

MODELLPROJEKT "BEDARFSGERECHTE KURZZEIT- UND ÜBERGANGSPFLEGE"

ABSCHLUSSBERICHT – TEIL 1

QUANTITATIVE UND QUALITATIVE BEDARFSERHEBUNG IN VERSCHIEDENEN BEREICHEN

Projektlaufzeit: August 2018 bis März 2021

Impressum

Modellprojekt "Bedarfsgerechte Kurzzeit- und Übergangspflege"
gefördert über das Innovationsprogramm Pflege 2018 des Ministeriums für Soziales und
Integration Baden-Württemberg

Projektträger:

Landratsamt Ravensburg
Gartenstraße 107
88212 Ravensburg

Externe Begleitung und Berichtsredaktion:

aku GmbH
Sonnenstraße 19
78073 Bad Dürkheim

März 2021

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung / Projektverlauf	8
1.1 Projektträger, -beteiligte	8
1.2 Projektphasen	9
2. Quantitative und qualitative Bedarfserhebung in den verschiedenen Bereichen	11
2.1 Konzeption der Erhebungen.....	11
2.2 Durchführung der Erhebungen	13
2.3 Ergebnisse der Befragungen	14
2.3.1 Wesentliche Ergebnisse der schriftlichen Datenerhebung bei stationären Einrichtungen und ambulanten Diensten	15
2.3.2 Wesentliche Ergebnisse der schriftlichen Datenerhebung in den Krankenhäusern.....	27
2.4 Zusammenfassung der Datenerhebung und Weiterarbeit	37
Quellenverzeichnis	39

Abkürzungsverzeichnis

BWKG	Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e. V.
i. S. d.	im Sinne des
KZP	Kurzzeitpflege
SGB	Sozialgesetzbuch
vdek	Verband der Ersatzkassen e. V.
WTPG	Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz

Genderhinweis

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung, wie z. B. Patienten/-innen, verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für alle Geschlechter.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Projektphasen.....	9
Abb. 2	Pflegegradverteilung der KZP-Gäste (Strukturerhebung bei stationären Pflegeeinrichtungen)	16
Abb. 3	Pflegegradverteilung der KZP-Gäste (personenbezogene Erhebung in stationären Einrichtungen)	16
Abb. 4	Zu Grunde zu legender Pflegegrad nach KZP-Art (personenbezogene Erhebung in stationären Einrichtungen)	17
Abb. 5	Verweildauer der KZP-Gäste in den beteiligten stationären Einrichtungen (Strukturerhebung bei stationären Pflegeeinrichtungen)	18
Abb. 6	Belegungsschwankungen in den beteiligten stationären Einrichtungen (Strukturerhebung bei stationären Pflegeeinrichtungen)	19
Abb. 7	Verbleib der KZP-Gäste nach dem KZP-Aufenthalt (Strukturerhebung bei stationären Pflegeeinrichtungen)	19
Abb. 8	Verbleib der KZP-Gäste nach dem KZP-Aufenthalt (personenbezogene Erhebung in stationären Einrichtungen)	20
Abb. 9	Entlassung der KZP-Gäste nach dem KZP-Aufenthalt (personenbezogene Erhebung in stationären Einrichtungen)	20
Abb. 10	Anlässe für die Inanspruchnahme von KZP aus Sicht der stationären Einrichtungen.....	21
Abb. 11	Anlässe für die Inanspruchnahme von KZP aus Sicht der ambulanten Pflegedienste.....	22
Abb. 12	Anlass zur KZP (personenbezogene Erhebung in stationären Einrichtungen)	23
Abb. 13	Häufigster bis dritthäufigster Zuweiser für KZP aus Sicht der stationären Einrichtungen.....	23
Abb. 14	Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme von KZP trotz Bedarf aus Sicht der ambulanten Pflegedienste	24
Abb. 15	Gründe für eine erfolglose Suche nach einem KZP-Platz aus Sicht der ambulanten Pflegedienste	25
Abb. 16	Einschätzung des Verhältnisses zwischen Bedarf und Angebot aktuell für Kurzzeitpflege in der Region	25
Abb. 17	Denkbare Angebotsausweitung am Standort aus Sicht der Pflegeeinrichtungen	26
Abb. 18	Bisherige Versorgungsform der Patienten (personenbezogene Erhebung beim Sozialdienst in Krankenhäusern)	27
Abb. 19	Bisherige Versorgungsform der Patienten – Unterstützung durch... (personenbezogene Erhebung beim Sozialdienst in Krankenhäusern)	28
Abb. 20	Pflegegradverteilung der Patienten bei Aufnahme im Krankenhaus (personenbezogene Erhebung beim Sozialdienst in Krankenhäusern)	28
Abb. 21	Beantragung einer Ein-/Höherstufung der Patienten (personenbezogene Erhebung beim Sozialdienst in Krankenhäusern)	29
Abb. 22	Vorliegen einer Bewilligung der Ein-/Höherstufung (personenbezogene Erhebung beim Sozialdienst in Krankenhäusern)	30
Abb. 23	Bewilligte Pflegegrade bei beantragter Ein-/Höherstufung (personenbezogene Erhebung beim Sozialdienst in Krankenhäusern)	30

Abb. 24	Beantragte Finanzierung der KZP (personenbezogene Erhebung beim Sozialdienst in Krankenhäusern)	31
Abb. 25	Vorliegen einer Bewilligung der beantragten Finanzierung der KZP (personenbezogene Erhebung beim Sozialdienst in Krankenhäusern)	32
Abb. 26	Bewilligte Finanzierung der KZP (personenbezogene Erhebung beim Sozialdienst in Krankenhäusern)	32
Abb. 27	Entlassungen aus dem Krankenhaus (Quantitative Erfassung Jan/Feb 2019 bei den Krankenhäusern)	33
Abb. 28	Übereinstimmung empfohlene und realisierte Entlassung (Quantitative Erfassung Jan/Feb 2019)	35
Abb. 29	Übereinstimmung empfohlene und realisierte Entlassung (Quantitative Erfassung Jan/Feb 2019)	35
Abb. 30	Nicht-Übereinstimmung empfohlene und realisierte Entlassung (Quantitative Erfassung Jan/Feb 2019)	36

Tabellenverzeichnis

Tab. 1	KZP-Angebot der stationären Einrichtungen und Inanspruchnahme.....	15
Tab. 2	Entlassungen in Kurzzeitpflege der Oberschwabenklinik – Daten aus SAP	34

1. Einführung / Projektverlauf

Im Landkreis kommt es immer wieder zu Versorgungsengpässen bei der Kurzzeitpflege. Mögliche Gründe dafür sind die Nutzung eingestreuter Kurzzeitpflege für die "Zeit vor stationärer Pflege", geänderte rechtliche Rahmenbedingungen (SGB XI/V), fehlende Belegungssteuerung für die Kommunen sowie unzureichende Finanzierungsmöglichkeiten für Träger.

Das Seniorenpolitische Konzept des Landkreises Ravensburg hat vorgesehen, das Thema im Rahmen des Modellprojekts "Bedarfsgerechte Kurzzeit- und Übergangspflege" zu bearbeiten.

Ziele des Modellprojekts:

- Förderung der Selbstständigkeit der Betroffenen und abgesicherte Rückführung von erkrankten und/oder pflegebedürftigen Menschen aus dem Krankenhaus in die eigene Häuslichkeit.
- Entlastung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen für die weitere Versorgung der pflegebedürftigen Menschen.
- Erarbeitung von bedarfsgerechten Angeboten (qualitativ und quantitativ) der Kurzzeit- und Übergangspflege für unterschiedliche Zielgruppen unter Berücksichtigung der neuen gesetzlichen Regelungen im SGB XI und SGB V für einen Flächenlandkreis.
- Entwicklung von Steuerungsmöglichkeiten bei der Belegung der Angebote mit dem Ziel, Versorgungsengpässe zu vermeiden.

Nachfolgend werden die wichtigsten Projektbausteine und Arbeitsschritte inhaltlich beschrieben.

1.1 Projektträger, -beteiligte

Das Modellprojekt wurde von August 2018 bis März 2021 durchgeführt. Über die gesamte Laufzeit wurde das Landratsamt Ravensburg als Projektleitung von aku, einer Beratungsinstitution im Gesundheits- und Sozialbereich, in Form des Projektmanagements fachlich begleitet.

Das Projekt wurde durchgehend von einem Projektbeirat begleitet, in dem neben dem Landratsamt Ravensburg und aku folgende Institutionen vertreten waren:

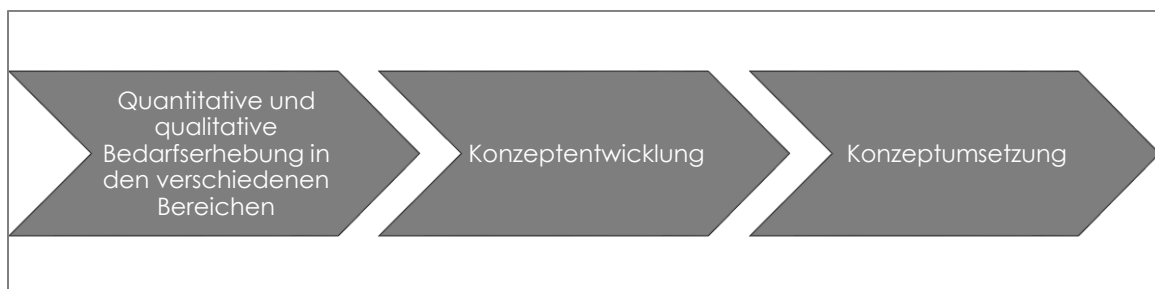
- AOK Baden-Württemberg
- AOK Bodensee-Oberschwaben
- Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e. V. (BWKG) (für die Krankenhäuser)
- Caritas Bodensee-Oberschwaben
- Der PARITÄTISCHE Baden-Württemberg (für die Pflegeeinrichtungen)
- Gesundheitsamt beim Landratsamt Ravensburg
- Landkreistag Baden-Württemberg
- Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg
- Oberschwabenklinik gGmbH
- Stiftung Hl. Geist Spital und Stiftung Bruderhaus Ravensburg
- St. Elisabeth-Stiftung
- Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
- Vinzenz von Paul gGmbH

Außerdem fanden Arbeitsgruppensitzungen statt.

1.2 Projektphasen

Das Projekt gliederte sich in drei Phasen:

Abb. 1 Projektphasen



Zuerst wurden quantitative und qualitative Bedarfserhebungen in den verschiedenen Bereichen durchgeführt, ausgewertet, diskutiert und bewertet. Auf Grundlage der Ergebnisse wurden Arbeitsgruppen gebildet, die sich mit der Entwicklung von Konzepten für den Bereich der Kurzzeitpflege beschäftigten, welche dann in die Praxis umgesetzt werden sollen.

In diesem Teil des Abschlussberichts (Teil 1) werden die Konzeption, die Durchführung und die Ergebnisse der qualitativen und quantitativen Bedarfserhebungen in den verschiedenen Bereichen dargestellt.

2. Quantitative und qualitative Bedarfserhebung in den verschiedenen Bereichen

2.1 Konzeption der Erhebungen

Nutzergruppen von Kurzzeitpflege

Bei der Konzeption der Erhebungen wurden die nachfolgenden Nutzergruppen von Kurzzeitpflege unterschieden:

- Pflegebedürftige Menschen zur geplanten **Entlastung von pflegenden Angehörigen**
- Patienten zur Stabilisierung nach Krankenhausaufenthalt und ambulanten Operationen – **Übergangspflege**
- Pflegebedürftige Menschen zur **Krisenintervention**, z. B. bei kurzfristigem Ausfall der Hauptpflegeperson im häuslichen Setting
- Pflegebedürftige Menschen zum "**Probewohnen**" in einer stationären Einrichtung

Neben den Nutzern der bereits bestehenden Angebote sollen auch Personen, die von den bisherigen Angeboten keinen Gebrauch machen, berücksichtigt werden.

Mit Hilfe der Erhebungen sollten die benannten Nutzergruppen näher beleuchtet werden. Dazu wurden stationäre Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste sowie der Sozialdienst in den Krankenhäusern schriftlich befragt. Zusätzlich wurden Experteninterviews durchgeführt, um einerseits die Sichtweise der Beratungsstellen mitaufzunehmen, andererseits stehen die Beratungsstellen auch stellvertretend für die Angehörigen.

Schriftliche Datenerfassung in Krankenhäusern

Adressat der schriftlichen Datenerfassung in Krankenhäusern waren die Mitarbeiter des Sozialdienstes der beiden Krankenhäuser im Landkreis, der Oberschwabenklinik sowie dem Krankenhaus 14Nothelfer. Ziel war es, den Bedarf an Übergangspflege abzuschätzen und die Nutzer zu charakterisieren.

- Für eine **prospektive** Datenerfassung wurde **ein Fragebogen pro Patient**, der im Befragungszeitraum in Kurzzeitpflege entlassen wird, sowie pro Patient, der aus Sicht des Sozialdienstes im Befragungszeitraum in Kurzzeitpflege entlassen werden sollte, dies jedoch nicht zustande kam, konzipiert. Der Fragebogen wurde von Mitarbeitern des Sozialdienstes mit Einverständnis der Betroffenen ausgefüllt. Inhalte im Fragebogen waren u. a. soziodemografische Daten des Patienten (z. B. Alter, Pflegegrad,

Wohnsituation), Verlauf des Krankenhausaufenthalts (z. B. Grund des Krankenhausaufenthalts, benötigte Hilfsmittel) sowie Anschlussversorgung (z. B. Gründe für die Kurzzeitpflege).

- Neben der prospektiven Datenerfassung pro Patient wurde eine **Gesamtstatistik** über die Zielgruppe hinweg erfasst. Hier ging es um eine **quantitative prospektive** Erfassung über die notwendige und die tatsächliche Anschlussversorgung.
- Nach Möglichkeit wurden bereits beim Krankenhaus **vorhandene Daten kumuliert, retrospektiv** zur Anzahl der Entlassungen in Kurzzeitpflege sowie zu Alter und Pflegegrad der Patienten, die in Kurzzeitpflege entlassen werden, erhoben.

Schriftliche Datenerfassung in stationären Einrichtungen

Adressat waren alle stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Ravensburg mit dem Angebot an Kurzzeitpflege. Ziel der Erhebung bei den stationären Einrichtungen war es, die Anzahl bzw. die Nutzung der vorhandenen Kurzzeitpflegeplätze herauszufinden, die Nutzer zu charakterisieren sowie Einschätzungen zum Bedarf an Kurzzeitpflege zu erhalten.

- Bei der **prospektiven** Datenerfassung sollte **ein Fragebogen pro Kurzzeitpflegegast**, der im Befragungszeitraum in der jeweiligen Einrichtung Kurzzeitpflege in Anspruch nahm, durch die Mitarbeiter mit Einverständnis der Betroffenen ausgefüllt werden. Inhalte im Fragebogen waren u. a. soziodemografische Daten des Kurzzeitpflegegastes (z. B. Alter, Familienstand), Wohnsituation, Pflegebedürftigkeit, Kurzzeitpflegeaufenthalt (z. B. Anlass, Dauer, benötigte Hilfen) sowie Art der Anschlussversorgung.
- Neben der prospektiven Datenerfassung pro Gast wurden in einem **Strukturerhebungsbogen kumulierte Daten von 2017 bis einschließlich September 2018** erhoben. Dieser war einmalig je Einrichtung auszufüllen. Inhalte des Fragebogens waren u. a. allgemeine Strukturdaten der Einrichtung (z. B. Platzzahl), Auslastung der Kurzzeitpflegeplätze (z. B. nach Pflegegraden, Schwankungen), Versorgungsform im Anschluss an den Kurzzeitpflegeaufenthalt (z. B. Zahl der Gäste, die in der Einrichtung verbleiben) sowie Einschätzungen zum Bedarf.

Schriftliche Datenerfassung bei ambulanten Pflegediensten

Für die ambulanten Pflegedienste wurde auch ein Fragebogen zur Kurzzeitpflege entwickelt. Dieser richtete sich an alle ambulanten Pflegedienste im Landkreis Ravensburg und war einmalig auszufüllen. Ziel war hier, eine Einschätzung zum Bedarf und zur Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege der Kunden der ambulanten Pflegedienste zu erhalten.

- Im **Fragebogen** wurden **retrospektive Daten** erhoben. Inhalte waren u. a. Anzahl der Kunden des Pflegedienstes (auch nach Pflegegraden), Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege durch Kunden des Pflegedienstes (z. B. Anlässe, geschätzte Anzahl), Einschätzungen zum Bedarf sowie Verbesserungsvorschläge.

Experteninterviews

Zur Ergänzung der schriftlichen Datenerhebung wurden Experteninterviews mit Vertretern folgender Beratungsstellen durchgeführt:

- ZUHAUSE LEBEN-Stellen der Caritas Bodensee-Oberschwaben
- AOK Bodensee-Oberschwaben
- Compass (private Pflegeberatung)
- Pflegestützpunkt des Landkreises Ravensburg

Schwerpunkte der Interviews waren Einschätzungen zum Bedarf, Gründe der Inanspruchnahme bzw. Nicht-Inanspruchnahme sowie Verbesserungsvorschläge.

2.2 Durchführung der Erhebungen

Die Befragungen wurden durch aku als fachliche Projektbegleitung konzipiert, durchgeführt und ausgewertet.

Dem Projektbeirat wurde in einer Sitzung am 12. Oktober 2018 die Erhebungen vorgestellt. Die Erhebungsbögen wurden dann durch die im Projektbeirat vertretenen Träger St. Elisabeth-Stiftung sowie Stiftung Bruderhaus Ravensburg auf Praxistauglichkeit überprüft, woraufhin die Bögen nochmals angepasst wurden.

Der Versand der Erhebungsbögen an die ambulanten Pflegedienste sowie an die stationären Pflegeeinrichtungen erfolgte im November 2018, nachdem ein Infoschreiben des Landratsamtes über das Projekt an alle teilnehmenden Dienste und Einrichtungen versendet wurde. An die beiden Krankenhäuser wurden die Unterlagen im Dezember 2018 geschickt.

Am 05. Dezember 2018 fanden die Experteninterviews statt.

Der Strukturhebungsbogen bei stationären Pflegeeinrichtungen sowie der Erhebungsbogen für die ambulanten Pflegedienste sollten innerhalb von drei Wochen ausgefüllt werden.

Die Erhebung der personenbezogenen Bögen in den stationären Pflegeeinrichtungen erfolgte von Dezember 2018 bis einschließlich Februar 2019. In den Krankenhäusern wurden die Erhebungen der personenbezogenen Bögen sowie der Gesamtstatistik im Januar und Februar 2019 durchgeführt.

Den ambulanten Pflegediensten sowie den stationären Pflegeeinrichtungen wurde als Motivation zur Teilnahme eine Rückmeldung der Ergebnisse zugesichert. Diese wurde den Diensten bzw. Einrichtungen am 28. Mai 2019 zugesandt.

2.3 Ergebnisse der Befragungen

Im Folgenden sind die wesentlichen Ergebnisse der Befragungen thematisch dargestellt. In den jeweiligen Abbildungs-/Tabellenüberschriften ist vermerkt, aus welcher Befragung das Ergebnis stammt.

Teilnahme/Rücklauf

- Von den 42 stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis haben 26 an der Erhebung teilgenommen (Beteiligungsquote: 62 %).
- Von den 46 ambulanten Pflegediensten im Landkreis haben 23 an der Erhebung teilgenommen (Beteiligungsquote: 50 %).
- Personenbezogene Bögen wurden aus 11 verschiedenen stationären Einrichtungen zugesandt. Weshalb die anderen Einrichtungen keine personenbezogenen Bögen zugesandt haben, hat verschiedene Gründe (z. T. keine Kurzzeitpflegegäste im Befragungszeitraum).
- Die zwei im Landkreis vertretenen Kliniken haben an der Befragung teilgenommen. Der Großteil der Bögen/Fälle kam von der Oberschwabenklinik.

2.3.1 Wesentliche Ergebnisse der schriftlichen Datenerhebung bei stationären Einrichtungen und ambulanten Diensten

Inanspruchnahme der vorhandenen Kurzzeitpflegeplätze in den an der Befragung beteiligten stationären Einrichtungen

In Tab. 1 sind die vorhandenen Kurzzeitpflegeplätze, die abgerechneten Kurzzeitpflegetage sowie die Anzahl der Kurzzeitpflegenutzer der an der Befragung teilgenommenen Einrichtungen dargestellt. Daraus lässt sich errechnen, dass für 2017 10,7 Kurzzeitpflegenutzer je Kurzzeitpflegeplatz und pro Jahr bzw. für 2018 (Januar bis September) 7,2 Kurzzeitpflegenutzer je Kurzzeitpflegeplatz und pro Jahr vorhanden waren. Für 2017 ergeben sich daraus 226,5 bzw. für 2018 (Januar bis September) 154,8 abgerechnete Tage je Kurzzeitpflegeplatz. Für 2017 bedeutet dies, dass durchschnittlich 21,1 Tage bzw. 2018 (Januar bis September) 21,4 Tage je Kurzzeitpflegenutzer abgerechnet wurden. Insgesamt ergibt sich daraus für 2017 eine Belegung der Kurzzeitpflegeplätze mit tatsächlich abgerechneten Kurzzeitpflegenutzern von 62 % bzw. 2018 (Januar bis September) eine Belegung der Kurzzeitpflegeplätze mit tatsächlich abgerechneten Kurzzeitpflegenutzern von 57 %. Die Kurzzeitpflegeplätze wurden also nicht zu 100 % auch mit Kurzzeitpflegenutzern belegt. Der Grund hierfür ist insbesondere in dem Verbleib der Kurzzeitpflegegäste in der Langzeitpflege zu sehen. Diese Plätze stehen dann nicht für Kurzzeitpflege zur Verfügung.

Tab. 1 KZP-Angebot der stationären Einrichtungen und Inanspruchnahme

	2017	2018 (Jan-Sep)
KZP-Plätze gesamt	90	90
Abgerechnete Tage gesamt	20.387	13.934
Anzahl KZP-Nutzer	964	650
→ KZP-Nutzer je KZP-Platz/Jahr	10,7	7,2
→ Tage je KZP-Platz	226,5	154,8
→ Tage je KZP-Nutzer	21,1	21,4
→ Belegung der KZP-Plätze mit KZP-Nutzer	62 %	57 %

Hinweis: Die Zahl der Kurzzeitpflegeplätze lag 2016 im Landkreis Ravensburg bei 130 (Quelle: Seniorenpolitisches Konzept).

Die Pflegegradverteilung der Kurzzeitpflegegäste einerseits aus der Strukturhebung bei den stationären Pflegeeinrichtung (vgl. Abb. 2) sowie die der tatsächlichen Kurzzeitpflegegäste im Befragungszeitraum (vgl. Abb. 3) sind größtenteils deckungsgleich. Pflegegrad 3 ist am häufigsten vertreten. An zweiter Stelle ist Pflegegrad 2.

Abb. 2 Pflegegradverteilung der KZP-Gäste (Strukturerhebung bei stationären Pflegeeinrichtungen)

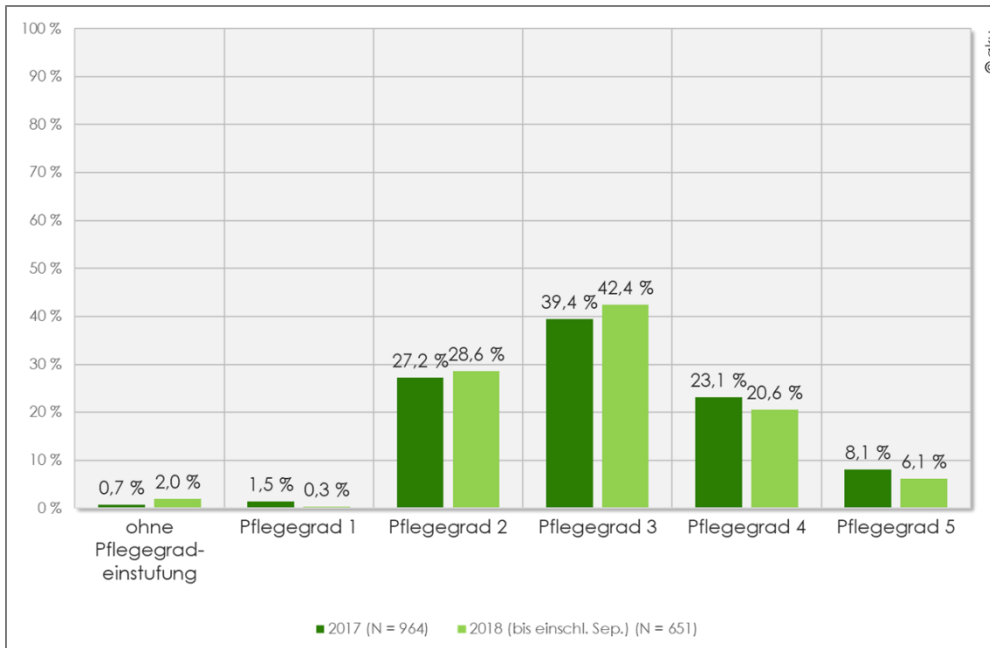
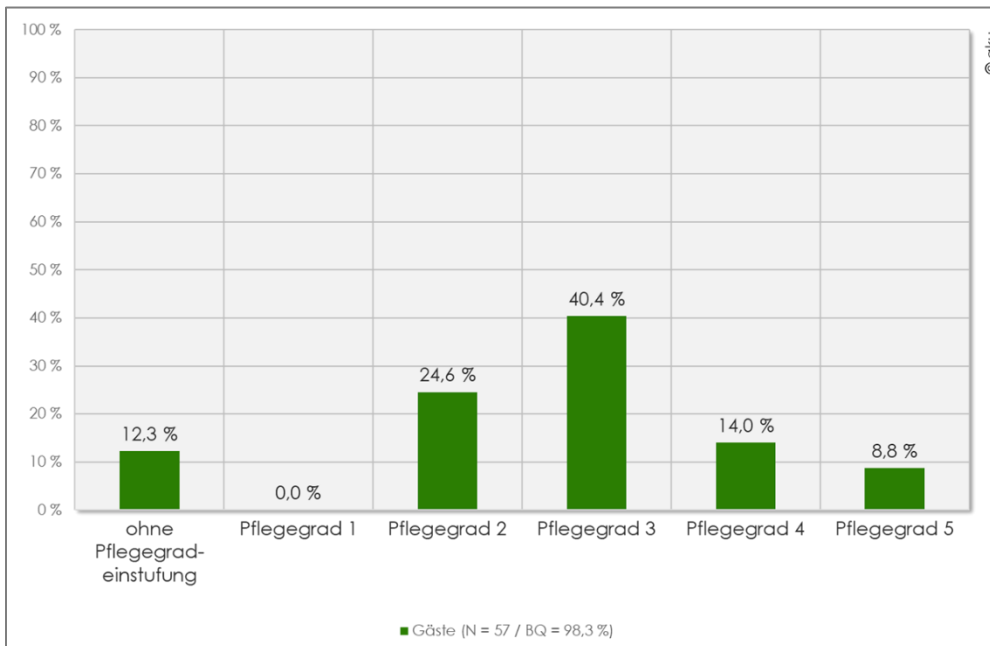


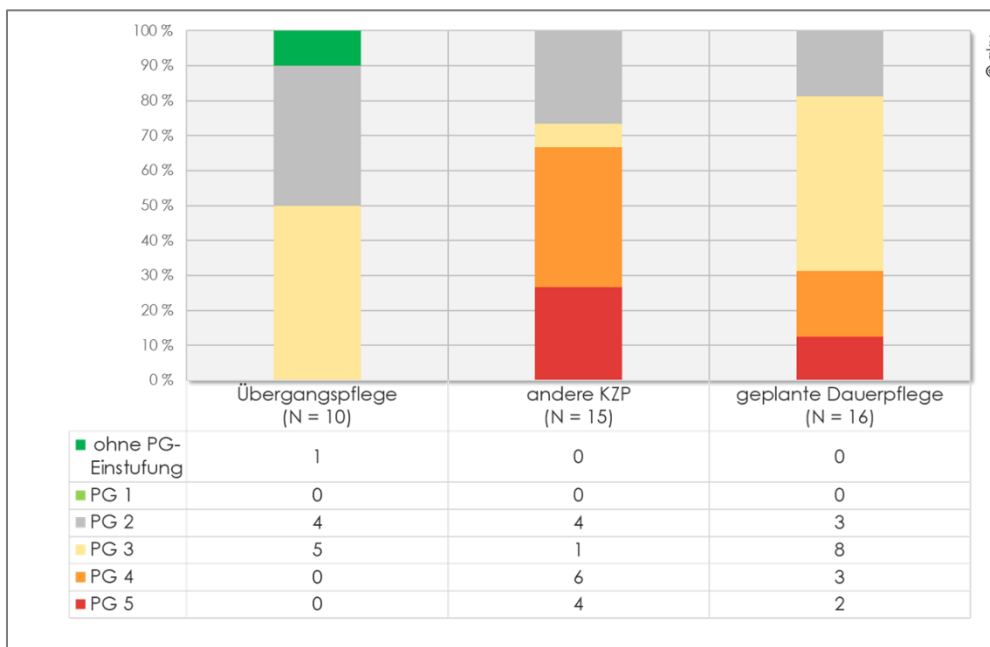
Abb. 3 Pflegegradverteilung der KZP-Gäste (personenbezogene Erhebung in stationären Einrichtungen)



In Abb. 4 lässt sich erkennen, dass die Gäste der Übergangspflege insgesamt niedrigere Pflegegradeinstufungen aufweisen als die Gäste, die die Kurzzeitpflege als Entlastung oder Krise (andere Kurzzeitpflege) sowie diejenigen Gäste, die die Kurzzeitpflege als Einstieg in die Dauerpflege nutzen. Mit "zu Grunde zu liegender Pflegegrad" ist der Pflegegrad gemeint, der bei Entlassung aus der Kurzzeitpflege, also der Pflegegrad, der ggf. nach einer Ein-/ Höherstufung vorlag. Diejenigen Kurzzeitpflegegäste, bei denen eine Ein-/ Höherstufung

beantragt wurde, allerdings noch keine Rückmeldung zur Bewilligung vorliegt, konnten hier nicht berücksichtigt werden. Außerdem konnten auch nur diejenigen Gäste berücksichtigt werden, bei denen der Fragebogen bei den entsprechenden Fragen ausgefüllt war, um die Kurzzeitpflegeart zu bestimmen.

Abb. 4 Zu Grunde zu legender Pflegegrad nach KZP-Art (personenbezogene Erhebung in stationären Einrichtungen)



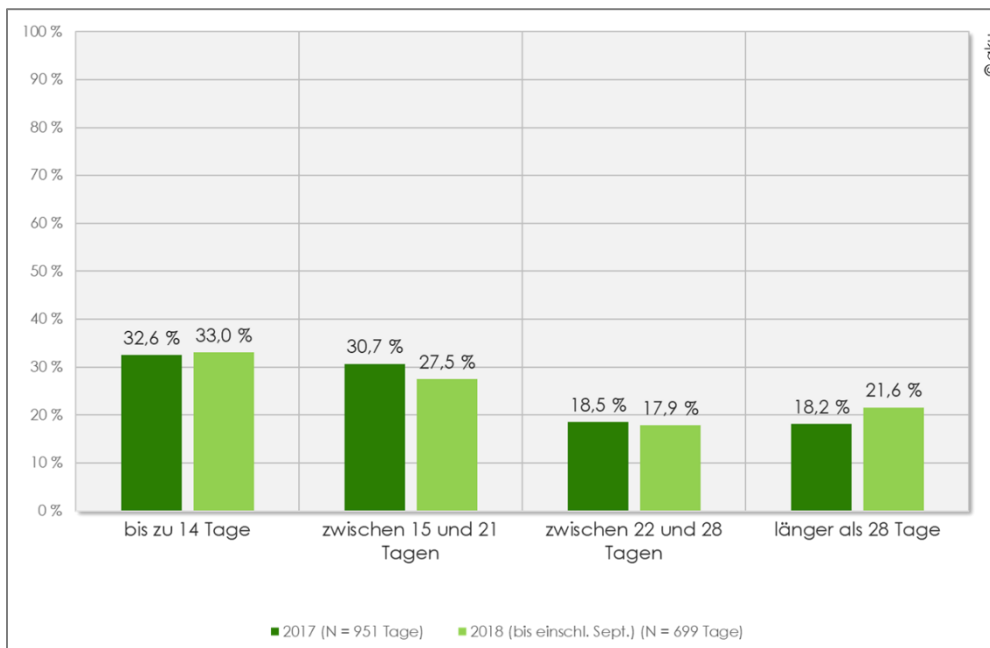
Vorwiegend folgende Krankheitsbilder wurden als Anlass für den Krankenhausaufenthalt – sofern ein vorhergehender Krankenhausaufenthalt Grund für die Kurzzeitpflege war – bei der personenbezogenen Befragung in den stationären Pflegeeinrichtungen angegeben:

- Frakturen: sieben Nennungen
- Operation wegen Sprunggelenksversteifung: zwei Nennungen
- Erkrankungen des Verdauungstrakts: vier Nennungen
- Atemwegserkrankungen: zwei Nennungen

Die Verweildauer der Kurzzeitpflegegäste war sehr unterschiedlich wie die Strukturerhebung in den stationären Pflegeeinrichtungen zeigt (vgl. Abb. 5). Bei mehr als der Hälfte der Kurzzeitpflegegäste wurde nicht der volle Anspruch auf Kurzzeitpflege (inklusive der Umwidmung von Verhinderungspflege) genutzt. Aus welchen Gründen dies so ist, wurde allerdings in der hier dargestellten Befragung nicht erhoben. Mögliche Gründe für die nicht volle Inanspruchnahme der Aufenthaltsdauer in Kurzzeitpflege könnten z. B. sein, dass die Kurzzeitpflege lediglich zur Überbrückung eines bestimmten Zeitraums benötigt wird oder

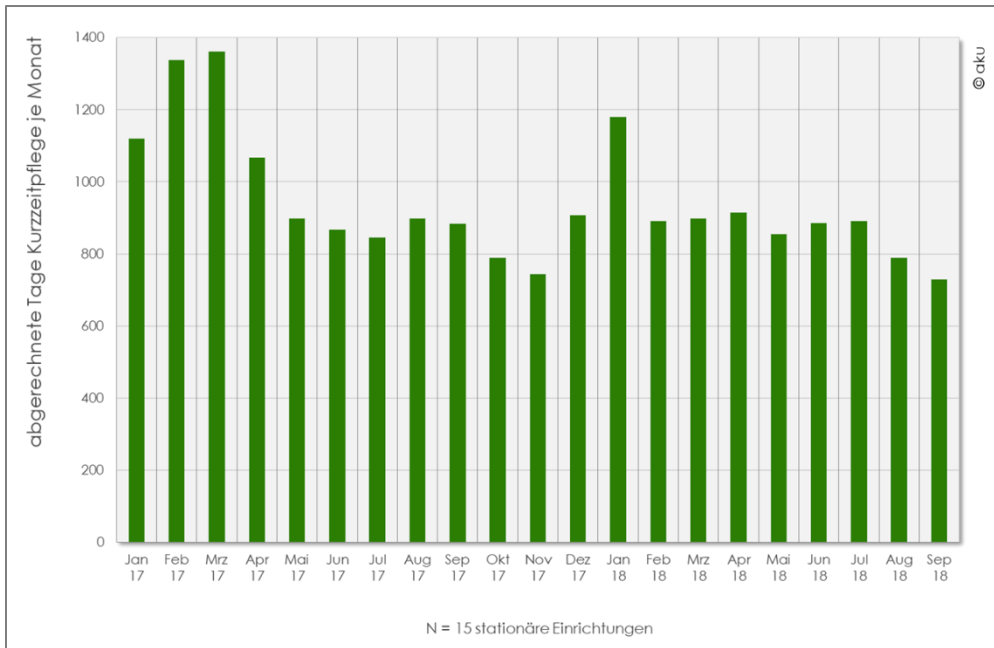
auch, dass der Anspruch auf Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege übers Jahr hinweg verteilt in Anspruch genommen wird.

Abb. 5 Verweildauer der KZP-Gäste in den beteiligten stationären Einrichtungen (Strukturerhebung bei stationären Pflegeeinrichtungen)



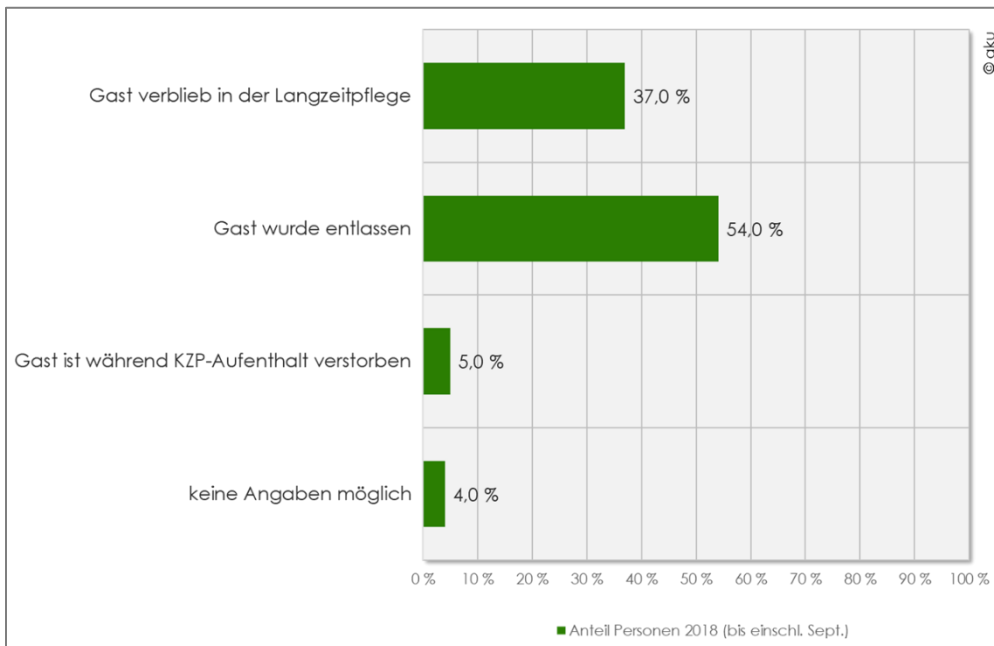
Die Belegung der Kurzzeitpflegeplätze in den stationären Pflegeeinrichtungen schwankt monatlich (vgl. Abb. 6). Sowohl 2017 als auch 2018 waren die Kurzzeitpflegeplätze mit Kurzzeitpflegenutzern jeweils zu Beginn des Jahres am höchsten belegt. Die Sommerurlaubszeit als Zeit, bei der man davon ausgeht, dass viel Kurzzeitpflege als Entlastungsangebot in Anspruch genommen wird, konnte dabei nicht belegt werden. Hier soll allerdings erwähnt sein, dass Abb. 6 lediglich die tatsächliche Belegung der vorhandenen Kurzzeitpflegeplätze mit Kurzzeitpflegenutzern darstellt, nicht jedoch die Höhe der Anfragen nach Kurzzeitpflege. Da die Belegung der Kurzzeitpflegeplätze nicht nur von den Anfragen, sondern gleichermaßen auch vom Angebot abhängt, kann folgende Begründung für die hohe Belegung am Jahresanfang aufgestellt werden: In den stationären Pflegeeinrichtungen werden besonders zum Jahresanfang vermehrt Plätze frei aufgrund einer vergleichsweise erhöhten Sterberate der Langzeitpflegebedürftigen (sog. Winterdepression). Dadurch, dass zu dieser Zeit also verhältnismäßig viele Plätze frei werden, stehen diese auch entsprechend für Kurzzeitpflege vermehrt zur Verfügung. Im Umkehrschluss lässt dies vermuten, dass die Anfragen ganzjährig hoch sind, sodass stets die zur Verfügung stehenden Plätze belegt werden und somit die Höhe der zur Verfügung stehenden Kurzzeitpflegeplätze ausschlaggebend für die Höhe der Belegung mit Kurzzeitpflege ist.

Abb. 6 Belegungsschwankungen in den beteiligten stationären Einrichtungen (Strukturerhebung bei stationären Pflegeeinrichtungen)



Wie in Abb. 7 ersichtlich ist, wurden 2018 immerhin über 50 % der Kurzzeitpflegeplätze laut der Strukturerhebung der stationären Pflegeeinrichtungen im Anschluss an den Kurzzeitpflegeaufenthalt wieder nach Hause entlassen. 37 % verbleiben in der Dauerpflege. 5 % verstarben während des Kurzzeitpflegeaufenthalts.

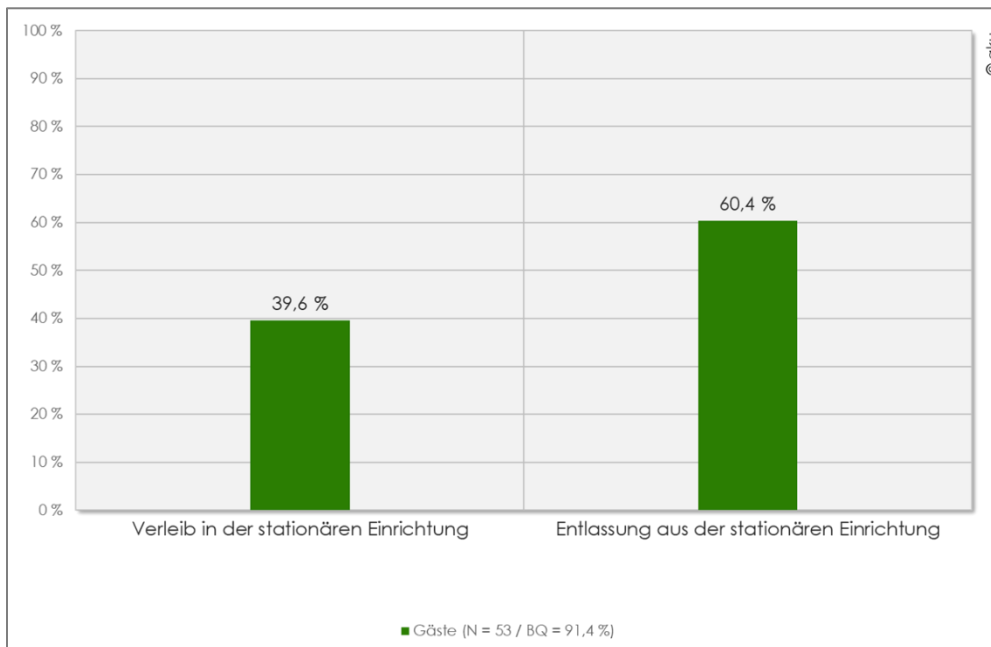
Abb. 7 Verbleib der KZP-Gäste nach dem KZP-Aufenthalt (Strukturerhebung bei stationären Pflegeeinrichtungen)



Hinweis: Das N (Anzahl der Personen) kann hier nicht angegeben werden, da Einrichtungen enthalten sind, die lediglich Prozentangaben gemacht haben.

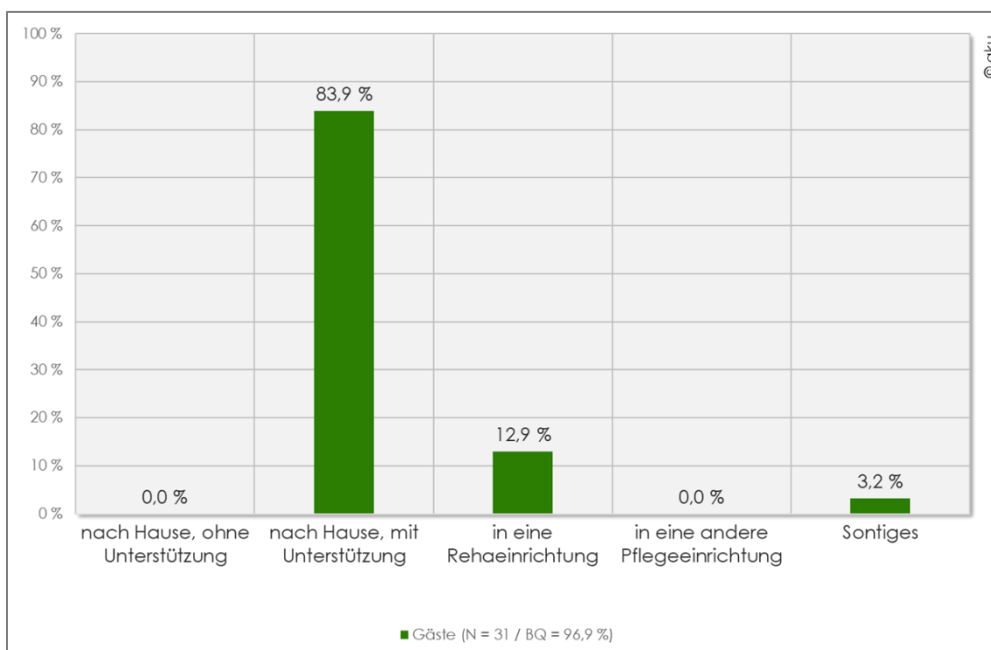
Bei der personenbezogenen Erhebung wurden sogar 60 % der erhobenen Kurzzeitpflegefälle anschließend an den Kurzzeitpflegeaufenthalt wieder aus der stationären Einrichtung entlassen (vgl. Abb. 8).

Abb. 8 Verbleib der KZP-Gäste nach dem KZP-Aufenthalt (personenbezogene Erhebung in stationären Einrichtungen)



Diejenigen Fälle, die aus der stationären Einrichtung entlassen wurden, gingen zu 84 % nach Hause, jedoch alle mit Unterstützung (vgl. Abb. 9).

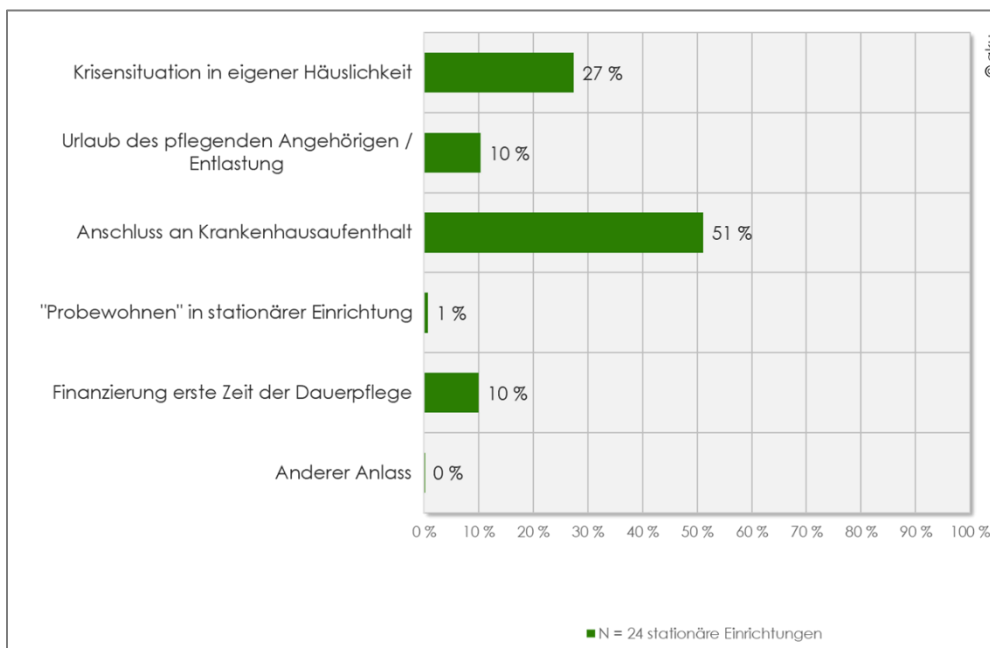
Abb. 9 Entlassung der KZP-Gäste nach dem KZP-Aufenthalt (personenbezogene Erhebung in stationären Einrichtungen)



Anlässe für den Kurzzeitpflegeaufenthalt und Zuweiser für die Kurzzeitpflege

Die stationären Pflegeeinrichtungen schätzen, dass zu 51 % eine Anschlussversorgung ans Krankenhaus Grund für den Kurzzeitpflegeaufenthalt war; 27 % der Kurzzeitpflegeaufenthalte erfolgten aufgrund einer Krisensituation in der eigenen Häuslichkeit und 10 % sowohl aufgrund von Urlaub eines pflegenden Angehörigen sowie ebenfalls 10 % zur Finanzierung der ersten Zeit der Dauerpflege (vgl. Abb. 10).

Abb. 10 Anlässe für die Inanspruchnahme von KZP aus Sicht der stationären Einrichtungen



Auch nach Einschätzung der ambulanten Pflegedienste ist der häufigste Anlass für einen Kurzzeitpflegeaufenthalt die Anschlussversorgung nach einem Krankenhausaufenthalt (vgl. Abb. 11). Laut den ambulanten Diensten sind eine Krisensituation in der eigenen Häuslichkeit sowie ein Urlaub eines pflegenden Angehörigen ebenfalls häufige Anlässe für Kurzzeitpflege.

Abb. 11 Anlässe für die Inanspruchnahme von KZP aus Sicht der ambulanten Pflegedienste

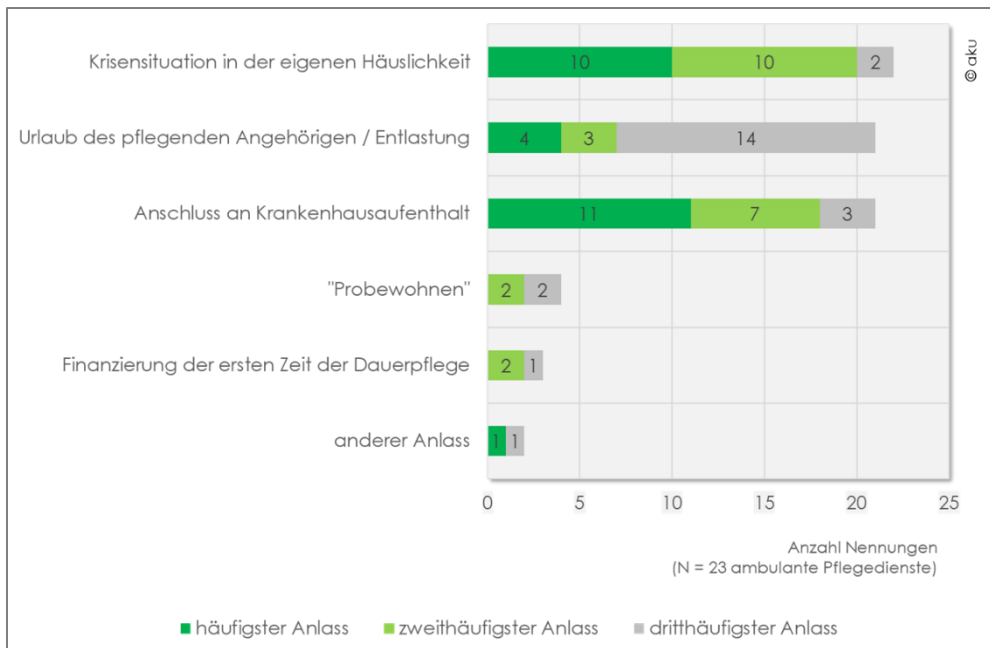
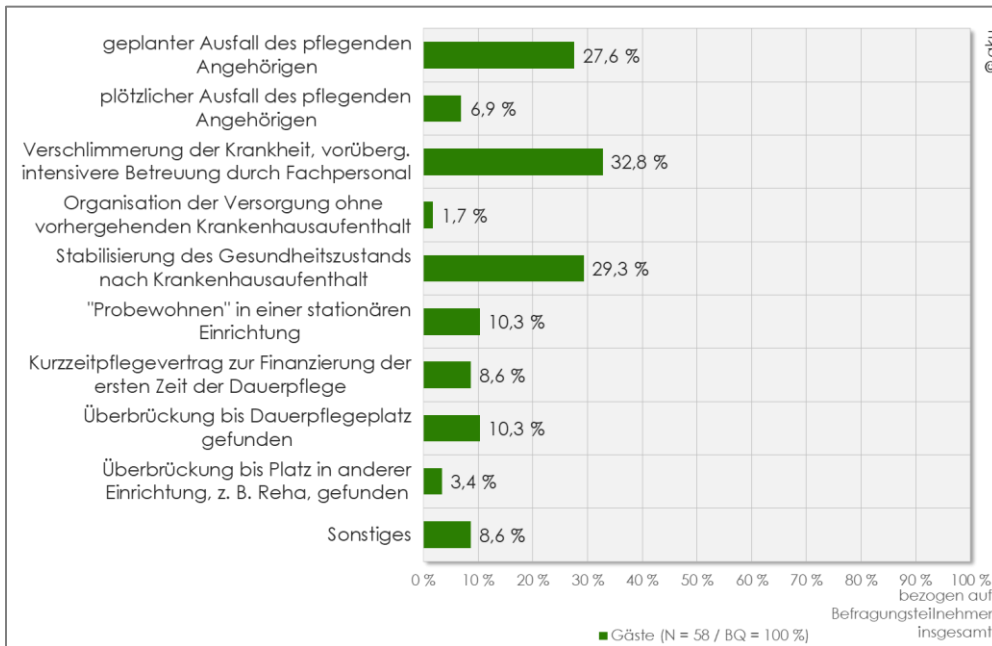


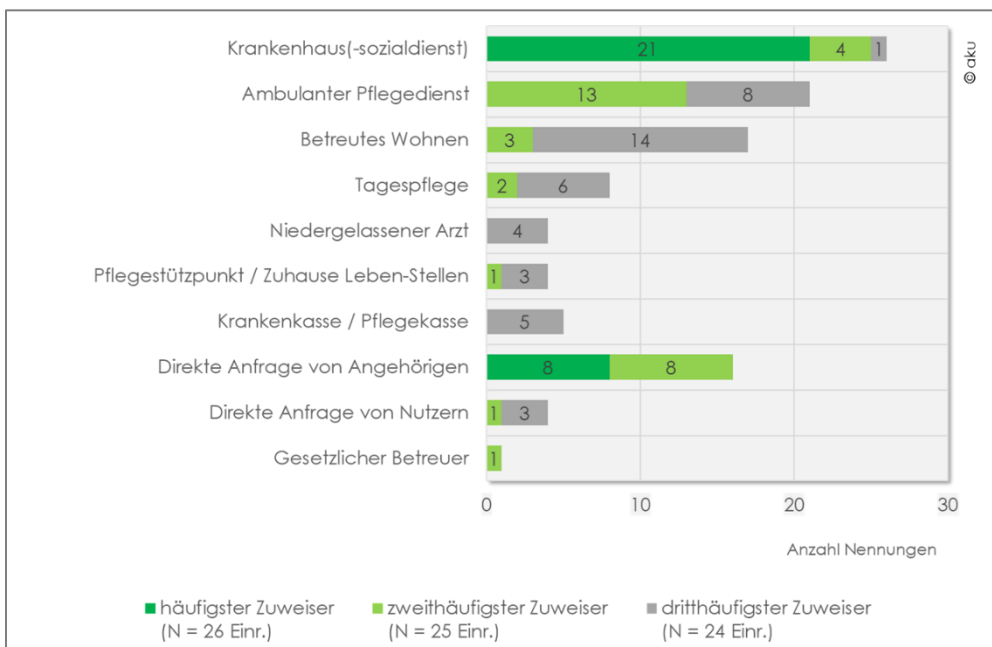
Abb. 12 stellt die Anlässe zur Kurzzeitpflege aus den personenbezogenen Erhebungen bei den Kurzzeitpflegegästen dar. Hier stellte sich heraus, dass 33 % der Fälle aufgrund einer Verschlimmerung der Krankheit vorübergehend intensivere Betreuung brauchten und deshalb Kurzzeitpflege in Anspruch nahmen. Bei 29 % wurde die Kurzzeitpflege in Anspruch genommen, um den Gesundheitszustand nach einem Krankenhausaufenthalt zu stabilisieren. Bei 28 % lag ein geplanter Ausfall des pflegenden Angehörigen vor. Lediglich bei 10 % wurde die Kurzzeitpflege zum Probewohnen sowie ebenfalls nur bei 10 % zur Überbrückung, bis ein Dauerpflegeplatz zur Verfügung stand, genutzt. Nur bei 9 % wurde die Kurzzeitpflege zur Finanzierung der ersten Zeit der Dauerpflege genutzt. Wobei hier zu erwähnen ist, dass lediglich eine Stichprobe betrachtet wird. Es kann vermutet werden, dass besonders Einrichtungen, die Kurzzeitpflege ausschließlich zur Finanzierung der ersten Zeit der Dauerpflege anbieten, an der Befragung nicht teilnahmen und somit diese Fälle vergleichsweise zu wenig erhoben wurden.

Abb. 12 Anlass zur KZP (personenbezogene Erhebung in stationären Einrichtungen)



Der häufigste Zuweiser nach Einschätzung der stationären Einrichtungen ist das Krankenhaus bzw. dessen Sozialdienst (vgl. Abb. 13). Als zweithäufigster Zuweiser wird hier der ambulante Pflegedienst erwähnt. Auch direkte Anfragen von Angehörigen spielen eine Rolle.

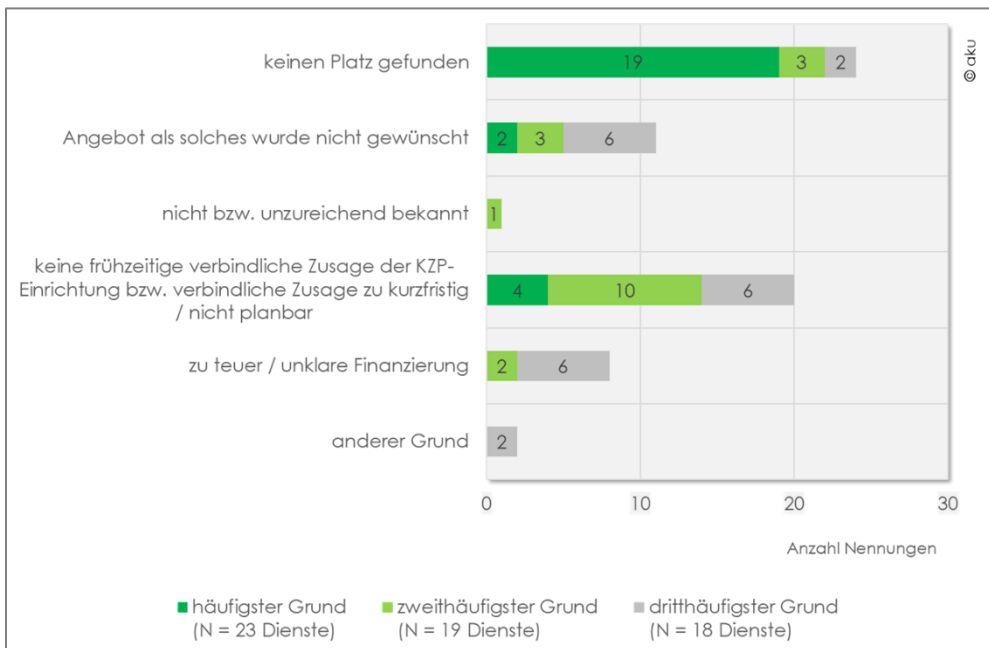
Abb. 13 Häufigster bis dritthäufigster Zuweiser für KZP aus Sicht der stationären Einrichtungen



Gründe für Nicht-Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege trotz Bedarf

Aus Sicht der ambulanten Dienste ist der häufigste Grund, warum Kurzzeitpflege trotz Bedarf nicht in Anspruch genommen wird, dass kein Platz gefunden wird (vgl. Abb. 14). Ebenfalls eine Rolle spielen die nicht frühzeitige verbindliche Zusage sowie, dass das Angebot bei den Betroffenen als solches nicht gewünscht ist.

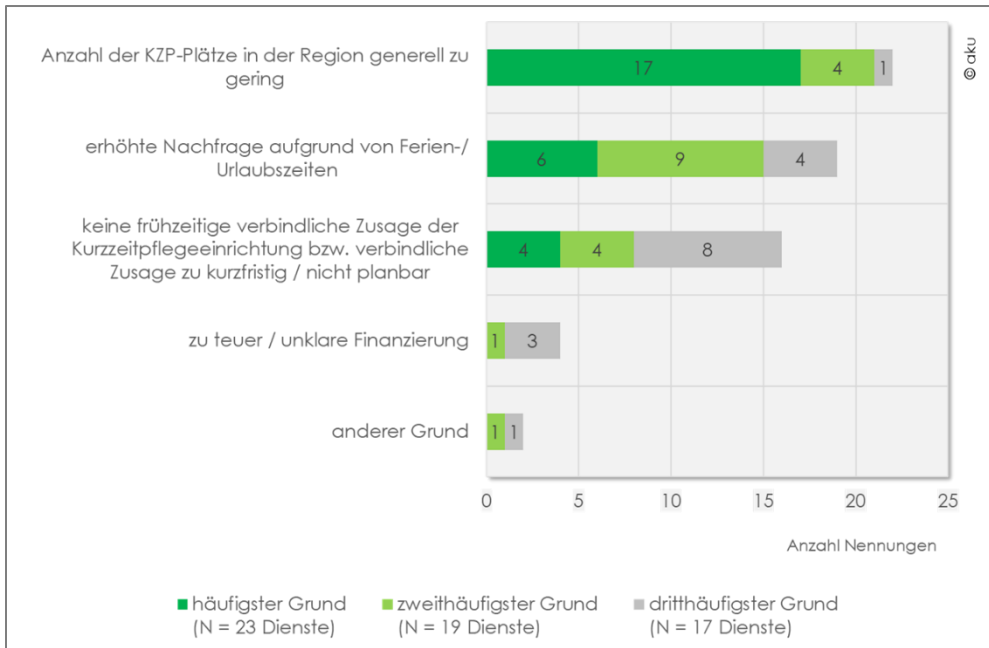
Abb. 14 Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme von KZP trotz Bedarf aus Sicht der ambulanten Pflegedienste



Einschätzungen zum Bedarf an Kurzzeitpflege

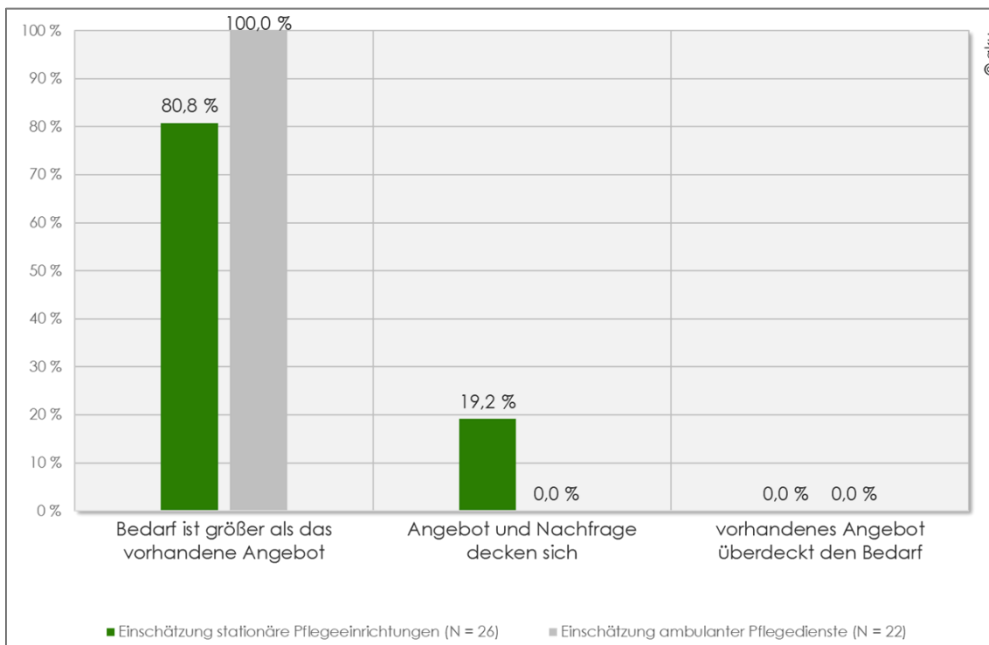
Die ambulanten Dienste gaben an, dass der häufigste Grund für eine erfolglose Suche nach einem Kurzzeitpflegeplatz ist, dass die Anzahl der Kurzzeitpflegeplätze in der Region generell zu gering sei (vgl. Abb. 15). Als zweithäufigster Grund wurde eine erhöhte Nachfrage aufgrund von Ferien-/Urlaubszeiten; als drithäufigster Grund die nicht frühzeitig verbindliche Zusage benannt.

Abb. 15 Gründe für eine erfolglose Suche nach einem KZP-Platz aus Sicht der ambulanten Pflegedienste



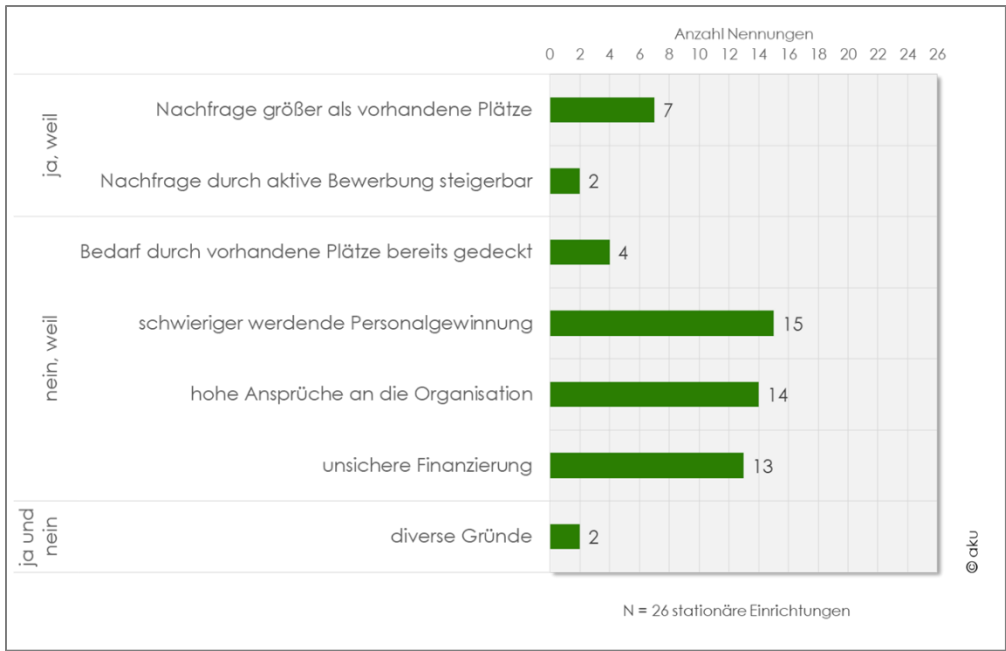
Sowohl die stationären Einrichtungen als auch die ambulanten Pflegedienste schätzen den Bedarf an Kurzzeitpflege größer ein als das vorhandene Angebot (vgl. Abb. 16).

Abb. 16 Einschätzung des Verhältnisses zwischen Bedarf und Angebot aktuell für Kurzzeitpflege in der Region



Von einer Angebotsausweitung sehen die stationären Einrichtungen allerdings größtenteils ab, vor allem aufgrund der schwierigen Personalgewinnung, des nicht refinanzierten Organisationsaufwands sowie der unsicheren Finanzierung (vgl. Abb. 17).

Abb. 17 Denkbare Angebotsausweitung am Standort aus Sicht der Pflegeeinrichtungen

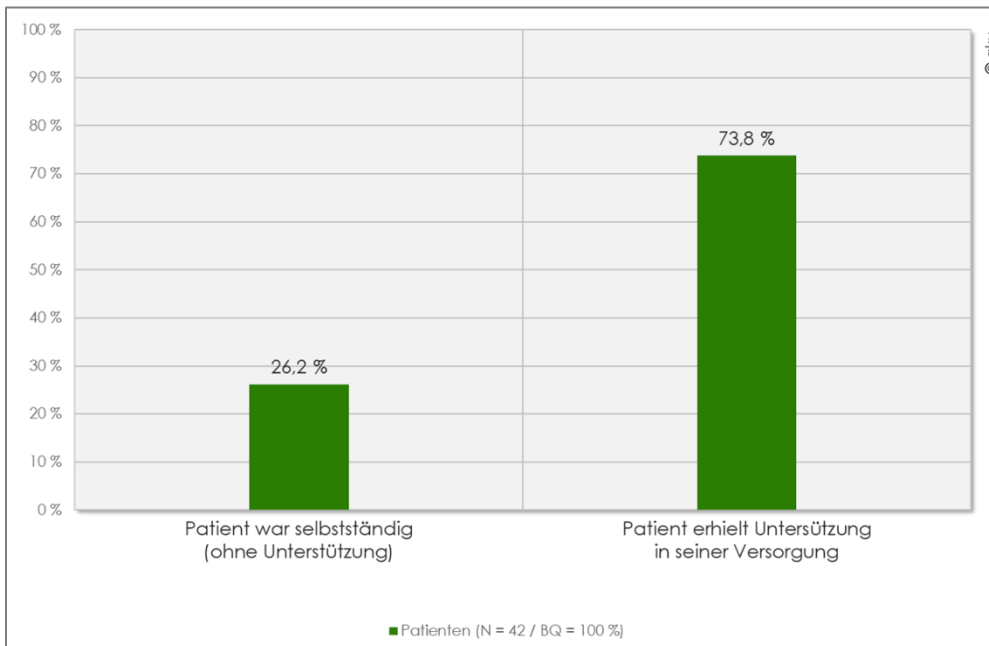


2.3.2 Wesentliche Ergebnisse der schriftlichen Datenerhebung in den Krankenhäusern

Merkmale, mit denen die Patienten ins Krankenhaus kamen

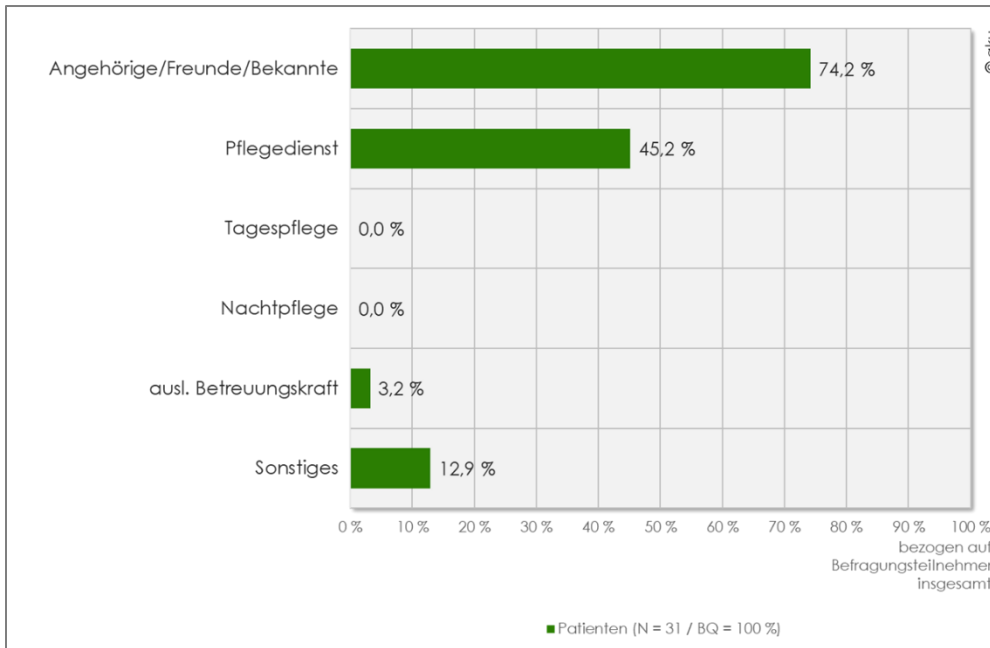
In der bisherigen Versorgungsform der Patienten vor dem Krankenhausaufenthalt erhielten 74 % Unterstützung (vgl. Abb. 18).

Abb. 18 Bisherige Versorgungsform der Patienten (personenbezogene Erhebung beim Sozialdienst in Krankenhäusern)



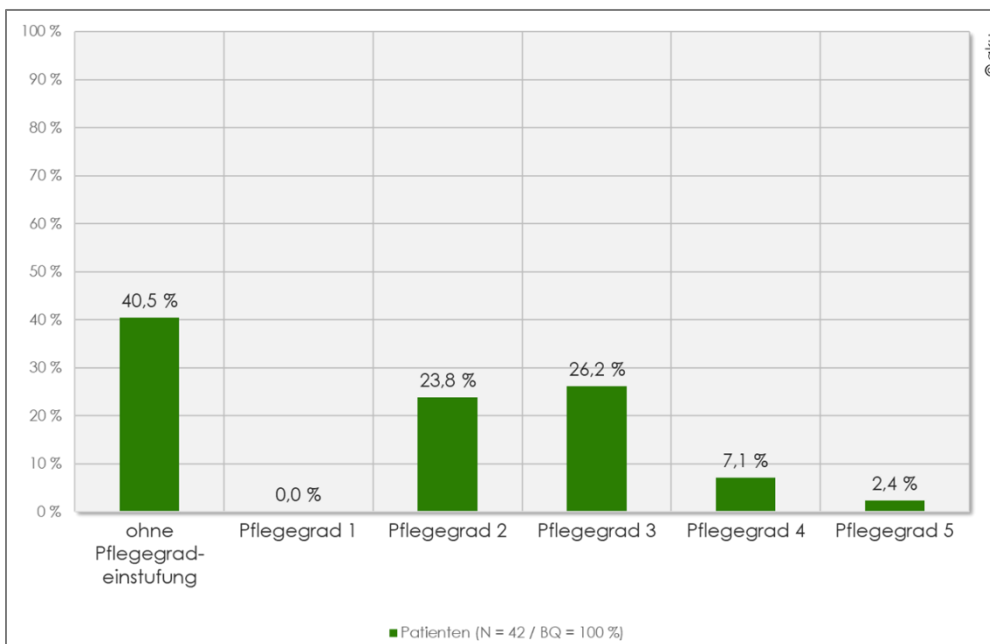
Bei denjenigen Patienten, die in ihrer bisherigen Versorgungsform Unterstützung erhielten, wurde diese Unterstützung bei 74 % durch Angehörige, bei 45 % durch einen ambulanten Pflegedienst (vgl. Abb. 19) geleistet.

Abb. 19 Bisherige Versorgungsform der Patienten – Unterstützung durch...
(personenbezogene Erhebung beim Sozialdienst in Krankenhäusern)



Die Pflegegradverteilung zu Beginn des Krankenhausaufenthalts ist in Abb. 20 dargestellt. Auffällig ist hier, dass nicht-eingestufte Patienten i. S. d. SGB XI mit 41 % vertreten sind. Wobei hier zu erwähnen ist, dass bei einigen Patienten im Laufe des Krankenhausaufenthalts eine Ein-/Höherstufung beantragt wurde (siehe nächste Abbildungen). Allerdings ist die Gruppe der älteren Patienten, die ohne Pflegegradeinstufung ins Krankenhaus kommt, eine Gruppe mit viel Potenzial zur Aktivierung: Mit entsprechender Mobilisation in der Übergangspflege kann diese Personengruppe oftmals wieder "fit gemacht" werden für zuhause.

Abb. 20 Pflegegradverteilung der Patienten bei Aufnahme im Krankenhaus
(personenbezogene Erhebung beim Sozialdienst in Krankenhäusern)



Die häufigsten Krankheitsbilder/Diagnosen, die Anlass für die Krankenhausaufnahme waren (erhoben bei den personenbezogenen Bögen der Patienten im Krankenhaus), sind die Folgenden:

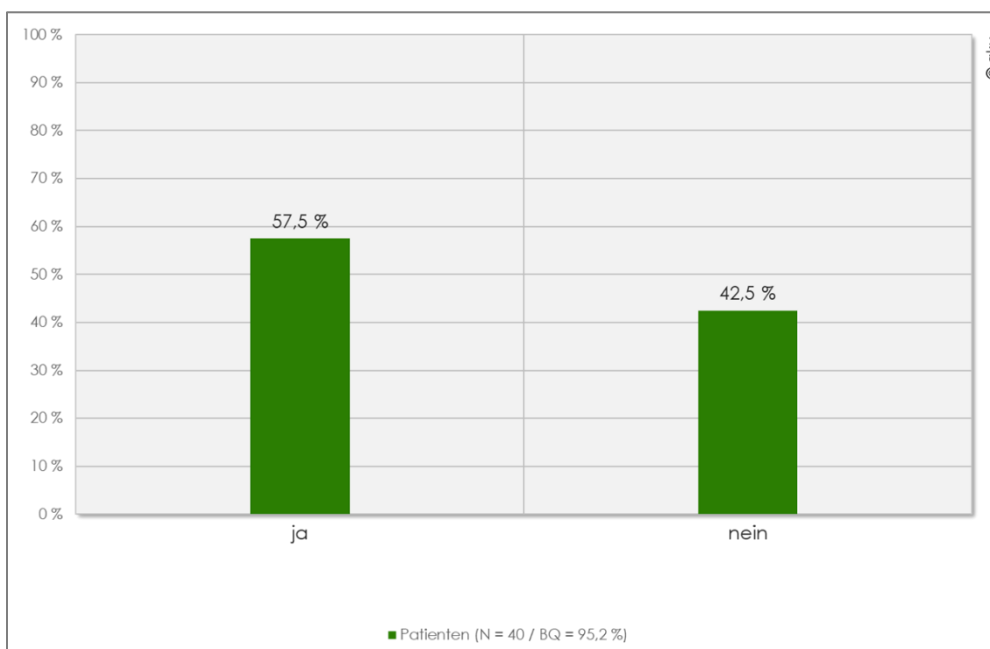
- Frakturen: elf Nennungen
- Bronchialkarzinom: vier Nennungen
- Atemwegserkrankungen: zwei Nennungen
- Erkrankungen des Immunsystems: zwei Nennungen
- Infektionen: zwei Nennungen

Die bei der aktuellen Befragung in Ravensburg aufgezeigten Krankheitsbilder (sowohl aus der personenbezogenen Erhebung bei den stationären Pflegeeinrichtungen als auch bei der personenbezogenen Erhebung in den Krankenhäusern) stimmen auf den ersten Blick mit den bisherigen Versorgungspfaden aus dem Projekt "Ambulante Übergangspflege" der Heiliggeistspitalstiftung in Freiburg überein.

Merkmale, mit denen die Patienten aus dem Krankenhaus entlassen werden

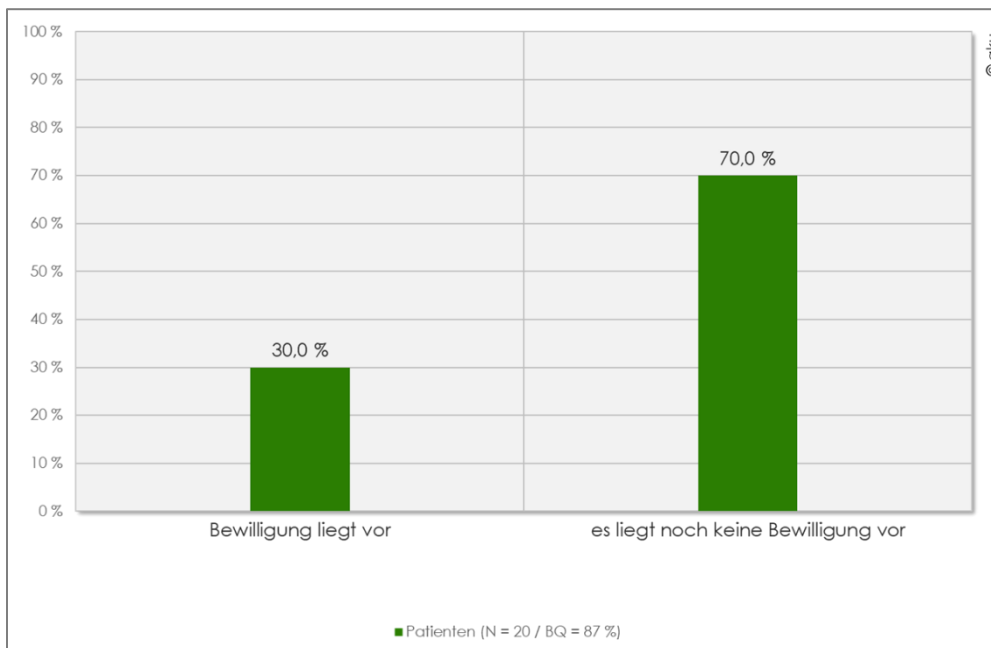
Bei 58 % der Patienten wurde eine Ein-/Höherstufung des Pflegegrads im Laufe des Krankenhausaufenthalts beantragt (vgl. Abb. 21).

Abb. 21 Beantragung einer Ein-/Höherstufung der Patienten (personenbezogene Erhebung beim Sozialdienst in Krankenhäusern)



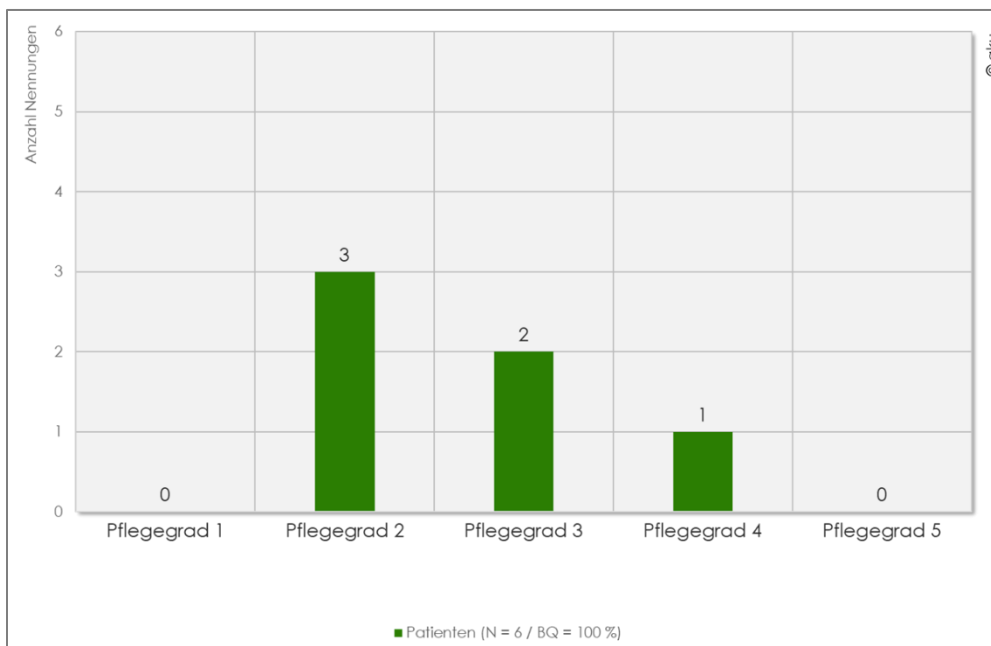
Bei denjenigen Patienten, bei denen eine Ein-/Höherstufung beantragt wurde, liegt lediglich bei 30 % bereits eine Bewilligung vor (vgl. Abb. 22).

Abb. 22 Vorliegen einer Bewilligung der Ein-/Höherstufung (personenbezogene Erhebung beim Sozialdienst in Krankenhäusern)



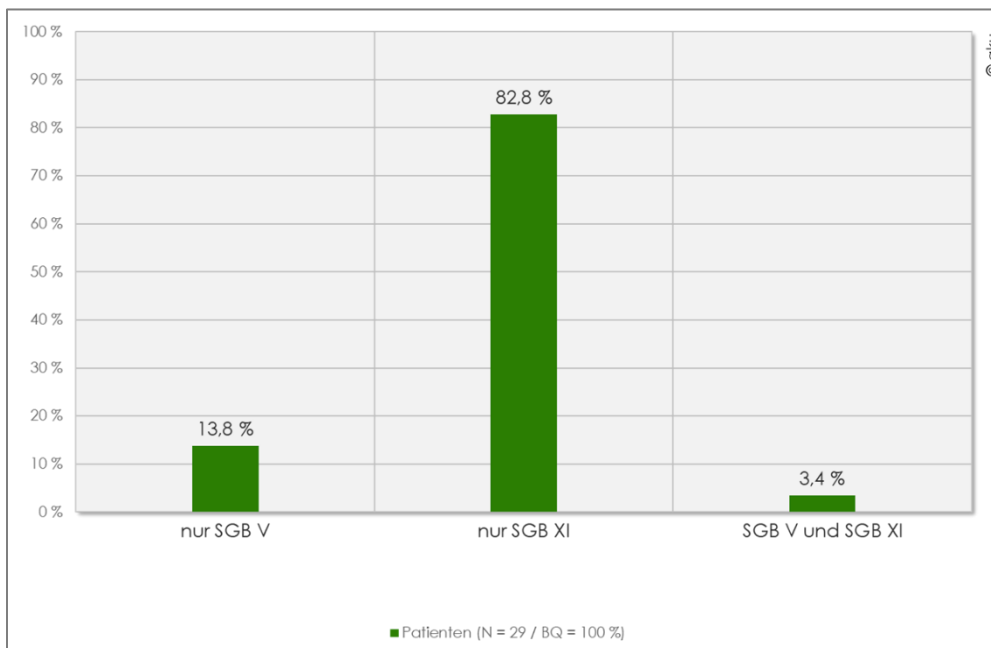
Die bereits bewilligten Pflegegrade sind in Abb. 23 dargestellt. Hier ist allerdings lediglich die Anzahl der Patienten dargestellt und nicht die prozentuale Verteilung, da hier lediglich sechs Fälle zugrunde liegen (da bei vielen Patienten noch keine Bewilligung des Pflegegrads vorlag und diese deshalb in dieser Abbildung nicht dargestellt werden konnten).

Abb. 23 Bewilligte Pflegegrade bei beantragter Ein-/Höherstufung (personenbezogene Erhebung beim Sozialdienst in Krankenhäusern)



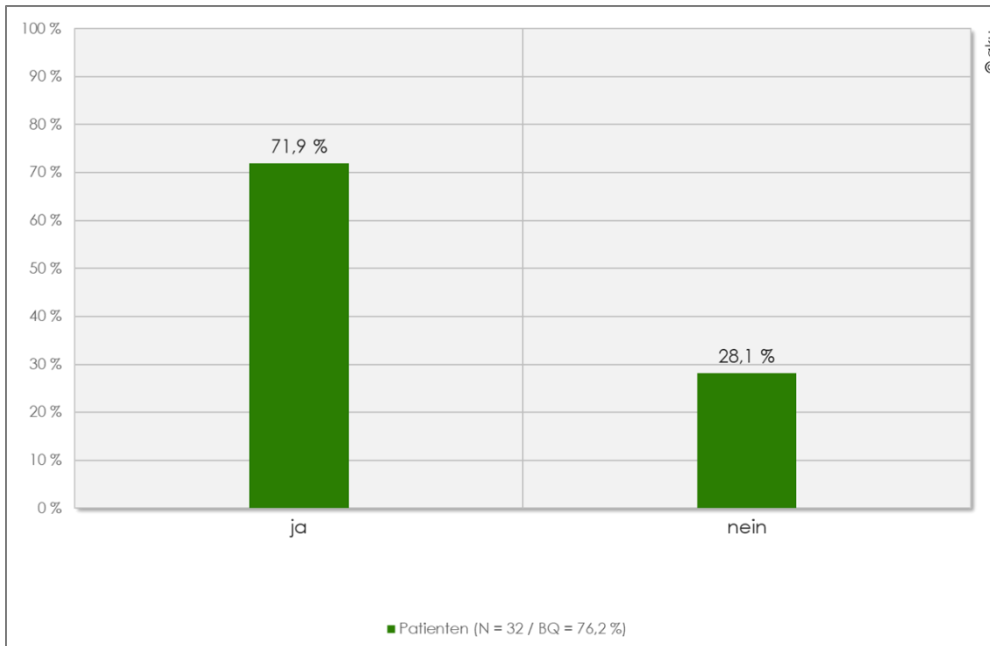
Zu 83 % wurde die Finanzierung der Übergangspflege nach SGB XI allein beantragt (vgl. Abb. 24). Lediglich zu 14 % wurde die Finanzierung der Übergangspflege nach SGB V allein und zu 3 % die Finanzierung der Übergangspflege nach SGB V und SGB XI gemeinsam beantragt, sodass bei Letzterem noch offen ist, auf welcher Grundlage die Übergangspflege letztlich finanziert wird – abhängig von der Bewilligung der Einstufung in einen Pflegegrad i. S. d. SGB XI.

Abb. 24 Beantragte Finanzierung der KZP (personenbezogene Erhebung beim Sozialdienst in Krankenhäusern)



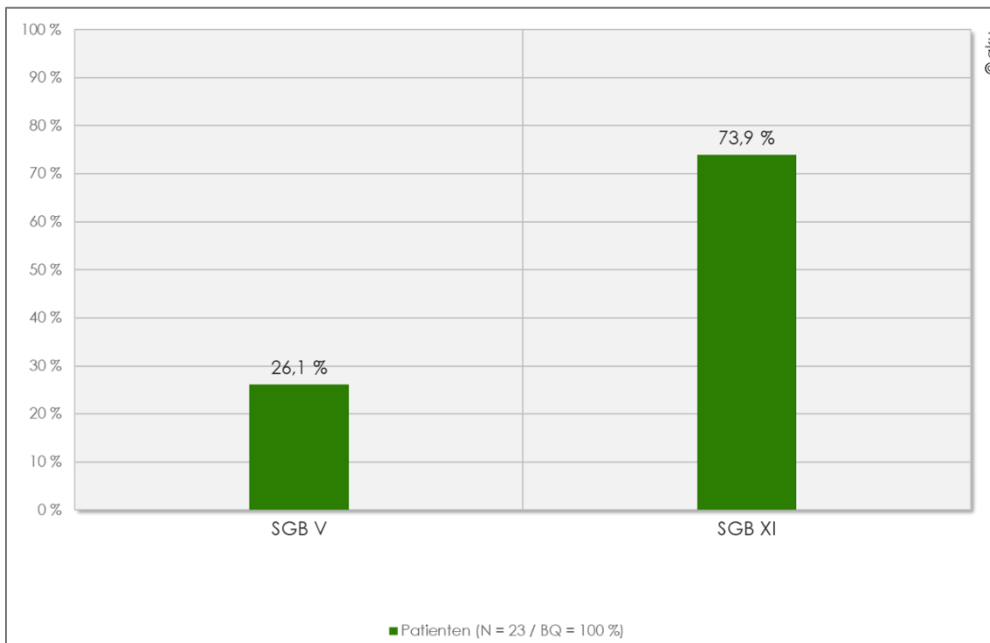
Bei 72 % der Patienten liegt noch während des Krankenhausaufenthalts eine Bewilligung der Finanzierung der Übergangspflege vor (vgl. Abb. 25).

Abb. 25 Vorliegen einer Bewilligung der beantragten Finanzierung der KZP (personenbezogene Erhebung beim Sozialdienst in Krankenhäusern)



Nach welcher Grundlage die Übergangspflege finanziert wird, ist für diejenigen Patienten, bei denen eine Bewilligung der Finanzierung bereits noch während dem Krankenhausaufenthalt vorliegt, in Abb. 26 dargestellt: Bei 74 % dieser Patienten wurde die Übergangspflege nach SGB XI finanziert.

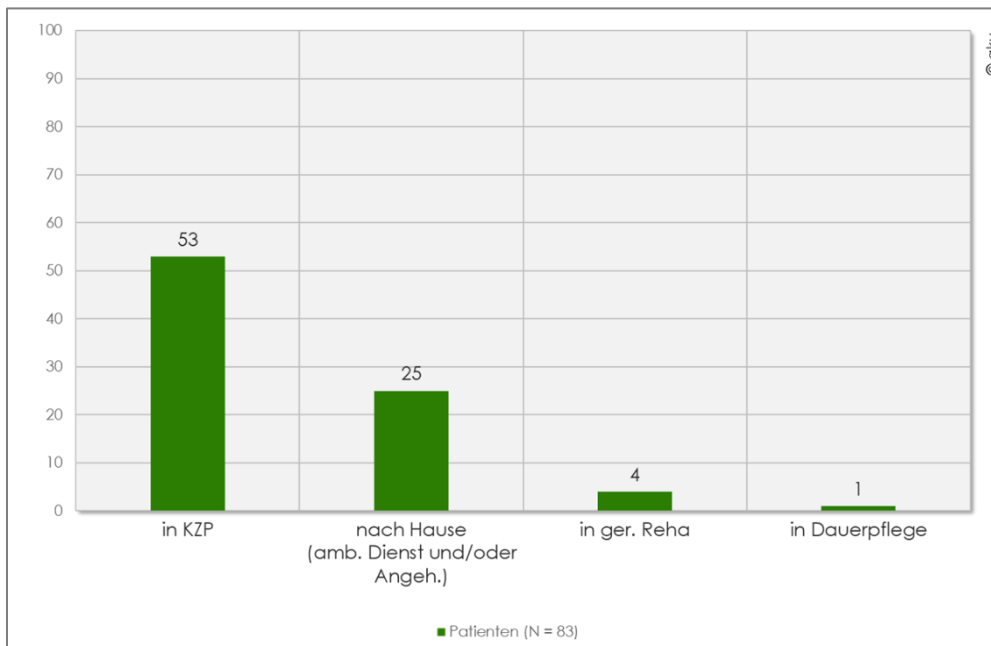
Abb. 26 Bewilligte Finanzierung der KZP (personenbezogene Erhebung beim Sozialdienst in Krankenhäusern)



Zahlen zu den Entlassungen im Krankenhaus sowie Verhältnis zwischen empfohlenen und realisierten Entlassungen

In den beiden Monaten des Befragungszeitraums wurden 53 Patienten in Kurzzeitpflege, 25 Personen nach Hause mit Unterstützung durch Angehörige oder einen ambulanten Dienst, vier Personen in geriatrische Reha und eine Person in Dauerpflege entlassen (vgl. Abb. 27).

Abb. 27 Entlassungen aus dem Krankenhaus (Quantitative Erfassung Jan/Feb 2019 bei den Krankenhäusern)



Aus der Oberschwabenklinik zeigen sich starke monatliche Schwankungen bei der Höhe der Entlassungen in Kurzzeitpflege (vgl. Tab. 2).

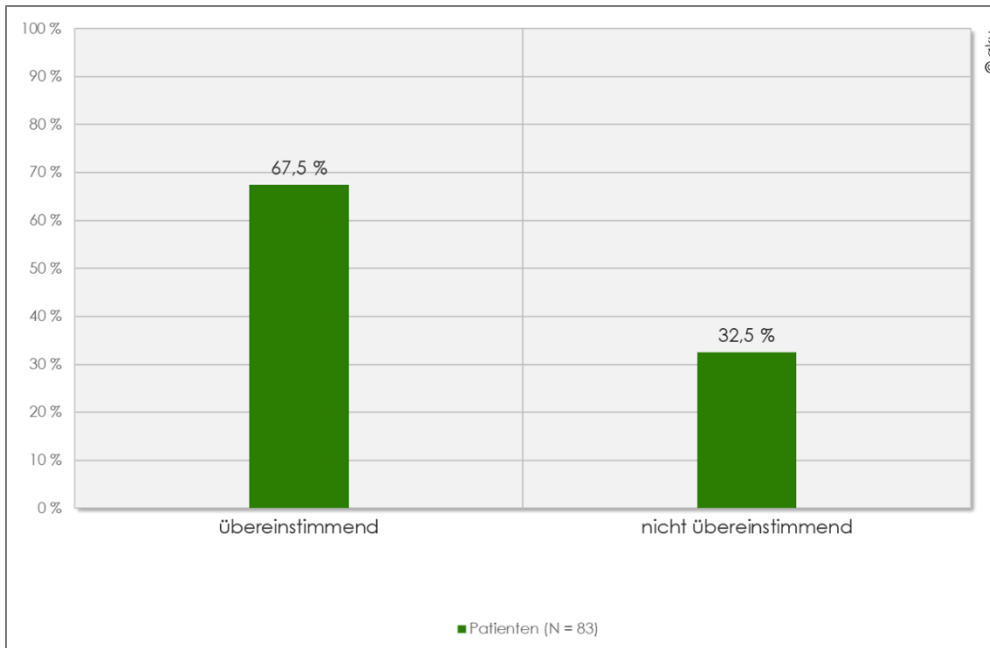
Tab. 2 Entlassungen in Kurzzeitpflege der Oberschwabenklinik – Daten aus SAP

Monat	Entlassungen in KZP		
	aus SAP		aus quantitativer Erfassung
	2018	2019	
Januar	84	37	21
Februar	56	43	25
März	77		
April	67		
Mai	54		
Juni	76		
Juli	56		
August	69		
September	<i>für Sept. wurden keine Daten geliefert</i>		
Oktober	23		
November	31		
Dezember	23		
gesamt	616	80	46

Auch beim Krankenhaus 14Nothelfer zeigen sich monatliche Schwankungen: Eigene quantitative Erhebungen im Krankenhaus 14Nothelfer zeigen, dass 2018 durchschnittlich 20 Patienten monatlich in Kurzzeitpflege entlassen wurden. Bei der hier im Projekt durchgeführten Erhebung wurden lediglich im Januar 2019 sechs und im Februar 2019 drei Patienten erhoben. Dies sei nach eigenen Angaben des Krankenhauses 14Nothelfer in diesem Fall u. a. darin zu begründen, dass in den beiden Monaten des Erhebungszeitraums sehr gut Reha-Plätze gefunden werden konnten und somit in vielen Fällen die Kurzzeitpflege als Übergang nicht gebraucht wurde.

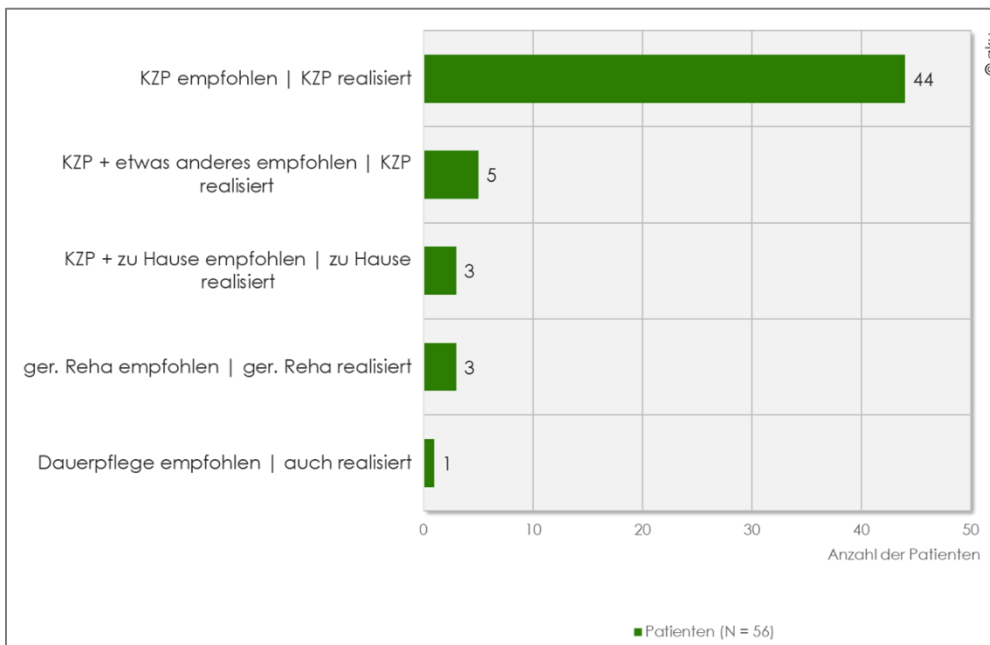
Bei der quantitativen Erfassung der Patienten sollte der Sozialdienst unterscheiden zwischen der Entlassung, die aus Sicht des Sozialdienstes empfohlen wurde und ob diese Empfehlung auch realisiert werden konnte. Bei 68 % der Patienten war die durch den Sozialdienst empfohlene Anschlussversorgung auch mit der tatsächlichen Anschlussversorgung übereinstimmend (vgl. Abb. 28).

Abb. 28 Übereinstimmung empfohlene und realisierte Entlassung (Quantitative Erfassung Jan/Feb 2019)



In Abb. 29 ist die Übereinstimmung von empfohlener und realisierter Anschlussversorgung nochmals detaillierter dargestellt: 44 Personen sollten in Kurzzeitpflege entlassen und dies konnte auch realisiert werden.

Abb. 29 Übereinstimmung empfohlene und realisierte Entlassung (Quantitative Erfassung Jan/Feb 2019)



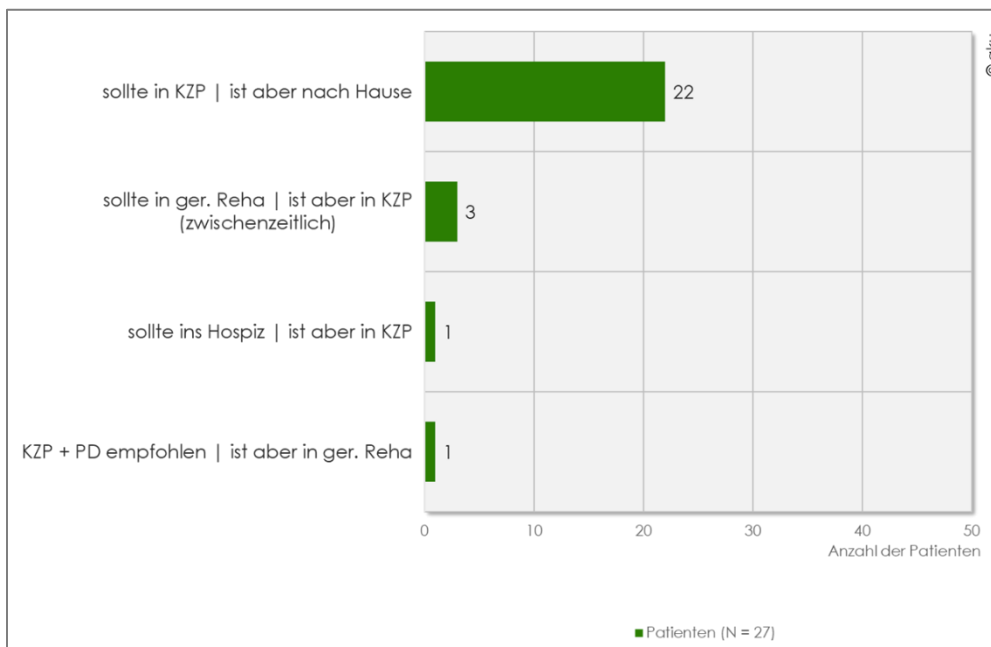
In Abb. 30 ist die Darstellung der Nicht-Übereinstimmung von empfohlener und realisierter Anschlussversorgung nochmals detaillierter dargestellt: 22 Personen sollten in Kurzzeitpflege entlassen werden, wurden aber tatsächlich nach Hause entlassen. Aus welchen Gründen

die eigentlich empfohlene Kurzzeitpflege nicht zustande kam, konnte in der quantitativen Erfassung allerdings nicht erfasst werden.

3 Personen, die nach Einschätzung des Sozialdienstes in geriatrische Reha entlassen werden sollten, wurden stattdessen in Kurzzeitpflege entlassen (vgl. Abb. 30). Dies erhöht die Anzahl an Kurzzeitpflegenutzern.

Die Art der Anschlussversorgung hängt auch wesentlich von der Verfügbarkeit der Versorgungsformen ab. Außerdem sind Patienten oftmals nicht eindeutig für eine bestimmte Versorgungsform geeignet bzw. ungeeignet. Somit muss immer individuell betrachtet werden, für was ein Patient in etwa in Frage kommt und was zur Verfügung steht.

Abb. 30 Nicht-Übereinstimmung empfohlene und realisierte Entlassung
(Quantitative Erfassung Jan/Feb 2019)



2.4 Zusammenfassung der Datenerhebung und Weiterarbeit

Wesentliche Inhalte aus den Ergebnissen der ausgewerteten Strukturhebungsbögen der stationären Einrichtungen sowie der ambulanten Dienste sind:

- Die Belegung der Kurzzeitpflegeplätze war Anfang des Jahres am höchsten.
- Krankenhausaufenthalte und Krisensituationen waren die häufigsten Anlässe für die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege.
- Das Krankenhaus wird von den stationären Pflegeeinrichtungen als Hauptzuweiser für Kurzzeitpflegegäste betrachtet. Daneben spielen die direkte Anfrage von Angehörigen, ambulante Pflegedienste sowie Betreutes Wohnen eine größere Rolle.
- Insgesamt wird der Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen von den Beteiligten höher eingeschätzt.
- Von einer Ausweitung des Angebots sehen die stationären Pflegeeinrichtungen aufgrund schwieriger Rahmenbedingungen (Personalgewinnung, Organisationsaufwand, Finanzierung) jedoch überwiegend ab.
- Die verfügbaren Kurzzeitpflegeplätze wurden zu knapp zwei Dritteln von Kurzzeitpflegegästen genutzt.

Wichtigste Ansatzpunkte und Problembereiche aus der Datenerhebung und den Experteninterviews sind die Folgenden:

- Die Qualität der Kurzzeitpflegeangebote muss deutlicher werden (z. B. zielgruppenspezifische und nutzergerechte Angebote).
- Die Transparenz über die verfügbaren Kurzzeitpflegeplätze ist zu erhöhen und fehlende Steuerungsmöglichkeiten sind zu entwickeln.
- Die Verfügbarkeit von Kurzzeitpflegeangeboten ist zu verbessern (solitäre Kurzzeitpflege, Angebotsausweitung?).
- Die Rahmenbedingungen für Kurzzeitpflegeangebote sind den Anforderungen anzupassen (Doku- und Organisationsaufwand, Beratungsaufwand etc.).
- Die schwierige Personalgewinnung in allen Bereichen führt zu Engpässen: Durch Personalmangel bei ambulanten Pflegediensten, wird die Versorgung zuhause "gehemmt"; durch Personalmangel bei stationären Einrichtungen wird die Schaffung von adäquaten Angeboten "gehemmt".

Darüber hinaus wurde auch deutlich, mit welchen Schwierigkeiten das Angebot der Kurzzeitpflege für stationäre Pflegeheime verbunden ist. Das bisherige Angebot in diesem Bereich wird als nicht ausreichend eingeschätzt. Eine Ausweitung des Angebots scheitert an den für die Einrichtungsträger schwierigen organisatorischen und finanziellen Rahmenbedingungen. Auf der anderen Seite wurde deutlich, dass pflegebedürftige Menschen das KZP-Angebot in Heimen aufgrund des "stationären Charakters" oftmals nicht gerne annehmen.

Vor diesem Hintergrund wurden im Modellprojekt konzeptionelle Überlegungen zu Kurzzeitpflegeangeboten außerhalb des stationären Rahmens aufgegriffen.

Konzeptionelle Überlegungen zum Aufbau von Kurzzeitpflegeangeboten im Landkreis Ravensburg – resultierend aus den Erhebungen:

Aufgrund der Analyse wurden für die Konzeptentwicklung der Kurzzeit- und Übergangspflege zwei Arbeitsgruppen gebildet, in denen die jeweils relevanten Akteure vertreten waren.

- **Arbeitsgruppe "Versorgungspfade"** (siehe Abschlussbericht Teil 2) zur Erarbeitung von Grundlagen zur solitären Kurzzeit- und Übergangspflege. Schwerpunktthema sollte sein, Versorgungspfade zu erstellen, um Bedarfe und damit verbundene Leistungen der unterschiedlichen Kurzzeitpflegearten zu identifizieren und somit die Refinanzierung der Konzepte zu überprüfen.
- **Arbeitsgruppe "Quartiersbezogener Ansatz zur Verhinderungspflege"** (siehe Abschlussbericht Teil 3) zur Urlaubsvertretung/Entlastung

Die Arbeit in den Arbeitsgruppen und deren Ergebnisse sind in den Teilen 2 und 3 des Abschlussberichts dargestellt.

Das Thema "Übergangspflege" wurde in einem weiteren Modellprojekt, das parallel im Landkreis Ravensburg durchgeführt wurde, bearbeitet. Die Stiftung Bruderhaus war Träger des Modellprojekts "Haus Oberhofen II: Sicherung der Anschlussversorgung von Krankenhauspatienten in der Kurzzeit- und Tagespflege mit therapeutisch-rehabilitativem Ansatz". Das Modellprojekt der Stiftung Bruderhaus war eng mit dem Modellprojekt "Bedarfsgerechte Kurzzeit- und Übergangspflege" des Landkreises verzahnt. Erkenntnisse aus beiden Projekten wurden im Projektbeirat präsentiert und diskutiert.

Quellenverzeichnis

Bär, M., Schönemann-Gieck, P., Süs, E. (2015): Vom Heim nach Hause. Abschlussbericht eines Modellprojektes zur Beratung von Kurzzeitpflegegästen nach Krankenhausaufenthalt. https://www.gero.uni-heidelberg.de/md/gero/bericht_vom_heim_nach_hause_2015.pdf (letzter Zugriff 31.03.2021)

Deckenbach, B., Stöppler, C., Klein, S. (2013): Qualitätskriterien für eine fachgerechte Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI). Abschlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit. Hrsg.: IGES, Berlin. https://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e5076/e11653/e11654/e11666/attr_objs11667/IGES_Qualitaetskriterien_Kurzzeitpflege_WEB_ges.pdf (letzter Zugriff 31.03.2021)

Hartmann, P., Assmann, M., Bigus, K., Cloosters, S., Cramer, T., Hackstein, J. et al. (2018): Entlassmanagement. Praxistipps zur Umsetzung im Krankenhaus. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH.

Heiliggeistspitalstiftung Freiburg (2019): Modellprojekt "Ambulante Übergangspflege" gefördert vom Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg. Kurzbericht. https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Pflege/Modellprojekt_Ambulante_Uebergangspflege_Kurzbericht_2019.pdf (letzter Zugriff 31.03.2021)

Main-Kinzig-Kreis, Leitstelle für ältere Bürger und iso Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e. V. (2011): Entwicklung qualitätsgesicherter häuslicher Tages- und Kurzzeitpflege im Main-Kinzig-Kreis. Im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI. Endbericht. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/entwicklung_qualitaet/Endbericht_Modellprojekt_8_Main-Kinzig-Kreis_19301.pdf#page=5&zoom=auto,-26,548 (letzter Zugriff 31.03.2021)

Stiftung Bruderhaus Ravensburg und aku GmbH (2020): Modellprojekt " Haus Oberhofen II: Sicherung der Anschlussversorgung von Krankenhauspatienten in der Kurzzeit- und Tagespflege mit therapeutisch-rehabilitativem Ansatz " gefördert vom Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg. Abschlussbericht (unveröffentlicht).

Stolz, R., Stopper, K., Schmedding, E., Riedel, A. (2018): Begleitete Entlassung (BegE) –
Brücke zwischen Krankenhaus und häuslicher Pflege.

https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Pflege/Inno-programm-Pflege-2014_Projektbericht_BegE_Juni-2018.pdf (letzter Zugriff 31.03.2021)