



caritasaltenhilfe
für die Region Konstanz 

pflegeheim
haus zoffingen 

Abschlussbericht zum Projekt

**Solitäre Kurzzeitpflege im Haus Zoffingen mit einer dualen
Spezialisierung: Palliativpflege und poststationärer Nachsorge
(KUPF)**

Gefördert im Rahmen des Innovationsprogramms Pflege 2022 des Ministeriums für
Soziales, Gesundheit und Integration



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT UND INTEGRATION

Caritas-Altenhilfe für die Region Konstanz gGmbH

Sandra Waider, M.Sc. und Stefanie Brandt, B.Sc.
Projektleitung und Assistenz der Projektleitung

**Hochschule Furtwangen
Fakultät Gesundheit, Sicherheit, Gesellschaft**

Prof. Dr. Peter König
Professor für Pflege - und Rehabilitationsmanagement
Vorstand Institut Mensch, Technik und Teilhabe

Ulrike Lindwedel, M.Sc.
Akademische Mitarbeiterin

Anna Tapiwa Marange, M.B.A.
Akademische Mitarbeiterin

Abgabedatum: 26.11.2024

Inhalt

Abbildungsverzeichnis.....	3
Tabellenverzeichnis.....	3
Abkürzungsverzeichnis.....	Fehler! Textmarke nicht definiert.
1. Hintergrund.....	5
1.1 Forschungsgegenstand.....	5
1.2 Fragestellung.....	8
2. Mix-Method-Ansatz.....	9
2.1. Studiendesign zur Erhebung und Auswertung der qualitativen Daten.....	10
2.2 Studiendesign zur Erhebung und Auswertung der quantitativen Daten.....	12
3. Ergebnisdarstellung der qualitativen und quantitativen Daten.....	13
3.1 Ergebnisse aus den Einzelinterviews.....	13
3.1.1 Einführung der Kurzzeitpflege mit Spezialisierungsangebot.....	13
3.1.3 Arbeitsabläufe und Tätigkeiten.....	21
3.1.4 Lebenswelt der Gäste.....	24
3.1.5 Unternehmenskultur.....	27
3.1.6 Motivation und Herausforderungen der Mitarbeitenden: Veränderungsprozesse anhand des ADKAR-Modells.....	30
3.3 Ergebnisse aus der Fokusgruppe.....	37
3.3.1 Diskutierte Lösungsansätze.....	39
3.3.2 Zwischenfazit.....	40
3.4 Evaluation der quantitativen Daten.....	41
3.4.1 Evaluation aus den Feedbackbögen der Gäste.....	41
3.4.1 Kennzahlen und Berechnung des Umsatzes.....	48
4. Diskussion.....	52
4.1 Zusammenfassung zu den strukturellen Rahmenbedingungen auf der KZP ..	52
4.2 Zusammenfassung zur Unternehmenskultur.....	54
4.3 Empfehlungen für das Personalmanagement.....	56
4.5 Rahmenbedingungen.....	57
4.6 Handlungsempfehlungen.....	58
5. Stärken und Limitationen.....	62
Literaturverzeichnis.....	63

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl der Pflegeheime, der verfügbaren Plätze und Anzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland. Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Statistisches Bundesamt [Destatis] (2023).....	6
Abbildung 2: Das angewandte Potpourri aus qualitativen und quantitativen Erhebungsmethoden. Eigene Darstellung.....	10
Abbildung 4: Eine gesundheitsökonomische Betrachtung: Problemursachen und Haupteinflussgrößen.....	19
Abbildung 5: Flussdiagramm des Aufnahmemanagements.....	22
Abbildung 6: Flussdiagramm zum Überleitungsmanagement.....	23
Abbildung 7: Flussdiagramm im Entlassungsmanagement.....	24
Abbildung 9: Das ADKAR-Modell im Kontext der poststationären Nachsorge und Palliativversorgung: Visualisierung der Perspektiven der Mitarbeitenden zu Bewusstsein, Wünschen, Wissen, Fähigkeiten und Verankerung im Projekt.....	31
Abbildung 10: Verteilung der eingegangenen Feedbackbögen im Projektzeitraum (Stand 27.08.2024).....	41
Abbildung 11: Herkunft der befragten Personen (Stand 27.08.2024) (Quelle: Klausurtagung).....	42
Abbildung 12: Zuweisungsquelle für die KZP (Stand 27.08.2024).....	43
Abbildung 13: Zufriedenheit der befragten Bewohnenden anhand verschiedener Aspekte (Stand 27.08.2024).....	45
Abbildung 14: Anzahl der Zugänge.....	48
Abbildung 15: Gründe der Abreise der Gäste aus der KZP.....	49
Abbildung 16: Entwicklung der pflegegradabhängigen Belegungszahlen von Sep 23 - Jul 24.....	50
Abbildung 17: Entwicklung der Belegung und Belegungsquote.....	51
Abbildung 18: Swotanalyse.....	60

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Interviewergebnisse zum Thema Personalmanagement/ - Führung in Anlehnung an die Aufgabenfelder des Human Resource Management.....	27
Tabelle 2: Quick Wins und Optimierungsbedarf im Bereich des Personalmanagements.....	56
Tabelle 3: Handlungsempfehlungen aus der Kategorie „Lösungsidee, - Möglichkeiten entnommen.....	61

AAPV..... allgemeine ambulante
Palliativversorgung

BTM..... *Betäubungsmittel*

CM..... *Case Management*

KW..... *Kalenderwoche(n)*

KZP *Kurzzeitpflege*

MA *Mitarbeitende*

PDL..... *Pflegedienstleitung*

QM..... *Qualitätsmanagement*

SAPV..... *Spezialisierte ambulante
Palliativversorgung*

WBL..... *Wohnbereichsleitung*

1. Hintergrund

1.1 Forschungsgegenstand

Die steigende Zahl hochbetagter Menschen und der damit einhergehende Pflegebedarf stellt Pflegeeinrichtungen vor zunehmende Herausforderungen. Gemäß der Charta für die Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen ist insbesondere für ältere Menschen eine qualitativ hochwertige palliative Versorgung unerlässlich (Dlubis-Mertens und Kopitzsch 2020). Gleichzeitig zeigt sich im Bereich der Kurzzeitpflege (KZP) ein wachsender Bedarf, der jedoch nicht mit der Verfügbarkeit von Pflegeplätzen Schritt hält. Die Pflegeeinrichtung der Caritas reagiert auf diesen Trend, indem sie Palliativkompetenz in ihr Angebot der KZP integriert. Neben der Palliativpflege soll auch die solitäre KZP in das Projekt einbezogen werden.

Eine Analyse der Entwicklungen in der vollstationären KZP zeigt, dass die Anzahl der Pflegeheime in Deutschland zwischen 1999 und 2021 relativ stabil blieb, ab 2017 jedoch ein leichter Rückgang zu verzeichnen ist (s. Abb. 1). Auch die Anzahl der verfügbaren Pflegeplätze stieg bis 2013 an, bevor ebenfalls ein Rückgang einsetzte. Im Gegensatz dazu ist die Zahl der Pflegebedürftigen über die Jahre weitestgehend gestiegen, was auf eine wachsende Nachfrage hinweist. Dies verdeutlicht eine zunehmende Diskrepanz zwischen der Nachfrage nach Pflegeplätzen und den verfügbaren Kapazitäten, insbesondere ab 2017. Trotz eines Rückgangs bleibt die Zahl der Pflegebedürftigen auf hohem Niveau, während die Anzahl der verfügbaren Plätze nicht in gleichem Maße zunimmt.

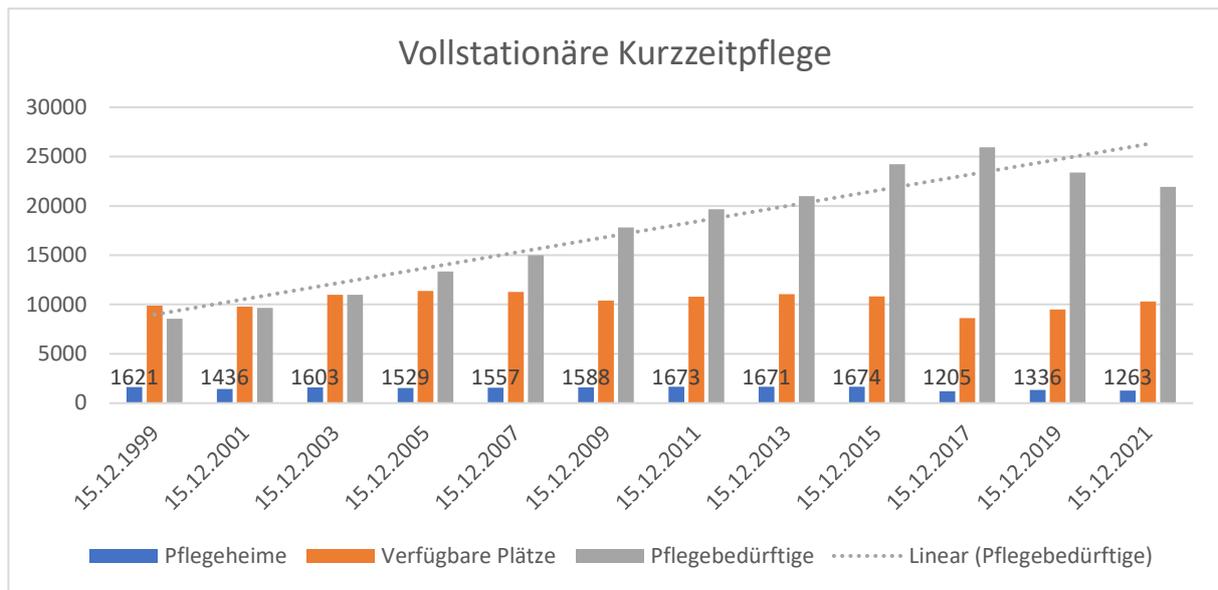


Abbildung 1: Anzahl der Pflegeheime, der verfügbaren Plätze und Anzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland. Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Statistisches Bundesamt [Destatis] (2023)

Die Gründe dafür, dass das Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen nicht mit der voraussichtlich weiter steigenden Nachfrage Schritt halten kann, sind vielfältig: Zum einen sind bauliche Anforderungen, wie die Erfüllung der Einzelzimmerquote, ein Faktor, der das Platzangebot vorübergehend reduziert. Zum anderen stellt der zunehmende Personalmangel in der Pflege eine erhebliche Hürde dar, die notwendigen Kapazitäten auszuweiten. Ein weiterer entscheidender Punkt sind die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, die das Angebot von KZP für Einrichtungen oft unattraktiv machen. Insbesondere die nicht vollständig refinanzierten zusätzlichen Kosten der pflegerischen Versorgung, etwa nach einem Krankenhausaufenthalt oder bei einer häuslichen Krise, sowie der Aufwand für die Koordination der Folgeversorgung (die häufig bei Aufnahme eines Gastes noch unklar ist), werden als belastende Faktoren genannt (Hahnel et al., 2023). Zudem sind regionale Gegebenheiten zu betrachten. Die Versorgungsmöglichkeiten für Menschen in der finalen Phase der Palliativpflege in Konstanz und Umgebung sind derzeit begrenzt. Die Brückenpflege des Klinikum Konstanz bietet Betreuung und Beratung für Tumorpatient*innen sowohl zu Hause als auch während des Klinikaufenthaltes an. Zudem stehen auf der Palliativstation des Klinikums fünf Betten für Palliativpatient*innen zur Verfügung, die dort während notwendiger

Therapiemaßnahmen aufgenommen werden können. Der Hospizverein Konstanz stellt drei 1-Zimmer-Appartements für lebensverkürzt erkrankte Menschen bereit, in denen sie auf ihrem letzten Weg begleitet werden, während die pflegerische Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst erfolgt. Das nächstgelegene stationäre Hospiz, das Horizont Hospiz- & Palliativzentrum in Singen, verfügt über neun Plätze, wobei die Nachfrage das Angebot bei weitem übersteigt. Im ehemaligen St. Marienhaus zeigte sich in den vergangenen Jahren ein steigender Bedarf an Palliativversorgung, wobei die durchschnittliche Verweildauer der Patient*innen nur wenige Tage bis Wochen beträgt. Angesichts dieser Entwicklung und des begrenzten Angebots wurde im Rahmen der Planung für den Neubau des Haus Zoffingen die Idee eines spezialisierten Kurzzeitpflegeangebotes für diese Patientengruppe entwickelt.

Nach einer zehnmonatigen Planungs- und Vorbereitungsphase entstand im September 2023 mit dem Umzug in das Haus Zoffingen, eine neue Station „Seerhein“ für solitäre KZP mit 15 Betten. Die Erweiterung dieses Angebots basiert auf dem erhöhten Pflegebedarf von Menschen in der besonders sensiblen Phase nach einem Krankenhausaufenthalt oder bei einer akuten Verschlechterung der häuslichen Versorgung (vgl. auch Brucker, Schmidt-Ohlemann, Schweizer & Warnach, 2020). Die Station „Seerhein“ bietet eine spezialisierte Betreuung für Personen, die nach einer Operation vorübergehend pflegebedürftig sind oder aufgrund fehlender Selbstpflegekompetenzen nicht direkt nach Hause entlassen werden können. Die Einrichtung hat sich zum Ziel gesetzt, die Konzeption und Rahmenbedingungen der KZP so zu gestalten, dass sie eine Rückkehr in die eigene Häuslichkeit unterstützt, die selbstbestimmte Teilhabe fördert – ggf. auch durch Rehabilitationsmaßnahmen – und eine kontinuierliche medizinische sowie pflegerische Versorgung der betroffenen Menschen sowohl während des Aufenthalts in der KZP als auch darüber hinaus gewährleistet (vgl. Brucker et al., 2020).

Die Versorgung von Kurzzeitpflegegästen, die aus dem Krankenhaus kommen, erfordert oft eine komplexe Koordination. Hierbei übernimmt das Case Management (CM) wichtige Aufgaben wie die Aufnahme auf der Station und die Planung der Nachsorge. Expert*innen empfehlen, das CM in übergeordnete Strukturen wie kommunale Einrichtungen oder Pflegestützpunkte zu integrieren. Auch in solitären

Kurzzeitpflegeeinrichtungen wird der Einsatz von CM dringend empfohlen, um eine reibungslose Versorgung sicherzustellen. In diesem Zusammenhang wurde im Projekt eine zusätzliche Stelle im CM geschaffen, die durch das Projekt finanziert wurde (vgl. Hahnel et al., 2023).

Nach Einschätzung stationärer Pflegeeinrichtungen bestehen aufgrund unzureichender Vergütung vor allem Angebotslücken für Menschen mit palliativem Versorgungsbedarf sowie für Personen mit schweren demenziellen Erkrankungen. (Hahnel et al., 2023). Die Einrichtung der Caritas bietet zudem die Möglichkeit, Menschen am Lebensende palliativ zu betreuen. Die Fortschritte in der Hospiz- und Palliativversorgung haben dazu beigetragen, dass das Sterben zunehmend als Teil des Alltags und des Lebens akzeptiert wird. Damit wird eine frühere Vorstellung von der Normalität des Sterbens wieder in den Vordergrund gerückt (Dlubis-Mertens & Kopitzsch, 2020).

Das Projektmanagement und die Leitung des Vorhabens wurden in enger Zusammenarbeit mit zusätzlichen Mitarbeitenden (MA) der Pflegeeinrichtung Caritas durchgeführt. Die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung des Projekts erfolgten durch die Hochschule Furtwangen, um fundierte Erkenntnisse zur Zufriedenheit und Qualität der umgesetzten Maßnahmen zu liefern. Dieses Projekt bildet einen wichtigen Meilenstein und Orientierungspunkt, um zukünftige Forderungen zu formulieren, die den wachsenden Anforderungen im Bereich der KZP gerecht werden und zugleich die Palliativversorgung Menschen unterschiedlicher Altersklassen weiter verbessern.

1.2 Fragestellung

Der vorangegangene Forschungsgegenstand bildet die Basis für die daraus abgeleitete Forschungsfrage, die lautet:

„Inwiefern wird die Situation der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen durch das Projekt der poststationären Nachsorge und Palliativversorgung insgesamt aufgefangen, gefördert oder erschwert?“

Zur Beantwortung dieser Fragestellung soll sowohl eine qualitative als auch quantitative bzw. ökonomische Evaluation durchgeführt werden, um Erkenntnisse über die Zufriedenheit und Wirtschaftlichkeit des Projekts zu gewinnen. Darüber hinaus wird die Qualität der Versorgung der Gäste¹ im Zusammenhang mit der Forschungsfrage untersucht, wobei im Fokus steht, ob das vorgestellte Konzept unter den aktuellen Rahmenbedingungen umsetzbar ist und welche Auswirkungen dies auf der Meso- und Makroebene hat.

Pflegeeinrichtungen bevorzugen häufig eingestreute Kurzzeitpflegeplätze, da eigenständige Kurzzeitpflegeeinrichtungen unter den derzeitigen Bedingungen als wirtschaftlich nicht tragfähig gelten. Neben den finanziellen Vorteilen wird diese Lösung von den Trägern als praktischer empfunden, da kein separates Konzept entwickelt werden muss und die KZP problemlos in die LZP integriert werden kann. In der Praxis dient sie oft als Übergangslösung, um die Wartezeit bis zur stationären LZP zu überbrücken (Brucker et al., 2020).

Abschließend führen diese Überlegungen zu theoretischen Schlussfolgerungen, die als „Lessons Learned“ aus der Einführung des Modellprojekts gewonnen werden und wertvolle Erkenntnisse über Formen und Funktionen der solitären Kurzzeitpflege im Kontext des Gesundheitswesens liefern können.

2. Mix-Method-Ansatz

Das nachfolgende Modell veranschaulicht das mehrstufige Vorgehen, welches eine umfassende Perspektive zur Versorgungssituation auf der KZP ermöglichen soll (vgl. Abb. 2). Gleichzeitig verdeutlicht das Modell die Parallelen zwischen qualitativen und quantitativen Daten, wobei auch eine isolierte Betrachtung der einzelnen Aspekte zu aussagekräftigen Resultaten führen kann. Der hier vorgestellte Mix-Method-Ansatz zielt darauf ab, die Vergleichbarkeit bzw. Argumentation qualitativer Daten durch den Rückgriff auf quantitative Daten zu verbessern und umgekehrt.

¹ Die Menschen, die ihren Aufenthalt auf der Station verbringen, werden als „Gäste“ aufgeführt.

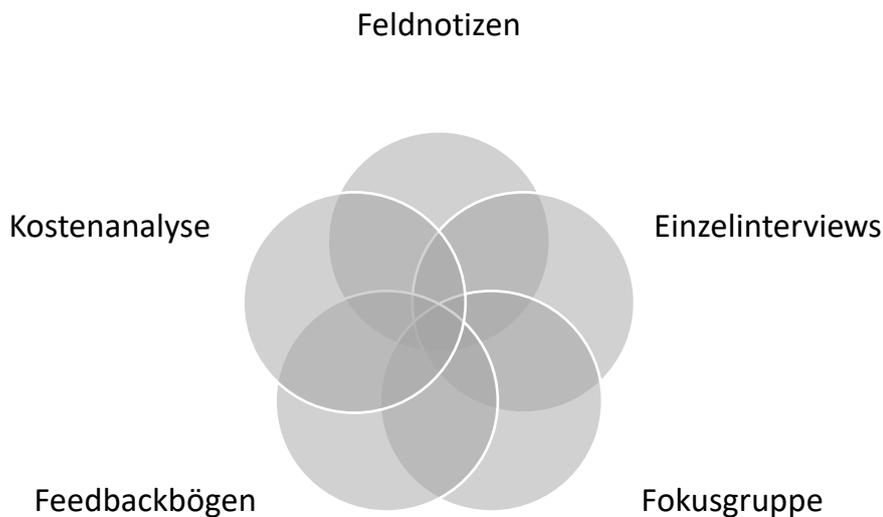


Abbildung 2: Das angewandte Potpourri aus qualitativen und quantitativen Erhebungsmethoden. Eigene Darstellung.

2.1. Studiendesign zur Erhebung und Auswertung der qualitativen Daten

Im Rahmen der Evaluationsstudie wurden neben den in den Hospitationen erstellten Feldnotizen, auch empirische Daten erhoben, welche im Folgenden hinsichtlich der Auswahl der Teilnehmenden, des Settings der Datenerhebung sowie der Datensammlung dargelegt werden. Die vorliegende Empirie verfolgt das Ziel, vielschichtige Einblicke in die Perspektive verschiedener Akteur*innen zu gewinnen. Dies umfasst sowohl die Ebene der professionellen Akteur*innen, auf der MA der KZP befragt wurden, als auch die Ebene der Betroffenen, auf der die Angehörigen und Patient*innen selbst zu Wort kommen. Auf diese Weise sollen verschiedene Deutungshorizonte zur neu erschaffenen Versorgungssituation auf der Station „Seerhein“ gewonnen werden.

Auswahl der Teilnehmenden und Setting

Die Projektleitung, welche die Funktion der Gatekeeperin innehat, hat den Zugang zum Feld für fokussierte Einzelinterviews ermöglicht und dadurch vereinfacht. Der Erhebungszeitraum erstreckte sich von Mai 2024 bis Juni 2024. Dabei wurden an

sieben unterschiedlichen Tagen teilweise ein Interview pro Tag, welches meist virtuell abgehalten wurde, oder mehrere akkumuliert bis zu fünf Interviews an einem Tag in Präsenz durchgeführt. Insgesamt wurden vier Interviews per Videokonferenz durchgeführt, während zwei Interviews in den jeweiligen Büros der Interviewpartner*innen stattfanden. Die Mehrheit der Interviews (n = 13) wurde in den Räumlichkeiten der Station (unbelegtes Patientenzimmer, Aufenthaltsraum oder Balkon) bzw. in der näheren Umgebung (Parkbank) selbst durchgeführt. Die Gesamtlänge der erhobenen Interviews betrug somit 12 Stunden und 26 Minuten, wobei ein Einzelinterview durchschnittlich 37 Minuten andauerte. Die kürzeste Dauer eines Interviews betrug 15 Minuten, während das längste Interview eine Dauer von 58 Minuten war.

Beschreibung der Stichprobe und Auswertungsmethode

In der Folge konnten insgesamt 19 Teilnehmende für die Einzelinterviews gewonnen werden. Von den 16 durchgeführten Interviews wurden jeweils Audioaufnahmen angefertigt und anschließend transkribiert. Bei drei Interviews wurde auf Wunsch der Befragten auf eine Audioaufnahme verzichtet, stattdessen wurde ein Gedächtnisprotokoll erstellt und im Anschluss direkt überarbeitet. Die Stichprobe umfasste Vertreter*innen aus verschiedenen Berufsfeldern, darunter Pflegeberufe mit und ohne Leitungsfunktion, Verwaltung, Projektmitarbeitende, Betreuungsdienst, Hauswirtschaft, Physiotherapie sowie Angehörige und Patient*innen, die sich zum Zeitpunkt der Erhebung in der Versorgung der KZP aufhielten. Die Feldnotizen wurden simultan mit den Interviews ausgewertet.

Weiterhin gehört eine Fokusgruppe aus Vertreter*innen des Hospizvereins, der Brückenpflege und der Station selbst zur Stichprobe dazu, welches jedoch unabhängig von den Einzelinterviews ausgewertet wird.

Die Interviews und die Fokusgruppe wurden anhand der qualitativen Themenanalyse nach Rädiker und Kuckartz (2019) ausgewertet (s. Anhang: Codesystem). Ausgewählte Kategorien bilden die Überschriften im Ergebnisteil (s. Kapitel 3.2 Ergebnisse aus den Einzelinterviews). Vorläufige Ergebnisse wurden im Rahmen regelmäßiger Jour-fixe-Termine mit der Projektleitung und -Assistenz auf inhaltliche

Kohärenz überprüft. Zudem ist noch eine Abschlussveranstaltung in Präsenz geplant, bei der die Ergebnisse aus der Evaluation den beteiligten Befragten vorgestellt und gemeinsam kritisch reflektiert werden sollen.

2.2 Studiendesign zur Erhebung und Auswertung der quantitativen Daten

Im Rahmen der quantitativen Datenerhebung erfolgte eine Auswertung stationsspezifischer Kennzahlen sowie des Feedbacks von Patient*innen.

Die Bewertungsbögen zur KZP sind in den Aufnahmeunterlagen, die für die Gäste bestimmt sind, enthalten (s. Anhang: Anschreiben und Feedbackbögen). Hierüber haben sie die Möglichkeit, ihr Feedback über den Aufenthalt in anonymisierter Form abzugeben.

Der Fragebogen ist in einer strukturierten Weise aufgebaut und zielt darauf ab, Feedback zu verschiedenen Aspekten des Aufenthalts in der KZP zu sammeln. Die Fragen decken sowohl den Aufnahmeprozess, die Bewertung des Gesamtangebots sowie speziell zur pflegerischen Betreuung und den angebotenen Services, als auch die Zimmerausstattung ab. Dabei besteht die Möglichkeit, die Fragen durch Ankreuzen oder durch Visualisierung einer Smiley-Skala (fünfstufige Likert-Skala) zu bewerten. Zudem können die Befragten handschriftliche Bemerkungen und Anregungen auf dem Fragebogen notieren. Dadurch können noch nicht erfragte Themen abgedeckt werden. Die gewonnenen Erkenntnisse ermöglichen der Einrichtung eine gezielte Umsetzung von Verbesserungen in folgenden Bereichen:

- Bessere Rückschlüsse auf mögliche Bedürfnisse der Patient*innen,
- im Bereich von Marketing und Öffentlichkeitsarbeit,
- im Bereich Pflege, Verpflegung und Betreuung,
- im Bereich der Wohnumgebung (Zimmerausstattung).

Die Fragebögen geben einen ersten Eindruck und Einblick über die Wahrnehmung der Patient*innen zu den Leistungen der KZP und erlauben die Qualität der Versorgung zu sichern.

3. Ergebnisdarstellung der qualitativen und quantitativen Daten

3.1 Ergebnisse aus den Einzelinterviews

3.1.1 Einführung der Kurzzeitpflege mit Spezialisierungsangebot

Neugründung

Der Code „*Neugründung*“ wurde vergeben, wenn Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Umsetzungsprozess des Modellvorhabens genannt wurden. In den Erfahrungsberichten zur Projektumsetzung spiegeln sich die unterschiedlichsten Herausforderungen wider, die mit dem Umzug und dem Aufbau der Station an sich, aber auch mit der Planung zur Versorgung der Gäste innerhalb der KZP zu tun haben.

Schwerpunkthemen: Eigenverantwortliche und selbstbestimmte Auseinandersetzung – Mitarbeiterengagement – Regelmäßige Projektbewertung (Jour Fixe) – Finanzierungsherausforderungen – Pilotcharakter und Umzug – Herausforderungen und Anpassungen

Für die Palliativpflege allein gebe es keine ausreichenden Finanzierungsmöglichkeiten, daher wurde die solitäre Kurzzeitpflege als zusätzliches Modell etabliert. Das Projekt wird als Pilotprojekt durchgeführt, um die Realisierbarkeit der KZP mit Spezialisierungsangebot zu testen. Der Umzug und die Einrichtung der neuen Stationen stellten logistische Herausforderungen dar, die jedoch durch vorausschauende Planung und schrittweises Vorgehen gemeistert wurden. Der Wechsel von der stationären LZP zur KZP brachte auch neue Herausforderungen mit sich, insbesondere aufgrund der wechselnden Patient*innen und der komplexeren Pflegeanforderungen. Diese Anpassungen erforderten Zeit und Flexibilität seitens des Teams. Die Beteiligten mussten viele Prozesse und Strukturen selbst erarbeiten, was die Selbstbestimmung und Eigenverantwortung der Projektteilnehmenden stärkten.

Die Einbindung der MA in das Projekt war ein wichtiger Erfolgsfaktor. Ihre Ideen und ihr Engagement trugen zur Implementierung und Weiterentwicklung des Projekts bei. Zudem wurde der Zusammenhalt im Team durch regelmäßige Evaluationsworkshops gestärkt. Durch regelmäßige Jour Fixe wurde der Fortschritt des Projekts kontinuierlich überwacht. Dies half, Probleme frühzeitig zu erkennen und Anpassungen vorzunehmen:

„Und das hilft dann auch immer mal zu sagen: ‚Aha, ja, also wir haben ja auch schon ganz viel erreicht von dem, was wir ursprünglich uns mal vorgenommen haben“ (Interview_B7, Pos. 16)

Einrichtungsstrukturen

Der Code „*Einrichtungsstrukturen*“ wurde vergeben, wenn die infrastrukturellen, personellen und organisatorischen Strukturen und ihre Funktionen der neuen KZP benannt und/ oder mit der LZP verglichen wurden. Wesentliche Unterschiede zwischen KZP und LZP liegen in den zeitlichen Ressourcen. Weitere Inhalte sind die Arbeitszeiten, die sich von Berufsgruppe zu Berufsgruppe unterscheiden. Pull-Faktoren für potentielle neue MA werden erläutert. Empfehlungen zur strukturellen Ausrichtung werden kodiert, um die KZP entsprechend zu kennzeichnen.

<p>Schwerpunktt Themen: Struktur und Organisation – Kleine Anzahl an Patienten mit Komplexität – Spezialisierungsangebote und deren Auswirkungen – Räumliche und organisatorische Herausforderungen</p>

Die KZP ist als solitäre Einheit organisiert, was teilweise den Austausch von Personal zwischen den Abteilungen und Zuständigkeiten in der gesamten Einrichtung erschwert. Dies erhöht die Herausforderung, Personal flexibel einzusetzen, und betont die Notwendigkeit einer klaren organisatorischen Trennung. Einerseits ermöglicht die Isolierung der KZP von der LZP eine spezialisierte Betreuung in einem ruhigeren Umfeld, andererseits erschwert es den interdisziplinären Austausch und die flexible Nutzung von Ressourcen (z.B. Personal, Ausrüstung). Das Fehlen klarer Besuchs- und Sprechzeiten sowie fehlender Empfangsmöglichkeiten für Besucher*innen führt zu Unruhe und Belastungen für das Pflegepersonal. Angehörige, die zu

selbstgewählten Zeiten kommen, stellen eine Belastung für das Personal dar. Die Einführung von festen Besuchszeiten wurde als notwendig erkannt, um die Arbeitsabläufe zu optimieren und den Angehörigen Orientierung zu bieten. Dennoch bleibt die Kommunikation mit den Angehörigen intensiv und zeitaufwändig. In der KZP gibt es weniger Gäste als es Bewohnende in der LZP gibt, was dem Personal ermöglicht, individuellere Pflege und Betreuung anzubieten. Dies kann den pflegebedürftigen Personen zu Gute kommen, da ihre Bedürfnisse besser erkannt und adressiert werden können:

„Nein, ich glaube, sie [die MA] haben [...] ein anderes Zeitpuffer wie auf einem vollstationären. Weil es sind weniger Bewohner, sind natürlich auch bisschen weniger Mitarbeiter. Sie haben auch Pflege [...]. Einige Kunden – heißt es ja unten –, dass sie doch noch mehr selber machen können. Also dass eher kleinere Handhabungen manchmal auch da sind. Also vielleicht nur bei zwei drei größere Pflegen sind. Das macht schon was aus. Ich glaube auch der Kontakt, dass viele halt auch noch mehr ins Gespräch gehen mit den Mitarbeitern.“ (Interview_B13, Pos. 14)

Spezialisierung auf bestimmte Bedarfe wie in der Palliativversorgung erfordert zusätzliches Fachwissen und eine intensivere Betreuung, was wiederum aus personeller und kompetenter Sicht eine Herausforderung für das Personal darstellt. Dies erfordert eine spezifische Schulung des Personals sowie angepasste räumliche und organisatorische Strukturen, um die hohe Qualität der Pflege zu gewährleisten.

Räumlichkeiten

Der Code „*Räumlichkeiten*“ wurde vergeben, wenn Textstellen zu baulichen Strukturen der KZP vorhanden sind. Die zentralen Räumlichkeiten stellen das Dienstzimmer, der Aufenthaltsraum, die Zimmer und deren Ausstattung sowie die äußere Umgebung mit ihren Einflüssen dar.

<p>Schwerpunkthemen: Eingangsbereich, Aufenthaltsraum und Speisesaal – Barrierefreiheit und Bodenbeschaffenheit – Fehlender Handlauf – Therapieraum und Raumplanung – Mangel an Ausstattung – Zimmergröße und Gestaltung – Fehlender</p>

Raum für Ruhe und Aktivitäten – Feinschliffe der Ausstattung – Rückmeldungen von
Angehörigen – Lage und Umgebung

Die Räumlichkeiten sind neu und schön gelegen. Allerdings wird der Aufenthaltsraum kaum von den Gästen genutzt. Dies könnte auf eine mangelnde Anziehungskraft des Raums für die Gäste hindeuten. Die Station ist barrierefrei und bietet einen geschützten Rahmen, was im Vergleich zum schwierigen Kopfsteinpflaster draußen als vorteilhaft empfunden wird. Es gibt in der Einrichtung keine Handläufe, was als Mangel betrachtet wird, insbesondere weil diese in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern üblich sind. Dieser Mangel wird durch die baulichen Gegebenheiten (ehemalige Klassenzimmer) erklärt. Der Therapieraum ist nicht ideal gelegen (er befindet sich in einem anderen Gebäudeteil), und es fehlt an geeigneten Räumen für die Aktivitäten zur Betreuung und Lagerung von Material. Dies deutet auf eine suboptimale Raumplanung hin. Die Zimmer sind teilweise zu klein, was den Gästen wenig Raum für persönliche Gegenstände lässt. Es wird bedauert, dass keine Gegenstände an den Wänden angebracht werden dürfen, was die Zimmer unpersönlich wirken lässt. Ein geschlossener Raum, in dem Aktivitäten in Ruhe durchgeführt werden können, fehlt. Obwohl die Station insgesamt gut ausgestattet ist, gibt es noch Verbesserungsbedarf, insbesondere in den Palliativzimmern, wo z.B. Naturfotos für eine angenehme Atmosphäre sorgen sollen. Feedback aus den Feedbackbögen wird ernst genommen, und Anpassungen wie zusätzliche Kleiderhaken oder der Wunsch nach mehr Stühlen in den Zimmern werden umgesetzt. Dies zeigt eine Bemühung, die Einrichtung den Bedürfnissen der Gäste und ihrer Angehörigen anzupassen. Die schöne Lage und der Ausblick werden positiv hervorgehoben. Allerdings gibt es auch Kritik am Umgebungslärm (z.B. Martinshorn), der den Aufenthalt beeinträchtigen kann:

„Bei mir daheim ist ruhig und hier ist die ganze Zeit Martinshorn. Und ich wohne direkt am See. Und da ist ruhig. Nur wenn es stürmt. (...) Hier ist der ganze Tag. Martinshorn. Da kannst du nicht schlafen.“ (Interview_B16, Pos. 25-27)

Schwerpunktthemen: Apotheke und Medikamentenvorräte - Ausstattung und Hilfsmittel - Fehlende Ressourcen - Palliativpflege

Vor diesem Hintergrund soll das geplante Angebot nicht nur eine spezialisierte pflegerische Betreuung sicherstellen, sondern auch strukturelle Lösungen für die Herausforderungen in der Palliativversorgung entwickeln.

Ein zentrales Problem in der Palliativversorgung stellt die fehlende Möglichkeit dar, in Pflegeeinrichtungen Material und Medikamente vorzuhalten, da eine Bevorratung generell nicht vorgesehen oder erlaubt ist. Dies führt insbesondere bei komplexen medizinischen und pflegerischen Bedarfen immer wieder zu Versorgungsengpässen und kritischen Notständen, da dringend benötigte Medikamente oder Hilfsmittel nicht unmittelbar verfügbar sind. Für eine adäquate Versorgung müssen die rechtlichen Rahmenbedingungen angepasst werden. Vor allem bei denjenigen Personen ohne Angehörige kann dies zu Versorgungsproblemlagen führen. Ebenso fehlen teilweise notwendige medizinische Geräte, die für die Versorgung von Palliativpatient*innen wichtig wären:

Person 1: „Was meinst du, was bräuchtest du noch an Ausstattung oder an Equipment für/

Person 2: „Ich glaube die ganzen medizinischen Geräte, die dafür notwendig wären, wenn jetzt Palliativpflegefälle reinkämen“ (Interview_B12, Pos. 95-96)

Auch wird der psychologische Nutzen von Bewegungsangeboten wie dem „Plaudertisch“ hervorgehoben, der jedoch noch mehr in die Betreuung integriert werden könnte. Es wird davon ausgegangen, dass die Einrichtung vom materiellen Bestand nicht vollständig auf die Aufnahme von Palliativpatient*innen vorbereitet ist.

Schwerpunktthemen: Herausforderungen bei BTM-Rezepten – Unterschied zwischen eingestreuter und solitärer Kurzzeitpflege – Abrechnungsprozess und

Zusatzleistungen – Unterschiede bei poststationärer Versorgung und Palliativpatienten – Investitionskosten und Zuschüsse – Nutzung von Pflegebudgets

Die Abrechnung ist komplex und erfordert sorgfältige Überprüfung der erbrachten Leistungen und der jeweiligen Versicherungsbedingungen. Kurzzeitpflege- und Verhinderungspflegebudgets können kombiniert werden, um den Aufenthalt zu verlängern. Es gibt auch monatliche Entlastungsbeträge, die für Selbstkostenanteile genutzt werden. Die Kombination verschiedener Budgets ermöglicht längere Aufenthalte, erfordert jedoch genaue Planung und Beantragung.

Die Beschaffung von Betäubungsmitteln (BTM) stellt für die KZP eine Herausforderung dar, insbesondere vor dem Wochenende. Die Prozesse sind häufig mit langen Wartezeiten und umständlichen Wegen verbunden, was für schmerzleidende Patient*innen problematisch ist.

In der Vergangenheit wurde die KZP in freiwerdenden vollstationären Plätzen angeboten. Die solitäre KZP zeichnet sich dadurch aus, dass die Gäste lediglich für einen begrenzten Zeitraum in der Einrichtung verbleiben und im Anschluss in ihre häusliche Umgebung zurückkehren. Diese Änderung führt zu mehr Aufnahmen. Ein zentrales Problem in der Umsetzung des spezialisierten Kurzzeitpflegeangebotes ist die abrechnungstechnische Grauzone, die entsteht, wenn das Kurzzeitpflegebudget ausgeschöpft ist, die Patient*innen aber weiterhin auf intensive palliative Versorgung angewiesen sind. Die derzeitige Praxis führt in solchen Fällen zu zähen Verhandlungen mit den Pflegekassen um eine kurzfristige Verlängerung der Finanzierung oder zwingt die Patient*innen und ihre Angehörigen dazu, die Kosten selbst zu tragen.

Die Kernproblematik liegt in der fehlenden Flexibilität der Abrechnungssysteme. Die Pflegekassen finanzieren entweder eine Kurzzeitpflege oder einen Hospizplatz, wobei das spezialisierte Angebot aufgrund der bestehenden gesetzlichen Kriterien nicht als Hospiz anerkannt wird. Dies führt immer wieder zu Diskussionen, da die Palliativversorgung je nach individueller Situation nicht strikt in die bestehenden Finanzierungsmodelle passt. Eine längere Sterbephase oder auch eine temporäre Stabilisierung des Gesundheitszustands der Patient*innen erfordert oft eine

fortgesetzte Pflege über die übliche Kurzzeitpflegegrenze hinaus. Während eine vollstationäre Aufnahme in der Langzeitpflege garantiert werden kann, entspricht diese Form der Versorgung häufig nicht den spezifischen Bedürfnissen der Betroffenen in ihrer letzten Lebensphase.

Für eine nachhaltige und praktikable Lösung ist daher eine größere Flexibilität in der Modalität der Abrechnung erforderlich, um den besonderen Anforderungen der Palliativversorgung gerecht zu werden. Diese Problematik muss in der Diskussion mit dem Ministerium ausdrücklich thematisiert werden, da sie eine der größten strukturellen Herausforderungen für die Umsetzung des Projekts darstellt.

3.1.2 Herausforderungen und Bewältigungsstrategien bei der Neueröffnung

Das nachfolgende Diagramm wurde auf Grundlage der Interviewergebnisse erstellt und basiert auf den Kategorien „Ausgangssituation“ sowie „Bedingungen und Auswirkungen auf der Station“. Dabei wurde deutlich, dass das langfristige Bestehen des Projekts mit erheblichen Herausforderungen und zahlreichen Hürden verbunden ist. Im Folgenden werden die bestehenden Probleme näher erläutert, die dazu geführt haben, die Bettenanzahl für Gäste mit palliativen Bedarf zu reduzieren.

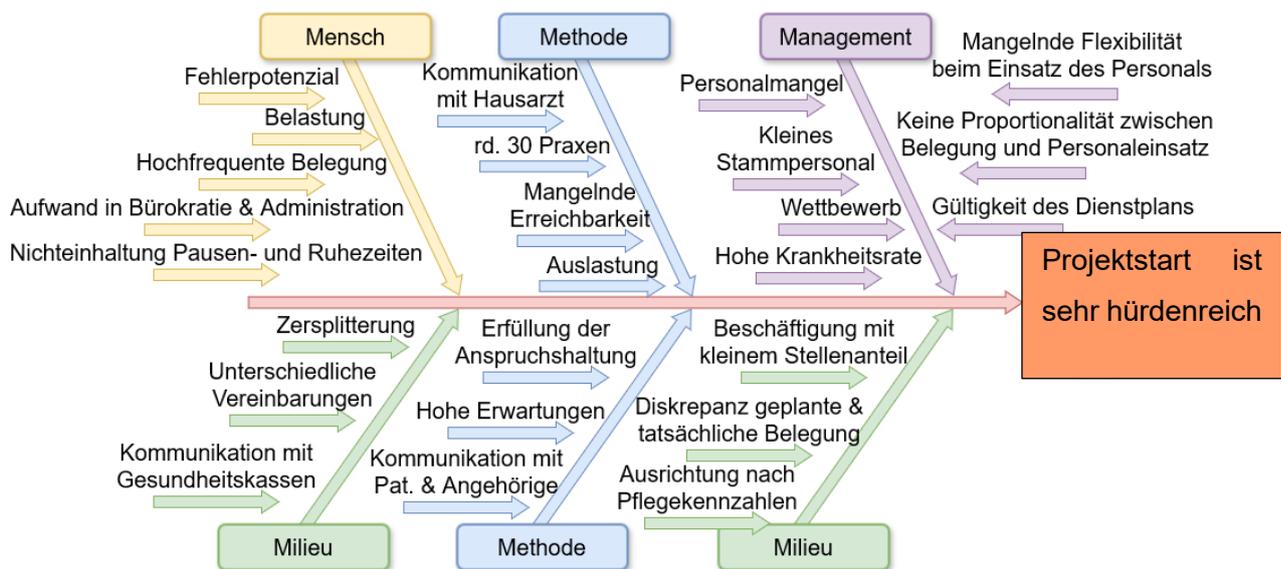


Abbildung 3: Eine gesundheitsökonomische Betrachtung: Problemursachen und Haupteinflussgrößen.

Bei der Einflussgröße „Mensch“ wird deutlich, dass das Pflegepersonal einem enormen Arbeitsdruck ausgesetzt ist. Die Interviews verdeutlichen, dass die Fluktuation der Gäste auf der KZP sehr hoch ist, was den Stress und die Überlastung der MA zusätzlich verstärkt. Aufgrund der hohen Arbeitsbelastung bleibt den Pflegekräften oftmals kaum Zeit, notwendige Pausen einzulegen, was nicht nur zu Erschöpfung, sondern auch zu einer erhöhten Anfälligkeit für Fehler beitragen kann. Ursächlich wird der bürokratische Aufwand aufgeführt und als belastend empfunden, da die administrative Arbeit die ohnehin knappen Ressourcen noch weiter beansprucht. Dies zeigt, wie stark die Pflegekräfte physisch und psychisch gefordert sind.

Die Kommunikation oder die Zusammenarbeit mit den Hausarztpraxen wird als herausfordernd beschrieben. Da die Pflegekräfte mit potentiell rund 30 verschiedenen Hausarztpraxen zusammenarbeiten, entstehen häufig Verzögerungen bei der Beschaffung von Medikamenten und der Erstellung von Behandlungsplänen. Oft liegen zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus nur vorläufige Berichte vor, was zusätzlichen administrativen Aufwand verursacht und die Abläufe verkompliziert. Zudem stellt die Kommunikation mit den Gästen und deren Angehörigen eine weitere Belastung für das Pflegepersonal dar. Diese Gespräche sind zwar ein essenzieller Bestandteil der Betreuung, nehmen jedoch viel Zeit in Anspruch. Das Bedürfnis der Angehörigen nach umfassender Information und Begleitung erhöht den Druck auf die Pflegekräfte, was den ohnehin schon hohen Stresspegel weiter steigen lässt und zur Überlastung beiträgt.

Bei der Einflussgröße „Management“ wird der Personalmangel als zentrales Problem identifiziert, was die Organisation stark beeinträchtigt. Besonders schwierig ist die Planbarkeit des Personals, da Krankheitsausfälle häufig kurzfristig auftreten und es an flexiblen Lösungen mangelt, um diese Lücken schnell zu schließen. Dies führt zu erheblichen Herausforderungen bei der Erstellung von Dienstplänen und bei der gerechteren Verteilung der ohnehin knappen Pflegekräfte. Hinzu kommt, dass die Anzahl des Personals nicht im Verhältnis zur Belegung der Betten steht. Es besteht keine Möglichkeit, die Pflegekräfte je nach Auslastung flexibel einzusetzen. Insbesondere bei kurzfristigen Absagen oder nicht vollständig belegten Betten bleibt

das Personal dennoch vor Ort. Dieser Mangel an Anpassungsfähigkeit erschwert auch die wirtschaftliche Planung und Organisation.

Bei der Einflussgröße „Milieu“ stellt sich die Kommunikation mit verschiedenen Gesundheitskassen und Versicherungen als eine weitere Herausforderung dar. Da jede Kasse unterschiedliche Bedingungen und Anforderungen stellt (Zersplitterung), ist die Koordination äußerst komplex und zeitaufwendig. Dies erschwert nicht nur den laufenden Betrieb, sondern auch die langfristige Planung.

3.1.3 Arbeitsabläufe und Tätigkeiten

Die Station ist durch komplexe, routinierte und flexible Arbeitsabläufe geprägt, die sich nach besten Gewissen und Wissen an den Bedürfnissen der Gäste orientieren:

„Aber ich finde es jetzt nicht so schlimm, wenn man mal vergessen hat, was einzutragen. Wichtig ist doch, dass der Mensch nicht vergessen wird und dass man am Menschen diese Arbeit richtig macht.“ (Interview_B6, Pos. 37)

Die Pflegekräfte sind in zahlreiche Tätigkeiten eingebunden, von der Mobilisierung der Gäste zu den Mahlzeiten über die Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten bis hin zur Unterstützung bei alltäglichen Aufgaben wie der Körperpflege. Dabei spielt auch die Koordination von administrativen Aufgaben eine zentrale Rolle, da die Organisation der Übergänge und die Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Dienstleistern ebenfalls zum Alltag gehören. Die MA sind oft gefordert, sich um zusätzliche Aufgaben wie die Organisation von Arztterminen oder die Abstimmung mit den Angehörigen zu kümmern.

Aufnahme-/ Überleitungs- und Entlassungsmanagement

Die Anfragen und Organisation der Aufnahmen erfolgen über das Belegungsmanagement bzw. Case Management (vgl. Abb. 5). Es gibt klare Prozesse, z.B. das Abarbeiten von Checklisten, um sicherzustellen, dass alle notwendigen Informationen (wie ärztliche Diagnosen, Vollmachten, Pflegegradbescheide) vorliegen. Dabei ist die Kommunikation zwischen den verschiedenen Akteuren, wie Angehörigen, Krankenhaus und Pflegepersonal, von großer Bedeutung.

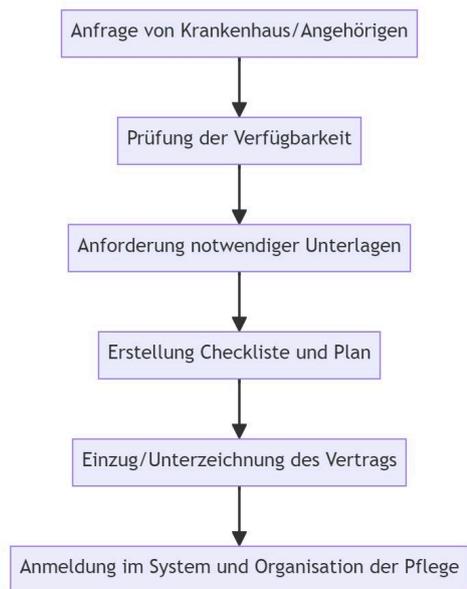


Abbildung 4: Flussdiagramm des Aufnahmemanagements.

Die spezialisierte KZP umfasst zusätzlich ein erweitertes multiprofessionelles Assessment, das gezielt auf die individuellen Bedürfnisse und Zielsetzungen der Pflegebedürftigen abgestimmt ist. Auf dieser Grundlage werden Pflegeziele formuliert und eine umfassende Pflegeplanung erstellt, die auch die Behandlungspflege einschließt. Die Pflegeziele und Maßnahmen werden interdisziplinär festgelegt, einschließlich der notwendigen Therapien und Hilfsmittel. Diese Planung und Koordination sollen sicherstellen, dass alle Aspekte der Versorgung berücksichtigt und umgesetzt werden.

Die spezialisierte KZP hat die Aufgabe, eine umfassende psychosoziale Betreuung anzubieten, die darauf abzielt, die Teilhabe der Pflegebedürftigen zu sichern. Dies ist besonders wichtig im Hinblick auf die spätere Versorgung zu Hause, in der LZP oder in der Eingliederungshilfe. Ein zentraler Bestandteil ist zudem ein fallbezogenes Konzept, das die aktive Einbeziehung von Klient*innen sowie deren Angehörigen oder Bezugspersonen in alle Planungs- und Entscheidungsprozesse sicherstellt. Hierbei stehen Beratung, Anleitung und ggf. auch die Motivation der Beteiligten im Fokus. Darüber hinaus ist die multidisziplinäre Vorbereitung und Durchführung der Überleitung in die anschließende Versorgung eine wichtige Aufgabe der KZP (Brucker et al., 2020).

Die Überleitung von Patient*innen von anderen Einrichtungen oder dem häuslichen Umfeld in die KZP stellt eine Herausforderung dar. Besonders kritisch wird über die Übergabe von notwendigen Informationen und Medikamenten berichtet (vgl. Abb. 6). Es wird deutlich, dass ein hohes Maß an Abstimmung in der Kommunikation mit Krankenhäusern und Angehörigen erforderlich ist, um eine reibungslose Überleitung zu gewährleisten.

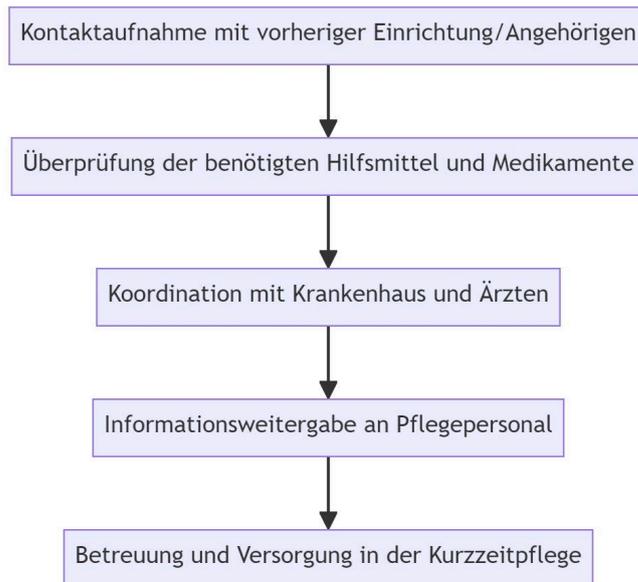


Abbildung 5: Flussdiagramm zum Überleitungsmanagement.

Die Entlassung wird ebenfalls vom Belegungsmanagement organisiert (vgl. Abb. 7). Dabei müssen Angehörige oft eine größere Verantwortung übernehmen, insbesondere für die Weiterversorgung und Organisation von Transporten. Es zeigt sich, dass durch die Verlagerung von Aufgaben auf die Angehörigen teilweise Probleme entstehen können:

Person 2: *„Ist halt noch ein Problem. Ein bisschen mit der Station, dass das direkt hier im Haus [Haus Zoffingen] ist. Dass viele meinen, okay, sie [die Gäste] kommen in Kurzzeitpflege und können dann direkt in die Langzeitpflege und das geht halt nicht. Und das ist halt auch noch ein bisschen Herausforderung, weil man sagt: ‚Sie sind eigentlich von Anfang an solitäre Kurzzeitpflege. Sie müssen nach Hause, Sie müssen was suchen.‘ - ;Mhm. Ja. Passt.‘ Und dann kommen sie [die Angehörigen]: ‚Ja. Wir können Sie nicht mehr nach Hause*

nehmen. ‘ Genau. Und das höre ich jeden Tag. Und das ist wirklich ein Problem. Weil es halt direkt im selben Haus wie vollstationäre Pflege ist.“ (Interview_B3, Pos. 81)

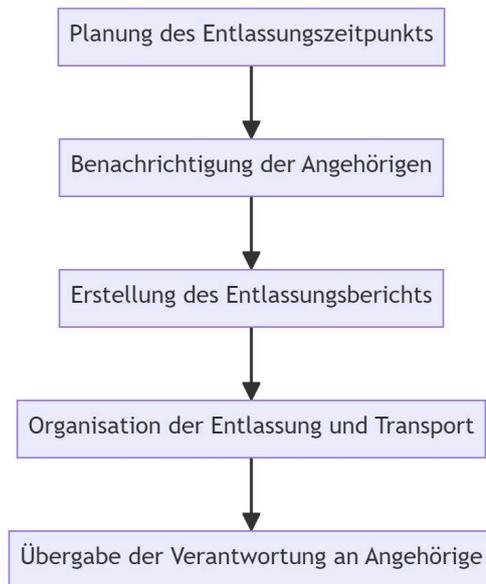


Abbildung 6: Flussdiagramm im Entlassungsmanagement.

Die KZP spielt eine entscheidende Rolle als Übergangseinrichtung, indem sie die zukünftige Perspektive, soziale Teilhabe und Lebensqualität ihrer Klienten klärt. Dabei müssen die Behandlungs- und Versorgungsbedarfe umfassend – pflegerisch, therapeutisch, medizinisch und sozial – erfasst werden. Ein strukturiertes Verfahren, wie ein Reha-Screening oder eine systematische Bedarfserkennung, sollte etabliert werden, um den häufig vorhandenen Rehabilitationsbedarf dieser Klientel zuverlässig zu identifizieren (Brucker et al., 2020).

3.1.4 Lebenswelt der Gäste

Nähe und Distanz zum Personal

Im Folgenden werden zwei Kategorien aus der Auswertung erläutert: Die Kategorie oder das Thema „Nähe und Distanz“ umfasst sämtliche Angaben zum Aufbau und zur Aufrechterhaltung von Beziehungen zum Personal. Sie schließt Aussagen zur

gleichgeschlechtlichen Pflege ein, ebenso wie zur Begleitung in der Sterbephase und zu Verabschiedungsritualen.

Die Kategorie „Feedback zur KZP“ fasst alle möglichen Bewertungen zusammen, die sich auf Aspekte wie die Ausstattung, die pflegerische Versorgung, die Verpflegung und andere relevante Bereiche beziehen. Die Darstellung zur „Lebenswelt der Gäste – Nähe und Distanz“ beleuchtet sowohl positiv als auch negativ bewertete Aspekte.

Positiv bewertet wird, dass Gäste, die in ihrer Vergangenheit mehrfach konfliktreiche Zeiten erlebt haben, nun keine Bedenken vor möglichen Konflikten mit dem Personal äußern und stattdessen eine konfliktfreie Beziehung erleben. Eine positive Lebensgestaltung wird durch ein bewusstes, wertschätzendes Verhältnis zwischen Gast und Personal gefördert, wobei ein gutes Miteinander hervorgehoben wird. Besonders positiv wird wahrgenommen, dass Gäste in schwierigen Lebenssituationen von Mitarbeitenden individuell begleitet werden. Auch die Offenheit und Kontaktfreude der Kolleg*innen wird geschätzt, wie ein Gast es ausdrückt: *„Ich war früher im Service tätig und habe immer Kontakt gehabt mit den Leuten. Und ich spreche gern mit Leuten.“* (Interview B16, Pos. 71). Mitarbeitende werden teilweise auch als Vertrauenspersonen von den Gästen wahrgenommen.

Negativ bewertet wird hingegen das Fehlen von nahen Bezugspersonen, die etwa für Spaziergänge oder abwechslungsreiche Aktivitäten im Alltag zur Verfügung stehen. Es fehlt zudem an Möglichkeiten, durch beispielsweise Fernsehen oder andere Aktivitäten interessante Abwechslung zu schaffen. Ein Gast bemängelt, dass ihm der Wunsch nach einer Bartrasur auf Grund der Verletzungsgefahr nicht nachgekommen werden konnte. Wünsche und Anliegen werden aus Sicht einiger Gäste nicht klar kommuniziert, wie eine Aussage zeigt: *„Das musst du schon mit Ausdruck hervorbringen.“* (Interview B16, Pos. 111). Weiterhin wird mangelnde Toleranz gegenüber gleichgeschlechtlicher Pflege thematisiert, verbunden mit Aussagen wie: *„Und ja, man muss es gewöhnt sein: Männliche Betreuung auch waschen und so.“* (Interview B17, Pos. 57). Einige Gäste ziehen sich zudem aus der Gemeinschaft zurück, indem sie in ihren Zimmern verbleiben und dort ihre Mahlzeiten einnehmen.

Feedback zur Station

Die positiven als auch negativen Aspekte der Einrichtung und Betreuung zur Kategorie „Lebenswelt der Gäste – Feedback zur KZP“ werden hervorgehoben.

Positiv bewertet wird insbesondere die Möglichkeit zum Austausch während der Mahlzeiten. Gäste schätzen die neuen Bekanntschaften, die sie durch die Einrichtung knüpfen können. Besonders positiv wird wahrgenommen, dass die Einrichtung auf die Bedürfnisse älterer Menschen eingeht und Wert auf Wertschätzung und Anerkennung legt. Das Personal wird als freundlich beschrieben, und auch die Nachfragen zu Vorlieben, insbesondere im Bereich der Essenswünsche, kommen gut an. Die Möglichkeit zur Teilnahme am Gottesdienst sowie der Umgang mit älteren oder gesundheitlich beeinträchtigten Personen sowie Verstorbenen (durch Ehrung mit einem Alter) wird ebenfalls gelobt. Die Nähe zur Natur, wie etwa durch einen nah gelegenen Baum, wird ebenfalls positiv hervorgehoben.

Negativ bewertet wird dagegen die Schlafbeeinträchtigung durch Lärm, etwa durch Martinhorn oder Schritte. Viele Gäste kritisieren die geringe Abwechslung beim Essen, insbesondere die monotone Auswahl von Gemüse und Obst, insbesondere, wenn die Zahngesundheit beeinträchtigt ist. Es gibt Beschwerden über die Qualität und Verschwendung von Lebensmitteln, da häufig Essen übrigbleibt. Ein Gast kritisiert, dass die Bettwäsche nach Standard gewechselt bzw. erneuert wird, obwohl kein Bedarf besteht. Negative Anmerkungen betreffen außerdem mangelnde Hygiene beim Servieren von Speisen, wie etwa bei Pizza ohne Handschuhe, sowie eine monotone Auswahl an Kuchen. Auch die Hygiene am Buffet wird als unzureichend wahrgenommen, wenn sich die Gäste den Aufschnitt selbst vom Teller nehmen. Negativ bewertet, werden fehlende Verbindlichkeiten: *„Manchmal kommen Sie auch: ‚Ich komme gleich wieder‘. Aber wissen Sie, wie lange wieder oder schnell ist?“* (Interview_B17, Pos. 177).

3.1.5 Unternehmenskultur

Personalmanagement/- Führung

Tabelle 1: Interviewergebnisse zum Thema Personalmanagement/- Führung in Anlehnung an die Aufgabenfelder des Human Resource Management (Miebach, 2017)

Kompetenz und Entwicklung	Personalgewinnung und Personalbindung	Führung und Unternehmenskultur	Arbeitsorganisation und Arbeitsgestaltung	Gesundheitsförderung
<p>Die MA konnten freiwillig auf die spezialisierte KZP wechseln und wurden in Bereichen wie Palliative Care und Wundmanagement weitergebildet.</p> <p>Das CM hat eine personelle Verstärkung erhalten, die sich noch in der Einarbeitungsphase befindet.</p>	<p>In der Anfangsphase war es schwierig, eine Teamleitung zu finden. Die gefundene Person hatte dann nach kurzer Zeit gekündigt. Jetzt gibt es eine neue Teamleitung. Die ehemalige Teamleitung war unzufrieden, da Zusagen wie geregelte Arbeitszeiten nicht eingehalten wurden.</p> <p>Es gibt Maßnahmen zur Work-Life-Balance, wie z.B. Job-Bikes und Fitnessprogramme.</p> <p>Die Umsetzung dieser Maßnahmen scheint noch verbesserungswürdig, da die MA teilweise keine Zeit hatten, diese Angebote zu nutzen.</p>	<p>Die Führungskräfte sollen Vorbild sein und eine transparente, empathische und wertschätzende Haltung vorleben.</p> <p>Die MA wünschen sich eine proaktive und transparente Führung, die sie wahrnimmt und fördert: <i>„Es wäre [...] schön, wenn man mitreden, wenn man gefragt wird, wenn Sachen entschieden werden. Aber es gibt [...] das eine Extrem. Es kommt was von oben, wo man erstmal dagegen kämpfen. Oder es kommt halt nix. Man kriegt selber irgendwie hin.“</i> (Interview_B5, Pos. 90)</p> <p>Die ehemalige Teamleitung fühlte sich nicht wertgeschätzt, da sie in Entscheidungen, die ihren Kompetenzbereich betrafen, nicht einbezogen wurde.</p> <p>Dies führte zu einer negativen Stimmung im Team.</p>	<p>Kritisiert wurde, dass es in der Anfangsphase keine konkreten Stellenbeschreibungen gab. Außerdem sollte es feste Arbeitszeiten geben, um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu verbessern.</p> <p>Die Einführung eines Springerpools wurde begrüßt, da dieser die Personalsituation bei spontanen Ausfällen verbessern könnte.</p> <p>Allerdings bestehen noch Unsicherheiten über die Wirksamkeit des Springerpools in der Praxis.</p>	<p>Das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) bietet nur wenige Programme an. Es gibt lediglich das Angebot „Happy fit“.</p> <p>Das Gesundheitsmanagement erscheint ausbaufähig, da kaum Angebote vorhanden sind.</p> <p>Die hohe Arbeitsbelastung führt dazu, dass die MA teilweise keine Pausen machen können.</p> <p>Eine bessere Arbeitsorganisation ist notwendig, um Überlastungen zu vermeiden.</p>

Die frühere Teamleitung hatte zeichnete sich durch eine starke Persönlichkeit und unterstützte in der herausfordernden Phase der Neugründung positive Entwicklungen durch klar und strukturierte Führung. Die Rekrutierung von Personal für zwei unterschiedliche Patientengruppen/ Behandlungsschwerpunkte („aufpäppeln“ in der poststationären Nachsorge vs. palliative Versorgung) war schwierig und stellte eine große Herausforderung dar. Zusätzlich erschwert die hohe Fluktuation in der KZP die langfristige Personaleinsatzplanung. Gleichzeitig war eine nachhaltige Stellenbesetzung fraglich, insbesondere wenn diese von projektgebundenen Geldern abhängt.

Neben den Maßnahmen wurden private Teambuilding-Aktivitäten organisiert, um das Arbeitsklima zu verbessern.

Das Personal wird sehr knapp bewertet, insbesondere in der KZP, wo es nach wie vor schwierig ist, zusätzliches Personal einzustellen.

„Wenn sich jemand krankmeldet, ist die KZP [Land] unter und ich kann nicht jemanden anrufen, der [...] einspringen wollen würde, [weil] ich niemanden habe zum Einspringen. Die Leute sind schon alle im Dienst, früh und spät/ und kann ich nirgends ausweichen.“ (Interview_B11, Pos. 31)

Außerdem wird eine zusätzliche Person erwünscht, insbesondere im Rahmen der Palliativpflege.

Konfliktmanagement

Das Team regelt Konflikte meist in Gesprächen und intern, unterstützt durch die Teamleitung in der Vermittlungsfunktion, wenn notwendig. Es gab bisher – bis auf die Anfangszeit - keine größeren Konflikte, weil sie sich zu einem eingespielten Team eingefunden haben. Die Atmosphäre im Team wird als fröhlich und entspannt beschrieben, was auf die gute Zusammenarbeit und die Mischung aus neuen und langjährigen MA zurückgeführt wird. Konflikte mit Gästen werden durch Vermeidung des persönlichen Kontakts oder Übergabe an andere Kollegen gelöst.

Das Konfliktmanagement auf der KZP zeigt, dass trotz anfänglicher Schwierigkeiten aufgrund unterschiedlicher Charaktere und der Vielfalt im Team eine konstruktive Konfliktkultur entwickelt wurde.

Teamzusammenhalt und -kultur

Die Interviewergebnisse verdeutlichen, dass der Teamzusammenhalt auf der KZP stark ausgeprägt ist. Es wird beschrieben, wie das Team sich gegenseitig unterstützt und Aufgaben flexibel übernommen werden. Eine freundliche, offene und fröhliche Arbeitsatmosphäre wird betont, die durch die Zusammenarbeit über verschiedene Berufsgruppen hinweg (z. B. zwischen Pflege und Küche) unterstützt wird.

Die Teamkultur basiert auf gegenseitiger Wertschätzung und Anerkennung der individuellen Stärken, was zu einer positiven Arbeitsatmosphäre beiträgt:

„Jeder von uns braucht einfach den anderen und dementsprechend kommen wir eigentlich recht gut miteinander klar.“ (Interview_B3, Pos. 28)

Regelmäßige Teamsitzungen und ausführliche Übergaben fördern den Austausch und die Zusammenarbeit. Trotz Herausforderungen, wie der Einarbeitung neuer oder seltener anwesender MA, wird eine insgesamt gute Zusammenarbeit und ein harmonisches Arbeitsklima beschrieben. Das Team zeigt eine starke Verbundenheit, was sich auch in der Zufriedenheit der Pflegebedürftigen widerspiegelt:

„Die [die Gäste] fühlen sich sau wohl eigentlich.“ (Interview_B12, Pos. 59)

Teambuilding

Die Zitate verdeutlichen, dass das Teambuilding innerhalb der KZP sowohl herausfordernd als auch entscheidend für den Erfolg des Projekts war. Das Team setzte sich aus einer Mischung von neuen und erfahrenen MA zusammen, die teils von anderen Stationen kamen und teils extern rekrutiert wurden. Anfänglich fehlte eine klare Führung, was zu Unsicherheiten und Unruhe führte. Mit der Einführung einer neuen Teamleitung konnte jedoch eine Verbesserung der Teamdynamik und des Zusammenhalts beobachtet werden.

Einige befragte Personen betonten die gegenseitige, vertrauensvolle Unterstützung sowie die Bedeutung von gemeinschaftlichen Aktivitäten und die Notwendigkeit, regelmäßige Treffen oder Rituale einzuführen, um die Kommunikation zu verbessern und das Team weiter zu stärken. Gleichzeitig gab es Herausforderungen durch Schichtdienste, die den direkten Austausch erschwerten (gegenteiliger Dienst), sowie durch mangelnde formale Teambuilding-Maßnahmen wie Supervisionen.

Trotz dieser Herausforderungen hat sich das Team weitgehend selbst organisiert und durch die Spezialisierung auf die KZP eine starke Identifikation mit den neuen Aufgaben entwickelt. Dies führte zu einer hohen Motivation und Zufriedenheit bei der Arbeit, obwohl die Belastungen aufgrund der Arbeitsbedingungen hoch blieben:

„Also Kurzzeitpflege ist ein Traum. Ich arbeite gerne hier. Es ist wesentlich mehr Arbeit als auf allen anderen Stationen. Bedingt dadurch, dass es viel öfters wechselt. Du viel flexibler sein muss. Aber. Ja.“ (Interview_B4, Pos. 130)

3.1.6 Motivation und Herausforderungen der Mitarbeitenden: Veränderungsprozesse anhand des ADKAR-Modells

Das ADKAR-Modell (Awareness, Desire, Knowledge, Ability, Reinforcement) ist ein Change-Management-Modell, das fünf Elemente definiert, die notwendig sind, um Veränderungen erfolgreich zu gestalten (s. Abb. 9) (Tang, 2019).

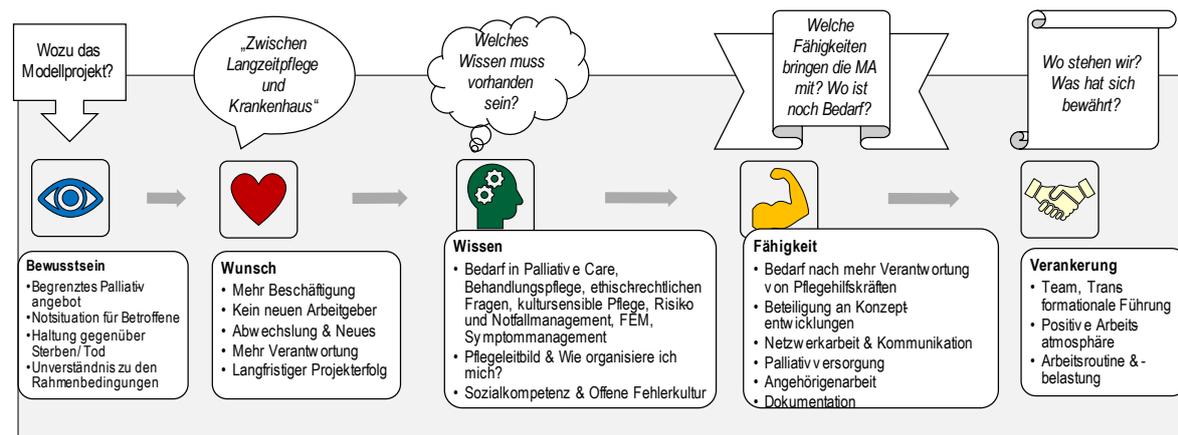


Abbildung 7: Das ADKAR-Modell im Kontext der poststationären Nachsorge und Palliativversorgung: Visualisierung der Perspektiven der Mitarbeitenden zu Bewusstsein, Wünschen, Wissen, Fähigkeiten und Verankerung im Projekt.

Bewusstsein



Die MA sind sich des Bedarfs nach einer qualitativ hochwertigen Palliativ- und Nachsorge bewusst. Sie verstehen die Relevanz des Projekts und setzen sich dafür ein, dass es bestehen bleibt, insbesondere aufgrund des Mangels an Alternativen in der Region. Es wird darauf hingewiesen, dass es in Konstanz und Umgebung, nur ein begrenztes Angebot an Palliativversorgung gibt, was bedeutet, dass Betroffene und ihre Angehörigen auf die bestehende Einrichtung angewiesen sind.

Positives Feedback seitens der Pflege und der Betreuung verdeutlicht zudem, dass das Projekt insgesamt als unterstützend empfunden wird. Es wird als förderlich angesehen, da es in der Lage ist, die Bedürfnisse der Gäste und deren Angehörigen, die sich in einer schwierigen Situation befinden, aufzufangen und sie mit einer würdevollen Pflege zu begleiten. Besonders im Bereich der Palliativversorgung wird Akzeptanz gezeigt, dass sterbenskranke Menschen am Ende ihres Lebens das Recht haben, loszulassen. Dies signalisiert eine sensible und menschliche Herangehensweise an die Bedürfnisse schwerkranker Gäste:

„Naja, ich denke mir immer wieder bei wirklich kranken, wirklich schwerkranken Menschen, die todkrank sind, Schmerzen haben, wo nichts mehr hilft, da ist das die Erlösung. Und genauso wie beim alt sein. Die Leute haben gelebt, die haben

ihr Leben hinter sich, die haben viele schöne Momente, viele schlimme Momente. Es war alles, alles da. Ja, und sie haben das Recht, gehen zu dürfen. [...] Warum da liegen und vor sich her vegetieren? Wenn man doch dann irgendwann mal loslassen kann. Ja, das ist, wo ich sage für mich [...] das ist okay. [...] Ja, die haben ein gesegnetes Leben hinter sich [...] Ich komme damit total klar.“ (Interview_B12, Pos. 80-82)

Auf der anderen Seite zeigt sich, dass es bei den MA ein gewisses Unverständnis für die organisatorischen Rahmenbedingungen gibt, besonders im Hinblick auf den Fachkräftemangel. Diese strukturellen Engpässe führen dazu, dass das Pflegepersonal oft einspringen muss, was die Betreuung der Gäste erschweren und die Pflegequalität beeinträchtigen kann.

Wunsch



Viele MA äußern explizit den Wunsch, auf der Station zu arbeiten, weil sie die Abwechslung und die neuen Herausforderungen schätzen. Es gibt ein klares Verlangen, mehr Verantwortung und Gleichstellung in der Palliativversorgung zu übernehmen, insbesondere von den Pflegehilfskräften.

Die Aussagen in der Subkategorie „Wunsch“ deuten darauf hin, dass die MA das Projekt als eine positive und bereichernde Erfahrung empfinden. Viele betonen die Abwechslung und die Chance, medizinisch anspruchsvolle Tätigkeiten durchzuführen, die in der stationären LZP nicht vorkommen. So wird die Arbeit als spannend und erfüllend beschrieben, weil sie mit neuen medizinischen Herausforderungen, wie z.B. Pleuradrainagen oder Aszitesdrainagen, verbunden ist. Das ist für das Pflegepersonal anregend und führt zu einer hohen Motivation, was letztlich der Versorgung der Gäste zugutekommt:

„Und ich habe [...] auch gesagt, Lass das [die Station] nicht zu machen, weil das so [eine] schöne Arbeit ist.“ Man lernt auch als Fachkraft jeden Tag was Neues dazu. Da bleibt nicht stehen. Man lernt so viel Menschen, Charakter, Eigenarten kennen und muss sich immer wieder neu anpassen. Man bleibt nicht stehen. Das ist das Schöne hier. [...] Du siehst, sie [die Gäste] kommen liegend,

sie gehen den Rollator/ manchmal schafft man es ja sogar [...]“ (Interview_B15, Pos. 76)

Außerdem betonen einige MA den Wunsch nach mehr Gleichstellung zwischen Pflegehilfskräften und examinierten Fachkräften, insbesondere im Umgang mit Palliativpatient*innen. Dies könnte darauf hindeuten, dass eine intensivere Einbindung von Pflegehilfskräften in die Versorgung von Palliativpatient*innen die Betreuung verbessern könnte.

Ein weiterer positiver Aspekt ist die persönliche Zufriedenheit und die Identifikation der MA mit der Arbeit in der Pflege. Sie berichten, dass es ihnen Freude bereitet, mit den Menschen zu arbeiten, sowohl mit den Pflegebedürftigen als auch mit den Angehörigen. Dies deutet darauf hin, dass durch das Projekt ein Arbeitsumfeld geschaffen wurde, das die MA motiviert und somit eine positive Versorgungssituation ermöglicht.

Auf der anderen Seite gibt es auch einige Herausforderungen. Es wird wiederholt darauf hingewiesen, dass das Projekt personell nicht optimal ausgestattet ist. Einige MA äußern den Wunsch nach einem höheren Beschäftigungsanteil und besseren Arbeitsbedingungen.

Wissen



Der Wissensaufbau wird durch regelmäßige Fortbildungen gefördert. Die MA erwerben Wissen über medizinische, ethische und kulturelle Aspekte, die für eine hochwertige Palliativversorgung notwendig sind.

Dennoch gibt es Hinweise auf Wissenslücken, die geschlossen werden müssen.

Die Fähigkeit, in einem professionellen Kontext adäquat mit dem Thema Sterben umzugehen, sollte für jeden Mitarbeiter und jede Mitarbeiterin eine selbstverständliche Kompetenz sein. Nur so kann gewährleistet werden, dass die jeweilige Tätigkeit in vollem Umfang und entsprechend der individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten ausgeübt wird (Dlubis-Mertens & Kopitzsch, 2020).

Die Pflegekräfte sind bestrebt, neues Wissen zu erwerben, insbesondere in der Palliativversorgung. Einige äußern den Wunsch, intensiver in diesen Bereich eingebunden zu werden.

Regelmäßige Schulungen und Fortbildungen, wie z.B. monatliche Fortbildungen zur palliativen Versorgung, tragen dazu bei, dass das Personal gut auf den Umgang mit sterbenden Menschen vorbereitet ist. Diese Fachkenntnisse ermöglichen eine gezielte und menschenwürdige Betreuung, die nicht nur die Gäste, sondern auch deren Angehörige unterstützt. Das Wissen um spezielle Behandlungsmaßnahmen wie Pleuradrainagen oder Katheterwechsel, die für Gäste nach Krankenhausaufenthalten notwendig sind, zeigt, dass das Personal in der Lage ist, medizinisch komplexe Situationen zu bewältigen.

Ein weiterer Punkt, der von den MA hervorgehoben wird, ist die notwendige Flexibilität. Das Personal muss sich regelmäßig auf wechselnde Gäste einstellen, was nicht nur medizinisches Wissen, sondern auch soziale Kompetenz und ein hohes Maß an psychischer Belastbarkeit verlangt.

Trotz dieser positiven Aspekte zeigt sich, dass das Wissensniveau innerhalb des Teams variieren kann, was in bestimmten Situationen zu Unsicherheiten führt. Einige MA berichten, dass es bei bestimmten medizinischen Themen, wie der Verabreichung von Medikamenten, noch Wissenslücken gibt. Diese Wissensunterschiede können die Pflege erschweren, da es in kritischen Momenten auf spezifisches Fachwissen ankommt, um schnelle und effektive Entscheidungen zu treffen.

Außerdem wird betont, dass das Wissen um ethische und kulturelle Besonderheiten bei der Betreuung von Palliativpatient*innen weiter gestärkt werden muss. So fehlen manchmal Kenntnisse über religiöse Rituale, wie zum Beispiel die Pflege muslimischer Patient*innen nach ihrem Tod. Der Umgang mit Gästen unterschiedlicher religiöser Hintergründe, insbesondere in der Palliativversorgung, stellt eine Herausforderung dar. Es bedarf mehr Wissen für kultursensible Pflege in Bezug auf verschiedene religiöse Sterberituale und ethische Fragestellungen. Es wird auch ein stärkeres

Bewusstsein für ethische Fragestellungen gefordert, um den individuellen Bedürfnissen gerecht zu werden:

„Was für mich jetzt ganz persönlich wichtig ist. Mir fehlt hier das Ethische ganz arg. [...] Ich bin der Meinung, wenn wir mal andere Glauben/ Muslime, Juden [...] haben ganz andere, ich nenne es jetzt gerade mal auch palliativ, ganz andere Sterberituale wie wir. (...) Ich bin mir nicht ganz sicher, ob wir das hinkriegen würden.“ (Interview_B15, Pos. 52)

Die Berücksichtigung von Vorstellungen, Wünschen und Werten kann in der Konsequenz ein komplexes Vorgehen erfordern. In diesem Kontext ist zu berücksichtigen, dass kulturelle und religiöse Besonderheiten in die Überlegungen mit einzubeziehen sind. Der Ort der Kurzzeitpflege kann folglich nicht als alleinige Maßgabe dafür herangezogen werden, dass die Wünsche der betroffenen Menschen berücksichtigt wurden. Die Umsetzung erfordert den Einsatz zeitlicher und personeller Ressourcen (Dlubis-Mertens & Kopitzsch, 2020).

Fähigkeit



Die Fähigkeiten der MA sind vorhanden, um den Gästen effektiv zu helfen. Sie sind in der Lage, sie wieder in die Selbstständigkeit zu führen und unterstützen die Angehörigen. Jedoch gibt es organisatorische und rechtliche Einschränkungen, die ihre Handlungsmöglichkeiten begrenzen. Es besteht die Fähigkeit und der Wille der MA, die neuen Anforderungen zu bewältigen, wenn ihnen die notwendigen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Herausforderungen ergeben sich vor allem durch die personelle Unterbesetzung, die die tatsächliche Umsetzung erschwert.

Die MA verfügen über vielfältige Fähigkeiten, die sie in der poststationären Nachsorge und Palliativversorgung einsetzen. Ein zentrales Thema ist die Förderung der Selbstständigkeit der Gäste. Es wird betont, dass das Ziel der KZP darin besteht, den Menschen so weit zu stabilisieren, dass er wieder in der Lage ist, zu Hause zu leben. Dies erfordert spezifische Fähigkeiten, um die Gäste bei der Wiedererlangung ihrer körperlichen Fähigkeiten, wie z.B. dem Treppensteigen, zu unterstützen. Die

Pflegekräfte setzen sich gezielt dafür ein, dass den Gästen die Selbstständigkeit nicht entzogen, sondern gefördert wird.

Auch die Angehörigenarbeit spielt eine zentrale Rolle. In der KZP ist der Austausch mit den Angehörigen intensiver als in der LZP, was zusätzliche kommunikative Fähigkeiten erfordert. Angehörige müssen oft über den Zustand der Gäste aufgeklärt werden, insbesondere wenn es nach einem Krankenhausaufenthalt zu einem rapiden Gesundheitsverfall kommt. Die MA berichten, dass sie eng mit den Angehörigen zusammenarbeiten, um deren Ängste zu mindern.

Ein wesentlicher erschwerender Faktor ist die fehlende Routine bei einigen Pflegehilfskräften. Des Weiteren bestehen organisatorische und infrastrukturelle Herausforderungen. So dürfen beispielsweise bestimmte medizinische Verfahren, wie die intravenöse Medikamentengabe, von den MA nicht durchgeführt werden, was die Aufnahme und Versorgung bestimmter Gäste einschränkt. Der schnelle Wechsel der Gäste fordert die Pflegekräfte, da sie rasch neue Bedürfnisse erfassen und umsetzen müssen.

Der Umgang mit sterbenden Gästen erfordert emotionale Belastbarkeit und Empathie, da einige MA bereits persönlich von ähnlichen Schicksalen betroffen sind.

Verankerung



MA betonen die Wichtigkeit der Verstetigung des Projekts und äußern den Wunsch, dass das Projekt weitergeführt wird. Dies zeigt, dass sie bereit sind, langfristig an diesem Veränderungsprozess mitzuwirken, wenn die Rahmenbedingungen stimmen. Die langfristige Verankerung des Projekts ist von finanzieller Sicherheit und organisatorischen Verbesserungen abhängig. Um die Qualität der Pflege dauerhaft zu gewährleisten, müssen Strukturen geschaffen werden, die eine stabile Personaldecke und klare organisatorische Abläufe ermöglichen.

Die MA berichten positiv über die Verankerung des Projekts in ihrem Arbeitsalltag. Sie empfinden das Konzept als bereichernd und sehen in der Kombination aus KZP und Palliativversorgung eine sinnvolle Ergänzung. Diese Mischung ermöglicht es, sowohl Menschen in ihrer letzten Lebensphase zu begleiten als auch anderen Menschen bei der Rehabilitation zu helfen.

Besonders die Strukturen und die enge Zusammenarbeit im Team fördern eine positive Atmosphäre und tragen dazu bei, dass die Pflegebedürftigen individuell und liebevoll betreut werden. Die enge Zusammenarbeit im Team und die flachen Hierarchien werden als sehr positiv empfunden. Es wird darauf geachtet, dass sich jeder mit seinen Stärken einbringt und niemand überfordert wird. Diese Unterstützung im Team trägt zur Qualität der Pflege bei und sorgt dafür, dass die MA motiviert sind, ihre Arbeit engagiert auszuführen.

Allerdings führen die oben beschriebenen strukturellen und personellen Herausforderungen dazu, dass das Pflegepersonal teilweise „auf dem Zahnfleisch läuft“ und durch häufige Krankheitsausfälle zusätzlich belastet wird. Besonders in der Kombination von KZP und Palliativversorgung kommt es zu Schwierigkeiten, da die Anforderungen der beiden Versorgungskontexte sehr unterschiedlich sind. Das ständige Einspringen und die hohe Belastung führen dazu, dass die Pflegequalität in manchen Situationen leiden kann.

Zudem wird darauf hingewiesen, dass es in finanzieller Hinsicht Herausforderungen gibt, insbesondere bei der Kostenübernahme für die palliativ betreuten Gäste. Wenn diese nicht gesichert ist, kann dies die langfristige Durchführbarkeit des Projekts beeinträchtigen.

3.3 Ergebnisse aus der Fokusgruppe

Es handelt sich um eine separate Auswertung des Transkripts der Fokusgruppe, bei der kein Leitfaden erstellt wurde, da der Schwerpunkt auf Austausch, Netzwerkarbeit und Vernetzung lag – unabhängig vom bestehenden Kategoriensystem.

Die Inhalte aus der Fokusgruppe behandeln die Herausforderungen und Erfahrungen mit Schwerpunkt auf die Palliativversorgung.

Die Herausforderung besteht darin, dass die Versorgung der palliativ erkrankten Menschen aufgrund der hohen Pflegeintensität und des begrenzten Personals nur eingeschränkt möglich ist. Obwohl die Kombination von poststationären und Palliativpatient*innen im Team als positiv bewertet wird, stößt die Station an ihre Grenzen, da die Pflege- und Betreuungsqualität durch die hohe Belastung beeinträchtigt werden kann.

Ein weiteres zentrales Problem ist die Differenzierung der Palliativfälle, insbesondere der akut sterbenden Patient*innen, die oft schwer zu trennen sind. Dies führt zu Schwierigkeiten bei der richtigen Einschätzung und Abrechnung.

Person 2: „Darf ich noch mal was fragen? (...) Vorhin ging es ja um Kriterien. Wenn die Klinik einen Palliativpatienten loswerden will, aber besser nicht so genau sagt, wie lange er noch vielleicht leben. Wäre das nicht für den Anfang oder für den nächsten Schritt eine Möglichkeit, dass man das abfragt? Ist es wirklich ein SAPV-Patient (...) wäre das eine Möglichkeit? Dann habt ihr sozusagen von der Klinik (...) nur die SAPV-Patienten außer die Onkologischen, die (ihr) vielleicht sowieso schon betreut. Würde das was in die Richtung bringen?“

Person 1: „Das würde es sicherlich erleichtern.“

Person 3: „Aber ob das funktioniert? Ich weiß nicht ob es funktioniert. Also ich meine, wenn es Entlassmanagement mit drin ist bei der Entlassung, dann denke ich die Kolleginnen oder Kollegen, dass die (es) sagen können. Ich weiss nicht, ob die einen SAPV von einem A-APV-Patienten unterscheiden können, also weiss ich nicht und die Stationsärzte - Sie können schon gar nicht. Die wissen manche sicher nicht mal, was SAPV heißt.“ (Fokusgruppe, Pos. 210-212)

Auch die Kommunikation und Zusammenarbeit mit den Hausarztpraxen stellt eine Herausforderung dar, insbesondere wenn es um die medizinische Versorgung und die Beschaffung notwendiger Medikamente geht. Die Unsicherheiten in der Zusammenarbeit mit Hausärzten und die logistischen Herausforderungen, wie die rechtzeitige Bereitstellung von Medikamenten, belasten die pflegerische Arbeit zusätzlich.

Die Einführung der Palliativversorgung und die begleitende Betreuung durch den Hospizverein und die Brückenpflege tragen dazu bei, die Versorgung von Patient*innen in der letzten Lebensphase zu verbessern.

Die Fortbildung des Personals sowie die Unterstützung durch ehrenamtliche Helfer ermöglichen es, den Bedürfnissen der Patient*innen besser gerecht zu werden.

Dadurch kann die KZP die folgenden Forderung adressieren: Die Charta postuliert eine kooperative Arbeitsweise zwischen ehrenamtlich und hauptamtlich tätigen MA (Dlubis-Mertens & Kopitzsch, 2020).

3.3.1 Diskutierte Lösungsansätze

Deutlich wird die benötigte Kooperation der hausärztlichen Betreuung der Patient*innen in der KZP. Dies würde den administrativen Aufwand reduzieren und eine bessere Versorgung gewährleisten. Die Versorgung soll zunächst auf Basis der hausärztlichen Versorgung erfolgen. Des Weiteren wird der hausärztliche Dienst durch Pflegedienste und ambulante Hospizdienste unterstützt. Die Charta empfiehlt zur Überwindung ambulanter und stationärer Hindernisstrukturen die Installation einer Einzelfallkoordination (Dlubis-Mertens & Kopitzsch, 2020).

Die Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) könnte die Versorgung verbessern, indem ein Palliativmediziner*in zur Verfügung steht und die Abhängigkeit von Hausärzten reduziert.

Für die Mehrheit der Patient*innen wird die Versorgung durch die AAPV sichergestellt. Das Versorgungsmodell kann nur in Zusammenarbeit mit Pflegediensten, Haus- und Fachärzten, Hospizdiensten sowie gegebenenfalls mit Psychologen, Sozialarbeitern, Seelsorgern, Physiotherapeuten, Apothekern sinnvoll und angemessen umgesetzt werden (Dlubis-Mertens & Kopitzsch, 2020).

Eine zusätzliche administrative Kraft könnte den Verwaltungsaufwand mindern.

Eine regelmäßige und intensivere Einbindung des Hospizvereins könnte helfen, durch regelmäßige Begehungen, die Bedürfnisse der Patient*innen besser zu erkennen und

durch ehrenamtliche Unterstützung zu decken. Ein wöchentlicher Besuch des Hospizvereins auf der Station ist geplant, um die Zusammenarbeit zu intensivieren. Die Brückenpflege bleibt ein wichtiger Partner in der palliativen Versorgung. Eine klare Kommunikation zwischen den Teams der KZP und der Brückenpflege ist entscheidend, um die Versorgung der Gäste sicherzustellen.

Die Entscheidungen am Lebensende sind für alle Beteiligten mit großen Herausforderungen verbunden. Daher ist es von entscheidender Bedeutung, dass die MA die Patient*innen und deren Angehörige bereits in einem frühen Stadium in die Entscheidungsprozesse miteinbeziehen. Dies erfordert von den Mitarbeitenden entsprechende Kompetenzen, da sich die Angehörigen nicht immer mit dem Thema auseinandergesetzt haben (Dlubis-Mertens & Kopitzsch, 2020).

„Es gibt ja solche Angehörige und es gibt ja solche. Es gibt ja Angehörige, die haben. Entschuldigung - dass ich das sage - 90-jährige Eltern, und die haben sich bis dato nicht die Latte drum gemacht, was mit deren Eltern passiert.“
(Fokusgruppe, Pos. 277).

3.3.2 Zwischenfazit

In Anbetracht der Tatsache, dass der Todeseintritt zunehmend nicht mehr plötzlich, sondern als Folge einer fortschreitenden Erkrankung eintritt, erlangen eine sozialetisch und rechtlich fundierte Behandlung sowie die Berücksichtigung der Patientenpräferenz eine entscheidende Bedeutung. Um die zuvor genannten Aspekte zu gewährleisten, ist die Unterstützung des Betroffenen durch ein multiprofessionelles Team erforderlich (Dlubis-Mertens & Kopitzsch, 2020).

Eine verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit kann das Projekt langfristig positiv fördern, jedoch bleiben strukturelle Probleme wie Personalmangel und administrative Hürden bestehen.

3.4 Evaluation der quantitativen Daten

3.4.1 Evaluation aus den Feedbackbögen der Gäste

Stichprobe

Seit Projektbeginn wurden insgesamt 33 Feedbackbögen von den Gästen und/ oder Angehörigen der KZP Seerhein ausgefüllt (Stand 27.08.2024). Folgende Grafik zeigt die Verteilung der eingegangenen Feedbackbögen über die verschiedenen Kalenderwochen hinweg (vgl. Abb. 10). In den Kalenderwochen (KW) 13 und 16 wurden die meisten Feedbackbögen ausgefüllt und eingesammelt, jeweils 6 Stück. Auch in der KW 23 wurden relativ viele (n=5) Fragebögen registriert. Es gibt deutliche Schwankungen in der Anzahl der eingegangenen Fragebögen. Einige Wochen wie KW 6, 14, 17 und 21 verzeichnen nur einen einzigen Feedbackbogen sowie andere KW keine, während andere Wochen (13, 16, 23) deutlich höhere Zahlen aufweisen.

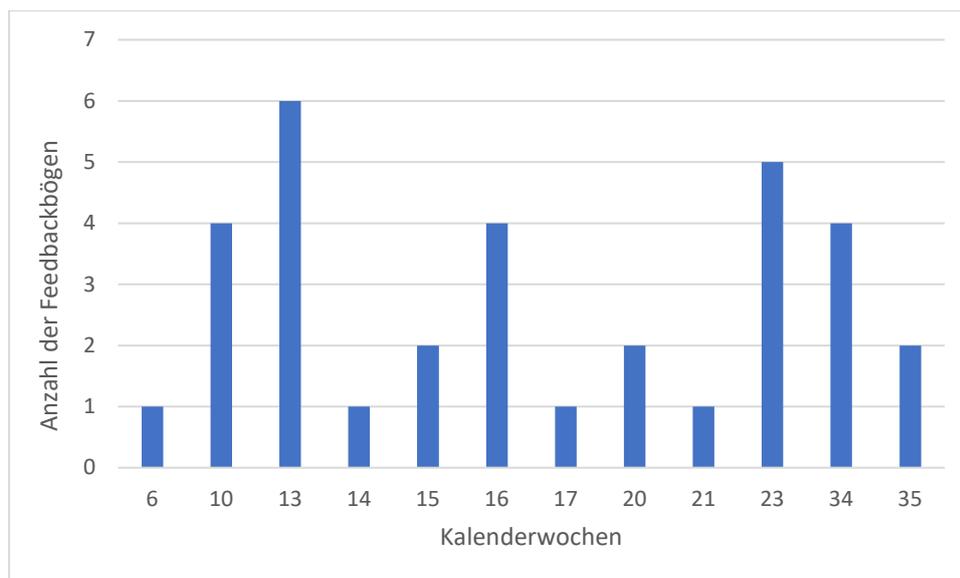


Abbildung 8: Verteilung der eingegangenen Feedbackbögen im Projektzeitraum (Stand 27.08.2024).

Herkunft der Befragten

Die folgende Abbildung zeigt die Herkunft der befragten Personen, bevor zur KZP kamen (vgl. Abb. 11). Die Mehrheit der befragten Personen (128) kam direkt aus dem Krankenhaus in die Pflegeeinrichtung. Dies deutet darauf hin, dass viele der Gäste in

einer gesundheitlich kritischen Lage waren, die eine direkte Verlegung in die Pflege erforderte. Ein beachtlicher Anteil der Personen (64) kam von zu Hause. Dies könnte darauf hinweisen, dass einige Personen bis zu einem bestimmten Punkt selbstständig oder mit ambulanter Unterstützung zu Hause gelebt haben, bevor sie in die Pflegeeinrichtung zogen oder deren pflegenden Angehörigen sind in den Urlaub gefahren. Ein kleinerer Teil der Personen kam aus anderen Einrichtungen (4). Diese Gruppen sind deutlich kleiner und könnten spezifische Fälle repräsentieren, bei denen eine Verlegung aus speziellen medizinischen oder pflegerischen Gründen erfolgte.

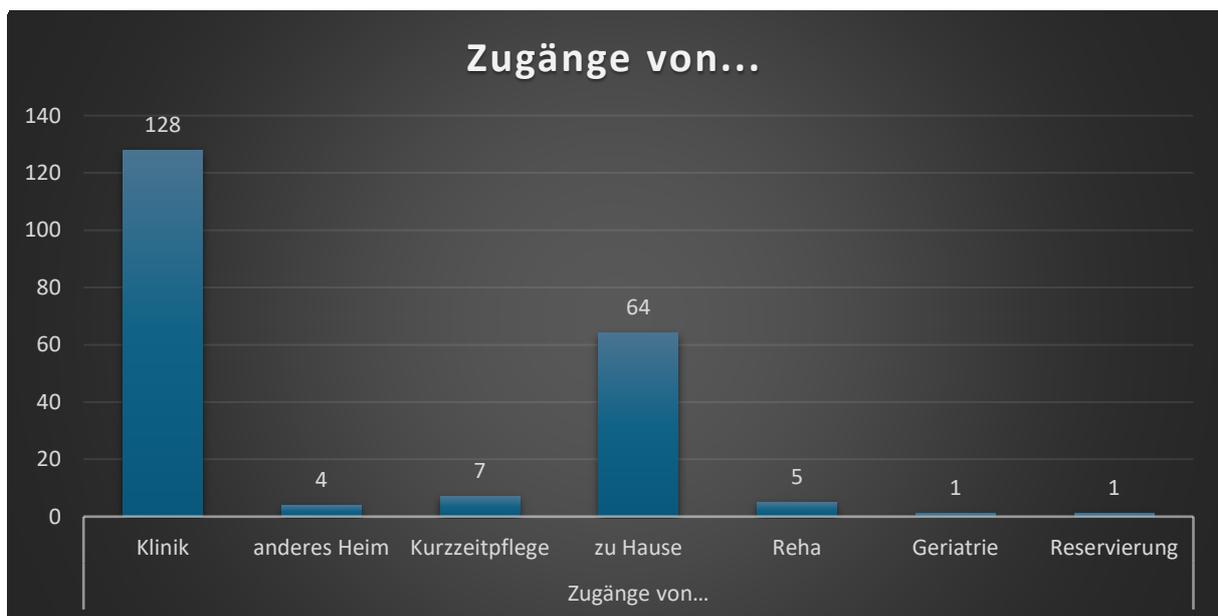


Abbildung 9: Herkunft der befragten Personen (Stand 27.08.2024) (Quelle: Klausurtagung).

Ein Teil der befragten Bewohnenden kommen auch von zu Hause, was auf eine Mischung aus geplanten Urlaubs- und Auszeiten der pflegenden Angehörigen und Notfallverlegungen hindeuten könnte. Die Grafik zeigt jedoch, dass die KZP v.a. Patient*innen aus Krankenhäusern aufnimmt, was auf die Rolle der Einrichtung mit der dualen Spezialisierung hinweist. Um die Inanspruchnahme von der KZP zu fördern, wird empfohlen, die Öffentlichkeitsarbeit auf kommunaler Ebene zu intensivieren. Erfolgreiche Modellprojekte sollten zudem verstärkt bekannt gemacht und verbreitet werden (Hahnel et al., 2023).

Zuweiser

Das nachfolgende Diagramm macht deutlich, dass Krankenhäuser die mit Abstand wichtigste Quelle für die Zuweisung in die KZP sind (vgl. Abb. 12). Dies korreliert mit den obigen genannten Zahlen, dass die Mehrheit der befragten Personen nach einem Krankenhausaufenthalt in die KZP übergehen. Die Bedeutung des Mund-zu-Mund-Empfehlungen und der Kategorie „keine Angabe“ ist ebenfalls nicht zu vernachlässigen, was auf informelle Netzwerke und möglicherweise auch auf eine gewisse Unklarheit oder Unwissenheit bei den befragten Personen hindeutet. Der Hausarzt spielt ebenfalls eine wichtige Rolle, jedoch deutlich weniger als das Krankenhaus. Andere Quellen wie Sozialstationen, Pflegestützpunkte und Reha-Einrichtungen haben vergleichsweise geringe Bedeutung.

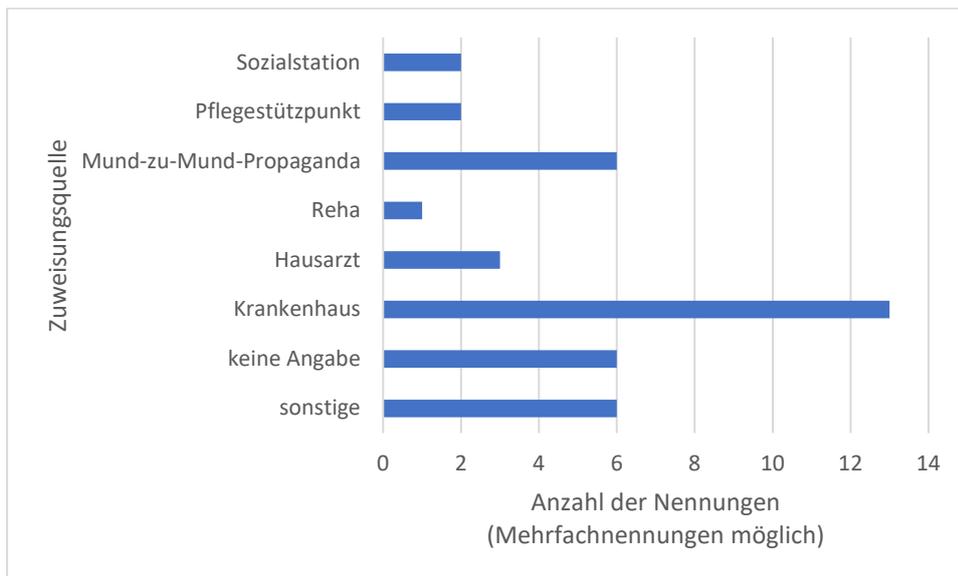


Abbildung 10: Zuweisungsquelle für die KZP (Stand 27.08.2024).

Diese Verteilung könnte verschiedene Ursachen zugrunde liegen, unter anderem den Zustand der Patient*innen nach einem Krankenhausaufenthalt, oder eine starke Vernetzung zwischen dem Entlassungsmanagement der Krankenhäuser und der KZP. Im Aufbau des Projekts wurde verstärkt auf eine enge Zusammenarbeit mit dem ortsansässigen Krankenhaus, dem GLKN Konstanz gesetzt. Es besteht auch ein Kooperationsvertrag.

Ermittlung der Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten

Nach der Ankunft auf der Kurzzeitpflegeeinrichtung zeigte sich die überwiegende Mehrheit der Befragten mit dem Aufnahmeprozess zufrieden. Insgesamt konnten 26 Nennungen registriert werden. In diesem Kontext ist hervorzuheben, dass in jeweils zwei Befragungen die Bemerkungen „unkompliziert und verständlich“ sowie „super, alles lief reibungslos“ ergänzt wurden. Vier befragte Personen haben keine Angaben zum Aufnahmeprozess gemacht. Lediglich drei Personen äußerten sich unzufrieden mit dem Aufnahmeprozess. Hinsichtlich der Gründe für die Unzufriedenheit mit dem Aufnahmeprozess ist festzuhalten, dass zwei von drei Personen diesen mit dem Vermerk „Formulare doppelt/dreifach abgeholt, verschwunden“ negativ bewertet haben. Eine weitere Person gab an, dass im Rahmen des Aufnahmeprozesses zahlreiche Termine zu bewältigen waren, die Abwicklung selbst jedoch ohne Komplikationen verlief.

Dass Formulare mehrfach abgefragt wurden und der Verlust dieser Dokumente können auf mögliche Probleme im Dokumentenmanagement oder in der Kommunikation zwischen den MA hindeuten. Eine Person empfand die Vielzahl der zu Termine als belastend, auch wenn die Abwicklung selbst reibungslos verlief. Dies könnte darauf hindeuten, dass der Aufnahmeprozess als zu komplex oder zeitaufwendig wahrgenommen wurde. Im Rahmen der Optimierung des Dokumentenmanagements wird die Integration einer Checkliste innerhalb der Patientendokumentation empfohlen. Die eingescannten Dokumente könnten anschließend dort verwaltet werden. Gleichzeitig müsste sichergestellt werden, dass alle relevanten MA auf die gleichen Dokumente zugreifen können. Unter Umständen wäre es eine Überlegung wert, den gesamten Aufnahmeprozess dahingehend zu überprüfen, Termine zu reduzieren oder verschiedene erforderliche Schritte effizienter zu koordinieren, um die körperlichen Ressourcen der Patient*innen zu schonen.

Es sei an dieser Stelle positiv hervorgehoben, dass der Aufnahmeprozess durch klare Kommunikation, Transparenz und definierte Abläufe gewährleistet ist. Dies ermöglicht es Patient*innen und ihre Angehörigen, sich vorab mit dem gesamten Ablauf vertraut zu machen, was zu einer verbesserten Vorbereitung und einer geringeren Überforderungswahrnehmung führt.

Insgesamt scheint die Zufriedenheit der Bewohnenden relativ hoch zu sein (vgl. Abb. 13). Besonders positiv sticht das **Gesamtangebot** heraus, wo der größte Teil der Befragten entweder „zufrieden“ oder „voll und ganz zufrieden“ ist. Dieser Bereich hat somit eine besondere Stärke. Auch in den Kategorien **Pflege** und **Betreuung** zeigt sich eine ähnliche Tendenz.

Die **Ausstattung der Zimmer** und **Verpflegung** haben mehr gemischte Bewertungen. Einige Bewohnende haben hier angegeben, „weder zufrieden noch unzufrieden“ oder sogar „unzufrieden“ zu sein. Interessanterweise gibt es in keiner Kategorie eine besonders hohe Anzahl an Personen, die „überhaupt nicht zufrieden“ sind, was darauf hindeutet, dass es keine extremen Unzufriedenheiten gibt.

Insgesamt zeigt das Diagramm, dass die Mehrheit der Bewohnenden mit den angebotenen Leistungen zufrieden ist, aber es gibt in bestimmten Bereichen noch Verbesserungspotenzial, insbesondere bei der Ausstattung der Zimmer und der Verpflegung.

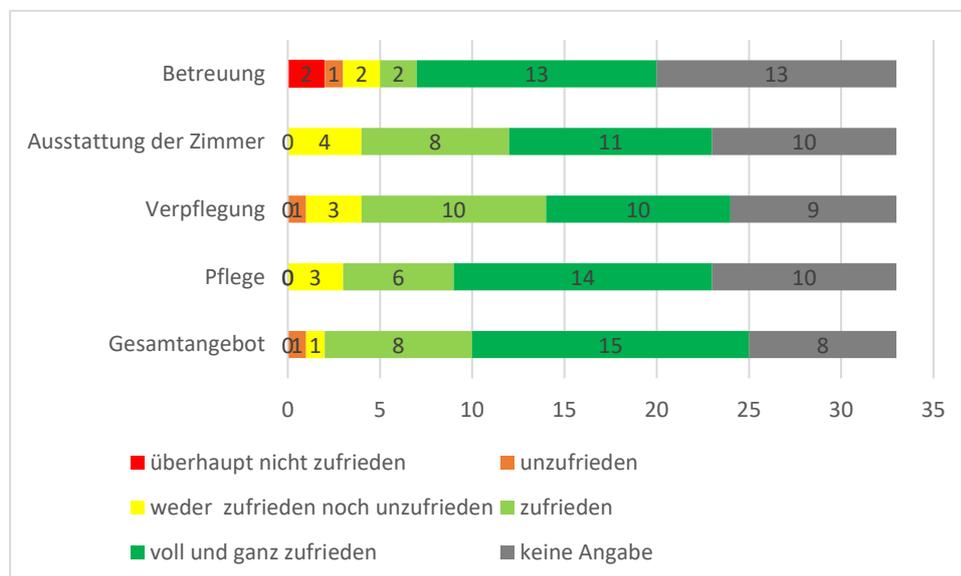


Abbildung 11: Zufriedenheit der befragten Bewohnenden anhand verschiedener Aspekte (Stand 27.08.2024).

Der Anteil der Befragten, die „keine Angabe“ gemacht haben, ist in dieser Umfrage auffällig hoch und sollte genauer betrachtet werden. In allen fünf Kategorien liegt der

Anteil derjenigen, die keine Antwort gegeben haben, zwischen etwa einem Viertel und einem Drittel der Befragten. Ein so hoher Anteil an „keine Angabe“-Antworten kann verschiedene Ursachen haben (Unklarheit, Unsicherheit, Unverständlichkeit, keine Einstellung oder Meinung zu den abgefragten Themen). Es hat womöglich nicht jede Person an Betreuungsaktivitäten teilgenommen, weil kein Bedarf oder die zuständige Kollegin nicht vor Ort war, insofern kann die fehlende Betroffenheit zu einer uninformierten Meinung führen. Neben einer fehlenden Relevanz könnte einige Befragte die Umfrage aus Zeitmangel oder Desinteresse nicht vollständig ausgefüllt haben.

Der hohe Anteil an „keine Angabe“-Feldern sollte auf jeden Fall ernst genommen werden. Es könnte sinnvoll sein, in künftigen Umfragen zusätzliche Erläuterungen bereitzustellen, um sicherzustellen, dass die Befragten die Möglichkeit und das Interesse haben, eine fundierte Antwort zu geben. Außerdem könnte es hilfreich sein, nach den Gründen für das Auslassen von Antworten zu fragen, um besser zu verstehen, ob dies an der Relevanz der Fragen, an Unsicherheiten oder an anderen Faktoren liegt. In der Entwicklung des Feedbackbogens wurden zunächst kleine Smileys zum Ankreuzen eingesetzt. Dies wurde von einigen Gästen nicht verstanden, dass man die ankreuzen muss. Daher wurden im Verlauf die Smileys ersetzt und größer dargestellt.

Auswertung der offenen Formulierungen der Bewohnenden zur KZP

Die positiven Ergebnisse spiegeln sich auch in den offen formulierten Rückmeldungen wider. Diese zeigen sich in überwiegend positive Bewertungen, aber es gibt auch konstruktive Vorschläge zur Verbesserung.

Hier sind die wichtigsten Punkte zusammengefasst: Positives Feedback wird dem Personal durch Attribute wie „freundlich, hilfsbereit und aufmerksam“ zugeschrieben. Die pflegerische Betreuung wird oft gelobt, wobei Worte wie „sehr gut, super, wunderbar und prima“ verwendet werden. Die Bewohnenden schätzen die Einrichtung insgesamt sehr, mit Kommentaren wie „alles bestens und sehr schön“. Auch das

Essen wurde positiv bewertet, wobei „lecker“ genannt wurde. Es gibt Anregungen zur Zimmerausstattung, wie das Fehlen eines Stuhls oder Hockers für Besucher, sowie Kleiderhaken für Jacken und Mäntel. Aus einer Umfrage ging der Wunsch nach mehr Mobilisation hervor, wie zum Beispiel das Umsetzen in einen Pflegestuhl. Das Ergebnis zweier Umfragen bemängelte, dass bestimmte Bedürfnisse nicht ausreichend berücksichtigt wurden, z.B. bei der Anpassung der Mahlzeiten an ein Stoma oder der Wunsch nach vegetarischer Verpflegung. Es wurde angemerkt, dass Getränkegläser nicht ganz gefüllt sein sollten, da ältere Menschen Schwierigkeiten haben könnten, diese zu greifen. Es gab Hinweise auf zu geringe Personalverfügbarkeit in der Nacht, was zu langen Wartezeiten beim Klingeln führte. Mehr Freizeitaktivitäten, wie gemeinsame Spaziergänge oder Spielnachmittage, wurden gewünscht, um den Aufenthalt abwechslungsreicher zu gestalten. Ein Gast wünschte sich eine respektvollere Anrede, ohne Verniedlichungen oder das „Duzen“, was als unangemessen empfunden wurde.

Zukünftige Implikationen sollte weiterhin auf die hohe Qualität und Freundlichkeit des Personals gesetzt werden, aber auch gezielte Schulungen zur respektvollen Kommunikation und zum Umgang mit besonderen Bedürfnissen (z.B. Mobilisation, spezielle Ernährungsbedürfnisse) durchführen.

Kleine Anpassungen in den Zimmern, wie die Bereitstellung von Kleiderhaken und zusätzlichen Sitzmöglichkeiten für Besucher, wurden bereits vorgenommen, um die Zufriedenheit weiter zu steigern. Die Einführung von organisierten Freizeitaktivitäten könnte das Wohlbefinden der Bewohner erhöhen und für mehr Abwechslung sorgen. Eine Überprüfung und ggf. Erhöhung des nächtlichen Betreuungspersonals könnten die Wartezeiten verringern und die allgemeine Zufriedenheit weiter steigern.

Zwischenfazit

Externe Faktoren wie das Alter und Gesundheit der Bevölkerung kann die Nachfrage zur KZP erhöhen. Die Zufriedenheit der Bewohnenden beeinflusst den Ruf der Einrichtung und damit auch die Auslastung und die Wirtschaftlichkeit. Im folgenden Kapitel werden weitere Kennzahlen näher betrachtet.

3.4.1 Kennzahlen und Berechnung des Umsatzes

Neuaufnahmen

„Die Herausforderung ist an so einer Kurzzeitpflegestation im Vergleich zum Stationsbetrieb/ Im Stationsbetrieb hat man vielleicht ein, zwei Aufnahmen im Monat [...]. Und jeden Monat mal eine Entlassung so im Schnitt.“ (Interview_B5, Pos. 12)

Folgende Grafik zeigt die Anzahl der Zugänge in dem Zeitraum 24.09.2023 – 08.07.2024. Sie verdeutlicht insgesamt einen kontinuierlichen Anstieg der Zugänge auf der Station. Nach einem relativ niedrigen Start im Sep steigt die Anzahl im Oktober stark auf 18 an und stabilisiert sich dann über die Monate hinweg bei rund 20 bis 22 Zugängen. Im Jun 24 erreicht die Anzahl der Zugänge mit 27 den Höchststand (vgl. Abb. 11).

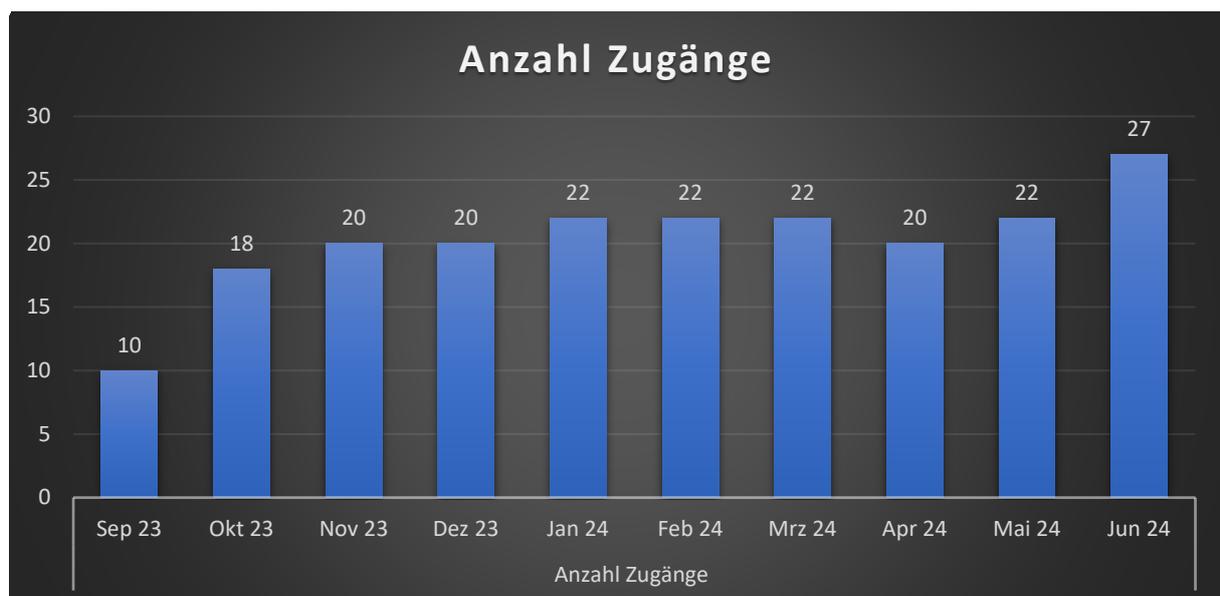


Abbildung 12: Anzahl der Zugänge.

Entlassungsdaten

Aus der folgenden Abbildung geht hervor, dass die Entlassungen den weitaus größten Teil der Austritte ausmachen, was darauf hindeutet, dass die Mehrheit der Gäste die KZP regulär verlassen konnte und somit den geplanten Aufenthalt mit den

vorgesehenen Maßnahmen und Behandlungen erfolgreich abgeschlossen hat. 20 Personen wurden in ein Heim zurückverlegt. Mögliche Gründe dafür könnten sein, dass sich der Pflegebedarf stark erhöht hat oder ein Platz in der Dauerpflege frei geworden ist und die Gäste die Zeit in der KZP als Überbrückung genutzt haben. 9 Personen wurden ins Krankenhaus eingewiesen, was auf eine akute Verschlechterung des Gesundheitszustandes hindeuten könnte. Nur zwei Personen gaben „vorzeitige Abreise“ als Austrittsgrund an. Dies zeigt die geringe Relevanz dieser Kategorie. Bei den 13 verstorbenen Gästen handelt es sich um Palliativpatient*innen auf der KZP (s. Abb. 12).

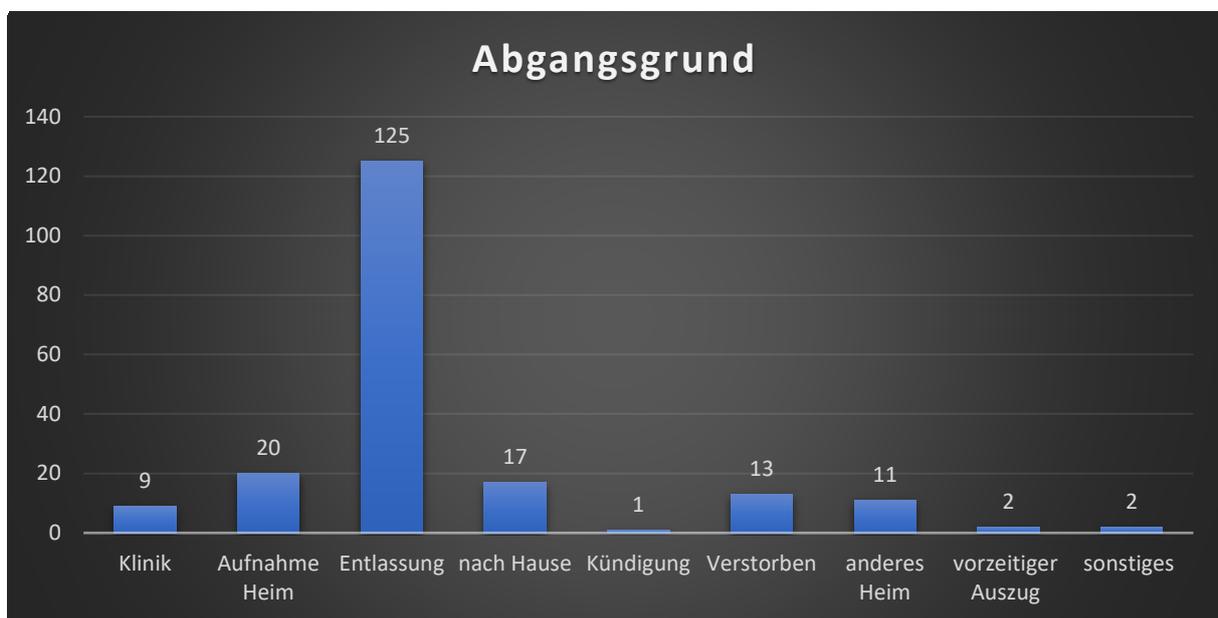


Abbildung 13: Gründe der Abreise der Gäste aus der KZP.

Belegungszahlen nach Pflegegrad

„[...] Und dadurch, dass wir eher so auf Pflegegrad zwei, drei belegen, haben wir auch entsprechend niedrigere Pflegesätze/ Also dürfen wir weniger Pfleger einsetzen oder einstellen, weil wir [es] sonst nicht finanziert bekommen.“
(Interview_B8, Pos. 6)

Personen mit PG 3 hat den höchsten Belegungsanteil. PG 2 und PG 4 sind ebenfalls kontinuierlich belegt, aber in geringerem Maße aus PG 3. PG 1 und PG 5 zeigen keine bis minimale Belegung an (vgl. Abb. 12).

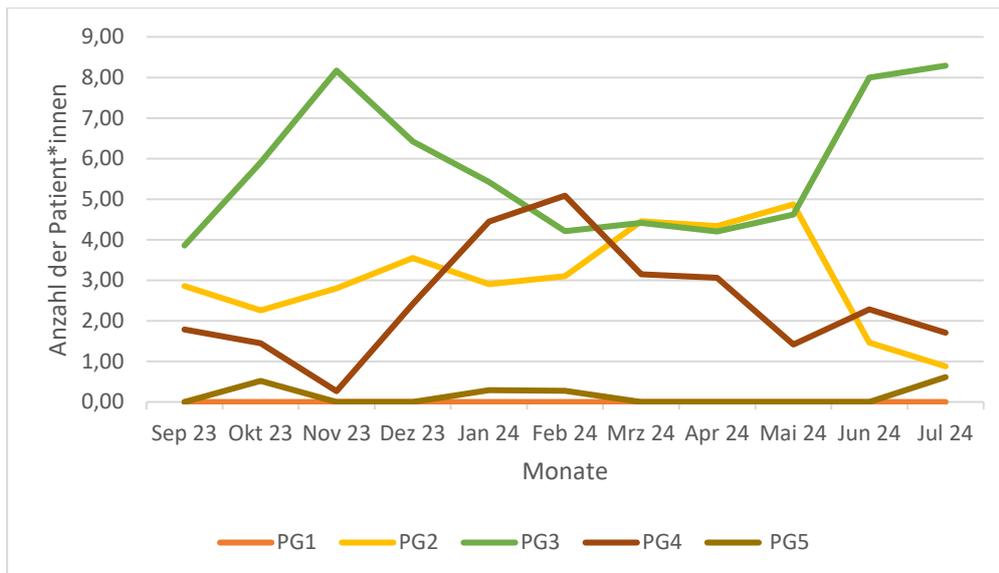


Abbildung 14: Entwicklung der pflegegradabhängigen Belegungszahlen von Sep 23 - Jul 24.

In absoluten Zahlen wurden seit Projektbeginn mit 203 Bewohnenden und 210 Zugängen 6 Personen ohne Pflegegrad, keine Person mit Pflegegrad 1, 58 Personen mit PG 2, 100 Personen mit PG 3, 42 Personen mit PG 4 und 2 Personen mit PG 5 aufgenommen, davon insgesamt 20 Patient*innen, die palliativ versorgt wurden (Interne Statistik).

Die quantitativen Daten wurden monatlich verfolgt, um Trends zu erkennen. Die Anzahl der Patient*innen variiert über den Zeitraum von Sep 23 – Jul 24, mit einem erkennbaren Anstieg der Gesamtanzahl in den Wintermonaten (vgl. Abb. 13). Dies könnte auf saisonale Schwankungen in der Nachfrage nach stationärer Versorgung hinweisen. Die Belegungsquote schwankt zwischen 70% und über 80%. Der Höchstwert wird im Jan 24 mit 87,04% erreicht. Zum Projektstart ist die KZP mit einer Belegung von 57 % gestartet. Die Belegung wurde in den ersten drei Monaten gezielt auf 70% gedeckelt, um das Team nicht zu überfordern und die Prozesse anzupassen. Die Belegungsquote bleibt auf einem relativ hohen Niveau, was auf eine effiziente Nutzung der Bettenkapazitäten hinweist. Diese Kennzahl der Belegungsquote zeigt an, wie gut die Betten der Station ausgelastet sind. Eine hohe Belegungsquote ist i.d.R. positiv für die Wirtschaftlichkeit, da fixe Kosten über eine größere Anzahl von Patient*innen verteilt werden können.

Die Anzahl der Patient*innen in den einzelnen Pflegegraden zeigt ebenfalls Schwankungen. Wie bereits erwähnt ist PG 1 nicht und PG 5 kaum vertreten. Das bedeutet, dass eine geringere Anzahl von Patient*innen mit sehr hohem Pflegebedarf da sind. PG 3 verzeichnet ihre Höchstwerte in den Monaten Nov 23 und Jul 24.

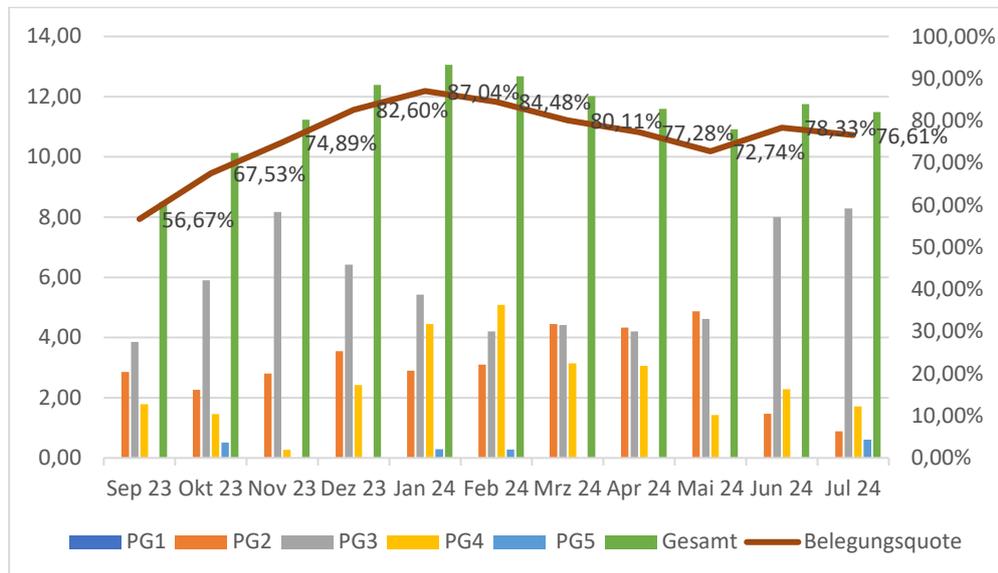


Abbildung 15: Entwicklung der Belegung und Belegungsquote.

Pflegesätze für die solitäre Kurzzeitpflege

Die seit Anfang März 2014 geltenden Pflegesätze für die solitäre KZP sind nach Pflegegraden gestaffelt. Dabei reicht der Tagessatz von 216,36 Euro bei Pflegegrad 1 bis 296,82 Euro bei Pflegegrad 5. Der Tagessatz setzt sich zusammen aus Unterkunft, Verpflegung (jeweils 54,85 Euro) und Investitionskosten (45,20 Euro), einem Ausbildungszuschlag (6,01 Euro) sowie einer dem jeweiligen Pflegegrad angepassten Pflegeleistung (bei PG 1: 110,30 Euro; bei PG 5: 190,76 Euro). Während die Pflegeleistung und der Ausbildungszuschlag von der Pflegekasse übernommen werden, muss der Eigenanteil (Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten) vom Gast selbst getragen werden:

*„Also jemand, der kein Geld hat. Der überlegt sich dann schon dreimal, ob er bei uns in die Kurzzeitpflege geht oder doch lieber irgendwo anders guckt.“
(Interview_B8, Pos. 42).*

Die Pflegekasse übernimmt maximal 1774 Euro pro Kalenderjahr. Das Budget ist dann z.B. bei Pflegegrad 1 nach 16 Tagen und bei Pflegegrad 5 nach 9 Tagen ausgeschöpft (vgl. Anhang: Geltende Pflegesätze).

4. Diskussion

Die Beantwortung der Forschungsfrage, inwiefern die Situation pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen durch das Projekt der poststationären Nachsorge und Palliativversorgung insgesamt aufgefangen, gefördert oder erschwert wird, erfordert die Beleuchtung verschiedener Perspektiven (Struktur, Unternehmenskultur, etc.). Im Folgenden werden sowohl auf die strukturellen Defizite als auch auf die positiven Aspekte, die die Struktur der KZP bereithält.

4.1 Zusammenfassung zu den strukturellen Rahmenbedingungen auf der KZP

Das Projekt trägt insgesamt positiv zur Situation der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen bei, indem sie wichtige Unterstützung bereithält, bringt jedoch auch strukturelle, administrative und finanzielle Herausforderungen mit sich, die den Zugang und die Qualität der Pflege beeinträchtigen können.

Durch die Spezialisierung auf Palliativpflege und die Einführung einer solitären KZP wird gezielt auf die spezifischen Bedürfnisse der Gäste eingegangen, was Potenzial für eine hochwertige Versorgung gewährleistet. Die bedarfsorientierte Pflege kann auf postoperative, rehabilitative Bedürfnisse oder Maßnahmen zur Lebensqualitätsverbesserung am Lebensende reagieren. Gleichzeitig stellen die notwendige Spezialisierung und die damit verbundenen hohen Anforderungen an das Personal eine Belastung dar. Das Personal ist gefordert, spezialisierte Pflege unter oft herausfordernden Bedingungen zu leisten, was die Arbeit insgesamt erschweren kann.

Die Entlastung der Angehörigen wird gefördert, da sie sicher sein können, dass ihre Liebsten in einer kompetenten Umgebung betreut werden. Auf der anderen Seite stellt die Verlagerung von Verantwortlichkeiten auf die Angehörigen eine Herausforderung dar. Die notwendige Organisation von Pflegediensten und Transporten durch die Angehörigen kann zu zusätzlichen Belastungen führen. Auch die teils komplexen und

zeitaufwändigen Verwaltungsprozesse können als hinderlich empfunden werden. Das könnte als sehr kritisch angemerkt werden, da die Angehörigen nicht die notwendige Kompetenz dafür besitzen.

Die schöne und barrierefreie Gestaltung der Zimmer und der Anlage insgesamt fördert das Wohlbefinden der Pflegebedürftigen, insbesondere durch den Ausblick und die modernen, ansprechenden Räume. Jedoch werden fehlende Handläufe, die suboptimale Raumplanung, und die kleinen, wenig persönlich gestaltbaren Zimmer negativ bewertet. Der fehlende separate Raum für ruhige Aktivitäten und der Umgebungslärm sind negativ zu bewerten.

Durch die Kombination von Kurzzeit- und Verhinderungspflegebudgets sowie die Nutzung von Entlastungsbeträgen können längere Aufenthalte finanziert werden. Gleichzeitig können hohe Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionen Selbstzahler erheblich belasten, insbesondere über einen längeren Aufenthalt. Die unterschiedlichen Abrechnungsmodalitäten zwischen Pflegekasse, Sozialamt und Selbstzahlern erhöhen die administrative Komplexität und können zu Verzögerungen führen.

Die langen Schnittstellen und Verzögerungen bei der Beschaffung von BTM-Medikamenten können die Schmerzbehandlung und damit das Wohlbefinden der schmerzgeplagten Gäste beeinträchtigen. Die Bereitstellung von BTM-Rezepten für die ersten Tage nach der Entlassung fördert die Kontinuität in der Schmerzbehandlung.

Während der KZP sollte die hausärztliche Versorgung zuverlässig durch örtlich verfügbare Ärzte gemäß § 119 b SGB V sichergestellt sein. Hausärzte der Klient*innen sollten die Betreuung übernehmen, wenn sie regelmäßige Besuche in der Einrichtung durchführen und von Beginn an alle relevanten Informationen, einschließlich des Medikamentenplans, zur Verfügung stellen. Dabei ist die freie Arztwahl der Klient*innen zu gewährleisten. Zudem sollten Kooperationen mit Fachärzten, z. B. aus den Bereichen Chirurgie, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie, bestehen, die Hausbesuche anbieten oder kurzfristige Termine in ihren Praxen ermöglichen. (Brucker et al., 2020)

4.2 Zusammenfassung zur Unternehmenskultur

Bezogen auf die Forschungsfrage lassen sich im Bereich des Human Resource Managements Aussagen treffen, die sich sowohl förderlich als auch hemmend auf das Projekt auswirken können.

Der Tod eines nahestehenden Menschen führt bei den Hinterbliebenen häufig zu einer Vielzahl von emotionalen Reaktionen, die von Verunsicherung, Ohnmachtsgefühlen bis hin zu Einbußen in der Stabilität reichen. Der Tod kann für den nahestehenden Angehörigen folglich ein traumatisches Erlebnis darstellen. Diese Personengruppe bedarf einer professionellen und angemessenen Betreuung und Begleitung (Dlubis-Mertens & Kopitzsch, 2020).

Förderliche Aspekte sind klare Führungsstrukturen und starke Teamleitungen, die zur Stabilität und positiven Entwicklung der Station beitragen. Maßnahmen zur Verbesserung der Work-Life-Balance und private Teambuilding-Aktivitäten haben das Arbeitsklima verbessert und die Motivation des Pflegepersonals gefördert.

Erschwerende Aspekte waren Herausforderungen bei der Personalrekrutierung und bei der Personaleinsatzplanung, die bei Ausfällen zu Einbußen in der kontinuierlichen Patientenversorgung führen können. Die knappen Personalschlüssel führen zu einer hohen Arbeitsbelastung, die sich negativ auf die Pflegequalität und die Betreuung der Gäste auswirken kann. Die notwendige Personalaufstockung, insbesondere in der Palliativpflege, kann nicht realisiert werden.

Der Umgang in Konfliktsituationen scheint die Situation auf der KZP konstruktiv zu fördern, da eine stabile, konfliktarme und fröhliche Teamatmosphäre eine positive Umgebung schafft, was einen Einfluss auf das Vertrauen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen in die Versorgung haben.

Der starke Teamzusammenhalt und die positive Teamkultur tragen dazu bei, dass pflegebedürftige Menschen in einer unterstützenden und wertschätzenden Umgebung versorgt werden. Insgesamt wird die Situation der Pflegebedürftigen und ihrer

Angehörigen durch die auf Teamzusammenhalt basierende Pflegekultur eher gefördert als erschwert.

Die palliative Versorgung muss von allen MA in einem Prozess der inneren Aneignung mitentwickelt werden, um eine Haltung zu formen, die in die praktische Arbeit einfließen kann (Alsheimer, 2022, S. 10).

4.3 Empfehlungen für das Personalmanagement

Tabelle 2: Quick Wins und Optimierungsbedarf im Bereich des Personalmanagements.

Handlungsfelder	Was läuft gut?	Optimierungsbedarf
<i>Kompetenz und Entwicklung</i>	Freiwilligkeit bei der Weiterbildung und spezialisierte Schulungen.	Bessere Einarbeitung und schnellere Integration neuer Kolleg*innen.
<i>Personalgewinnung und Personalbindung</i>	Einführung von Work-Life-Balance-Maßnahmen, z.B. Jobrad.	Bessere Kommunikation und Einhaltung von Arbeitsbedingungen, um Kündigungen zu vermeiden.
<i>Führung und Unternehmenskultur</i>	Transparente, empathische Führung wird praktiziert und geschätzt.	Mehr Einbindung der Teamleitungen in Entscheidungen und Verbesserung der Wertschätzungskultur.
<i>Arbeitsorganisation und Arbeitsgestaltung</i>	Einführung von Springerpools zur Abdeckung von Personalausfällen.	Klare Stellenbeschreibungen und feste Arbeitszeiten zur besseren Planung und Vereinbarkeit von Beruf und Familie.
<i>Gesundheitsförderung</i>	Angebot von „Happy fit“.	Erweiterung des betrieblichen Gesundheitsmanagements und bessere Arbeitsbedingungen zur Vermeidung von Überlastungen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Projekt der poststationären Nachsorge und Palliativversorgung in vielerlei Hinsicht positive Effekte auf die Situation der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen hat. In Bezug auf das ADKAR-Modell zeigt sich, dass die MA die Veränderung begrüßen und unterstützen, jedoch weitere strukturelle Anpassungen notwendig sind, um das volle Potenzial auszuschöpfen.

Ergebnisse aus einer weiteren Studie mit Interviews mit Leistungserbringern zu den personellen Anforderungen zeigen, dass die KZP nach Ansicht der Befragten besondere Herausforderungen für das Personal mit sich bringt. Durch die kurzen Aufenthalte der Gäste ist eine hohe Flexibilität gefordert, deutlich mehr als in der LZP. Zudem ist das fachliche Niveau der Aufgaben anspruchsvoll. Neben der Grund- und Behandlungspflege umfasst das Tätigkeitsfeld der Pflegekräfte auch die Organisation und Koordination der weiteren Versorgung. Zukünftig wird es immer wichtiger, dass Pflegekräfte über spezialisiertes Wissen im Bereich der Demenz und Gerontopsychiatrie verfügen (Hahnel et al., 2023).

Aufgrund der hohen Anforderungen sollte die Arbeit in der KZP von einem multiprofessionellen Team unter der Leitung einer Pflegefachkraft durchgeführt werden. Das Team sollte Fachkräfte aus Pflege, Sozialarbeit, Ergotherapie und idealerweise Physiotherapie umfassen. Ergotherapie und Physiotherapie können auch über Kooperationsverträge eingebunden werden, die nicht-therapeutische Leistungen einschließen. Gleiches gilt für die Zusammenarbeit mit Logopäden, Ernährungsberatern, Podologen und Anbietern von Hilfsmitteln (Brucker et al., 2020).

Neben der Sicherstellung der Bedürfnisse der schwerstkranken Betroffenen und ihrer Angehörigen ist auch das Wohlergehen der Ehrenamtlichen, die in der Versorgung und Begleitung der schwerstkranken Personen involviert sind, zu berücksichtigen. (Dlubis-Mertens & Kopitzsch, 2020).

4.5 Rahmenbedingungen

Es ist anzunehmen, dass die verschiedenen Versorgungsschwerpunkte unterschiedlich aufwendig sind. Diese Unterschiede könnten jedoch durch besondere Problematiken der Klienten (z. B. Demenz mit Verhaltensauffälligkeiten oder MRE-Besiedlung) ausgeglichen werden. Daher wird ein einheitlicher Tagessatz als

Vergütungsstruktur empfohlen. Gleichzeitig sollte jedoch ein besonders hoher Aufwand für Behandlungspflege, wie etwa bei großflächigen Wunden oder Tracheostoma-Pflege, durch einen zusätzlichen Zuschlag vergütet werden. Andernfalls könnte die Aufnahme von Klient*innen mit intensivem Pflegebedarf und hohen Materialkosten erheblich erschwert werden (Brucker et al., 2020). Die Aufenthaltsdauer in der KZP sollte sich nach dem notwendigen Betreuungsbedarf richten und nicht durch die finanzielle Begrenzung der Pflegeversicherung eingeschränkt werden. Auch wiederholte Aufenthalte innerhalb eines Jahres sollten bei entsprechender Indikation möglich sein, etwa bei mehrfachen schweren Erkrankungen (Brucker et al., 2020).

Diesbezüglich ist eine dringliche Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen erforderlich. Als Ergebnis der Klausurtagung kann festgehalten werden, dass die Palliativversorgung weiterhin bestehen bleibt, wenn auch in reduzierter Bettenanzahl. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass in der Praxis mehr Plätze benötigt werden. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass Hospizplätze in der Versorgungslandschaft nur in geringer Anzahl verfügbar sind und lange Wartelisten bestehen.

Es sollte sichergestellt werden, dass jeder Mensch, der eine palliativmedizinische Behandlung benötigt, diese ohne unnötige Verzögerung erhält (Dlubis-Mertens & Kopitzsch, 2020).

Bei der Einflussgröße „Milieu“ stellt sich die Kommunikation mit verschiedenen Gesundheitskassen und Versicherungen als eine weitere Herausforderung dar. Da jede Kasse unterschiedliche Bedingungen und Anforderungen stellt (Zersplitterung), ist die Koordination äußerst komplex und zeitaufwendig. Dies erschwert nicht nur den laufenden Betrieb, sondern auch die langfristige Planung.

4.6 Handlungsempfehlungen

Die KZP zeigt eine Reihe von Stärken, Chancen, aber auch Schwächen und Risiken, die für ihren Betrieb von großer Bedeutung sind (s. Abb. 23).

Zu den Stärken zählt, dass der Arbeitsaufwand der Pflegekräfte anerkannt und geschätzt wird, obwohl ein Unverständnis gegenüber den vorgegebenen Pflegekennzahlen besteht. Es wird Wert daraufgelegt, Hektik zu vermeiden und den Arbeitsalltag so zu gestalten, dass er für das Personal attraktiv bleibt – was sich auch in der Bereitschaft zur Neuanstellungen zeigt. Eine Rückkehr in die LZP wird von den MA nicht gewünscht, da ihnen die Arbeit in der KZP besonders am Herzen liegt. Hier ist Fingerspitzengefühl gefragt, um den individuellen Charakteren der Gäste gerecht zu werden. Die Arbeit wird zudem als dynamisch und spannend wahrgenommen, da immer wieder neue Gäste aufgenommen werden, was das Arbeitsumfeld abwechslungsreich gestaltet.

Es gibt auch zahlreiche Chancen, die das Projekt bietet. Die Not der Gäste und ihrer Angehörigen wird deutlich, vor allem wenn die Wohnumgebung nicht barrierefrei ist, Angehörige berufstätig sind und eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung nicht möglich ist. Dies führt oft zu einer Wiedereinlieferung ins Krankenhaus, besonders nach frühen Entlassungen. Hinzu kommen lange Wartezeiten für Plätze in Langzeitpflege- und Reha-Einrichtungen. Da es in der Region kein vergleichbares Angebot wie diese KZP gibt, stellt dies eine wichtige Versorgungslücke dar. Auch das geringe Angebot an Hospizplätzen und die fehlende Versorgung für junge, schwerkranke Patient*innen machen die Einrichtung besonders wertvoll.

Dennoch gibt es einige Schwächen. So ist die Einrichtung nicht so umfassend ausgestattet wie ein Krankenhaus, was besonders bei der Beschaffung bestimmter Medikamente (BTM) z.B. durch Lieferungsengpässe, verursacht durch Krieg erschwert wird.

Zu den Risiken zählen die stark schwankenden Belegungszahlen, die von leeren bis zu voll belegten Betten reichen können. Besonders zu Jahresbeginn und -ende wird das Angebot häufiger in Anspruch genommen, was eine unregelmäßige Auslastung zur Folge hat. Kurzfristige Absagen erschweren die Planung zusätzlich, und Aufnahmen vor dem Wochenende sind oft nicht möglich. Zudem stellen die hohen Eigenanteile der Pflegegäste und die Konkurrenz durch andere Pflegeheime ein finanzielles Risiko dar.

Für eine bessere Koordination von Angebot und Nachfrage in der KZP sowie die Vernetzung der beteiligten Akteure kann der Einsatz einer Pflegeüberleitungsplattform nützlich sein. In Deutschland wurden in den letzten Jahren verschiedene Plattformen entwickelt, um die pflegerische Versorgung effizienter zu gestalten. Diese Überleitungsplattformen dienen dazu, die Nachversorgung nach Krankenhausaufenthalten, Kurzzeitpflege oder Rehabilitationsmaßnahmen zu organisieren und ein regionales Versorgungsnetzwerk aufzubauen. Je nach Plattform sind auch Ärzte, Transportdienste und andere relevante Akteure eingebunden.

Eine spezifische Lösung kann nicht genannt werden, da die meisten Plattformen regional agieren, wie zum Beispiel der Pflegeplatzmanager, Campian®Net, Careplace, Recare ONE und Caseform. Aus Interviews mit Vertretern der Kommunen in Baden-Württemberg geht hervor, dass bereits gute Netzwerkstrukturen in der Pflege und Kurzzeitpflege existieren. Es wird empfohlen, diese weiter zu stärken und auszubauen (Hahnel et al., 2023).

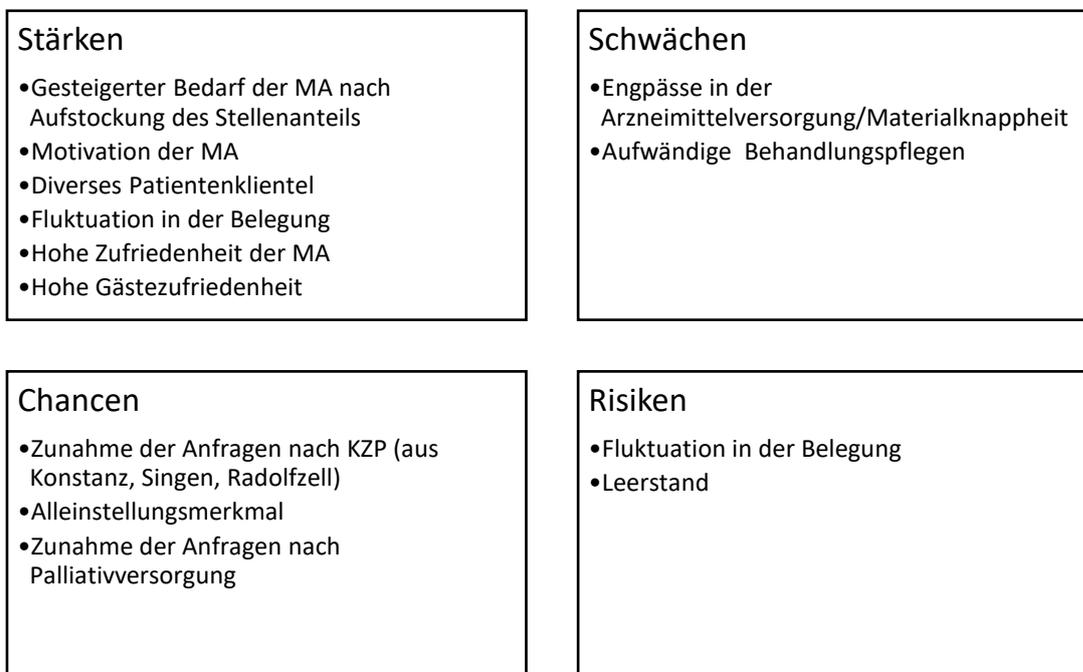


Abbildung 1816: Swotanalyse.

Aus den Interviewergebnissen lassen sich konkrete Handlungsempfehlungen ableiten (s. Tab. 3).

Tabelle 3: Handlungsempfehlungen aus der Kategorie „Lösungsidee, - Möglichkeiten entnommen

<p>Problem: Personalmangel und Arbeitsbelastung</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Es sollten zusätzliche Pflegekräfte eingestellt werden, um die Belastung auf mehrere Schultern zu verteilen. ⇒ Ein Springerpool wurde bereits eingerichtet, um kurzfristige Ausfälle abzufangen. Dies würde nicht nur die Arbeitsbelastung verringern, sondern auch die Versorgungssicherheit für die Gäste erhöhen. Fortlaufende Evaluation wäre noch notwendig, um zu eruieren, ob der Springerpool tatsächlich eine Erleichterung bewirkt. Zum Zeitpunkt der Erhebung wurde der Springerpool erstmals etabliert. ⇒ Zudem wäre es hilfreich, den Personalschlüssel von den Pflegegraden zu entkoppeln, um flexibler auf die tatsächliche Arbeitslast reagieren zu können.
<p>Problem: Finanzierung und langfristige Planung</p> <p>Eine wichtige Forderung der Charta lautet: Sterbebegleitung darf nicht durch ökonomische Interessen bestimmt werden (Dlubis-Mertens & Kopitzsch, 2020). Der schwerstkranke und sterbende Mensch darf niemals zum Objekt der Versorgung oder des Helfens werden (Dlubis-Mertens & Kopitzsch, 2020).</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Es sollte ein einheitlicher Tagessatz eingeführt werden, unabhängig vom Pflegegrad der Gäste, um die Finanzierung zu vereinfachen. ⇒ Darüber hinaus sollten alternative Finanzierungsmöglichkeiten wie Sponsoren oder Förderfonds geprüft werden, um die finanzielle Stabilität zu sichern. ⇒ Eine höhere Durchlässigkeit/Flexibilität der Kostenträger wäre von Nöten, um dem spezialisierten Angebot Rechnung zu tragen.
<p>Problem: Kommunikation und Kooperation</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Die Einrichtung einer festen Zusammenarbeit mit ein oder zwei Hausarztpraxen würde die medizinische Versorgung und die Kommunikation erheblich verbessern. ⇒ Es sollte zudem ein Standardverfahren für die schnelle Anpassung der Pflegegrade etabliert werden, um Verzögerungen bei der Finanzierung und Betreuung zu vermeiden. ⇒ Eine lückenlose Verlegung bzw. Überleitung aus dem Krankenhaus/vom Hausarzt etc. mit allen Unterlagen und Materialien (BTM, Verbandsmaterial, Rezept etc.) muss organisiert werden
<p>Problem: Fluktuation der Patienten und Planungsunsicherheiten</p>

⇒ Es sollten Strategien entwickelt werden, um leerstehende Betten zu vermeiden
Problem: Palliativversorgung
⇒ Es sollten klare Regelungen für die Finanzierung von Palliativpatient*innen getroffen werden, um ihnen eine längere Betreuung in der KZP zu ermöglichen. ⇒ Die Entwicklung von Formularen zur schnellen Genehmigung einer Verlängerung könnte hier hilfreich sein – wurden bereits in die Wege geleitet –, ebenso wie engere Absprachen mit den Krankenkassen.
Problem: Materialknappheit
⇒ Um kritische Versorgungslücken zu vermeiden, sollte Pflegeeinrichtungen gestattet werden, eine kleine, gezielt definierte Menge an palliativmedizinisch relevanten Medikamenten und Hilfsmitteln vorzuhalten. ⇒ Die bürokratischen Hürden bei der Rezeptierung und Bereitstellung von Verbandsmaterialien und Arzneimitteln sollten reduziert werden. Eine flexiblere Abrechnung oder eine pauschale Kostenübernahme für dringend benötigtes Material könnte die derzeitige Praxis der Vorleistung durch Einrichtungen entschärfen und die Versorgungssicherheit verbessern.

5. Stärken und Limitationen

Wir waren uns der besonderen Situation der betroffenen Familien bewusst und haben daher den Rekrutierungsweg über die Projektleitung gewählt, da diese die gesundheitliche Lage und Belastungssituation der Gäste besser einschätzen konnte. Dieser Ansatz könnte jedoch potenziell zu einem Selektionsbias geführt haben.

Aufgrund des Alleinstellungsmerkmals ist ein Benchmarking bzw. ein Vergleich der Ergebnisse mit anderen Stationen oder ähnlichen Einrichtungen nur bedingt möglich. Optimierungspotential kann sich im Laufe der Zeit durch „Learning by Doing“ ergeben.

Literaturverzeichnis

- Alzheimer, M. (2022). Lebendige Hospizkultur im Pflegeheim entwickeln. *Pflegezeitschrift*, 75(12), 10–15. <https://doi.org/10.1007/s41906-022-1973-6>
- Brucker, U., Schmidt-Ohlemann, M., Schweizer, C. & Warnach, M. (2020). *Perspektiven der Kurzzeitpflege – Chancen für eine gelingende Teilhabe*.
- Dlubis-Mertens, K. & Kopitzsch, F. (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. & Bundesärztekammer, Hrsg.). (2020). *Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland*, Koordinierungsstelle für Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland. Verfügbar unter: www.charta-zur-betreuung-sterbender.de
- Hahnel, E., Braeseke, G., Pörschmann-Schreiber, U., Pflug, C., Tisch, T., Musfeldt, M. et al. (Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg, Hrsg.). (2023). *Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg. Forschungsvorhaben zum Ausbau und zur Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege in Baden-Württemberg*. Abschlussbericht, IGES Institut GmbH Berlin.
- Miebach, Bernhard. Handbuch Human Resource Management. Springer Fachmedien Wiesbaden, 2017.
- Rädiker, S. & Kuckartz, U. (2019). *Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-22095-2>
- Statistisches Bundesamt. (2023). *Pflegeheime, Verfügbare Plätze, Pflegebedürftige: Deutschland, Stichtag, Art der Pflegeleistung. Statistik über stationäre Pflegeeinrichtungen*. Art der Pflegeleitung: Vollstationäre Kurzzeitpflege. Verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=abrufabelleBearbeiten&levelindex=0&levelid=1728379015277&auswahloperation=abrufabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=22412-0001&auswahltext=&wertauswahl=913&wertauswahl=911&wertauswahl=910&wertabruf=Werteabruf#abreadcrumb>

Tang, K.N. (2019). Change Management. In: Leadership and Change Management. SpringerBriefs in Business. Springer, Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-13-8902-3_5