationären Kurzzeitpflegegästen	55
4.3	Einfluss des Case Management	56
4.3.1	Aufnahmeprozess und Aufwände	56
4.3.2	Aufwände während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes	58
4.3.3	Multiprofessionelle Fallbesprechungen und Netzwerktätigkeiten	59
4.3.4	Entlassprozess und Aufwände	61
4.3.5	Zusammenfassung der Tätigkeiten und Aufwände des Case Management	61

4.4	Einfluss der regelhaften Versorgung durch eine Ärztin / einen Arzt mit geriatrischer Qualifikation	63
4.4.1	Aufnahmeprozess und Aufwände	63
4.4.2	Aufwände während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes	65
4.4.3	Entlassprozess und Aufwände	75
4.4.4	Zusammenfassung der ärztlichen Tätigkeiten und Aufwände	75
4.5	Einfluss der pflegerischen Versorgung	76
4.5.1	Aufnahmeprozess und Aufwände	76
4.5.2	Aufwände während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes	79
4.5.3	Entlassprozess und Aufwände	85
4.5.4	Zusammenfassung der pflegerischen Tätigkeiten und Aufwände	85
4.6	Einfluss der rehabilitativen bzw. therapeutischen Ausrichtung	89
4.6.1	Aufwände während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes	89
4.6.2	Entlassprozess und Aufwände	91
4.6.3	Zusammenfassung der analysierten Tätigkeiten der Therapie	92
4.7	Einfluss auf die Arbeitsorganisation und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden	93
4.7.1	Qualifikation und Motivation der Befragten	94
4.7.2	Arbeitsorganisation	95
4.7.3	Arbeitszufriedenheit	102
4.7.4	Mögliche Effekte von multiprofessioneller Zusammenarbeit auf die Versorgung der Kurzzeitpflegegäste	105
4.8	Zufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer der Kurzzeitpflege	107
4.8.1	Beschreibung der Stichprobe	107
4.8.2	Versorgung während der Kurzzeitpflege und Organisation der Folgeversorgung	110
4.8.3	Zufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer mit der Kurzzeitpflege	112
4.8.4	Einschätzung des Wohlbefindens während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes	115
4.9	Wirksamkeit und Einfluss auf das Gesundheitsoutcome	117
4.9.1	Übersicht der miteinander in Zusammenhang stehenden Einflussfaktoren	118
4.9.2	Verbleib der Kurzzeitpflegegäste	120
4.9.3	Veränderungen im Gesundheitsoutcome	125
4.9.4	Zusammenfassung	135
5.	Diskussion und Schlussfolgerungen	137
5.1	Limitationen	143
6.	Anhang	146
6.1	Übersicht der Einrichtungsvariablen und Parameter zu Aufwänden vor Aufnahme	146
6.2	Übersicht der versorgungsbezogenen Parameter	151
6.3	Barthel-Index	174
6.4	Bradenskala zur Bewertung des Dekubitusrisikos	176

6.5	WHO-5-Well-Being-Index (Wohlbefinden)	178
6.6	Informationsschreiben und Datenschutz für die Kurzzeitpflegegäste (Einrichtung A)	179
6.7	Interviewleitfaden	182
6.8	Information, Datenschutz und Fragebogen der Nutzerinnen und Nutzer	185
7.	Literaturverzeichnis	194
	Abbildungsverzeichnis	8
	Tabellenverzeichnis	10

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Weichenstellerfunktion der Kurzzeitpflege	17
Abbildung 2:	Bundesweite Entwicklungen in der Kurzzeitpflege 1999 bis 2021 (Stichtag jeweils zum 15.12.)	18
Abbildung 3:	Vergleich der VZÄ nach Berufsgruppen und Einrichtungsart, Angaben in %, je Platz	41
Abbildung 4:	Vergleich der VZÄ nach Berufsgruppen und Einrichtungsart je Platz	42
Abbildung 5:	Hautdefekte zur Aufnahme bei den Interventions- und Vergleichsfällen, Angaben in %, Mehrfachnennung	45
Abbildung 6:	Einschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit der Kurzzeitpflegegäste nach Interventions- und Vergleichsfällen, Angaben in %	46
Abbildung 7:	Diagnosen laut Überleitungsbogen oder Arztbrief zur Aufnahme, nach Interventions- und Vergleichsfällen, Angaben in % der Fälle, Mehrfachantworten	54
Abbildung 8:	Inhalte der Aufwände des Case Management zur Planung und Organisation der Aufnahme, Angaben in %, Mehrfachnennung	57
Abbildung 9:	Beschaffungsaufwände während dem Kurzzeitpflegeaufenthalt, Angaben in %, Mehrfachnennung	58
Abbildung 10:	Inhalte der Planung der Versorgung während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes, Angaben in %, Mehrfachnennung	59
Abbildung 11:	Inhalte der multiprofessionellen Teamsitzungen, Angaben in %, Mehrfachnennung	60
Abbildung 12:	Netzwerk-tätigen durch das Case Management, Mehrfachnennung, Angaben in %	61
Abbildung 13:	Übersicht über vorliegende Heilmittelverordnungen zur Aufnahme, Angabe in %, Mehrfachnennungen	64
Abbildung 14:	Maßnahmen aufgrund des ärztlichen Aufnahmegesprächs, Angaben in %, Mehrfachnennung	65
Abbildung 15:	Übersicht der hinzugekommenen Diagnosen während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes, nach Interventions- und Vergleichsfällen, Angaben in % der Fälle, Mehrfachnennungen	66
Abbildung 16:	(Heilmittel-)Verordnungen während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes im Vergleich der Interventions- und Vergleichsfälle, Angaben in %, Mehrfachnennung	68

Abbildung 17:	Konsequenz aufgrund ärztlicher Visiten, nach Interventions- und Vergleichsfällen, Angaben in %, Mehrfachnennung	69
Abbildung 18:	Gründe für die Einweisung in die akutstationäre Versorgung, Angaben in %, Mehrfachnennung	70
Abbildung 19:	Pflegerische Aufwände vor der Aufnahme des Kurzzeitpflegegastes nach Interventions- und Vergleichsfällen, Angaben in %, Mehrfachnennung	77
Abbildung 20:	Pflegerische Aufwände am Aufnahmetag zur Organisation der Versorgung des Kurzzeitpflegegastes nach Interventions- und Vergleichsfällen, Angaben in %, Mehrfachnennung	78
Abbildung 21:	Beschaffungsaufwände während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes im Vergleich der Interventions- und Vergleichsfälle, Angaben in %, Mehrfachnennung	80
Abbildung 22:	Behandlungspflegerische Tätigkeiten nach Interventions- und Vergleichsfällen, Angaben in %, Mehrfachnennung	81
Abbildung 23:	Inhalte der pflegerischen Gespräche aufgrund des Kurzzeitpflegeaufenthaltes, nach Interventions- und Vergleichsfall, Angaben in %, Mehrfachnennung	83
Abbildung 24:	Anleitungsinhalte durch Pflegefachpersonen, nach Interventions- und Vergleichsfall, Angaben in %, Mehrfachnennung	84
Abbildung 25:	Zielerreichung der therapeutischen Maßnahmen zur Entlassung, Interventionsfälle, Angaben in %	91
Abbildung 26:	Gründe für die Nichterreichung der Ziele der therapeutischen Maßnahmen zur Entlassung der Interventionsfälle, Angaben in %	92
Abbildung 27:	Übersicht über die Themenschwerpunkte der Interviews (n = 24)	94
Abbildung 28:	Therapeutische Versorgung während der Kurzzeitpflege, Angaben in %	111
Abbildung 29:	Angaben zur Folgeversorgung nach Interventions- und Vergleichsfällen, Angaben in %	112
Abbildung 30:	Einschätzung der Nutzerinnen und Nutzer zur Zufriedenheit nach Interventions- und Vergleichsfällen, Angaben in %	113
Abbildung 31:	Zufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer zur Folgeversorgung nach Interventions- und Vergleichsfällen, Angaben in %	114
Abbildung 32:	Gesamtzufriedenheit mit dem Aufenthalt in der Kurzzeitpflege nach Interventions- und Vergleichsfällen, Angaben in %	114

Abbildung 33:	Veränderung im Wohlbefinden der Kurzzeitpflegegäste nach Interventions- und Vergleichsfällen, Angabe des Medians pro Item, Mittelwert des Summenscore	117
Abbildung 34:	Versorgungsform im Anschluss an die Kurzzeitpflege nach Interventions- und Vergleichsfällen, Angabe in %	121
Tabellenverzeichnis		
Tabelle 1:	Anzahl der Falldokumentationen von Kurzzeitpflegegästen	29
Tabelle 2:	Überblick über Kooperationen mit anderen Einrichtungen bzw. Akteuren (absolute Häufigkeit)	43
Tabelle 3:	Merkmale der Interventions- und Vergleichsfälle zur Aufnahme (Angaben in absoluten Häufigkeiten und %)	47
Tabelle 4:	Übersicht der Aufwände und Anzahl der Tätigkeiten des Case Management	62
Tabelle 5:	Medizinische Merkmale der Interventions- und Vergleichsfälle während dem Kurzzeitpflegeaufenthalt	72
Tabelle 6:	Übersicht der Aufwände und Anzahl der Tätigkeiten der Pflege im Vergleich der Interventions- und Vergleichsfälle	87
Tabelle 7:	Übersicht der Gesprächsaufwände der Therapie (nur Interventionsfälle)	93
Tabelle 8:	Stichprobenmerkmale der Nutzerinnen und Nutzer der Kurzzeitpflege nach Interventions- und Vergleichsfällen	108
Tabelle 9:	Übersicht der miteinander in Zusammenhang stehenden Variablen (nichtparametrische Korrelation)	118
Tabelle 10:	Logistische Regression zur Vorhersage der Entlassung in die Rehabilitation	122
Tabelle 11:	Logistische Regression zur Vorhersage der Entlassung in die Häuslichkeit	124
Tabelle 12:	Ergebnisse der Regressionsanalyse für Pflegeabhängigkeit (Barthel-Index)	126
Tabelle 13:	Multiple Regressionsanalyse zur Veränderung der Pflegeabhängigkeit (Barthel-Index)	127
Tabelle 14:	Ergebnisse der Regressionsanalyse für Dekubitusrisiko (Braden-Skala)	129
Tabelle 15:	Multiple Regressionsanalyse zur Veränderung des Dekubitusrisikos (Braden-Skala)	130
Tabelle 16:	Ergebnisse der Regressionsanalyse für Schmerzintensität (Schmerzskala 0 bis 10)	132

Tabelle 17:	Multiple Regressionsanalyse zur Veränderung der Schmerzintensität (Schmerzskala 0-10)	133
Tabelle 18:	Hautdefekte bei den Interventions- und Vergleichsfällen während des Kurzzeitpflegeaufenthalts, Angaben in %	134
Tabelle 19:	Einrichtungsvariablen und Aufwände vor Aufnahme	146
Tabelle 20:	Parameter und Messzeitpunkte der versorgungsbezogenen Parameter	151
Tabelle 21:	Barthel-Index	174

1. Abstrakt

Hintergrund: Die Sicherung der ambulanten pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung ist ein wesentliches gesundheitspolitisches Ziel. Kann die häusliche Pflege nach einer stationären Behandlung des Pflegebedürftigen, bei häuslichen Krisensituationen, z. B. bei Überlastung oder Erkrankung einer Pflegeperson, zeitweise nicht im erforderlichen Umfang sichergestellt werden, haben Pflegebedürftige Anspruch auf stationäre Kurzzeitpflege gemäß § 42 SGB XI. Somit weist der Gesetzgeber der Kurzzeitpflege eine zentrale Weichenstellerfunktion innerhalb der pflegerischen Versorgungskette zu, die an entscheidender Stelle, z. B. der poststationären Versorgung, angesiedelt ist. Das Land Baden-Württemberg fördert den Ausbau und die Weiterentwicklung von Angeboten der Kurzzeitpflege und reagiert damit auf die steigenden Bedarfe. Der Ausbau und die Weiterentwicklung von Angeboten der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg bilden u. a. einen der Schwerpunkte des „Innovationsprogramm Pflege“ im Förderjahr 2022. Ziel des vorliegenden Forschungsvorhabens war die Evaluation einer innovativen poststationären Kurzzeitpflege. Im Rahmen des auf 24 Monate angelegten Modellvorhabens wurden unterschiedliche Maßnahmen in einer solitären Kurzzeitpflegeeinrichtung implementiert und begleitend wissenschaftlich evaluiert. Dazu gehörten die Koordinierung der Versorgung mittels Case Management (inkl. der Etablierung multiprofessioneller Fallbesprechungen), eine regelhafte Versorgung durch eine Ärztin / einen Arzt mit geriatrischer Qualifikation, eine Versorgungsstruktur angegliedert an eine Rehabilitationseinrichtung sowie die Überprüfung eines Finanzierungsmodells für die nachhaltige Implementierung (nicht Teil des Evaluationsauftrages und nicht in diesem Bericht enthalten). Vergleichend wurden Daten weiterer solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg mit „konventioneller“ solitärer Kurzzeitpflege erhoben.

Methoden: In der Evaluation wurde ein Mixed-Methods-Ansatz verfolgt. Es wurden versorgungsbezogene Parameter in einem 12monatigen Zeitraum mittels einer standardisierten Datenerhebung in drei Einrichtungen mit solitärer Kurzzeitpflege quantitativ erfasst. Das Instrument zur Erfassung der Parameter wurde als Online-Tool (App) entwickelt. Zur Untersuchung der Nachhaltigkeit und Umsetzbarkeit der implementierten Maßnahmen wurden Mitarbeitende der solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen interviewt. Zudem wurden Paper-Pencil Befragungen in den solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen bei den Nutzerinnen und Nutzern der Kurzzeitpflege bzw. bei kognitiv eingeschränkten Nutzerinnen und Nutzern der An- und Zugehörigen durchgeführt.

Die Ergebnisse der standardisierten Datenerhebung und der Paper-Pencil Befragung wurden mittels der Statistiksoftware SPSS Version 23.0 analysiert und deskriptiv (Mittelwert, Median und die Standardabweichung (SD)) ausgewertet. Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden Gruppenvergleiche mittels statistischer Tests durchgeführt. Zur Berechnung signifikanter Unterschiede wurden die folgenden statistische Verfahren angewendet: t-Test, Chi-Quadrat-Test und Pois-

son-Regression. Mit Hilfe einer Korrelationsmatrix wurden bivariate Zusammenhänge untersucht und anschließend Regressionsanalysen zur Überprüfung der Forschungsfragen durchgeführt. Zum einen wurden für die Ergebnisparameter (Pflegeabhängigkeit, Dekubitusrisiko und Schmerzintensität) Varianzanalysen mit Messwiederholungen durchgeführt, um zu untersuchen, ob es signifikante Unterschiede zwischen verschiedenen Messzeitpunkten (Aufnahme und Entlassung) sowie zwischen den Interventions- und Vergleichsfällen gab. Um zu überprüfen, ob die verschiedenen Interventionen der innovativen poststationären Kurzzeitpflege, wie bspw. regelhafte ärztliche Versorgung und Case Management, das Gesundheitssoutcome beeinflussen, wurden multiple Regressionsanalysen durchgeführt. Um den Einfluss der verschiedenen Interventionen der innovativen poststationären Kurzzeitpflege auf die Wahrscheinlichkeit einer Entlassung entweder in eine Rehabilitationseinrichtung oder in die Häuslichkeit zu analysieren, wurden abschließend logistische Regressionsanalysen durchgeführt.

Die systematisierte Auswertung der Interviews erfolgte mit Hilfe von MAXQDA 2022 sowie angelehnt an die qualitativ orientierte kategoriengeleitete Textanalyse (qualitative Inhaltsanalyse). Dazu wurde zunächst anhand des Interviewleitfadens deduktiv ein Kategoriensystem mit Haupt- und Subkategorien festgelegt.

Ergebnisse: Insgesamt wurden im Rahmen der vorliegenden Evaluation $n = 233$ Interventionsfälle und $n = 130$ Vergleichsfälle sowie in Summe über alle drei Einrichtungen hinweg 6.964 Versorgungstage dokumentiert und analysiert. Zudem wurden $n = 24$ Interviews durchgeführt und $n = 192$ Fragebögen von Kurzzeitpflegegästen ausgewertet. Die Interventionseinrichtung verfügt über $n = 15$ und die Vergleichseinrichtungen über $n = 36$ solitäre Kurzzeitpflegeplätze. Die Verweildauer der Gäste der Interventionseinrichtung war im Mittel 21,0 Tage und in den Vergleichseinrichtungen 15,9 Tage. Der Unterschied zwischen den Gruppen ist statistisch signifikant (p -Wert: $< 0,001$, zweiseitig). Die meisten Gäste waren in der Altersgruppe der 75-84 Jährigen (Interventionseinrichtung: 36,1%; Vergleichseinrichtungen: 40,0 %) gefolgt von der Altersgruppe der 85-89 Jährigen (35,6% und 26,2 %) und weiblich (73,4 % und 72,3 %). Pflegegrad 2 war der am häufigsten vertretene (37,3 % und 33,8 %) gefolgt von Pflegegrad 3 (22,7 % und 24,6 %). Im Vergleich war der Anteil der Interventionsfälle, bei denen ein Pflegegrad beantragt ist, mit 26,6 % höher als bei den Vergleichsfällen (11,5 %). Bei den Vergleichsfällen gab es einen höheren Anteil an Kurzzeitpflegegästen mit (noch) keinem Pflegegrad bzw. Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V (5,6 % und 20,8 %).

Auf Grundlage der vorliegenden Ergebnisse zur Wirksamkeit der innovativen poststationären Kurzzeitpflege im Vergleich zur konventionellen Kurzzeitpflege ergeben sich folgende zentrale Erkenntnisse:

- ◆ Es wurden signifikante Unterschiede in der Pflegeabhängigkeit und Schmerzintensität zwischen den Interventions- und Vergleichsfällen festgestellt, jedoch keine signifikanten Unterschiede im Dekubitusrisiko.

- ◆ Eine geringere Selbstständigkeit war mit einer höheren Pflegeabhängigkeit bei Aufnahme sowie einem höheren Bedarf an ärztlichen Interventionen verbunden. Im Gegensatz dazu war eine Reduktion der Pflegeabhängigkeit mit einer längeren Verweildauer, einem niedrigeren Dekubitusrisiko und einer höheren Anzahl an multiprofessionellen Teamsitzungen assoziiert.
- ◆ Gäste mit längerer Verweildauer und solche, die in der innovativen poststationären Kurzzeitpflege im Vergleich zur konventionellen Kurzzeitpflege versorgt wurden, wiesen tendenziell ein höheres Dekubitusrisiko auf.
- ◆ Die innovative poststationäre Kurzzeitpflege und eine höhere Schmerzintensität bei Aufnahme sind mit einer signifikanten Reduktion der Schmerzintensität verbunden. Eine höhere Schmerzintensität war mit einer längeren Verweildauer und mit einem höheren Bedarf an Interventionen im Case Management assoziiert.
- ◆ 76,4 % der Interventionsfälle und 75,4 % der Vergleichsfälle wurden in die anvisierte Nachversorgung entlassen.
- ◆ Gäste mit einem Rehabilitationspotenzial bei Aufnahme haben eine 153-fach höhere Wahrscheinlichkeit, in eine Rehabilitationseinrichtung entlassen zu werden. Zudem erhöht sich die Chance auf eine Entlassung in die Rehabilitation um 17,0 % mit jeder zusätzlichen therapeutischen Maßnahme und bei einer höheren Selbstständigkeit bei Entlassung.
- ◆ Gäste mit höherer Selbstständigkeit bei Entlassung und jüngere Altersgruppe haben eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, in die Häuslichkeit entlassen zu werden.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass die innovative poststationäre Kurzzeitpflege im Vergleich zur konventionellen Kurzzeitpflege Vorteile in Bezug auf die Pflegeabhängigkeit, Schmerzintensität und Entlassung in die Rehabilitation bietet. Case Management, multiprofessionelle Teamsitzungen und die therapeutische Ausrichtung sind dabei wesentliche Einflussfaktoren. Hinsichtlich der Entlassung in die Rehabilitation und Häuslichkeit sowie des Dekubitusrisikos konnte jedoch kein signifikanter Unterschied in den Modellen nachgewiesen werden.

Diskussion und Schlussfolgerungen: Die Erkenntnisse der vorliegenden Evaluation bestätigen die Ergebnisse aus vorherigen Forschungsprojekten und offenbart erneut die hohen Aufwände (in der Organisation, Koordination, (Behandlungs-)Pflege, Medizin und Therapie) in der Versorgung von poststationären Kurzzeitpflegegästen. Die Ergebnisse bestätigen, dass die koordinierte Versorgung mittels Case Management, multiprofessionellen Fallbesprechungen, regelhafter ärztlicher Versorgung und der therapeutischen Ausrichtung einen Einfluss auf das Gesundheitssoutcome der Kurzzeitpflegegäste und die Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung oder Häuslichkeit hat. Vor allem die multiprofessionellen

Fallbesprechungen zeigten z. T. große Effekte. Das macht deutlich, dass das Zusammenspiel der unterschiedlichen Komponenten der innovativen Versorgungsform: Einsatz des Case Management, regelhafte ärztliche Versorgung, Angliederung an eine Rehabilitationseinrichtung und bedarfsgerechte therapeutische Versorgung von besonderer Relevanz ist. Auch die Analyse der Befragung der Nutzerinnen und Nutzer der Kurzzeitpflege zeigte positive Auswirkungen. Zum einen wurde ein erhöhtes Sicherheitsgefühl aufgrund der Versorgung durch die unterschiedlichen Berufsgruppen wahrgenommen. Die höher frequentierte und frühzeitige ärztliche Versorgung, die höher frequentierte therapeutische Versorgung und die Planung und Koordination der Folgeversorgung durch das Case Management waren dafür wesentliche Einflussfaktoren. Das Wohlbefinden steigerte sich zwar unabhängig der Gruppen, allerdings mit + 16,9 % zu + 11,5 % mehr bei den Interventionsfällen. Zusammenfassend kann aber geschlussfolgert werden, dass eine hohe Zufriedenheit mit dem Aufenthalt in der Kurzzeitpflege unabhängig der Gruppen bestand.

Die Ergebnisse der Evaluation sind wie folgt zusammenzufassen:

- ◆ Die Versorgung in der poststationären Kurzzeitpflege zeigte hohe organisatorische Aufwände bereits vor der Aufnahme (u. a. Organisation und Kommunikation mit einweisenden Institutionen, Überleitungs- und Belegungsmanagement, Klärung der Finanzierung, Organisation der Versorgung).
 - ◆ Beim Case Management zeigten sich die meisten Aufwände aufgrund der Planung der Aufnahme der Kurzzeitpflegegäste, der Beratungsgespräche, der Planung und Organisation der (Folge-)Versorgung sowie Netzwerkaktivitäten und den multiprofessionellen Fallbesprechungen.
 - ◆ Die Auswirkungen des Case Management sind zusammenfassend die Verbesserung der koordinierten Versorgung von Aufnahme bis zur Entlassung, die Steigerung der Versorgungsqualität und die Erhöhung der Zufriedenheit des Personals und der Nutzenden.
 - ◆ Die durchschnittliche Anzahl der medizinischen Leistungen pro Gast war in der Interventionseinrichtung dreimal so hoch, was auf eine umfassendere medizinische Versorgung hindeutet.
 - ◆ Die Auswirkungen der regelhaften ärztlichen Versorgung sind zusammenfassend eine geringere Rate an Einweisungen und Überweisungen (auch in die akutstationäre Versorgung), die Reduktion der Medikation, häufigere gesundheitliche Verbesserungen bei den Kurzzeitpflegegästen, effizientere Versorgungsprozesse durch die Einleitung notwendiger Maßnahmen (u. a. Behandlungspflege) und Therapien.
 - ◆ Die therapeutische Ausrichtung und Angliederung an eine Rehabilitationseinrichtung fördert das Rehabilitationspotenzial und den Übergang in eine Anschlussrehabilitation.
-

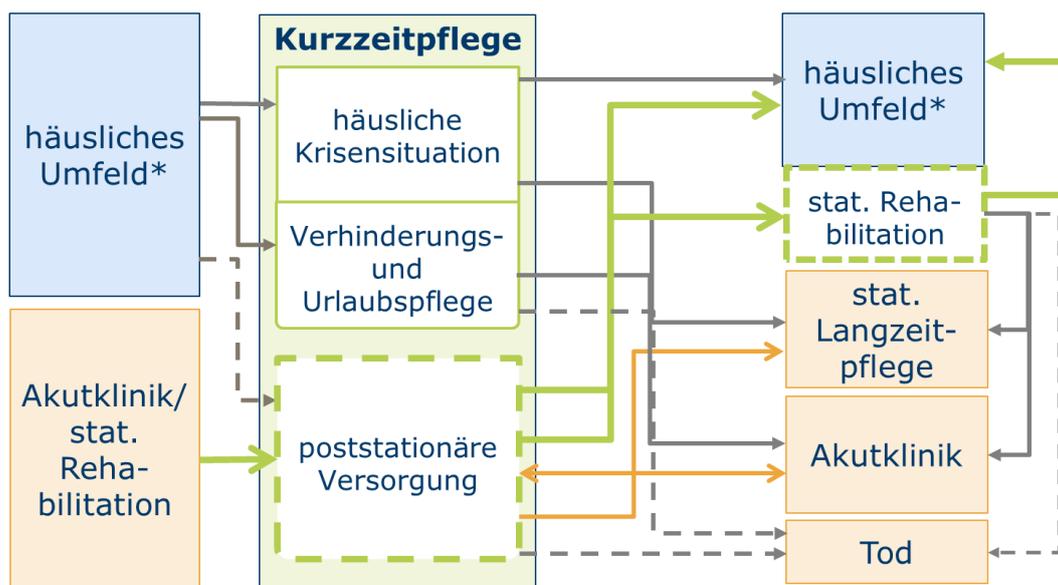
- ◆ Die Effekte auf das Gesundheitsoutcome der Kurzzeitpflegegäste der innovativen poststationären Kurzzeitpflege im Vergleich zur konventionellen Kurzzeitpflege sind:
 - geringere Pflegeabhängigkeit,
 - geringere Schmerzintensität,
 - höhere Wahrscheinlichkeit der Entlassung in die Rehabilitation sowie
 - geringere akutstationäre Einweisungen und Reduktion der Medikation.
 - ◆ Case Management, multiprofessionelle Teamsitzungen und die therapeutische Ausrichtung sind in den statistischen Modellen die wesentlichen Einflussfaktoren der Intervention.
-

2. Hintergrund und Ziele

Die Sicherung der ambulanten pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung ist ein wesentliches gesundheitspolitisches Ziel. Daher werden für zu Hause versorgte Pflegebedürftige im Rahmen der Pflegeversicherung sogenannte ergänzende Leistungen gewährt – die teilstationäre Tages- und Nachtpflege sowie Kurzzeit- und Verhinderungspflege. Kann die häusliche Pflege nach einer stationären Behandlung des Pflegebedürftigen, bei häuslichen Krisensituationen, z. B. bei Überlastung oder Erkrankung einer Pflegeperson, zeitweise nicht im erforderlichen Umfang sichergestellt werden, haben Pflegebedürftige Anspruch auf stationäre Kurzzeitpflege gemäß § 42 SGB XI.

Somit weist der Gesetzgeber der Kurzzeitpflege eine zentrale Weichenstellfunktion (Deckenbach, 2016) innerhalb der pflegerischen Versorgungskette zu, die an entscheidender Stelle, z. B. der poststationären Versorgung, angesiedelt ist.

Abbildung 1: Weichenstellfunktion der Kurzzeitpflege



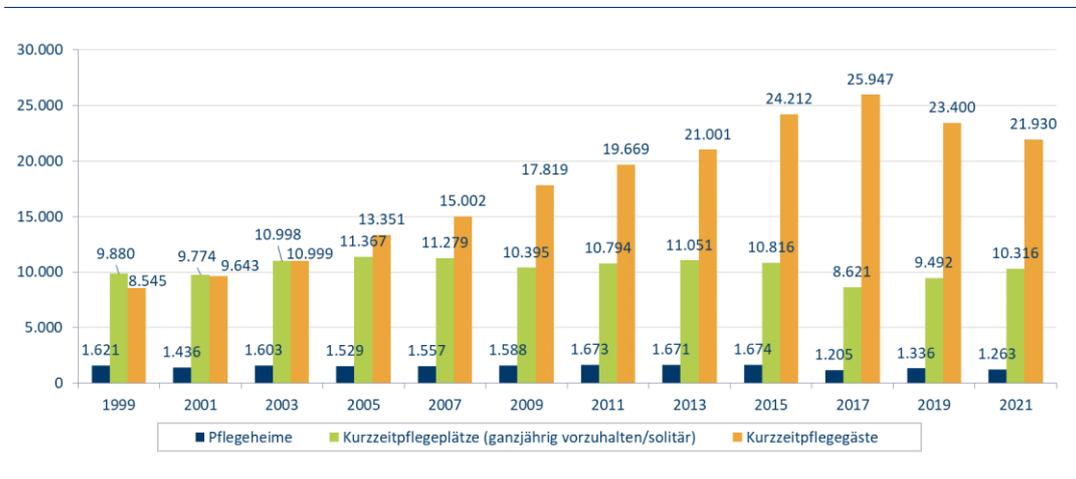
Quelle: IGES, modifiziert nach Deckenbach 2016

Die poststationäre Kurzzeitpflege stellt eine besondere pflegerische Versorgungsform dar, die sich deutlich von der stationären Langzeitpflege und der konventionellen Kurzzeitpflege (Urlaubs- und Verhinderungspflege) unterscheidet: Kurzzeitpflegegäste in der nachklinischen Versorgung haben im Vergleich einen wesentlich höheren medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Versorgungsbedarf. Weiterhin muss im Rahmen des zeitlich begrenzten Aufenthaltes für diese Kurzzeitpflegegäste ein hoher Anteil an Koordinierungs-, Abstimmungs- und Beratungsleistungen erbracht werden, da die Folgeversorgung zum Teil noch nicht geklärt ist.

Im bundesweiten Vergleich zeigt sich, dass die Anzahl der Pflegeeinrichtungen mit Kurzzeitpflegeangeboten (eingestreuete Plätze, ganzjährig vorzuhaltende/solitäre

Plätze) abnimmt (Abbildung 2). Waren es im Jahr 2015 noch 1.674 Pflegeeinrichtungen mit 10.816 vollstationären Kurzzeitpflegeplätzen, haben im Jahr 2021 nur noch 1.263 Einrichtungen insgesamt 10.316 vollstationäre Kurzzeitpflegeplätze angeboten (Rothgang & Müller, 2019; Statistisches Bundesamt, 2022). Im Gegensatz zu den Vorjahren verzeichnet die Anzahl der ausschließlich für die Kurzzeitpflege vorgehaltenen Plätze (ganzjährig vorzuhalten/solitär) einen Rückgang von rund 11.000 auf 8.621 im Jahr 2017 (ebd.). Seitdem ist ein Aufwärtstrend hinsichtlich der Platzzahlen zu beobachten (ebd.), was zum einen Resultat der hohen Nachfrage und zum anderen u. a. aufgrund vielfältiger Fördermaßnahmen und Bestrebungen des Bundes und der Länder sein könnte.

Abbildung 2: Bundesweite Entwicklungen in der Kurzzeitpflege 1999 bis 2021 (Stichtag jeweils zum 15.12.)



Quelle: IGES, auf Grundlage von (Rothgang & Müller, 2019, 79f.; Statistisches Bundesamt, 2022)

Die Weiterentwicklung und Stärkung der Kurzzeitpflege, vor allem des Ausbaus der bedarfsgerechten solitären Kurzzeitpflege, rückt mit dem aktuellen Koalitionsvertrag 2021 auch in den politischen Fokus.

*„Bei der pflegerischen Versorgung vor Ort räumen wir den Kommunen im Rahmen der Versorgungsverträge verbindliche Mitgestaltungsmöglichkeiten ein. Wir unterstützen den bedarfsgerechten Ausbau der Tages- und Nachtpflege sowie **insbesondere der solitären Kurzzeitpflege**.“ (SPD, BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN, FDP, 2021)*

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

*„Leistungen wie die **Kurzzeit- und Verhinderungspflege** fassen wir in einem unbürokratischen, transparenten und flexiblen **Entlastungsbudget mit Nachweispflicht** zusammen, um die häusliche Pflege zu stärken und auch Familien von Kindern mit Behinderung einzubeziehen.“ (SPD, BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN, FDP, 2021)*

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

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

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

Das Land Baden-Württemberg fördert den Ausbau und die Weiterentwicklung von Angeboten der Kurzzeitpflege und reagiert damit auf die steigenden Bedarfe. Unter anderem wurde zur Thematik eine Studie in Auftrag gegeben, um den Status quo, die Bedarfe (auch prognostiziert bis zum Jahr 2030) sowie die Weiterentwicklungsmöglichkeiten zu untersuchen (Hahnel, Braeseke et al., 2023; Hahnel, Pörschmann-Schreiber et al., 2023). Der Ausbau und die Weiterentwicklung von Angeboten der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg bilden u. a. einen der Schwerpunkte des „Innovationsprogramm Pflege“ im Förderjahr 2022. Ziel ist es, Pflegende zu entlasten und Menschen mit einem pflegerischen Betreuungsbedarf möglichst lange in der eigenen Häuslichkeit versorgen zu können. Insbesondere Pflegeeinrichtungen mit einer rehabilitativen Ausrichtung sollen von der Förderung profitieren. Einbezogen werden zudem Kriterien wie:

- ◆ die räumliche Ausstattung der Einrichtungen,
- ◆ die Bedarfsgerechtigkeit der Angebote für demenziell erkrankte Personen und besondere Personengruppen, wie bspw. jüngere Pflegebedürftige oder Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund sowie
- ◆ die konzeptionelle Einbindung von Bürgerinnen und Bürgern aus der Nachbarschaft.

Weiterhin werden Projekte mit neuartigen und innovativen Pflegekonzepten gefördert, die das Ziel verfolgen, die Versorgungsqualität im Land zu verbessern. Fokussiert wird hierbei die Projektbegleitung und nachhaltige Implementierung (Staatsministerium Baden-Württemberg, 2021).

2.1 Entwicklungsperspektiven

Ein Ansatzpunkt zur Weiterentwicklung ist demnach die anlassbezogene Ausrichtung des Kurzzeitpflegeangebotes. Beispielsweise könnte die Verhinderungspflege bzw. sogenannte „Urlaubspflege“ aufgrund der Verhinderung der Pflegeperson nach § 39 SGB XI vorrangig in Einrichtungen der stationären Dauerpflege mit Kurzzeitpflegeangebot angesiedelt sein. Während Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI (Kurzzeitpflege nach häuslicher Krisensituation oder Krankenhausaufenthalt) aufgrund der zusätzlichen Aufwände in der ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Versorgung (vor allem der behandlungspflegerischen Versorgung) der Kurzzeitpflegegäste in der solitären Kurzzeitpflege mit:

- ◆ Anbindung an (geriatrische) Rehabilitationseinrichtungen,
- ◆ therapeutischem und ärztlichem Personal sowie
- ◆ Case Management zur Steuerung und Koordinierung der Versorgung¹

¹ Die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e. V. definiert den Begriff des Case Managements wie folgt: „[...] ist eine Verfahrensweise in Humandiensten und ihrer Organisation zu dem Zweck, bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung,

erfolgen sollte.

Die Vorteile und das Potenzial der anlassbezogenen Ausrichtung und zum Teil auch bedarfsgerechten Spezialisierung in der Kurzzeitpflege wurden auch in der aktuellen Studie zur Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg gezeigt (Hahnel, Braeseke et al., 2023; Hahnel, Pörschmann-Schreiber et al., 2023; Hahnel et al., 2024).

Darüber hinaus gibt es Hinweise zur Wirksamkeit der rehabilitativen Kurzzeitpflege, welche die Leistungen der konventionellen Kurzzeitpflege mit zusätzlichen rehabilitativen Maßnahmen kombiniert (Bauer et al., 2024; Frankenhauser-Mannuß et al., 2024). In der kürzlich veröffentlichten REKUP-Studie erhielten die Kurzzeitpflegegäste neben der Grundpflege auch therapeutische Maßnahmen, die auf die Verbesserung der funktionellen Fähigkeiten abzielen (ebd.). Rehabilitative Kurzzeitpflege findet in Rehabilitationseinrichtungen statt, die über die notwendige Infrastruktur verfügen und in denen multiprofessionelle Teams mit pflegerischen und therapeutischen Kompetenzen tätig sind. Die Kurzzeitpflegegäste müssen nicht von einer Kurzzeitpflegeeinrichtung in eine Rehabilitationseinrichtung wechseln, wodurch das Risiko von Schnittstellenproblemen und Informationsverlusten verringert werden soll. Die Vorteile dieser Versorgungsform sind laut Studienergebnissen vielfältig und u. a.: [1] reduzierte Transporte und Transfers, [2] verbesserte Gesundheitsergebnisse (u. a. durch die therapeutischen Maßnahmen), [3] Reduzierung medizinischer Komplikationen (z. B. Rückgang medizinischer Komplikationen und frühzeitiger Wiedereinweisungen ins Krankenhaus), [4] Unterstützung für häusliche Pflegearrangements und Erhöhung der Rückkehrquote in die Häuslichkeit, [5] hohe Zufriedenheit bei den Kurzzeitpflegegästen und [6] Verringerung der Inanspruchnahme von Leistungen nach SGB V und SGB XI (Bauer et al., 2024; Frankenhauser-Mannuß et al., 2024). Diesen evidenzbasierten Hinweisen stehen allerdings Limitationen der Studie gegenüber, weshalb eine Wirksamkeit nicht abschließend festgestellt werden konnte. Die Validität und Zuverlässigkeit der Ergebnisse ist u. a. aufgrund der geringen Stichprobengröße (z. T. durch Auswirkungen der COVID-19 Pandemie als auch den Ein- und Ausschlusskriterien), der schwachen Effektgrößen und der geringen statistischen Aussagekraft über alle Untersuchungsgruppen hinweg eingeschränkt (Frankenhauser-Mannuß et al., 2024). Das bedeutet, dass es weiterer Untersuchungen, mit größeren Stichproben, bedarf, um die Wirksamkeit und Auswirkungen der rehabilitativen Kurzzeitpflege (auch um die Kosten besser ins Verhältnis zu den klinischen Outcomes zu setzen) nachzuweisen.

Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen. Der Handlungsansatz ist zugleich ein Programm, nach dem Leistungsprozesse in einem System der Versorgung und in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens effektiv und effizient gesteuert werden können“ (DGCC Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management, 2012).

2.2 Versorgung im multiprofessionellen Team

Das Setting der solitären Kurzzeitpflege zeichnet sich als Tätigkeitsbereich mit hohen Anforderungen an das Personal aus. Kurze Verweildauern der Gäste erfordern in erhöhtem Maße eine Flexibilität des Personals – vorangegangene Studien zeigen, dass diese im Vergleich höher ist als in der Versorgung von Dauerpflegegästen in der stationären Langzeitpflege. Das Aufgabenspektrum bspw. der Pflegefachpersonen erstreckt sich über pflegerische Tätigkeiten der Grund- und vor allem Behandlungspflege hinaus auch auf die Klärung und Koordinierung der weiteren Versorgung.

Nach dem Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz (WTPG) sowie der Landespersonalverordnung (LPersVO, in der Fassung vom 07. Dezember 2015) gilt, dass in stationären Pflegeeinrichtungen sowohl die Zahl der Beschäftigten als auch die persönliche und fachliche Eignung für die Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner beziehungsweise Kurzzeitpflegegäste ausreichend sein müssen (§ 10 Abs. 3 Satz 3 WTPG; § 2 Abs. 2 LPersVO). Unterstützende, pflegende und sozial betreuende Tätigkeiten dürfen nur durch Fachkräfte beziehungsweise unter der angemessenen Beteiligung von Fachkräften erbracht werden (§ 7 Abs. 1 LPersVO). Die Kurzzeitpflege anbietende Einrichtung muss für körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuung sowie Unterkunft und Verpflegung bezüglich ihrer fachlichen Qualifikation geeignete Kräfte bereitstellen. Fachkräfte sind zudem für die fachliche Anleitung von Hilfs- und angelernten Kräften verantwortlich. Sicherzustellen sind Einarbeitungskonzepte sowie Fort- und Weiterbildungen für Beschäftigte in der Pflege und Leitungskräfte. Durch den Einrichtungsträger ist ein schriftlicher Fortbildungsplan zu erstellen, in dem alle Mitarbeitenden entsprechend ihrer individuellen Notwendigkeiten einzubeziehen sind (Abschnitt 2.4.1 und 2.4.2 der Maßstäbe und Grundsätze in der Kurzzeitpflege). Unabhängig davon muss die Einrichtung über eine qualifizierte Leitungsfunktion verfügen.

Formelle Unterschiede beispielsweise bezüglich der Qualifikation des Pflegefachpersonals in der Versorgung von Kurzzeit- und Dauerpflegegästen bestehen nicht. Rechtliche Vorgaben zur Beschäftigung oder zum Einsatz therapeutischen Personals im Rahmen der Kurzzeitpflege existieren für die Einrichtungen ebenfalls nicht.

Der Einsatz multiprofessioneller Versorgungsteams in der Versorgung von Pflegebedürftigen – und demnach auch in der Versorgung von poststationären Kurzzeitpflegegästen, aufgrund der oftmals medizinischen und therapeutischen Bedarfe – zeigt sich international als vorteilhaft hinsichtlich der Gesundheitsoutcomes bei den Betroffenen (z. B. mittels multiprofessioneller Teams und/oder Case Management). Auch national werden die Forderungen für eine sektorenübergreifende Finanzierungsgrundlage deutlich, die ebenfalls eine Vergütung multiprofessioneller Versorgungsteams, insbesondere in der Kurzzeitpflege, ermöglicht (Bressau et al., o. J.).

Im Folgenden werden u. a. aus diesen Gründen die Notwendigkeiten des Einsatzes bzw. der erweiterten Tätigkeitsbereiche unterschiedlicher Berufsgruppen als multiprofessionelles Team in der Versorgung poststationärer Kurzzeitpflegegäste in der solitären Kurzzeitpflege skizziert.

2.2.1 Ärztliche Versorgung

Der ärztlichen Versorgung in der poststationären Kurzzeitpflege kommt in mehrfacher Hinsicht eine besondere Bedeutung zu:

- ◆ eine solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtung, die sich auf nachklinische Versorgungen spezialisiert hat, hat ein relativ großes Einzugsgebiet, das mit den Einzugsgebieten der kooperierenden Krankenhäuser korrespondiert,
- ◆ die meisten Kurzzeitpflegegäste dieser spezialisierten Versorgungsform haben daher keine Möglichkeit, sich von ihrem eigenen Hausarzt betreuen zu lassen und benötigen einen fachlich versierten Arzt vor Ort,
- ◆ Kurzzeitpflegegäste, die nach einem Klinikaufenthalt aufgenommen werden, haben einen hohen Bedarf einer zeitnahen, strukturierten ärztlichen Aufnahmeuntersuchung, welche u. a. folgendes inkludiert:
 - zeitnahes Erfassen von Akut- und Komorbiditäten und der oft komplexen Multimedikation mit den hieraus resultierenden Behandlungskonsequenzen,
 - prüfen und verordnen der erforderlichen Medikation,
 - orientierendes Erfassen von funktionellen Defiziten und Ressourcen auf somatischer, psychischer und sozialer Ebene,
 - verordnen der erforderlichen Behandlungspflege, ggf. mit Einweisung der Pflegekräfte,
 - verordnen der notwendigen Heilmittel (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie),
 - abschätzen der individuellen medizinischen Risiken der Kurzzeitpflegegäste und Beratung der Pflegekräfte zu den entsprechenden Überwachungsbedürfnissen.

In der nachklinischen Kurzzeitpflegeversorgung sind nicht selten gesundheitliche Krisen zu verzeichnen. Durch den schnellen und effektiven Einsatz einer Ärztin / eines Arztes in der Kurzzeitpflege besteht das Potenzial Rückverlegungen in ein Krankenhaus zu vermeiden, die Inanspruchnahme der Akutversorgung zu verringern oder aber auch durch frühzeitigere Rückverlegungen lebensbedrohliche Komplikationen und/oder risikoreiche Notfallbehandlungen abzuwenden.

Darüber hinaus bietet die Betreuung der Kurzzeitpflegegäste durch eine/-n reha-bilitationserfahrene/-n Ärztin bzw. Arzt die Perspektive Rehabilitationspotenziale

und -bedarfe frühzeitiger zu erkennen und die nahtlose Überleitung in eine Rehabilitationsbehandlung einzuleiten (z. B. stationäre geriatrische Rehabilitation, mobile geriatrische Rehabilitation).

2.2.2 Spezialisierte pflegerische Versorgung

Eine spezialisierte pflegerische Versorgung von Kurzzeitpflegegästen nach Krankenhausbehandlung ist integraler Bestandteil des Versorgungskonzepts der modellhaften Implementierung. Als besondere Anforderung in der solitären Kurzzeitpflege ist die rehabilitative Pflege mit Vernetzung ins multiprofessionelle Team. Darüber hinaus sind die folgenden Anforderungen der spezialisierten (behandlungs-)pflegerischen Anforderungen zu nennen:

- ◆ Prävention (inkl. Hautassessment, Dekubitusprophylaxe)
- ◆ fachlich anspruchsvolle Wundversorgungen,
- ◆ Versorgung von Kathetern, Sonden und Stomata,
- ◆ Schmerzmanagement,
- ◆ Ernährungsmanagement,
- ◆ gerontopsychiatrische Pflege,
- ◆ palliative Pflege.

2.2.3 Therapeutische Behandlung

Durch das Setting einer solitären Kurzzeitpflege an einer Rehabilitationsklinik ist es möglich den Kurzzeitpflegegästen sehr rasch nach der Aufnahme, die ärztlich verordneten Therapien zu bieten. Hierzu können gehören:

- ◆ Physiotherapie (ggf. physikalische Therapie)
- ◆ Stimm-, Sprech-, Sprach-, Schlucktherapie,
- ◆ Ergotherapie,
- ◆ Ernährungstherapie,
- ◆ Podologie.

Dieser multiprofessionelle Behandlungsansatz ist die ergänzende Basis für die Option der Überleitung in eine Rehabilitationsbehandlung, aber auch für die Vorbereitung der Entlassung in den häuslichen Bereich. Darüber hinaus kann die multiprofessionelle Therapie während der Kurzzeitpflege die Funktionsfähigkeit und damit die langfristige Teilhabefähigkeit der Pflegebedürftigen verbessern und ggf. den Pflegebedarf erhalten oder verringern, auch bei einem notwendigen Übergang in die Dauerpflege.

2.2.4 Case Management

Case Management leistet zur Umsetzung komplexer Versorgungsprozesse, mittels eines logisch strukturierten Verfahrensablaufs, die fallbezogene Koordinierung der Versorgung und baut gleichzeitig verbindliche Kooperationsbeziehungen in der Region auf. Die Involvierung mehrerer Akteure in die Versorgung von Personen mit komplexen Problemlagen bedingt, dass die Leistungen sowie deren Anbieter koordiniert und aufeinander abgestimmt werden müssen (Woodtly, 2006). In der Versorgung von Kurzzeitpflegegästen bedeutet dies einerseits die Zusammenführung aller Versorgungsangebote auf regionaler Ebene und die Umsetzung einer übergeordneten Versorgungssteuerung durch Einbindung aller am Versorgungsgeschehen beteiligten Akteure. Andererseits ein innerhalb der Kurzzeitpflegeeinrichtung optimiertes Fallmanagement.

Die Notwendigkeit eines umfassenden Case Managements in der Versorgung älterer, chronisch kranker sowie pflegebedürftiger Personen ist international Standard und wird seit einigen Jahren von vielen Akteuren, unterstützt durch die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, auch in Deutschland gefordert (Braeseke et al., 2018). Im Rahmen des Modellvorhabens der innovativen poststationären Kurzzeitpflege wurde über die übliche Pflegeanamnese hinaus bei jedem Kurzzeitpflegegast eine Analyse der Versorgungssituation und der Ressourcen zu folgenden Aspekten durchgeführt:

- ◆ Informationen über die Erkrankungen und aktuelle medizinische Probleme im Kontext einer möglichen Anschlussversorgung,
 - ◆ Status der Alltagsfähigkeiten,
 - ◆ Ernährungszustand und Potentiale der Selbstversorgung,
 - ◆ Kommunikationsfähigkeit und Kognition,
 - ◆ Ziele einer therapeutischen Behandlung,
 - ◆ Status der vorhandenen bzw. verordneten Hilfsmittel und deren aktuelle Nutzung,
 - ◆ Zusammenführung der Einschätzungen des therapeutischen Teams zur Identifizierung eines möglichen Rehabilitationsbedarfs,
 - ◆ Ermittlung der häuslichen Pflege- und Versorgungssituation vor dem Akutereignis,
 - ◆ Ermittlung der Ziele und Erwartungen des Kurzzeitpflegegastes und seiner An- und Zugehörigen an den Aufenthalt in der Kurzzeitpflege,
 - ◆ Ermittlung der Ziele und Erwartungen des Kurzzeitpflegegastes und seiner An- und Zugehörigen im Hinblick auf die weitere Versorgung nach der Kurzzeitpflege,
-

- ◆ Einschätzung der sozialen Teilhabemöglichkeiten und Organisation von unterstützenden Hilfen (ehrenamtlicher und/oder professioneller Art) bei anstehender Entlassung.

2.2.5 Multiprofessionelle Fallbesprechungen

Weiterhin wurden zur Erhöhung der Versorgungsqualität multiprofessionelle Fallbesprechungen etabliert, dabei fanden u. a. folgende Berufsgruppen Berücksichtigung: Ärztinnen bzw. Ärzte, Therapeutinnen bzw. Therapeuten, Case Managerin bzw. Manager sowie professionell Pflegende. Inhalt der multiprofessionellen Fallbesprechungen waren die umfassende Erfassung und Evaluation der gesundheitlichen Situation und der (Folge-) Versorgung der Kurzzeitpflegegäste. Individuelle Entwicklungen der Gäste wurden im Verlauf evaluiert und bei Bedarf Ziele angepasst. Durch den Einbezug verschiedener Professionen wurde zudem eine ganzheitliche Betrachtung der Bedarfe der Gäste ermöglicht. Die Fallbesprechungen wurden von der Case Managerin bzw. dem Case Manager koordiniert.

2.3 Ziele der Evaluation der innovativen poststationäre Kurzzeitpflege

Ziel des vorliegenden Forschungsvorhabens war die Evaluation einer innovativen poststationären Kurzzeitpflege. Im Rahmen des auf 24 Monate angelegten Modellvorhabens wurden folgende Maßnahmen in einer solitären Kurzzeitpflegeeinrichtung implementiert und begleitend wissenschaftlich evaluiert:

- ◆ Koordinierung der Versorgung mittels Case Management (inkl. der Etablierung multiprofessioneller Fallbesprechungen),
- ◆ Regelmäßige Versorgung durch eine Ärztin / einen Arzt mit geriatrischer Qualifikation,
- ◆ Versorgungsstruktur angegliedert an eine Rehabilitationseinrichtung sowie
- ◆ Überprüfung eines Finanzierungsmodells für die nachhaltige Implementierung (nicht Teil des Evaluationsauftrages und nicht in diesem Bericht enthalten).

Vergleichend wurden Daten weiterer solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg mit „konventioneller“ solitärer Kurzzeitpflege erhoben.

3. Methoden

In folgendem Kapitel sind das Setting, die Ergebnisparameter sowie die durchgeführten Datenerhebungen und Analysen dargestellt.

3.1 Vorbereitende Maßnahmen und Studienprotokoll

Zeitnah nach Zuschlagserteilung im Juni 2022 begannen die vertraglichen Zusammenschlüsse zwischen dem Zuwendungsempfänger, der Bad Sebastiansweiler GmbH sowie dem Evaluationsbeauftragten, der IGES Institut GmbH (IGES). Nach Vertragsschluss wurde mit den Projektpartnern Bad Sebastiansweiler und IGES ein Kick-off (online via MS Teams) durchgeführt. Zusätzlich wurde durch IGES eine weitere Projektinitialisierung mit den Mitarbeitenden der Evangelischen Heimstiftung (EHS), welche die Interviewdurchführung im Projekt verantworteten durchgeführt.

Für einen sicheren Datenaustausch zwischen allen beteiligten Institutionen (auch mit den Vergleichseinrichtungen) wurde eine Kollaborationsplattform durch die IGES Institut GmbH eingerichtet. Auf diese passwortgesicherte Datenaustauschplattform hatten ausschließlich autorisierte Personen Zugriff.

Im Anschluss an die Kick-off Veranstaltungen hat IGES mit der Erstellung des Studienprotokolls begonnen. In mehreren Abstimmungsmeetings zwischen den Projektteams von Bad Sebastiansweiler GmbH, der EHS und dem IGES wurde dieses Studienprotokoll finalisiert und diente als Grundlage für die Entwicklung der Datenerhebungsinstrumente. Das finale Studienprotokoll mit der Versionsnummer 4.0 ist vom 17. Februar 2023.

3.2 Rekrutierung der Vergleichseinrichtungen

Die Bemühungen zur Rekrutierung von Vergleichseinrichtungen wurden im Anschluss an die Kick-off Veranstaltung durch IGES aufgenommen. Erste Gespräche mit potenziellen Vergleichseinrichtungen fanden im September 2022 statt. Insgesamt hat IGES $n = 192$ Kurzzeitpflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg zur Beteiligung an der Studie eingeladen. Eine dieser Einrichtungen (Einrichtung B) wurde im Dezember 2022 erfolgreich rekrutiert. Da diese Einrichtung nur $n = 6$ solitäre Kurzzeitpflegeplätze vorhält wurde entschieden eine weitere Einrichtung zu suchen. Die initial angeschriebenen Kurzzeitpflegeeinrichtungen wurden sukzessive erneut kontaktiert (via Email und teilweise telefonische Kontaktaufnahme). Nachdem dieser Prozess erfolglos verlaufen ist, wurde im Rahmen der ersten Projektbeiratssitzung die Strategie abgestimmt, mit Hilfe eines Unterstützungsschreibens vom Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg und Kontakthinweisen zu solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen durch die Projektbeiratsmitglieder weitere Einladungen im Februar 2023 zu verschicken. Über diese Vorgehensweise konnte schlussendlich Einrichtung C, mit insgesamt $n = 30$ solitären Kurzzeitpflegeplätzen, im März 2023 erfolgreich rekrutiert werden.

3.3 Setting und Zielgruppen

In den nachfolgenden Abschnitten werden die in der Evaluation einbezogenen Zielgruppen als auch analysierten Fallzahlen beschrieben.

3.3.1 Beschreibung der Einrichtungen

Die Daten wurden in drei stationären Einrichtungen mit solitärer Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg erhoben. Die Einrichtungen sind im Folgenden mit „A“, „B“ und „C“ deklariert – Einrichtung A (Bad Sebastiansweiler) stellt dabei die zu evaluierende Einrichtung dar, Einrichtungen B und C sind die Vergleichseinrichtungen. Alle Einrichtungen verfügen über solitäre Kurzzeitpflegeplätze und versorgen poststationär.

Einrichtung A ist die Modelleinrichtung, mit einer bestehenden Versorgungsstruktur angegliedert an eine geriatrische Rehabilitationseinrichtung, welche folgende Maßnahmen im Modellvorhaben implementiert hat:

- ◆ Koordinierung und Steuerung der Versorgung mittels Case Management (inkl. der Etablierung multiprofessioneller Fallbesprechungen),
- ◆ Regelmäßige Versorgung durch eine Ärztin / einen Arzt mit geriatrischer Qualifikation,
- ◆ Versorgung in einem multiprofessionellen Team mit zielgerichtetem Einsatz von Therapeutinnen und Therapeuten.

Einrichtungen B und C sind die Vergleichseinrichtungen ebenfalls mit solitärer Kurzzeitpflege, jedoch ohne die in Einrichtung A implementierten Maßnahmen und dem multiprofessionellen Team. Dafür verfügt die Vergleichseinrichtung B im Gegensatz zu den anderen beiden solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen über ein externes Belegungsmanagement und ist an eine Akutklinik angegliedert.

3.3.2 Beschreibung der Zielgruppen und Fallzahlen

3.3.2.1 Kurzzeitpflegegäste

Zielgruppe für die Untersuchung waren alle Kurzzeitpflegegäste in den Einrichtungen, die im Anschluss an eine Klinikbehandlung nicht ins häusliche Umfeld entlassen werden konnten (nach § 42 SGB XI; § 39c SGB V). Hervorzuheben dabei ist, dass keine Einschränkungen hinsichtlich der Indikation, Altersgruppe und Pflegebedarfe vorgenommen wurden. Ausgeschlossen von der Datenerhebung wurden per Definition Kurzzeitpflegegäste der Urlaubs- und Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI).

Durch die pragmatische und explorative Herangehensweise wurde keine klassische Fallzahlberechnung vorgenommen, sondern anhand der Anzahl der Fälle in Einrichtung A des Jahres 2021 kalkuliert. Über den Zeitraum der Erhebungsphase wurden daher folgende Annahmen der zu erreichenden Fallzahlen vorgenommen:

- ◆ Einrichtung A (Modelleinrichtung) n = 320 Fälle
- ◆ Einrichtungen B und C (Vergleichseinrichtungen) n = 200 Fälle.

Unter der Annahme das 75,0 % der Fälle den Einschlusskriterien entsprechen wurden in

- ◆ Einrichtung A (Modelleinrichtung) n = 240 Fälle und
- ◆ Einrichtungen B und C (Vergleichseinrichtungen) n = 151 Fälle erwartet.

Aufgrund der fortwährenden Pandemiesituation als auch den Personalengpässen kam es z. T. zu Abweichungen in der Fallzahl. Zum Monitoring wurden regelmäßige Telefonate mit den Einrichtungen und Sichtungen der Anzahl der dokumentierten Fälle in der Datenbank durch IGES vorgenommen. Um eine möglichst große Fallzahl zu erreichen, starteten die Datenerhebungen angepasst an die Möglichkeiten der Einrichtungen, wodurch es zu unterschiedlich langen Erhebungszeiträumen² kam:

- ◆ Einrichtung A: 06.03.2023 (Dauer: 11,75 Monate)
- ◆ Einrichtung B: 22.03.2023 (Dauer: 11,25 Monate)
- ◆ Einrichtung C: 01.07.2023 (Dauer: 8 Monate)

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Anzahl der in die Analyse der Evaluation eingegangenen Falldokumentationen der drei Einrichtungen.

Tabelle 1: Anzahl der Falldokumentationen von Kurzzeitpflegegästen

Einrichtung	kalkulierte Anzahl an Fällen (n)	zu erwartende Fälle (n) **	erreichte Fälle (n)	Zielerreichungsgrad, %
A	320	240	233	97,1
B	34*	26	71	+173,1
C	166*	125	59	47,2
SUMME	520	391	363	92,8

Quelle: IGES

Anmerkung: *Aufteilung der geplanten 200 Fälle anhand der Platzzahl der Einrichtung B (6 Plätze) und C (30 Plätze)

** unter der Annahme das 75,0 % der Fälle den Einschlusskriterien entsprechen

Insgesamt wurden im Rahmen der vorliegenden Evaluation n = 233/240 (97,1 %) Interventionsfälle und n = 130/151 (86,1 %) Vergleichsfälle analysiert.

Um die Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer einzubeziehen, wurden diese bzw. deren (pflegende) An- und Zugehörige mittels Paper-Pencil Befragung befragt. Wenn möglich und je nach kognitiver Fähigkeit der Nutzenden der Kurzzeitpflege,

² Diese Unterscheide wurden in den statistischen Analysen berücksichtigt

sollten alle zum Erhebungszeitpunkt anwesenden Kurzzeitpflegegäste bzw. deren An- und Zugehörige auf den Fragebogen aufmerksam gemacht werden und zur Teilnahme eingeladen werden. Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig, die Ansprache zur Teilnahme erfolgte jeweils über die Einrichtungen. Insgesamt wurden n = 55 Fragebögen aus Einrichtung A sowie n = 137 Fragebögen aus den Vergleichseinrichtungen (B+C) analysiert.

3.3.2.2 Mitarbeitende der Kurzzeitpflegeeinrichtungen

Um die Durchführbarkeit und Nachhaltigkeit des Modellvorhabens zu untersuchen wurden qualitative leitfadengestützte Interviews zu zwei Zeitpunkten (Beginn der Datenerhebung, April-Mai 2023 sowie zum Ende der Datenerhebung, Januar-Februar 2024) in allen Kurzzeitpflegeeinrichtungen durchgeführt. Zielgruppe der Interviews waren:

- ◆ Pflegefachpersonen,
- ◆ Leitungsperson der Einrichtung,
- ◆ Zusätzlich in Einrichtung A: ärztliches, therapeutisches Personal und die Case Managerin / der Case Manager.

Insgesamt wurden n = 24 Interviews geführt. Die Verteilung der Interviews wurde, aufgrund des sich unterscheidenden Personalmix der teilnehmenden Einrichtungen, wie folgt durchgeführt:

- ◆ Einrichtung A: 2 Pflegefachpersonen, 1 Leitungsperson, 1 Ärztin/Arzt, 1 Therapeutin/Therapeut, 1 Case Managerin/Case Manager;
- ◆ Einrichtung B und C: 8 Pflegefachpersonen, 2 Leitungspersonen.

3.4 Ergebnisparameter und Erhebungsinstrumente

Die Ergebnisparameter sind in den folgenden Abschnitten, bezogen auf die Datenerhebungsinstrumente, detailliert dargestellt. Es wurden keine Unterscheidungen zwischen primären und sekundären Endpunkten definiert.

3.4.1 Erfassung der versorgungsbezogenen Parameter

In einem 12-monatigen Zeitraum wurden versorgungsbezogene Parameter zu den Gästen der solitären Kurzzeitpflege in den drei Einrichtungen erfasst. Das Instrument zur Erfassung der Parameter wurde als Online-Tool (App) von IGES entwickelt und technisch umgesetzt (siehe auch Abschnitt 3.4.1.3).

Die zu erhebenden Variablen zu versorgungsbezogenen Daten wurden mit einem möglichst pragmatischen Ansatz gewählt. Das heißt, die Erhebung sollte so wenig, wie möglich zusätzlichen Aufwand in den Einrichtungen hervorheben, weil sie möglichst auf bereits bestehende Dokumentationen zurückgreift. Dazu wurden in

einem ersten Schritt, die Blanko-Dokumentationsbögen der beteiligten Berufsgruppen der Interventionseinrichtung gescreent³. In einem weiteren Schritt wurden Variablen definiert, welche aus wissenschaftlicher Expertise und bereits vorliegender Evidenz benötigt werden, um die Forschungsfragen zu beantworten. Darüber hinaus flossen Erkenntnisse aus einer durch die IGES Institut GmbH kürzlich durchgeführten Studie zur Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg ein. In dieser Studie wurde bereits mit stationären Langzeitpflegeeinrichtungen mit Kurzzeitpflegeangebot eine tägliche Datenerhebung und Dokumentation zu Kurzzeitpflegegästen durchgeführt. Die Praktikabilität der Datenerhebung wurde mit Einrichtung A abschließend in einem mehrstufigen Prozess abgestimmt und reflektiert. Die Datenerhebung wurde jeweils durch die entsprechenden an der Versorgung beteiligten Personen mittels passwortgesicherten Zugang zur App in den Einrichtungen durchgeführt.

3.4.1.1 Parameter und Messzeitpunkte

Im Datenerhebungszeitraum waren unterschiedliche Messzeitpunkte definiert. Zum einen gab es Daten, welche nur einmalig je Einrichtung bzw. je Kurzzeitpflegegast erhoben wurden (z. B. zur Aufnahme oder Entlassung). Zum anderen wurden Daten täglich, bspw. zu durchgeführten Tätigkeiten, erhoben bzw. dokumentiert (ärztlich, pflegerisch, therapeutisch oder durch das Case Management). Diese täglichen Daten wurden einmal/Tag erfasst und nicht bspw. pro Schicht. Darüber hinaus wurden allgemeine Einrichtungsvariablen erhoben (bspw. Personalausstattung, weitere strukturelle Bedingungen, Kooperationsvereinbarungen mit andern Akteuren). Daten zur Verweildauer (in Tagen) und z. B. Häufigkeiten der ärztlichen Visiten, Case Management-Tätigkeiten und/oder Therapien (wenn verordnet) wurden anhand der Verlaufsdocumentation pro Gast analysiert, um den Umfang an zu erhebenden Parametern möglichst gering zu halten.

In Anhang 6.1 sind die Variablen, Ausprägungen, Quellennachweise (mittels Fußnoten, z. B. zu bestehenden validen Erhebungsinstrumenten, wenn vorhanden) und Messzeitpunkten zusammenfassend dargestellt. Die Parameter sind in der Tabelle thematisch zugeordnet, was nicht definiert, dass „pflegerische Parameter“ nicht auch durch die Case Managerin bzw. den Case Manager erhoben wurden.

3.4.1.2 Pseudonymisierung, Information und Datenschutz

Zur Wahrung des Datenschutzes wurden ausschließlich pseudonymisierte Daten an die IGES Institut GmbH übermittelt. Die Daten wurden ausschließlich zum Zweck des Projektes verarbeitet und nicht an Dritte übermittelt. Die Parteien haben darüber hinaus einen Vertrag zur Auftragsdatenverarbeitung geschlossen. Die Einrichtungen führten eine zugriffsgesicherte Pseudonymisierungsliste mit:

³ Zum Zeitpunkt der Entwicklung der Erhebungsinstrumente konnte noch keine Vergleichseinrichtung rekrutiert werden, sodass deren Dokumentationsroutinen nicht in die Entwicklung einfließen konnten.

- ◆ Namen und Geburtsdatum des Gastes,
- ◆ zugewiesener fortlaufender ID sowie
- ◆ der Information, dass der Gast die Information und Datenschutzhinweisen zum Projekt und der Möglichkeit jederzeit ohne Angabe von Gründen der Datenerhebung und -verarbeitung widersprechen zu können, erhalten hat.

Diese Liste verbleibt in den Einrichtungen und wird zu keinem Zeitpunkt an die IGES Institut GmbH oder weiteren Dritten gegeben.

Die Kurzzeitpflegegäste erhielten ein Informationsschreiben zum Projekt (exemplarisch für Einrichtung A siehe Anhang 6.6) inklusive Information über die Verwendung der Daten und zugehörige Datenschutzhinweise. Das Informationsschreiben erläutert den Hintergrund des Projektes, betitelt die Förderer sowie die Verantwortlichen und Ansprechpersonen. Die Datenschutzerklärung gibt Auskunft darüber, welche Daten erhoben und in welcher Weise genutzt werden. Beide Dokumente verblieben beim Kurzzeitpflegegast. Die Kurzzeitpflegegäste hatten jederzeit die Möglichkeit der Verarbeitung der Daten zum Zwecke des Projektes abzulehnen. Daraus entstand den Kurzzeitpflegegästen zu keinem Zeitpunkt ein Nachteil.

3.4.1.3 Technische Umsetzung des Online-Tools, Monitoring und Support

Das Online-Tool zur Datenerfassung wurde von IGES konzeptioniert und im Rahmen von Abstimmungsmeetings mit Einrichtung A weiterentwickelt. Voraussetzung zur Nutzung des Tools war das Vorhandensein eines der folgenden Browser: Edge, Mozilla Firefox, Google Chrome. Eine Nutzung über den Internet Explorer wurde technisch nicht unterstützt. Der Zugang zum Online-Tool wurde über einen Link bereitgestellt, über den man sich mit einer E-Mail-Adresse und einem selbst gewählten Passwort registrieren konnte. Nach der einmaligen Registrierung konnten sich die an der Versorgung Beteiligten mit den Registrierungsdaten (E-Mail-Adresse und Passwort) anmelden und anschließend die Eingaben vornehmen. Eintragungen in der Online-Erfassung wurden möglichst von einer bis maximal zwei Personen (pro Berufsgruppe) vorgenommen. Das Online-Tool hatte zudem die Funktion, ein neues Passwort zu vergeben bzw. dieses zu ändern, falls es vergessen wurde oder verloren gegangen sein sollte. Die Anzahl der Anmeldungen sowie die Verifikation der Zugriffsberechtigung auf das Tool wurde durch IGES geprüft.

In der technischen Umsetzung wurde das Tool so programmiert, dass für die unterschiedlichen Professionen separate Eingabemasken bestanden (modularer Aufbau). Die Datenmasken für jeden Kurzzeitpflegegast wurden zusammenhängend erstellt, sodass Eintragungen aller Berufsgruppen einsehbar sind. Die einzelnen Datenfelder hatten Drop-Down-Funktionen zur Auswahl der jeweils zutreffenden Ausprägung der Variablen. Freitextfelder waren zusätzlich für den Fall eingerichtet, wenn vorab keine Antwortoptionen kategorisiert werden konnte.

Vor Durchführung der Datenerhebungen wurde ein Pre-Test in Einrichtung A durchgeführt. Dieser diente dazu, die Praktikabilität sowie die Datenqualität zu erhöhen. Im Anschluss wurden mittels eines beschreibbaren PDF Rückmeldungen zur Praktikabilität, Funktionalität als auch zu ergänzenden Daten bei den Testern erhoben und darauf basierend Anpassungen im Online-Tool vorgenommen. Vor Start der Datenerhebungen wurden die Mitarbeitenden in den Einrichtungen umfassend durch IGES zum Online-Tool geschult und erhielten schriftliche Informationen in Form eines Manuals. Die Datenerhebungen wurden anschließend direkt in den Kurzzeitpflegeeinrichtungen durchgeführt und auch auf Aktualität und Praktikabilität regelmäßig durch die Einrichtungen überprüft.

Zur Erhöhung der Datenqualität und Vollständigkeit wurde durch IGES im Rahmen des Monitorings wöchentlich der Datentransfer und die Vollständigkeit der Daten überprüft. IGES wies die Einrichtungen monatlich auf fehlende Daten mittels Newsletter hin und führte in regelmäßigen Abständen Telefonate mit den Einrichtungen, um ggf. Problematiken bei der Datenerhebung rechtzeitig zu identifizieren und zu beheben. Zudem wurden Plausibilitätschecks in der Datenbank in regelmäßigen Abständen durchgeführt. Der Newsletter betitelte konkret die Gast-ID sowie die zu überprüfenden Daten um den Nachbearbeitungsaufwand in den Einrichtungen so gering wie möglich zu halten. Darüber hinaus bestand während des gesamten Zeitraumes der Datenerhebung die Möglichkeit IGES zu kontaktieren. Der technische Support wurde in der Zeit von Mo – Fr 08:00 – 16:30 telefonisch bereitgestellt. Eine Kontaktaufnahme via Email war jederzeit möglich.

3.4.1.4 Auswertung

Die Auswertung der erhobenen Daten wurde unter Einhaltung der Datenschutzgrundverordnung durchgeführt. Zur strukturierten Auswertung wurde vorab ein statistischer Analyseplan (SAP) erstellt. Die Ergebnisse wurden mittels der Statistiksoftware SPSS Version 23.0 analysiert und deskriptiv (Mittelwert, Median und die Standardabweichung (SD)) ausgewertet. Hierbei wurden unter Berücksichtigung des Skalenniveaus für alle Variablen die Häufigkeiten und prozentuale Anteile sowie für ordinale Variablen die Mediane berechnet. Bei metrischen Variablen wurden ergänzend die Mittelwerte und die Dispersionsmaße betrachtet. Aufbauend auf der deskriptiven Betrachtung des Datenmaterials folgt der analytische Teil der Auswertung. Dabei gelten Ergebnisse als statistisch signifikant, wenn der p-Wert $\leq 0,05$ ist. Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden Gruppenvergleiche mittels statistischer Tests durchgeführt. Zur Berechnung signifikanter Unterschiede wurden die folgenden statistische Verfahren angewendet: t-Test, Chi-Quadrat-Test und Poisson-Regression. In einem nächsten Schritt wurden mit Hilfe einer Korrelationsmatrix bivariate Zusammenhänge untersucht und anschließend Regressionsanalysen zur Überprüfung der Forschungsfragen durchgeführt. Zum einen wurden für die Ergebnisparameter (Pflegeabhängigkeit, Dekubitusrisiko und Schmerzintensität) Varianzanalysen mit Messwiederholungen durchgeführt, um zu untersuchen, ob es signifikante Unterschiede zwischen verschiedenen Messzeit-

punkten (Aufnahme und Entlassung) sowie zwischen den Interventions- und Vergleichsfällen gab. Diese Methode ermöglicht es, die Veränderungen in den Ergebnisparametern im Zeitverlauf unter Berücksichtigung der Gruppenunterschiede zu analysieren (Döring & Bortz, 2016). Als Maß für die Effektstärke wurde das partielle Eta-Quadrat (η^2) verwendet, das den Anteil der erklärten Varianz angibt. Ein η^2 -Wert von 0,01 gilt als kleiner Effekt, 0,06 als mittlerer Effekt und 0,14 als großer Effekt (Cohen, 1988).

Um zu überprüfen, ob die verschiedenen Interventionen der innovativen poststationären Kurzzeitpflege, wie bspw. regelhafte ärztliche Versorgung und Case Management, das Gesundheitsoutcome beeinflussen, wurden multiple Regressionsanalysen durchgeführt. Die Merkmale Altersgruppe, Geschlecht, Aufnahmeanlass, Hauptzuweisungsgrund sowie Verweildauer wurden als Confounder berücksichtigt. Der Regressionskoeffizient zeigt die Stärke und die Richtung des Einflusses eines bestimmten Faktors auf das Gesundheitsoutcome an. Gemäß Cohen (1988) werden diese Effekte anhand des standardisierten Regressionskoeffizienten in drei Kategorien eingeteilt: gering (0,1), moderat (0,3) und stark (0,5). Die Qualität der Modelle wurde nach den Vorgaben von Cohen (1988) beurteilt.

Um den Einfluss der verschiedenen Interventionen der innovativen poststationären Kurzzeitpflege auf die Wahrscheinlichkeit einer Entlassung entweder in eine Rehabilitationseinrichtung oder in die Häuslichkeit zu analysieren, wurden abschließend logistische Regressionsanalysen durchgeführt. Zur Beurteilung der Modellgüte wurde Nagelkerke's R^2 verwendet (Backhaus et al., 2006). Darüber hinaus wurden Odds Ratio (OR) berechnet. Diese beschreiben die Stärke des Zusammenhangs zwischen den Einflussfaktoren und dem Ereignis und werden wie folgt interpretiert:

- ◆ $OR < 1$: Der Einflussfaktor verringert die Wahrscheinlichkeit für das Ereignis, z. B. bedeutet eine OR von 0,7 eine 30 % geringere Wahrscheinlichkeit für eine Entlassung in die Reha/Häuslichkeit.
- ◆ $OR > 1$: Der Einflussfaktor erhöht die Wahrscheinlichkeit für das Ereignis, z. B. bedeutet eine OR von 1,5 eine 50 % höhere Wahrscheinlichkeit für eine Entlassung in die Reha/Häuslichkeit.
- ◆ $OR = 1$: Der Einflussfaktor hat keinen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit des Ereignisses.

Zudem wird jeweils der 95%-Konfidenzintervall angegeben, welche den Bereich angibt, in dem mit 95%iger Wahrscheinlichkeit erwartet wird, dass der wahre OR dort liegt. D. h., wiederholt man die Erhebung 100 mal, würde der OR in 95 Fällen in diesem Bereich liegen.

Für die Durchführung der verschiedenen statistischen Verfahren wurden vorab die jeweiligen Voraussetzungen, wie z. B. Normalverteilung der Outcome-Variable je Gruppe, überprüft.

3.4.2 Erfassung von Einrichtungsvariablen und Aufwänden vor Aufnahme des Kurzzeitpflegegastes

Zur Beschreibung der Einrichtungen und Untersuchung der Vergleichbarkeit der Vergleichseinrichtungen wurden einmalig einrichtungsbezogene Daten, welche im Anhang 6.1 nachzuvollziehen sind erhoben. Die Variablen wurden mit einer einheitlich strukturierten und programmierten Excel-Eingabemaske erhoben. Die Einrichtungen wurden zudem zum Ende der 12monatigen Datenerhebungsphase gebeten, die Angaben auf Aktualität zu überprüfen.

Zur Erfassung der verwalterischen und organisatorischen Aufwände in den Einrichtungen vor Aufnahme des Kurzzeitpflegegastes wurden je Einrichtung Daten mit einer einheitlich strukturierten und programmierten Excel-Eingabemaske erfasst. Eine Übersicht ist in Anhang 6.1 nachzuvollziehen. Um die Dokumentationsaufwände möglichst gering zu halten, wurden die Einrichtungen A und C gebeten exemplarisch monatlich $n = 10$ bzw. in Einrichtung B aufgrund der geringen Platzzahl $n = 5$ Kurzzeitpflegegäste zu dokumentieren.

Die Auswertung beider Erhebungen erfolgte deskriptiv mit Excel.

3.4.3 Interviews von Mitarbeitenden

Zur Untersuchung der Nachhaltigkeit und Umsetzbarkeit der implementierten Maßnahmen wurden Mitarbeitende der solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen interviewt. Darüber werden Perspektiven der Pflegefachpersonen, der versorgenden Ärztin/Ärzte (nur Einrichtung A), des therapeutischen Personals (nur Einrichtung A), der Case Managerin / des Case Managers (nur Einrichtung A) und der Einrichtungsleitungen erhoben.

3.4.3.1 Konzeption des Interviewleitfadens

Zur Durchführung der Interviews wurde zunächst ein Interviewleitfaden durch IGES unter enger Abstimmung und Mitwirkung der EHS und Einrichtung A entwickelt. Die Fragestellungen der Interviews unterschieden sich inhaltlich z. T. aufgrund der modellhaften Ausrichtung in Einrichtung A im Vergleich zu den Vergleichseinrichtungen B und C. Dabei wurden zwar ähnliche Themenbereiche fokussiert, allerdings mit inhaltlich unterschiedlicher Formulierung.

Folgende Themenbereiche waren Inhalt des Leitfadens:

- ◆ Allgemeines zur Person (z. B. Erfahrungshintergrund bzw. Berührungspunkte mit dem Thema Kurzzeitpflege in der täglichen Arbeit)
- ◆ Arbeitsorganisation (z. B. Einrichtung A: Änderung der Arbeitsorganisation durch das multidisziplinäre Team, Verschiebung von Verantwortlichkeiten, erlebte Ent- bzw. Belastungen aufgrund der veränderten Arbeitsorganisation, Hemmnisse und Erfolgsfaktoren; Einrichtung B: Notwendigkeiten und Wünsche hinsichtlich der Veränderung der Arbeits-

organisation, hinzuziehende bzw. bestehende Professionen zur Zusammenarbeit, vermutete Ent- bzw. Belastungen durch Änderungen in der Arbeitsorganisation, Einschätzung zur Notwendigkeit eines multidisziplinären Ansatzes)

- ◆ Arbeitszufriedenheit (z. B. erlebte Ent- bzw. Belastungen (u. a. durch Einführung der modellhaften Strukturen in Einrichtung A), förderliche Faktoren zum Erhalt/Steigerung der Arbeitszufriedenheit, auch im Kontext der Veränderung der Arbeitsorganisation)
- ◆ Effekte bei den Kurzzeitpflegegästen (z. B. Veränderungen in der Versorgungsqualität, vermutete/beobachtete Zufriedenheit).

Der vollständige Leitfaden ist in Anhang 6.7 dieses Berichtes nachzuvollziehen.

3.4.3.2 Durchführung

Information, Einverständnis und Datenschutzerklärung wurden von IGES zur Verfügung gestellt und durch die Erklärung der EHS ergänzt. Die Terminvereinbarung und Abstimmung mit den Teilnehmenden sowie die Durchführung der Interviews wurde von der EHS gesteuert. Der Zugang zu Teilnehmenden wurde über die Einrichtungsleitungen hergestellt. Interessierte Mitarbeitende konnten sich freiwillig bei den jeweiligen Einrichtungsleitungen melden und wurden anschließend an die EHS weitergeleitet.

Vor Durchführung der Interviews wurden die Teilnehmenden über Sinn und Zweck der Studie sowie datenschutzrechtliche Aspekte aufgeklärt. Dazu wurde den Teilnehmenden eine schriftliche Einverständniserklärung mit Informationen zur Studie ausgehändigt. Die Teilnahme an den Interviews war freiwillig. Nachdem die Teilnehmenden die Einverständniserklärung unterzeichnet und an die EHS rückgesendet hatten, wurden die Interviews telefonisch/digital über MS Teams durchgeführt und mit einem Tonaufnahmegerät bzw. über MS Teams aufgezeichnet. Die Tonaufnahmen wurden anschließend zur Auswertung an IGES über einen passwortgesicherten Server übermittelt und transkribiert. Die Interviews hatten einen zeitlichen Umfang von 30-45 Minuten.

3.4.3.3 Auswertung

Die Auswertung erfolgte pseudonymisiert und unter Einhaltung der Datenschutzgrundverordnung. Wenn keine Pseudonymisierung erfolgen konnte (z. B., weil anhand der Fachgruppe ein klarer Rückschluss zur Person möglich ist), wurde die/der Teilnehmende darüber aufgeklärt und um explizite Zustimmung gebeten. Die systematisierte Auswertung erfolgte mit Hilfe von MAXQDA 2022 sowie angelehnt an die qualitativ orientierte kategoriengeleitete Textanalyse (qualitative Inhaltsanalyse). Dazu wurde zunächst anhand des Interviewleitfadens deduktiv ein Kategoriensystem mit Haupt- und Subkategorien festgelegt. Nach einer ersten Sichtung des verschriftlichten Materials wurde das Kategoriensystem mit induktiv gebilde-

ten Kategorien ergänzt und verdichtet. Anschließend wurden die einzelnen Textsegmente der Interviews inhaltlich den entsprechenden Haupt- beziehungsweise Subkategorien zugeordnet. Die inhaltliche Auswertung und Darstellung erfolgte mittels der zusammengefassten Themenkomplexe (Hauptkategorien), in welche die jeweiligen thematisch zugehörigen Subkategorien inkludiert sind.

3.4.4 Befragung der Nutzerinnen und Nutzer der Kurzzeitpflege

Der Einsatz einer kontinuierlichen ärztlichen und therapeutischen Versorgung könnte bei den Pflegebedürftigen zu verbesserten Gesundheitsoutcomes führen. Damit ist eine Steigerung des Wohlbefindens und ggf. der Lebensqualität zu erwarten. Zudem kann durch das optimierte Fallmanagement des innovativen Versorgungsansatzes zur Entlastung pflegender An- bzw. Zugehöriger beitragen. Aus diesen Gründen wurden Paper-Pencil Befragungen in den solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen bei den Nutzerinnen und Nutzern der Kurzzeitpflege bzw. bei kognitiv eingeschränkten Nutzerinnen und Nutzern der An- und Zugehörigen durchgeführt.

3.4.4.1 Konzeption des Fragebogens

Die Entwicklung des Fragebogens erfolgte auf Basis der umfangreichen Erfahrungen des Projektteams aus anderen Forschungsprojekten in der (Kurzzeit-)Pflege sowie in enger Abstimmung mit Einrichtung A. Der Fragebogen enthält neben hauptsächlich Ankreuzoptionen auch Freitextfelder (siehe Anhang 6.8). Der Fragebogenentwurf wurde vor Finalisierung einem Pretest u. a. durch die Patientenvertretungen des Projektbeirats unterzogen und anschließend auf Basis der Rückmeldungen überarbeitet. Inhalte waren neben soziodemografischen Angaben (Altersgruppe, Geschlecht, Pflegegrad):

- ◆ Gründe/Anlass für die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege (u. a. akute gesundheitliche Verschlechterung der pflegebedürftigen Person, im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung der pflegebedürftigen Person),
- ◆ Bisherige und folgende Versorgungssituation (u. a. selbstständig, durch einen ambulanten Pflegedienst (ggf. in Zusammenarbeit mit An- und Zugehörigen), allein durch pflegende An- und Zugehörige (zum Beispiel An- und Zugehörige/Freunde/Nachbarn))
- ◆ Fragen zum Wohlbefinden,
- ◆ Fragen zur Zufriedenheit mit der Versorgung und der Organisation der Folgeversorgung.

Die Beantwortung des Fragebogens konnte mit Hilfe der An- und Zugehörigen und/oder Mitarbeitenden der Kurzzeitpflegeeinrichtung erfolgen.

3.4.4.2 Durchführung

Die Teilnehmenden wurden zu Beginn der Befragung über datenschutzrechtliche Aspekte informiert, über Sinn und Zweck des Forschungsvorhabens aufgeklärt und um die informierte Zustimmung gebeten. Um eine hohe Teilnahmequote zu erreichen, wurde der Fragebogen den Einrichtungen als Ausdruck für die papierbasierte Verteilung zur Verfügung gestellt. Die Verteilung der Fragebögen und damit der Zugang zu dieser Personengruppe erfolgte aus datenschutzrechtlichen Gründen über die Mitarbeitenden der Kurzzeitpflegeeinrichtungen. Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig. Es entstanden den Befragten keine Nachteile, wenn sie den Fragebogen nicht ausfüllten. Die Befragung fand anonym statt. Es ist kein Rückschluss auf die Person möglich. Die ausgefüllten Fragebögen wurden in den Einrichtungen verwaltet und gesammelt an IGES mittels eines bereitgestellten frankierten Rückumschlag zurückgeschickt.

3.4.4.3 Auswertung

Die Fragebögen wurden anonym und gemäß den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen ausgewertet. Die Angaben in den zurückgesandten Fragebögen wurden durch IGES erfasst und für die Analyse aufbereitet. Numerische Freitextfelder wurden anhand ihrer vorab definierten Wertebereiche analysiert und vor der Auswertung plausibilisiert, um die Fehleranfälligkeit zu minimieren. Nicht-numerische Freitexte wurden in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse ausgewertet. Die Ergebnisse wurden mit der Statistiksoftware SPSS Version 23.0 analysiert und deskriptiv ausgewertet (Mittelwert, Median und die Standardabweichung (SD)).

3.5 Überprüfung eines Finanzierungsmodells zur nachhaltigen Implementierung

Die Überprüfung eines Finanzierungsmodells zur nachhaltigen Implementierung war nicht Teil des Evaluationsauftrages und ist aus diesem Grund nicht Teil des Evaluationsberichtes. Der Zuwendungsempfänger Bad Sebastianweiler GmbH verantwortet die Erstellung der Berichtslegung zu dieser Fragestellung.

3.6 Projektbeirat

Die Evaluation wurde durch einen Projektbeirat begleitet. Die Einrichtung des Projektbeirats zur fachlichen Begleitung des Forschungsvorhabens erfolgte durch die Bad Sebastianweiler GmbH. IGES hat dazu ein Informationsschreiben sowie Vorschläge potenzieller Projektbeiratsmitglieder zur Verfügung gestellt. Mitglieder des Projektbeirats waren Vertreterinnen und Vertreter der teilnehmenden Einrichtungen, der Kostenträger, des Ministeriums für Soziales und Integration, des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales, des Landesseniorenrats und des IGES. Die Beiratsmitglieder wurden in der ersten Sitzung über das Forschungsprojekt, den aktuellen Stand und die Mitwirkung als Beiratsmitglied informiert. Darüber hinaus wurden zwei weitere Sitzungen während der Projektlaufzeit durchgeführt in denen über den Projektstand bzw. die Projektergebnisse informiert wurde. Der Projektbeirat unterstützte zudem in der Testung der Erhebungsinstrumente bspw. der Befragung der Nutzenden der Kurzzeitpflege als auch bei der Rekrutierung der Vergleichseinrichtungen.

3.7 Abweichungen vom Studienprotokoll während der Durchführung

Mit Start der Erprobung und Evaluation war eine Vergleichseinrichtung mit hoher Platzzahl erfolgreich rekrutiert. Die Einrichtung zog drei Monate vor Beginn der Datenerhebungen das Einverständnis zur Teilnahme aus personellen Gründen zurück, sodass die Rekrutierung umgehend wieder aufgenommen wurde. Aufgrund der geringen Platzzahl in der daraufhin rekrutierten Einrichtung B wurde eine weitere Einrichtung C rekrutiert. Während der ersten Projektbeiratssitzung wurde gemeinsam über das Vorgehen abgestimmt und vor allem beschlossen keine Einrichtungen außerhalb des Bundeslandes Baden-Württemberg zu kontaktieren. Aufgrund der sukzessiven Rekrutierung variieren die Erhebungszeiträume zwischen acht und 11,75 Monaten. Durch dieses Vorgehen war es aber trotzdem möglich eine hohe Fallzahl zu erreichen.

Bei der Durchführung der Nutzerinnen- und Nutzerbefragung in den Einrichtungen kristallisierte sich heraus, dass ohne Assistenz wenige Kurzzeitpflegegäste den Fragebogen allein beantworten können. Vor diesem Hintergrund und der damit entstandenen zusätzlichen Aufwände bei den Mitarbeitenden wurde die Befragung der Nutzenden der Kurzzeitpflege nicht wie ursprünglich geplant zu drei Zeiträumen durchgeführt, sondern kontinuierlich.

Zur Sicherstellung der Datenqualität und -vollständigkeit der fallbezogenen, täglichen Dokumentation im Online-Tool führte IGES das Monitoring höher frequentiert als geplant in einem wöchentlichen Rhythmus durch und teilte den Einrichtungen wiederkehrende Auffälligkeiten mit. Vor allem zu Beginn der Datenerhebungen wurde so der Bedarf an Nachschulungen sichtbar, welche dann mit den Einrichtungen zusätzlich durchgeführt wurden.

Die Verteilung der Interviews wurde aufgrund der Rekrutierung einer zweiten Vergleichseinrichtung angepasst, sodass die $n = 12$ Interviews aufgeteilt wurden (Einrichtung B: $n = 6$; Einrichtung C: $n = 6$). Aufgrund von Verzögerungen in der Rekrutierung der Vergleichseinrichtungen kam es zu Verzögerungen in der Durchführung der Interviews der ersten Erhebungsphase (statt 03/2023, 04-05/2023).

4. Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Erprobung und Evaluation berichtet.

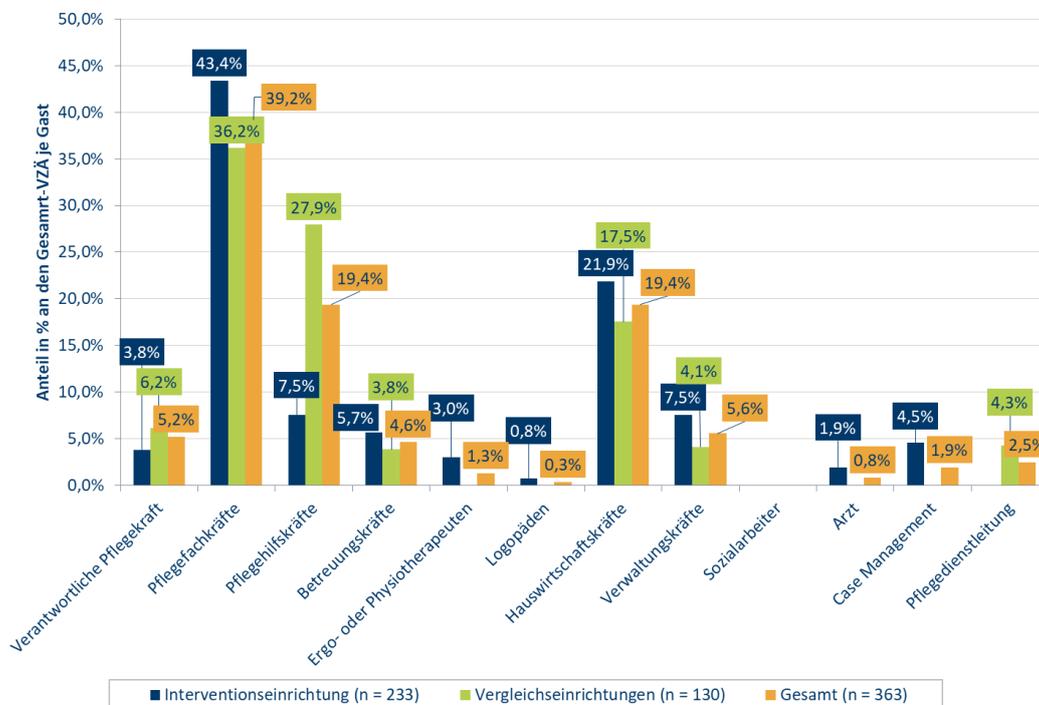
4.1 Beschreibung der Stichprobe

In den nachfolgenden Abschnitten sind die Ergebnisse der Merkmale der unterschiedlichen Stichproben (Einrichtungen und Kurzzeitpflegegäste) jeweils nach Interventionseinrichtung bzw. Interventionsfall und Vergleichseinrichtungen bzw. Vergleichsfall dargestellt.

4.1.1 Einrichtungen

Insgesamt verfügen die Einrichtungen über 51 Plätze: 15 Plätze in Einrichtung A, sechs Plätze in Einrichtung B und 30 Plätze in Einrichtung C. Insgesamt wird in den Einrichtungen Personal im Umfang von 31,505 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) beschäftigt, dabei 13,25 VZÄ in Einrichtung A, 1,88 VZÄ in Einrichtung B und 16,38 VZÄ in Einrichtung C. Die jeweiligen Gesamtanteile der Berufsgruppen je Gast sind im Vergleich der nachfolgenden Abbildung 3 zu entnehmen.

Abbildung 3: Vergleich der VZÄ nach Berufsgruppen und Einrichtungsart, Angaben in %, je Platz

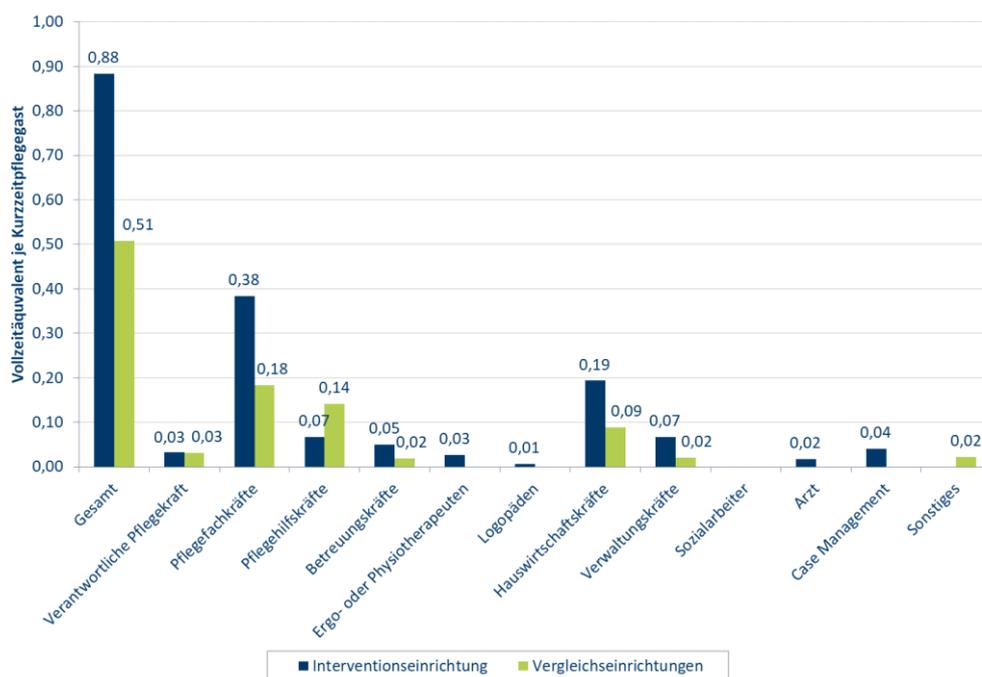


Quelle: IGES

Über alle Fälle hinweg betrachtet machen in der Versorgung der Kurzzeitpflegegäste die höchsten Anteile Pflegefachpersonen (39,2 %), gefolgt von Pflegehilfskräften und Hauswirtschaftskräften (jeweils 19,4 %) aus.

Die zur Verfügung stehenden Anteile nach Interventions- und Vergleichseinrichtung der unterschiedlichen Berufsgruppen bezogen auf die Plätze sind in Abbildung 4 dargestellt. Im Vergleich zeigte sich, dass im Mittel je Gast ein höherer Anteil in allen Berufsgruppen, mit Ausnahme von Pflegehilfskräften, in der Interventionseinrichtung zur Versorgung der Kurzzeitpflegegäste im Betrachtungszeitraum zur Verfügung standen.

Abbildung 4: Vergleich der VZÄ nach Berufsgruppen und Einrichtungsart je Platz



Quelle: IGES

Einrichtung A und C verfügen über Kooperationen mit anderen Einrichtungen und/oder Akteuren der Gesundheitsversorgung (Tabelle 2). Kooperationen bestehen sowohl in mündlicher (ohne feste vertragliche Vereinbarung) als auch in schriftlicher Form. Die Interventionseinrichtung A verfügt als einzige der drei Einrichtungen über eine Kooperation mit Krankenhäusern bzw. Fachkliniken (z. B. mit dem Sozialdienst oder dem Entlassmanagement). In diesem Rahmen hat die Einrichtung A eine feste Anzahl an Kooperations- bzw. Belegbetten mit einem bzw. mehreren Krankenhäusern in der Region vereinbart. Einrichtung A verfügt über schriftliche und vertraglich bindende Kooperationsvereinbarungen, mit Pflegekassen, Apotheken und Sanitätshäusern. Mündliche (aber nicht vertragliche) Vereinbarungen zur Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteursgruppen bestehen in Einrichtung A mit $n = 23$ und in Einrichtung C mit $n = 8$ Akteuren.

Tabelle 2: Überblick über Kooperationen mit anderen Einrichtungen bzw. Akteuren (absolute Häufigkeit)

Art der Kooperation	Akteure	Anzahl Kooperationen (n)	Einrichtung
Mündlich, nicht vertraglich	Niedergelassene Ärztinnen/Ärzte und Fachärztinnen/-ärzte, Kommune, Pflegestützpunkte, Beratungsstellen für (pflegende) An- und Zugehörige, ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen, Tagespflege, Betreute WG/Betreutes Wohnen, rechtliche Betreuerinnen/Betreuer, ambulante Hospizdienste, haushaltsnahe Dienste/Haushaltsreinigung, Reha-Kliniken/-Einrichtungen (z. B. Sozialdienste/Entlassmanagement), Betreuungsbehörde, Betreuungsvereine, Einrichtungen der Selbsthilfe, Sozialamt/Sozialhilfeträger, Gesundheitsamt, Nachbarschaftshilfen, Beratungs-/Anlaufstellen für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, Wohnraumberatung/Wohnraumanpassung	23	A
	Externe(s) Wundmanagement/Wundversorgung, externe Physiotherapie, rechtliche Betreuerinnen/Betreuer, ambulante Hospizdienste, Apotheken, Sanitätshäuser, Friseur, Fußpflege	8	C
Schriftlich, nicht vertraglich	-	-	A
	-	-	C
Schriftlich, vertraglich	Pflegekassen, Apotheken, Sanitätshäuser	3	A
	-	-	C

Quelle: IGES

Kooperationen mit Krankenkassen, externe Ergotherapie und Logopädie (exklusive Einrichtung A, da betriebsinterne Leistungserbringung), Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen (IAV-Stellen), Einrichtungen der Eingliederungshilfe, Hospizen und Gerichten wurden in allen drei Einrichtungen nicht angegeben.

An regionalen Versorgungsnetzwerken beteiligen sich zwei Einrichtungen (A und B). Einrichtung C hat kurz vor Beginn der Studie eröffnet und befand sich somit zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch im Aufbau der Netzwerkarbeit.

Alle drei Einrichtungen sind in einer Pflegeüberleitungsplattform registriert, die jeweils unregelmäßig genutzt wird. Einrichtung B ist als einzige Einrichtung an die Telematik-Infrastruktur angebunden. Keine der Einrichtungen arbeitet mit einer Plattform zur gemeinsamen (sektorenübergreifenden) Datennutzung, um Informationen zu den Kurzzeitpflegegästen austauschen zu können.

Alle drei Kurzzeitpflegeeinrichtungen bieten Kurzzeitpflege für Personen nach einem poststationären Krankenhausaufenthalt an. Darüber hinaus gibt es keine Spezialisierung auf besondere Zielgruppen. Spezielle Pflege- und/oder Versorgungskonzepte liegen in keiner der Einrichtungen vor.

4.1.2 Kurzzeitpflegegäste

Insgesamt wurden im Rahmen der vorliegenden Evaluation $n = 233$ Interventionsfälle und $n = 130$ Vergleichsfälle und in Summe über alle drei Einrichtungen hinweg 6.964 Versorgungstage dokumentiert und analysiert. Die nachfolgend vergleichend beschriebenen Merkmale zur Aufnahme sind Tabelle 3 zu entnehmen.

Die Verweildauer der Gäste der Interventionseinrichtung war im Mittel 21,0 Tage und in den Vergleichseinrichtungen 15,9 Tage. Der Unterschied zwischen den Gruppen ist statistisch signifikant (p -Wert: $< 0,001$, zweiseitig). Die meisten Gäste waren in der Altersgruppe der 75-84 Jährigen (Interventionseinrichtung: 36,1%; Vergleichseinrichtungen: 40,0 %) gefolgt von der Altersgruppe der 85-89 Jährigen (35,6% und 26,2 %) und weiblich (73,4 % und 72,3 %). Pflegegrad 2 war der am häufigsten vertretene (37,3 % und 33,8 %) gefolgt von Pflegegrad 3 (22,7 % und 24,6 %). Im Vergleich war der Anteil der Interventionsfälle, bei denen ein Pflegegrad beantragt ist mit 26,6 % höher als bei den Vergleichsfällen (11,5 %). Bei den Vergleichsfällen gab es einen höheren Anteil an Kurzzeitpflegegästen mit (noch) keinem Pflegegrad bzw. Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V (5,6 % und 20,8 %).

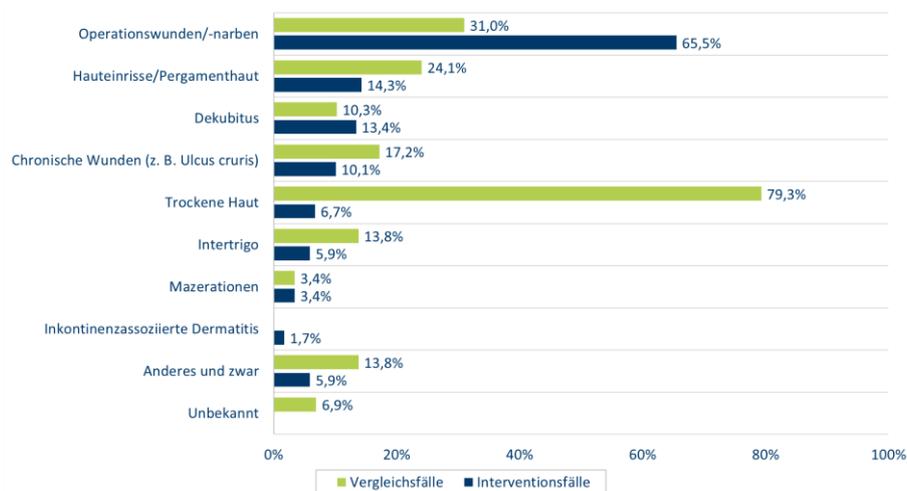
Wie zu erwarten, war die am häufigsten vorkommende Versorgungsform aus denen die Kurzzeitpflegegäste in die Einrichtungen kamen war eine akutstationäre Einrichtung (96,6 % und 91,5 %). $N = 4$ Gäste (3,1 %) der Vergleichseinrichtungen hatten zum Zeitpunkt der Aufnahme zudem einen Bedarf an Palliativversorgung und wurden im Vorfeld entsprechend angemeldet. Keiner der Interventionsfälle zeigte diesen Bedarf bei Aufnahme.

Zum Zeitpunkt der Aufnahme wurde die Pflegeabhängigkeit (Barthel-Index⁴) sowohl bei den Interventionsfällen als auch Vergleichsfällen als moderat (Mittelwert 59,8 und 48,0) eingeschätzt. Bei der Analyse der einzelnen Items zeigte sich, dass die Vergleichsfälle in fast allen Bereichen, mit Ausnahme von Baden/Duschen und Aufstehen und Treppensteigen, eine höhere Pflegeabhängigkeit aufwiesen. Der Unterschied zwischen den Gruppen ist statistisch signifikant (p -Wert: $< 0,001$,

⁴ Die Bewertung der Pflegeabhängigkeit mittels des Barthel-Index erfolgt anhand von 10 Items: Stuhlkontinenz, Blasenkontinenz, Körperpflege, Toilettengang, Ernährung, Transfer, Mobilität, Anziehen, Treppensteigen und Baden. Die mögliche Gesamtpunktzahl reicht von 0 bis 100, wobei eine niedrigere Punktzahl eine stärkere Pflegeabhängigkeit anzeigt.

zweiseitig). Das Dekubitusrisiko (Braden-Skala⁵) unterschied sich bei Aufnahme nicht zwischen den Interventions- und Vergleichsfällen (p-Wert: 0,363 2-seitig) und wurde im Mittel als gering eingestuft. Bei Aufnahme wiesen die Interventionsfälle im Mittel eine geringere Schmerzintensität⁶ auf (Mittelwert: 1,6 vs. 2,9). Der Unterschied zwischen den Gruppen ist signifikant (p-Wert: < 0,001, zweiseitig). Weiterhin unterschied sich der Hautzustand zum Zeitpunkt der Aufnahme statistisch signifikant zwischen den Gruppen (p-Wert: < 0,001, zweiseitig). Hautdefekte wurden bei mehr als der Hälfte der Interventionsfälle (52,2 %) bei Aufnahme dokumentiert, während der Anteil in der Vergleichsgruppe mit 22,7 % geringer war. In beiden Gruppen traten am häufigsten Operationswunden und -narben (Interventionsfälle: 65,5 %, Vergleichsfälle: 31,0 %) sowie Hauteinrisse bzw. Pergamenthaut (Interventionsfälle: 14,3 %, Vergleichsfälle: 24,1 %) auf (Abbildung 5). Vergleichsweise häufiger wurde bei den Vergleichsfällen trockene Haut (79,3 % zu 6,7 %), Intertrigo (13,8 % zu 5,9 %), chronische Wunden (17,2 % zu 10,1 %). Unter der Antwortoption „Anderes, und zwar“ wurden u. a. bei den Interventionsfällen Schürfwunden (n = 5) und Ekzem (n = 5) und bei den Vergleichsfällen Hämatome (n = 8) und Schwellungen (n = 9) angegeben.

Abbildung 5: Hautdefekte zur Aufnahme bei den Interventions- und Vergleichsfällen, Angaben in %, Mehrfachnennung



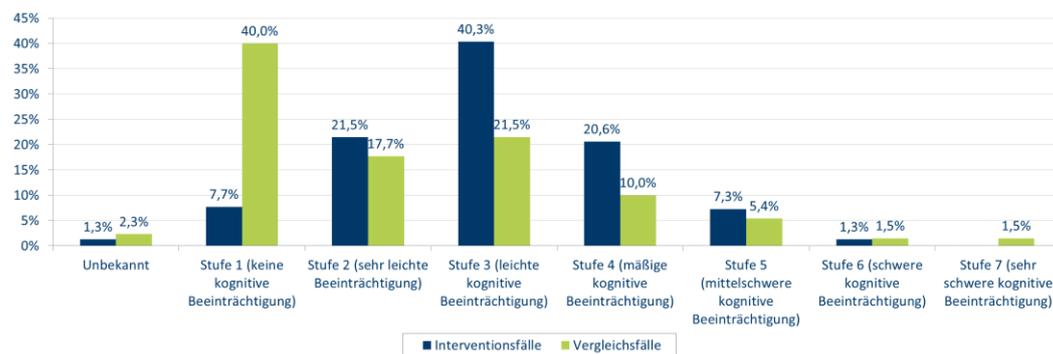
Quelle: IGES

⁵ Die Braden-Skala dient zur Bewertung des Risikos eines Gastes, einen Dekubitus zu entwickeln. Die Bewertung basiert auf sechs Indikatoren: Sinneswahrnehmung, Feuchtigkeit, Aktivität, Mobilität, Ernährung und Reibungs- und Scherkräfte. Die mögliche Gesamtpunktzahl liegt zwischen 6 und 23, wobei eine niedrigere Punktzahl ein höheres Risiko für die Entwicklung eines Dekubitus anzeigt

⁶ Zur Beurteilung der Schmerzintensität eines Gastes wird eine Schmerzskala von 0 bis 10 verwendet, wobei 0 für schmerzfrei und 10 für die am stärksten vorstellbaren Schmerzen steht.

Zudem wurde die kognitive Leistungsfähigkeit mittels der Global Deterioration Scale (GDS) der Kurzzeitpflegegäste eingeschätzt (Abbildung 6). Im Vergleich wies ein höherer Anteil der Interventionsfälle leichte bis mäßige kognitive Einschränkungen auf (Median: 3,0) als die Vergleichsfälle (Median: 2,0). Der Unterschied zwischen den Gruppen ist statistisch signifikant (p-Wert: < 0,001, zweiseitig).

Abbildung 6: Einschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit der Kurzzeitpflegegäste nach Interventions- und Vergleichsfällen, Angaben in %



Quelle: IGES

In der vergleichenden Betrachtung der Aufnahmeanlässe und Diagnosen zeigten sich z. T. Unterschiede. In beiden Gruppen war der häufigste Aufnahmeanlass aufgrund des Anschlusses an eine stationäre Krankenhausbehandlung bei bestehender Pflegebedürftigkeit (§ 42 SGB XI). Der Anteil war bei den Interventionsfällen mit 98,3 % vergleichsweise höher als bei den Vergleichsfällen (72,3 %). Bei den Vergleichsfällen gab es einen höheren Anteil an Kurzzeitpflegegästen im Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung bei fehlender Pflegebedürftigkeit (§ 39c SGB V). Der Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich des Aufnahmeanlasses ist statistisch signifikant (p-Wert: < 0,001, zweiseitig). Der Hauptzuweisungsgrund zur Aufnahme war bei den Interventionsfällen überwiegend chirurgisch oder orthopädisch nach operativer Versorgung (64,4 %). Bei den Vergleichsfällen waren internistische Erkrankungen (49,2 %) der häufigste Hauptzuweisungsgrund. (44,6 %). Der Unterschied zwischen den Gruppen ist statistisch signifikant (p-Wert: < 0,001, zweiseitig). Unter der Antwortoption „Anderes“ wurden bei den Vergleichsfällen ergänzend folgende Hauptzuweisungsgründe angegeben: onkologische Erkrankung(en) (n = 4), neurologische Erkrankung(en) und Delir (jeweils n = 1).

Tabelle 3: Merkmale der Interventions- und Vergleichsfälle zur Aufnahme (Angaben in absoluten Häufigkeiten und %)

Merkmal	Einrichtungen und Fälle								Δ Vergleich- zu Interventionsfällen %	Signifikanz der Gruppenunterschiede ^b
	A, Interventionsfälle (n = 233)		B, Vergleichsfälle (n = 71)		C, Vergleichsfälle (n = 59)		Vergleichsfälle (B + C, n = 130)			
	n (%)	Median ^c	n (%)	Median ^c	n (%)	Median ^c	n (%)	Median ^c		
Altersgruppe (Jahre)		85-89		75-84		75-84		75-84		p = 0,023**
0-17	0 (0)	-	0 (0)	-	0 (0)	-	0 (0)	-	0,0	
18-34	0 (0)	-	0 (0)	-	0 (0)	-	0 (0)	-	0,0	
35-64	7 (3,0)	-	5 (7,0)	-	2 (3,4)	-	7 (5,4)	-	+2,4	
65-74	22 (9,4)	-	14 (19,7)	-	10 (16,9)	-	24 (18,5)	-	+9,1	
75-84	84 (36,1)	-	33 (46,5)	-	19 (32,2)	-	52 (40,0)	-	+3,9	
85-89	83 (35,6)	-	13 (18,3)	-	21 (35,6)	-	34 (26,2)	-	-9,4	
90+	37 (15,9)	-	6 (8,5)	-	7 (11,9)	-	13 (10,0)	-	-5,9	
Geschlecht										p = 0,824
Weiblich	171 (73,4)	-	54 (76,1)	-	40 (67,8)	-	94 (72,3)	-	-1,1	
Männlich	62 (26,6)	-	17 (23,9)	-	19 (32,2)	-	36 (27,7)	-	+1,1	
Divers	0 (0)	-	0 (0)	-	0 (0)	-	0 (0)	-	0,0	
Pflegegrad		3		3		3		3		p = 0,210

Merkmal	Einrichtungen und Fälle								Δ Vergleich- zu Interventionsfällen %	Signifikanz der Gruppenunterschiede ^b
	A, Interventionsfälle (n = 233)		B, Vergleichsfälle (n = 71)		C, Vergleichsfälle (n = 59)		Vergleichsfälle (B + C, n = 130)			
	n (%)	Median ^c	n (%)	Median ^c	n (%)	Median ^c	n (%)	Median ^c		
1	12 (5,2)	-	1 (1,4)	-	2 (3,4)	-	3 (2,3)	-	-2,9	
2	87 (37,3)	-	23 (32,4)	-	21 (35,6)	-	44 (33,8)	-	-3,5	
3	53 (22,7)	-	12 (16,9)	-	20 (33,9)	-	32 (24,6)	-	+1,9	
4	6 (2,6)	-	3 (4,2)	-	6 (10,2)	-	9 (6,9)	-	+4,3	
5	0 (0)	-	0 (0)	-	0 (0)	-	0 (0)	-	0,0	
(noch) kein Pflegegrad bzw. nach § 39c SGB V	13 (5,6)	-	17 (23,9)	-	10 (16,9)	-	27 (20,8)	-	+15,2	
Pflegegrad beantragt	62 (26,6)	-	15 (21,1)	-	0 (0)	-	15 (11,5)	-	-15,1	
Versorgung vor dem Kurzzeitpflegeaufenthalt										^a
Akutstationär	225 (96,9)	-	65 (87,3)	-	57 (96,6)	-	119 (91,5)	-	-5,4	
Akutstationär mit kurzzeitiger Überbrückung in der Häuslichkeit	3 (1,3)	-	2 (2,8)	-	0 (0)	-	2 (1,5)	-	+0,2	
Langzeiteinrichtung	0 (0)	-	0 (0)	-	0 (0)	-	0 (0)	-	0,0	

Merkmal	Einrichtungen und Fälle								Δ Vergleich- zu Interventionsfällen %	Signifikanz der Gruppenunterschiede ^b
	A, Interventionsfälle (n = 233)		B, Vergleichsfälle (n = 71)		C, Vergleichsfälle (n = 59)		Vergleichsfälle (B + C, n = 130)			
	n (%)	Median ^c	n (%)	Median ^c	n (%)	Median ^c	n (%)	Median ^c		
Häuslichkeit mit und/oder ohne ambulante Versorgung	1 (0,4)	-	5 (7,0)	-	1 (1,7)	-	6 (4,6)	-	+4,5	
Häuslichkeit, ausschließlich durch pflegende An- und Zugehörige versorgt	0 (0)	-	2 (2,8)	-	0 (0)	-	2 (1,5)	-	+1,5	
Rehabilitationseinrichtung*	4 (1,7)	-	0 (0)	-	1 (1,7)	-	1 (0,8)	-	-0,9	
Aufnahmearbeit										p = 0,000**
Anschluss an stationäre Krankenhausbehandlung bei bestehender Pflegebedürftigkeit (§ 42 SGB XI)	229 (98,3)	-	47 (66,2)	-	47 (79,7)	-	94 (72,3)	-	-26,0	
Anschluss an ambulante oder stationäre Krankenhausbehandlung bei fehlender	3 (1,3)	-	24 (33,8)	-	12 (20,3)	-	36 (27,7)	-	+26,4	

Merkmal	Einrichtungen und Fälle								Δ Vergleich- zu Interventionsfällen %	Signifikanz der Gruppenunterschiede ^b
	A, Interventionsfälle (n = 233)		B, Vergleichsfälle (n = 71)		C, Vergleichsfälle (n = 59)		Vergleichsfälle (B + C, n = 130)			
	n (%)	Median ^c	n (%)	Median ^c	n (%)	Median ^c	n (%)	Median ^c		
Pflegebedürftigkeit (§ 39c SGB V)										
Fehlende Angabe	1 (0,4)	-	0 (0)	-	0 (0)	-	0 (0)	-	-0,4	
Barthel-Index, Gesamtscore, 0-100										p = 0,000**
Mittelwert (Standardabweichung)	59,8 (18,2)		45,6 (21,7)		51,1 (25,1)		48,0 (23,3)		-19,7	
Essen und Trinken		8,9 ^c	-	8,3 ^c	-	7,5 ^c	-	8,0 ^c	-10,1	
Transfer/Aufsetzen und Umsetzen		10,5 ^c	-	6,8 ^c	-	9,3 ^c	-	7,9 ^c	-24,8	
Persönliche Pflege / sich waschen		4,4 ^c	-	1,8 ^c	-	1,4 ^c	-	1,6 ^c	-63,6	
Toilettenbenutzung		6,7 ^c	-	5,2 ^c	-	5,7 ^c	-	5,4 ^c	-14,9	
Baden/Duschen		0,2 ^c	-	0,1 ^c	-	0,7 ^c	-	0,4 ^c	50,0	
Aufstehen und gehen		6,0 ^c	-	5,1 ^c	-	7,8 ^c	-	6,3 ^c	4,8	
Treppensteigen	-	0,7 ^c	-	0,3 ^c	-	1,1 ^c	-	0,7 ^c	0,0	
An- und Auskleiden	-	5,1 ^c	-	4,4 ^c	-	5,5 ^c	-	4,9 ^c	-3,9	

Merkmal	Einrichtungen und Fälle								Δ Vergleich- zu Interventionsfällen %	Signifikanz der Gruppenunterschiede ^b
	A, Interventionsfälle (n = 233)		B, Vergleichsfälle (n = 71)		C, Vergleichsfälle (n = 59)		Vergleichsfälle (B + C, n = 130)			
	n (%)	Median ^c	n (%)	Median ^c	n (%)	Median ^c	n (%)	Median ^c		
Stuhlkontrolle	-	9,3 ^c	-	7,5 ^c	-	6,1 ^c	-	6,8 ^c	-26,9	
Harnkontrolle	-	7,8 ^c	-	6,3 ^c	-	5,9 ^c	-	6,1 ^c	-21,8	
Braden-Skala Gesamtscore, 6-23										p = 0,363
Mittelwert (Standardabweichung)	19,1 (3,0)	-	19,1 (3,8)	-	18,4 (4,0)	-	18,8 (3,9)	-	-1,6	
Sensorisches Wahrnehmungsvermögen	-	3,6 ^c	-	3,4 ^c	-	3,4 ^c	-	3,4 ^c	-5,6	
Feuchtigkeit	-	3,5 ^c	-	3,3 ^c	-	3,5 ^c	-	3,4 ^c	-2,9	
Aktivität	-	2,8 ^c	-	2,9 ^c	-	2,8 ^c	-	2,9 ^c	3,6	
Mobilität	-	3,2 ^c	-	2,9 ^c	-	2,9 ^c	-	2,9 ^c	-9,4	
Ernährung	-	3,4 ^c	-	3,7 ^c	-	3,3 ^c	-	3,5 ^c	2,9	
Reibungs- und Scherkräfte	-	2,6 ^c	-	2,8 ^c	-	2,6 ^c	-	2,7 ^c	3,7	
Schmerzskala 0 - 10										p = 0,000**
Mittelwert (Standardabweichung)	1,6 (2,2)	-	3,1 (2,2)	-	2,7 (2,5)	-	2,9 (2,3)	-	+81,2	

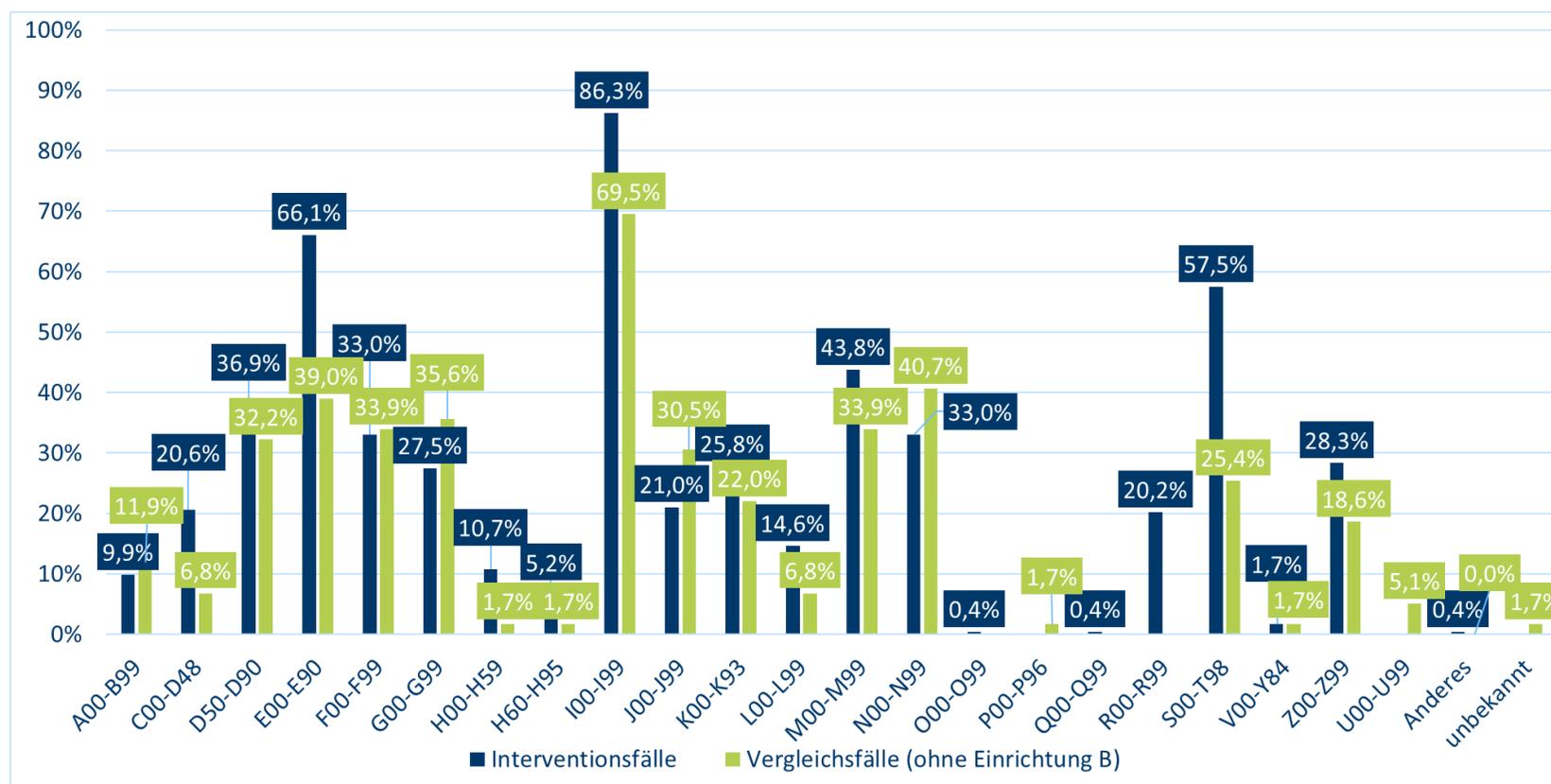
Merkmal	Einrichtungen und Fälle								Δ Vergleich- zu Interventionsfällen %	Signifikanz der Gruppenunterschiede ^b
	A, Interventionsfälle (n = 233)		B, Vergleichsfälle (n = 71)		C, Vergleichsfälle (n = 59)		Vergleichsfälle (B + C, n = 130)			
	n (%)	Median ^c	n (%)	Median ^c	n (%)	Median ^c	n (%)	Median ^c		
Hautzustand zur Aufnahme										p = 0,000**
Haut ist intakt	109 (47,8)	-	68 (98,6)	-	31 (52,5)	-	99 (77,3)	-	+29,5	
Es liegen Hautdefekte vor	119 (52,2)	-	1 (1,4)	-	28 (47,5)	-	29 (22,7)	-	-29,5	
Hauptzuweisungsgrund										p = 0,002**
Internistische Erkrankung(en)	83 (35,6)	-	28 (39,4)	-	36 (61,0)	-	64 (49,2)	-	+13,6	
Chirurgisch/orthopädisch (nach operativer Versorgung)	150 (64,4)	-	36 (50,7)	-	22 (37,3)	-	58 (44,6)	-	-19,3	
Anderes	0 (0,0)	-	6 (8,5)	-	0 (0)	-	6 (4,6)	-	+4,2	
Unbekannt	0 (0)	-	1 (1,4)	-	1 (1,7)	-	2 (1,5)	-	+1,5	
Verweildauer (Tage)										p = 0,000**
Mittelwert	-	21,0	-	13,15	-	19,3	-	15,9	-5,1	
Minimum	-	1	-	4	-	2	-	2	-	
Maximum	-	53	-	25	-	52	-	52	-	

Merkmal	Einrichtungen und Fälle								Δ Ver- gleich- zu Interven- tionsfäl- len	Signifikanz der Gruppen- unterschiede ^b
	A, Interventionsfälle (n = 233)		B, Vergleichsfälle (n = 71)		C, Vergleichsfälle (n = 59)		Vergleichsfälle (B + C, n = 130)			
	n (%)	Median ^c	n (%)	Median ^c	n (%)	Median ^c	n (%)	Median ^c		
Dokumentierte Versorgungstage gesamt										-
Anzahl der Tage	4892	-	934	-	1138	-	2072	-	-	-

Quelle: IGES

Anmerkung: verwendete Verfahren für Gruppenvergleiche: Chi-Quadrat-Test und t-Test; *u. a. zur weiteren Stabilisierung vor der Rückkehr nach Hause oder zur vorübergehenden Versorgung bei geplanter Langzeitpflege; **Ergebnisse gelten als statistisch signifikant, wenn der p-Wert < 0,05 ist; ^a Voraussetzungen für einen Gruppenvergleich nicht erfüllt; ^b Nachweis, ob der Unterschied statistisch bedeutsam ist oder nur zufällig, ^c Angabe von Mittelwerten separat ausgewiesen

Abbildung 7: Diagnosen laut Überleitungsbogen oder Arztbrief zur Aufnahme, nach Interventions- und Vergleichsfällen, Angaben in % der Fälle, Mehrfachantworten



Quelle: IGES

Anmerkung: gem. ICD-10-GM Codes (Oberkategorien), Kodierung nach ICD-10-GM 2023 (10. Revision); ohne Daten von Einrichtung B

Die drei häufigsten Diagnosegruppen gemäß Überleitungsbogen bzw. Arztbrief bei den Interventionsfällen waren: Krankheiten des Kreislaufsystems (86,3 %), Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (66,1 %) sowie Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (57,5 %). Bei den Vergleichsfällen⁷ ebenfalls Krankheiten des Kreislaufsystems (69,5 %), gefolgt von Krankheiten des Urogenitalsystems (40,7 %) und Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (39,0 %). Insgesamt unterscheiden sich die angegebenen Diagnosegruppen im Vergleich in der Häufigkeit: im Mittel wurden je Interventionsfall 5,4 und je Vergleichsfall 2,5 Diagnosegruppen zur Aufnahme dokumentiert. Eine Gesamtübersicht ist Abbildung 7 auf der vorherigen Seite zu entnehmen.

In Einrichtung A wurden ergänzend bei den Kurzzeitpflegegästen (n = 230) die spezifischen Diagnosen dokumentiert. Die häufigsten Diagnosen bei den Interventionsfällen waren:

- ◆ Fraktur des Femurs (S72): 29,2 % (n = 68)
- ◆ Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens (S32): 7,7 % (n = 18)
- ◆ Herzinsuffizienz (I50): 5,6 % (n = 13)
- ◆ Fraktur des Unterschenkels, einschl. des oberen Sprunggelenkes (S82): 4,7 % (n = 11)
- ◆ Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes (S42): 4,3 % (n = 10)
- ◆ Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate (T84): 3,9 % (n = 9)

4.2 Aufwände auf Einrichtungsebene in der Versorgung von poststationären Kurzzeitpflegegästen

Im Betrachtungszeitraum haben die Einrichtungen auf Ebene der Verwaltung jeweils bei einer Stichprobe der aufgenommenen Kurzzeitpflegegäste die Aufwände (s. auch methodisches Vorgehen in Abschnitt 3.4.2), welche bereits vor der Aufnahme entstanden sind dokumentiert. Insgesamt wurden von n = 110 Interventionsfällen und n = 117 Vergleichsfällen Daten analysiert. Die Aufnahme hat in allen Fällen (jeweils 100 %, unabhängig der Einrichtung), zu Aufwänden nach extern aufgrund:

- ◆ der Kommunikation mit der/dem einweisenden/überleitenden Ärztin/Arzt,
- ◆ des Überleitungsmanagement allgemein
- ◆ der Klärung der Finanzierung und zum Vertragsmanagement geführt.

⁷ Um die Ergebnisse nicht zu verzerren, wurden in die Analyse die Angaben aus Einrichtung B nicht einbezogen, da nur die Hauptdiagnose je Gast zur Aufnahme dokumentiert wurde und nicht alle Diagnosen laut Arztbrief bzw. Überleitungsbogen.

Innerhalb der Einrichtungen sind ebenfalls organisatorische Aufwände in allen Fällen (jeweils 100 %, unabhängig der Einrichtung) zu folgenden Themen entstanden:

- ◆ Belegungsmanagement,
- ◆ Weitergabe von Informationen des Kurzzeitpflegegastes i. S. einer Ankündigung an die unterschiedlichen beteiligten Berufsgruppen in der Einrichtung.

Die Organisation einer therapeutischen Versorgung (Physio-, Logo-, Ergotherapie) wurde in 43,6 % der Interventionsfälle (n = 48) und in 46,2 % der Vergleichsfälle (n = 54) bereits vor der Aufnahme geplant. Die Organisation einer Hilfsmittelversorgung war weniger häufig dokumentiert: in 2,7 % der Interventionsfälle (n = 3) und 11,1 % der Vergleichsfälle (n = 13).

Zur Einschätzung der zeitlichen Umfänge (in Stunden und Minuten) der Aufwände auf der Verwaltungsebene wurde die geschätzte Dauer für die Planung und Vorbereitung der Aufnahme erhoben. Im Mittel dauerte die Planung und Organisation je Kurzzeitpflegegast bei den Interventionsfällen 117 Minuten (Min: 60 Minuten; Max: 240 Minuten; Median: 120 Minuten) und bei den Vergleichsfällen 90 Minuten (Min: 60 Minuten; Max: 240 Minuten; Median: 80 Minuten).

4.3 Einfluss des Case Management

Der Einfluss des Case Management auf die Versorgung von poststationären Kurzzeitpflegegästen in Einrichtung A⁸ wurde erhoben, um den Effekt auf das Gesundheitsoutcome der Interventionsfälle zu identifizieren.

4.3.1 Aufnahmeprozess und Aufwände

Um den Aufwand des Case Management zur Aufnahme einzuschätzen, wurden zunächst die Aufwände zur Planung und Organisation der Aufnahme erfasst. Bei allen Kurzzeitpflegegästen (n = 233; 100,0 %) wurde die Aufnahme durch das Case Management geplant (Abbildung 8).

⁸ in den Vergleichseinrichtungen B und C wurde kein Case Management eingesetzt

Abbildung 8: Inhalte der Aufwände des Case Management zur Planung und Organisation der Aufnahme, Angaben in %, Mehrfachnennung



Quelle: IGES

Anmerkung: KZP-Team: Kurzzeitpflegegast

Die Dauer für die Durchführung der Aufwendungen insgesamt, wurde im Mittel mit 73 Minuten (Min: 4 Minuten; Max: 120 Minuten) angegeben.

Ein Aufnahmegespräch wurde ebenfalls mit jedem Kurzzeitpflegegast und/oder An- bzw. Zugehörigen und/oder informellen Helfer durchgeführt. Im Mittel hatten die Gespräche eine Dauer von 38 Minuten (Min: 2 Minuten; Max: 75 Minuten). Die Themen während der Aufnahmegespräche waren in absteigender Häufigkeit (Mehrfachnennung):

- ◆ Einschätzung der Problemlagen (99,1 %),
- ◆ Ziele und Zielvereinbarung: Erwartung des Gastes und/oder der An- und Zugehörigen an den Aufenthalt in der Kurzzeitpflege (96,6 %),
- ◆ Ziele und Zielvereinbarung: Erwartung des Gastes und/oder der An- und Zugehörigen hinsichtlich der Folgeversorgung (89,3 %).

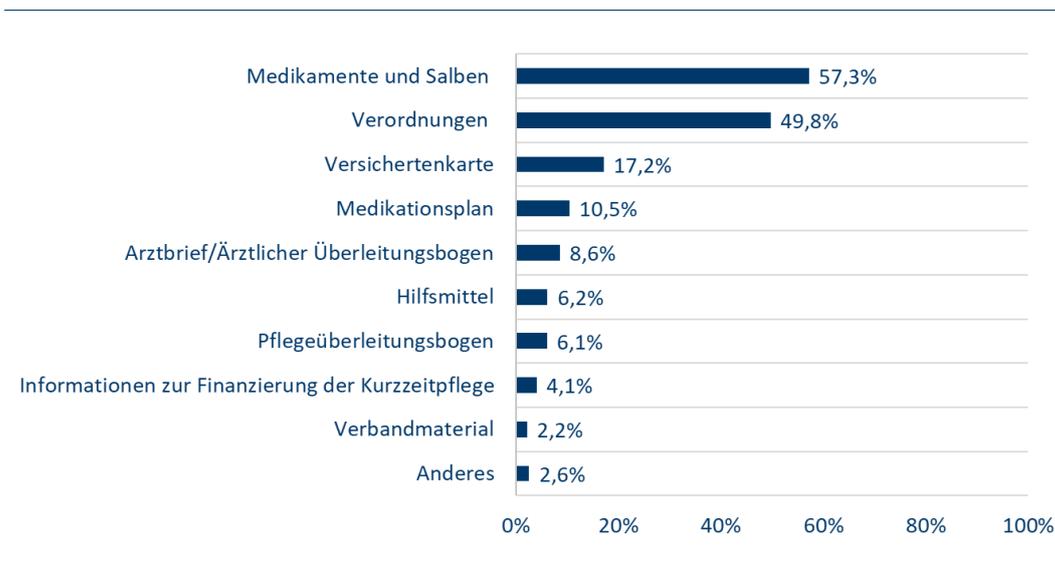
Die auf Grundlage des Gespräches ergriffenen Maßnahmen waren in allen Fällen die Einschätzung der Ressourcen durch das Case Management und in absteigender Häufigkeit (Mehrfachnennung):

- ◆ Einschätzung der Bedarfe (99,1 %),
- ◆ Planung der Ziele (95,3 %) und
- ◆ Planung der Unterstützung (93,6 %).

4.3.2 Aufwände während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes

Zur Bewertung des Aufwands im Case Management während des Kurzzeitpflegeaufenthalts wurde zunächst die Gesamtanzahl der Interventionen pro Gast erfasst. Die Interventionsfälle erhielten durchschnittlich 9,4 Interventionen je Aufenthalt (Min: 1,0; Max: 31,0). Zudem wurden insgesamt n = 627 Tätigkeiten im Rahmen von Beschaffungsaufwänden während des Kurzzeitpflegeaufenthalts dokumentiert (im Mittel 2,7 Aufwände/Gast). Unter Berücksichtigung der Verweildauer ergibt sich im Durchschnitt 0,1 Beschaffungsaufwände pro Gast und Versorgungstag (Min: 1,0; Max: 7,0). Die häufigsten Beschaffungsaufwände waren die Organisation von Medikamenten und Salben (57,3 %), Verordnungen (49,8 %) und der Versichertenkarte (17,2 %) (Abbildung 9). Die Dauer für die Beschaffungsaufwände wurde im Mittel mit 16 Minuten (Min: 1 Minute; Max: 90 Minuten) angegeben.

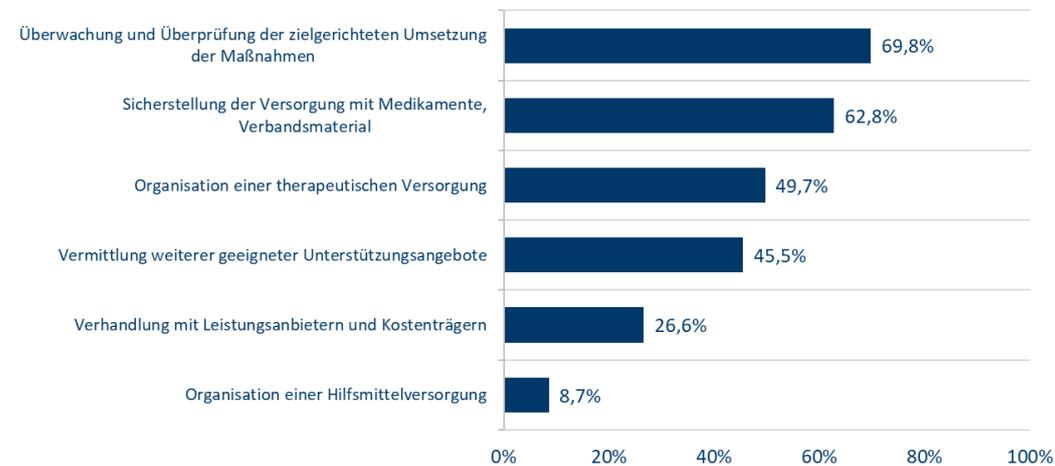
Abbildung 9: Beschaffungsaufwände während dem Kurzzeitpflegeaufenthalt, Angaben in %, Mehrfachnennung



Quelle: IGES

Bei nahezu allen Interventionsfällen (n = 231; 99,1 %) wurde während des Kurzzeitpflegeaufenthalts die Versorgung geplant und organisiert. Im Durchschnitt wurde für jeden Interventionsfall 3,5-mal eine Versorgungsplanung im Rahmen des Case Management durchgeführt (Min: 1,0; Max: 11,0). Die Inhalte der Versorgungsplanung sind in der nachfolgenden Abbildung 10 dargestellt. Die häufigsten Themen waren die Überprüfung der zielgerichteten Umsetzung der Maßnahmen (69,8 %), gefolgt von der Sicherstellung der Versorgung mit Medikamenten und Verbandmaterial (62,8 %) sowie der Organisation der therapeutischen Versorgung (49,7 %). Für die Versorgungsplanung wurde im Durchschnitt eine Dauer von 23 Minuten je Gast (Min: 1,0; Max: 90,0) angegeben.

Abbildung 10: Inhalte der Planung der Versorgung während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes, Angaben in %, Mehrfachnennung



Quelle: IGES

Beratungsgespräche durch das Case Management wurden je Interventionsfall im Mittel 6,6 mal pro Aufenthalt durchgeführt. Unter Berücksichtigung der Verweildauer entspricht dies einem Durchschnitt von 0,3 Gesprächen pro Versorgungstag in der Kurzzeitpflege. Die Beratungsgespräche fanden überwiegend mit den Kurzzeitpflegegästen (50,9 %) und/oder deren An- und Zugehörigen (46,7 %) statt. Im Mittel hatten die Gespräche eine Dauer von 16 Minuten je Gast (Min: 1 Minute; Max: 75 Minuten). Die Themen der Beratungsgespräche waren in absteigender Häufigkeit (Mehrfachnennung):

- ◆ Folgeversorgung (92,0 %),
- ◆ Information zu Selbsthilfegruppen (15,2 %),
- ◆ Leistungsansprüche (13,7 %).

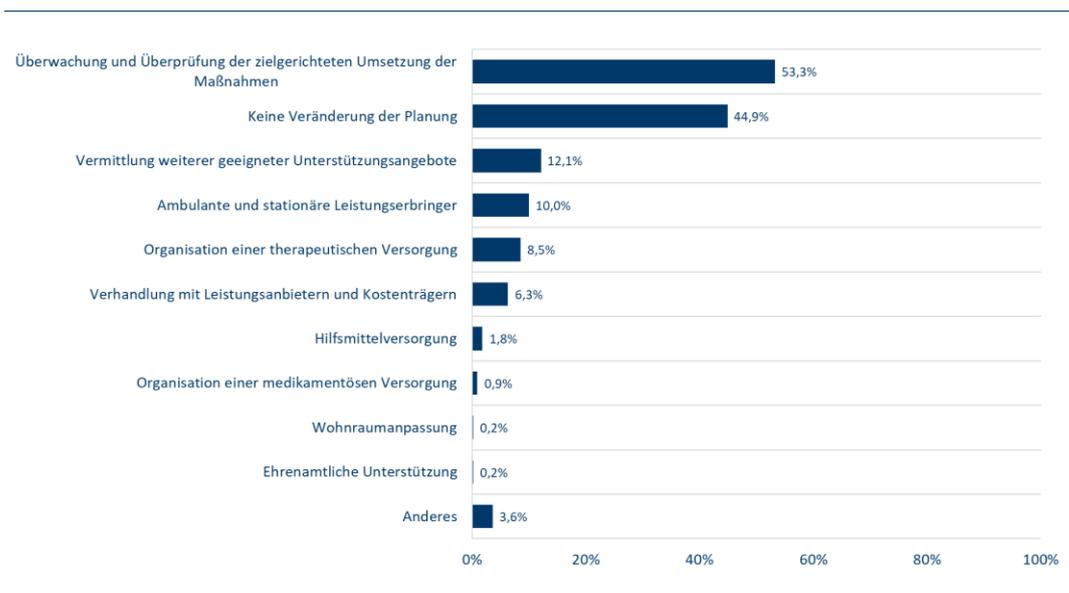
4.3.3 Multiprofessionelle Fallbesprechungen und Netzwerktätigkeiten

Das Case Management war ebenfalls verantwortlich die multiprofessionellen Fallbesprechungen zu organisieren und zu koordinieren. Diese dienen dazu, die gesundheitliche Situation und die Versorgung der Kurzzeitpflegegäste umfassend zu besprechen und zu planen.

Im Betrachtungszeitraum (03/23 – 01/24; 11 Monate) wurden insgesamt n = 40 (im Mittel 3,6/Monat) multiprofessionelle Fallbesprechungen durchgeführt. Diese nahmen im Mittel 62 Minuten (Min: 45 Minuten; Max: 95 Minuten) in Anspruch. Die Dauer der Planung dieser Fallbesprechungen hatten eine mittlere Dauer von 24 Minuten (Min: 10 Minuten; Max: 45 Minuten).

Insgesamt wurden $n = 208$ (89,3 %) Interventionsfälle durch den Einbezug verschiedener Professionen ganzheitlich betrachtet. Im Durchschnitt wurde jeder dieser Fälle 2,4 mal in multiprofessionellen Teamsitzungen pro Aufenthalt besprochen. Die Themen und Ergebnisse dieser Teamsitzungen sind in Abbildung 11 dargestellt, darunter die häufigsten: Überwachung und Überprüfung der zielgerichteten Umsetzung der Maßnahmen (53,3 %) und (v. a. bei der Evaluation der geplanten Maßnahmen) keine Veränderungen in der Planung (44,9 %). Seltener wurden Maßnahmen wie die Organisation ehrenamtlicher Unterstützung (0,2 %), Wohnraumanpassungen (0,2 %) oder Organisation der medikamentösen Versorgung (0,9 %) beschlossen. Unter der Antwortoption „Anderes, und zwar“ wurden ergänzend u. a. folgende Inhalte angegeben: Besprechung zu Rehabilitationsanträgen ($n = 7$), Notwendigkeit einer Palliativversorgung ($n = 5$) und Organisation von Dauerpflege ($n = 5$).

Abbildung 11: Inhalte der multiprofessionellen Teamsitzungen, Angaben in %, Mehrfachnennung

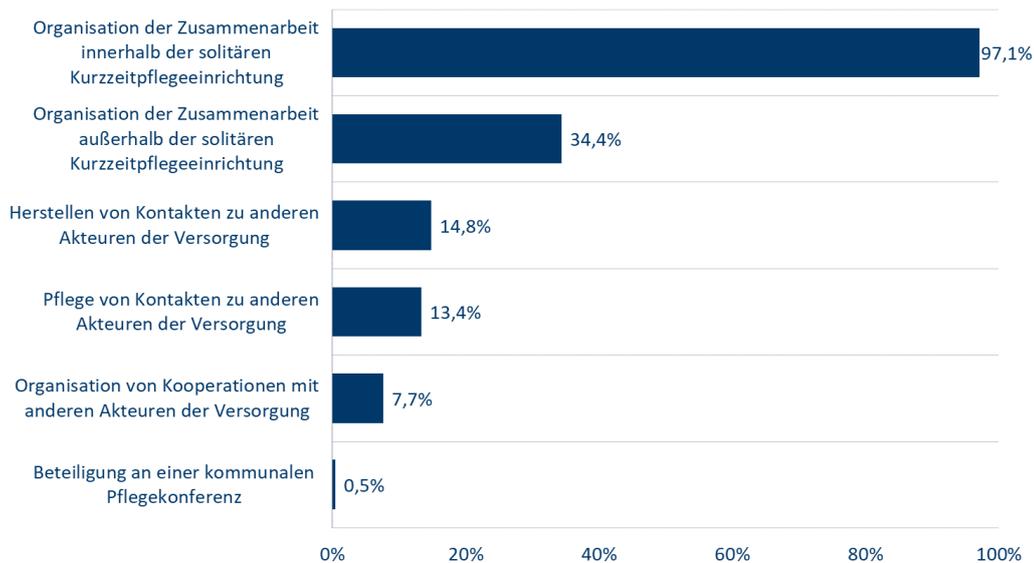


Quelle: IGES

Zur Identifikation weiterführender Effekte des Case Managements wurden die Aufwände zu den Netzwerkaktivitäten erfasst. Insgesamt wurden $n = 209$ Netzwerkaktivitäten während des Beobachtungszeitraumes dokumentiert, was einen mittleren monatlichen Aufwand von 19 Tätigkeiten ausmacht. Die Dauer für diese Aufwendungen betrug im Mittel 53 Minuten (Min: 15 Minuten; Max: 170 Minuten) sowie einmalig 480 Minuten aufgrund der Beteiligung an einer kommunalen Pflegekonferenz. Inhalt und Häufigkeiten der Netzwerkaktivitäten sind Abbildung 12 zu entnehmen. Eine zentrale Tätigkeit war, auch aufgrund der unterschiedlichen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen, die Arbeit (neu) zu organisieren (97,1

%). Auch die Organisation der Zusammenarbeit (34,4 %), das Herstellen und Pflegen von Kontakten als auch das Planen von Kooperationen zu Akteuren der Versorgung sind Tätigkeiten des Case Management.

Abbildung 12: Netzwerktätigen durch das Case Management, Mehrfachnennung, Angaben in %



Quelle: IGES

4.3.4 Entlassprozess und Aufwände

Zur Entlassung wurde evaluiert, inwiefern die Ziele des Case Management erreicht werden konnten. Diese Information lag für 98,3 % der Fälle vor (n = 229). In 89,1 % (n = 204) der Interventionsfälle konnten die Ziele erreicht werden, bei 4,4 % (n = 10) nicht. Bei weiteren 3,5 % der Gäste (n = 8) konnten die Ziele aufgrund Versterbens nicht realisiert werden und bei 3,1 % (n = 7) war der Ausgang unbekannt. Bei keinem der Fälle wurden Case Management Maßnahmen über die Entlassung hinaus durchgeführt.

In nahezu allen Interventionsfällen (n = 231) war eine Planung und Organisation der Folgeversorgung am Aufnahmetag durch das Case Management erforderlich. Bei 95,2 % der Fälle konnte die Planung während des Aufenthaltes abgeschlossen werden, bei den verbleibenden 4,8 % der Fälle nicht.

4.3.5 Zusammenfassung der Tätigkeiten und Aufwände des Case Management

Die Evaluation zeigt die Vielfältigkeit und Schwerpunkte der Arbeit des Case Management in der poststationären Kurzzeitpflege. Folgende Tabelle 4 stellt, auf Basis

der empirischen Erhebungen und Analysen sowie fachlichen Annahmen, die Aufwände des Case Management zusammenfassend dar. Zunächst wurden die monatlichen Häufigkeiten kalkuliert. Rein rechnerisch würde, für die Versorgung von $n = 19,4$ Kurzzeitpflegegästen/Monat zur Bewältigung der im Projekt geleisteten Case Management Aufwände, Personal für 133,1 h benötigt. Unter Annahme einer Vollzeitstelle (mit durchschnittlicher Arbeitszeit von 1560 h/Jahr unter der Annahme von ca. 20% Ausfallzeiten) ergeben sich daraus ein Stellenanteil von 1,02 VZÄ. Die höchsten Anteile, bezogen auf die monatlichen Gesamtaufwandszeiten, sind während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes bzgl. der Beratungsgespräche (26,1 %), der Planung und Organisation der Versorgung (19,6 %) sowie der Planung der Aufnahme der Kurzzeitpflegegäste (18,0 %) zu verzeichnen. Darüber hinaus nehmen Netzwerkaktivitäten einen hohen Anteil der Tätigkeiten des Case Managements ein (12,5 %).

Tabelle 4: Übersicht der Aufwände und Anzahl der Tätigkeiten des Case Management

	Anzahl der Tätigkeiten	mittlere Dauer/Tätigkeit (Min)	Anzahl der Gäste	mittlere Dauer/Gast (Min)	mittlere Anzahl Tätigkeiten/Gast/Aufenthalt	Tätigkeit/Monat, h (%)
Aufnahme						
Planung	233	73	233	73	1,0	-
pro Monat	19,8	73	19,8	73	1,0	24,1 (18,0)
Gespräch	233	38	233	38	1,0	-
pro Monat	19,8	38	19,8	38	1,0	12,6 (9,3)
Aufenthalt						
Beschaffungsaufwände	627	16	233	43	2,7	-
pro Monat	53,4	16	19,8	43	2,7	14,2 (10,6)
Planung/Organisation	807	23	231	81	3,5	-
pro Monat	68,7	23	19,7	81	3,5	26,3 (19,6)
Beratungsgespräche	1543	16	233	106	6,6	-
pro Monat	131,3	16	19,8	106	6,6	35,0 (26,1)
multiprofessionelle Fallbesprechungen						
Vorbereitung	48	24	208	2,2	4,3	-
pro Monat	3,9	24	17,7	2,2	4,5	1,6 (1,2)

	Anzahl der Tätigkeiten	mittlere Dauer/Tätigkeit (Min)	Anzahl der Gäste	mittlere Dauer/Gast (Min)	mittlere Anzahl Tätigkeiten/Gast/Aufenthalt	Tätigkeit/Monat, h (%)
Durchführung	40	62	208	8,1	5,2	-
pro Monat	3,4	62	17,7	8,1	5,5	3,5 (2,6)
Netzwerkaktivitäten	209	53	-	-	-	-
pro Monat	17,8	-	-	-	-	15,7 (11,8)
Summe Gesamt	3740	38,1	228,5	50,1	16,4	-
Summe Monat	318,1	38,1	19,4	50,1	16,4	133,1 (100)

Quelle: IGES

4.4 Einfluss der regelhaften Versorgung durch eine Ärztin / einen Arzt mit geriatrischer Qualifikation

Der Einfluss einer regelhaften Versorgung durch eine Ärztin / einen Arzt mit geriatrischer Qualifikation in der poststationären Kurzzeitpflege wurde erhoben, um den Effekt auf das Gesundheitsoutcome der Interventionsfälle zu identifizieren. In den Vergleichseinrichtungen wurde keine regelhafte ärztliche Versorgung eingesetzt. Da eine ärztliche Versorgung in der konventionellen poststationären Kurzzeitpflege, wenn auch mit Aufwänden durch andere Berufsgruppen⁹ verbunden, ebenfalls stattfindet, wurden auch bei den Vergleichsfällen dazu Daten erhoben und mit den Interventionsfällen im Folgenden vergleichend gegenübergestellt.

4.4.1 Aufnahmeprozess und Aufwände

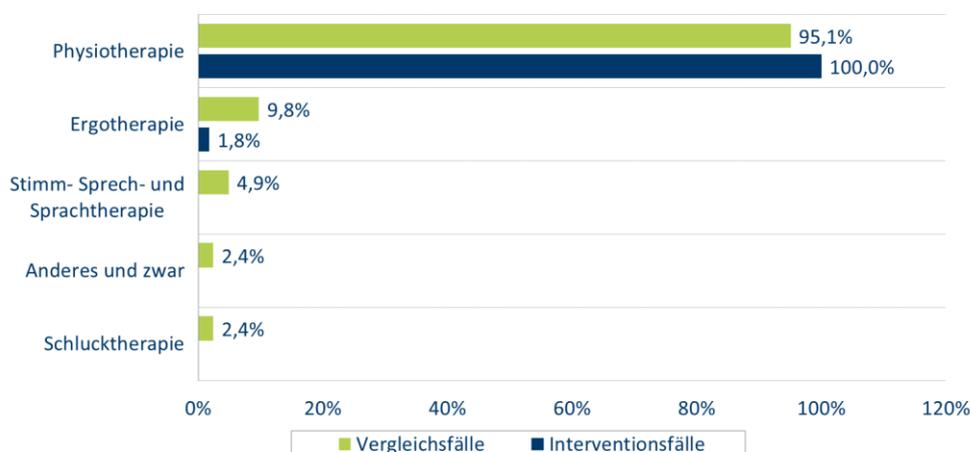
Um den Aufwand der ärztlichen Interventionen bei der Aufnahme einzuschätzen als auch die Unterschiede zur poststationären Kurzzeitpflege, ohne regelhafte ärztliche Versorgung zu identifizieren, wurde u. a. erhoben, inwiefern die Medikamente bzw. der Medikationsplan¹⁰ und Heilmittelverordnungen bei Aufnahme vorlagen und ob ein ärztliches Aufnahmegespräch stattgefunden hat. Bei den Interventionsfällen lagen die Medikamente unvollständig (51,5 %) und bei etwa einem Viertel der Fälle (26,2 %) nicht vor. Bei einem geringeren Anteil (16,7 %) lagen die Medikamente vollständig vor. Bei den Vergleichsfällen lagen die Medikamente deutlich häufiger vollständig vor (80,0 %). In weiteren 17,7 % unvollständig und bei 3 Fällen (2,3 %) nicht. Darüber hinaus lagen Heilmittelverordnungen bei Aufnahme

⁹ z. B. Pflege, welche die ärztlichen Visiten organisiert oder telefonisch Rücksprache hält, um die medizinische Versorgung in der poststationären Kurzzeitpflege sicherzustellen

¹⁰ Kriterium für ein vollständiges Vorliegen waren Medikamente vom Zuweiser für min. 3 Tage

in 75,5 % der Interventions- und 67,7 % der Vergleichsfälle nicht vor. Beides könnte auf höhere Beschaffungsaufwände bei den Interventionsfällen schließen, um die therapeutische und medikamentöse Versorgung zu gewährleisten. Eine Übersicht über vorliegende Heilmittelverordnungen (Interventionsfälle, n = 55; Vergleichsfälle, n = 41) ist der nachfolgenden Abbildung 13 zu entnehmen. Überwiegend liegen sowohl bei den Interventionsfällen (100,0 %) als auch den Vergleichsfällen (95,1 %) Verordnungen für Physiotherapie vor.

Abbildung 13: Übersicht über vorliegende Heilmittelverordnungen zur Aufnahme, Angabe in %, Mehrfachnennungen



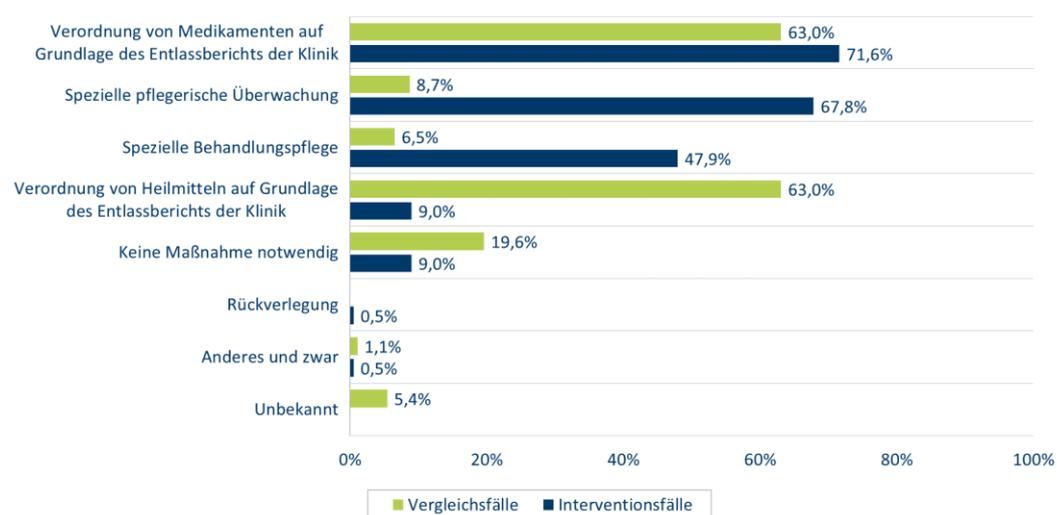
Quelle: IGES

Wie zu erwarten, wurde bei den Interventionsfällen häufiger ärztliche Aufnahmegespräche durchgeführt (n = 215, 92,3 %). Die Gespräche wurden mit dem Kurzzeitpflegegast selbst und/oder mit den An- bzw. Zugehörigen geführt. In den Vergleichseinrichtungen wurden bei n = 91 Fällen (70,0 %) ärztliche Themen entweder direkt mit dem Kurzzeitpflegegast und/oder dessen An- bzw. Zugehörigen besprochen oder die erforderlichen Maßnahmen persönlich oder telefonisch mit dem behandelnden (Haus-)Arzt abgestimmt. Die Gespräche wurden in den Vergleichseinrichtungen von der Einrichtungs- bzw. Pflegedienstleitung oder durch Pflegefachpersonen geführt. Im Mittel hatten die Gespräche eine Dauer von 11 Minuten (Min: 2 Minuten, Max: 59 Minuten) bei den Interventionsfällen und 37 Minuten (Min: 10 Minuten, Max: 80 Minuten) bei den Vergleichsfällen.

Aufgrund des Aufnahmegesprächs und der zur Aufnahme vorliegenden Informationen der zuweisenden Institution wurden Maßnahmen ergriffen, welche folgender Abbildung 14 zu entnehmen sind. Insgesamt wurden bei n = 192 Interventionsfällen und n = 74 Vergleichsfällen Maßnahmen basierend auf dem ärztlichen Aufnahmegespräch bzw. dem Gespräch mit anderen Personen zu ärztlichen Maßnahmen angegeben. Bei den Interventionsfällen wurden am häufigsten Medikamente gemäß dem Entlassbericht der Klinik verordnet (71,6 %), gefolgt von der

Einleitung spezieller pflegerischer Maßnahmen (67,8 %) und spezieller Behandlungspflege (47,9 %). Bei den Vergleichsfällen wurden am häufigsten Medikamente und Heilmittel auf Grundlage des Entlassberichts der Klinik verordnet (jeweils 63,0 %). Unter der Antwortoption „Anderes, und zwar“ wurden ergänzend die folgenden Maßnahmen angegeben: Verlegung in eine andere Klinik (Interventionsfälle, n = 1) und Anordnung eines Hilfsmittels (Vergleichsfälle, n = 1).

Abbildung 14: Maßnahmen aufgrund des ärztlichen Aufnahmegesprächs, Angaben in %, Mehrfachnennung



Quelle: IGES

4.4.2 Aufwände während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes

Zur Bewertung des Aufwands für ärztliche Interventionen während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes und zur Identifizierung von Unterschieden zur poststationären Kurzzeitpflege ohne regelhafte ärztliche Versorgung wurde die Gesamtanzahl der ärztlichen Interventionen pro Gast erfasst. Die Interventionsfälle erhielten durchschnittlich 4,1 ärztliche Interventionen (Min: 1,0; Max: 12,0), die Vergleichsfälle durchschnittlich 1,2 (Min: 1,0; Max: 13,0). Damit ist die durchschnittliche Anzahl an ärztlichen Leistungen pro Gast bei den Interventionsfällen dreimal höher als bei den Vergleichsfällen. Der Unterschied zwischen den Gruppen ist statistisch signifikant (p-Wert: < 0,001, zweiseitig).

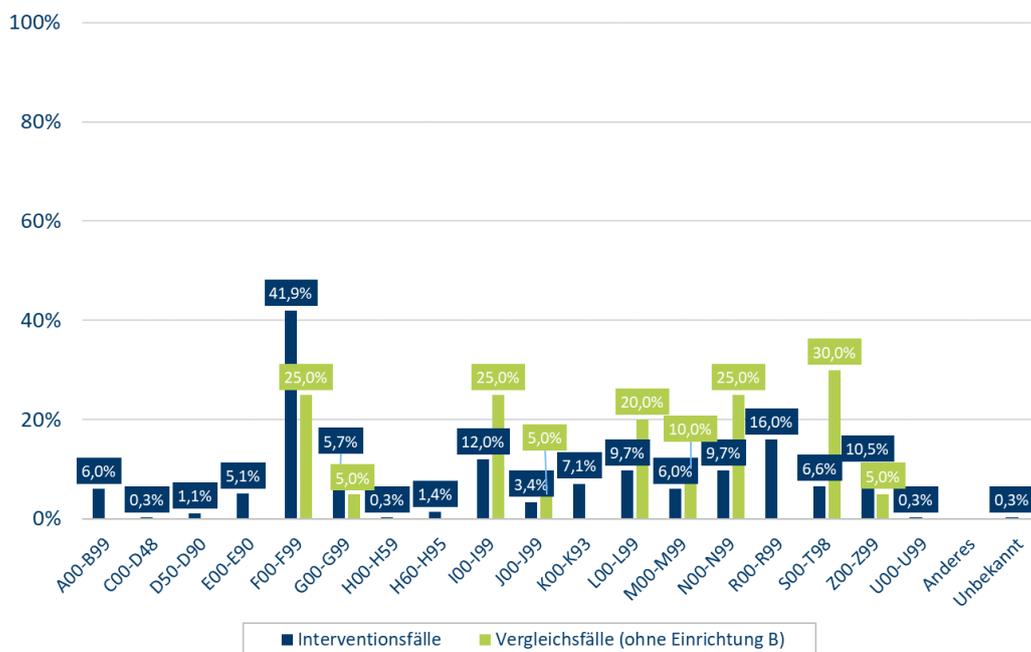
Bei den Interventionsfällen wurden durchschnittlich 1,5 Anpassungen der Diagnosen (Min: 1,0; Max: 5,0) und 2,2 neue Diagnosegruppen pro Gast und Kurzzeitpflegeaufenthalt dokumentiert. Bei den Vergleichsfällen¹¹ durchschnittlich 0,15 Anpassungen (Min: 1,0; Max: 7,0) und 0,5 neue Diagnosegruppen pro Gast und Aufenthalt. Dies bedeutet, dass die Anzahl der Anpassungen der Diagnosen bei

¹¹ in Einrichtung B wurden keine Änderungen der Diagnosen dokumentiert

den Interventionsfällen zehnmal höher waren als bei den Vergleichsfällen. Der Unterschied zwischen den Gruppen ist statistisch signifikant (p-Wert: < 0,001, zweiseitig).

Die drei häufigsten Diagnosegruppen, die während des Kurzzeitpflegeaufenthalts dokumentiert wurden, waren bei den Interventionsfällen psychische und Verhaltensstörungen (41,9 %), Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (16,0 %) sowie Krankheiten des Kreislaufsystems (12,0 %). Bei den Vergleichsfällen waren dies ebenfalls psychische und Verhaltensstörungen und Krankheiten des Kreislaufsystems sowie Krankheiten des Urogenitalsystems (jeweils 25,0%). Eine Gesamtübersicht ist in Abbildung 15 dargestellt.

Abbildung 15: Übersicht der hinzugekommenen Diagnosen während des Kurzzeitpflegeaufenthalts, nach Interventions- und Vergleichsfällen, Angaben in % der Fälle, Mehrfachnennungen



Quelle: IGES

Anmerkung: gem. ICD-10-GM Codes (Oberkategorien), Kodierung nach ICD-10-GM 2023; ohne Daten von Einrichtung B

Bei n = 1 der Vergleichsfälle wurde während des Kurzzeitpflegeaufenthalts eine Veränderung des ursprünglichen Pflegegrads dokumentiert¹².

¹² Trat bei keinem der Interventionsfälle auf. Voraussetzungen für den statistischen Test zum Gruppenvergleich nicht erfüllt.

Im Durchschnitt wurden bei den Interventionsfällen mit 1,4 mal pro Gast doppelt so häufig Veränderungen im Gesundheitszustand angegeben (Vergleichsfälle: 0,7 pro Gast). Die dokumentierten Veränderungen waren:

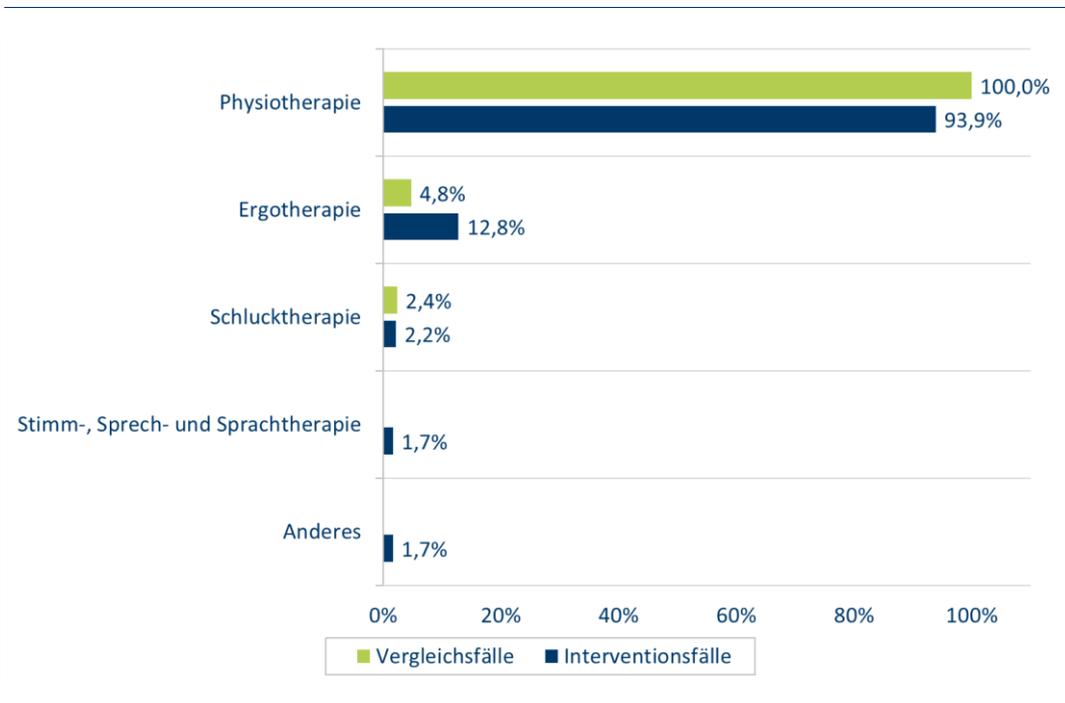
- ◆ eine gesundheitliche Verbesserung:
 - Interventionsfälle: 55,9 % (Min: 1,0; Max: 4,0 mal pro Gast),
 - Vergleichsfälle: 42,2 % (Min: 1,0; Max: 5,0 pro Gas)
- ◆ eine akute gesundheitliche Verschlechterung:
 - Interventionsfälle: 42,9 % (Min: 1,0; Max: 4,0 mal pro Gast),
 - Vergleichsfälle: 54,4 % (Min: 1,0; Max: 10,0 mal pro Gast).

Vier Interventionsfälle (1,2 %) und drei Vergleichsfälle (3,3 %) sind während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes verstorben. Der Unterscheid zwischen den Gruppen ist hinsichtlich der gesundheitlichen Verbesserung statistisch signifikant (p-Wert: < 0,001, zweiseitig) und hinsichtlich der gesundheitlichen Verschlechterung nicht.

Im Durchschnitt wurden bei den Interventionsfällen etwa viermal häufiger Änderungen bei den Medikamenten (Mittelwert: 1,7, Min: 1,0; Max: 5,0) als bei den Vergleichsfällen (Mittelwert: 0,4, Min: 1,0; Max: 4,0) vorgenommen. Der Unterschied zwischen den Gruppen ist statistisch signifikant (p-Wert: < 0,001, zweiseitig). Bei den meisten Interventionsfällen wurden eine Reduktion der Medikation (Mittelwert: -0,4, Min: -11,0; Max: 2,0) vorgenommen, während bei den Vergleichsfällen durchschnittlich häufiger Neuverordnungen vorgenommen wurden (Mittelwert: 2,0, Min: 1,0; Max: 6,0). (Heilmittel-)Verordnungen wurden während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes bei den Interventionsfällen im Mittel 0,8 mal je Gast und damit doppelt so häufig wie bei den Vergleichsfällen (im Mittel 0,4 mal) ausgestellt¹³. Sowohl bei den Interventionsfällen (93,9 %) als auch bei den Vergleichsfällen (87,5 %) wurden überwiegend Verordnungen für Physiotherapie ausgestellt (Abbildung 16). Unter der Antwortoption „Anderes, und zwar“ wurde bei den Interventionsfällen ergänzend Verordnungen für Fango Massage (Interventionsfälle, n = 2) dokumentiert.

¹³ Voraussetzungen für den statistischen Test zum Gruppenvergleich nicht erfüllt.

Abbildung 16: (Heilmittel-)Verordnungen während des Kurzzeitpflegeaufenthalts im Vergleich der Interventions- und Vergleichsfälle, Angaben in %, Mehrfachnennung



Quelle: IGES

Verordnungen für eine mobile oder stationäre Rehabilitationsbehandlung zeigen deskriptiv keinen Unterschied zwischen den Gruppen¹⁴. Sowohl bei den Interventionsfällen als auch den Vergleichsfällen wurden durchschnittlich jeweils 0,1 Verordnungen (Min: 1,0; Max: 1,0) pro Gast und Aufenthalt erstellt.

Wie erwartet wurde bei den Interventionsfälle eine deutlich höhere Anzahl an ärztlichen Visiten pro Kurzzeitpflegegast und Aufenthalt im Vergleich zu den Vergleichsfällen durchgeführt (Interventionseinrichtung n = 715 ärztliche Visiten, Vergleichseinrichtungen n = 77 ärztliche Visiten). Im Durchschnitt wurden bei den Interventionsfällen 3,1 Visiten pro Gast (Min: 1,0; Max: 11,0) und bei den Vergleichsfällen 0,6 Visiten¹⁵ pro Gast (Min: 1,0; Max: 7,0) durchgeführt. Dies entspricht einem Verhältnis von etwa fünf zu eins. Der Unterschied zwischen den Gruppen ist statistisch signifikant (p-Wert: < 0,001, zweiseitig).

Auf Grundlage der ärztlichen Visiten wurden Maßnahmen während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes ergriffen (Abbildung 17). Bei den Interventionsfällen wurde am häufigsten die Medikation angepasst (40,7 %), gefolgt von Konsultationen mit

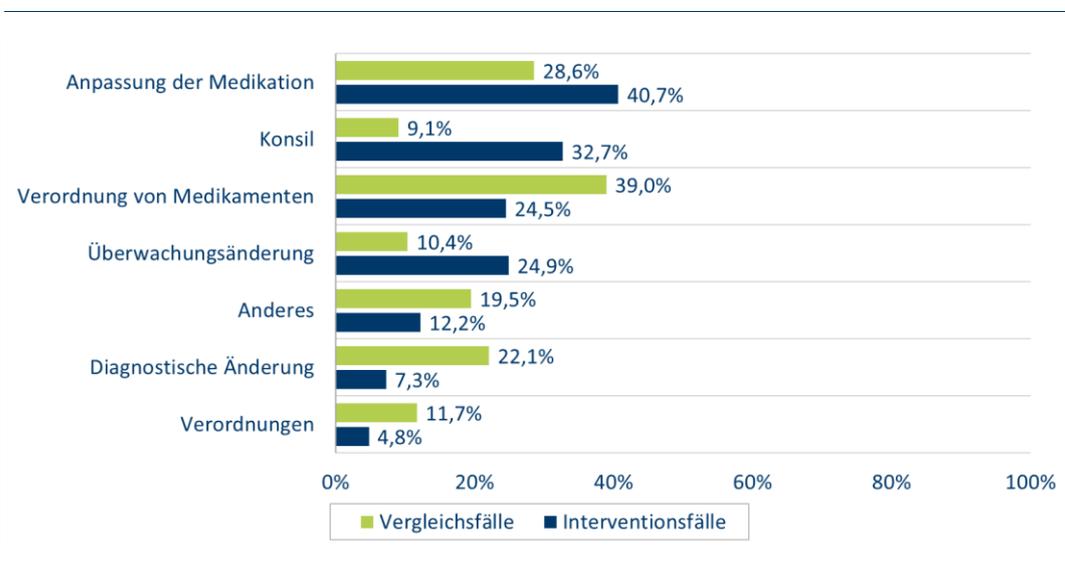
¹⁴ Voraussetzungen für den statistischen Test zum Gruppenvergleich nicht erfüllt.

¹⁵ Ärztliche Visiten wurden in den Vergleichseinrichtungen in seltenen Fällen vor Ort durchgeführt, hier sind auch Gespräche zu ärztlichen Themen und erforderlichen Maßnahmen mit dem Kurzzeitpflegegast selbst und/oder mit den An- bzw. Zugehörigen bzw. mit der behandelnden (Haus-) Ärztin / dem behandelnden (Haus-) Arzt inbegriffen

Fachärztinnen bzw. Fachärzten (32,7 %). Bei den Vergleichsfällen wurden am häufigsten Medikamente verordnet (39,0 %) bzw. angepasst (28,6 %). Unter der Antwortoption „Anderes, und zwar“ wurden ergänzend u. a. die folgenden Maßnahmen angegeben:

- ◆ Interventionsfälle: Wundbehandlung (n = 157), Beratung der An- und Zugehörigen (n = 30), stationäre Einweisung (n = 23), psychosomatisch unterstützendes Gespräch (n = 13)
- ◆ Vergleichsfälle: Symptombehandlung (n = 2).

Abbildung 17: Konsequenz aufgrund ärztlicher Visiten, nach Interventions- und Vergleichsfällen, Angaben in %, Mehrfachnennung



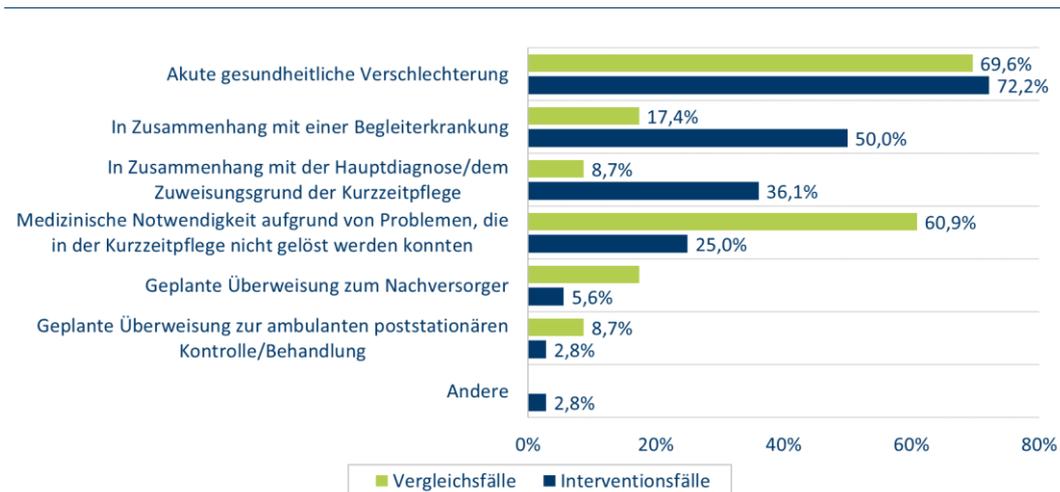
Quelle: IGES

Insgesamt wurden in der Interventionseinrichtung n = 38 (Min: 1; Max: 2) und in den Vergleichseinrichtungen n = 25 (Min: 1; Max: 4) Einweisungsaufträge erfasst. Unter Berücksichtigung der Verweildauer wurden bei den Interventionsfällen durchschnittlich 0,008 Einweisungsaufträge pro Gast erteilt, während es bei den Vergleichsfällen 0,012 waren. Demzufolge wurden bei den Vergleichsfällen durchschnittlich 1,5-mal mehr Einweisungsaufträge pro Gast und Versorgungstag in der Kurzzeitpflege erteilt als bei den Interventionsfällen. In 94,7 % der Einweisungsaufträge der Interventionseinrichtung (n = 36) und 100,0 % der Vergleichseinrichtungen (n = 25) waren die Gründe eine akutstationäre Versorgung. Bei 5,3 % der Einweisungsaufträge in der Interventionseinrichtung wurde eine Rehabilitationseinrichtung (in diesen Fällen mobile geriatrische Rehabilitation und aufsuchende Therapie und Behandlung durch das Rehabilitations-Team) angegeben. Der Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich der Anzahl der Einweisungsaufträge ist statistisch nicht signifikant.

Die Gründe für akutstationäre Einweisungen sind in der nachfolgenden Abbildung 18 dargestellt. In beiden Gruppen war der häufigste Grund für die Einweisung eine

akute gesundheitliche Verschlechterung (Interventionsfälle: 94,1 %; Vergleichsfälle: 69,6 %). In den Vergleichseinrichtungen, in denen keine regelmäßige ärztliche Versorgung vorhanden ist, war der Einweisungsgrund „Medizinische Notwendigkeit, Versorgung des Problems in der Kurzzeitpflege nicht möglich“ deutlich häufiger als bei den Interventionsfällen, mit einer Differenz von +35,9 %.

Abbildung 18: Gründe für die Einweisung in die akutstationäre Versorgung, Angaben in %, Mehrfachnennung



Quelle: IGES

Insgesamt wurden in der Interventionseinrichtung $n = 56$ und in den Vergleichseinrichtungen $n = 41$ Überweisungsaufträge erfasst. Im Vergleich der Mittelwerte sind dies bei den Interventionsfällen weniger Überweisungsaufträge je Gast und Aufenthalt (0,2 pro Gast) als bei den Vergleichsfällen (0,3 pro Gast). In beiden Gruppen war am häufigsten eine ambulante Vorstellung in der vorab behandelnden Klinik erforderlich (Interventionsfälle: 76,8 %; Vergleichsfälle: 53,7 %). Bei den Vergleichsfällen war häufiger eine Überweisung an eine niedergelassene Fachärztin bzw. einen niedergelassenen Facharzt erforderlich (Interventionsfälle: 5,4 %; Vergleichsfälle: 43,9 %). Unter der Antwortoption „Andere“ wurden ergänzend u. a. folgende Aufträge angegeben: ambulante Vorstellung in anderer als der einweisenden Klinik (Interventionsfälle: $n = 4$), Vorstellung im Sanitätshaus (Interventionsfälle: $n = 4$), Wundermanager bzw. Wundmanagerin (Vergleichsfälle: $n = 1$). Transportaufträge waren bei den Interventionsfällen im Unterschied zu den Vergleichsfällen etwas häufiger erforderlich (Durchschnitt: 0,3 vs. 0,2 pro Gast). Es zeigten sich keine statistisch signifikanten Gruppenunterschiede hinsichtlich der Überweisungs- und der Transportaufträge.

Bei 14 Interventionsfällen (6,0 %) und 5 Vergleichsfällen (3,8 %) wurde während des Kurzzeitpflegeaufenthalts eine (spezialisierte) Palliativversorgung erforderlich. Der Unterschied zwischen den Gruppen ist statistisch nicht signifikant. Bei beiden Gruppen wurde als Konsequenz auf eine erforderliche Palliativversorgung auf kurative Behandlungsmaßnahmen verzichtet bzw. diese eingeschränkt.

Bei n = 6 Vergleichsfällen (4,6 %) wurde zudem angegeben, dass während des Kurzzeitpflegeaufenthalts eine psychiatrische Versorgung erforderlich war, wohingegen bei keinem der Interventionsfälle ein solcher Bedarf festgestellt wurde¹⁶. Eine Gesamtübersicht der ärztlichen Aufwände während des Kurzzeitpflegeaufenthalts ist Tabelle 5 zu entnehmen.

¹⁶ Voraussetzungen für den statistischen Test zum Gruppenvergleich nicht erfüllt.

Tabelle 5: Medizinische Merkmale der Interventions- und Vergleichsfälle während dem Kurzzeitpflegeaufenthalt

Merkmal	Einrichtung und Fälle		Δ Vergleich- zu Interventionsfällen	Signifikanz der Gruppenunterschiede ^a
	A, Interventionsfälle (n = 233)	Vergleichsfälle (B + C) (n = 130)		
	MW (Min; Max)	MW (Min; Max)		
Ärztliche Interventionen	4,1 (1,0; 12,0)	1,2 (1,0; 13,0)	-341,6	p = 0,000*
Ärztliche Visiten	3,1 (0,0; 11,0)	0,6 (0,0; 7,0)	-516,7	p = 0,000*
Veränderung des ursprünglichen Pflegegrads	0,0 (-)	0,0 (-)	-	.. ^b
Veränderung der zur Aufnahme angegebenen Diagnosen	1,5 (1,0; 5,0)	0,2 (1,0; 7,0)	-750,0	p = 0,000*
Anpassung der Medikation	1,7 (1,0; 5,0)	0,4 (1,0; 4,0)	-425,0	p = 0,000*
(Heilmittel-) Verordnung(en) während des Kurzzeitpflegeaufenthalts	0,8 (1,0; 2,0)	0,4 (1,0; 4,0)	-200,0	.. ^b
Verordnung für eine mobile/stationäre Rehabilitationsbehandlung	0,1 (1,0; 1,0)	0,1 (1,0; 1,0)	0,0	.. ^b
Einweisung in eine andere Versorgungsform	0,008 ^c	0,012 ^c	+50,0	
Akutstationär	0,2 (0,0; 2,0)	0,2 (0,0; 4,0)	0,0	p = 0,463
Rehabilitation	0,01 (0,0; 1,0)	0,0 (-)	-100,0	.. ^b

Merkmal	Einrichtung und Fälle		Δ Vergleich- zu Inter- ventionsfällen	Signifikanz der Gruppenunter- schiede ^a
	A, Interventionsfälle (n = 233)	Vergleichsfälle (B + C) (n = 130)		
	MW (Min; Max)	MW (Min; Max)		
Überweisungsaufträge				
Ambulante Vorstellung in der vorbehandelnden Klinik	0,2 (0,0; 3,0)	0,2 (0,0; 3,0)	0,0	p = 0,516
Niedergelassene Fachärztin/niedergelassener Facharzt	0,01 (0,0; 2,0)	0,1 (0,0; 3,0)	+10,0	.. ^b
Erforderliche Transportaufträge	0,3 (0,0; 3,0)	0,2 (0,0; 2,0)	-150,0	p = 0,088
Veränderungen im Gesundheitszustand				
Gesundheitliche Verbesserung	0,8 (0,0; 4,0)	0,3 (0,0; 5,0)	-266,7	p = 0,001*
Akute gesundheitliche Verschlechterung	0,6 (0,0; 4,0)	0,4 (0,0; 10,0)	-150,0	p = 0,052
Bei Entwicklung eines Rehabilitationspotenzials während dem Kurzzeitpflegeaufenthalt				
Rehabilitation wurde beantragt	0,1 (1,0; 12,0)	0,2 (1,0; 4,0)	+50,0	.. ^b
Rehabilitation wurde noch nicht beantragt	0,0 (-)	0,1 (1,0; 2,0)	-	.. ^b
Notwendigkeit einer (spezialisierten) Palliativversorgung	0,1 (0,0; 2,0)	0,1 (0,0; 5,0)	0,0	.. ^b

Merkmal	Einrichtung und Fälle		Δ Vergleich- zu Inter- ventionsfällen	Signifikanz der Gruppenunter- schiede ^a
	A, Interventionsfälle (n = 233)	Vergleichsfälle (B + C) (n = 130)		
	MW (Min; Max)	MW (Min; Max)		
Notwendigkeit einer psychiatrischen Ver- sorgung	0,0 (-)	0,1 (0,0; 10,0)	-	_b

Quelle: IGES

Anmerkung: MW = Mittelwert, Min = Minimum, Max = Maximum; verwendetes Verfahren für Gruppenvergleiche: Poisson-Regression; *Ergebnisse gelten als statistisch signifikant, wenn der p-Wert < 0,05 ist; ^a Nachweis ob der Unterschied statistisch bedeutsam ist oder nur zufällig; ^b Voraussetzungen für einen Gruppenvergleich nicht erfüllt; ^c In Relation zur durchschnittlichen Verweildauer bei den Einrichtungen

4.4.3 Entlassprozess und Aufwände

Heilmittelverordnungen und/oder Anpassungen der Medikamente zur Entlassung wurden erfasst, um die abschließenden ärztlichen Maßnahmen und Aufwände zu identifizieren. Bei keinem der Interventions- als auch Vergleichsfälle fielen Aufwände hinsichtlich der Medikamentenanpassungen an, sodass davon auszugehen ist, dass bereits vor dem Zeitpunkt der Entlassung entsprechende Maßnahmen ergriffen wurden. Bei wenigen Fällen wurden Heilmittelverordnungen für die Zeit nach der Entlassung aus der Kurzzeitpflege erstellt (Interventionsfälle 1,7 %, n = 4; Vergleichsfälle 5,4 %, n = 7). Hauptsächlich waren dies Verordnungen für Physiotherapie und weniger häufig Schluck-, Ergo- oder Ernährungstherapie.

4.4.4 Zusammenfassung der ärztlichen Tätigkeiten und Aufwände

Die Evaluation zeigt die Vielfältigkeit und Schwerpunkte der ärztlichen Aufwände und Tätigkeiten in der poststationären Kurzzeitpflege. Zu den Tätigkeiten in der Versorgung der poststationären Kurzzeitpflegegäste zählen Visiten und Aufnahmen- sowie Entlassgespräche, Anpassungen der Diagnosen, Medikamentenmanagement, Verordnung von Heilmitteln, (speziellen) pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen, Einweisungen und Überweisungen.

Im Mittel hat die Ärztin / der Arzt monatlich 18,3 Aufnahmegespräche geführt, bei den Vergleichsfällen waren dies im Mittel 6,2 Gespräche. Der monatliche zeitliche Aufwand für die Aufnahmegespräche¹⁷ ist in der Interventionseinrichtung mit 3,35h/Monat vergleichsweise niedriger als in den Vergleichseinrichtungen mit 3,84h/Monat. Damit ist die durchschnittliche Anzahl an ärztlichen Aufnahmegesprächen durch eine regelhaft eingesetzte Ärztin / einen regelhaft eingesetzten Arzt 2,9 mal höher bei geringerem monatlichem zeitlichem Aufwand. Anzumerken ist an dieser Stelle erneut, dass in den Vergleichseinrichtungen diese Gespräche nur in seltenen Fällen direkt durch ärztliches Personal stattgefunden hat, sondern die Informationen durch die Pflegefachpersonen mit den Gästen erfasst wurden bzw. mit den behandelnden Hausärztinnen und -ärzten telefonisch besprochen wurden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Interventionsfälle höher frequentiert, zeitnaher und umfassender medizinisch versorgt waren, einschließlich einer höheren Rate an Medikamentenanpassungen, speziellen Pflegemaßnahmen, Visiten und Anpassungen der Diagnosen.

¹⁷ Planung und Organisation der Aufnahme, Kontrolle der Medikation und Einschätzung der notwendigen Verordnungen, Kommunikation mit den Pflegekräften zu Überwachungs- und Behandlungsmaßnahmen sowie das Erstellen der Rezepte und Verordnungen oder Dokumentationsaufwände sind nicht in den Zeitangaben enthalten.

4.5 Einfluss der pflegerischen Versorgung

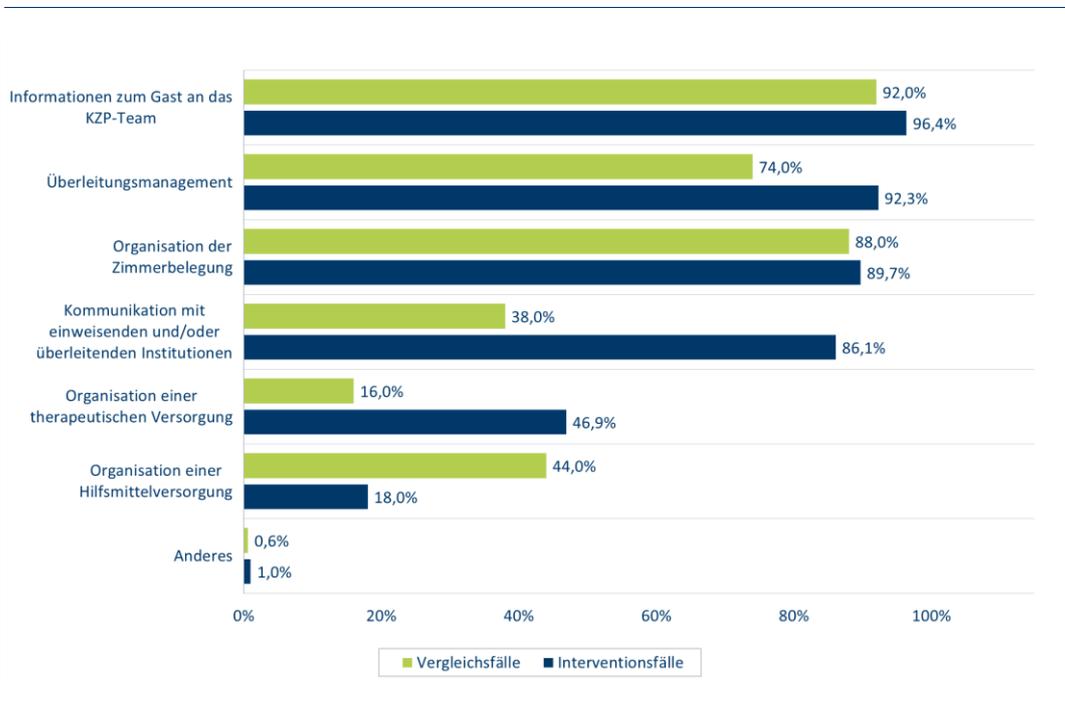
Der Einfluss der pflegerischen Versorgung von poststationären Kurzzeitpflegegästen wurde erhoben, um den Effekt auf das Gesundheitsoutcome als auch hinsichtlich der Auswirkungen des multiprofessionellen Teams auf die Tätigkeiten der Pflegefachpersonen der Interventionsfälle im Vergleich zu den Vergleichsfällen zu analysieren. Die Ergebnisse sind in den nachfolgenden Abschnitten dargestellt.

4.5.1 Aufnahmeprozess und Aufwände

Um die Unterschiede der pflegerischen Aufwände im Aufnahmeprozess der Interventions- und Vergleichsfälle einzuschätzen, wurde u. a. erhoben, welche Aufwände vor der Aufnahme angefallen sind und inwiefern und in welchem Umfang pflegerische Aufnahmegespräche stattgefunden haben.

Bei 83,3 % (n = 194) der Interventionsfälle und 38,5 % (n = 50) der Vergleichsfälle sind in der Vorbereitung und Planung der Aufnahme des Gastes entstanden. Am häufigsten sind in beiden Gruppen Aufwände hinsichtlich der Informationsweitergabe an das Kurzzeitpflegeteam innerhalb der Einrichtung, der Organisation der Zimmerbelegung und des Überleitungsmanagements entstanden (Abbildung 19). Vergleichsweise häufiger entstanden Aufwände bei den Interventionsfällen aufgrund der Kommunikation mit den einweisenden bzw. überleitenden Institutionen (Interventionsfälle: 86,1 %, Vergleichsfälle: 38,0 %) und bei der Organisation der therapeutischen Versorgung (Interventionsfälle: 46,9 %, Vergleichsfälle: 16,0 %). Die Organisation der Hilfsmittelversorgung wurde bei den Vergleichsfällen häufiger angegeben (Interventionsfälle: 18,0 %, Vergleichsfälle: 44,0 %). Unter der Antwortoption „Anderes“ wurden ergänzend bei den Vergleichsfällen die Bestellung von Medikamenten und bei den Interventionsfällen die Organisation der Wundversorgung, Terminabsprachen sowie das Besorgen der Vollmacht aufgeführt.

Abbildung 19: Pflegerische Aufwände vor der Aufnahme des Kurzzeitpflegegastes nach Interventions- und Vergleichsfällen, Angaben in %, Mehrfachnennung



Quelle: IGES

Anmerkung: KZP-Team: Kurzzeitpflegeteam

Zur Einschätzung des zeitlichen Umfangs der Aufwendungen wurde die Dauer der Planung und Vorbereitung der Aufnahme von den Pflegefachpersonen je Gast geschätzt. Im Mittel wurde eine Dauer von 39 Minuten (Min: 8 Minuten; Max: 105 Minuten.) bei den Interventionsfällen und 21 Minuten (Min: 10 Minuten; Max: 60 Minuten) bei den Vergleichsfällen angegeben.

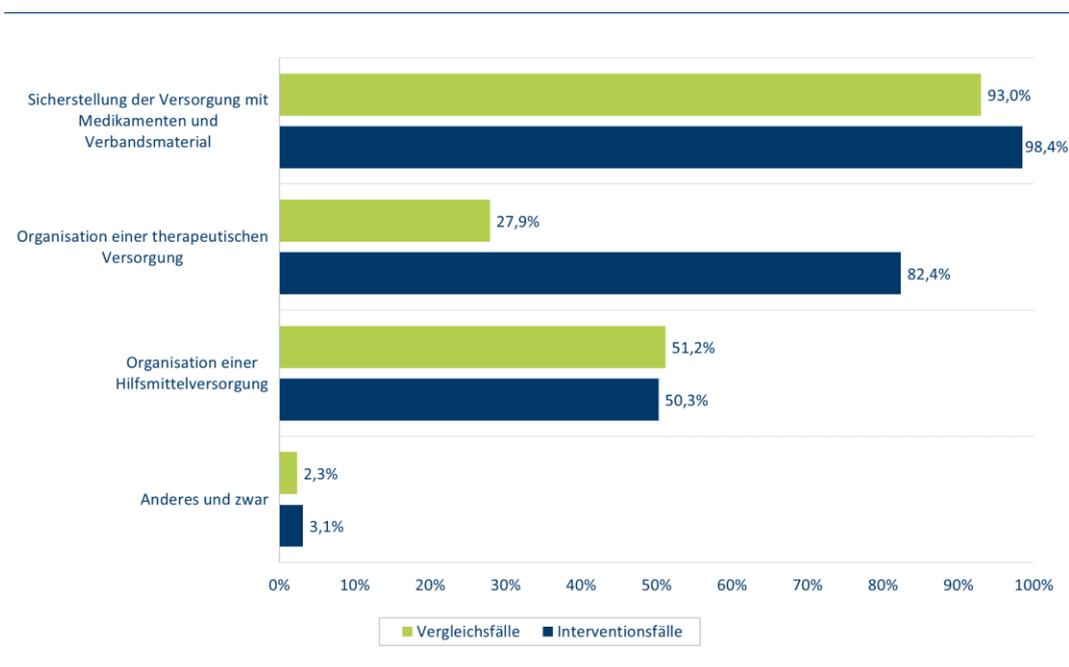
Am Aufnahmetag wurden in allen Fällen (Intervention und Vergleich) mit jedem Kurzzeitpflegegast und/oder An- bzw. Zugehörigen und/oder informellen Helfer ein pflegerisches Aufnahmegespräch durchgeführt. Im Mittel hatten die Gespräche eine Dauer von 39 Minuten (Min: 8 Minuten; Max: 105 Minuten) bei den Interventionsfällen und 43 Minuten (Min: 10 Minuten; Max: 90 Minuten) bei den Vergleichsfällen.

Am Aufnahmetag gab es bei insgesamt 82,8 % (n = 193) der Interventionsfälle und 33,1 % (n = 43) der Vergleichsfälle Aufwände in der Organisation und/oder Planung der Versorgung (Abbildung 20). Die häufigsten Aufwände entstanden bei der Organisation der Medikamente und des Verbandmaterials (Interventionsfälle: 98,4 %, Vergleichsfälle: 93,0 %). Bei den Interventionsfällen war zudem die Organisation der therapeutischen Versorgung (82,4 %) einer der häufigsten Aufwände. Dies lässt wahrscheinlich auf die multiprofessionelle Versorgung rückschließen, da dadurch andere Berufsgruppen in der Planung der Versorgung eingebunden wer-

den und Aufwände verursachen als bei den Vergleichseinrichtungen. Die Organisation der Hilfsmittelversorgung nimmt in etwa bei jedem zweiten Kurzzeitpflegegast Aufwand in Anspruch (Interventionsfälle: 50,3 %, Vergleichsfälle: 51,2 %). Begründet sind hier die erneut hohen Aufwände hinsichtlich der Hilfsmittelversorgungen u. a. damit, dass zum einen in Vorbereitung der Aufnahme noch keine Rezepte und/oder falsch ausgestellt wurden bzw. nicht in der Kurzzeitpflegeeinrichtung mit den Unterlagen ankommen und/oder Bedarf an weiteren Hilfsmitteln festgestellt wird. Unter der Antwortoption „Anderes und zwar“ wurden zusätzlich Themen genannt:

- ◆ Interventionsfälle (3,1 %): Organisation eines Transports (n = 2), Organisation einer Palliativversorgung (n = 2) sowie Terminabsprache und Organisation von Kleidung (jeweils n = 1)
- ◆ Vergleichsfälle (2,3 %): Klärung eines Pflegevertrags (n = 1).

Abbildung 20: Pflegerische Aufwände am Aufnahmetag zur Organisation der Versorgung des Kurzzeitpflegegastes nach Interventions- und Vergleichsfällen, Angaben in %, Mehrfachnennung



Quelle: IGES

Zur Einschätzung des zeitlichen Umfangs der Aufwendungen am Aufnahmetag (exkl. des pflegerischen Aufnahmegesprächs) wurde die Dauer von den Pflegefachpersonen geschätzt und im Mittel mit 29 Minuten (Min: 4 Minuten; Max: 90 Minuten) bei den Interventionsfällen und 22 Minuten (Min: 5 Minuten; Max: 60 Minuten) bei den Vergleichsfällen angegeben.

Die Planung der Folgeversorgung der Gäste durch die Pflegefachpersonen war bei Aufnahme bei 34,8 % (n = 81) der Interventionsfälle und 16,9 % (n = 22) der Vergleichsfälle notwendig.

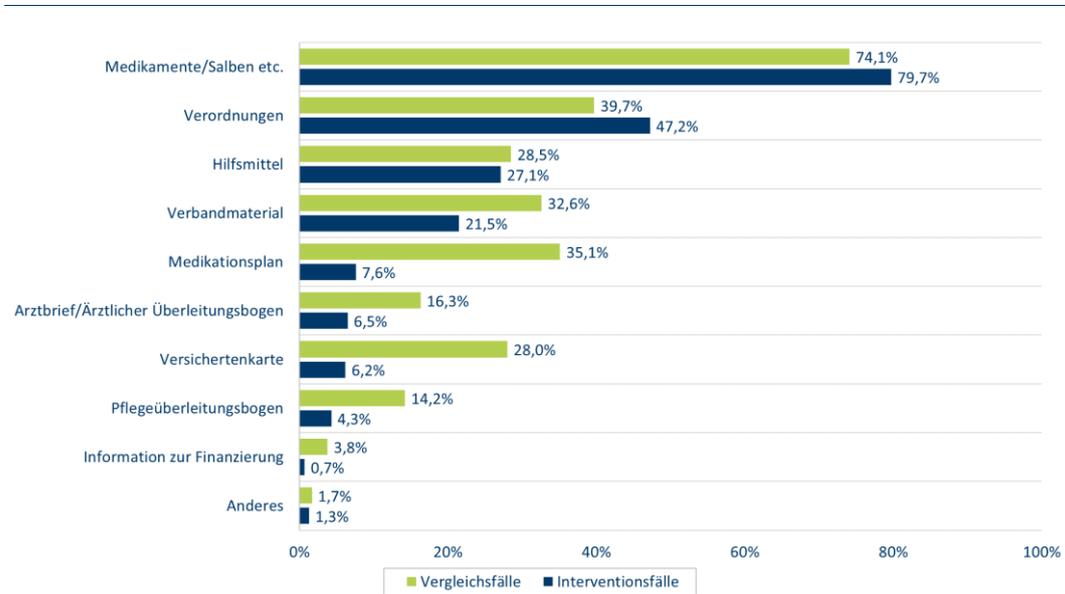
4.5.2 Aufwände während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes

Um den Aufwand der pflegerischen Interventionen während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes sowie die Unterschiede zwischen den Interventions- und Vergleichsfällen einzuschätzen, wurden u. a. die Beschaffungsaufwände, die Aufwände für die Risikoerfassung mittels Assessments sowie die Aufwände für die Durchführung behandlungspflegerischer Tätigkeiten und aufgrund des Aufenthaltes in der Kurzzeitpflege notwendige Planungs-/Beratungs-/Organisationsgespräche einschl. deren Umfang erfasst.

Die Beschaffungsaufwände wurden pro Gast pro Versorgungstag erfasst. Insgesamt wurden bei den Interventionsfällen n = 524 Tätigkeiten (MW: 2,2 Aufwände/Gast; Min: 3,0, Max: 12,0) und bei den Vergleichsfällen n = 237 Tätigkeiten (MW: 1,8 Aufwände/Gast; Min: 1,0, Max: 9,0) dokumentiert. Unter Berücksichtigung der Verweildauer ergeben sich 0,1 Beschaffungsaufwände bei den Interventionsfällen als auch bei den Vergleichsfällen pro Gast und Versorgungstag. In beiden Gruppen traten die höchsten Beschaffungsaufwände aufgrund der Organisation von Medikamenten und Salben (Interventionsfälle: 79,7 %; Vergleichsfälle: 74,1 %) sowie Verordnungen (Interventionsfälle: 47,2 %; Vergleichsfälle: 39,7 %) auf (Abbildung 21). Häufiger entstanden bei den Vergleichsfällen Aufwände für die Beschaffung des Medikationsplans (35,1 % vs. 7,6%), der Versichertenkarte (28,0 % vs. 6,2 %) sowie Arztbriefen bzw. ärztlichen Überleitungsbriefen (16,3 % vs. 6,5 %). Unter der Antwortoption „Anderes, und zwar“ wurden ergänzend die folgende Beschaffungsaufwände angegeben: Kleidung (Interventionsfälle: n = 7; Vergleichsfälle: n = 1) und Bargeld (z. B. für den Friseursalon) (Vergleichsfälle, n = 2).

Zur Einschätzung des zeitlichen Umfanges der Beschaffungsaufwände wurde die Dauer von den Pflegefachpersonen geschätzt und im Mittel mit 25 Minuten (Min: 3 Minuten; Max: 120 Minuten) bei den Interventionsfällen und 16 Minuten (Min: 5 Minuten; Max: 45 Minuten) bei den Vergleichsfällen angegeben.

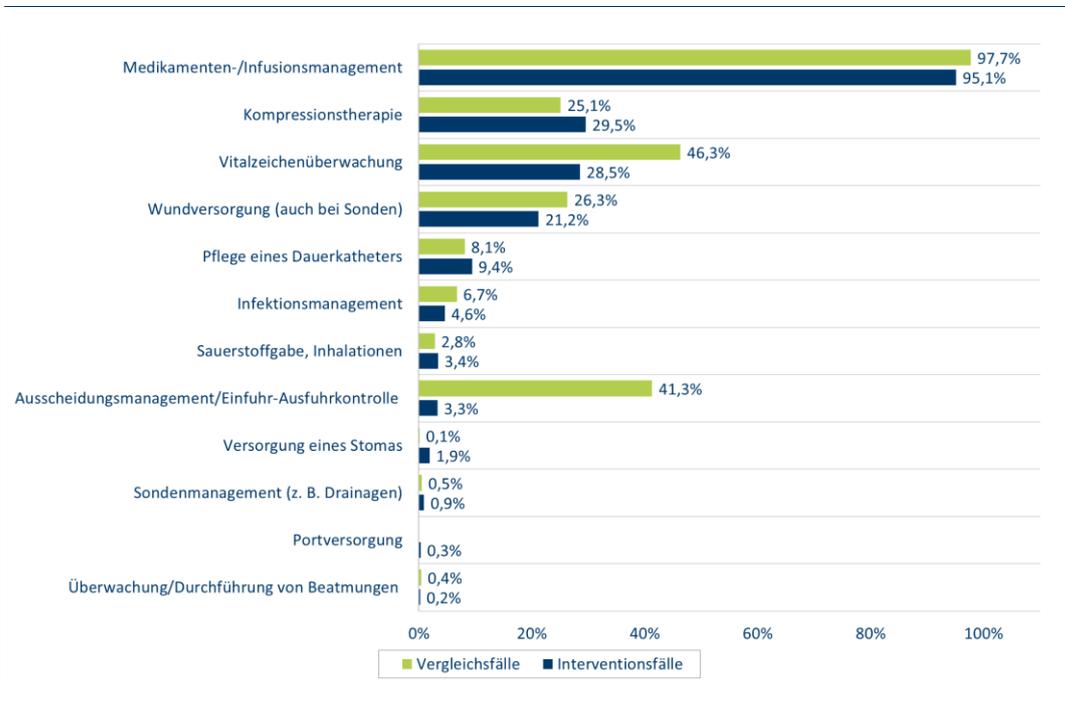
Abbildung 21: Beschaffungsaufwände während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes im Vergleich der Interventions- und Vergleichsfälle, Angaben in %, Mehrfachnennung



Quelle: IGES

Die Interventionsfälle erhielten im Durchschnitt 16,6 behandlungspflegerische Maßnahmen (Min: 1,0; Max: 49,0). Und die Vergleichsfälle durchschnittlich 8,2 behandlungspflegerische Maßnahmen (Min: 1,0; Max: 50,0) pro Gast. Damit war die durchschnittliche Anzahl an behandlungspflegerischen Maßnahmen pro Gast bei den Interventionsfällen etwa doppelt so hoch. Der folgenden Abbildung 22 ist die Verteilung der behandlungspflegerischen Tätigkeiten zu entnehmen. In beiden Gruppen waren das Medikamenten- und Infusionsmanagements am häufigsten (Interventionsfälle: 95,1 %, Vergleichsfälle: 97,7 %). Bei den Vergleichsfällen wurden häufiger Vitalzeichenüberwachungen (46,3 % vs. 28,5 %) sowie Ausscheidungsmanagement und Einfuhr-Ausfuhrkontrollen (41,3 % vs. 3,3 %) durchgeführt. In beiden Gruppen wurden behandlungspflegerische Maßnahmen im Zusammenhang mit Stomaversorgung, Sondenmanagement, Portversorgung sowie der Überwachung und Durchführung von Beatmungen seltener durchgeführt.

Abbildung 22: Behandlungspflegerische Tätigkeiten nach Interventions- und Vergleichsfällen, Angaben in %, Mehrfachnennung



Quelle: IGES

Die Parameter Pflegeabhängigkeit (Barthel-Index), Dekubitusrisiko (Braden-Skala), Schmerzintensität (numerische Ratingskala 1-10) und Hautzustand wurden bei Aufnahme und zur Entlassung sowie zusätzlich bei Veränderung eingeschätzt. Die Häufigkeit der Einschätzungen aufgrund von Veränderungen war im Mittel je Gast während des Aufenthaltes wie folgt:

- ◆ Pflegeabhängigkeit: Interventionsfälle: 0,6; Vergleichsfälle: 0,2
- ◆ Dekubitusrisiko: Interventionsfälle: 0,2; Vergleichsfälle: 0,2
- ◆ Schmerzintensität: Interventionsfälle: 1,0; Vergleichsfälle: 2,1
- ◆ Hautzustand: Interventionsfälle: 1,3; Vergleichsfälle: 1,6.

Insgesamt zeigt sich, dass Schmerzintensität und der Hautzustand im Durchschnitt häufiger aufgrund von Veränderungen bewertet wurden als Pflegeabhängigkeit und Dekubitusrisiko.

Aufgrund des Aufenthaltes in der Kurzzeitpflege zusätzliche Planungs-/Beratungs-/Organisationsgespräche wurden bei den Interventionsfällen im Mittel 22,4 mal und bei den Vergleichsfällen 6,9 mal pro Gast pro Aufenthalt durchgeführt. Unter Berücksichtigung der Verweildauer ergibt sich rein rechnerisch für die Interventionsfälle ein Durchschnitt von 1,1 Gesprächen mit Pflegefachpersonen und bei den Vergleichsfällen 0,4 Gespräche pro Versorgungstag in der Kurzzeitpflege. Im Vergleich erhielten die Interventionsfälle somit mehr als das 2,5-fache an pflegerischen Gesprächen pro Tag. Zur Prüfung der Plausibilität wurden diese Ergebnisse

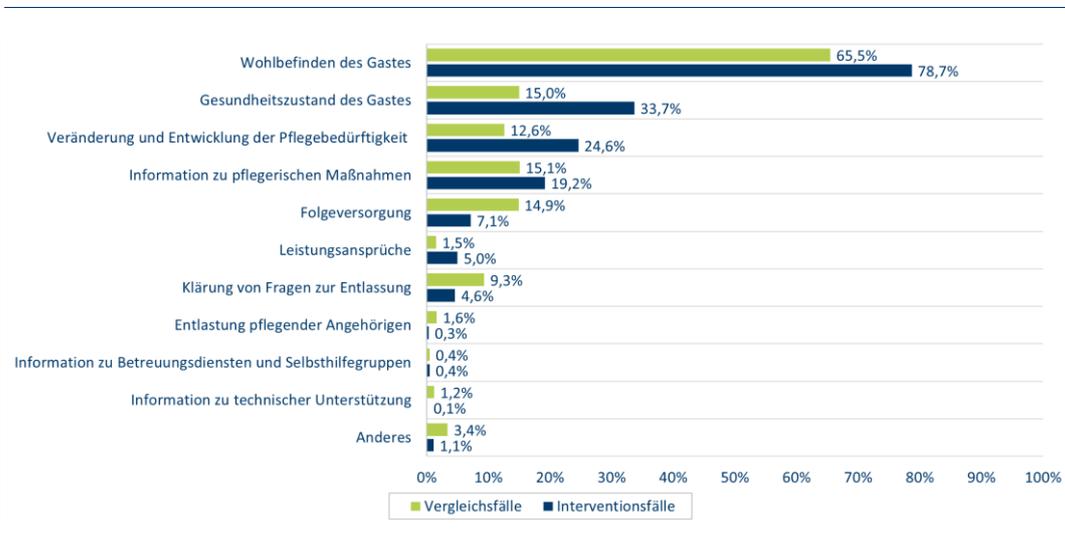
gemeinsam mit den Einrichtungen reflektiert. Die hohen Umfänge bei den Interventionsfällen lassen sich durch ein falsches Verständnis von zu dokumentierenden zusätzlichen und aufgrund der Kurzzeitpflege spezifischen Gesprächen zurückführen. Aus diesem Grund wurden die Angaben bei den Berechnungen in der Zusammenfassung der pflegerischen Tätigkeiten nicht berücksichtigt.

In beiden Gruppen erfolgten die Gespräche überwiegend mit dem Kurzzeitpflegegast (Interventionsfälle: 86,2 %, Vergleichsfälle: 72,5 %). Seltener führten die Pflegefachpersonen in beiden Gruppen Gespräche mit An- und Zugehörigen (Interventionsfälle: 12,6 %, Vergleichsfälle: 27,4 %) und informell Helfenden (Interventionsfälle: 1,1 %, Vergleichsfälle: 0,1 %). Die Themen der pflegerischen Gespräche sind in Abbildung 23 dargestellt. Am häufigsten wurden Gespräche zum Wohlbefinden (Interventionsfälle: 78,7 %, Vergleichsfälle: 65,5 %), gefolgt vom Gesundheitszustand der Gäste (Interventionsfälle: 33,7 %, Vergleichsfälle: 15,0 %) geführt. Gespräche zu den Themen technische Unterstützung, Betreuungsdienste, Selbsthilfegruppen oder die Entlastung pflegender An- und Zugehöriger waren seltener. Unter der Antwortoption „Anderes, und zwar“ wurden u. a. ergänzend die folgenden Themen angegeben: bevorstehende Krankenhauseinweisung (Interventionsfälle: n = 29), Palliativsituation bzw. Sterbeprozess (Interventionsfälle: n = 8), ärztliche Visite (Interventionsfälle: n = 3), Beratung zum Tragen von Bandagen und anderen Hilfsmitteln (Vergleichsfälle: n = 10), Beratung über Sturzrisiko und Sturzprophylaxe (Vergleichsfälle: n = 9) und Planung von Dialysezeiten (Vergleichsfälle: n = 2).

Die Dauer des zeitlichen Umfangs der Gespräche wurde durch die Pflegefachpersonen geschätzt. Im Durchschnitt betrug die Dauer der Gespräche bei den Vergleichsfällen im Durchschnitt 20 Minuten (Min: 1 Minute; Max: 120 Minuten)¹⁸.

¹⁸ Die Angaben zu den Interventionsfällen konnten aufgrund der unplausiblen Werte nicht ausgewertet werden und wurden dementsprechend auch nicht in die statistischen Modelle aufgenommen.

Abbildung 23: Inhalte der pflegerischen Gespräche aufgrund des Kurzzeitpflegeaufenthaltes, nach Interventions- und Vergleichsfall, Angaben in %, Mehrfachnennung



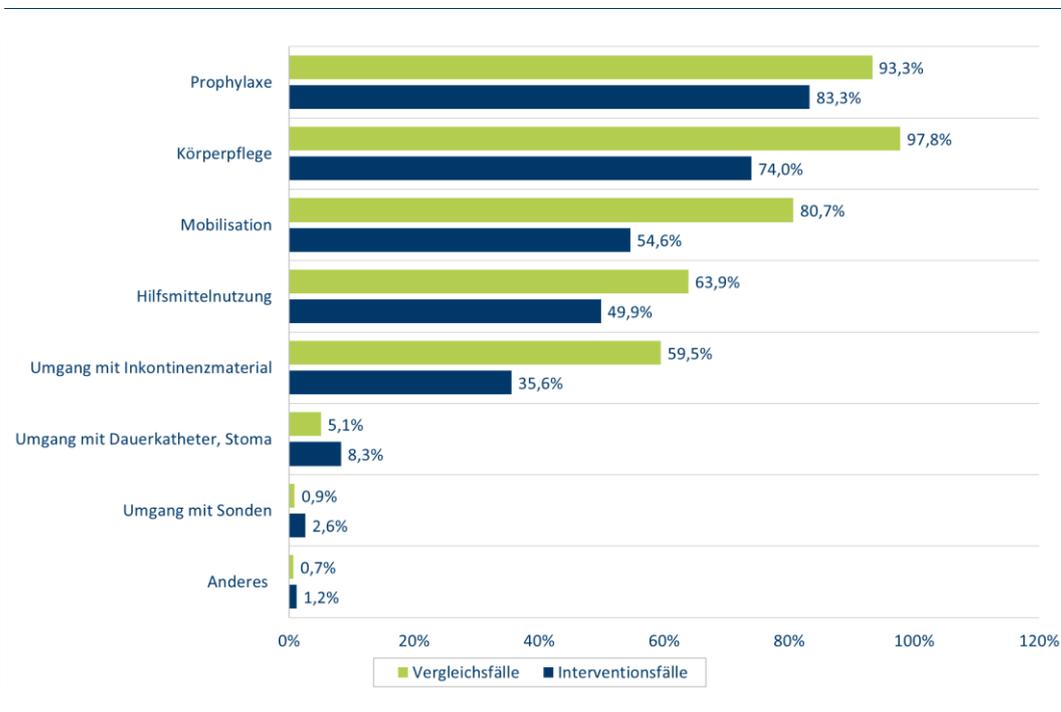
Quelle: IGES

Die Pflegefachpersonen führten im Mittel 15,7 Anleitungen pro Interventionsfall (Min: 1,0; Max: 49,0) und im Mittel 18,7 Anleitungen pro Vergleichsfall¹⁹ (Min: 1,0; Max: 52,0) durch. In beiden Gruppen wurden die Anleitungen am häufigsten im Zusammenhang mit Prävention (z. B. Pneumonieprophylaxe), Körperpflege, Mobilisation und der Nutzung von Hilfsmitteln durchgeführt (Abbildung 24). Anleitungssituationen bezüglich des Umgangs mit Dauerkathetern, Stoma und Sonden kamen in beiden Gruppen seltener vor. Unter der Antwortoption „Anderes, und zwar“ wurden ergänzend u. a. die folgenden Anlässe für Anleitungen angegeben: Motivation und Unterstützung bei der selbstständigen Nahrungsaufnahme (Interventionsfälle: n = 37; Vergleichsfälle: n = 5), zur Wohnbereichsstruktur (Interventionsfälle: n = 4) sowie Anleitung zur Sturzprophylaxe (Vergleichsfälle: n=1).

Die Pflegefachpersonen gaben für die Anleitung bei den Interventionsfällen im Durchschnitt eine Dauer von 30 Minuten an (Min: 1 Minute; Max: 240 Minuten). Die z. T. hohen Umfänge der Anleitungen bei den Interventionsfällen sind mit der Ausrichtung der Frührehabilitation zu begründen, welche mehr Zeit in Anspruch nimmt. Bei den Vergleichsfällen dauerten die Anleitungen durchschnittlich 19 Minuten (Min: 5; Max: 48 Minuten).

¹⁹ Daten nur von Einrichtung C (n = 59), Einrichtung B hat keine Anleitungen dokumentiert

Abbildung 24: Anleitungsinhalte durch Pflegefachpersonen, nach Interventions- und Vergleichsfall, Angaben in %, Mehrfachnennung



Quelle: IGES

Bei jedem Kurzzeitpflegegast wurde am 10. Tag des Aufenthaltes geprüft, ob eine Planung der Folgeversorgung weiterhin notwendig ist oder bereits abgeschlossen werden konnte. Bei $n = 66$ Interventionsfällen (28,3 %) und $n = 6$ Vergleichsfällen (2,4 %) war die Planung und/oder Organisation der Folgeversorgung zur ersten Abfrage nach Aufnahme des Gastes noch nicht abgeschlossen. Davon konnte bei $n = 46$ der Interventionsfälle (69,7 %) die Planung bzw. Organisation zum 10. Aufenthaltstag abgeschlossen werden, bei den verbleibenden 30,3 % ($n = 20$) noch nicht. Bei den Vergleichsfällen war die Folgeversorgung innerhalb der 10 Aufenthaltstage bei nur noch bei $n = 2$ von $n = 6$ Fällen noch nicht abgeschlossen. Für den Abschluss der Planung der Folgeversorgung wurde im Mittel eine Dauer von 31 Minuten (Min: 10 Minuten; Max 120 Minuten) bei den Interventionsfällen und 24 Minuten (Min: 6 Minuten; Max: 60 Minuten) bei den Vergleichsfällen angegeben.

Die Themen der verbleibenden Gäste, bei welchen die Planung der Folgeversorgung nach dem 10. Aufenthaltstag noch nicht abgeschlossen werden konnte, sind bei den Interventions- und Vergleichsfällen unterschiedlich (Mehrfachnennung):

- ◆ Interventionsfälle ($n = 20$): Organisation ambulanter und stationärer Leistungserbringer ($n = 8$), sowie „Anderes“ ($n = 12$). Darunter am häufigsten die Organisation der Folgeversorgung in der Rehabilitationsklinik und stat. Dauerpflege und seltener die Organisation der medikamentösen Versorgung und Hilfsmittel

- ◆ Vergleichsfälle (n = 2): Organisation einer therapeutischen Versorgung (n = 2), gefolgt von der Organisation der medikamentösen Versorgung und Wohnraumanpassungen (jeweils n = 1).

4.5.3 Entlassprozess und Aufwände

Zur Entlassung wurde abschließend erhoben, ob der Planungsprozess sowie die Umsetzung der Folgeversorgung abgeschlossen werden konnte. Wie bereits im vorherigen Kapitel beschrieben, war bei einem vergleichsweise höheren Anteil der Interventionsfälle eine Planung erforderlich, konnte aber bereits an Tag 10 des Kurzzeitpflegeaufenthaltes abgeschlossen werden. In nur wenigen Fällen war auch nach dem 10. Aufenthaltstag die Folgeversorgung noch nicht abschließend geplant (Interventionsfälle: n = 20; Vergleichsfälle: n = 2).

Für den Abschluss der Planung zur Entlassung bei den verbleibenden Gästen wurde im Mittel eine Dauer von 35 Minuten (Min: 1 Minute; Max: 60 Minuten) bei den Interventionsfällen und 20 Minuten (Min: 10 Minuten; Max: 30 Minuten) bei den Vergleichsfällen angegeben.

Letztendlich konnte bei nur einem Gast der Interventionseinrichtung die Folgeversorgung nicht wie geplant umgesetzt werden. Grund dafür war, dass der Gast statt in die geplante stationäre Pflegeeinrichtung in die Häuslichkeit zurückgekehrt ist.

4.5.4 Zusammenfassung der pflegerischen Tätigkeiten und Aufwände

Die Evaluation zeigt die Vielfältigkeit und Schwerpunkte der pflegerischen Arbeit in der poststationären Kurzzeitpflege. Tabelle 6 stellt, auf Basis der empirischen Erhebungen und Analysen sowie fachlichen Annahmen, die Aufwände zusammenfassend dar. Zunächst wurden die monatlichen Häufigkeiten kalkuliert. Rein rechnerisch würde, für die Versorgung von n = 10,8 Kurzzeitpflegegästen/Monat in der Interventionseinrichtung zur Durchführung der in der Evaluation erfassten pflegerischen (Mehr-)Aufwände²⁰ in der Versorgung von poststationären Kurzzeitpflegegästen, Personal für 53,4 h benötigt. Unter Annahme einer Vollzeitstelle (mit durchschnittlicher Arbeitszeit von 1560 h/Jahr unter der Annahme von ca. 20% Ausfallzeiten) ergeben sich daraus ein Stellenanteil von 0,41 VZÄ. Die höchsten Anteile, bezogen auf die monatlichen Gesamtaufwandszeiten, sind bei den Interventionsfällen während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes bzgl. der Beschaffungsaufwände (34,8 %) und den pflegerischen Aufnahmegesprächen (24,1 %) zu verzeichnen.

Rein rechnerisch würde, für die Versorgung von n = 10,8 Kurzzeitpflegegästen/Monat in der Vergleichseinrichtung zur Durchführung der in der Evaluation erfassten

²⁰ Exkl. der dokumentierten Aufwände der pflegerischen Gespräche z. B. zur Folgeversorgung und der Anleitungen während des Aufenthaltes aufgrund unplausibler Daten in der Interventionseinrichtung

pflegerischen (Mehr-)Aufwände²¹ in der Versorgung von poststationären Kurzzeitpflegegästen, Personal für 45,9 h benötigt. Unter Annahme einer Vollzeitstelle (mit durchschnittlicher Arbeitszeit von 1560 h/Jahr unter der Annahme von ca. 20% Ausfallzeiten) ergeben sich daraus ein Stellenanteil von 0,13 VZÄ. Die höchsten Anteile, bezogen auf die monatlichen Gesamtaufwandszeiten, sind bei den Vergleichsfällen die pflegerischen Aufnahmegespräche (48,7 %) und während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes die pflegerischen Anleitungen (33,0 %).

²¹ Zur Vergleichbarkeit wurden die Aufwände der pflegerischen Gespräche und Anleitungen während des Aufenthaltes der Kurzzeitpflegegäste in den Vergleichseinrichtungen nicht mit einbezogen.

Tabelle 6: Übersicht der Aufwände und Anzahl der Tätigkeiten der Pflege im Vergleich der Interventions- und Vergleichsfälle

Tätigkeiten (jeweils Gesamt und je Monat)	Interventionsfälle						Vergleichsfälle					
	Anzahl der Tätigkeiten	mittlere Dauer/Tätigkeit (Minuten)	Anzahl der Gäste	mittlere Dauer/Gast (Minuten)	Anzahl Tätigkeiten/Gast /Aufenthalt	Tätigkeit, h (%)	Anzahl der Tätigkeiten	mittlere Dauer/Tätigkeit (Minuten)	Anzahl der Gäste	mittlere Dauer/Gast (Minuten)	Anzahl Tätigkeiten/Gast /Aufenthalt	Tätigkeit, h (%)
Aufnahme												
Planung	194,0	39	194	39	1	-	50,0	21	50	21	1	-
pro Monat	16,5	39	16,5	39	1	10,7 (20,41)	4,4	21	4,4	21	1	1,6 (9,2)
Gespräch	233,0	39	233	39	1	-	130,0	43	130	43	1	-
pro Monat	19,8	39	19,8	39	1	12,9 (24,1)	11,6	43	11,6	43	1	8,3 (48,7)
Beschaffungsaufwände	193,0	29	193,0	29	1	-	43,0	22	43,0	22	1	-
pro Monat	16,4	29	16,4	29	1	7,9 (14,9)	3,8	22	3,8	22	1	1,4 (8,2)
Aufenthalt												
Beschaffungsaufwände	536,0	25	233	58	2,3	-	237,0	16	130	29	1,8	-
pro Monat	45,6	25	19,8	58	2,3	19,0 (36,1)	21,1	16	11,6	29	1,8	5,6 (33,0)

	Interventionsfälle						Vergleichsfälle					
Planung/Organisation an Tag 10 (abgeschlossen)	46,0	31	46	31	1,0	-	4,0	24	4	24	1,0	-
pro Monat	3,9	31	3,9	31	1,0	2,0 (3,8)	0,4	24	0,4	24	1,0	0,1 (0,8)
Entlassung												
Planung/Organisation Folgeversorgung	5,0	35	5,0	35	1,0	-	5,0	20	5,0	20	1,0	-
pro Monat	0,4	35	0,4	35	1	0,2 (0,5)	0,4	20	0,4	20	1,0	0,1 (0,9)
Teilnahme multiprofessionelle Fallbesprechungen	40	62	233	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pro Monat	3,4	62	19,8	-	-	1,0 (1,9)	-	-	-	-	-	-
Summe Gesamt	1.235	28,9	126,3	28,7	9,8	-	469	18,25	45,25	19,9	10,4	-
Summe Monat	105,1	28,9	10,8	28,7	9,8	53,4 (100)	41,7	18,25	4,0	19,9	10,4	17,0 (100)

Quelle:

IGES

Anmerkung:

Interventionsfälle: monatliche Kalkulation auf Grundlage von 11,75 Monaten Dokumentation; Vergleichsfälle: monatliche Kalkulation auf Grundlage von 11,25 Monaten Dokumentation; *ohne Daten von Einrichtung B

4.6 Einfluss der rehabilitativen bzw. therapeutischen Ausrichtung

Der Einfluss der regelhaften rehabilitativen bzw. therapeutischen Versorgung von poststationären Kurzzeitpflegegästen wurde erhoben, um den Effekt auf das Gesundheitsoutcome der Interventionsfälle im Vergleich zu den Vergleichsfällen zu identifizieren. In allen Einrichtungen wurden Daten zum therapeutischen Bedarf erhoben. In der Interventionseinrichtung wurden darüber hinaus detaillierte Angaben zur Durchführung und Zielsetzung sowie Zielerreichung der therapeutischen Maßnahmen erhoben. Die Ergebnisse sind in den nachfolgenden Abschnitten dargestellt.

4.6.1 Aufwände während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes

In der Mehrheit der Fälle bestand ein Bedarf sowie eine Verordnung für Physiotherapie (Interventionsfälle: 91,1 %, Vergleichsfälle: 90,7 %). Seltener für Ergotherapie (Interventionsfälle: 6,6 %, Vergleichsfälle: 5,5 %) und Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (Interventionsfälle: 2,3 %, Vergleichsfälle: 3,8 %).

Bei den Interventionsfällen erhielten insgesamt $n = 214$ Gäste Therapien. Da die Gäste z. T. Physiotherapie als auch z. B. Ergotherapie erhielten wurden bei $n = 207$ Physiotherapie, bei $n = 23$ Ergotherapie und bei $n = 6$ Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie durchgeführt. Zur Bewertung des Aufwands für therapeutische Interventionen während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes wurde die Gesamtanzahl der therapeutischen Interventionen pro Interventionsfall²² erfasst. Im Durchschnitt wurden 5,3 therapeutische Interventionen (Min: 1,0; Max: 31,0) pro Aufenthalt und Gast durchgeführt.

Insgesamt wurden $n = 221$ Gespräche bei Therapieaufnahme, u. a. zur Besprechung der Ziele der Therapie, durchgeführt. Insgesamt wurden 1,03²³ Gespräche je Gast und Aufenthalt geführt. Unter Berücksichtigung der Verweildauer entspricht dies etwa 0,05 Gesprächen pro Kurzzeitpfegetag. Diese wurden in den meisten Fällen direkt mit dem Kurzzeitpflegegast (97,0 %) und selten mit An- und Zugehörigen und/oder informellen Helfer (3,0 %) geführt. Die durchschnittliche Dauer der Gespräche betrug 14 Minuten (Min: 1 Minute; Max: 60 Minuten).

Weiterhin erhielten die Interventionsfälle durchschnittlich 5,2 Gespräche/Beratungen/Anleitungen während der therapeutischen Versorgung pro Gast/Aufenthalt. Unter Berücksichtigung der Verweildauer ergibt sich für die Interventionsfälle ein Durchschnitt von 0,2 Gesprächen/Beratungen/Anleitungen pro Versorgungstag

²² In den Vergleichseinrichtungen wurden keine Daten zu diesen Aspekten erfasst. Aufgrund der nicht bestehenden Kooperationen und Anbindung an bspw. eine Rehabilitationsklinik oder ein Therapiezentrum waren in der Versorgung therapeutische Maßnahmen nicht regelhaft möglich.

²³ Dieser Wert ist größer als 1, weil insgesamt drei Therapieformen angeboten wurden, damit kann jeder Gast theoretisch 1 bis 3 Aufnahmegespräche erhalten. Insgesamt wurden 231 Aufnahmegespräche geführt.

in der Kurzzeitpflege. Im Mittel hatten die Gespräche eine Dauer von 28 Minuten (Min: 1 Minute; Max: 90 Minuten).

Interventionsfälle mit physiotherapeutischem Behandlungsbedarf (n = 207; 88,8 %) erhielten im Mittel 6,3 physiotherapeutische Maßnahmen pro Aufenthalt. Dabei wurde am häufigsten Krankengymnastik angewendet (79,9 %), gefolgt von manueller Lymphdrainage (17,8 %) und manueller Therapie (1,2 %). Thermotherapie (0,4 %) und Massagen (0,2 %) kamen seltener zum Einsatz. Die häufigsten Zielstellungen der Physiotherapie waren (Mehrfachnennung):

- ◆ Mobilisation, Kräftigung und Ausdauer (73,0 %),
- ◆ Gangsicherheit (15,2 %),
- ◆ Entstauung bzw. Ödemreduzierung (3,4 %),
- ◆ Schmerzlinderung (3,4 %),
- ◆ Koordination und Verständnis (3,4 %),
- ◆ Rückkehr nach Hause (1,4 %),
- ◆ Alltagstraining (1,4 %) sowie
- ◆ Atemtherapie (0,2 %).

Interventionsfälle mit Ergotherapiebedarf (n = 23; 9,9 %) erhielten im Durchschnitt 3,6 ergotherapeutische Maßnahmen pro Aufenthalt. Die häufigste Behandlungsform war die motorisch-funktionelle Therapie (62,5 %), gefolgt von Hirnleistungstraining (16,9 %) und sensomotorisch-perzeptive Therapie (15,7 %). Psychisch-funktionelle Therapie wurde seltener durchgeführt (4,8 %). Die häufigsten Ziele der Ergotherapie waren (Mehrfachnennung):

- ◆ Verbesserung der Alltagsfunktionen (ADL-Training²⁴) (57,1 %),
- ◆ Mobilität, Beweglichkeit und Kräftigung (17,9 %),
- ◆ Gehschule und Prothesentraining (14,3 %),
- ◆ Hirnleistungstraining (7,1 %) sowie
- ◆ Narbenbehandlung (3,6 %).

Für Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie bestand bei n = 6 Interventionsfällen (2,5 %) Bedarf. Diese erhielten im Durchschnitt 6,5 therapeutische Maßnahmen. Am häufigsten wurde Schlucktherapie durchgeführt (38,5 %), gefolgt von Sprechtherapie (30,8 %) und Sprachtherapie (28,2 %). Stimmtherapie war mit 2,6 % seltener. Die häufigsten Ziele der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie waren (Mehrfachnennung):

- ◆ Wortfindung und Sprachverständnis (38,1 %),

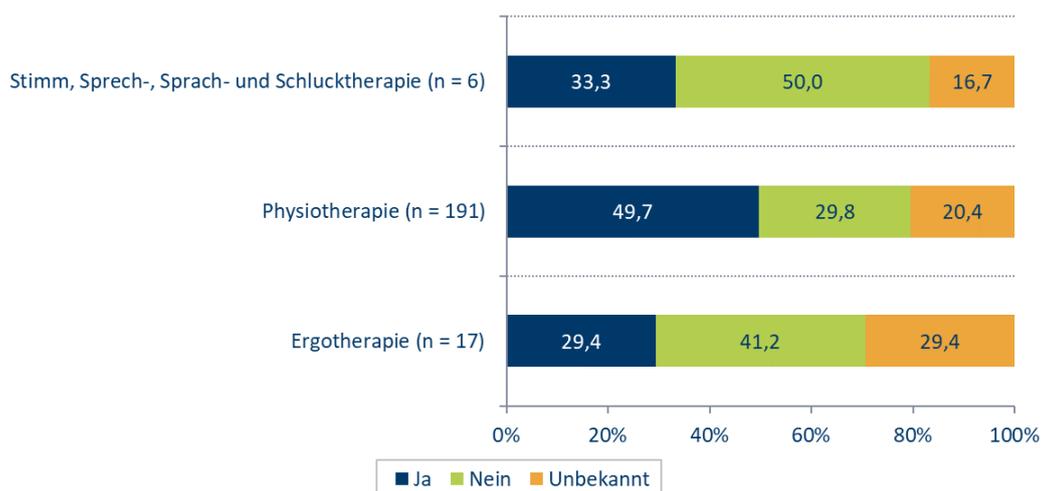
²⁴ z. B. Nahrungsaufnahme, Körperpflege, Mobilisation

- ◆ Schluck- und Essfunktionen (33,3 %),
- ◆ Verbesserung der Artikulation (14,3 %) sowie
- ◆ Stimm- und Atemkontrolle (14,3 %).

4.6.2 Entlassprozess und Aufwände

Zur Entlassung wurde erhoben, inwiefern das Therapieziel je Therapieform erreicht werden konnte (Abbildung 25). Bei 49,7 % der physiotherapeutischen Maßnahmen, bei 33,3 % der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie und bei 29,4 % der ergotherapeutischen Maßnahmen wurde eine Zielerreichung eingeschätzt.

Abbildung 25: Zielerreichung der therapeutischen Maßnahmen zur Entlassung, Interventionsfälle, Angaben in %

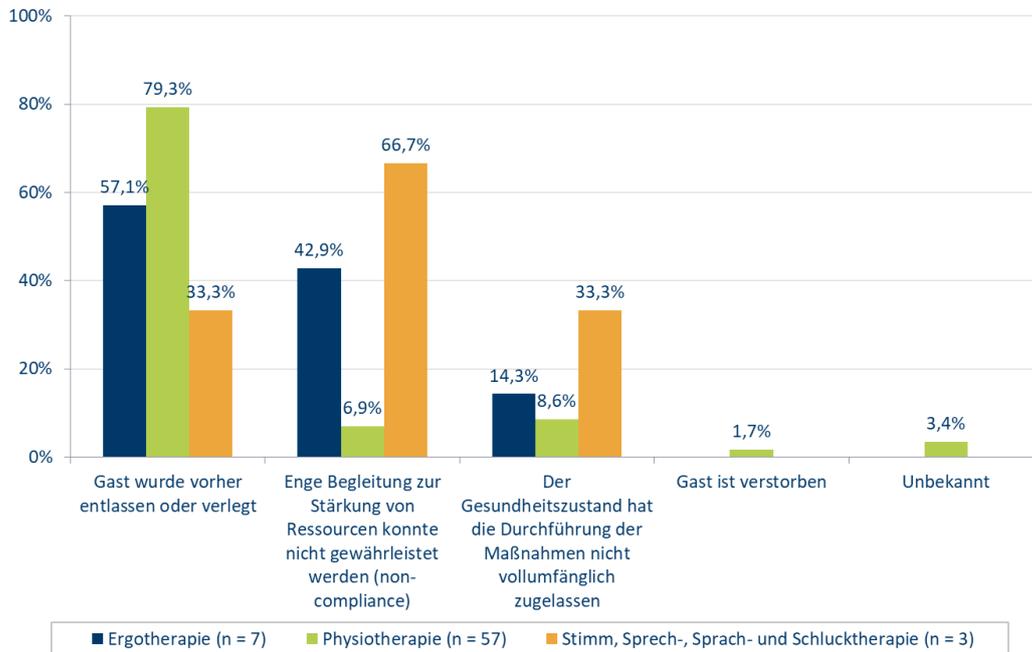


Quelle: IGES

Anmerkung: Angabe der Fallzahlen in der Grafik

Die Gründe, warum das Therapieziel nicht erreicht werden konnte, waren vorwiegend eine frühzeitige Entlassung oder Verlegung, non-compliance des Kurzzeitpflégastes und/oder Einschränkungen aufgrund des Gesundheitszustandes, welcher eine vollumfängliche Durchführung der Maßnahmen nicht zugelassen hat (Abbildung 26).

Abbildung 26: Gründe für die Nichterreichung der Ziele der therapeutischen Maßnahmen zur Entlassung der Interventionsfälle, Angaben in %



Quelle: IGES

Anmerkung: Angabe der Fallzahlen in der Grafik

4.6.3 Zusammenfassung der analysierten Tätigkeiten der Therapie

Die Evaluation hat im Schwerpunkt therapeutische Interventionen in den Häufigkeiten sowie deren Zielerreichung in der poststationären Kurzzeitpflege erfasst. Aufwände wurden darüber hinaus zu den Häufigkeiten und Umfängen der Erst- bzw. Beratungsgespräche erhoben.

Im Mittel hat das Therapieteam in der Interventionseinrichtung monatlich 18,8 Gespräche bei Aufnahme geführt. Der monatliche zeitliche Aufwand beträgt rein rechnerisch 4,4 h. Gespräche/Beratungen/Anleitungen während der therapeutischen Versorgung wurden im Mittel 95,3/Monat geführt, der zeitliche Aufwand, kalkuliert anhand der mittleren Gesprächsdauern, beträgt damit monatlich 44,5 h. Rein rechnerisch würde insgesamt, für die therapeutischen Gespräche von monatlich n = 28,1 Kurzzeitpflegegästen, Personal für 48,9h benötigt. Unter Annahme einer Vollzeitstelle (mit durchschnittlicher Arbeitszeit von 1560 h/Jahr unter der Annahme von ca. 20% Ausfallzeiten) ergeben sich daraus ein Stellenanteil von 0,38 VZÄ.

Tabelle 7: Übersicht der Gesprächsaufwände der Therapie (nur Interventionsfälle)

	Anzahl der Tätigkeiten	mittlere Dauer/Tätigkeit (Minuten)	Anzahl der Gäste	mittlere Dauer/Gast (Minuten)	Anzahl Tätigkeiten/Gast/Aufenthalt	Tätigkeit, h (%)
Aufnahme						
Gespräch	221	14	214	14,5	1,03	-
pro Monat	19,7	14	13,1	14,5	1,03	4,4 (9,0)
Aufenthalt						
Gespräche/Beratungen/Anleitungen	1120	28	233	135	4,8	-
pro Monat	95,3	28	19,8	135	4,8	44,5 (91,0)
Summe Gesamt	1341,0	21	330,5	81,8	5,8	-
Summe Monat	114,1	21	28,1	81,8	5,8	48,9 (100)

Quelle: IGES

4.7 Einfluss auf die Arbeitsorganisation und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden

Der Einfluss auf die Arbeitsorganisation bspw. aufgrund des sich unterscheidenden Personal-Mix und/oder Versorgungsstrukturen sowie die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden wurde mittels Interviews zu zwei Zeitpunkten (Beginn und Ende der Datenerhebung) erfasst, um mögliche Veränderungen über den zeitlichen Verlauf der Studie eruieren zu können.

Die zusammenfassenden Ergebnisse der n = 24 Interviews sind in den folgenden Abschnitten dargestellt. Die Erkenntnisse aus der Interventionseinrichtung und den Vergleichseinrichtungen sind jeweils vergleichend zu den folgenden Themen gegenübergestellt:

- ◆ Qualifikation und Motivation der Mitarbeitenden (Kapitel 4.7.1),
- ◆ Arbeitsorganisation (Kapitel 4.7.2),
- ◆ Arbeitszufriedenheit (Kapitel 4.7.3) sowie
- ◆ Effekte von multiprofessioneller Zusammenarbeit auf die Versorgung der Kurzzeitpflegegäste (Kapitel 4.7.4).

Abbildung 27 zeigt überblicksartig die in den jeweiligen Kapitelabschnitten beinhalteten thematischen Aspekte.

Abbildung 27: Übersicht über die Themenschwerpunkte der Interviews (n = 24)

Qualifikation und Motivation	Arbeitsorganisation	Arbeitszufriedenheit	Effekte multi-professioneller Zusammenarbeit
Qualifikation/ Erfahrungshintergrund	Allgemeine Organisation	Einflussfaktoren	Auswirkungen
Motivation/Weg in die Kurzzeitpflege	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	Strukturelle/organisatorische Faktoren zur Steigerung der Arbeitszufriedenheit	Chancen
	Herausforderungen		
	Gelingensfaktoren		
	Änderungswünsche		

Quelle: IGES

4.7.1 Qualifikation und Motivation der Befragten

In den drei Einrichtungen wurden examinierte Pflegefachpersonen und Einrichtungsleitungen sowie in Einrichtung A eine Ärztin / ein Arzt, eine Physiotherapeutin / ein Physiotherapeut sowie eine Case Managerin / ein Case Manager interviewt. Teilweise verfügen die Pflegefachpersonen über Weiterbildungen im Bereich Wundmanagement, Psychiatrie und Gerontologie. Eine Pflegefachperson befand sich zum Zeitpunkt des Interviews in einem Studium der Pflegewissenschaft. Die Ärztin / der Arzt hat über 35 Jahre Berufserfahrung in der Allgemeinmedizin und verfügt über eine Zusatzqualifikation in klinischer Geriatrie und Palliativmedizin. Die ausführende Person des Case Management ist examinierte Pflegefachperson mit Berufserfahrung in der Kurzzeitpflege und der ambulanten Intensivpflege.

Die Mitarbeitenden aus der Interventionseinrichtung äußerten in den Interviews hinsichtlich ihrer Motivation, dass sie die Arbeit mit den Gästen und An- und Zugehörigen als abwechslungsreich, vielseitig und in Teilen auch als berufliche Herausforderung erleben. Die Entscheidung in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung zu arbeiten ist zumeist aus unterschiedlichen privaten Gründen erfolgt (z. B. wirtschaftliche Situation, Wohnortnähe zur Einrichtung). Die Interviewten aus Einrichtung B berichteten zudem, dass die Arbeit in der Kurzzeitpflege über die vorangegangene Tätigkeit auf einer anderen Station derselben Einrichtung zustande kam.

4.7.2 Arbeitsorganisation

Insgesamt zeigen die Interviews, dass es hinsichtlich der Arbeitsorganisation deutliche Unterschiede zwischen den Einrichtungen gibt, die in Teilen mit der Anbindung an ein stationäres Setting (Einrichtung B) sowie mit den exklusiv in der Interventionseinrichtung (Einrichtung A) beschäftigten weiteren Berufsgruppen (Case Management, Ärztin/Arzt, Physiotherapie) in Zusammenhang stehen.

Vergleichseinrichtung B berichtet darüber hinaus von einer komplexen Arbeitsorganisation, aufgrund der Anbindung an das stationäre Akutsetting. Der z. T. zeitgleiche Einsatz in der Versorgung in der Kurzzeitpflege als auch in der Akutversorgung wurde als Doppelbelastung wahrgenommen und vergleichsweise häufiger zum Ende der Datenerhebungen berichtet. Die Arbeitslast sei jedoch auch abhängig vom jeweiligen Patientenkontext und den Krankheitsbildern der Gäste in der Kurzzeitpflege.

„Es kommt immer drauf an, was für Bewohner wir in der Kurzzeitpflege haben. [...] Wenn du weißt, du hast jetzt auch noch deine Normalstationären und musst die Tabletten richten, musst noch in den OP fahren, dann musst du fünfmal Vitalparameter messen, wenn jemand frisch von der OP kommt. So viel, was auf einen zukommt [...]“

„Und bei uns ist es halt so: Dadurch, dass wir ja noch die Akutpatienten mitzuversorgen haben, ist das eine Belastung, die noch on top kommt. Das heißt, ich habe nicht nur dieses Kurzzeitpflegesetting, sondern ich habe einmal Akutpatienten zu versorgen.“

Innerhalb dieses Setting-Mixes übernehmen die Pflegefachpersonen in ihrem Arbeitsbereich (Klinik oder Kurzzeitpflege) die Arbeitsorganisation. Während der Dienstübergaben werden die Pflegefachpersonen nach erwarteten Aufwänden auf Station und in der Kurzzeitpflege aufgeteilt und ggf. durch Pflegehelferinnen/Pflegehelfer unterstützt. An- und Zugehörige werden durch die Leitung sowie die Pflegepersonen nachdrücklich zur Mitwirkung angehalten (z. B. Organisation von benötigten Medikamenten). Hinzukommt, dass die Aufnahme der Kurzzeitpflegegäste als sehr langwierig wahrgenommen wird, da diverse Anordnungen und Verordnungen in Abklärung mit dem betreffenden Hausarzt bzw. der Hausärztin einzuholen sind.

Auch in der Vergleichseinrichtung C werden die An- und Zugehörigen in die Versorgung einbezogen und möglichst um Kontaktaufnahme zu (stellvertretenden) Hausärztin/Hausarzt und ggf. therapeutisches Personal gebeten. Die Interviewten bewerteten die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen zu Beginn der Datenerhebungen als tendenziell schwierig. Anzumerken ist, dass die Vergleichseinrichtung erst kurz vor Beginn der Teilnahme an der Evaluation eröffnet hat. Im Studienverlauf konnten durch die Einrichtung Verbesserungen in der therapeutischen und ärztlichen Versorgung vorgenommen werden, die wiederum Einfluss auf die Arbeitsorganisation innerhalb der Kurzzeitpflegeeinrichtung hat. Es wurden

Kooperationen mit Physiotherapie sowie vier Hausärztinnen/Hausärzten der Region, welche die Kurzzeitpflegegäste in etwa wöchentlich und bei Bedarf visitieren, geschlossen. Teilweise können dadurch Verschreibungen und Verordnungen auch per Mail und damit zeitsparender angefordert werden. Zudem unterstützt die Leitung der Einrichtung bei bürokratischen Aufgaben. Zum Ende der Datenerhebungen der Evaluation berichten die interviewten Personen, dass Gäste, die nicht aus dem näheren regionalen Umfeld stammen und deren Hausärztinnen/Hausärzte nicht während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes visitieren können, zeitweise durch die kooperierenden Hausärztinnen/Hausärzte betreut werden. An- und Zugehörige dieser Gäste müssen nun nur noch aktiv werden, wenn sie nicht wollen, dass die Versorgung des Gastes durch die bestehende Kooperation mit den Hausärztinnen/Hausärzten durchgeführt wird. Bei allen anderen Gästen sind die ansässigen Ärztinnen/Ärzte für Verordnungen, Überweisungen etc. zuständig. In der Kommunikation mit diesen wird E-Mail dem Fax vorgezogen. Die therapeutische Versorgung muss regulär durch die An- und Zugehörigen organisiert werden (abgesehen von der Physiotherapie seit Kooperationschluss). Darüber hinaus gibt es in der Vergleichseinrichtung C eine Koordination, die sich alle zwei Tage um organisatorische Dinge in der Kurzzeitpflege, wie die Aufnahmeplanung und Entlassungen kümmert und selbst auch die Aufnahmen vornimmt. Von den Pflegefachpersonen wird das als entlastend wahrgenommen.

Die Abläufe in der Interventionseinrichtung (A) bei Aufnahme eines Gastes sind so gestaltet, dass am Tag der Ankunft eine ärztliche Visite durchgeführt wird²⁵ und sich das Case Management um die Organisation der gastbezogenen Maßnahmen zur Folgeversorgung nach der Kurzzeitpflege kümmert. Das Case Management führt ebenfalls ein Aufnahmegespräch durch und ist täglich (Mo-Fr) für die Gäste in der Kurzzeitpflege tätig, zudem erfolgt der Austausch über wöchentliche Teambesprechungen. Im Studienverlauf erweiterten sich die Aufgabenbereiche des Case Managements und umfassen zum Abschluss der Evaluation:

- ◆ Erhebung von Zustand und Bedarfen der Kurzzeitpflegegäste (in Zusammenarbeit mit den Pflegefachpersonen),
- ◆ Überblick über Behandlungsverlauf mit stetigem Kontakt und Austausch mit der Pflege, Therapie und mit der Ärztin / dem Arzt bezüglich des Zustandes und Fortschrittes der Gäste sowie
- ◆ Organisation der Weiterversorgung nach der Entlassung aus der Kurzzeitpflege (entweder allein oder gemeinsam mit An- und Zugehörigen).

Die Hauptaufgabe der in der Interventionseinrichtung (A) tätigen Physiotherapie ist es, die Gäste auf die Gegebenheiten im häuslichen Setting vorzubereiten, die Zeit bis zur Aufnahme in einer Rehabilitationseinrichtung zu überbrücken und die Gäste bei der Erlangung der Rehafähigkeit zu unterstützen.

²⁵ Bei Verhinderung (Urlaub, Krankheit, Abwesenheit) ist eine Stellvertretung gesichert.

Allgemein zeigen die Interviews, dass die Arbeitsprozesse bzw. die Dokumentation in der Kurzzeitpflege noch wenig digitalisiert sind. Aus der Interventionseinrichtung (A) liegen zum Grad der Digitalisierung jedoch keine Erkenntnisse vor. In Vergleichseinrichtung B gibt es weder eine elektronische Patientenakte noch einen Zugang für alle Mitarbeitenden zu digitalen Kommunikationsmitteln. So besteht z. B. nicht für alle Mitarbeitenden ein eigenes E-Mail-Konto, über das Arztpraxen o. Ä. kontaktiert werden könnten. In Vergleichseinrichtung C bestehen E-Mail-Zugänge und auch die Dokumentation ist digitalisiert. Allerdings werden auch hier weiterhin Aufnahme und Entlassung der Kurzzeitpflegegäste, die Dokumentation der Wundversorgung und die Maßnahmenplanung handschriftlich dokumentiert und weitergegeben.

Überleitung und Aufnahmeprozesse sowie interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Fallversorgung

Ein Großteil der Gäste der Kurzzeitpflege wird in der Vergleichseinrichtung B hausintern (aus dem klinischen Setting) übergeleitet bzw. aufgenommen. Wegen der bereits vorhandenen Informationen gelingt dies in der Regel gut. Dort sind die intern gesammelten Daten zugänglich und können für die Kurzzeitpflege weiterverwendet werden. Bei Gästen aus externen Settings wird berichtet, dass die Aufnahme von neuen Kurzzeitpflegegästen mit einem Kommunikationsaufwand zu behandelnden Ärztinnen und Ärzten einher geht, um bspw. Verordnungen, Medikamentenpläne etc. zu erhalten bzw. abzugleichen. In der Praxis zeigten sich Kommunikationsprobleme mit den niedergelassenen Arztpraxen. Die Verbindung aus Kliniksetting und integrierter Kurzzeitpflege stößt u.a. bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten häufiger auf Unverständnis und sei erklärungsbedürftig. Die Kommunikation mit niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten oder auch der Kontakt zu An- und Zugehörigen wird als langwierig beschrieben; nicht zuletzt, weil Rückmeldungen aus den Praxen abgewartet werden müssen.

Eine erleichterte Kommunikation zwischen den beteiligten Berufsgruppen in der Fallversorgung zeigt sich dagegen in der Vergleichseinrichtung C. Neben der bereits erwähnten Kooperationspraxis gibt es im Verlauf der Evaluation (Ende der Datenerhebungsphase) auch eine Kooperation mit Therapeutinnen und Therapeuten aus einem anliegenden Krankenhaus sowie einer Praxis für Physiotherapie. Hinzu kommt eine Zusammenarbeit mit einer örtlichen Apotheke. All diese Kooperationsstrukturen erleichtern die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Sie führen insgesamt zu einer besseren Arbeitsorganisation und wirken sich aus Sicht der Interviewten positiv auf die gesamte Belegschaft der Kurzzeitpflege aus. Laut Dies wird am geringen Krankenstand, der guten Teamarbeit in der Einrichtung oder der Einsatzbereitschaft zur Vertretung im Krankheitsfall festgemacht.

In der Interventionseinrichtung A gestaltet sich die interprofessionelle Zusammenarbeit von allen Einrichtungen als am stärksten strukturiert. Hintergrund sei, dass alle für die Versorgung der Gäste relevanten Berufsgruppen direkt in der Einrichtung (Pflege, Therapie, Ärztin/Arzt, Case Management) beschäftigt sind. Es gibt ei-

nen wöchentlichen interdisziplinären Austausch mit einer gemeinsamen Entscheidungsfindung hinsichtlich der Ziele der Kurzzeitpflege zu jedem einzelnen Gast. Hervorgehoben wird dabei der Vorteil der kurzen Kommunikationswege und der guten Kommunikationskultur sowie Akzeptanz und Respekt der Professionen untereinander und das gastorientierte Arbeiten. Durch die tägliche Präsenz der Ärztin / des Arztes, werden zudem zeitliche Ressourcen bei Rückfragen, Verschreibungen, Verordnungen etc. eingespart und frei für andere Tätigkeiten.

„Also zum einen denke ich, da macht sehr viel die Kommunikation aus. Dass man das Berufsfeld des jeweiligen Gegenübers akzeptiert und respektiert, sich seine Meinung anhört und dieser auch ein gewisses Gewicht einräumt und dass man miteinander einfach schaut, was im Sinne des Patienten einfach am besten ist.“

Herausforderungen in der Zusammenarbeit inkl. Arbeitsbelastung

Die Herausforderungen in der Zusammenarbeit variieren einerseits zwischen der Interventionseinrichtung und den Vergleichseinrichtungen, weisen aber auch Gemeinsamkeiten auf. In der Kurzzeitpflege entsteht die Arbeitsbelastung vorwiegend durch den erhöhten Organisationsaufwand (z. B. Verordnungen, Rezepte, Folgeversorgung etc.).

Die Interviewten aus Vergleichseinrichtung B berichteten, dass die Hausärztinnen/Hausärzte der Kurzzeitpflegegäste meist nicht in der Nähe der Einrichtung ansässig wären, sondern aus überregionalen Gebieten kommen, was in der Folge zu Versorgungsproblemen führen kann und daher als größte Hürde benannt wurde. Es gibt keine Möglichkeit die Gäste ärztlich vorzustellen. Dies führt zu strukturellen Herausforderungen und Kommunikationsproblemen: Es gibt keine allgemeingültigen Verfahrensanweisungen und die Pflegefachpersonen verbringen in akuten Fällen viel Zeit am Telefon, um die zuständige Hausärztin / den zuständigen Hausarzt oder einen Bereitschaftsdienst zu erreichen. Zusätzlich wird mehrfach die schlechte Erreichbarkeit der Hausärztinnen/Hausärzte thematisiert, in Notfällen muss diese durch Bereitschaftsdienst kompensiert werden. Bei dringlichen Versorgungsfragen bzw. Notfällen wurden auch Rettungsstellen genannt. Auch Telefonate und Absprachen mit An- und Zugehörigen, um die fehlende Organisation zu kompensieren, führen zu einer erhöhten Arbeitsbelastung, Stress und Unmut im Team.

„Stress auf jeden Fall. Also gerade, wenn es organisatorisch einfach nicht hinzubekommen ist. Wir telefonieren viel mit den Angehörigen. Also wir sind eigentlich permanent am Telefonieren. Das macht dann halt viel Stress und Unmut auch im Team, weil vieles einfach noch gar nicht so ganz geregelt ist, wie es laufen soll.“

Bei Gästen mit einer gesetzlichen Betreuerin/Betreuer, welche nicht aus der näheren Umgebung kommen, bestehe eine ähnliche Herausforderung hinsichtlich der Erreichbarkeit. Pflegefachpersonen aus der Vergleichseinrichtung C organisieren in diesen Fällen notgedrungen selbst die notwendigen Maßnahmen zur weiteren Versorgung, was in Folge eine höhere Arbeitsbelastung hervorruft. Bei den An- und Zugehörigen besteht aus Sicht der Pflegefachpersonen ein Bedarf an Aufklärung

zur Rolle in der Kurzzeitpflege, dessen sie sich häufig nicht bewusst sind. Es bestehe eine Unkenntnis zu den Aufgaben und Verantwortungen: Beispielsweise fällt die Organisation der Transporte in den Aufgabenbereich der An- und Zugehörigen, welche aufgrund der Unkenntnis aus Sicht der interviewten Pflegefachpersonen nicht gut organisiert sind.

Da ein Großteil der Gäste der Kurzzeitpflege in der Vergleichseinrichtung B hausintern (aus dem klinischen Setting) übergeleitet bzw. aufgenommen wird, liegen die Herausforderungen weniger in der internen Zusammenarbeit und Informationsweiterleitung als vielmehr bei der Zusammenarbeit mit externen Akteuren insb. Ärztinnen und Ärzten. Allgemein kommen die betreuenden Hausärztinnen/ Hausärzte nur in dringenden Fällen in die Kurzzeitpflege. Sollte es im Rahmen des Aufenthalts in der Kurzzeitpflege zu einem Notfall kommen wird auf Grund der klinischen Anbindung auf den ärztlichen Bereitschaftsdienst oder die Notaufnahme zurückgegriffen. Zudem sind die Pflegefachpersonen auf das Mitwirken der An- und Zugehörigen angewiesen, wie beispielsweise das Mitbringen von Rezepten oder Verordnungen, das Aufsuchen von Apotheken. Dieser Prozess bedarf wiederum ein hohes Maß an Kommunikation.

Ähnliches berichten auch die Pflegefachpersonen aus der Interventionseinrichtung A und darunter im Speziellen die Kommunikation mit den An- und Zugehörigen und deren Kommunikation mit den einzelnen Professionen. Darüber werden Informationen teilweise unterschiedlich kommuniziert oder interpretiert. Aus diesem Grund sei es essenziell, dass die Professionen die Aussagen der An- und Zugehörigen in den Teamsitzungen zusammenführen. Dabei ist das Case Management das Bindeglied und gibt Updates zum Gast. Die Bündelung und Aktualisierung all dieser Informationen werden vom Case Management selbst als herausfordernd beschrieben. Teilweise führt dies auch zu einer Arbeitsbelastung, weil An- und Zugehörige sich kurzfristig umentscheiden und abgestimmte Maßnahmen kurzfristig ändern. Als größte Herausforderung für das Case Management wird die Sicherstellung der Weiterversorgung der Gäste beschrieben, da sowohl passende als auch verfügbare Angebote (wie „Essen auf Rädern“, mobile Pflegedienste, Betreuungsdienste) auffindig gemacht werden müssen.

In der Interventionseinrichtung A komme außerdem hinzu, dass sich die Personalfluktuationen im Pflege- und Therapieteam auf das Teambuilding und den Zusammenhalt auswirke. Teilweise hätten die Professionen auch andere Zielsetzungen in der Versorgung. Im Studienverlauf wurde es gegen Ende der Datenerhebungen als herausfordernd beschrieben gut qualifiziertes Pflegepersonal zu finden, das sowohl eine fundierte Grundausbildung als auch eine hohe Auffassungsgabe hat. Im Rahmen der Tätigkeit in der Kurzzeitpflege und der interdisziplinären Zusammenarbeit ist es wichtig Veränderungen bei den Gästen schnell festzustellen und kurzfristig zu handeln bzw. umzuplanen. Passiert dies nicht, kommt es zu Verzögerungen im interdisziplinären Ablauf und der Versorgung.

Die Physiotherapie in der Interventionseinrichtung A sieht sich als Bindeglied zwischen ärztlichen Zielen und den Möglichkeiten der Gäste der Kurzzeitpflege, teilweise können die avisierten Ziele nicht immer in der Kurzzeitpflege erreicht und müssen entsprechend weiterverfolgt werden (z. B. in einer Rehabilitationseinrichtung).

„Das Ziel wird von ärztlicher Seite oft vorgegeben, aber wir fragen natürlich den Patienten, was er für ein Ziel hat. Und man sieht natürlich, während der Behandlung, nach mehreren Behandlungen, ob das Ziel realistisch ist, dass wir es in der Zeit erreichen können, in der der Mensch hier ist. Und manchmal ist es eben dann doch so, dass zum Beispiel Gehen mit Rollator oder Treppe laufen, dass wir das Ziel in der Zeit nicht erreichen können und die Gäste dann eben auch schon zur Reha im Haus weitergereicht werden, wo weitergearbeitet wird.“

Für die Vergleichseinrichtung C, die im Studienverlauf eine Kooperation mit einer Physiotherapie eingegangen ist, zeigt sich in der Zusammenarbeit, dass der Bedarf der Physiotherapie der Kurzzeitpflegegäste das Angebot übersteigt. Zumeist ist die Auslastung so groß, dass die Therapeutinnen/Therapeuten eher in die Einrichtung kommen, wenn sie mehrere Gäste am selben Tag behandeln können.

Gelingensfaktoren für die Zusammenarbeit

Einrichtungsübergreifend wird ein gutes, langjähriges Team und gute Beziehungen zwischen den Berufsgruppen als Gelingensfaktor genannt. Die Kommunikation in Vergleichseinrichtung C wird als offen, das Team und die Leitung als hilfsbereit beschrieben. Die Beziehung zu behandelnden Ärztinnen/Ärzten, mit denen man schon lange zusammenarbeitet, wird als vertrauensvoll beschrieben und die Kommunikation funktioniere gut, v.a. in der Zusammenarbeit mit der Kooperationspraxis funktioniert, laut Aussage der Interviewten, die Zusammenarbeit auf Grund der langjährigen, vertrauten anerkennenden Zusammenarbeit vergleichsweise noch besser. Auch Einrichtung B berichtet, dass die Kommunikation mit dem stationären/klinischen Setting die Zusammenarbeit positiv beeinflusst.

Als förderlicher Faktor in der Zusammenarbeit und Kommunikation sehen die Interviewten der Interventionseinrichtung A es an, die Kolleginnen und Kollegen zu kennen. Ebenso sollten Prozesse transparent gemacht werden. Um dies zu fördern, gibt es verschiedene Aktivitäten und Veranstaltungen, die die Vernetzung der Mitarbeitenden unterschiedlicher Professionen fördern. Es wird außerdem mehrfach eine gute Kommunikation angeführt: Die internen Wege sind kurz, die Professionen stehen im direkten Kontakt, es herrschen flache Hierarchien, die Akteure kennen sich und arbeiten gut zusammen. In diesem Zuge wird auch das gute kollegiale Verhältnis hervorgehoben. Weiterhin werden gemeinsame Teambesprechungen und Visiten als förderlich für die Zusammenarbeit beschrieben.

Veränderungswünsche

Die Befragten der Vergleichseinrichtung B wünschen sich feste ärztliche Ansprechpersonen (u. a. auch bei den Hausärztinnen/Hausärzten), die die Behandlung der Gäste übernimmt. Das würde zu einer Entlastung des Personals führen. Ebenso

könnte eine klare Kommunikation der Verantwortlichkeiten bei An- und Zugehörigen und behandelnden Ärzten die Arbeit erleichtern.

Die Verortung der Kurzzeitpflege innerhalb des klinischen Settings bzw. integriert auf einer Akutstation ist in der Vergleichseinrichtung B im Team nicht vollständig akzeptiert. Diese Hürden könnten eventuell durch eine zentrale Ansprechperson, die die Aufgaben und Koordination übernimmt, verbessert werden.

„[...] bei uns stößt du schon auf viel Gegenwehr also vom Team her. Die meisten möchten die Kurzzeitpflege nicht auf Station haben. Aber ich denke, wenn es so jemand geben würde, der so einige Aufgaben übernimmt und das besser koordiniert, dann wäre das auf allen Stationen irgendwie möglich.“

Die Interviewten der Vergleichseinrichtung B würden außerdem interdisziplinäre Fallbesprechungen begrüßen und sehen diese als „Bereicherung“. Ideal wäre darüber hinaus die Möglichkeit während der Kurzzeitpflege Vertretungsärztinnen und -ärzte für überregionale Gäste zu nutzen (weitere Entfernungen zum Heimatort und der Hausärztin / dem Hausarzt). Die Digitalisierung wird als Lösung für verschiedene Probleme gesehen: Mittels digitaler Patientenakte könnte bspw. die Krankengeschichte abgerufen und die Gesundheitsdaten für die Kurzzeitpflege verwendet werden. Bei einem reibungslos funktionierenden E-Rezept könnte sich das Beschaffen von Medikamenten vereinfachen. Das setzt allerdings einen entsprechenden Digitalisierungsgrad voraus. Ferner und abschließend äußerten die Interviewten aus Vergleichseinrichtung B, dass außerdem ein Aufenthaltsraum für die Kurzzeitpflegegäste, in dem sie gemeinsam essen und beisammen sein können, von Vorteil wäre.

Die Pflegefachpersonen aus Vergleichseinrichtung C äußerten den Wunsch nach Kooperationsverträgen mit anderen Berufsgruppen (konkret Ärztinnen/Ärzte und Therapeutinnen/Therapeuten). So hätte man feste Ansprechpartner, wovon man eine Arbeitsentlastung erwartet.

„Ein paar Ärzte hier im Umkreis aussuchen und mit denen Kooperationsverträge abschließen, wenn die wissen, zu uns kommen Gäste von weiter weg, übernehmen sie über den Zeitraum die Betreuung [...]. Für uns wäre es einfacher. Für den Patienten wäre es natürlich auch einfacher“

Allgemein sollte die sektorenübergreifende Zusammenarbeit (Organisation sowie Kommunikation) und die Überleitungs- und Verlegungsprozesse verbessert werden. Zum Ende der Datenerhebungen der Evaluation wurden Vorschläge zur besseren Arbeitsgestaltung offen im Team diskutiert und teilweise bereits erprobt.

In der Interventionseinrichtung A wünschten sich die Interviewten ein mobiles Endgerät zur Dokumentation, da dies eine Arbeitserleichterung darstellen würde. Chancen zur Optimierung werden hinsichtlich der Zusammenarbeit gesehen: Die Zusammenarbeit sollte künftig noch harmonischer sein und Rückmeldungen aus dem Team noch verbindlicher erfolgen. Zudem wird die Erfahrung des interprofessionellen Teams thematisiert, die durch verschiedene Neueinstellungen noch Verbesserungspotenzial aufweist. Aktuell würden viele Aufgaben noch von ärztlicher

Seite ausgeführt, sodass perspektivisch die anderen Professionen noch mehr Tätigkeiten übernehmen sollten.

„Unser Modell ist ja eigentlich, dass die ärztliche Funktion nicht unbedingt die Hauptperson sein sollte. So weit sind wir noch nicht.“

Das interdisziplinäre Zusammenwirken und das Wissen der Professionen muss weiter wachsen, beispielsweise in dem die Entlassbriefe der Gäste von allen Professionen gelesen und gemeinsam die soziale Situation der Gäste reflektiert werden (Wo geht er nach der Kurzzeitpflege hin? Was sind die Ziele?).

4.7.3 Arbeitszufriedenheit

Während die interne Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen durch die Pflegefachpersonen aus Vergleichseinrichtung B als gut bewertet wird, sind die externen Prozesse teilweise schwieriger und langwieriger. Besonders die Arbeit mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (besonders bei Verordnungen und Verschreibungen) ist mit großem organisatorischem Aufwand verbunden. Teilweise ist das Personal wegen der Konstellation aus stationärer Arbeit und Kurzzeitpflege unzufrieden, da der Grund für die Beschäftigung in der Einrichtung eigentlich die klinische Tätigkeit war.

„Das müssen wir von zwei Seiten betrachten. Bei uns auf der Station haben wir im Team eine gute Zusammenarbeit und wir haben wirklich ein sehr, sehr gut funktionierendes Team. [...] In der Kurzzeitpflege gestaltet sich das wieder schwierig. Da gibt es schon Tage, wo man wirklich sehr unzufrieden ist, weil sich eben diese organisatorischen Prozesse länger hinziehen und man muss auch ehrlicherweise sagen, es gibt auch Kollegen, die sagen: Ja, ich bin ins Klinikum gegangen, weil ich Akutpflege machen möchte und nicht, weil ich Kurzzeitpflege machen möchte. Jetzt ziehen wir es mal richtig ins Negative: Ich möchte Patienten versorgen und nicht Pflegeheim spielen und Leute waschen.“

Die Interviewten geben an, dass die übergreifende Versorgung der Pflegefachpersonen auf der Akutstation und in der Kurzzeitpflege teilweise zu einer unzufriedenstellenden Versorgung in der Kurzzeitpflege führe.

„Man muss sich ja gleichzeitig um akut kranke Patienten kümmern und dann um Bewohner. Die müssen ja auch irgendwie unterhalten werden oder nach denen muss man ja auch schauen. Das ist dann halt sehr schwierig, weil wir auch eine operative Station sind, sind wir auch oft im OP, im Aufwachraum, im Röntgen. Und das sind auch sehr weite Strecken für uns. Und ich habe manchmal das Gefühl, man wird den Bewohnern nicht ganz gerecht.“

Die Befragten der Vergleichseinrichtung C äußern sich weitgehend positiv über ihre Arbeit. Zur Arbeitszufriedenheit trägt u. a. das, als interessant empfundene, umfangreiche und abwechslungsreiche Versorgungs- und Patientenspektrum bei. Auch die sichtbaren Erfolge bei den Gästen in der Versorgung der Kurzzeitpflege wird als Faktor genannt. Das Team ist nett, hilfsbereit, jung, dynamisch und familiär. Die Zusammenarbeit und die Unterstützung bei bürokratischer Arbeit mit und

durch Vorgesetzte und weiteren Leitungspersonen wird als gut beschrieben. Die eher kleine Organisationsgröße, das neue Gebäude und die Ausstattung sowie die gute Kommunikation im Team werden ebenfalls als positive beeinflussende Faktoren erwähnt.

Unzufriedenheit herrscht vor allem dann, wenn etwas nicht gemacht/geschafft wurde oder wenn zu wenig Personal da ist, was zu Zeitdruck und Engpässen führt. Ebenfalls wird die Bezahlung in der Vergleichseinrichtung C gegenüber anderen Einrichtungen als unzufriedenstellend angeführt. Die Dokumentationsarbeit wird auch im Zuge der Zusammenarbeit als aufwendig erachtet.

Die abwechslungsreiche Arbeit in der Interventionseinrichtung A beeinflussen die Arbeitszufriedenheit positiv (unterschiedliches Patientenlientel, verschiedene Berufsgruppen). Das Case Management ist mit den Tätigkeiten zufrieden, auftretende Belastungen werden als Herausforderung angesehen. Hierbei wird v. a. die Weiterversorgung der Gäste betont.

Einflussfaktoren auf die Arbeitszufriedenheit

Für viele niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sei die Verbindung von klinischem Setting und poststationärer Kurzzeitpflege unverständlich, was die Zusammenarbeit nach Auffassung der Interviewten aus Vergleichseinrichtung B beeinträchtigt. Den Hausärztinnen und Hausärzten falle es schwer zu verstehen, warum sie trotz Klinikanbindung für die Kurzzeitpflegegäste zuständig sein sollen. Die Zusammenarbeit wird u. a. deshalb als weiterentwicklungsbedürftig beschrieben, u. a. auch aufgrund der schlechten Erreichbarkeit und seltenen Durchführung von Visiten vor Ort. Bei Notfällen in der Kurzzeitpflege (bspw. Stürze) ist keine Ansprechperson verfügbar bzw. zeitnah zu erreichen. Zwar wird die Klinikanbindung in diesen Fällen als vorteilhaft eingeschätzt, allerdings besteht klinikintern Unverständnis. Es kann der Eindruck entstehen, dass akute Notfälle in der Kurzzeitpflege z. B. in die Notaufnahme „abgeschoben“ werden, wobei lediglich eine Abklärung wegen unklarer Befunde notwendig sei.

Positiv wirkt sich das vor Ort sein der Heilmittelerbringer in der Vergleichseinrichtung B auf Zusammenarbeit aus. Ebenso wird erneut betont, dass die klinische Anbindung auch Vorteile hat.

„Wenn jetzt die Kurzzeitpflegebewohner zum Beispiel mal konsiliarisch zu einem anderen Arzt müssen, ist es halt letzten Endes die Kommunikation. Und dadurch, dass wir in der glücklichen Lage sind, dass wir es ja in der Klinik integriert haben, ist es halt schon ein Unterschied, ob ich mich jetzt wieder mit der Klinik melde. Da gehen halt die ein oder anderen Termine doch ein bisschen schneller.“

Die in Vergleichseinrichtung C während des Studienverlaufs geschlossene Kooperation mit einer Hausarztpraxis wird zum Ende der Datenerhebungen der Evaluation als vertrauensvoll und wertschätzend beschrieben, was sich auch positiv auf die Gäste der Kurzzeitpflege und dadurch auch auf das Personal auswirke. Als Einflussfaktor zur Unzufriedenheit wird das „Hinterhertelefonieren“ bei Gästen mit eigener Hausärztin bzw. -arzt genannt. Das führe zu einer erhöhten Arbeitslast,

wodurch weniger Zeit für Betreuung und Pflege der Gäste bleiben würde. Ebenfalls sorgt die teilweise schlechte Zusammenarbeit mit gesetzlichen Betreuerinnen/Betreuern bzw. deren schlechte Erreichbarkeit für Unzufriedenheit und Verzögerungen.

In der Interventionseinrichtung A ist ein wesentlicher Faktor der Zufriedenheit in der Zusammenarbeit durch die Professionalität, die interprofessionellen Teamsitzungen und damit im Zusammenhang stehenden kurzen Kommunikationswege. Entwicklungspotenzial besteht aufgrund der erst kurzzeitigen Zusammenarbeit im interdisziplinären Team. Zudem trägt es zur Zufriedenheit bei, wenn die Akteure Wertschätzung erfahren, und das Gefühl haben im Team gebraucht zu werden.

Strukturelle/organisatorischen Faktoren zur Steigerung der Arbeitszufriedenheit

Die Koordination durch ein Case Management sowie eine gesteigerte Erreichbarkeit der Hausärztinnen/Hausärzte bzw. das Vorhandensein von Verordnungen, Medikamenten und Rezepten würden die Arbeitszufriedenheit aus Sicht der Interviewten aus der Vergleichseinrichtung B erhöhen, vor allem, wenn die Gäste aus dem klinischen Setting kommen. Eine Arbeitserleichterung und damit ein potenzieller Faktor zur Steigerung der Arbeitszufriedenheit wäre festes ärztliches Personal in der Kurzzeitpflege, das jederzeit ansprechbar und für die Gäste zuständig wäre. Darüber hinaus wird genannt, dass eine strukturelle und organisatorische (auch i. S. von räumliche) Trennung in der Versorgung von Patientinnen/Patienten im klinischen Setting und Gästen der Kurzzeitpflege sinnvoll wäre.

Die Pflegefachpersonen in der Vergleichseinrichtung C geben zu Beginn der Evaluation an, ein hohes Maß an bürokratischer Arbeit zu übernehmen, was als hohe Arbeitsbelastung empfunden wird. Diese Belastung könnte durch eine andere Verteilung der Zuständigkeiten gesenkt werden. Zum Ende der Datenerhebungen der Evaluation werden, neben den geschlossenen Kooperationen, die unterstützende, aktive Leitung benannt, die sich bemüht die Gegebenheiten zu verbessern.

In der Interventionseinrichtung A werden verschiedene strukturelle und organisatorische Faktoren zur Verbesserung der Arbeitszufriedenheit genannt. Zum einen fördere ein guter und verlässlicher Ablauf in der Kurzzeitpflege die Arbeitszufriedenheit. Zum anderen erleichtere, vor allem aus Sicht der Pflegefachpersonen, die gesteigerte (rechtliche) Absicherung durch Maßnahmen der Ärztin / des Arztes (Telefonate, Dokumentation etc.) vor Ort die Arbeit. Dass eine Ärztin / ein Arzt sowie therapeutisches Personal in der Einrichtung ansässig ist, erleichtert die Kommunikation und führt zu kurzen Versorgungswegen.

„Es ist so, dass wir den großen Vorteil haben, dass wir hier in [Einrichtung A] einen ansässigen Arzt haben [...]. Wir haben das ambulante Therapiezentrum hier im Haus. Dadurch sind die Schnittstellen relativ kurz und die Wege auch. Und die Kommunikation ist daher relativ einfach.“

Das Case-Management wird als Entlastung empfunden, ist Ansprechperson und trägt zur Arbeitszufriedenheit bei.

4.7.4 Mögliche Effekte von multiprofessioneller Zusammenarbeit auf die Versorgung der Kurzzeitpflegegäste

Die Interviewten aus der Vergleichseinrichtung B sehen in der multiprofessionellen Zusammenarbeit die Chance einer Entlastung der Pflege. Die Versorgungsqualität könnte sich ebenso wie die Prozessqualität verbessern. Wenn Therapie und Behandlung ineinandergreifen, würden die Gäste in der Kurzzeitpflege eine bessere Versorgung erfahren.

„Das wäre entlastend. Dann könnten wir uns nur um die Pflege oder die Betreuung von den Bewohnern kümmern, und das würde einen schon sehr entlasten, muss ich sagen. Also, wenn das durch jemand anderen geregelt werden könnte, das wäre schon definitiv besser.“

Im Rahmen von interdisziplinären Fallbesprechungen mit Hausärztinnen und -ärzten könnten die ungeklärten und noch zu organisierenden Versorgungsaspekte angesprochen und Verantwortlichen zugewiesen werden. Dies könnte zu einer verbesserten Versorgung führen und sich positiv auf die Gesundheit der Gäste auswirken. Eine ärztliche Anwesenheit und Versorgung würde nach Auffassung der Interviewten die Patientenzufriedenheit erhöhen, das Monitoring verbessern, bei Auffälligkeiten schneller handlungsfähig machen und ggf. die Koordination in der Versorgung positiv beeinflussen (z. B. durchzeitnahe Therapien, kurze Zeiten von Verordnung bis Durchführung, und damit verbundenen ineinandergreifen und unterstützen von Therapie und Pflege; vermeiden fehlerhafter „Ferndiagnosen“).

„Gerade wenn wir einen Hausarzt [...] als direkten Ansprechpartner hätten, der vielleicht dienstags und donnerstags immer einmal zu Hausbesuchen kommt, der sich die Bewohner dann auch noch einmal anschaut und seine Einschätzung abgibt, ob alles in Ordnung ist. Ich denke, das würde auch die Zufriedenheit von den Gästen deutlich erhöhen. Man würde wahrscheinlich auch besser erkennen, wenn jetzt doch irgendwas wäre.“

Eine ähnliche Auffassung teilen auch die Befragten aus der Vergleichseinrichtung C. Sie berichten ganz allgemein davon, dass die Gäste hinsichtlich ihrer Outcomes von der multiprofessionellen Zusammenarbeit (Hausärzte und -ärztinnen sowie Physiotherapie) profitieren und sich ihr Gesundheitszustand verbessern würde.

Die Interviewten aus der Vergleichseinrichtung B vermuten auch, dass der Einsatz von Case Management in der poststationären Kurzzeitpflege positive Auswirkungen hätte. Es könnte zur besseren Organisation der Versorgung beitragen, die Pflege würde entlastet und könnte sich stärker pflegerischen Tätigkeiten zuwenden. Die Pflegefachpersonen aus der Vergleichseinrichtung C geben an, dass vergleichbare Strukturen etabliert werden: der Tagesdienst übernimmt Telefonate (hinsichtlich Verordnungen, An- und Zugehörigengespräche etc.), kümmert sich um Dokumentationen (z. B. Aufnahmen) und macht es somit möglich mehr Zeit für die Gäste und Pflege aufzuwenden.

„So was Ähnliches haben wir schon, deswegen haben wir den Tagesdienst eingeführt. Die Fachkräfte kommen extra zusätzlich in den Tagesdienst und dann übernehmen sie von der Fachkraft, die die Schichtführung hat, diese Telefonate. Die Probleme, die wir zum Beispiel tagelang nicht lösen können, zum Beispiel warten auf einen Facharzttermin, so was. Die übernimmt so was, sie aktualisiert auch alles im Computer und Aufnahmen übernimmt sie auch.“

In der Interventionseinrichtung A erfährt die Pflege durch das Case Management Entlastung auf unterschiedlichen Ebenen wie z. B. von der Biographiearbeit, Dokumentationsaufwänden und auf organisatorischer Ebene. Die patientenzentrierte Versorgung wird alles in allem verbessert. Die Pflegefachpersonen betrachten die Arbeit mit dem ärztlichen Personal vergleichsweise als noch relevanter. Das ärztliche Personal als auch die pflegerische Leitung empfinden das Case Management als entlastend; die pflegerische Leitung sogar in großem Umfang, da das Case Management den Überblick über die Gäste behält und hohe organisatorische Aufwände übernimmt. Vor allem die Organisation der Versorgung bei Gästen ohne An- und Zugehörige wird als hilfreich betrachtet. Das Case Management übernimmt viele Aufgaben in der Kurzzeitpflege, was zur Entlastung der Pflegefachpersonen führt.

„Dass man jemanden hat, der Bescheid weiß über die Nachversorgung [...], dass man einfach die Gewissheit hat, wo geht der Mensch danach hin, den man versorgt hat. Und wie sieht es aus mit den Angehörigen, die Gespräche etc.? Also das nimmt einem dann noch mal viel ab [...], wenn wir jetzt noch die Angehörigen beraten müssten. Wie kann man zu Hause die Sachen organisieren, wo gibt es Anlaufstellen und wie kann man diese nutzen und wo meldet man sich am besten. Das wäre noch mal zusätzliche Arbeit, die uns jetzt durch das Case Management wegfällt und uns damit auch ein bisschen Arbeitslast abnimmt.“

„Ich bin schon seit einer Weile hier im Haus und ich weiß, wie es noch vor dem Case Management war. Und ich denke schon, dass sich da einiges getan hat, gerade auch aus Sicht von den Angehörigen. Wenn sie mal nicht Bescheid wissen, wie ist die Versorgung danach. Oder wenn einfach ein Patient noch so ein bisschen im Schwanken ist zwischen der Selbstständigkeit und vielleicht brauche ich doch noch Nachversorgung zu Hause.“

Eine Person beschreibt, dass die multiprofessionelle Zusammenarbeit und Organisation zu ruhigeren, entspannteren und besser versorgten Gästen führen würden. Die Anwesenheit einer Ärztin / eines Arztes gibt den Gästen ein Gefühl von Sicherheit und Vertrauen. Das Vorhandensein des Arztes hat sich als zielführend erwiesen. So konnte z. B. im Rahmen der ärztlichen Visite bei Aufnahme ein Gast identifiziert werden, der noch einmal zurück ins Krankenhaus verlegt werden musste und zu einem späteren Zeitpunkt wieder in die Interventionseinrichtung A zurückkommen konnte. Generell wird die schnelle Verfügbarkeit als vorteilhaft für die Gäste gesehen, da die Ärztin/ der Arzt bei Notfällen oder unsicheren Situationen jederzeit verfügbar ist.

Durch den engen Kontakt mit den Gästen und die Möglichkeit Sachverhalte gründlich zu klären, ist es dem Case Management möglich Unterstützungsbedarfe zu erkennen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten.

Da das multiprofessionelle Team sich kennt, ist es zudem leichter konstruktive Kritik zu üben, was der Patientenversorgung zugutekommt und zu besseren Patientenoutcomes sowie einer höheren Patientenzufriedenheit führt. Zudem können interprofessionelle Rücksprachen zeitnaher gehalten werden.

4.8 Zufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer der Kurzzeitpflege

In den folgenden Abschnitten wird zunächst die Stichprobe der befragten Nutzerinnen und Nutzer beschrieben. Anschließend werden die Ergebnisse der Befragung der Nutzerinnen und Nutzer beschrieben. Abschließend folgt die Einschätzung zur Zufriedenheit mit dem Kurzzeitpflegeaufenthalt und zum Wohlbefinden der Gäste.

4.8.1 Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt wurden $n = 192$ Fragebögen in die Auswertung einbezogen. Davon sind $n = 55$ Fragebögen (28,6 %) von Kurzzeitpflegegästen aus der Interventionseinrichtung und $n = 137$ (71,4 %) aus den Vergleichseinrichtungen ($n = 52$ Einrichtung B, $n = 85$ Einrichtung C). Die Grundgesamtheiten (n) werden jeweils separat in den Ergebnissen dargestellt, wenn nicht alle Fragen beantwortet wurden. Mehr als zwei Drittel (69,3 %, Interventionsfälle: $n = 41$, 82,0 %; Vergleichsfälle: $n = 92$, 67,5 %) der Nutzerinnen und Nutzer nahmen Unterstützung beim Ausfüllen in Anspruch²⁶, 19,8 % (Interventionsfälle: $n = 7$, 12,7 %; Vergleichsfälle: $n = 31$, 22,6 %) füllten den Fragebogen selbstständig aus, 8,3 % Interventionsfälle: $n = 2$, 3,6 %; Vergleichsfälle: $n = 14$, 10,2 %) erhielten Hilfe durch ihre An- und Zugehörigen.

Tabelle 8 gibt einen Überblick über die Merkmale der Stichprobe für die Interventions- und Vergleichsfälle. Die Mehrheit der Gäste gehörte den Altersgruppen 75-84 Jahre (30,9 % bzw. 32,1 %) und 85-89 Jahre (38,2 % bzw. 27,0 %) an und war weiblich (63,6 % und 65,7 %). Der Pflegegrad 2 war der am häufigsten vertretene (34,5 % und 35,8 %), von Pflegegrad 3, der in beiden Gruppen 25,5 % ausmachte. Der jeweils überwiegende Anteil der Gäste nahm die Kurzzeitpflege nach einem Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Operation in Anspruch (Interventionsfälle: $n = 34$, 61,8 %; Vergleichsfälle: $n = 67$, 49,3%), gefolgt von einer Krankenhausbehandlung aus anderen Gründen (Interventionsfälle: $n = 18$, 32,7 %; Vergleichsfälle: $n = 53$, 39,0%). Eine akute gesundheitliche Verschlechterung und andere Gründe waren weniger häufig Anlass für den Kurzzeitpflegeaufenthalt (Tabelle 8). Andere Anlässe waren die Verhinderung der Pflegeperson ($n = 5$), ein generelles Unsicherheitsgefühl ($n = 1$) und der Wunsch in der Kurzzeitpflege wieder mehr Sicherheit

²⁶ Unterstützungspersonen beim Ausfüllen waren Pflegefachpersonen (67,7 %), Case Managerin/Manager (20,2 %), Heimleitung (4,0 %), Verwaltungspersonal (4,0 %), Heimförsprecherin/Heimförsprecher (4,0 %).

zu gewinnen (n = 1). Im Mittel befanden sich die Gäste der Interventionseinrichtung 18,7 Tage (Min: 2 Tage, Max: 35 Tage) und Gäste der Vergleichseinrichtungen 19,7 Tage (Min: 1 Tag, Max: 58 Tage) in der poststationären Kurzzeitpflegeeinrichtung.

Tabelle 8: Stichprobenmerkmale der Nutzerinnen und Nutzer der Kurzzeitpflege nach Interventions- und Vergleichsfällen

Merkmal	Interventionsfälle (n = 55)	Vergleichsfälle (n = 137)	Δ Vergleichs- zu Interventionsfällen
	n (%)	n (%)	%
Altersgruppe (Jahre)			
0-17 Jahre	0 (0,0)	0 (0,0)	0,0
18-64 Jahre	2 (3,6)	10 (7,3)	3,7
65-74 Jahre	5 (9,1)	29 (21,2)	12,1
75-84 Jahre	17 (30,9)	44 (32,1)	1,2
85-89 Jahre	21 (38,2)	37 (27,0)	-11,2
90 Jahre und älter	10 (18,2)	16 (11,7)	-6,5
Fehlende Angabe	0 (0,0)	1 (0,7)	0,7
<i>Median</i>	<i>85-89 Jahre</i>	<i>75-84 Jahre</i>	-
Geschlecht			
weiblich	35 (63,6)	90 (65,7)	2,1
männlich	19 (34,5)	47 (34,3)	-0,2
divers	0 (0,0)	0 (0,0)	0,0
Fehlende Angabe	1 (1,8)	0 (0,0)	-1,8
Pflegegrad			
PG 1	1 (1,8)	8 (5,8)	4,0
PG 2	19 (34,5)	49 (35,8)	1,2
PG 3	14 (25,5)	35 (25,5)	0,0
PG 4	2 (3,6)	8 (5,8)	2,2
PG 5	0 (0,0)	2 (1,5)	1,5
(noch) keinen	7 (12,7)	32 (23,4)	10,6
Das weiß ich nicht	8 (14,5)	1 (0,7)	-13,8
Fehlende Angabe	4 (7,3)	2 (1,5)	-5,8

	Interventionsfälle (n = 55)	Vergleichsfälle (n = 137)	Δ Vergleichs- zu Interventionsfällen
Merkmal	n (%)	n (%)	%
<i>Median</i>	<i>PG 3</i>	<i>PG 3</i>	-
Versorgung vor dem Kurzzeitpflegeaufenthalt			
Häuslichkeit, selbstständig	23 (41,8)	63 (46,0)	4,2
Häuslichkeit mit ambulanter Versorgung und ggf. mit Unterstützung von An- und Zugehörigen/Freunden/Nachbarn	12 (21,8)	21 (15,3)	-6,5
Häuslichkeit mit Unterstützung von An- und Zugehörigen/Freunden/Nachbarn ohne ambulanten Pflegedienst	18 (32,7)	50 (36,5)	3,8
Wohngemeinschaft oder betreutes Wohnen	0 (0,0)	2 (1,5)	1,5
Fehlende Angabe	2 (3,6)	1 (0,7)	-1,1
Aufnahmeanlass			
Anschluss an stationäre Krankenhausbehandlung (postoperativ)	34 (61,8)	67 (49,3)	-12,5
Anschluss stationäre Krankenhausbehandlung (nicht operativ)	18 (32,7)	53 (39,0)	6,3
Akute gesundheitlicher Verschlechterung	1 (1,8)	11 (8,1)	6,3
Anderer Grund*	2 (3,6)	5 (3,7)	0,1
Verweildauer (Tage)			
Mittelwert	18,7	19,7	1,0
Median	16,5	16,0	-0,5
Min-Max	2-35	1-58	-

Quelle: IGES

Anmerkung: * Gründe sind im Text beschrieben

Den Pflege- und Unterstützungsbedarf sollten die Gäste anhand folgender Kategorien selbst einschätzen: sehr wenig, wenig, hoch, sehr hoch, das weiß ich nicht. Die

Kurzzeitpflegegäste schätzten den Bedarf selbst überwiegend als hoch ein (Interventionsfälle: n = 24, 43,6 %; Vergleichsfälle: n = 49, 35,8 %) oder „wenig“ (Interventionsfälle: n = 16, 29,1 %; Vergleichsfälle: n = 50, 36,5 %) ein. Vergleichsweise weniger Gäste schätzen ihren Pflege- und Unterstützungsbedarf als sehr hoch (Interventionsfälle: n = 5, 9,1 %; Vergleichsfälle: n = 18, 13,1 %) oder sehr wenig (Interventionsfälle: n = 2, 3,6 %; Vergleichsfälle: n = 17, 12,4 %) ein. Insgesamt n = 11 Gäste konnten oder wollten keine Einschätzung abgeben (5,7 %).

Mittels Freitextfeld konnten die Gäste Angaben zu den Hauptgründen des Pflege- und Unterstützungsbedarf machen. Am häufigsten wurden Fraktur mit/ohne operative Versorgung bzw. Sturzereignisse (Interventionsfälle: n = 21; Vergleichsfälle: n = 16), gefolgt von Unterstützungsbedarfen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens²⁷ (Interventionsfälle: n = 11; Vergleichsfälle: n = 11). Am dritthäufigsten wurden verschiedene, teils sehr detaillierte, medizinische Diagnosen genannt, die aufgrund ihrer Verschiedenhaftigkeit in der Kategorie „Sonstiges“ zusammengefasst wurden (Interventionsfälle: n = 13; Vergleichsfälle: n = 3). Dazu zählen u. a. SARS-CoV-2 Pneumonie mit bakterieller Superinfektion, Exsikkose, Passagerer ausgeprägter Rigor bei bekanntem Morbus Parkinson, multifaktorielles Delir, Harnwegsinfekt, kardiale Dekompensation.

4.8.2 Versorgung während der Kurzzeitpflege und Organisation der Folgeversorgung

Zur Einschätzung der Versorgungssituation wurden die Gäste zunächst gefragt, inwiefern Arztkontakte während des Aufenthaltes stattfanden. Wie zu erwarten, gaben 98,5 % (n = 54) der Interventionsfälle an Kontakt zu Ärztinnen/Ärzten gehabt zu haben, hingegen dies bei den Vergleichsfällen bei 61,3 % (n = 84)²⁸ der Fall war. Wenn ein Kontakt stattfand, dann hauptsächlich innerhalb der ersten 1 bis 3 Tage (Interventionsfälle: n = 44, 84,6 %; Vergleichsfälle: n = 48, 57,1 %) oder innerhalb der ersten Woche (Interventionsfälle: n = 7, 13,5 %; Vergleichsfälle: n = 21, 25,0 %).

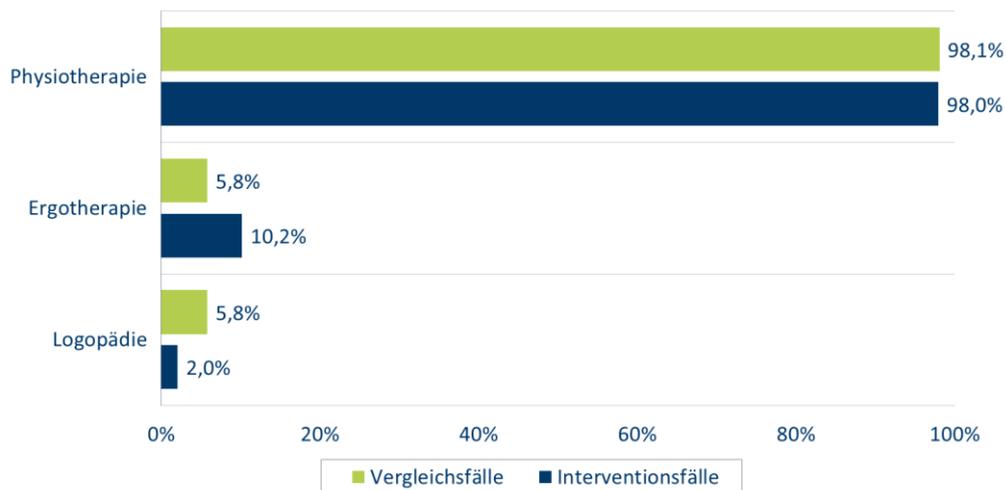
Des Weiteren wurde bei den Gästen erfragt, ob während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes eine physiotherapeutische, logopädische und/oder ergotherapeutische Behandlung stattgefunden hat. In 96,2 % (n = 50) der Interventionsfälle wurde eine der therapeutischen Maßnahmen durchgeführt. Vergleichsweise seltener, mit 38,0 % (n = 52) der Vergleichsfälle haben die Gäste der Vergleichseinrichtungen eine der therapeutischen Behandlungen in Anspruch nehmen können. Insgesamt 53,3 % (n = 73) der Vergleichsfälle hat also keine der Maßnahmen erhalten, wovon 28,5 % (n = 39) angeben, dass es auch keinen Anlass dazu gegeben hätte. Wenn

²⁷ Unterstützung bei den ADLs (z. B. Nahrungsaufnahme, Körperpflege, Mobilisation) fällt grundsätzlich auch für andere identifizierte Kategorien in unterschiedlichem Ausmaß an (z. B. Zustand nach Operation, Zustand nach Sturz/Fraktur). Die Befragten nannten diese Unterstützungsbedarfe jedoch nicht explizit.

²⁸ In den Vergleichseinrichtungen fand der Arztkontakt nicht immer vor Ort statt, sondern z. T. nur telefonisch.

eine Therapie durchgeführt wurde, dann am häufigsten Physiotherapie (Mehrfachnennung, Interventionsfälle 98,0 %; Vergleichsfälle: 98,1 %, Abbildung 28).

Abbildung 28: Therapeutische Versorgung während der Kurzzeitpflege, Angaben in %



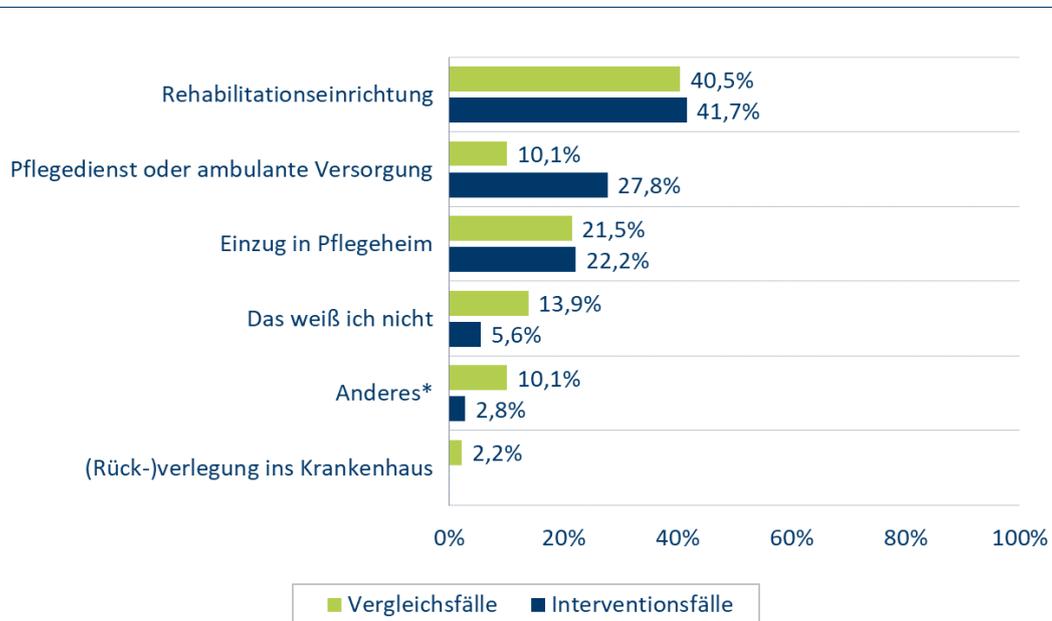
Quelle: IGES

In 78,2 % (n = 43) der Interventionsfälle und 36,5 % (n = 50) der Vergleichsfälle wurde während des Aufenthaltes ein Gespräch zur weiteren Versorgung geführt. Bei den Interventionsfällen wurde das Gespräch überwiegend durch das Case Management (56,2 %) und/oder von Pflegefachpersonen (26,0 %) durchgeführt. In 17,8 % führten das Gespräch andere Personen, wie z. B. Mitarbeitende der Bewohnerverwaltung, Heimleitung oder die Ärztin / der Arzt. Bei den Vergleichsfällen waren es überwiegend „andere Personen“ (67,2 %), darunter am häufigsten Personal der Bewohnerverwaltung oder Heimleitung. Gespräche wurden seltener durch Pflegefachpersonen (17,2 %) oder einer Sozialarbeiterin / einen Sozialarbeiter (13,8 %) durchgeführt. Ein geringerer Anteil gibt an, dass kein Gespräch geführt wurde (Interventionsfälle: n = 5, 9,1 %; Vergleichsfälle: n = 22, 16,1 %) und in weiteren 9,1 % (n = 5) der Interventionsfälle und 30,7 % (n = 42) der Vergleichsfälle wurde kein Gespräch geführt, da die weitere Versorgung bereits geklärt war. Die restlichen Fälle konnten diese Frage nicht beantworten.

Die geplante Folgeversorgung wurden ebenfalls erfragt. In 65,5 % (n = 36) der Interventionsfälle und 57,7 % (n = 79) gab es Veränderungen in der pflegerischen und/oder hauswirtschaftlichen Versorgung im Vergleich zur Versorgung vor der Kurzzeitpflege. In weiteren 32,7 % (n = 18) der Interventionsfälle bzw. 40,1 % (n = 55) der Vergleichsfälle bedurfte es keiner Anpassung der Versorgung. Am häufigsten erfolgte im Anschluss an die Kurzzeitpflege ein Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung, gefolgt von dem Einzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung

und der Anschlussversorgung durch einen ambulanten Pflegedienst oder eine andere ambulante Versorgung (Abbildung 29).

Abbildung 29: Angaben zur Folgeversorgung nach Interventions- und Vergleichsfällen, Angaben in %



Quelle: IGES

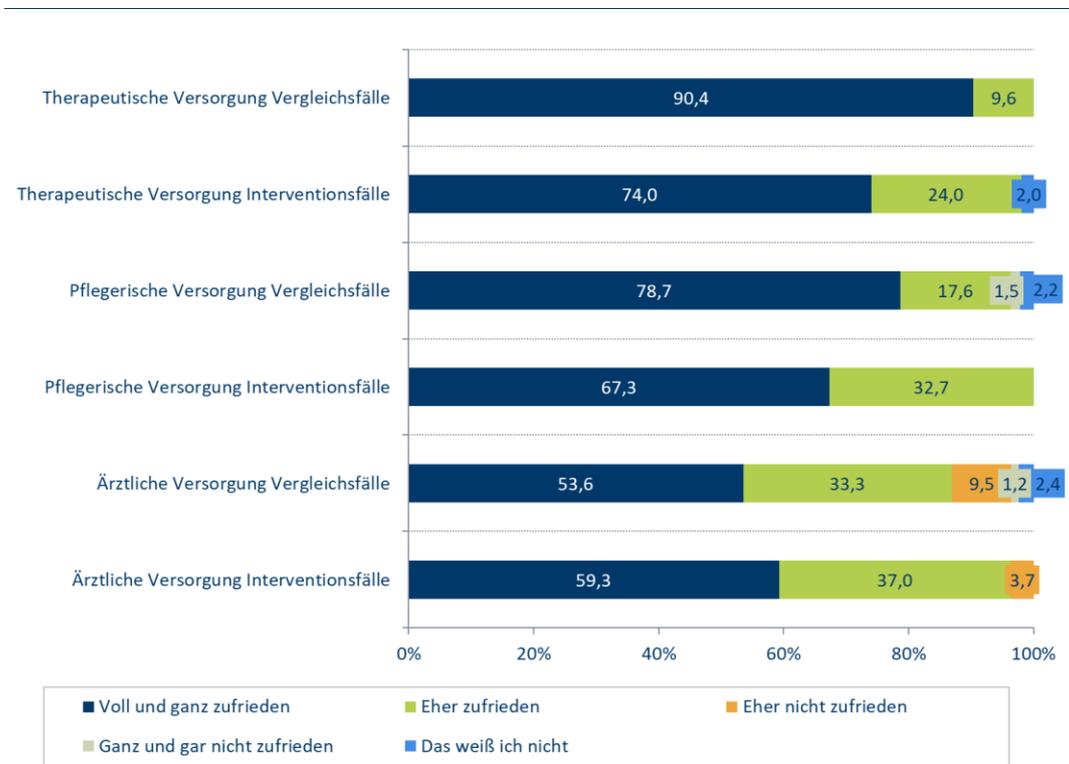
Anmerkung: *Freitextangaben: Pflege durch An- und Zugehörige (n = 6), palliative Versorgung im Hospiz (n = 2), Einrichtung für psychisch Erkrankte Personen (n = 1)

4.8.3 Zufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer mit der Kurzzeitpflege

Die Nutzerinnen und Nutzer zeigten sich mit den erhaltenen Therapien, der pflegerischen Versorgung und den Kontakten zu Ärztinnen und Ärzten in beiden Gruppen mehrheitlich (sehr) zufrieden (Abbildung 30). In der vergleichenden Betrachtung war die Zufriedenheit bei den Interventionsfällen in der ärztlichen Versorgung höher, bei den Vergleichsfällen in der pflegerischen und therapeutischen Versorgung höher.

Gründe für Unzufriedenheit (n = 4, Interventions- und Vergleichsfälle) konnten in einem Freitextfeld ergänzend vorgenommen werden. Hinsichtlich der therapeutischen Versorgung ist die Zufriedenheit abhängig von dem Therapeuten und der Kapazitäten. Bemängelt wurde, dass die Therapiezeiten zu kurz waren und Therapie nur im Rahmen der geriatrischen Rehabilitation möglich ist.

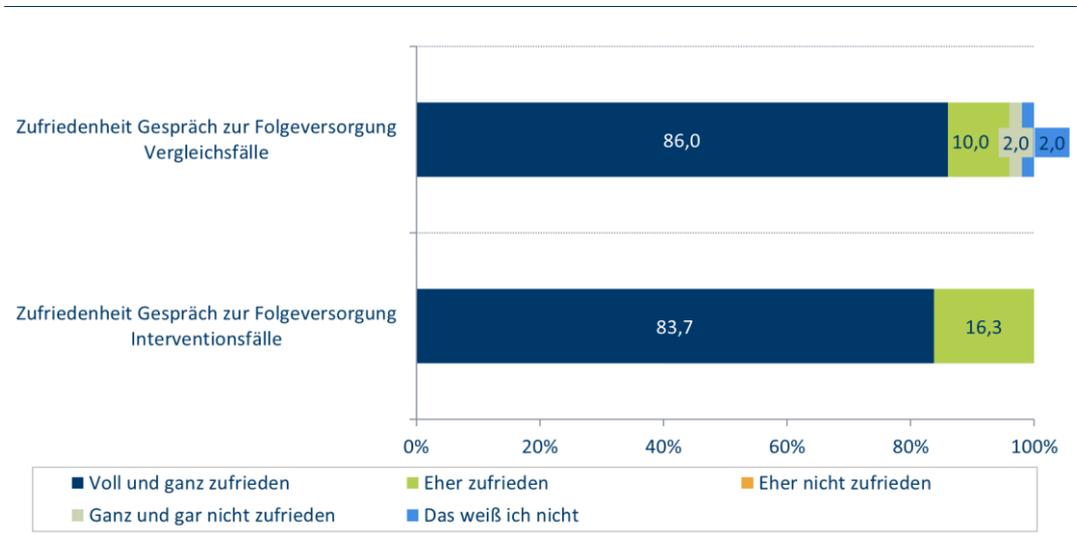
Abbildung 30: Einschätzung der Nutzerinnen und Nutzer zur Zufriedenheit nach Interventions- und Vergleichsfällen, Angaben in %



Quelle: IGES

Auch hinsichtlich der Gespräche zur Folgeversorgung zeigten sich die Nutzerinnen und Nutzer mehrheitlich (sehr) zufrieden (Abbildung 31). Obwohl nur eine Person angab, nicht zufrieden gewesen zu sein, übten dennoch 4 Personen in der anschließenden Freitextmöglichkeit zu den Gründen der Unzufriedenheit Kritik. So äußerte Eine Person Unzufriedenheit mit externen Akteuren (Ärztin/Arzt, Krankenkasse). Jeweils eine Person beklagte, dass die Eigenverantwortung in der Beschaffung relevanter Informationen hoch gewesen sei sowie, dass keine Weitervermittlung an eine Klinik erfolgte. Außerdem gab eine Person an, dass der Kurzzeitpflegeaufenthalt zu kurz gewesen sei, um eine weitere Versorgung zu organisieren.

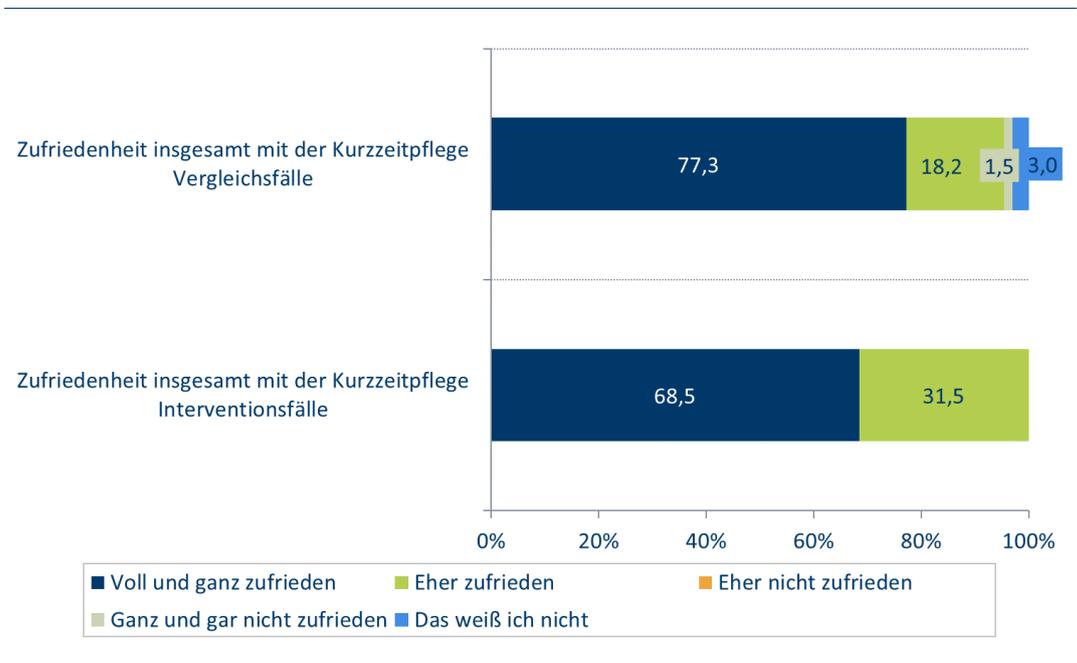
Abbildung 31: Zufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer zur Folgeversorgung nach Interventions- und Vergleichsfällen, Angaben in %



Quelle: IGES

Allgemein betrachtet zeigt sich insgesamt eine hohe Zufriedenheit mit dem Aufenthalt in der Kurzzeitpflege (Abbildung 32).

Abbildung 32: Gesamtzufriedenheit mit dem Aufenthalt in der Kurzzeitpflege nach Interventions- und Vergleichsfällen, Angaben in %



Quelle: IGES

Am Ende der Befragung hatten die Nutzerinnen und Nutzer die Möglichkeit über ein Freitextfeld abschließende Hinweise und Rückmeldungen zur Kurzzeitpflege zu geben. Insgesamt wurden 39 Nennungen (17 Interventionseinrichtung, 22 Vergleichseinrichtungen) 21 Kategorien zugeordnet. Ganz allgemein wurden positive Erfahrungen mit der Kurzzeitpflege und dem Kurzzeitpflegeaufenthalt berichtet (n = 11). Auch der positive Umgang des Personals mit den Gästen (n = 9), die Zimmerbelegung (n = 3) und die Speiseversorgung (n = 2) wurde hervorgehoben. Interne und externe Abstimmungen (Folgeversorgung, Therapien) wurden durch zwei Befragte anerkennend erwähnt (n = 2). Zwei weitere Personen äußerten, dass die Versorgung zu einer Steigerung der Selbstständigkeit beigetragen hat (n = 2). Darüber hinaus gab es einzelne positive Äußerungen zum therapeutischen Personal und den Freizeit- und Beschäftigungsangeboten (n = 2).

„Durch gute Organisation zügig einen Platz in einem Pflegeheim bekommen in Wohnortnähe. Die Pflegekräfte und Alltagsbegleitung haben einen sehr freundlichen Umgang miteinander und zu den Bewohnern der Kurzzeitpflege. Es wurden Angebote gemacht in Form von Seelsorge, Kaffeekränzchen, Spaziergänge mit RS, Aktivierungsgruppen [...]“

„Habe mich hier wohlgefühlt, es waren alle nett, es war schön mit dem Namen angesprochen zu werden. Es war familiär, es haben sich alle bemüht, das Zimmer war immer sauber. Es waren alle herzlich.“

„War noch nie so zufrieden mit der Versorgung und dem Personal wie in der Kurzzeitpflege.“

Kritisiert wurden dagegen in den Vergleichseinrichtungen die ärztliche Versorgung in der Kurzzeitpflege (kein Arzt auf Station, Hausärzte machen keine Hausbesuche in der Einrichtung), die optimiert bzw. überhaupt erst geschaffen werden sollte (n = 3). Beklagt wurde, dass eine hohe Verantwortung für Informationsweiterleitung durch medizinische Laien erforderlich gewesen sei (n = 1). Auch habe Personal gefehlt (n = 1). Das physiotherapeutische Angebot wurde durch eine Person als unzureichend bewertet (n = 1). Eine weitere Person kritisierte das Speiseangebot (n = 1).

„Ein zuständiger Arzt auf der Station hat gefehlt! Hausarzt führte keinen Hausbesuch in der Kurzzeitpflege durch! Bevollmächtigte war gezwungen die Aufgaben eines Arztes zu übernehmen insbesondere die Sachverhalte gegenüber dem Arzt und der Krankenkasse darzulegen. Der Bevollmächtigte ist der Sohn ohne medizinische Ausbildung.“

4.8.4 Einschätzung des Wohlbefindens während des Kurzzeitpflegeaufenthalts

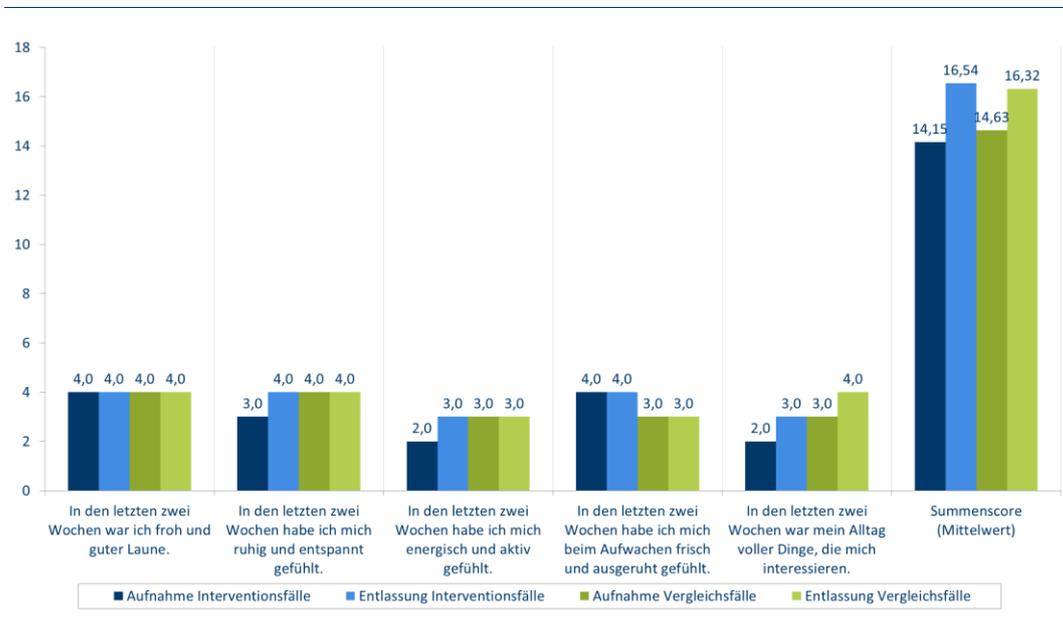
Im Rahmen des Forschungsprojektes wurde zur Aufnahme, Entlassung und bei Veränderungen das Wohlbefinden der Kurzzeitpflegegäste mittels des WHO-5-Well-

Being Index²⁹ durch die Gäste selbst eingeschätzt. Wenn die Gäste dies nicht selbstständig konnten, wurde das Instrument nicht angewendet. Somit liegen für n = 123 (52,8 %) Interventionsfälle und n = 73 (56,2 %) Vergleichsfälle zum Zeitpunkt der Aufnahme Daten vor. Zum Zeitpunkt der Entlassung konnte das Wohlbefinden bei n = 126 Interventionsfällen (54,1 %) und n = 73 Vergleichsfällen (56,2 %) eingeschätzt werden.

Die nachfolgende Abbildung veranschaulicht die Ergebnisse zu den unterschiedlichen Messzeitpunkten (Aufnahme und Entlassung). Der Summenscore zur Aufnahme ist bei den Interventionsfällen 14,16 und bei den Vergleichsfällen 14,63. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen ist statistisch nicht signifikant (p-Wert: 0,54, zweiseitig). Der Summenscore zur Entlassung lag bei den Interventionsfällen im Mittel bei 16,54 und bei den Vergleichsfällen bei 16,32. In vergleichender Betrachtung ist bei allen Fällen zur Entlassung eine Steigerung des Wohlbefindens zu beobachten (Interventionsfälle +2,39 Summenpunkte bzw. +16,9 %, Vergleichsfälle +1,69 Summenpunkte bzw. 11,5 %). Der Unterschied zwischen den Gruppen ist sowohl zur Aufnahme (p-Wert: 0,534, zweiseitig) als auch zur Entlassung (p-Wert: 0,738, zweiseitig) statistisch nicht signifikant.

²⁹ Zur Messung des subjektiven mentalen Wohlbefindens wird der *WHO-Five Well-Being Index* (WHO-5) eingesetzt. Der WHO-5 ist aufgrund seiner Praktikabilität und den guten psychometrischen Eigenschaften eines der am häufigsten eingesetzten Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung des Wohlbefindens. Er besteht aus fünf Items und misst über eine sechsstufige Likert-Skala das psychische Wohlbefinden der zurückliegenden 14 Tage.

Abbildung 33: Veränderung im Wohlbefinden der Kurzzeitpflegegäste nach Interventions- und Vergleichsfällen, Angabe des Medians pro Item, Mittelwert des Summenscore



Quelle: IGES

4.9 Wirksamkeit und Einfluss auf das Gesundheitsoutcome

In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse zur Wirksamkeit der innovativen poststationären Kurzzeitpflege im Vergleich zur konventionellen Kurzzeitpflege und deren Einfluss auf Gesundheitsoutcome der Interventions- und Vergleichsgruppen dargestellt.

Auf Basis der Erkenntnisse der deskriptiven Auswertungen wurde zunächst eine Übersicht, über die miteinander in Beziehung stehenden Variablen, erstellt (Korrelationsmatrix). Auf dieser Grundlage wurden weiterführende Analysen durchgeführt. Einerseits wurden mithilfe logistischer Regressionsanalysen die Effekte verschiedener Interventionen der innovativen poststationären Kurzzeitpflege, wie zum Beispiel Case Management und regelmäßige ärztliche Versorgung, auf die Versorgungsform nach der Entlassung der Gäste untersucht. Zusätzlich wurde mittels Varianzanalysen mit Messwiederholungen geprüft, ob signifikante Unterschiede im Gesundheitsoutcome der Gäste zwischen den Messzeitpunkten (Aufnahme und Entlassung) sowie zwischen den Interventions- und Vergleichsgruppen bestehen. Abschließend erfolgte eine Bewertung der Effekte der verschiedenen Interventionen, wie etwa Case Management und regelmäßige ärztliche Versorgung, auf die Pflegeabhängigkeit, das Dekubitusrisiko und die Schmerzintensität der Gäste durch multiple Regressionsanalysen. In allen Modellen wurden personenbezogene

Merkmale wie Alter und Geschlecht als Kontrollvariablen einbezogen, da sie potenziell Einfluss auf die Ergebnisse haben³⁰.

4.9.1 Übersicht der miteinander in Zusammenhang stehenden Einflussfaktoren

In der nichtparametrischen Korrelation wurde zunächst geprüft, inwiefern und in welcher Ausprägung statistisch signifikante Zusammenhänge zwischen einzelnen Variablen bestehen. Dabei zeigte sich, dass sowohl sehr starke (Korrelationskoeffizient r 0,8 bis 1,0) und starke Zusammenhänge (Korrelationskoeffizient r 0,6 bis 0,79) bestehen, welche statistisch signifikant sind. Die starken Korrelationen deuten darauf hin, dass ein erheblicher Zusammenhang zwischen den beiden Variablen besteht, auch wenn keine kausale Beziehung abgeleitet werden kann. Ist die Korrelation positiv ausgeprägt (> 0) dann bedeutet dies, dass mit steigender Ausprägung der zugrunde liegenden Variable auch die Ausprägung der weiteren Variablen steigt. Tabelle 9 zeigt also die miteinander statistisch sehr stark oder stark in Zusammenhang stehenden Variablen, z. B. steigt die Anzahl der medizinischen Anwendungen steigt auch die Anzahl der Diagnoseänderung, der Aufwände der Therapie etc.

Tabelle 9: Übersicht der miteinander in Zusammenhang stehenden Variablen (nichtparametrische Korrelation)

Variablen	Korrelationskoeffizient
Wohlbefinden zur Aufnahme	
Wohlbefinden zur Entlassung	,621**
Anzahl medizinischer Anwendungen	
Anzahl der Diagnoseänderung	,713**
Anzahl der Medikationsanpassung	,697**
Anzahl der Visiten	,937**
Anzahl der Überwachungsänderungen	,608**
Aufwände der Therapie	,696**
Therapeutische Beratungsgespräche	,670**
Anzahl der Behandlungspflege	,631**

³⁰ Als Kontrollvariablen wurden folgende personenbezogene Merkmale berücksichtigt: Alter, Geschlecht, Aufnahmeanlass und Hauptzuweisungsgrund. Eine detaillierte Beschreibung dieser Variablen findet sich in Abschnitt 4.1.2.

Variablen	Korrelationskoeffizient
Anzahl der pflegerischen Anleitungen	,608**
Case Management Aufwände zur Aufnahme	,788**
Case Management Aufwände im Verlauf	,612**
Case Management Gespräche zur Folgeversorgung	,737**
Abschluss der Folgeversorgung durch das Case Management	,754**
Anzahl der multiprofessionellen Fallbesprechungen	,792**
Anzahl der therapeutischen Aufwände	
Anzahl der ärztlichen Visiten	,701**
Anzahl der therapeutischen Erstgespräche	,798**
Anzahl der therapeutischen Beratungsgespräche	,946**
Pflegebedarfseinschätzung (durch die Pflege)	-,696**
Pflegebedarfseinschätzung (durch Case Management)	,760**
Case Management Aufwände im Verlauf	,673**
Case Management Planung	,764**
Case Management Folgeversorgung	,846**
Case Management Gespräche zur Folgeversorgung	,774**
Anzahl der multiprofessionellen Fallbesprechungen	,842**
Pflegerische Aufwände	
Aufwände zum Überleitungsbogen	,623**
Aufwände zum Arztbrief	,702**
Aufwände zum Medikationsplan	,860**
Aufwände zu Medikamenten während des Aufenthaltes	,946**
Aufwände zu Verordnungen während des Aufenthaltes	,756**
Anzahl der Behandlungspflege	,728**

Quelle: IGES

Anmerkung: Korrelation nach Spearman; **die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig)

Auf Basis dieses statistischen Testverfahrens und inhaltlich/fachlicher Expertise wurden die Variablen für die Regressionsanalysen identifiziert. Diese wurden zur Veranschaulichung der Veränderungen der Gesundheitsoutcomes und der Identifikation von Einflussfaktoren zur Wirksamkeit der innovativen poststationären Kurzzeitpflege im Vergleich zur konventionellen poststationären Kurzzeitpflege durchgeführt.

4.9.2 Verbleib der Kurzzeitpflegegäste

Zur Einschätzung der weiteren versorgungsrelevanten Maßnahmen und Verbleib der Gäste im Anschluss an die poststationäre Kurzzeitpflege wurde zur Aufnahme eingeschätzt, inwiefern ein Potenzial für eine anschließende Rehabilitation vorliegt. In 57,1 % (n = 133) der Interventionsfälle und in 35,4 % (n = 46) der Vergleichsfälle wurde bei Aufnahme eine Verlegung in eine (geriatriische) Rehabilitationseinrichtung angedacht. Der Unterschied zwischen den Gruppen ist statistisch signifikant (p-Wert: < 0,001, zweiseitig). Bei 63,0 % (n = 29) der Vergleichsfälle und 2,3 % (n = 3) der Interventionsfälle liegt bereits zur Aufnahme eine Kostenzusage sowie der Aufnahmetermin vor.

Zusätzlich wurde erfasst, ob sich während des Kurzzeitpflegeaufenthalts ein Rehabilitationspotenzial entwickelt, hat: dies war bei 20,8 % der Vergleichsfälle und bei 5,6 % der Interventionsfälle der Fall. Die Rehabilitation wurde während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes bei den überwiegenden Fällen beantragt (Interventionsfälle: 92,3 %; Vergleichsfälle: 74,1 %). Bei der Mehrheit wurde eine stationäre (geriatriische) Rehabilitation beantragt, sowohl bei den Interventionsfällen (83,3 %) als auch bei den Vergleichsfällen (96,4 %).

Insgesamt haben 88,7 % (n = 118) der Interventionsfälle mit angedachter Verlegung in eine Rehabilitationsklinik hat eine Rehabilitationsfähigkeit erreicht, wovon n = 104 Gäste direkt in die Rehabilitation entlassen werden konnten. Weitere n = 8 Gäste haben kurzzeitig mit einem Aufenthalt in der Häuslichkeit die Aufnahme in eine Rehabilitation überbrückt, n = 1 Gast hatte eine Verlängerung des Kurzzeitpflegeaufenthaltes bis zur Verlegung, bei n = 4 Gästen konnte die Verlegung nicht realisiert werden und bei n = 1 Gast ist der Ausgang unbekannt. Bei den Vergleichsfällen haben 91,3 % (n = 42) eine Rehabilitationsfähigkeit erreicht, wovon n = 33 direkt in eine Form der Rehabilitation entlassen wurden. Weitere n = 9 Gäste haben kurzzeitig mit einem Aufenthalt in der Häuslichkeit die Aufnahme in eine Rehabilitation überbrückt. Insgesamt zeigen sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich der Erreichung der Rehabilitationsfähigkeit (p-Wert: 0,003).

Die Gründe, warum die direkte Verlegung in eine Rehabilitation nicht realisiert wurde bzw. die Rehabilitationsfähigkeit nicht erreicht wurde, waren u. a.:

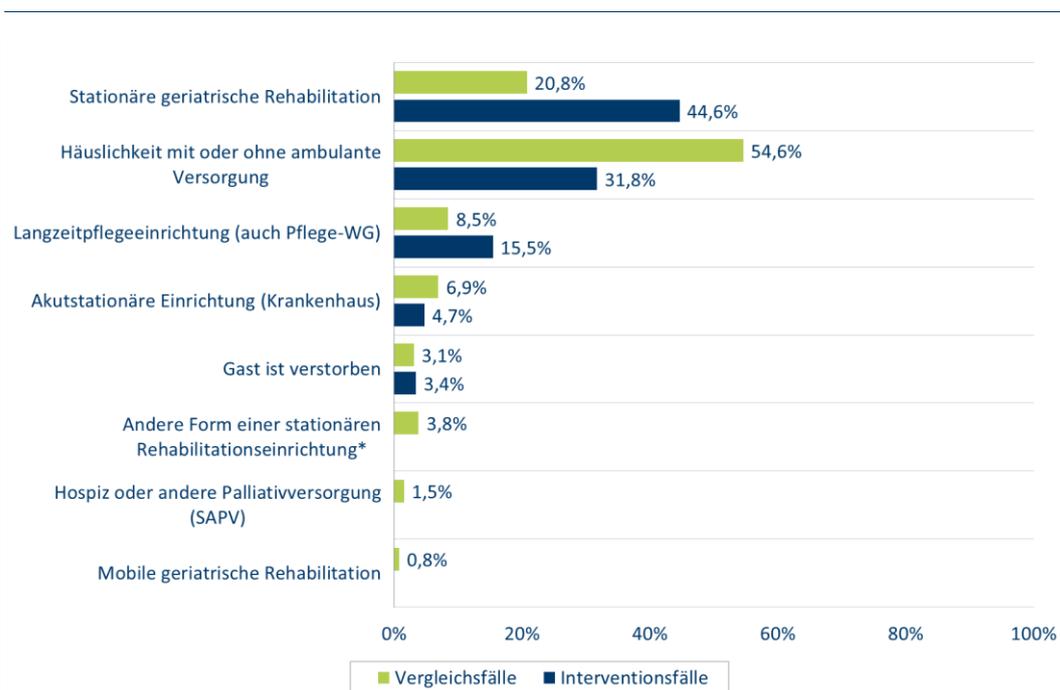
- ◆ Interventionsfälle (n = 14): Gesundheitliche Verschlechterung (34,8 %), bzw. Verbesserung (4,3 %), Gast ist verstorben (8,7 %), fehlende Kostenzusage bzw. Verschieben des Aufnahmetermins (8,7 %), andere Gründe wie der eigene Wunsch des Gastes, Wechsel in die Dauerpflege oder keine

Rehabilitationsfähigkeit z. B. aus medizinischen Gründen, etwa aufgrund unzureichender Belastbarkeit nach einem Knochenbruch (43,5 %)

- ◆ Vergleichsfälle (n = 4): Gesundheitliche Verschlechterung (50,0 %), andere Gründe wie der eigene Wunsch des Gastes, Wechsel in die Dauerpflege oder keine Rehabilitationsfähigkeit (20,0 %) bzw. unbekannt (30,0 %).

Zur Entlassung wurde abschließend erfasst, in welche Versorgungsform die Kurzzeitpflegegäste überführt wurden. Wie oben bereits beschrieben wurde ein Anteil der Interventions- und Vergleichsfälle in eine geriatrische Rehabilitation (Interventionsfälle: 44,6 %, Vergleichsfälle: 20,8 %) oder in die Häuslichkeit (Interventionsfälle: 31,8 %, Vergleichsfälle: 54,6 %) entlassen (Abbildung 34). Damit wurden insgesamt 76,4 % der Interventionsfälle und 75,4 % der Vergleichsfälle in die avisierten Nachversorgungen entlassen. Bei der Entlassung in eine akutstationäre Versorgung und der Kategorie „Gast ist verstorben“ zeigt sich in beiden Gruppen eine ähnliche Verteilung. In eine Langzeitpflegeeinrichtung wurden 15,5 % der Interventionsfälle und 8,5 % der Vergleichsfälle entlassen.

Abbildung 34: Versorgungsform im Anschluss an die Kurzzeitpflege nach Interventions- und Vergleichsfällen, Angabe in %



Quelle: IGES

Anmerkung: *Orthopädische und neurologische Rehabilitationseinrichtung

Zur Bewertung der Effekte der verschiedenen Interventionen der innovativen poststationären Kurzzeitpflege auf die Versorgungsform nach Entlassung der Gäste wurden logistische Regressionsanalysen durchgeführt. Die Ergebnisparameter umfassten die Entlassung in die Rehabilitation und Häuslichkeit. In beiden Modellen

wurden zusätzlich personenbezogene Merkmale wie Altersgruppe und Geschlecht als Kontrollvariablen berücksichtigt, um deren potenziellen Einfluss auf die Ergebnisse zu berücksichtigen³¹.

Die Ergebnisse der logistischen Regression zeigen, dass drei Faktoren die Wahrscheinlichkeit einer Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung nach der Kurzzeitpflege signifikant beeinflussen (Tabelle 10). Erstens haben Gäste, bei denen bereits bei der Aufnahme ein Rehabilitationspotenzial festgestellt wurde, eine 153-fach höhere Chance auf eine Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung (OR 153,62, $p < 0,001$). Zweitens verbessert eine höhere Anzahl an durchgeführten therapeutischen Maßnahmen die Chance auf eine Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung nach der Kurzzeitpflege - jede zusätzliche therapeutische Intervention erhöht die Wahrscheinlichkeit einer Entlassung in die Rehabilitation um 17,0 % (OR 1,17, $p = 0,025$). Zusätzlich steigert eine geringere Pflegeabhängigkeit des Gastes die Chance auf eine Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung um 2,0 % (OR 1,02, $p = 0,042$).

Die weiteren Merkmale, wie Geschlecht, Dekubitusrisiko bei Entlassung, Versorgungsform vor der Kurzzeitpflege, Anzahl ärztlicher Interventionen und Visiten, therapeutische Maßnahmen, Case Management und multiprofessionelle Teamsitzungen haben im Modell keinen signifikanten Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, in eine Rehabilitationseinrichtung entlassen zu werden.

Zusammenfassend sind insbesondere die bei Entlassung bestehende Ausprägung der Pflegeabhängigkeit, dass bei der Aufnahme festgestellte Rehabilitationspotenzial und die therapeutische Ausrichtung der Kurzzeitpflege signifikante Prädiktoren für eine Entlassung in die Rehabilitation nach der Kurzzeitpflege. Das Regressionsmodell war statistisch signifikant und weist eine sehr gute Erklärungskraft auf (Nagelkerkes $R^2 = 0,702$, $p < 0,001$).

Tabelle 10: Logistische Regression zur Vorhersage der Entlassung in die Rehabilitation

Einflussfaktoren	B	OR	p-Wert	95% KI
Alter				
< 65 Jahre	-1,44	0,24	0,344	0,01 - 4,70
65-74 Jahre	-0,70	0,50	0,400	0,10 - 2,52
75-84 Jahre	-0,28	0,75	0,663	0,21 - 2,73
85-89 Jahre	-0,49	0,61	0,450	0,17 - 2,20
≥ 90 Jahre (<i>Referenz</i>)	-	-	-	-

³¹ Als Kontrollvariablen wurden folgende personenbezogene Merkmale berücksichtigt: Alter, Geschlecht, Aufnahmeanlass, Hauptzuweisungsgrund und Verweildauer. Eine detaillierte Beschreibung dieser Variablen findet sich in Abschnitt 4.1.2.

Einflussfaktoren	B	OR	p-Wert	95% KI
Geschlecht	-0,08	0,92	0,857	0,37 – 2,30
Kognitive Leistungsfähigkeit (GDS)				
Stufe 1	0,55	1,73	0,573	0,26 - 11,55
Stufe 2	0,14	1,15	0,873	0,21 - 6,20
Stufe 3	0,99	2,70	0,237	0,52 - 14,00
Stufe 4	0,98	2,67	0,283	0,44 - 16,09
Stufe 5-7 (Referenz) ^a	-	-	-	-
Aufnahm Anlass	1,16	3,20	0,111	0,77 - 13,37
Hauptzuweisungsgrund (internistisch/chirurgisch bzw. orthopädisch)	-0,58	0,56	0,213	0,23 - 1,40
Rehabilitationspotential bei Aufnahme	5,04	153,62	< 0,001*	48,00 - 491,77
Pflegeabhängigkeit bei Entlassung (Barthel-Index)	0,03	1,03	0,042*	1,0 - 1,05
Dekubitusrisiko bei Entlassung (Braden-Skala)	0,02	1,02	0,439	0,97 - 1,08
Verweildauer	0,05	1,06	0,196	0,97 - 1,15
Versorgungsform ^b	-0,17	0,85	0,855	0,14 - 5,20
Anzahl der ärztlichen Interventionen	-0,31	0,74	0,285	0,42 - 1,29
Anzahl der ärztlichen Visiten	-0,01	0,99	0,973	0,55 - 1,79
Anzahl der therapeutischen Interventionen	0,16	1,17	0,025*	1,02 - 1,35
Interventionen im Case Management	-0,04	0,96	0,607	0,84 - 1,11
Anzahl multiprofessioneller Teamsitzungen	-0,04	0,96	0,872	0,57 - 1,61

Quelle: IGES

Anmerkung: B = Regressionskoeffizient; OR = Odds Ratio; KI = Konfidenzintervall; ^a Stufen 5-7 aufgrund geringer Fallzahlen zusammengefasst; ^b Innovative poststationäre Kurzzeitpflege vs. konventionelle Kurzzeitpflege; *Ergebnisse gelten als statistisch signifikant, wenn der p-Wert < 0,05 ist

Die Ergebnisse der logistischen Regression zur Untersuchung der Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit beeinflussen, dass Gäste nach der Kurzzeitpflege in die Häuslichkeit entlassen werden, sind in Tabelle 11 dargestellt. Das Regressionsmodell war statistisch signifikant und weist eine solide Erklärungskraft auf (Nagelkerkes $R^2 = 0,461$, $p < 0,001$).

Die Analyse zeigt, dass das Rehabilitationspotenzial bei Aufnahme einen hochsignifikanten Einfluss auf die Entlassung in die Häuslichkeit hat. Des Weiteren hat die Pflegeabhängigkeit der Gäste bei Entlassung einen signifikanten Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, in die Häuslichkeit entlassen zu werden. Wie erwartet erhöht eine höhere Selbstständigkeit die Wahrscheinlichkeit der Entlassung in die Häuslichkeit um 3,0 % (OR = 1,03, $p = 0,003$). Auch das Alter der Gäste stellt einen signifikanten Einflussfaktor dar. Im Vergleich zur höchsten Altersgruppe (über 90 Jahre) haben Gäste in allen Altersgruppen unter 90 Jahren eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, in die Häuslichkeit entlassen zu werden.

Andere Faktoren wie Geschlecht, Verweildauer, Hauptzuweisungsgrund, Anzahl der medizinischen Anwendungen und ärztliche Visiten, therapeutischen Interventionen, Case Management und multiprofessionelle Teamsitzungen, hatten im Modell keinen signifikanten Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit der Entlassung in die Häuslichkeit.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Rehabilitationspotenzial bei Aufnahme, das Alter und die Pflegeabhängigkeit bei Entlassung die entscheidenden Faktoren für die Wahrscheinlichkeit der Entlassung in die Häuslichkeit sind.

Tabelle 11: Logistische Regression zur Vorhersage der Entlassung in die Häuslichkeit

Einflussfaktoren	B	OR	p-Wert	95% KI
Alter				
< 65 Jahre	3,53	34,24	0,007*	2,68 - 436,76
65-74 Jahre	1,37	3,95	0,033*	1,12 – 13,89
75-84 Jahre	1,05	2,85	0,044*	1,03 - 7,89
85-89 Jahre	0,58	1,78	0,259	0,66 - 4,83
≥ 90 Jahre (<i>Referenz</i>)	-	-	-	-
Geschlecht	0,21	1,23	0,575	0,60 - 2,53
Kognitive Leistungsfähigkeit (GDS)				
Stufe 1	-0,27	0,76	0,715	0,18 - 3,23
Stufe 2	0,09	1,10	0,890	0,29 - 4,11
Stufe 3	0,25	1,29	0,684	0,38 - 4,38

Einflussfaktoren	B	OR	p-Wert	95% KI
Stufe 4	-0,09	0,92	0,897	0,24 - 3,44
Stufe 5-7 (Referenz) ^a	-	-	-	-
Aufnahm Anlass	0,43	1,53	0,487	0,46 - 5,07
Hauptzuweisungsgrund (internistisch/chirurgisch bzw. orthopädisch)	-0,22	0,81	0,539	0,40 - 1,61
Rehabilitationspotential bei Aufnahme	-2,74	0,07	< 0,001*	0,03 - 0,13
Pflegeabhängigkeit bei Entlassung (Barthel-Index)	0,03	1,03	0,003*	1,01 - 1,04
Dekubitusrisiko bei Entlassung (Braden-Skala)	-0,01	0,99	0,504	0,95 - 1,03
Verweildauer	-0,01	0,99	0,675	0,93 - 1,05
Versorgungsform ^b	-1,17	0,31	0,077	0,09 - 1,13
Anzahl der ärztlichen Interventionen	-0,27	0,76	0,197	0,51 - 1,15
Anzahl der ärztlichen Visiten	0,35	1,43	0,127	0,90 - 2,25
Anzahl der therapeutischen Interventionen	0,01	1,01	0,911	0,90 - 1,13
Interventionen im Case Management	-0,02	0,98	0,764	0,89 - 1,09
Anzahl multiprofessioneller Teamsitzungen	0,06	1,06	0,785	0,69 - 1,64

Quelle: IGES

Anmerkung: B = Regressionskoeffizient; OR = Odds Ratio; KI = Konfidenzintervall; ^a Stufen 5-7 aufgrund geringer Fallzahlen zusammengefasst; ^b Innovative poststationäre Kurzzeitpflege vs. konventionelle Kurzzeitpflege; *Ergebnisse gelten als statistisch signifikant, wenn der p-Wert < 0,05 ist

4.9.3 Veränderungen im Gesundheitsoutcome

Zur Bewertung des Modellvorhabens hinsichtlich der Veränderungen im Gesundheitsoutcome wurden folgende Ergebnisparameter zu Grunde gelegt: Pflegeabhängigkeit (Barthel-Index), Dekubitusrisiko (Braden-Skala), Schmerzintensität und Hautzustand.

4.9.3.1 Pflegeabhängigkeit

Zum Zeitpunkt der Entlassung wurde die Pflegeabhängigkeit (Barthel-Index) in beiden Gruppen als moderat eingeschätzt, wobei die Interventionsfälle im Durchschnitt einen höheren Barthel-Index aufwiesen (Mittelwert 68,4) als die Vergleichsfälle (Mittelwert 56,8). Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen ist statistisch signifikant (p -Wert: $< 0,001$, zweiseitig). Im Vergleich zur Aufnahme zeigte sich bei den Interventionsfällen eine Steigerung des Barthel-Index um 14,4 % (Mittelwert: von 56,8 auf 68,4), während die Vergleichsfälle eine Steigerung um 18,3 % aufwiesen (Mittelwert: von 48,0 auf 56,8). Dies bedeutet, dass in beiden Gruppen die Pflegeabhängigkeit der Gäste bei der Entlassung geringer war als bei der Aufnahme.

Die Regressionsanalyse zur Pflegeabhängigkeit der Gäste zeigte keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Werten bei Aufnahme und Entlassung ($p = 0,188$) (Tabelle 12). Die Wirkung der jeweiligen Versorgungsform auf die Pflegeabhängigkeit variiert jedoch je nach Zeitpunkt der Messung (F-Wert = 4,27, $p = 0,040$, $\eta^2 = 0,014$). Dies bedeutet, dass der Effekt der Versorgungsform zu unterschiedlichen Zeitpunkten unterschiedlich stark war, wobei die Ausprägung der Effektstärke klein ist. Dies bedeutet, dass die Behandlung zu unterschiedlichen Zeitpunkten unterschiedlich stark wirkt. Zusätzlich zeigen sich hochsignifikante Unterschiede zwischen den Interventions- und Vergleichsfällen (F-Wert = 25,86, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,078$). Die Interventionsfälle weisen einen höheren Barthel-Index und damit eine geringere Pflegeabhängigkeit im Vergleich zu den Vergleichsfällen auf ($p < 0,001$; Mittlere Differenz = 12,86, 95 %-CI [7,88, 17,83]). Dieser Unterschied ist signifikant und hat eine mittlere Effektstärke.

Tabelle 12: Ergebnisse der Regressionsanalyse für Pflegeabhängigkeit (Barthel-Index)

Faktor	F-Wert	p-Wert	Effektstärke (η^2)
Vergleich zwischen den Messzeitpunkten			
Zeit (Aufnahme vs. Entlassung)	1,75	0,188	0,006
Interaktion zwischen Zeit und Behandlung			
Zeit * Behandlung (Interventions- vs. Vergleichsfälle)	4,27	0,040*	0,014
Vergleich zwischen den Gruppen			
Interventionsfälle vs. Vergleichsfälle	25,86	$< 0,001^*$	0,078

Quelle: IGES

Anmerkung: *Ergebnisse gelten als statistisch signifikant, wenn der p -Wert $< 0,05$ ist

Die multiple Regressionsanalyse zur Veränderung der Pflegeabhängigkeit ergab, dass die Verweildauer einen signifikant positiven Einfluss hatte (Tabelle 13). Eine

längere Verweildauer war signifikant mit einer Verbesserung der Pflegeabhängigkeit assoziiert ($B = 0,25$, $p = 0,036$). Auch die Durchführung multiprofessioneller Teamsitzungen hatte einen positiven, jedoch schwachen Einfluss – eine höhere Anzahl dieser Sitzungen führte zu einer signifikanten Verringerung der Pflegeabhängigkeit ($B = 1,89$, $p = 0,041$). Die Anzahl der medizinischen Aufwendungen und damit die ärztliche Versorgung in der Kurzzeitpflege zeigte ebenfalls einen signifikanten Einfluss auf die Pflegeabhängigkeit der Gäste ($B = -2,00$, $p = 0,017$). Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Personen mit einer höheren Pflegeabhängigkeit häufiger medizinische Interventionen benötigten. Dies legt nahe, dass ein erhöhter Bedarf an medizinischen Maßnahmen als Indikator für eine generell höhere Pflegeabhängigkeit betrachtet werden kann und unterstreicht die wichtige Rolle der ärztlichen Versorgung in diesem Kontext.

Die Pflegeabhängigkeit zum Zeitpunkt der Aufnahme hatte einen hochsignifikant starken Einfluss auf die Veränderung der Pflegeabhängigkeit während des Aufenthaltes ($B = -0,33$, $p < 0,001$). Eine höhere Pflegeabhängigkeit bei Aufnahme war mit einer geringeren Verbesserung bis zur Entlassung verbunden. Zudem war ein geringeres Dekubitusrisiko zur Aufnahme hochsignifikant mit einer stärkeren Verbesserung der Selbstständigkeit assoziiert ($B = 1,50$, $p < 0,001$). Hinsichtlich der personenbezogenen Merkmale zeigten sich signifikante Unterschiede in Bezug auf die Altersgruppe und den Hauptzuweisungsgrund, wobei die Effekte schwach waren. Verglichen mit der ältesten Altersgruppe (über 90 Jahre) wiesen insbesondere Gäste im Alter von 75-84 Jahren signifikant gestiegene Verbesserungen in ihrer Pflegeabhängigkeit auf ($B = 4,966$, $p = 0,013$). Gäste mit dem Hauptzuweisungsgrund internistische Erkrankungen hatten im Vergleich zu Gästen nach operativer Versorgung signifikant geringere Verbesserungen der Pflegeabhängigkeit ($B = -2,769$, $p = 0,044$).

Im Gegensatz dazu hatten die Versorgungsform (innovative poststationäre Kurzzeitpflege/konventionelle Kurzzeitpflege, $B = 0,39$, $p = 0,884$), das Geschlecht, der Aufnahmeanlass, die Anzahl der ärztlichen Visiten ($B = 1,24$, $p = 0,185$) und therapeutischen Interventionen ($B = 0,22$, $p = 0,378$) sowie Case Management ($B = -0,36$, $p = 0,105$) keinen signifikanten Einfluss auf die Veränderung der Pflegeabhängigkeit.

Zusammengefasst zeigen die Ergebnisse, dass insbesondere die Pflegeabhängigkeit und das Dekubitusrisiko bei Aufnahme, die Anzahl der ärztlichen Interventionen, die Anzahl an multiprofessionellen Teamsitzungen sowie die Verweildauer wesentliche Faktoren für die Veränderung der Pflegeabhängigkeit sind. Das Gesamtmodell zur Veränderung der Pflegeabhängigkeit ist signifikant und leistet 25,6 % an Varianzaufklärung (korrigiertes $R^2 = 0,256$, $p < 0,001$).

Tabelle 13: Multiple Regressionsanalyse zur Veränderung der Pflegeabhängigkeit (Barthel-Index)

Einflussfaktoren	B	SE	β	p-Wert
Alter				

Einflussfaktoren	B	SE	β	p-Wert
< 65 Jahre	2,56	3,82	0,04	0,503
65-74 Jahre	2,36	2,49	0,06	0,342
75-84 Jahre	4,97	1,99	0,19	0,013*
85-89 Jahre	3,21	2,00	0,12	0,109
\geq 90 Jahre (<i>Referenz</i>)	-	-	-	-
Geschlecht	1,37	1,51	0,05	0,364
Aufnahmeanlass	0,77	2,50	0,02	0,758
Hauptzuweisungsgrund (internistisch/chirurgisch bzw. orthopädisch)	-2,77	1,37	-0,11	0,044*
Verweildauer	0,25	0,12	0,19	0,036*
Pflegeabhängigkeit zur Aufnahme (Barthel-Index)	-0,33	0,04	-0,53	< 0,001*
Dekubitusrisiko zur Aufnahme (Braden-Skala)	1,50	0,28	0,37	< 0,001*
Versorgungsform ^a	0,39	2,67	0,02	0,884
Anzahl der ärztlichen Interventionen	-2,00	0,81	-0,37	0,017*
Anzahl der ärztlichen Visiten	1,24	0,93	0,20	0,185
Anzahl der therapeutischen Interventionen	0,22	0,25	0,07	0,378
Interventionen im Case Management	-0,36	0,22	-0,18	0,105
Anzahl multiprofessioneller Teamsitzungen	1,89	0,92	0,25	0,041*

Quelle: IGES

Anmerkung: B = nicht standardisierter Regressionskoeffizient; SE = Standardfehler; β = Standardisierter Regressionskoeffizient; ^a Innovative poststationäre Kurzzeitpflege vs. konventionelle Kurzzeitpflege; *Ergebnisse gelten als statistisch signifikant, wenn der p-Wert < 0,05 ist

4.9.3.2 Dekubitusrisiko

Das Dekubitusrisiko (Braden-Skala) unterschied sich bei Entlassung signifikant zwischen den Interventions- und Vergleichsfällen (p-Wert: 0,006, zweiseitig). Im Durchschnitt wiesen beide Gruppen kein Dekubitusrisiko auf, wobei die Interventionsfälle einen niedrigeren Wert (Mittelwert: 21,0) als die Vergleichsfälle (Mittel-

wert: 23,3) vorwiesen. Im Vergleich zur Aufnahme verringerte sich das Dekubitusrisiko bei den Interventionsfällen um 9,9 % (Mittelwert: von 19,1 auf 21,0), während es bei den Vergleichsfällen um etwa 27,3 % sank (Mittelwert: von 18,3 auf 23,3).

Die Regressionsanalyse zum Dekubitusrisikos der Gäste zeigte eine signifikante Veränderung des Risikos zwischen Aufnahme und Entlassung ($p < 0,001$), wobei die Effektstärke moderat war (Tabelle 14). Darüber hinaus konnte ein signifikanter Unterschied in der zeitlichen Wirkung der Behandlung festgestellt werden ($p = 0,037$), wenngleich die Effektstärke hier eher gering war. Dies deutet darauf hin, dass die Wirkung der Behandlung auf das Dekubitusrisiko je nach Zeitpunkt der Messung variiert, der Gesamteinfluss jedoch relativ gering bleibt. Im direkten Vergleich zwischen Interventions- und Vergleichsgruppen zeigte sich allerdings kein signifikanter Unterschied im Dekubitusrisiko ($p = 0,540$; Mittlere Differenz = 0,374, 95 %-CI [-1,57, 0,82]).

Tabelle 14: Ergebnisse der Regressionsanalyse für Dekubitusrisiko (Braden-Skala)

Faktor	F-Wert	p-Wert	Effektstärke (η^2)
Vergleich zwischen den Messzeitpunkten			
Zeit (Aufnahme vs. Entlassung)	24,07	< 0,001*	0,069
Interaktion zwischen Zeit und Behandlung			
Zeit * Behandlung (Interventions- vs. Vergleichsfälle)	4,39	0,037*	0,013
Vergleich zwischen den Gruppen			
Interventionsfälle vs. Vergleichsfälle	0,37	0,540	0,001

Quelle: IGES

Anmerkung: *Ergebnisse gelten als statistisch signifikant, wenn der p-Wert < 0,05 ist

Die multiple Regressionsanalyse zur Veränderung des Dekubitusrisikos zeigte, dass eine längere Verweildauer signifikant negativ mit der Verbesserung des Dekubitusrisikos assoziiert ist ($B = -0,270$, $p < 0,001$) (Tabelle 15). Dies bedeutet, dass Gäste mit einem längeren Kurzzeitpflegeaufenthalt tendenziell eine geringere Verbesserung ihres Dekubitusrisikos erzielten. Zusätzlich zeigte die Analyse, dass Gäste, die die innovative poststationäre Kurzzeitpflege erhielten, im Vergleich zur konventionellen Versorgung eine signifikant negative Korrelation mit der Veränderung des Dekubitusrisikos aufwiesen ($B = -4,182$, $p = 0,010$). Dies deutet darauf hin, dass die Interventionsfälle während des Aufenthalts geringere Verbesserungen im Braden-Score erzielte als die Vergleichsgruppe, wobei der Effekt schwach ausgeprägt war. Dies zeigte sich bereits bei den deskriptiven Ergebnissen: Während das Dekubitusrisiko bei den Interventionsfällen um 9,9 % sank, zeigte sich bei den Vergleichsfäl-

len eine Reduktion um etwa 27,3 %. Die geringere Verbesserung in der Interventionsgruppe könnte möglicherweise durch die im Durchschnitt höhere Verweildauer als auch mit den überwiegend chirurgisch/orthopädischen Erkrankungen im Vergleich zur Vergleichsgruppe erklärt werden.

Die Faktoren Altersgruppe, Geschlecht, Aufnahmeanlass, Hauptzuweisungsgrund, Pflegeabhängigkeit und Dekubitusrisiko bei Aufnahme sowie die Anzahl der ärztlichen Interventionen und Visiten, therapeutische Interventionen, Interventionen im Case Management und multiprofessionellen Teamsitzungen hatten keinen signifikanten Einfluss auf die Veränderung des Dekubitusrisikos. Es ist jedoch anzumerken, dass der p-Wert für die Anzahl der ärztlichen Interventionen mit 0,059 knapp unter dem typischen Signifikanzniveau von 0,05 liegt und somit nahe an der statistischen Signifikanz ist. Eine höhere Anzahl an ärztlichen Interventionen war also tendenziell mit einer Reduktion des Dekubitusrisikos assoziiert ($B = 0,933$, $p = 0,059$).

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse der Regressionsanalyse, dass die Verweildauer als auch die Versorgungsform signifikante Einflussfaktoren auf die Veränderung des Dekubitusrisikos darstellen. Das Gesamtmodell zur Erklärung der Veränderung des Dekubitusrisikos ist signifikant (korrigiertes $R^2 = 0,082$, $p < 0,001$), weist jedoch eine geringe Erklärungskraft auf, da es lediglich 8,2 % der Varianz erklärt.

Tabelle 15: Multiple Regressionsanalyse zur Veränderung des Dekubitusrisikos (Braden-Skala)

Einflussfaktoren	B	SE	β	p-Wert
Alter				
< 65 Jahre	-2,01	2,28	-0,06	0,377
65-74 Jahre	-0,40	1,54	-0,02	0,796
75-84 Jahre	0,93	1,23	0,06	0,451
85-89 Jahre	1,58	1,23	0,11	0,200
≥ 90 Jahre (<i>Referenz</i>)	-	-	-	-
Geschlecht	0,15	0,92	0,01	0,874
Aufnahmeanlass	-1,10	1,56	-0,05	0,479
Hauptzuweisungsgrund (internistisch/chirurgisch bzw. orthopädisch)	-0,01	0,83	0,00	0,994
Verweildauer	-0,27	0,07	-0,37	< 0,001*
Pflegeabhängigkeit zur Aufnahme (Barthel-Index)	-0,00	0,03	-0,01	0,917
Dekubitusrisiko zur Aufnahme (Braden-Skala)	0,00	0,17	0,00	0,992

Einflussfaktoren	B	SE	β	p-Wert
Versorgungsform ^a	-4,18	1,60	-0,28	0,010*
Anzahl der ärztlichen Interventionen	0,933	0,49	0,31	0,059
Anzahl der ärztlichen Visiten	0,12	0,56	0,04	0,827
Anzahl der therapeutischen Interventionen	0,04	0,14	0,02	0,774
Interventionen im Case Management	0,10	0,14	0,09	0,449
Anzahl multiprofessioneller Teamsitzungen	-0,65	0,56	-0,15	0,248

Quelle: IGES

Anmerkung: B = nicht standardisierter Regressionskoeffizient; SE = Standardfehler; β = standardisierter Regressionskoeffizient; a Innovative poststationäre Kurzzeitpflege vs. konventionelle Kurzzeitpflege; *Ergebnisse gelten als statistisch signifikant, wenn der p-Wert < 0,05 ist

4.9.3.3 Schmerzintensität

Bei der Entlassung zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Schmerzintensität zwischen den Interventions- und Vergleichsfällen (p-Wert: < 0,001, zweiseitig). Die Interventionsfälle wiesen bei Entlassung im Mittel eine geringere Schmerzintensität auf als die Vergleichsfälle (Mittelwert: 0,8 vs. 1,6). Im Vergleich zur Aufnahme zeigte sich bei den Interventionsfällen eine Reduktion der Schmerzintensität um 50,0 % (Mittelwertreduktion: 1,6 zu 0,8) und bei den Vergleichsfällen um 44,8 % (Mittelwertreduktion: 2,9 zu 1,6).

In Bezug auf die Schmerzintensität zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen Aufnahme und Entlassung (p = 0,008) (Tabelle 16). Die signifikante Interaktion zwischen Zeit und Behandlung deutet darauf hin, dass die Wirkung der Behandlung im Zeitverlauf variiert, jedoch bleibt dieser Effekt relativ gering. Im direkten Vergleich zwischen den Gruppen zeigte sich ein deutlicher, hochsignifikanter Unterschied zugunsten der Interventionsgruppe (p < 0,001), mit einem starken Effekt. Die Interventionsfälle weisen eine geringere Schmerzintensität im Vergleich zu den Vergleichsfällen auf (p < 0,001; Mittlere Differenz = -1,18, 95 %-CI [- 1,64, -0,72]).

Tabelle 16: Ergebnisse der Regressionsanalyse für Schmerzintensität (Schmerzskala 0 bis 10)

Faktor	F-Wert	p-Wert	Effektstärke (η^2)
Vergleich zwischen den Messzeitpunkten			
Zeit (Aufnahme vs. Entlassung)	7,13	0,008*	0,024
Interaktion zwischen Zeit und Behandlung			
Zeit * Behandlung (Interventions- vs. Vergleichsfälle)	4,09	0,044*	0,014
Vergleich zwischen den Gruppen			
Interventionsfälle vs. Vergleichsfälle	25,53	< 0,001*	0,80

Quelle: IGES

Anmerkung: *Ergebnisse gelten als statistisch signifikant, wenn der p-Wert < 0,05 ist

Die Regressionsanalyse zur Veränderung der Schmerzintensität zeigte, dass Gäste, die die innovative poststationäre Kurzzeitpflege erhielten, im Vergleich zur konventionellen Versorgung eine signifikante Reduktion der Schmerzintensität aufwiesen ($B = -1,12$, $p = 0,003$). Der Effekt war dabei schwach bis moderat ausgeprägt. Die Anzahl der Interventionen im Case Management hatte einen signifikanten Einfluss auf die Schmerzveränderung ($B = 0,08$, $p = 0,012$). Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Gäste mit einer höheren Schmerzintensität einen höheren Bedarf an Interventionen im Case Management zur Versorgungskoordination aufweisen.

Die Schmerzintensität bei Aufnahme ($B = -0,649$, $p < 0,001$) zeigt einen starken Einfluss auf die Veränderung des Schmerzes. Eine höhere Schmerzintensität bei Aufnahme ist mit einer größeren Schmerzlinderung während des Aufenthalts verbunden. Zusätzlich hat die Verweildauer ebenfalls einen signifikanten Einfluss auf die Schmerzveränderung ($B = -0,035$, $p = 0,039$). Eine längere Verweildauer ist mit einem geringeren Rückgang des Schmerzes verbunden, was darauf hindeutet, dass ein längerer Kurzzeitpflegeaufenthalt möglicherweise nicht proportional zu einer stärkeren Schmerzlinderung führt.

Im Gegensatz dazu hatten Faktoren wie Alter, Geschlecht, Aufnahmeanlass, Hauptzuweisungsgrund, Pflegeabhängigkeit, Dekubitusrisiko sowie die Anzahl der ärztlichen Interventionen und Visiten, therapeutischen Maßnahmen und multiprofessionellen Teamsitzungen keinen signifikanten Einfluss auf die Veränderung der Schmerzintensität.

Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass insbesondere die Schmerzintensität bei Aufnahme, die Versorgungsform, das Case Management und die Verweildauer entscheidende Faktoren für die Veränderung der Schmerzintensität darstellen. Das Gesamtmodell zur Erklärung der Schmerzveränderung ist signifikant und erklärt 51,6 % der Varianz (korrigiertes $R^2 = 0,516$, $p < 0,001$), was auf eine hohe Erklärungskraft hinweist.

Tabelle 17: Multiple Regressionsanalyse zur Veränderung der Schmerzintensität (Schmerzskala 0-10)

Einflussfaktoren	B	SE	β	p-Wert
Alter				
< 65 Jahre	0,40	0,58	0,03	0,491
65-74 Jahre	0,34	0,34	0,06	0,315
75-84 Jahre	0,33	0,27	0,08	0,231
85-89 Jahre	0,39	0,27	0,09	0,154
≥ 90 Jahre (<i>Referenz</i>)	-	-	-	-
Geschlecht	-0,11	0,21	-0,02	0,607
Aufnahmearbeit	0,21	0,36	0,03	0,556
Hauptzuweisungsgrund (internistisch/chirurgisch bzw. orthopädisch)	-0,24	0,20	-0,06	0,238
Verweildauer	-0,04	0,02	-0,16	0,039*
Pflegeabhängigkeit zur Aufnahme (Barthel-Index)	-0,00	0,01	-0,04	0,520
Dekubitusrisiko zur Aufnahme (Braden-Skala)	-0,05	0,04	-0,08	0,198
Schmerzintensität zur Aufnahme	-0,65	0,04	-0,74	< 0,001*
Versorgungsform ^a	-1,12	0,37	-0,25	0,003*
Anzahl der ärztlichen Interventionen	0,01	0,11	0,01	0,950
Anzahl der ärztlichen Visiten	0,07	0,12	0,07	0,552
Anzahl der therapeutischen Interventionen	0,05	0,03	0,1	0,149
Interventionen im Case Management	0,08	0,03	0,24	0,012*
Anzahl multiprofessioneller Teamsitzungen	-0,19	0,13	-0,15	0,137

Quelle: IGES
 Anmerkung: B = nicht standardisierter Regressionskoeffizient; SE = Standardfehler; β = Standardisierter Regressionskoeffizient; ^a Innovative poststationäre Kurzzeitpflege vs. konventionelle Kurzzeitpflege; *Ergebnisse gelten als statistisch signifikant, wenn der p-Wert < 0,05 ist

4.9.3.4 Hautzustand

Weiterhin wurde der Hautzustand vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zur Entlassung bei den Interventions- und Vergleichsfällen erfasst. Der Tabelle 18 ist zu entnehmen, wie oft die verschiedenen Hautdefekte pro Gast während des Kurzzeitpflegeaufenthalts mindestens einmal dokumentiert wurden. Es zeigte sich, dass bei den Interventionsfällen im Vergleich zu den Vergleichsfällen häufiger Operationswunden und -narben (35,2 % zu 8,5 %) sowie Intertrigo (10,3 % zu 3,1 %) auftraten. Hingegen wurde bei den Vergleichsfällen häufiger trockene Haut dokumentiert (23,8 % zu 9,4 %). Die Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich der Hautdefekte: trockene Haut (p-Wert: < 0,001, zweiseitig), Operationswunden/-narben (p-Wert: < 0,001, zweiseitig) und Intertrigo (p-Wert: 0,013, zweiseitig) sind statistisch signifikant.

Tabelle 18: Hautdefekte bei den Interventions- und Vergleichsfällen während des Kurzzeitpflegeaufenthalts, Angaben in %

Hautdefekte	Einrichtung und Fälle		Δ Vergleich- zu Interven- tionsfällen	Signifikanz der Gruppen- unter- schiede ^a
	A, Interventions- fälle (n = 233)	Vergleichsfälle (B + C) (n = 130)		
	%	%	%	
Trockene Haut	9,4	23,8	14,4	p < 0,000*
Dekubitus	9,0	5,4	-3,6	p = 0,214
Inkontinenzassoziierte Dermatitis	0,9	1,5	0,6	p = 0,552
Hauteinrisse/Perga- menthaut	10,7	12,3	1,6	p = 0,649
Intertrigo	10,3	3,1	-7,2	p = 0,013*
Mazerationen	3,4	1,5	-1,9	p = 0,290
Operationswunden/- narben	35,2	8,5	-26,7	p < 0,000*
Chronische Wunden (z. B. Ulcus cruris)	7,7	4,6	-3,1	p = 0,253
Andere Wunden	7,7	8,5	0,7	p = 0,804

Quelle: IGES

Anmerkung: Verwendetes Verfahren für Gruppenvergleiche: Chi-Quadrat-Test; *Ergebnisse gelten als statistisch signifikant, wenn der p-Wert < 0,05 ist; ^a Nachweis, ob der Unterschied statistisch bedeutsam ist oder nur zufällig

4.9.4 Zusammenfassung

Auf Grundlage der vorliegenden Ergebnisse zur Wirksamkeit der innovativen poststationären Kurzzeitpflege im Vergleich zur konventionellen Kurzzeitpflege ergeben sich folgende zentrale Erkenntnisse:

- ◆ Es wurden signifikante Unterschiede in der Pflegeabhängigkeit und Schmerzintensität zwischen den Interventions- und Vergleichsfällen festgestellt, jedoch keine signifikanten Unterschiede im Dekubitusrisiko.
- ◆ Eine geringere Selbstständigkeit war mit einer höheren Pflegeabhängigkeit bei Aufnahme sowie einem höheren Bedarf an ärztlichen Interventionen verbunden. Im Gegensatz dazu war eine Reduktion der Pflegeabhängigkeit mit einer längeren Verweildauer, einem niedrigeren Dekubitusrisiko und einer höheren Anzahl an multiprofessionellen Teamsitzungen assoziiert.
- ◆ Gäste mit längerer Verweildauer und solche, die in der innovativen poststationären Kurzzeitpflege im Vergleich zur konventionellen Kurzzeitpflege versorgt wurden, wiesen tendenziell ein höheres Dekubitusrisiko auf.
- ◆ Die innovative poststationäre Kurzzeitpflege und eine höhere Schmerzintensität bei Aufnahme sind mit einer signifikanten Reduktion der Schmerzintensität verbunden. Eine höhere Schmerzintensität war mit einer längeren Verweildauer und mit einem höheren Bedarf an Interventionen im Case Management assoziiert.
- ◆ 76,4 % der Interventionsfälle und 75,4 % der Vergleichsfälle wurden in die anvisierte Nachversorgung entlassen
- ◆ Gäste mit einem Rehabilitationspotenzial bei Aufnahme haben eine 153-fach höhere Wahrscheinlichkeit, in eine Rehabilitationseinrichtung entlassen zu werden. Zudem erhöht sich die Chance auf eine Entlassung in die Rehabilitation um 17,0 % mit jeder zusätzlichen therapeutischen Maßnahme und bei einer höheren Selbstständigkeit bei Entlassung.
- ◆ Gäste mit höherer Selbstständigkeit bei Entlassung und jüngere Altersgruppe haben eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, in die Häuslichkeit entlassen zu werden.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass die innovative poststationäre Kurzzeitpflege im Vergleich zur konventionellen Kurzzeitpflege Vorteile in Bezug auf die Pflegeabhängigkeit, Schmerzintensität und Entlassung in die Rehabilitation bietet. Case Management, multiprofessionelle Teamsitzungen und die therapeutische Ausrichtung sind dabei wesentliche Einflussfaktoren. Hinsichtlich der Entlassung in

die Rehabilitation und Häuslichkeit sowie des Dekubitusrisikos konnte jedoch kein signifikanter Unterschied in den Modellen nachgewiesen werden.

5. Diskussion und Schlussfolgerungen

Insgesamt wurden im Rahmen der vorliegenden Evaluation $n = 233$ Interventionsfälle und $n = 130$ Vergleichsfälle und in Summe über alle drei Einrichtungen hinweg 6.964 Versorgungstage dokumentiert und analysiert.

Das Ziel des Forschungsvorhabens war die Evaluation einer innovativen poststationären Kurzzeitpflege, die sich durch folgende Merkmale auszeichnete:

- ◆ Koordinierung der Versorgung mittels Case Management (inkl. der Etablierung multiprofessioneller Fallbesprechungen)
- ◆ Regelmäßige Versorgung durch eine Ärztin bzw. einen Arzt mit geriatrischer Qualifikation
- ◆ Versorgungsstruktur angegliedert an eine Rehabilitationseinrichtung.

Die Erkenntnisse der vorliegenden Evaluation bestätigen die Ergebnisse aus vorherigen Forschungsprojekten und offenbart erneut die hohen Aufwände (in der Organisation, Koordination, (Behandlungs-)Pflege, Medizin und Therapie) in der Versorgung von poststationären Kurzzeitpflegegästen. Die Situation der Kurzzeitpflege ist seit längerem Gegenstand wissenschaftlicher Studien und Analysen (u. a. Barmer GEK Pflegereport 2016, 2017, WiDO Pflege-Reporte 2016, 2019, 2021). Nach aktueller verfügbarer Evidenz ist die vorliegende Evaluation die umfassendste Erfassung des Leistungsgeschehens der solitären poststationären Kurzzeitpflege über einen fast 12monatigen Zeitraum. Zur Übertragbarkeit der Ergebnisse kann festgestellt werden, dass die Interventions- als auch Vergleichsfälle hinsichtlich der Verteilung der Pflegegrade mit der Gesamtpopulation der Kurzzeitpflegegäste in Deutschland vergleichbar sind (Statistisches Bundesamt, 2022). Weitere Merkmale können zum Vergleich der Kurzzeitpflegegäste der Statistik nicht entnommen werden.

Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen, dass die koordinierte Versorgung mittels Case Management, multiprofessionellen Fallbesprechungen, regelmäßiger ärztlicher Versorgung und der therapeutischen Ausrichtung einen Einfluss auf das Gesundheitsoutcome der Kurzzeitpflegegäste hat und die therapeutischen Maßnahmen die Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung beeinflussen. Damit konnte erneut aufgezeigt werden, dass „die Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI, aufgrund der vergleichsweise höheren pflegerischen und behandlungspflegerischen Aufwände, eher in solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen oder stationären Pflegeeinrichtungen mit ganzjährig verfügbaren Plätzen z. B. auch mit Anbindung an Rehabilitationseinrichtungen, therapeutischem und ärztlichem Personal sowie mit Case Management erfolgen.“ sollte (Hahnel et al., 2024). Die Unterscheidung von verschiedenen organisatorischen Angebotsformen von Kurzzeitpflegeleistungen, die auch vom Gesetzgeber in § 88a Abs. 1 Satz 2 SGB XI gefordert wird, ist darüber hinaus aus wirtschaftlicher Sicht geboten, da daraus insbesondere unterschiedliche Personalaufwände und unterschiedliche Herausforderungen für die Auslastung entstehen. Darüber hinaus adressiert der zum 01.01.2025 in Kraft tretende Rahmenvertrag Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg die personelle Stärkung und

Flexibilisierung: „Mit einem größeren und kontinuierlicheren Personalbestand für Pflege, Hauswirtschaft und Koordination kann künftig den gestiegenen Anforderungen gerecht werden, die mit der kurzen Verweildauer bei Kurzzeitpflegeaufenthalten einhergehen.“³²

Die Evaluation der innovativen poststationären Kurzzeitpflege diente u. a. der Beantwortung der Forschungsfrage:

„Ist die Koordinierung der Versorgung von Kurzzeitpflegegästen in der solitären Kurzzeitpflege im gesamten Prozess (Aufnahme, Aufenthalt, Entlassung) mittels Case Management (inkl. der Etablierung multiprofessioneller Fallbesprechungen) im Vergleich zu keinem Case Management effektiver?“

Die Analysen zeigen, dass die Implementierung von Case Management zu signifikanten Verbesserungen der gesundheitlichen Ergebnisse geführt hat. So ist beispielsweise eine deutliche Verringerung der Schmerzintensität bei den Interventionsfällen im Vergleich zu den Vergleichsfällen festzustellen ($p < 0,001$; Mittlere Differenz = -1,18, 95 %-CI [- 1,64, -0,72]).

Die Interventionseinrichtung verfügt über ein breites Netzwerk an Kooperationsakteuren, welches auch mit Hilfe der Netzwerkarbeit des Case Management verstetigt werden konnte. Damit können perspektivisch Potenziale von Kooperationen zur Effizienzsteigerung und zur Entlastung des Personals in der Kurzzeitpflege genutzt werden.

Darüber hinaus ließen sich Effekte hinsichtlich der Koordination und Planung identifizieren, welche Einfluss auf die gesundheitlichen Ergebnisse, wie z. B. verbesserte Entlassungsprozesse, sichere Nachsorge, erhöhte Mobilität und Rehabilitationspotenzial haben. Der Case-Management-Prozess umfasst eine umfassende Planung und Organisation des Aufnahmeprozesses, tägliche Interaktionen mit den Gästen und wöchentliche multiprofessionelle Teambesprechungen. Dieser strukturierte Ansatz stellt sicher, dass alle Aspekte der Versorgung des Kurzzeitpflegegastes effektiv gehandhabt werden, was zu besseren Gesundheitsergebnissen und reibungsloseren Übergängen führt.

Die Evaluation diente auch der Beantwortung der Forschungsfragen zu den Effekten einer regelhaften ärztlichen Versorgung:

[1] „Führt die regelhafte Versorgung von Kurzzeitpflegegästen in der solitären Kurzzeitpflege durch eine Ärztin / einen Arzt mit geriatrischer Qualifikation im Vergleich zur Versorgung in solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen ohne regelhafte ärztliche Versorgung zu vorteilhafteren Gesundheitsergebnissen bei den Kurzzeitpflegegästen (u. a. sichere medikamentöse Versorgung, Frequenz der notwendigen Verschreibungen, Hinzuziehen weiterer Akteure der Versorgung)?“

³² <https://www.kvjs.de/service/news/detailansicht/2024/09/pflegeselbstverwaltung-be-schliesst-neue-rahmenvertraege> (Abruf am 30.09.2024)

[2] „Welchen Einfluss hat die regelhafte ärztliche Versorgung auf bspw. Wiedereinweisungsrate in die akutstationäre Versorgung bzw. Frequenz der Inanspruchnahme von Notaufnahmen/hausärztlichen Notdiensten/Notarzteinsätzen bei akuter Lebensgefahr, frühzeitigem Erkennen von gesundheitlichen Bedarfen und Komplikationen, Rehabilitationspotential, Einbindung weiterer Fachgruppen, Verbleib nach der Kurzzeitpflege?“

Zudem wurden Forschungsfragen zu den Auswirkungen der therapeutischen Ausrichtung und der Anbindung an eine Rehabilitationseinrichtung untersucht:

[1] „Wirkt sich eine Versorgungsstruktur angegliedert an eine Rehabilitationseinrichtung vorteilhaft für die rehabilitative Versorgung während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes aus?“

[2] „Wie wirkt diese vernetzte und kooperierende Versorgung auf die Anschlussrehabilitation und das Rehabilitationspotential aus im Vergleich zur solitären Kurzzeitpflege ohne vorhandene Versorgungsstruktur?“

Die dokumentierten Gesundheitsverbesserungen waren in der Interventionsgruppe (55,9 %) signifikant höher als in der Vergleichsgruppe (42,2 %). Dieser Unterschied war statistisch hochsignifikant mit einem p-Wert von weniger als 0,001. Bei den Interventionsfällen gab es weniger Fälle von akuter Gesundheitsverschlechterung (42,9 %) als bei den Vergleichsfällen (54,4 %). Das Vorhandensein einer regelmäßigen medizinischen Versorgung durch eine geriatrisch qualifizierte Ärztin / einen geriatrisch qualifizierten Arzt in Kurzzeitpflegeeinrichtungen zeigte eine geringere Einweisungsrate, auch mit Blick auf die akutstationäre Versorgung. Außerdem gab es in der Interventionsgruppe im Durchschnitt weniger Überweisungsaufträge pro Gast als in der Vergleichsgruppe.

Die Interventionsgruppe hatte eine signifikant höhere Anzahl von Visiten und diagnostischen Anpassungen. Im Durchschnitt gab es 3,1 Besuche pro Gast in der Interventionsgruppe im Vergleich zu 0,6 Besuchen pro Gast in der Vergleichsgruppe, was einem Verhältnis von etwa fünf zu eins entspricht. Außerdem war die Zahl der diagnostischen Anpassungen pro Gast in der Interventionsgruppe etwa zehnmal höher. Bei den Interventionsfällen wurde die Medikation häufiger und rechtzeitig angepasst, was für Kurzzeitpflegegäste mit komplexer Multimorbidität und Polypharmazie entscheidend ist.

Die statistischen Modelle zeigten, dass Kurzzeitpflegegäste, die mehr medizinische Interventionen in Anspruch nahmen auch tendenziell eine geringere Verbesserung ihrer Pflegeabhängigkeit aufwiesen. Der negative Zusammenhang der Anzahl medizinischer Aufwendungen auf die Veränderung der Pflegeabhängigkeit im Modell könnte darauf hindeuten, dass es in der Interventionseinrichtung auch aufgrund der Spezialisierung und Fachlichkeit möglich ist Kurzzeitpflegegäste mit allgemein schlechterem gesundheitlichem Zustand zu versorgen. Denn darüber hinaus zeigte sich ein positiver Effekt der innovativen Kurzzeitpflege hinsichtlich der Pflegeabhängigkeit und Schmerzintensität. Die Interventionsfälle wiesen bei Entlassung eine höhere Selbstständigkeit (gemessen am Barthel-Index) und eine geringere

Schmerzintensität im Vergleich zu den Vergleichsfällen auf. Case Management, multiprofessionelle Teamsitzungen und die therapeutische Ausrichtung sind dabei wesentliche Einflussfaktoren.

Die Interventionsgruppe wies ein höheres Potenzial für eine anschließende Rehabilitation auf: 57,1 % der Fälle wurden bei der Aufnahme für eine Verlegung in eine Rehabilitationseinrichtung in Betracht gezogen, verglichen mit 35,4 % in der Vergleichsgruppe. Dieser Unterschied war statistisch signifikant (p -Wert $< 0,001$).

Im Vergleich zu den Vergleichsfällen, erhielt ein höherer Anteil der Interventionsfälle therapeutische Maßnahmen wie Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie (96,2 %).

Die multiprofessionellen Fallbesprechungen zeigten teilweise deutliche Effekte, bspw. hinsichtlich der positiven Veränderung der Pflegeabhängigkeit der Gäste. Das macht deutlich, dass das Zusammenspiel der unterschiedlichen Komponenten der innovativen Versorgungsform: Einsatz des Case Managements, regelhafte ärztliche Versorgung, Angliederung an eine Rehabilitationseinrichtung und bedarfsgerechte therapeutische Versorgung von besonderer Relevanz ist. Dies könnte auch begründen, dass in den Modellen sich kein statistisch signifikanter Effekt durch die regelhafte ärztliche Versorgung auf das Gesundheitsoutcome zeigte.

Die Implementierung multiprofessioneller Fallbesprechungen verbessert nachweislich die Qualität der Versorgung, indem verschiedene Berufsgruppen (Ärztinnen/Ärzte, Therapeutinnen/Therapeuten, Case Management und Pflegefachpersonen) in die Bewertung und Planung der Versorgung einbezogen werden. Dieser ganzheitliche Ansatz stellt sicher, dass alle Aspekte der Bedarfe und Bedürfnisse des Kurzzeitpflegegastes berücksichtigt werden, was zu besseren Gesundheitsergebnissen und einer besseren Koordination der Versorgung führt. Diese Fallkonferenzen tragen zu einem umfassenden Verständnis der Gesundheitssituation des Kurzzeitpflegegastes bei und ermöglichen eine bessere Planung und Durchführung.

Bei den Vergleichsfällen wurde während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes ebenso eine Verbesserung in den Ergebnisparametern festgestellt. Dies lässt sich möglicherweise durch signifikante Unterschiede in den Charakteristika der Fälle erklären. Während die Gruppen in Bezug auf Geschlecht, Pflegegrad, Dekubitusrisiko (Braden-Skala) und psychisches Wohlbefinden ähnliche Merkmale aufwiesen, gab es signifikante Unterschiede beim Alter, der Pflegeabhängigkeit (Barthel-Index), dem Hautzustand, der kognitiven Leistungsfähigkeit und dem Hauptzuweisungsgrund. Die Interventionsfälle waren signifikant älter, zeigten bei der Aufnahme einen höheren Grad an Selbstständigkeit, hatten einen schlechteren Hautzustand, einen höheren Anteil an kognitiven Beeinträchtigungen sowie häufiger als Hauptzuweisungsgrund nach chirurgischer/orthopädischer operativer Versorgung statt internistischen Erkrankungen. Darüber hinaus hatten die Interventionsfälle eine signifikant längere Verweildauer als die Vergleichsfälle (21,0 vs. 15,9 Tage). Dies könnte auf einen höheren und möglicherweise komplexeren Versorgungsbedarf bei den Interventionsfällen hindeuten.

Darüber hinaus lassen sich die Verbesserungen des Gesundheitsoutcomes der Vergleichsfälle mit dem sogenannten Hawthorne effect (McCambridge et al., 2014) erklären. Personen (in diesem Fall z. B. Pflegefachpersonen) steigern aufgrund der Teilnahme an einem Modellvorhaben ihre Aufmerksamkeit gegenüber einem bestimmten Thema oder verändern systematisch ihr Verhalten. Folglich kann steigendes Interesse zu verbesserten Resultaten führen.

Die Entwicklungen in den Vergleichseinrichtungen während der Projektlaufzeit werden zudem als dem Bedarf entsprechend bewertet – die Versorgung in der poststationären Kurzzeitpflege bedarf der engen Zusammenarbeit von Pflege, Medizin und Therapie. Daher ist es nicht überraschend, dass auch die Vergleichseinrichtungen diese Strukturen geschaffen haben, um die Versorgung sicherzustellen.

Der Bedarf der Kurzzeitpflege allgemein wird in den kommenden Jahren weiter steigen, vor allem dann, wenn die häusliche Versorgung nicht sichergestellt ist. Die poststationäre Kurzzeitpflege dient in diesem Zusammenhang als wichtige Anlaufstelle, um Patientinnen und Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt zu betreuen und eine Rückkehr in die Häuslichkeit zu ermöglichen. Darüber hinaus trägt die poststationäre Kurzzeitpflege mit frührehabitativer Ausrichtung zur Entlastung der akutstationären Versorgung bei, denn die Patientinnen und Patienten können so ihr Rehabilitationspotenzial mit dem Kurzzeitpflegeaufenthalt erreichen. Die vorliegende Evaluation bestätigt eine erhöhte Entlassungsrate der Gäste in eine Rehabilitationseinrichtung im Rahmen der innovativen poststationären Kurzzeitpflege.

Ein von IGES im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit 2019 abgeschlossenes Modellprojekt in der solitären Kurzzeitpflege mit zehn Einrichtungen bundesweit hat gezeigt, dass die Refinanzierung einer zusätzlichen Personalstelle (Pflegefachperson), speziell für Tätigkeiten im Überleitungsmanagement und in der Behandlungspflege pro Einrichtung deutlich zur Entlastung der Mitarbeitenden sowie zur Verbesserung der Arbeitsabläufe beigetragen hat – dies zeigten Mitarbeiterbefragungen (Deckenbach et al., 2019). Auch die befragten Hausärztinnen und -ärzte bescheinigten den Einrichtungen im Zuge dieser Maßnahme Verbesserungen in der pflegerischen Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bessere Rahmenbedingungen, wie höhere Pflegesätze oder Personalschlüssel, per se keine Wirkung entfalten können, wenn auf dem Arbeitsmarkt keine geeigneten Fachpersonen zur Verfügung stehen.

Die vorliegende Evaluation bestätigt den positiven Effekt des Einsatzes einer Case Managerin / eines Case Managers hinsichtlich der Kontinuität der Versorgung als auch Effekte der multiprofessionellen Fallsitzungen auf die Versorgungsqualität sowie auf die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden. Vor allem vor dem Hintergrund des sich verschärfenden Fachkräftemangels, nicht nur in der Pflege, ist es wichtig geeignete Arbeitsorganisationsmodelle zu etablieren, die zur Entlastung, Sicherstellung der Versorgung und Steigerung der Arbeitszufriedenheit beitragen.

Es konnte geschlussfolgert werden, dass das Case Management das Pflegepersonal entlastet, indem es wichtige organisatorische Aufgaben übernimmt, wodurch sich

das Pflegepersonal mehr auf die direkte Patientenversorgung konzentrieren kann. Dies zeigte sich bspw. durch die durchschnittlich höhere Anzahl an behandlungspflegerischen Maßnahmen bei den Interventionsfällen im Vergleich zu den Vergleichsfällen. Dieser strukturierte Ansatz sorgt somit dafür, dass das Pflegepersonal mehr Zeit für die direkte Patientenversorgung aufwenden kann. Die Ergebnisse der Interviews belegen, dass dadurch auch die Arbeitszufriedenheit des Personals gesteigert wird: Die Entlastung durch das Case Management wirkt sich positiv auf die Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals aus. Die strukturierte Koordination und die Gewissheit, dass sich jemand um die Nachsorge und die Kommunikation mit den An- und Zugehörigen kümmert, tragen zu einem besser organisierten und weniger stressigen Arbeitsumfeld bei.

Case Management fördert also die bessere Zusammenarbeit und Vernetzung der verschiedenen an der Patientenversorgung beteiligten Akteure. Die Einrichtung multiprofessioneller Fallbesprechungen führt zu einer verbesserten Zusammenarbeit und einem effizienteren Versorgungsprozess. Dieser kollaborative Ansatz ist entscheidend für die Bewältigung der komplexen Bedürfnisse von Kurzzeitpflegegästen und trägt zu besseren Gesundheitsergebnissen bei.

Die Analyse der Daten des Versorgungsgeschehen zeigte aber auch Entwicklungspotenziale in der Arbeitsorganisation der innovativen poststationären Kurzzeitpflege. Zum Teil scheint es, als wenn sich Aufwände, wie z. B. zur Organisation der Folgeversorgung bei den unterschiedlichen Berufsgruppen doppeln. Dies könnte darauf hinweisen, dass es in der klaren Formulierung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten in der multiprofessionellen Zusammenarbeit noch Entwicklungspotenziale bestehen.

Auch die Analyse der Befragung der Nutzerinnen und Nutzer der Kurzzeitpflege zeigte positive Auswirkungen. Zum einen wurde ein erhöhtes Sicherheitsgefühl aufgrund der Versorgung durch die unterschiedlichen Berufsgruppen wahrgenommen. Die höher frequentierte und frühzeitige ärztliche Versorgung, die höher frequentierte therapeutische Versorgung und die Planung und Koordination der Folgeversorgung durch das Case Management waren dafür wesentliche Einflussfaktoren. Das Wohlbefinden steigerte sich zwar unabhängig der Gruppen, allerdings mit + 16,9 % zu + 11,5 % mehr bei den Interventionsfällen. Zusammenfassend kann aber geschlussfolgert werden, dass eine hohe Zufriedenheit mit dem Aufenthalt in der Kurzzeitpflege unabhängig der Gruppen bestand.

Die Ergebnisse der Evaluation sind wie folgt zusammenzufassen:

- ◆ Die Versorgung in der poststationären Kurzzeitpflege zeigte hohe organisatorische Aufwände bereits vor der Aufnahme (u. a. Organisation und Kommunikation mit einweisenden Institutionen, Überleitungs- und Belegungsmanagement, Klärung der Finanzierung, Organisation der Versorgung).
 - ◆ Beim Case Management zeigten sich die meisten Aufwände aufgrund der Planung der Aufnahme der Kurzzeitpflegegäste, der Beratungsgespräche,
-

der Planung und Organisation der (Folge-)Versorgung sowie Netzwerktätigkeiten und den multiprofessionellen Fallbesprechungen.

- ◆ Die Auswirkungen des Case Management sind zusammenfassend die Verbesserung der koordinierten Versorgung von Aufnahme bis zur Entlassung, die Steigerung der Versorgungsqualität und die Erhöhung der Zufriedenheit des Personals und der Nutzenden.
- ◆ Die durchschnittliche Anzahl der medizinischen Leistungen pro Gast war in der Interventionseinrichtung dreimal so hoch, was auf eine umfassendere medizinische Versorgung hindeutet.
- ◆ Die Auswirkungen der regelhaften ärztlichen Versorgung sind zusammenfassend eine geringere Rate an Einweisungen und Überweisungen (auch in die akutstationäre Versorgung), die Reduktion der Medikation, häufigere gesundheitliche Verbesserungen bei den Kurzzeitpflegegästen, effizientere Versorgungsprozesse durch die Einleitung notwendiger Maßnahmen (u. a. Behandlungspflege) und Therapien.
- ◆ Die therapeutische Ausrichtung und Angliederung an eine Rehabilitationseinrichtung fördert das Rehabilitationspotenzial und den Übergang in eine Anschlussrehabilitation.
- ◆ Die Effekte auf das Gesundheitsoutcome der Kurzzeitpflegegäste der innovativen poststationären Kurzzeitpflege im Vergleich zur konventionellen Kurzzeitpflege sind:
 - geringere Pflegeabhängigkeit,
 - geringere Schmerzintensität,
 - höhere Wahrscheinlichkeit der Entlassung in die Rehabilitation sowie
 - geringere akutstationäre Einweisungen und Reduktion der Medikation.
- ◆ Case Management, multiprofessionelle Teamsitzungen und die therapeutische Ausrichtung sind in den statistischen Modellen die wesentlichen Einflussfaktoren der Intervention.

5.1 Limitationen

Eine Einschränkung der Studie ist die Vergleichbarkeit der Interventions- und Vergleichsfälle. Im Verlauf der Studie zeigte sich, dass zum Teil Interventionen der innovativen poststationären Kurzzeitpflege auch in den Vergleichseinrichtungen umgesetzt wurden. So erhielten die Gäste der Einrichtung B bspw. regelmäßige wöchentliche Physiotherapie und in Einrichtung C wurden während der Studie Kooperationen mit Therapeutinnen und Therapeuten und Hausärztinnen bzw. Ärzten geschlossen. Dies könnte die Effekte der statistischen Modelle verringern und somit die Wirksamkeit der Interventionen unterschätzen.

Bei den Interventionsfällen als auch bei den Vergleichsfällen konnte die kalkulierte Fallzahl nicht vollständig erreicht werden. Dies lag zum einen an personellen Engpässen und zum anderen an Schwierigkeiten bei der Rekrutierung der Vergleichseinrichtungen, die durch die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie noch verschärft wurden.

Um eine hohe Datenvollständigkeit und -qualität der erhobenen Daten zu gewährleisten, wurden alle an der Datenerhebung beteiligten Personen mehrfach zu Beginn geschult. Dennoch wurden Inkonsistenzen in den Daten festgestellt, wie z.B. die Dokumentation von Diagnosen in Einrichtung B. Es zeigte sich zudem, dass die Einrichtungen ein unterschiedliches Verständnis von den zu dokumentierenden und aufgrund der Besonderheiten der innovativen poststationären Kurzzeitpflege zusätzlich notwendigen pflegerischen Gespräche und Anleitungen hatten. So wurden bspw. jegliche Gesprächssituationen und Anleitungen in der Pflege in ihren zeitlichen Aufwänden dokumentiert, was zu teilweise unplausiblen Daten in Einrichtung A führte. Daher wurden diese Variablen in den Regressionsmodellen nicht berücksichtigt. Somit konnte statistisch nicht nachgewiesen werden, ob und inwieweit das Ausmaß der Pflegegespräche und -anleitungen einen Einfluss auf das Gesundheitsoutcome der Kurzzeitpflegegäste und deren Versorgungsform nach der Entlassung hat oder ob das zusätzliche vorhandene Personal (Case Management, Ärztin / Arzt, Therapie) einen (zeitlich) entlastenden Einfluss auf das Pflegepersonal hat.

Anzumerken ist, dass die Einstufung der kognitiven Leistungsfähigkeit in der Interventionseinrichtung durch eine Ärztin / einen Arzt und in den Vergleichseinrichtungen durch Pflegefachpersonen vorgenommen wurde. Dies ist zu einem in der Natur des Projektes begründet, da es in den Vergleichseinrichtungen keine regelhafte ärztliche Versorgung gibt. Da sich im Vergleich der Gruppen Unterschiede in der Verteilung zeigten wurde in den Modellen zum Verbleib der Kurzzeitpflegegäste nach Entlassung die kognitive Leistungsfähigkeit als Kontrollvariable eingeschlossen, um die mögliche Verzerrung zu minimieren und die Güte der Modelle zu steigern.

Bei der Befragung der Nutzenden besteht eine Limitation darin, dass die Mehrzahl der Nutzenden den Fragebogen nicht selbstständig, sondern mit Unterstützung von Mitarbeitenden der Kurzzeitpflegeeinrichtung ausgefüllt hat. Dies könnte dazu geführt haben, dass die Antworten aufgrund des Effekts sozialer Erwünschtheit verzerrt wurden, da die Befragten möglicherweise dazu neigten, positivere oder erwartungskonforme Antworten zu geben, um mögliche negative Reaktionen der Mitarbeitenden zu vermeiden.

6. Anhang

6. Anhang

6.1 Übersicht der Einrichtungsvariablen und Parameter zu Aufwänden vor Aufnahme

Tabelle 19: Einrichtungsvariablen und Aufwände vor Aufnahme

Parameter	Beschreibung der zu erheben Ausprägungen/ Metrik	Messzeitpunkte
Daten auf Einrichtungsebene		
Kapazitäten/Platzzahl	Anzahl der Gesamtplätze [numerisch, 0-999]	einmalig
Ausstattung	Verfügt Ihre Pflegeeinrichtung über eine geschützte Station für die solitäre Kurzzeitpflege? [ja/nein]	einmalig
personelle Ausstattung (Anzahl Vollzeitstellen)	<p>Mehrfachnennung, Angabe der VZÄ³³ [numerisch 0,00-999,00, zwei Dezimalstellen erlaubt]</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ verantwortliche Pflegefachkraft: __:__ VZÄ ◆ Pflegefachpersonen: __:__ VZÄ ◆ Pflegehilfskräfte: __:__ VZÄ ◆ Betreuungskräfte: __:__ VZÄ ◆ Ergo- oder Physiotherapeuten: __:__ VZÄ ◆ Logopäden: __:__ VZÄ ◆ Hauswirtschaftskräfte: __:__ VZÄ ◆ Verwaltungskräfte: __:__ VZÄ ◆ Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter: __:__ VZÄ ◆ Ärztin/Arzt: __:__ VZÄ ◆ Case Management: __:__ VZÄ ◆ Sonstiges: _____ [Freitext] 	einmalig
Kooperationen und Zusammenarbeit	<p>Bestehen Kooperationen mit anderen Einrichtungen/Akteuren der Gesundheitsversorgung? [ja/nein]</p> <p>Wenn ja [Mehrfachauswahl]:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Krankenhaus <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenn ausgewählt: Hat Ihre Einrichtung eine feste Anzahl an Kooperations- bzw. Belegbetten mit 	einmalig

³³ Vollzeitäquivalent

Parameter	Beschreibung der zu erheben Ausprägungen/ Metrik	Messzeitpunkte
	<p style="text-align: center;">einem bzw. mehreren Krankenhäusern in der Region vereinbart? [ja/nein]</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzten ◆ niedergelassenen Fachärztinnen bzw. Fachärzten ◆ Kommune ◆ Pflegekassen ◆ Krankenkassen ◆ Externes Wundmanagement/Wundversorgung ◆ Externe Physiotherapie ◆ Externe Ergotherapie ◆ Externe Logopädie ◆ Externe Psychotherapie ◆ Pflegestützpunkte ◆ Beratungsstellen für (pflegende) An- und Zugehörige ◆ IAV-Stellen ◆ ambulante Pflegedienste ◆ stationäre Pflegeeinrichtungen ◆ Tagespflegeeinrichtungen ◆ Betreute Wohngemeinschaften/Betreutes Wohnen ◆ Einrichtungen der Eingliederungshilfe ◆ SAPV ◆ ambulante Hospizdienste ◆ Hospize ◆ Haushaltsnahe Dienste/Haushaltsreinigung ◆ Krankenhäuser/Fachkliniken (z. B. Sozialdienste/Entlassmanagement) ◆ Reha-Kliniken/-Einrichtungen (z. B. Sozialdienste/Entlassmanagement) ◆ Gerichte ◆ Betreuungsbehörde ◆ Betreuungsvereine ◆ Einrichtungen der Selbsthilfe 	

Parameter	Beschreibung der zu erheben Ausprägungen/ Metrik	Messzeitpunkte
	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Rechtliche Betreuer/innen ◆ Sozialamt/Sozialhilfeträger ◆ Gesundheitsamt ◆ Nachbarschaftshilfen ◆ Beratungs-/Anlaufstellen für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen ◆ Wohnberatung/Wohnraumanpassung ◆ Apotheken ◆ Sanitätshäuser ◆ Andere, und zwar: _____ (alphanumerisch, Freitext Pflicht) <p>Ausgestaltung der Kooperation (jeweils zum ausgewählten Akteur als Folge-Item):</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ mündlich ◆ schriftlich, nicht vertraglich ◆ schriftlich, vertraglich <p>Beteiligen Sie sich an einem bzw. mehreren Versorgungsnetzwerken in Ihrer Region? [ja/nein]</p>	
Digitale Ressourcen und weitere Unterstützung in der Koordinierung	<p>Ist Ihre solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtung auf einer Pflegeüberleitungsplattform registriert? [ja/nein]</p> <p>Wenn ja: nutzen Sie diese?</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ja, regelmäßig ◆ Ja, unregelmäßig ◆ Nein <p>Arbeiten Sie mit einem externen Belegungsmanagement (z. B. mit Unterstützung der Kommune, Pflegestützpunkt)? [ja/nein]</p> <p>Ist ihre Einrichtung an die Telematik-Infrastruktur angegliedert? [ja/nein]</p> <p>Arbeiten Sie mit einer Plattform zur gemeinsamen Datennutzung (auch sektorenübergreifend), z. B. zum besseren und schnelleren Informationsaustausch? [ja/nein]</p>	einmalig
Spezialisierung	<p>Ist Ihre solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtung für einzelne Zielgruppen in der Versorgung spezialisiert? [ja/nein]</p> <p>Wenn ja, für welche? [Mehrfachauswahl]</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Menschen mit Demenz 	einmalig

Parameter	Beschreibung der zu erheben Ausprägungen/ Metrik	Messzeitpunkte
	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen ◆ Menschen mit palliativen Bedarfen, Palliativversorgung ◆ Menschen mit psychischen Erkrankungen einschließlich Suchterkrankungen, wie z. B. Alkohol/Drogen ◆ Menschen mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung/ Verhaltensauffälligkeiten/herausfordernden Verhaltensweisen ◆ Menschen mit körperlicher Behinderung ◆ Menschen mit geistiger Behinderung ◆ Menschen mit besonders hohen pflegerischen Bedarfen (z. B. Wachkoma) ◆ Menschen mit neurodegenerativen Erkrankungen (z. B. MS, Chorea Huntington, Parkinson) ◆ Menschen mit Infektionskrankheiten (COVID 19, MRSA u. ä.) ◆ Menschen mit intensivpflegerischen Bedarfen (mit Beatmung) ◆ Menschen mit Migrationshintergrund und Pflegebedarf ◆ Kinder und Jugendliche mit pflegerischen Bedarfen 	
	<p>Wenn ja, halten Sie ein spezielles Pflege- und/oder Versorgungskonzept vor (jeweils zur Auswahl als Folgetem) [ja/nein]</p> <p>Wenn ja, halten Sie fort- bzw. weitergebildetes Personal für die Zielgruppe vor? (jeweils zur Auswahl als Folgetem) [ja/nein]</p>	

Daten auf Gastebene		
Aufwände vor Aufnahme (Bewohnerverwaltung)		
Koordinierungstätigkeiten und Aufwände vor Aufnahme	Planung und Vorbereitung der Aufnahme [ja/nein] Dauer [hh:mm] – insgesamt geschätzt Wenn ja [Mehrfachauswahl]: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Kommunikation mit einweisenden/überleitenden Institutionen, ◆ Überleitungsmanagement, 	Aufnahme (retrospektiv)

Parameter	Beschreibung der zu erheben Ausprägungen/ Metrik	Messzeitpunkte
	<ul style="list-style-type: none">◆ Klärung der Finanzierung,◆ Belegungsmanagement,◆ Informationen zum Gast an das KZP-Team◆ Organisation einer therapeutischen Versorgung (Physio-, Logo-, Ergotherapie)◆ Organisation einer Hilfsmittelversorgung◆ Vertragsmanagement◆ Unbekannt◆ Anderes, und zwar: _____ [Freitext]	

Quelle: IGES

6.2 Übersicht der versorgungsbezogenen Parameter

Tabelle 20: Parameter und Messzeitpunkte der versorgungsbezogenen Parameter

Parameter	Beschreibung der zu erheben Ausprägungen/ Metrik	Messzeitpunkte
Demographie, Stammdaten		
Altersgruppen	0 - 17 Jahre, 18 - 34 Jahre, 35 - 64 Jahre, 65 - 74 Jahre, 75 - 84 Jahre, 85 - 89 Jahre, 90 Jahre und älter	Aufnahme
Geschlecht	weiblich, männlich, divers	Aufnahme
Pflegegrad	Pflegegrad 1-5, (noch) kein Pflegegrad, Pflegegrad beantragt	Aufnahme, bei Änderung
Übernahme von ...	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Akutstationärer Einrichtung (z. B. Krankenhaus), ◆ Akutstationärer Einrichtung (z. B. aus dem Krankenhaus mit kurzzeitiger Überbrückung in der Häuslichkeit), ◆ Langzeiteinrichtung (auch Pflege-WG), ◆ Häuslichkeit mit und/oder ohne amb. Versorgung ◆ Häuslichkeit, ausschließlich durch pflegende An- und Zugehörige versorgt ◆ Rehabilitationseinrichtung (u. a. zur weiteren Stabilisierung vor der Rückkehr nach Hause oder zur vorübergehenden Versorgung bei geplanter Langzeitpflege) ◆ Unbekannt 	Aufnahme
Aufnahmearbeit [Mehrfachauswahl]	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Anschluss an stationäre Krankenhausbehandlung bei bestehender Pflegebedürftigkeit (§ 42 SGB XI) ◆ Anschluss an ambulante oder stationäre Krankenhausbehandlung oder bei akuter gesundheitlicher Verschlechterung bei fehlender Pflegebedürftigkeit (§ 39c SGB V) ■ Palliativversorgung notwendig [ja/nein] ■ Wenn ja: Wurde der KZP-Gast entsprechend angemeldet [ja/nein/unbekannt] 	Aufnahme
Entlassung in eine ...	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Akutstationäre Einrichtung (Krankenhaus), ◆ stationäre Geriatrische Rehabilitation, 	Entlassung

- ◆ Mobile Geriatrische Rehabilitation,
- ◆ Andere stationäre Rehabilitationseinrichtung, und zwar: _____ [Freitext]
- ◆ Langzeiteinrichtung (auch Pflege-WG),
- ◆ Häuslichkeit mit oder ohne amb. Versorgung,
- ◆ Hospiz oder andere Palliativversorgung (SAPV)
- ◆ Unbekannt
- ◆ Anderes, und zwar: _____ [Freitext]
- ◆ Gast ist verstorben

Medizinische Parameter

(Haupt-) Diagnosen laut Überleitungsbogen/Arztbrief	ICD-10-GM ³⁴ Codes (Oberkategorien), Kodierung nach ICD-10-GM ³⁵ 2023 (10. Revision) [Mehrfachauswahl]	
	<ul style="list-style-type: none"> ◆ A00-B99: Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten ◆ C00-D48: Neubildungen ◆ D50-D90: Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems ◆ E00-E90: Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten ◆ F00-F99: Psychische und Verhaltensstörungen ◆ G00-G99: Krankheiten des Nervensystems ◆ H00-H59: Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde ◆ H60-H95: Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes ◆ I00-I99: Krankheiten des Kreislaufsystems ◆ J00-J99: Krankheiten des Atmungssystems ◆ K00-K93: Krankheiten des Verdauungssystems 	Aufnahme

³⁴ Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, German Modification

³⁵ Die ICD-11 wurde im Mai 2019 verabschiedet. Sie ist am 1. Januar 2022 in Kraft getreten. Jedoch wird die ICD-11 derzeit (2022) noch nicht regelhaft in Deutschland angewendet, da sie zuvor vollständig übersetzt, modifiziert und in bestehende Systeme integriert werden muss.

	<ul style="list-style-type: none"> ◆ L00-L99: Krankheiten der Haut und der Unterhaut ◆ M00-M99: Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes ◆ N00-N99: Krankheiten des Urogenitalsystems ◆ O00-O99: Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ◆ P00-P96: Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben ◆ Q00-Q99: Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien ◆ R00-R99: Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind ◆ S00-T98: Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen ◆ V01-Y84: Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität ◆ Z00-Z99: Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen ◆ U00-U99: Schlüsselnummern für besondere Zwecke ◆ Unbekannt ◆ Anderes, und zwar: _____ [Freitext] 	
Hauptzuweisungsgrund zur Aufnahme	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Internistische Erkrankung(en) ◆ Chirurgisch/orthopädisch (nach operativer Versorgung) ◆ Unbekannt ◆ Anderes, und zwar: _____ [Freitext] 	Aufnahme
Ärztliche Intervention	Gab es heute ärztliche Interventionen zum Gast [ja/nein/unbekannt]	im Verlauf (täglich)
Pflegegrad während des Kurzzeitpflegeaufenthalts	Hat sich der ursprüngliche Pflegegrad geändert [ja/nein/unbekannt] Wenn ja, inwiefern?	im Verlauf (täglich)
(Haupt-) Diagnosen während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes (ärztlich)	Anpassungen notwendig [ja/nein/unbekannt] Wenn ja, welche?	im Verlauf (täglich)

	ICD-10-GM ³⁶ Codes (Oberkategorien), Kodierung nach ICD-10-GM ³⁷ 2023 (10. Revision) [Mehrfachauswahl]	
Medikamente	<p>Vorhanden bei Aufnahme [ja, vollständig/ ja, unvollständig/nein/unbekannt]</p> <p>Verordnung/Anpassung notwendig [ja/nein/unbekannt]</p> <ul style="list-style-type: none"> Anzahl [numerisch 0 – 99, keine Dezimalstelle] <p>notwendige Verordnungen/Anpassungen zur Entlassung [ja/nein/ unbekannt]</p> <ul style="list-style-type: none"> Anzahl [numerisch 0 – 99, keine Dezimalstelle] 	Aufnahme/Entlassung und Veränderung im Verlauf (täglich)
Aufnahmegespräch (ärztlich)	<p>Durchgeführt [ja/nein]</p> <ul style="list-style-type: none"> Mit wem? [KZP-Gast, An- und Zugehörige, informelle Helferinnen/Helfer/Unbekannt] <p>Dauer [hh:mm]</p> <p>Konsequenz:</p> <ul style="list-style-type: none"> Verordnung von Heilmitteln auf Grundlage des Entlassberichts der Klinik Verordnung von Medikamenten auf Grundlage des Entlassberichts der Klinik Spezielle pflegerische Überwachung Spezielle Behandlungspflege Rückverlegung Anderes, und zwar: _____ [Freitext] Keine Maßnahme notwendig Unbekannt 	Aufnahme
Kognitive Leistungsfähigkeit	<p>Nach der Global Deterioration Scale³⁸ (Hardcastle et al., 2019):</p> <ul style="list-style-type: none"> Stufe 1 (keine kognitive Beeinträchtigung): keine subjektiven oder objektiven Gedächtnisdefizite 	Entlassung

³⁶ Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, German Modification

³⁷ Die ICD-11 wurde im Mai 2019 verabschiedet. Sie ist am 1. Januar 2022 in Kraft getreten. Jedoch wird die ICD-11 derzeit (2022) noch nicht regelhaft in Deutschland angewendet, da sie zuvor vollständig übersetzt, modifiziert und in bestehende Systeme integriert werden muss.

³⁸ Um zu beurteilen, ob der KZP-Gast von einer leichten bis schweren Demenz oder einer sehr schweren Demenz betroffen ist, wird die Global Deterioration Scale (GDS) verwendet

- ◆ Stufe 2 (sehr leichte kognitive Beeinträchtigung): Subjektive Beschwerden über Gedächtnisstörungen, aber keine objektive Messung des Gedächtnisdefizits
- ◆ Stufe 3 (leichte kognitive Beeinträchtigung): Die Person erfüllt nun die Kriterien für eine leichte kognitive Beeinträchtigung
- ◆ Stufe 4 (mäßige kognitive Beeinträchtigung): Die Person wird nun als leicht demenz eingestuft. Dies kann sich in einem deutlichen Defizit bei der Konzentration und der Orientierung. Symptome wie Verflachung des Affekts beginnen aufzutreten.
- ◆ Stufe 5 (mittelschwere kognitive Beeinträchtigung): Die Person erfüllt nun die Kriterien für eine mittelschwere Demenz und kann nicht mehr ohne Hilfe funktionieren, kann aber noch selbständig essen.
- ◆ Stufe 6 (schwere kognitive Beeinträchtigung): Die Person erfüllt die Kriterien für eine mittelschwere Demenz. Die Person ist vollständig im Überleben von einer anderen Person abhängig und ist sich im Allgemeinen nicht bewusst über ihre Umgebung, das Jahr, die Jahreszeit usw. Es treten Persönlichkeits- und emotionale Veränderungen auf.
- ◆ Stufe 7 (sehr schwerer kognitiver Verfall) - Die Person ist nun schwer demenz. Die Person hat alle verbalen Fähigkeiten wie die grundlegenden psychomotorischen Fähigkeiten verloren und ist inkontinent.
- ◆ Unbekannt

(Heilmittel-) Verordnungen	Vorliegen bei Aufnahme [ja/nein/unbekannt]	
	Verordnung erstmalig oder zusätzlich notwendig [ja/nein/unbekannt]	
	Wenn ja [Mehrfachauswahl]:	
	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Physiotherapie, ◆ Stimm-, Sprech-, Sprach-, ◆ Schlucktherapie, ◆ Ergotherapie, ◆ Ernährungstherapie, ◆ Podologie ◆ Anderes, und zwar: _____ [Freitext] 	Aufnahme/ Entlassung und Verordnung im Verlauf (täglich)

	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Unbekannt <p>Verordnung von mobilen oder stationären Rehabilitationsbehandlungen [ja/nein/unbekannt]</p> <p>Notwendige Verordnungen zur Entlassung [ja/nein/unbekannt]</p> <p>Wenn ja [Mehrfachauswahl s.o.]</p>	
Überweisungs-, Einweisungs- und Transportaufträge	<p><u>Einweisung</u> in eine andere Versorgungsform [ja/nein/unbekannt]</p> <p>Wenn ja [Mehrfachauswahl]:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Akutstationär ◆ Rehabilitation ◆ Andere, und zwar: _____ [Freitext] ◆ Nein ◆ Unbekannt <p>Grund [Mehrfachauswahl]:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Akute gesundheitliche Verschlechterung ◆ Medizinische Notwendigkeit, da Versorgung des Problems in der KZP nicht möglich ◆ Geplante Überweisung zum Nachversorger ◆ Geplante Überweisung zur ambulanten nachstationären Kontrolle und Behandlung ◆ In Zusammenhang mit der Hauptdiagnose bzw. dem Zuweisungsgrund der Kurzzeitpflege ◆ In Zusammenhang mit einer Begleiterkrankung ◆ Unbekannt ◆ Anderes, und zwar: _____ [Freitext] <p><u>Überweisung</u> notwendig [ja/nein/unbekannt]:</p> <p>Wenn ja [Mehrfachauswahl]:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Niedergelassene Fachärztin/Facharzt (z. B. Zahnärztin/Zahnarzt, Psychiaterin/Psychiater) ◆ ambulante Vorstellungen in der vorbehandelnden Klinik (z. B. Kontrolle der Frakturheilung, Fortsetzung der eingeleiteten Chemotherapie) ◆ Unbekannt ◆ Anderes, und zwar: _____ [Freitext] 	Verlauf (täglich)

	<p>Grund [Mehrfachauswahl]:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Akute gesundheitliche Verschlechterung ◆ Medizinische Notwendigkeit, da Versorgung des Problems in der KZP nicht möglich ◆ Geplante Überweisung zum Nachversorger ◆ Geplante Überweisung zur ambulanten nachstationären Kontrolle und Behandlung ◆ In Zusammenhang mit der Hauptdiagnose bzw. dem Zuweisungsgrund der Kurzzeitpflege ◆ In Zusammenhang mit einer Begleiterkrankung ◆ Unbekannt ◆ Anderes, und zwar: _____ [Freitext] <p><u>Transport</u> [ja/nein/unbekannt]</p>	
<p>Daten zur Veränderung des Gesundheitszustandes</p>	<p>Bestehen Veränderungen [ja/nein/unbekannt]</p> <p>Wenn ja, welche [Mehrfachauswahl]:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Akute gesundheitliche Verschlechterung ◆ Gesundheitliche Verbesserung ◆ KZP-Gast ist verstorben ◆ Unbekannt 	<p>Verlauf (täglich)</p>
<p>Ärztliche Visite</p>	<p>Visite durchgeführt [ja/nein/nein, keine Versorgungsermächtigung für diesen Gast/unbekannt]</p> <p>Wenn ja, Konsequenz</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Anpassen der Medikation ◆ Verordnung von Medikamenten ◆ Überwachungsänderungen ◆ Diagnostische Änderungen ◆ Verordnungen ◆ Konsil ◆ Keine Maßnahme notwendig ◆ Unbekannt ◆ Anderes, und zwar: _____ [Freitext] 	<p>Verlauf (täglich)</p>
<p>Einschätzung Rehabilitationspotenzial</p>	<p>Ziel Verlegung in (geriatrische) Rehabilitation zur Aufnahme? [ja/nein/unbekannt]</p>	<p>Aufnahme/ Entlassung/ Verlauf (täglich)</p>

Wenn ja: Kostenzusage und Aufnahmetermine für Rehabilitation vorliegend? [ja/nein/unbekannt]

Hat sich ein Rehabilitationspotenzial während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes entwickelt? [ja/nein/unbekannt]

- ◆ Wenn Reha beantragt wurde, welche?
 - Stationäre (geriatrische) Rehabilitation
 - mobile (geriatrische) Rehabilitation
 - Unbekannt
 - Anderes, und zwar:
_____ [Freitext]

Ergebnis zur Entlassung des Kurzzeitpflegeaufenthaltes bei bestehendem Ziel zur Verlegung in eine Rehabilitationseinrichtung:

- ◆ Refähigkeit erreicht [ja/nein/unbekannt]
- ◆ Wenn ja:
 - konnte fließend in Reha wechseln
 - kurzzeitige Überbrückung in der Häuslichkeit
 - Verlängerung des Kurzzeitpflegeaufenthaltes zur Überbrückung
 - Verlegung konnte nicht realisiert werden
 - Unbekannt
- ◆ Wenn nein, Grund:
 - Gesundheitliche Verschlechterung
 - Gesundheitliche Verbesserung
 - KZP-Gast ist verstorben
 - Kostenzusage liegt (noch) nicht vor
 - Aufnahmetermine wurden verschoben
 - Anderes, und zwar: [Freitext]
 - Unbekannt

Palliativversorgung

Besteht der Bedarf einer (spezialisierten) Palliativversorgung des KZP-Gastes? [ja/nein/unbekannt]

Wenn ja, Konsequenz:

- ◆ Entscheidung zur Einschränkung der kurativen Behandlungsmaßnahmen
- ◆ Entscheidung zum Verzicht auf kurative Behandlungsmaßnahmen

Verlauf
(täglich)

	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Unbekannt ◆ Anderes, und zwar: _____ [Freitext] 	
Psychiatrische Versorgung	Besteht der Bedarf einer psychiatrischen Versorgung des KZP-Gastes? [ja/nein/unbekannt]	Verlauf (täglich)
Pflegerische Parameter		
Aufnahmegespräch	Durchgeführt [ja/nein] Wenn ja, mit wem? [KZP-Gast, An- und Zugehörige, informelle Helferinnen/Helfer, Unbekannt] Dauer [hh:mm] – insgesamt geschätzt	Aufnahme
Beschaffungsaufwände bei Aufnahme (fehlende Unterlagen, Medikamente etc. bei Aufnahme)	Bestehen Beschaffungsaufwände bei Aufnahme [ja/nein/unbekannt] Wenn ja: Dauer [hh:mm] – insgesamt geschätzt Wenn ja, welche [Mehrfachauswahl]: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Pflegeüberleitungsbogen ◆ Arztbrief/ärztlicher Überleitbogen ◆ Medikationsplan ◆ Medikamente/Salben etc. ◆ Verbandmaterial ◆ Verordnungen ◆ Versichertenkarte ◆ Info zur Finanzierung der KZP ◆ Hilfsmittel ◆ Unbekannt ◆ Anderes, und zwar: _____ [Freitext] Bestehen rückwirkend Beschaffungsaufwände, die bei der Aufnahme noch nicht direkt erkennbar waren [ja/nein] Wenn ja: Dauer [hh:mm] – insgesamt geschätzt Wenn ja, welche [Mehrfachauswahl]: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Pflegeüberleitungsbogen ◆ Arztbrief/ärztlicher Überleitbogen ◆ Medikationsplan ◆ Medikamente/Salben etc. ◆ Verbandmaterial ◆ Verordnungen ◆ Versichertenkarte 	Aufnahme, Verlauf (täglich)

	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Info zur Finanzierung der KZP ◆ Hilfsmittel ◆ Unbekannt ◆ Anderes, und zwar: _____ [Freitext] 	
Beschaffungsaufwände während des KZP-Aufenthaltes ³⁹	<p>Bestehen aufgrund des KZP-Aufenthalts Beschaffungsaufwände [ja/nein]</p> <p>Wenn ja: Dauer [hh:mm] – insgesamt geschätzt</p> <p>Wenn ja, welche [Mehrfachauswahl]:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Medikamente/Salben etc. ◆ Verbandmaterial ◆ Verordnungen ◆ Hilfsmittel ◆ Unbekannt <p>Anderes, und zwar: _____ [Freitext]</p>	Im Verlauf (täglich)
Pflegebedarf/ Veränderung des pflegerischen Zustandes	<p>Einschätzung durch die Pflege [ja/nein/unbekannt]</p> <p>Barthel-Index⁴⁰ (Collin et al., 1988; MAHONEY & Barthel, 1965)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Barthel-Index ausfüllen siehe Instrument (Anhang) <p>Bestehen Veränderungen in Bezug auf den Pflegebedarf? [ja/nein]</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Wenn ja: Barthel-Index ausfüllen siehe Instrument (Anhang) 	Aufnahme/ Entlassung/ Veränderung
Dekubitusrisiko	<p>Bradenskala⁴¹ (Bergstrom, Demuth & Braden, 1987; Bergstrom, Braden et al., 1987)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Bradenskala ausfüllen: siehe Instrument (Anhang) <p>Bestehen Veränderungen in Bezug auf das Dekubitusrisiko [ja/nein]</p>	Aufnahme/ Entlassung/ Veränderung

³⁹ Aufgrund von Verordnungen etc. die vor Aufnahme in die KZP **nicht** bestanden

⁴⁰ Die Bewertung der Pflegeabhängigkeit mittels des Barthel-Index erfolgt anhand von 10 Items: Stuhlkontinenz, Blasenkontinenz, Körperpflege, Toilettengang, Ernährung, Transfer, Mobilität, Anziehen, Treppensteigen und Baden. Die mögliche Gesamtpunktzahl reicht von 0 bis 100, wobei eine niedrigere Punktzahl eine stärkere Pflegeabhängigkeit anzeigt.

⁴¹ Die Braden-Skala dient zur Bewertung des Risikos eines Gastes, einen Dekubitus zu entwickeln. Die Bewertung basiert auf sechs Indikatoren: Sinneswahrnehmung, Feuchtigkeit, Aktivität, Mobilität, Ernährung und Reibungs- und Scherkräfte. Die mögliche Gesamtpunktzahl liegt zwischen 6 und 23, wobei eine niedrigere Punktzahl ein höheres Risiko für die Entwicklung eines Dekubitus anzeigt.

	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Wenn ja: Bradenskala ausfüllen: siehe Instrument (Anhang) 	
Wohlbefinden	<p>Kann das Wohlbefinden anhand des WHO-5-Well-Being Indexes eingeschätzt werden? [Ja, einschätzbar/Nein, nicht einschätzbar/Gast kann keine Stellung beziehen]</p> <p>Wenn ja: Ausfüllen des WHO-5-Well-Being Index⁴² (Allgaier et al., 2013; Topp et al., 2015)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Nur Gäste mit GDS ≤ 3 (nicht kognitiv bzw. leicht kognitiv eingeschränkt), Siehe Instrument (Anhang) <p><i>Zur Information: Einschätzung wird durch Abfrage beim Gast vorgenommen und dann in dem Tool eingetragen</i></p>	Aufnahme/Entlassung
Schmerz	<p>Erhebung der Schmerzintensität anhand der Schmerzskala von 0-10 (via Klick auswählbar)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Schmerzskala: Selbsteinschätzung durch den Gast/Abfrage beim Gast <p>Bestehen Veränderungen in Bezug auf Schmerz [ja/nein]</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Wenn ja: Skala abfragen und im Tool eintragen <p><i>Zur Information: Einschätzung wird durch Abfrage beim Gast vorgenommen und dann in dem Tool eingetragen</i></p>	Aufnahme/Entlassung/Veränderung
Hautzustand	<p>Hautscreening durchgeführt [ja/nein/unbekannt]</p> <p>Wenn ja: Ergebnis [Mehrfachauswahl]:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Haut ist intakt ◆ Bestehende Hautdefekte: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trockene Haut ▪ Dekubitus ▪ Inkontinenzassoziierte Dermatitis ▪ Hauteinrisse/Pergamenthaut ▪ Intertrigo ▪ Mazerationen ▪ Operationswunden und -narben ▪ Chronische Wunden (u. a. Ulcus cruris) 	Aufnahme/Entlassung/Veränderung

⁴² Zur Messung des subjektiven mentalen Wohlbefindens wird der *WHO-Five Well-Being Index* (WHO-5) eingesetzt. Der WHO-5 ist aufgrund seiner Praktikabilität und den guten psychometrischen Eigenschaften eines der am häufigsten eingesetzten Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung des Wohlbefindens. Er besteht aus fünf Items und misst über eine sechsstufige Likert-Skala das psychische Wohlbefinden der zurückliegenden 14 Tage.

- Andere Wunden
- Unbekannt
- ◆ Unbekannt

Bestehen Veränderungen in Bezug auf den Hautzustand [ja/nein]

Wenn ja: Ergebnis:

- ◆ Haut ist intakt
- ◆ Bestehende Hautdefekte:
 - Trockene Haut
 - Dekubitus
 - Inkontinenzassoziierte Dermatitis
 - Hauteinrisse/Pergamenthaut
 - Intertrigo
 - Mazerationen
 - Operationswunden und -narben
 - Chronische Wunden (u. a. Ulcus cruris)
 - Andere Wunden
 - unbekannt

Koordinierungstätigkeiten und Aufwände	Planung und Vorbereitung der Aufnahme [ja/nein/unbekannt]	Aufnahme/Tag 10/ Entlassung
	Dauer [hh:mm] – insgesamt geschätzt	
	Wenn ja [Mehrfachauswahl]:	
	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Kommunikation mit einweisenden/überleitenden Institutionen ◆ Überleitungsmanagement ◆ Organisation der Zimmerbelegung ◆ Informationen zum Gast an das KZP-Team ◆ Organisation einer therapeutischen Versorgung (Physio-, Logo-, Ergotherapie) ◆ Organisation einer Hilfsmittelversorgung ◆ Unbekannt ◆ Anderes, und zwar: _____ [Freitext] 	
	Planung, Absprache und Organisation der Versorgung während des KZP-Aufenthaltes erforderlich [ja/nein/unbekannt]	
	Wenn ja: Dauer [hh:mm] – insgesamt geschätzt	
	Wenn ja [Mehrfachauswahl]:	

-
- ◆ Sicherstellung der Versorgung mit Medikamenten, Verbandsmaterial
 - ◆ Organisation einer therapeutischen Versorgung (Physio-, Logo-, Ergotherapie)
 - ◆ Organisation einer Hilfsmittelversorgung
 - ◆ Unbekannt
 - ◆ Anderes, und zwar: _____[Freitext]

Planung und Organisation der Folgeversorgung erforderlich [ja/nein/unbekannt]

Wenn ja: Wurde die Planung und Organisation bereits abgeschlossen? [ja/nein/unbekannt]

Wenn nein, erneute Abfrage erfolgt an Tag 10 des KZP-Aufenthaltes

Wenn ja: Dauer [hh:mm] – insgesamt geschätzt

Wenn ja, was wurde geplant/organisiert? [Mehrfachauswahl]:

- ◆ Ambulante und stationäre Leistungserbringer (hausärztliche/fachärztliche Versorgung, amb. Pflegedienst, Betreuungsdienste),
- ◆ Organisation einer therapeutischen Versorgung (Physio-, Logo-, Ergotherapie)
- ◆ Organisation einer medikamentösen Versorgung (Apotheken)
- ◆ Ehrenamtliche Unterstützung
- ◆ Hilfsmittelversorgung
- ◆ Wohnraumanpassung
- ◆ Unbekannt
- ◆ Anderes, und zwar: _____[Freitext]

Kann die Folgeversorgung wie geplant umgesetzt werden? [ja/nein/unbekannt]

Wenn nein, was ist der Grund? [Mehrfachauswahl]

- ◆ Gesundheitliche Verschlechterung
 - ◆ Gesundheitliche Verbesserung
 - ◆ KZP-Gast ist verstorben
 - ◆ Keine freien Kapazitäten beim Nachversorger
 - ◆ Unbekannt
 - ◆ Anderes, und zwar: _____[Freitext]
-
-

Behandlungspflege	Behandlungspflegerische Tätigkeiten durchgeführt [ja/nein/unbekannt]	Verlauf (täglich)
	<p>Wenn ja, welche [Mehrfachauswahl]:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Absaugen (z. B. endotracheales Absaugen) ◆ Tracheostomaversorgung ◆ Sauerstoffgabe, Inhalationen ◆ Überwachung/Durchführung von Beatmungen (nicht-invasiv und invasiv), Wechsel von Beatmungssystemen ◆ CPAP (z. B. bei Schlafapnoe), NIV (noninvasive Ventilation) ◆ Ausscheidungsmanagement/Einfuhr-Ausfuhrkontrolle (NICHT: Pflege eines Dauerkatheters und Versorgung eines Stomas) ◆ Pflege eines Dauerkatheters ◆ Versorgung eines Stomas ◆ Medikamenten-/Infusionsmanagement ◆ Portversorgung ◆ Sondenmanagement (u. a. PEG, Drainagen) ◆ Wundversorgung (auch bei Sonden) ◆ Vitalzeichenüberwachung ◆ Kompressionstherapie ◆ Infektionsmanagement ◆ Unbekannt 	
Gespräche	<p><u>Gespräch</u> (auch im Sinne von Information/Beratung) durchgeführt [ja/nein/unbekannt]</p> <p>Mit wem? [KZP-Gast, An- und Zugehörige, informelle Helferinnen/Helfer, unbekannt]</p> <p>Wenn ja, Dauer [hh:mm] – insgesamt geschätzt</p> <p>Wenn ja, Thema [Mehrfachauswahl]:</p>	Aufnahme/Verlauf (täglich)
	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Folgeversorgung ◆ Leistungsansprüche ◆ Entlastung pflegender An- und Zugehöriger ◆ Informationen zu technischer Unterstützung (auch in der Häuslichkeit) ◆ Information zu Selbsthilfegruppen, An- und Zugehörigengruppen, Pflegestützpunkte und weiteren Beratungsstellen (z. B. Gute Pflege Center) 	

	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Information zu Betreuungsdiensten, Volkshochschulen, Ehrenamt (ggf. lokale Plattformen), Tagespflegeeinrichtungen, Angebote nach der UstA-VO (Betreuungsgruppen, Nachbarschaftshilfe) ◆ Gesundheitszustand des Kurzzeitpflegegastes/gesundheitliche Entwicklung während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes ◆ Wohlbefinden des Kurzzeitpflegegastes/Entwicklung des Wohlbefindens während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes ◆ Veränderungen und Entwicklungen der Pflegebedürftigkeit (z. B. Steigerung der Selbstständigkeit während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes) ◆ Information zu pflegerischen Maßnahmen (z. B. Körperpflege, Inkontinenzversorgung, Nahrung anreichern) ◆ Klärung von Fragen zur Entlassplanung ◆ Unbekannt ◆ Anderes, und zwar: _____ [Freitext] 	
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Anleitung des KZP-Gastes	Anleitung durchgeführt [ja/nein/unbekannt] Dauer [hh:mm] – insgesamt geschätzt Thema [Mehrfachauswahl]: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Mobilisation ◆ Prophylaxe (z. B. Pneumonieprophylaxe) ◆ Hilfsmittelnutzung ◆ Körperpflege ◆ Umgang mit Inkontinenzmaterial ◆ Umgang mit Sonden (auch O²-Brille) ◆ Umgang mit Dauerkatheter, Stoma ◆ Unbekannt ◆ Anderes, und zwar: _____ [Freitext] 	Aufnahme/ Verlauf (täglich)
--------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------

Therapeutische Parameter*

Therapiebedarf (Item wird in allen Einrichtungen gestellt)	Liegen bei dem Kurzzeitpflegegast ein therapeutischer Bedarf und eine Verordnung vor? [ja/nein/unbekannt] Wenn ja: Für welche Fachgruppe? [Mehrfachauswahl] <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ergotherapie ◆ Physiotherapie 	Verlauf (täglich)
------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------

- ◆ Stimm-, Sprech-, Sprach-, Schlucktherapie
- ◆ Bedarf ist vorhanden, eine Verordnung liegt jedoch (noch) nicht vor

Zur Information: nur wenn hier mit Ja beantwortet, müssen Daten eingegeben werden. Je nach Auswahl öffnen sich entsprechende Module für die Dateneingaben

Therapeutische Intervention	Gab es heute therapeutische Interventionen zum Gast? [ja/nein/unbekannt]	Verlauf (täglich)
Erstaufnahmegespräch	Durchgeführt [ja/nein/unbekannt] Mit wem? [KZP-Gast, An- und Zugehörige, informelle Helferinnen/Helfer, unbekannt] Dauer [hh:mm] – insgesamt geschätzt	Therapiebeginn
Beratung	Beratung durchgeführt [ja/nein/unbekannt] Mit wem? [KZP-Gast, An- und Zugehörige, informelle Helferinnen/Helfer, unbekannt] Dauer [hh:mm] – insgesamt geschätzt Thema [Mehrfachauswahl]: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ergotherapie ◆ Physiotherapie ◆ Stimm-, Sprech-, Sprach-, Schlucktherapie ◆ Allgemeine Beratung ◆ Unbekannt ◆ Anderes, und zwar: _____ [Freitext] 	Aufnahme/Verlauf (täglich)
Ergotherapie	Therapieziel: <ul style="list-style-type: none"> ◆ _____ [Freitext] ◆ Keine Veränderungen des Therapieziels Maßnahmen [Mehrfachauswahl]: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Motorisch-funktionelle Behandlung ◆ Sensomotorisch-perzeptive Behandlung ◆ Psychisch-funktionelle Behandlung ◆ Hirnleistungstraining und neuropsychologisch orientierte Behandlung Durchgeführt [ja/nein] Ziel erreicht [ja/nein/unbekannt] Wenn nein, Grund [Mehrfachauswahl]: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Gast wurde vorher entlassen/verlegt 	Verlauf (täglich)

	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Enge Begleitung zur Stärkung von Ressourcen konnte nicht gewährleistet werden (non-compliance) ◆ Der Gesundheitszustand hat die Durchführung der Maßnahmen nicht vollumfänglich zugelassen ◆ Gast ist verstorben ◆ Unbekannt 	
Physiotherapie	<p>Therapieziel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ _____[Freitext] ◆ Keine Veränderungen des Therapieziels <p>Maßnahmen [Mehrfachauswahl]:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Krankengymnastik ◆ Manuelle Therapie ◆ Massagen ◆ Thermo-therapie (Kälte und Wärme) bzw. physikalische Therapie ◆ Manuelle Lymphdrainage ◆ Unbekannt ◆ Anderes, und zwar: _____[Freitext] <p>Durchgeführt [ja/nein/unbekannt]</p> <p>Ziel erreicht [ja/nein/unbekannt]</p> <p>Wenn nein, Grund [Mehrfachauswahl]:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Enge Begleitung zur Stärkung von Ressourcen konnte nicht gewährleistet werden (non-compliance) ◆ Der Gesundheitszustand hat die Durchführung der Maßnahmen nicht vollumfänglich zugelassen ◆ Gast wurde vorher entlassen/ verlegt ◆ Gast ist verstorben ◆ Unbekannt 	Verlauf (täglich)
Stimm-, Sprech-, Sprach-, Schlucktherapie	<p>Therapieziel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ _____[Freitext, Zeichen begrenzen] ◆ Keine Veränderung des Therapieziels <p>Maßnahmen [Mehrfachauswahl]:</p>	Verlauf (täglich)

- ◆ Stimmtherapie (Probleme bei der Stimmbildung (Phonation) im Kehlkopf beheben oder mildern)
- ◆ Sprechtherapie (Redeflussstörungen wie Stottern und Poltern, sowie neurologisch bedingte Sprechstörungen (Sprechapraxie, Dysathrie))
- ◆ Sprachtherapie (Erhalt und Ausbildung der Lautsprache)
- ◆ Schlucktherapie (z. B. bei Dysphagie (Schluckstörung), motorische Übungen einzelner Muskelpartien, Massagen, thermische Stimulation sowie Anbahnung von Schluckmanövern über Veränderungen der Körperhaltung beim Essen bis hin zur Kostanpassung) Durchgeführt [ja/nein]

Ziel erreicht [ja/nein/unbekannt]

Wenn nein, Grund [Mehrfachauswahl]:

- ◆ Enge Begleitung zur Stärkung von Ressourcen konnte nicht gewährleistet werden (non-compliance)
- ◆ Der Gesundheitszustand hat die Durchführung der Maßnahmen nicht vollumfänglich zugelassen
- ◆ Gast wurde vorher entlassen/verlegt
- ◆ Gast ist verstorben
- ◆ Unbekannt

Tätigkeiten der Case Managerin* -gastbezogen-

Vorbereitung der Aufnahme	Planung und Vorbereitung der Aufnahme [ja/nein] Dauer [hh:mm] – insgesamt geschätzt Wenn ja [Mehrfachauswahl]: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Kommunikation mit einweisenden/überleitenden Institutionen ◆ Überleitungsmanagement ◆ Klärung der Finanzierung ◆ Belegungsmanagement ◆ Informationen zum Gast an das KZP-Team ◆ Organisation einer therapeutischen Versorgung (Physio-, Logo-, Ergotherapie) ◆ Organisation einer Hilfsmittelversorgung 	Vor Aufnahme (retrospektiv)
---------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Anderes, und zwar: _____ [Freitext] 	
Aufnahmegespräch	<p>Durchgeführt [ja/nein/unbekannt]</p> <p>Mit wem? [KZP-Gast, An- und Zugehörige, informelle Helferinnen/Helfer, unbekannt]</p> <p>Wenn ja: Dauer [hh:mm] – insgesamt geschätzt</p> <p>Wenn ja: Themen [Mehrfachauswahl]:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Einschätzung der Problemlagen ◆ Ziele und Zielvereinbarung/Erwartungen des Kurzzeitpflegegastes und seiner An- und Zugehörigen <u>an den Aufenthalt in der Kurzzeitpflege</u> ◆ Ziele und Zielvereinbarung/Erwartungen des Kurzzeitpflegegastes und seiner An- und Zugehörigen <u>im Hinblick auf die weitere Versorgung nach der Kurzzeitpflege</u> ◆ Unbekannt ◆ Anderes, und zwar: _____ [Freitext] <p>Maßnahmen (Einschätzung und Planung) [Mehrfachauswahl]:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Einschätzung der Ressource/-n ◆ Einschätzung der Bedarfe ◆ Planung der Ziele ◆ Planung der Unterstützung ◆ Unbekannt ◆ Anderes, und zwar: _____ [Freitext] 	Aufnahme
Pflegebedarf/ Veränderung des pflegerischen Zustandes	<p>Barthel-Index⁴³ (Collin et al., 1988; MAHONEY & Barthel, 1965)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Barthel-Index ausfüllen, siehe Instrument (Anhang) <p>Bestehen Veränderungen in Bezug auf den Pflegebedarf? [ja/nein]</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Wenn ja: Barthel-Index ausfüllen, siehe Instrument (Anhang) 	Aufnahme/ Entlassung/ Veränderung
Aufwendungen	Gab es heute Aufwendungen im Case Management [ja/nein/unbekannt]	Verlauf (täglich)

⁴³ Die Bewertung der Pflegeabhängigkeit mittels des Barthel-Index erfolgt anhand von 10 Items: Stuhlkontinenz, Blasenkontinenz, Körperpflege, Toilettengang, Ernährung, Transfer, Mobilität, Anziehen, Treppensteigen und Baden. Die mögliche Gesamtpunktzahl reicht von 0 bis 100, wobei eine niedrigere Punktzahl eine stärkere Pflegeabhängigkeit anzeigt.

Beschaffungsaufwände bei Aufnahme (fehlende Unterlagen, Medikamente etc. bei Aufnahme)	Bestehen Beschaffungsaufwände bei Aufnahme [ja/nein/unbekannt] Wenn ja: Dauer [hh:mm] – insgesamt geschätzt Wenn ja, welche [Mehrfachauswahl]: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Pflegeüberleitungsbogen ◆ Arztbrief/ärztlicher Überleitbogen ◆ Medikationsplan ◆ Medikamente/Salben etc. ◆ Verbandmaterial ◆ Verordnungen ◆ Versichertenkarte ◆ Info zur Finanzierung der KZP ◆ Hilfsmittel ◆ Unbekannt ◆ Anderes, und zwar: _____ [Freitext] 	Aufnahme, Verlauf (täglich)
	Bestehen rückwirkend Beschaffungsaufwände, die bei der Aufnahme noch nicht direkt erkennbar waren [ja/nein] Wenn ja: Dauer [hh:mm] – insgesamt geschätzt Wenn ja, welche [Mehrfachauswahl]: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Pflegeüberleitungsbogen ◆ Arztbrief/ärztlicher Überleitbogen ◆ Medikationsplan ◆ Medikamente/Salben etc. ◆ Verbandmaterial ◆ Verordnungen ◆ Versichertenkarte ◆ Info zur Finanzierung der KZP ◆ Hilfsmittel ◆ Unbekannt ◆ Anderes, und zwar: _____ [Freitext] 	
Beschaffungsaufwände während des KZP-Aufenthaltes ⁴⁴	Bestehen aufgrund des KZP-Aufenthaltes Beschaffungsaufwände [ja/nein/unbekannt] Wenn ja: Dauer [hh:mm] – insgesamt geschätzt Wenn ja, welche [Mehrfachauswahl]:	Verlauf (täglich)

⁴⁴ Aufgrund von Verordnungen etc. die vor Aufnahme in die KZP **nicht** bestanden

	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Medikamente/Salben etc. ◆ Verbandmaterial ◆ Verordnungen ◆ Hilfsmittel ◆ Unbekannt ◆ Anderes, und zwar: _____[Freitext] 	
Durchführung und Evaluation der Maßnahmen, Folgeversorgung	<p>Planung, Absprache und Organisation der Versorgung während des KZP-Aufenthaltes [ja/nein/unbekannt]</p> <p>Wenn ja: Dauer [hh:mm] – insgesamt geschätzt</p> <p>Wenn ja [Mehrfachauswahl]:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Sicherstellung der Versorgung mit Medikamenten, Verbandsmaterial ◆ Organisation einer therapeutischen Versorgung (Physio-, Logo-, Ergotherapie) ◆ Organisation einer Hilfsmittelversorgung ◆ Vermittlung weiterer geeigneter Unterstützungsangebote ◆ Verhandlung mit Leistungsanbietern und Kostenträgern ◆ Überwachung und Überprüfung der zielgerichteten Umsetzung der Maßnahmen <p>Planung und Organisation der Folgeversorgung erforderlich [ja/nein]</p> <p>Wenn ja: Wurde die Planung und Organisation bereits abgeschlossen? [ja/nein]</p> <p>Hat heute die multiprofessionelle Teamsitzung stattgefunden? [ja/nein/unbekannt]</p> <p>Wenn ja, was war das Ergebnis der Sitzung [Mehrfachauswahl]:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ambulante und stationäre Leistungserbringer (hausärztliche/fachärztliche Versorgung, amb. Pflegedienst, Betreuungsdienste) ◆ Organisation einer therapeutischen Versorgung (Physio-, Logo-, Ergotherapie) ◆ Organisation einer medikamentösen Versorgung (Apotheken) ◆ Ehrenamtliche Unterstützung ◆ Hilfsmittelversorgung ◆ Wohnraumanpassung 	Verlauf (täglich)/Entlassung

	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Vermittlung weiterer geeigneter Unterstützungsangebote ◆ Verhandlung mit Leistungsanbietern und Kostenträgern ◆ Überwachung und Überprüfung der zielgerichteten Umsetzung der Maßnahmen ◆ Keine Veränderungen in der Planung ◆ Unbekannt ◆ Anderes, und zwar: _____ [Freitext] 	
Ergebnis des CM	<p>Konnten die Ziele mittels der geplanten Maßnahmen erreicht werden [ja/nein/nein, Gast ist verstorben/unbekannt]</p> <p>Wenn nein: wird das CM über die Entlassung hinweg fortgeführt [ja/nein/nein, Gast ist verstorben/unbekannt]</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Wenn nein: wurde das CM an die weiterversorgenden Akteure (z. B. Pflegestützpunkte) übergeben [ja/nein/unbekannt] ◆ Wenn ja: zu welchen Themen muss die Versorgung auch nach der Entlassung koordiniert werden [Mehrfachauswahl]: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ambulante und stationäre Leistungserbringer (hausärztliche/fachärztliche Versorgung, amb. Pflegedienst, Betreuungsdienste) ▪ Organisation einer therapeutischen Versorgung (Physio-, Logo-, Ergotherapie) ▪ Organisation einer medikamentösen Versorgung (Apotheken) ▪ Ehrenamtliche Unterstützung ▪ Hilfsmittelversorgung ▪ Wohnraumanpassung ▪ Unbekannt ▪ Anderes, und zwar: _____ [Freitext] 	Entlassung
Beratungsgespräche und Themen	<p>Durchgeführt [ja/nein/unbekannt]</p> <p>Mit wem? [KZP-Gast, An- und Zugehörige, informelle Helferinnen/Helfer, unbekannt]</p> <p>Wenn ja: Dauer [hh:mm]</p> <p>Wenn ja, Thema [Mehrfachauswahl]:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Folgeversorgung ◆ Leistungsansprüche 	im Verlauf (täglich)

- ◆ Entlastung pflegender An- und Zugehöriger
- ◆ Informationen zu technischer Unterstützung (auch in der Häuslichkeit)
- ◆ Information zu Selbsthilfegruppen, An- und Zugehörigengruppen, Pflegestützpunkte und weiteren Beratungsstellen (z. B. Gute Pflege Center)
- ◆ Unbekannt
- ◆ Anderes, und zwar: _____ [Freitext]

**Tätigkeiten der Case Managerin*
-übergeordnet-**

Multiprofessionelle Fallbesprechungen	<p>Planung und Organisation der multiprofessionellen Fallbesprechungen [ja/nein]</p> <p>Wenn ja, Dauer [hh:mm] – insgesamt geschätzt</p> <p>Durchführung der multiprofessionellen Fallbesprechungen [ja/nein]</p> <p>Datum: DD/MM/YYYY</p> <p>Wenn ja, Dauer [hh:mm] – insgesamt geschätzt</p>	Verlauf (täglich)
Netzwerk-tätigkeiten/Kooperationen	<p>Durchgeführt [ja/nein]</p> <p>Wenn ja: Dauer [hh:mm] – insgesamt geschätzt</p> <p>Wenn ja, Anlass [Mehrfachauswahl]:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Beteiligung an einem regionalen Versorgungsnetzwerk ◆ Beteiligung an einem regionalen Pflege-netzwerk und/oder –stammtisch ◆ Beteiligung an einer kommunalen Pflege-konferenz ◆ Beteiligung an einer Arbeitsgruppe ◆ Organisation von Kooperationen mit ande-ren Akteuren der Versorgung ◆ Organisation der Zusammenarbeit inner-halb der solitären KZP-Einrichtung ◆ Organisation der Zusammenarbeit außer-halb der solitären KZP-Einrichtung ◆ planerische Vorbereitung und Gestaltung von Netzwerktreffen ◆ Erstellung von Konzepten zur Vernetzung ◆ Beteiligung an Messen/Symposien ◆ (Unterstützung) bei der Bildung von Ar-beitsgruppen 	Verlauf (täglich)

- ◆ Pflege von Kontakten zu anderen Akteuren der Versorgung
- ◆ Herstellen von Kontakten zu anderen Akteuren der Versorgung
- ◆ Unbekannt
- ◆ Anderes, und zwar: _____ [Freitext]

Quelle: IGES

Anmerkung: *nicht in den Vergleichseinrichtungen (ggf. nur Erfassung falls externe Professionen mit an der Versorgung beteiligt werden)

6.3 Barthel-Index

Tabelle 21: Barthel-Index

Item	Ausprägung	Punktzahl
Essen und Trinken	Komplett selbstständig	10
	Mit Hilfe (z. B. bei mundgerechter Vorbereitung)	5
	Nicht möglich	0
Transfer/ Aufsetzen und Umsetzen	Komplett selbstständig	15
	Unter Aufsicht oder geringer Hilfe	10
	Mit erheblicher Hilfe	5
	Nicht möglich	0
Persönliche Pflege/ Sich Waschen	Komplett selbstständig	5
	Nicht möglich	0
Toilettenbenutzung	Komplett selbstständig	10
	Mit Hilfe (z. B. bei Benutzung oder Reinigung)	5
	Nicht möglich	0
Baden/Duschen	Komplett selbstständig	5
	Nicht möglich	0
Aufstehen und Gehen	Komplett selbstständig ohne Aufsicht und personelle Hilfe (min. 50 m ohne Gehwagen)	15
	Teilweise selbstständig ohne Aufsicht und personelle Hilfe (min. 50 m mit Gehwagen)	10
	Mit Hilfe (z. B. Laienhilfe, Gehwagen oder Rollstuhl)	5
	Nicht möglich	0

Item	Ausprägung	Punktzahl
Treppensteigen	Komplett selbstständig ohne Aufsicht und personelle Hilfe (min. ein Stockwerk)	10
	Mit Hilfe (min. ein Stockwerk)	5
	Nicht möglich	0
An- und Auskleiden	Komplett selbstständig	10
	Mit Hilfe (min. den Oberkörper selbstständig)	5
	Nicht möglich	0
Stuhlkontrolle	Gast ist stuhlkontinent	10
	Gast ist teilweise stuhlinkontinent (nicht mehr als 1x/Woche)	5
	Gast ist stuhlinkontinent	0
Harnkontrolle	Gast ist harnkontinent	10
	Gast ist teilweise harninkontinent (nicht mehr als 1x/Tag Einnässen)	5
	Gast ist harninkontinent	0

Quelle: IGES in Anlehnung an Hamburger Einstufungsmanual zum Barthel-Index 2004, Collin et al., 1988; MAHONEY & BARTHEL, 1965

6.4 Bradenskala zur Bewertung des Dekubitusrisikos

Braden-Skala zur Bewertung des Dekubitusrisikos

Übersetzung: Heidi Heinhold; autorisiert durch Barbara Braden

	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte	
sensorisches Wahrnehmungsvermögen Fähigkeit, lagebedingte wie künstliche Reize, z. B. Druck, wahrzunehmen und adäquat zu reagieren	vollständig ausgefallen Keine Reaktion auf Schmerzreize (auch kein Stöhnen, Zucken, Greifen) auf Grund verminderter (nervaler) Wahrnehmungsfähigkeit bis hin zur Bewusstlosigkeit oder Sedierung ODER Missempfindungen/Schmerzen werden über den größten Körperanteil nicht wahrgenommen.	stark eingeschränkt Reaktion nur auf starke Schmerzreize, Missempfindungen können nur über Stöhnen oder Unruhe mitgeteilt werden ODER sensorisches Empfinden stark herabgesetzt. Missempfindungen/Schmerzen werden über die Hälfte des Körpers nicht wahrgenommen.	geringfügig eingeschränkt Reaktion auf Ansprechen, Missempfindungen bzw. das Bedürfnis nach Lage- und Wechsel können nicht immer vermittelt werden ODER sensorisches Empfinden teilweise herabgesetzt. Missempfindungen/Schmerzen werden in ein oder zwei Extremitäten nicht wahrgenommen.	nicht eingeschränkt Reaktion auf Ansprechen, Missempfindungen ODER Schmerzen werden wahrgenommen und können benannt werden.	
Feuchtigkeit Ausmaß, in dem die Haut Feuchtigkeit ausgesetzt ist	ständig feucht Die Haut ist ständig feucht durch Schweiß, Urin usw. Nässe wird bei jedem Bewegung festgestellt.	oft feucht Haut ist oft feucht, aber nicht immer. Bettwäsche muss mindestens einmal pro Schicht gewechselt werden.	manchmal feucht Die Haut ist hin und wieder feucht, die Wäsche muss zusätzlich einmal täglich gewechselt werden.	selten feucht Die Haut ist normalerweise trocken. Wäschewechsel nur routinemäßig.	
Aktivität Grad der körperlichen Aktivität	bettlägerig Das Bett kann nicht verlassen werden.	sitzt auf Kann mit Hilfe etwas laufen. Kann das eigene Gewicht nicht alleine tragen. Braucht Hilfe um aufzusitzen (Bett, Stuhl, Rollstuhl).	Gehen Geht mehrmals am Tag, aber nur kurze Strecken. Teils mit, teils ohne Hilfe. Verbringt die meiste Zeit im Bett/Lehrstuhl/Rollstuhl.	regelmäßiges Gehen Verlässt das Zimmer mindestens zweimal am Tag. Geht tagsüber im Zimmer etwa alle zwei Stunden auf und ab.	
Mobilität Fähigkeit, die Körperposition zu halten und zu verändern	vollständige Immobilität Selbst die geringste Lageänderung des Körpers oder von Extremitäten wird nicht ohne Hilfe durchgeführt.	stark eingeschränkt Eine Lageänderung des Körpers oder von Extremitäten wird hin und wieder selbstständig durchgeführt, aber nicht regelmäßig.	geringfügig eingeschränkt Geringfügige Lageänderungen des Körpers oder der Extremitäten werden regelmäßig und selbstständig durchgeführt.	nicht eingeschränkt Lageänderungen werden regelmäßig und ohne Hilfe durchgeführt.	
Ernährung Allgemeines Ernährungsverhalten	schlechte Ernährung Isst die Portion nie auf. Isst selten mehr als 1/3 jeder Mahlzeit. Isst zwei eiweißhaltige Portionen (Fleisch oder Milchprodukte) oder weniger täglich. Trinkt zu wenig. Trinkt keine Nahrungsergänzungskost ODER nimmt oral keine Kost zu sich ODER nur klare Flüssigkeiten* bzw. l.v. – Substitution mehr als fünf Tage.	wahrscheinlich unzureichende Ernährung Isst selten ganze Mahlzeit auf, in der Regel nur die Hälfte. Die Eiweißzufuhr erfolgt über nur drei Portionen (Milchprodukte, Fleisch) täglich. Hin und wieder wird Ergänzungskost zu sich genommen ODER erhält weniger als die erforderliche Menge Flüssigkeit bzw. Sondenernährung.	ausreichende Ernährung Isst mehr als die Hälfte der meisten Mahlzeiten, mit insgesamt vier eiweißhaltigen Portionen (Milchprodukte, Fleisch) täglich. Lehnt hin und wieder eine Mahlzeit ab, nimmt aber Ergänzungsnahrung an ODER wird über eine Sonde ernährt und erhält so die meisten erforderlichen Nährstoffe.	gute Ernährung Isst alle Mahlzeiten, weist keine zurück. Nimmt normalerweise vier eiweißhaltige Portionen (Milchprodukte, Fleisch) zu sich, manchmal auch eine Zwischenmahlzeit. Braucht keine Nahrungsergänzungskost.	

	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte	
Reibungs- und Scherkräfte	Problem Mäßige bis erhebliche Unterstützung bei jedem Positionswechsel erforderlich. (An-) Heben (z. B. auch in Richtung Kopfende ist nicht möglich, ohne über die Unterlage zu schleifen. Rutscht im Bett oder Stuhl regelmäßig nach unten und muss wieder in die Ausgangsposition gebracht werden. Spastik, Kontraktionen und Unruhe verursachen fast ständige Reibung.	potenzielles Problem Bewegt sich ein wenig und braucht selten Hilfe. Die Haut scheuert während der Bewegung weniger intensiv auf der Unterlage (kann sich selbst ein wenig anheben). Verbleibt relativ lange in der optimalen Position im Bett (Sessel/Rollstuhl/Lehnstuhl). Rutscht nur selten nach unten.	kein feststellbares Problem Bewegt sich unabhängig und ohne Hilfe in Bett und Stuhl. Muskelkraft reicht aus, um sich ohne Reibung anzuheben. Behält optimale Position in Bett oder Stuhl aus eigener Kraft bei.		
Summe:					

* Laut Braden wird in den USA unter „klare Flüssigkeiten“ jede Flüssigkeit verstanden, „durch die man hindurchsehen kann, also auch Bouillon oder Apfelsaft“ (Persönliche Mitteilung vom 15.09.2009: „In the U.S., clear liquids means bouillon – or apple juice – or any liquid you can see through. Even when it contains some nutrition, it is not sufficient.“)

Auswertung:

Bitte addieren Sie die Gesamtsumme des Patienten und werten das Ergebnis nach dem Gefährdungsgrad „kein Risiko“ bis „sehr hohes Risiko“ aus.

- > 18 Punkte = kein Risiko
- 18 bis 15 Punkte = geringes Risiko
- 14 bis 12 Punkte = mittleres Risiko
- 11 bis 9 Punkte = hohes Risiko
- < 9 Punkte = sehr hohes Risiko

6.6 Informationsschreiben und Datenschutz für die Kurzzeitpflegegäste (Einrichtung A)

Informationsschreiben zum Projekt „Evaluation innovativer poststationärer Kurzzeitpflege“ und Datenschutzhinweis

Sehr geehrte Damen und Herren,

auf diesem Informationsblatt finden Sie Einzelheiten zu unserem Projekt sowie Informationen zum Datenschutz. Bitte lesen Sie dieses Informationsblatt aufmerksam durch.

Die Kurzzeitpflege ist ein wichtiges Angebot, um die pflegerische Versorgung in der Häuslichkeit zu erhalten und pflegende An- und Zugehörige zu entlasten. Bad Sebastiansweiler setzt gemeinsam mit dem IGES Institut in Berlin ein Projekt zur Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege nach einem Krankenhausaufenthalt um. Das Projekt wird vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration in Baden-Württemberg gefördert.

Ziel ist es, die Kurzzeitpflege weiterzuentwickeln und auszubauen, um einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung sowie der Situation pflegebedürftiger Menschen und ihrer An- und Zugehörigen zu leisten.

Um dieses Ziel zu erreichen, werden in Kurzzeitpflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg Daten gesammelt. Im Fokus stehen dabei Daten zur Versorgung in der Kurzzeitpflegeeinrichtung sowie zum Gesundheitszustand (zum Beispiel: Hauptdiagnosen, Pflegebedarf, Wohlbefinden, Schmerz) der Kurzzeitpflegegäste. Zum Beispiel werden Mitarbeitende der Einrichtung Sie regulär nach Ihrem Schmerz oder Wohlbefinden befragen. Es finden zu keinem Zeitpunkt zusätzliche Maßnahmen statt. Es wird ausschließlich über die gesamte Stichprobe der Datenerhebung ausgewertet, sodass die Ergebnisse bzw. Berichterstattung zu keinem Zeitpunkt einen Personenbezug zulassen. Bei Fragen dazu, können Sie auch gern die Mitarbeitenden der Kurzzeitpflegeeinrichtung ansprechen.

Der Schutz Ihrer Daten bei der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ist uns ein wichtiges Anliegen. Ihre Teilnahme an der Datenerhebung ist freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Mitwirkung an der Datenerhebung ohne Angabe von Gründen abzulehnen. Es sind keine negativen Konsequenzen mit Ihrem Aufenthalt in der Kurzzeitpflege verbunden, wenn Sie der Datenerhebung widersprechen. Hinweise zum Datenschutz entnehmen sie bitte der Rückseite dieses Schreibens.

Wir danken Ihnen vielmals für Ihre Unterstützung.

Bei Fragen können Sie sich gerne an Frau Deutsch oder das Pflegepersonal wenden.

Frau Deutsch erreichen Sie unter:

Tel. 07473 3783-424

E-Mail: bewohnerverwaltung@bad-sebastiansweiler.de

Datenschutzhinweis

Dieser Datenschutzhinweis gibt Auskunft darüber, welche Daten erhoben und in welcher Weise genutzt werden.

Verantwortlicher

Für die Datenerhebung ist Bad Sebastiansweiler GmbH, Hechinger Str. 26, 72116 Mössingen verantwortlich. Die verantwortliche Stelle erreichen Sie unter folgenden Kontaktdaten:

Tel. 07473 / 3783-0

E-Mail: info@bad-sebastiansweiler.de

www.bad-sebastiansweiler.de

Daten der Datenerhebung

Im Rahmen der Datenerhebung werden grundsätzlich nur Daten erfasst, die für das Forschungsvorhaben zur Evaluation innovativer poststationärer Kurzzeitpflege notwendig sind. Demografische Daten zu den Kurzzeitpflegegästen, wie Geschlecht, Altersgruppe, Pflegegrad und Gesundheitszustand dienen lediglich der deskriptiven und vergleichenden Beschreibung der Stichproben der beteiligten Kurzzeitpflegeeinrichtungen und werden ausschließlich über die gesamten Stichproben berichtet.

Die Teilnahme an den Datenerhebungen erfolgt freiwillig.

Die Verarbeitung der Daten erfolgt durch die IGES Institut GmbH. Die Daten werden weder an den Auftraggeber (Bad Sebastiansweiler) oder andere Institutionen oder Personen weitergegeben. Die Ergebnisse bzw. Berichterstattung lassen zu keinem Zeitpunkt einen Personenbezug zu. Es wird ausschließlich über die gesamte Stichprobe der Datenerhebung ausgewertet.

Es sind keine negativen Konsequenzen mit einer Nichtteilnahme an der Datenerhebung verbunden.

Einsatz von Dienstleistern/Verarbeitung von Daten in Ländern außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums

Im Rahmen dieses Forschungsvorhabens ist der Einsatz von externen Dienstleistern oder eine Verarbeitung von Daten in Ländern außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums nicht vorgesehen.

Betroffenenrechte

Sie haben das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten. Sie können sich für eine Auskunft jederzeit an uns wenden. Bei einer Auskunftsanfrage, die nicht schriftlich erfolgt, bitten wir um Verständnis dafür, dass wir ggf. Nachweise von Ihnen verlangen, die belegen, dass Sie die Person sind, für die Sie sich ausgeben. Ferner haben Sie ein Recht auf Berichtigung oder Löschung oder auf Einschränkung der Verarbeitung, soweit Ihnen dies gesetzlich zusteht. Schließlich haben Sie ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben. Ein Recht auf Datenübertragbarkeit besteht ebenfalls im Rahmen der datenschutzrechtlichen Vorgaben.

Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde

Sie haben das Recht, sich über die Verarbeitung personenbezogener Daten durch uns bei einer Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren. Die Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde kann formlos erfolgen:

Der Beauftragte für den Datenschutz der EKD

Außenstelle Ulm

Hafenbad 22

89073 Ulm

Tel.: (0731) 140593-0

Telefax: (0731) 140593-20

E-Mail: sued@datenschutz.ekd.de

6.7 Interviewleitfaden

Einleitung

Bitte stellen Sie sich einmal kurz vor und beschreiben Sie bitte kurz Ihren Werdegang bis zur Beschäftigung in der Kurzzeitpflege.

- a) **Welchen Erfahrungshintergrund bringen Sie in die Kurzzeitpflege mit?**
- b) **Wie sind Sie zur Kurzzeitpflege gekommen? Oder**

Welche Umstände führten zu Ihrer beruflichen Orientierung in der Kurzzeitpflege?

(Hinweis für Interviewteilnehmende: persönliche Daten werden nicht in die Auswertung einbezogen, sie dienen lediglich dazu, im Interview bei einzelnen Fragen darauf Bezug nehmen zu können)

Arbeitsorganisation

Arbeitsorganisation ist ein großes Feld, das hier nicht vollumfänglich abgebildet werden kann/soll. Im Fokus des Interesses steht die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, wie beispielsweise Haus- und Fachärztinnen und –ärzten oder therapeutischem Personal (Physio-, Logo-, Ergotherapie).

- a) **Beschreiben Sie doch einmal anhand eines spezifischen Versorgungsfalls, der Ihnen besonders in Erinnerung geblieben ist, wie die Versorgung in Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Berufsgruppen organisiert wurde.**

(Art der Arbeitsaufgaben, Aufgabenteilung zwischen Personal und Betriebsmitteln, Arbeitsform, Arbeitszeit)

- b) **Was trägt aus Ihrer Sicht dazu bei, dass die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen gut funktioniert?**

(strukturierte Besprechungen, Regelungen zur Zusammenarbeit mit anderen Professionen intern/extern, Telefonate, Rezepte, digitale Dokumente, andere Austauschformate usw.)

- c) **Auf welche Herausforderungen treffen Sie in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen?**

(Erreichbarkeit, Entscheidungen, Entscheidungsträger, Transparenz von Prozessen, Kommunikation, Kommunikationsmittel, digitale Formate für den Austausch, Rollenverteilung, Wertschätzung, Vereinbarungen usw.)

- d) **Welche Arbeitsbelastungen entstehen Ihnen dadurch?**

(zeitliche Aufwände für Koordination, Telefonate, Besorgen von Medikamenten, Unterlagen, Rezepten, Hilfsmitteln usw.)

- e) **Was sollte in diesem Zusammenhang aus Ihrer Sicht verändert werden?**
-

(klare Aufgabenteilung, Transparenz in der Kommunikation, Regelungen zur Zusammenarbeit, geregelte Abläufe zur Zusammenarbeit, feste Erreichbarkeiten externer Professionen, Koordination des Versorgungsprozesses, Unterstützung anderer Professionen usw.)

Arbeitszufriedenheit

Arbeitszufriedenheit lässt sich auf verschiedenen Ebenen abbilden. Im Fokus des Interesses steht die Zusammenarbeit im Team und externen Akteuren.

- a) Wie zufrieden sind Sie in der Ausübung Ihrer beruflichen Tätigkeit im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen?**

(Aspekte der Zufriedenheit: Arbeitsaufgaben, Rahmenbedingungen der Arbeit, Entwicklungsmöglichkeiten, Vorgesetzte, Kollegen, externe Professionen, KZP-Gäste usw.)

- b) Welche Faktoren beeinflussen Ihre Zufriedenheit in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen?**

(erlebte Ent- bzw. Belastungen mit strukturellen/organisationalen Veränderungen u. a. durch Einführung der modellhaften Strukturen in Einrichtung A usw.)

- c) Welche strukturellen/organisatorischen Faktoren, wie z. B. die Übernahme von Aufgaben durch eine zentrale Koordination oder die Erreichbarkeit externer Berufsgruppen könnten in der Zusammenarbeit im Team und mit anderen Berufsgruppen zu einer Steigerung Ihrer Arbeitszufriedenheit beitragen?**

(Steuerung/Koordination durch CM, Konzentration auf wesentliche berufliche Aufgaben, „mehr Zeit für Pflege“, am Prozess beteiligte Berufsgruppen vor Ort, Digitalisierung, Austauschformate usw.)

- d) Effekte von multiprofessioneller Zusammenarbeit auf die Versorgung der Kurzzeitpflegegäste**

Nun geht es darum, welche Aspekte einer multiprofessionellen Zusammenarbeit zu einer Veränderung der Versorgungsqualität beitragen können.

- e) Nur Vergleichseinrichtung: Welchen Einfluss könnte, Ihrer Ansicht nach, eine multiprofessionelle Zusammenarbeit in der Kurzzeitpflegeeinrichtung auf die Versorgungsqualität insgesamt haben?**

(i. S. der Prozessqualität, Wege, Abstimmung, Entscheidungen, Umsetzung von Entscheidungen, Koordination von Leistungen, Veränderungen in der Versorgungsqualität, Zufriedenheit, schnellere Entscheidungen usw.)

- f) Nur Bad Sebastiansweiler: Welchen Einfluss wird, Ihrer Ansicht nach, die multiprofessionelle Zusammenarbeit in der Kurzzeitpflegeeinrichtung auf die Versorgungsqualität insgesamt haben?**

(i. S. der Prozessqualität, Wege, Abstimmung, Entscheidungen, Umsetzung von Entscheidungen, Koordination von Leistungen, Veränderungen in der Versorgungsqualität, Zufriedenheit, schnellere Entscheidungen usw.)

- g) Welche Auswirkungen könnte die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen auf die Gesundheit und/oder Zufriedenheit der Kurzzeitpflegegäste im Resultat haben?**

(i. S. der Ergebnisqualität, Zugang zu Gesundheitsleistungen, Wartezeiten auf medizinische, therapeutische Versorgung, Absprachen, Klarheit der Planung, Sicherheit, Transparenz, Zufriedenheit, Verbleib in der Häuslichkeit, Rehabilitationsfähigkeit usw.)

Abschluss

Gibt es aus Ihrer Sicht noch etwas, was ich vergessen habe bzw. was Sie als besonders wichtig in Bezug auf das Thema finden und mir noch mitteilen möchten?

Vielen herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft zur Durchführung des Interviews und für Ihre Zeit.

Wenn Sie im Nachgang zum Gespräch noch Fragen haben, können Sie sich gerne jederzeit melden. Die Kontaktdaten finden Sie auf Ihrer Einwilligungserklärung zur Teilnahme am Interview.

Wir wünschen Ihnen alles Gute!

6.8 Information, Datenschutz und Fragebogen der Nutzerinnen und Nutzer⁴⁵

Sehr geehrte Damen und Herren,

Die Kurzzeitpflege ist ein wichtiges Angebot, um die pflegerische Versorgung in der Häuslichkeit zu erhalten und pflegende An- und Zugehörige zu entlasten. Bad Sebastiansweiler setzt gemeinsam mit dem IGES Institut in Berlin ein Projekt zur Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege nach einem Krankenhausaufenthalt um. Im Rahmen des Projekts werden in Kurzzeitpflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg Daten erhoben.

Die Erfassung Ihrer persönlichen Erfahrungen, Ihres Wohlbefindens und Ihrer Zufriedenheit während des Aufenthaltes in der Kurzzeitpflege ist bei dem Vorhaben von besonderer Bedeutung. **Daher möchten wir Sie herzlich dazu einladen, an unserer Befragung teilzunehmen.**

Die Beantwortung des Fragebogens wird **etwa 15 Minuten** in Anspruch nehmen. Gehen Sie bitte den ganzen Fragebogen bis zum Ende durch.

Ihre Teilnahme an der Befragung ist **freiwillig**. Die Befragung findet **anonym** statt. Es ist kein Rückschluss auf Ihre Person möglich. Ihre Antworten werden anonym und gemäß den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen ausgewertet – genauere Hinweise zum Datenschutz finden Sie auf der Rückseite dieses Informationsschreibens.

Wir freuen uns, wenn Sie mit der Teilnahme einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege leisten.

Bitte füllen sie den Fragebogen 1-2 Tage vor Ihrer geplanten Entlassung aus und übergeben Sie den ausgefüllten Fragebogen **bis spätestens 14.04.2023** dem Pflegepersonal.

Bitte beachten Sie: Der Fragebogen richtet sich an die **pflegebedürftige Person** selbst oder **eine An- und Zugehörige bzw. einen An- und Zugehörigen**. Die pflegebedürftige Person kann den Fragebogen alleine oder gemeinsam mit einer anderen Person ausfüllen bzw. ihn komplett von einer anderen Person ausfüllen lassen.

IGES Institut GmbH

Projekt Evaluation innovativer poststationärer Kurzzeitpflege

Friedrichstraße 180

D-10117 Berlin

Bei Fragen erreichen Sie uns unter:

Tel: 030 230 809 549 [Mo-Fr 9 bis 14 Uhr]

Fax: 030 230 809 11

E-Mail: nina.lingott@iges.com

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Dr. Elisabeth Hahnel vom IGES Institut

[stellv. Bereichsleitung, Projektverantwortliche]

⁴⁵ Schriftgröße ist im Originalbogen aufgrund der Zielgruppe 12pt

Datenschutzhinweis

Dieser Datenschutzhinweis gibt Auskunft darüber, welche Daten erhoben und in welcher Weise genutzt werden. Es sind keine negativen Konsequenzen mit einer Nichtteilnahme an der Befragung verbunden.

Verantwortlicher

Für die Datenverarbeitung ist die IGES Institut GmbH, Friedrichstraße 180, 10117 Berlin verantwortlich.

Daten der Befragung

Im Rahmen der Befragung erfasst die IGES Institut GmbH grundsätzlich nur Daten, die für das Forschungsvorhaben zur Evaluation innovativer poststationärer Kurzzeitpflege notwendig sind. Daten zu Ihrer Altersgruppe oder Pflegegrad dienen lediglich der deskriptiven Beschreibung der Stichprobe.

Die Teilnahme an der Befragung erfolgt freiwillig.

Die Verarbeitung der Daten erfolgt durch die IGES Institut GmbH nach postalischem Versand der Fragebögen ohne Angabe Ihrer Adressdaten an die IGES Institut GmbH. Die Daten werden weder an den Auftraggeber (Bad Sebastiansweiler) oder andere Institutionen oder Personen weitergegeben. Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgt anonymisiert. Ein Rückschluss auf einzelne Kurzzeitpflegegäste ist im Rahmen der Datenverarbeitung nicht möglich. Es findet zu keinem Zeitpunkt eine personenbezogene Auswertung statt, es wird ausschließlich über die gesamte Stichprobe der Datenerhebung ausgewertet.

Einsatz von Dienstleistern/Verarbeitung von Daten in Ländern außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums

Im Rahmen dieses Forschungsvorhabens ist der Einsatz von externen Dienstleistern oder eine Verarbeitung von Daten in Ländern außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums nicht vorgesehen.

Betroffenenrechte

Die Befragung ist anonym und enthält keine personbezogenen Daten. Eine Berichtigung, Sperrung oder Löschung der Daten ist auf Anforderung bei der IGES Institut GmbH aufgrund der anonymen Speicherung und Verarbeitung nicht möglich.

Sollten Sie Fragen zu diesem Datenschutzhinweis haben, können Sie sich unter der E-Mailadresse datenschutz@iges.com an den Datenschutzbeauftragten der IGES Institut GmbH wenden.

Allgemeine Angaben

Zunächst bitten wir Sie um ein paar allgemeine Angaben. Bitte kreuzen Sie jeweils das zutreffende Kästchen an oder tragen die Angaben in die dafür vorgesehenen Felder.

Bitte geben Sie an, welche Person den Fragebogen ausfüllt.

- Ich selbst
- An- und Zugehörige/An- und Zugehöriger
- Ich selbst **mit:** _____
(z. B. An- und Zugehörigen, Pflegekraft)

Bitte geben Sie Ihre Altersgruppe an.

- 0 - 17 Jahre 18 - 64 Jahre 65 - 74 Jahre
- 75 - 84 Jahre 85 - 89 Jahre 90 Jahre und älter
- Keine Angabe

Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.

- Weiblich Männlich Divers
- Keine Angabe

Bitte geben Sie Ihren Pflegegrad an.

- Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3 Pflegegrad 4
- Pflegegrad 5 (noch) keinen Das weiß ich nicht

Bitte geben Sie an, wie Sie derzeit (pflegerisch, hauswirtschaftlich) versorgt werden.

- Ich versorge mich zu Hause selbstständig
- Ich werde durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt (ggf. mit Unterstützung von meinen An- und Zugehörigen/Freunden/Nachbarn).
- Ich werde durch pflegende An- und Zugehörige (z. B. An- und Zugehörige/Freunde/Nachbarn) zu Hause unterstützt bzw. versorgt.
- Ich lebe in einem Pflegeheim, seit | _ | _ | / | _ | _ | _ | _ | (Monat/Jahr)
(z. B. seit 10/11/12|10|12|10)

Allgemeine Angaben

Bitte kreuzen Sie jeweils das zutreffende Kästchen an oder tragen die Angaben in die dafür vorgesehenen Felder.

Bitte geben Sie an, seit wie vielen Tagen Sie in der Kurzzeitpflege sind.

Ich bin seit |__|__| Tagen in der Kurzzeitpflege (z. B. seit 11/31 Tagen)

Aus welchem Anlass benötigen Sie Kurzzeitpflege?

Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Antworten an.

- Im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung aufgrund einer Operation
- Im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung aus anderen Gründen
- Akute gesundheitliche Verschlechterung
- Ein anderer Grund, und zwar:

Wie würden Sie Ihren Pflege- und Unterstützungsbedarf in der Kurzzeitpflege einschätzen (z. B. Hilfe bei der Körperpflege, Unterstützung bei der Essenzubereitung, Unterstützung beim Gehen oder Treppensteigen)?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| Sehr wenig | Wenig | Hoch | Sehr hoch | Das weiß ich nicht |

Bitte geben Sie stichpunktartig den Hauptgrund für Ihren derzeitigen Pflege- und Unterstützungsbedarf an.

Einschätzung Ihres Wohlbefindens						
Die folgenden Aussagen betreffen Ihr <u>Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen bezogen auf den Aufenthalt in der Kurzzeitpflege.</u>						
Bitte kreuzen Sie jeweils das zutreffende Kästchen an.						
In den letzten zwei Wochen war ich froh und guter Laune.						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die ganze Zeit	Meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt	Das weiß ich nicht
In den letzten zwei Wochen habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die ganze Zeit	Meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt	Das weiß ich nicht
In den letzten zwei Wochen habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die ganze Zeit	Meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt	Das weiß ich nicht
In den letzten zwei Wochen habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die ganze Zeit	Meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt	Das weiß ich nicht
In den letzten zwei Wochen war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die ganze Zeit	Meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt	Das weiß ich nicht

Aufenthalt in der Kurzzeitpflege				
<p>Im Folgenden möchten wir Sie gern zu Ihrem <u>Aufenthalt in der Kurzzeitpflege</u> und Ihrer <u>Zufriedenheit</u> damit befragen. Bitte kreuzen Sie jeweils das zutreffende Kästchen an oder tragen die Angaben in die dafür vorgesehenen Felder.</p>				
Haben Sie während der Kurzzeitpflege Kontakt zu einer Ärztin oder einem Arzt gehabt?				
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein , weil es keinen Anlass dazu gab		<input type="checkbox"/> Das weiß ich nicht	
<input type="checkbox"/> Ja , und zwar:				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Innerhalb der ersten 1-3 Tage	Innerhalb der ersten Woche	Zu einem späteren Zeitpunkt	Das weiß ich nicht	
à Bitte beantworten Sie bei „Ja“ ebenfalls die folgenden beiden Fragen				
Wie zufrieden waren Sie mit dem Kontakt zu einer Ärztin oder einem Arzt und der weiteren ärztlichen Versorgung?				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voll und ganz zufrieden	Eher zufrieden	Eher nicht zufrieden	Ganz und gar nicht zufrieden	Das weiß ich nicht
<p>Wenn Sie mit der Therapie nicht zufrieden waren, nennen Sie bitte stichpunktartig die Gründe.</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				
Wie zufrieden waren Sie mit Ihrer pflegerischen Versorgung in der Kurzzeitpflege?				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voll und ganz zufrieden	Eher zufrieden	Eher nicht zufrieden	Ganz und gar nicht zufrieden	Das weiß ich nicht
<p>Wenn Sie mit der pflegerischen Versorgung der Kurzzeitpflege nicht zufrieden sind, nennen Sie bitte stichpunktartig die Gründe.</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				

Aufenthalt in der Kurzzeitpflege

Bitte kreuzen Sie jeweils das zutreffende Kästchen an oder tragen die Angaben in die dafür vorgesehenen Felder.

Haben Sie während der Kurzzeitpflege eine Therapie, wie z. B. Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie, gehabt?

Nein **Nein**, weil es keinen Anlass dazu gab **Das weiß ich nicht**

Ja, und zwar:

Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Antworten an.

- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Sprach-, Sprech-, Stimm-, Schlucktherapie

à Bitte beantworten Sie bei „Ja“ ebenfalls die folgenden beiden Fragen.

Wie zufrieden waren Sie mit der Therapie?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voll und ganz zufrieden	Eher zufrieden	Eher nicht zufrieden	Ganz und gar nicht zufrieden	Das weiß ich nicht

Wenn Sie mit der Therapie **nicht zufrieden** waren, nennen Sie bitte stichpunktartig die Gründe.

Aufenthalt in der Kurzzeitpflege

Bitte kreuzen Sie jeweils das zutreffende Kästchen an oder tragen die Angaben in die dafür vorgesehenen Felder.

Haben Sie während der Kurzzeitpflege ein Gespräch zur weiteren Versorgung nach der Kurzzeitpflege gehabt?

Nein **Nein**, weil die weitere Versorgung bereits organisiert ist Das weiß ich nicht

Ja, und zwar mit:

Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Antworten an.

- einer Sozialarbeiterin, einem Sozialarbeiter
- einer Case Managerin, einem Case Manager (= Zuständig für die Organisation und Planung pflegerischer Versorgung)
- mit einer Pflegefachkraft
- mit einer anderen Person, und zwar: _____

à Bitte beantworten Sie bei „Ja“ ebenfalls die folgenden beiden Fragen.

Wie zufrieden waren Sie mit dem Gespräch und der Organisation der weiteren Versorgung?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voll und ganz zufrieden	Eher zufrieden	Eher nicht zufrieden	Ganz und gar nicht zufrieden	Das weiß ich nicht

Wenn Sie mit dem Gespräch und der Organisation zur weiteren Versorgung nach der Kurzzeitpflege **nicht zufrieden** waren, nennen Sie bitte stichpunktartig die Gründe.

Abschluss
Gibt es noch etwas, das Sie uns zum Thema Kurzzeitpflege mitteilen möchten?
Bitte hier eintragen:

Vielen herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Bitte geben Sie nun den Fragebogen beim Pflegepersonal ab.

7. Literaturverzeichnis

- Aktionsbündnis Kurzzeitpflege. (2018). *Gemeinsame Erklärung „Aktionsbündnis Kurzzeitpflege“*. Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg.
- Allgaier, A.-K., Kramer, D., Saravo, B., Mergl, R., Fejtikova, S. & Hegerl, U. (2013). Beside the Geriatric Depression Scale: the WHO-Five Well-being Index as a valid screening tool for depression in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(11), 1197–1204. <https://doi.org/10.1002/gps.3944>
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2006). *Multivariate Analysemethoden*. Berlin: Springer.
- Bauer, J. M., Specht-Leible, N., Keilhauer, A., Diekmann, S., zur Nieden, P., Neumann, A. & Pahmeier, K. (2024). *REKUP - Rehabilitative Kurzzeitpflege ("REKUP") im stationären Umfeld – Ein Versorgungskonzept für Versicherte mit und ohne vorbestehende Pflegebedürftigkeit. Evaluationsbericht gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF*. Verfügbar unter: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/607/2024-06-21_REKUP_Evaluationsbericht.pdf
- Bergstrom, N., Braden, B. J., Laguzza, A. & Holman, V. (1987). The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Nursing Research*, 36(4), 205–210.
- Bergstrom, N., Demuth, P. J. & Braden, B. J. (1987). A clinical trial of the Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *The Nursing Clinics of North America*, 22(2), 417–428.
- Braeseke, G., Huster, S., Pflug, C., Rieckhoff, S., Ströttchen, J., Nolting, H.-D. & Meyer-Rötze, S. H. (2018). *Studie zum Versorgungsmanagement durch Patientenlotsen* (Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, Hrsg.). Berlin. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/IGES_Versorgungsmanagement_durch_Patientenlotsen_042018.pdf
- Bressau, E., Feicke, J. & Schmitt, G. (o. J.). *Handlungsempfehlungen zur sektorenübergreifenden gesundheitlichen Versorgung im Ortenaukreis [Abschlussbericht der Kommunalen Gesundheitskonferenz]*. Verfügbar unter: <https://www.ortenaukreis.de/Landkreis-Verwaltung/Gesundheit-Sicherheit-/Kommunale-Gesundheitskonferenz-/AG-Sicherstellung-der-ambulanten-gesundheitlichen-Versorgung-im-Ortenaukreis/>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Collin, C., Wade, D. T., Davies, S. & Horne, V. (1988). The Barthel ADL Index: a reliability study. *International Disability Studies*, 10(2), 61–63. <https://doi.org/10.3109/09638288809164103>
- Deckenbach, B. (2016). Qualitätsperspektiven für die Kurzzeitpflege. *Monitor Pflege*, (02-03/16), 32–36.
- Deckenbach, B., Pflug, C., Braeseke, G., Woköck, T., Meyer, F., Peters, C. & Berle, A. (2019). *Modellerprobung "Überleitungsmanagement und Behandlungspflege in der Kurzzeitpflege"*. Abschlussbericht für das Bundesministerium für Gesundheit.
-

- DGCC Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management. (2012). *Was ist Case Management (CM)?* Verfügbar unter: <https://www.dgcc.de/case-management/##> Zuletzt geprüft am: 20.09.2024.
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5.). Berlin: Springer.
- Frankenhauser-Mannuß, J., Bauer, J. M., Specht-Leible, N., Keilhauer, A., Walendzik, A., Hüer, T., Diekmann, S., zur Nieden, P., Neumann, A., Pahmeier, K. & Wasem, J. (2024). *REKUP - Rehabilitative Kurzzeitpflege ("REKUP") im stationären Umfeld – Ein Versorgungskonzept für Versicherte mit und ohne vorbestehende Pflegebedürftigkeit. Ergebnisbericht gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF.* Verfügbar unter: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschlussdokumente/606/2024-06-21_REKUP_Ergebnisbericht.pdf
- Hahnel, E., Braeseke, G., Pörschmann-Schreiber, U., Pflug, C., Tisch, T., Musfeldt, M., Oehse, I. & Delekat, M. (2023). *Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg: Abschlussbericht.* Stuttgart.
- Hahnel, E., Pörschmann-Schreiber, U., Braeseke, G. & Pflug, C. (2023). *Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg: Kurzbericht des KVJS-Forschungsprojekts (2020-2022).* Stuttgart.
- Hahnel, E., Pörschmann-Schreiber, U. & Ghiorghita, B. (2024). Kurzzeitpflege als Chance. *Altenheim*, (8), 16–19.
- Hardcastle, C., Taylor, B. & Price, C. (2019). Global Deterioration Scale. *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging*, 1–4. https://doi.org/10.1007/978-3-319-69892-2_697-1
- MAHONEY, F. I. & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61–65.
- McCambridge, J., Witton, J. & Elbourne, D. R. (2014). Systematic review of the Hawthorne effect: new concepts are needed to study research participation effects. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67(3), 267–277. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.08.015>
- Ministerium für Soziales und Integration. (2020). *Aktionsbündnis Kurzzeitpflege: Fördermittel in Höhe von 7,6 Millionen Euro voll ausgeschöpft.* Zugriff am 11.09.2024. Verfügbar unter: <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/aktionsbuendnis-kurzzeitpflege-foerdermittel-in-hoehe-von-76-millionen-euro-voll-ausgeschoepft/>
- Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg. (o. J.). *Innovationsprogramm Pflege. Land fördert innovative Pflegeprojekte.* Verfügbar unter: <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheitspflege/pflege/wohnen-im-alter/innovationsprogramm-pflege/##> Zuletzt geprüft am: 15.09.2024.
- Rothgang, H. & Müller, R. (2019). *Pflegereport 2019. Ambulantisierung der Pflege* (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 20). Berlin: BARMER. Verfügbar unter: <https://www.barmer.de/blob/314176/a68d16384f26a09f598f05c9be4ca76a/data/barmer-pflegereport-2019-band-20-bifg.pdf>
-

- SPD, BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN, FDP. (2021). *Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021 – 2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP)*. Verfügbar unter: https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf
- Staatsministerium Baden-Württemberg. (2021). *Innovationsprogramm Pflege 2021 gestartet*.
- Statistisches Bundesamt. (2022). *Pflegestatistik 2021. Pflegeheime, Verfügbare Plätze, Pflegebedürftige: Deutschland, Stichtag, Art der Pflegeleistung*. 22412-0001 Zuletzt geprüft am: 20.09.2024.
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S. & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3), 167–176. <https://doi.org/10.1159/000376585>
- Woodtly, R. (2006). Koordinieren – vernetzen – ermächtigen. *Panorama*, 1, 4–6.
-



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

