

**Empfehlung des Landespflegeausschusses gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2
SGB XI vom 30.01.2003**

Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI als Übergangspflege zur Sicherung der häuslichen Pflege

**Rahmenkonzept zu Leistungen und zur Gestaltung von
Kurzzeitpflegeeinrichtungen in Niedersachsen**

Inhalt

1. Hintergrund, Zielsetzung, Grundlagen	Seite 3
2. Stand der Entwicklung und Entwicklungsbedarf	Seite 7
3. Zielgruppen	Seite 9
4. Leistungen der Kurzzeitpflegeeinrichtungen	Seite 11
4.1 Pflege	
4.2 Soziale Betreuung	
4.3 Medizinische Therapie	
5. Pflegeüberleitung	Seite 17
5.1 Pflegeüberleitungs-Dokumentation	
5.2 Pflegeüberleitungsbogen	
6. Personalausstattung und Vergütung	Seite 19
7. Räumliche Zuordnung und Ausstattung	Seite 20

Anlagen

- Anlage 1: Pflegeüberleitungsbogen (Muster)
- Anlage 2: Personalausstattung
- Anlage 3: Räumliche Zuordnung und Ausstattung

1. Hintergrund, Zielsetzung, Grundlagen

Der Vorbereitende Ausschuss des Landespflegeausschusses hat sich im Rahmen des gesetzlichen Auftrages des Landespflegeausschusses zur Beratung über den Aufbau und die Weiterentwicklung eines regional und fachlich gegliederten Versorgungssystems in der Pflege auf Landesebene (§ 92 Abs. 1 SGB XI) auf Anregung des Ministeriums für Frauen, Arbeit und Soziales (MFAS) auf seiner Sitzung am 22. Juni 2000 **unter dem Arbeitstitel „rehabilitativ orientierte Kurzzeitpflege“** mit der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI als Übergangspflege zur Sicherung der häuslichen Pflege (Stand und Entwicklungsbedarf) befasst und **die Erarbeitung eines Rahmenkonzeptes** zu Leistungen und zur Gestaltung **von Kurzzeitpflegeeinrichtungen, die diese Aufgabe wahrnehmen, beschlossen.**

Diesem Auftrag wird hiermit entsprochen.

Das Rahmenkonzept orientiert sich an dem bewährten Aufbau vorangehender Empfehlungen des Landespflegeausschusses „Einrichtung und den Betrieb von Tagespflegeeinrichtungen“ und „stationäre Einrichtungen für die Pflege von Schädel-Hirn-Geschädigten (Phase F)“.

Das Rahmenkonzept bezieht sich – der heutigen Praxis entsprechend – hinsichtlich der Leistungsbeschreibung der Einrichtungen auf Personen mit vorrangig somatischem Pflegebedarf. Keine Aussagen getroffen werden zu Leistungen, die im Rahmen einer Kurzzeitpflege speziell auf die (Wieder-)Gewinnung der häuslichen Pflege- und Betreuungsfähigkeit bei Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI (insbesondere Personen mit einer Demenz) im Blick auf diese Beeinträchtigungen zu erbringen sind bzw. bei einer speziell auf diesen Personenkreis ausgerichteten Kurzzeitpflegeeinrichtung zu erbringen wären¹. Angesichts des großen Anteils an Nutzern der Kurzzeitpflege mit vor allem dementiellen Beeinträchtigungen unterschiedlichsten Schweregrades ist allerdings eine ausreichende fachliche Befähigung des Pflegepersonals in den Kurzzeitpflegeeinrichtungen zum Umgang mit solchen

¹ In diesem Zusammenhang wurden allerdings auch seitens der Praxis Zweifel an der Zielerreichung solcher Leistungen im Rahmen einer auf wenige Wochen beschränkten stationären Pflege in für die Pflegebedürftigen ungewohnter Umgebung geäußert.

Beeinträchtigungen und den daraus resultierenden Verhaltensweisen eine wesentliche Voraussetzung für eine qualifizierte Leistungserbringung (s. Abschnitt 6.).

Das Rahmenkonzept soll eine Grundlage für den Ausbau und die Weiterentwicklung einer qualitätsgesicherten Kurzzeitpflege als Übergangspflege zur Sicherung der häuslichen Pflege in Niedersachsen darstellen. Es soll in diesem Sinn den für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung im Rahmen der allgemeinen Daseinsvorsorge Verantwortlichen und den (potentiellen) Einrichtungsträgern und ihren Verbänden als Orientierungshilfe und praxisnahen Handreichung zu Leistungen und zur Gestaltung von solchen Pflegeeinrichtungen dienen.

Der Beschluss des Vorbereitenden Ausschusses des Landespflegeausschusses erfolgte vor folgendem Hintergrund:

- *Demographische Entwicklung*

Die Zahl der pflegebedürftigen, überwiegend alten, Menschen in Niedersachsen wird in den kommenden Jahren, demographisch bedingt, erheblich zunehmen. Nach vorliegenden Schätzungen werden in Niedersachsen allein bis 2010 unter im Übrigen gleichbleibenden Rahmenbedingungen gegenüber dem Jahr 2000 rd. 17500 häuslich pflegebedürftige Personen mehr leben. Demgemäß ist eine zahlenmäßig und qualitativ ausreichende Versorgung mit Pflegeeinrichtungen zur Sicherung der häuslichen Pflege erforderlich. Zu diesen Einrichtungen zählen neben den Pflegediensten und den Einrichtungen für die Tages- und Nachtpflege die Kurzzeitpflegeeinrichtungen.²

- *Vorrang der häuslichen Versorgung*

Leistungen der Pflegeversicherung erfolgen vorzugsweise für häusliche Pflege. Der Verbleib in der Häuslichkeit entspricht auch grundsätzlich dem Wunsch der pflegebedürftigen Menschen. Die – bundesweit gemessene – überproportionale Steigerung der Inanspruchnahme von Pflegeheimen in den vergangenen Jahren lässt u.a. annehmen, dass die gesetzlichen Möglichkeiten zur Sicherung der häuslichen Versorgung durch vorübergehenden stationären Aufenthalt (Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI) nicht hinreichend genutzt werden bzw. entsprechende Voraussetzungen für eine umfangreichere Nutzung geschaffen werden müssen. Dies bezieht auch mögliche Änderungen der leistungsrechtlichen Voraussetzungen nach dem SGB XI ein.

Eine konsequente Umsetzung des Vorrangs der häuslichen Versorgung ist auch unter Aspekten einer optimierten Wirtschaftlichkeit des Versorgungssystems (finanzielle Lage der Pflegebedürftigen, Ausgaben der Pflegeversicherung, Aufwand der öffentlichen Hände im Rahmen der Sozialhilfe oder Investitionskostenförderung) von erheblicher Relevanz. Bei gleichbleibenden nachfragerrelevanten Rahmenbedingun-

² Zu den Einrichtungen der Tagespflege liegt bereits ein Rahmenkonzept vor (Empfehlung des Landespflegeausschusses vom 18.03.1999)

gen wären in Niedersachsen bis zum Jahr 2010 rd. 8000 neue Pflegeheimplätze erforderlich.³

- *Gesetzeszweckentsprechende Nutzung der Leistungen nach § 42 SGB XI*
Die Inanspruchnahme von Leistungen der Kurzzeitpflege erfolgt gegenwärtig weit überwiegend als sogenannte ‚Urlaubspflege‘ in Gestalt sogenannter „eingestreuter“ Kurzzeitpflege in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege. Dies entspricht nicht dem vorrangigen leistungsrechtlichen Anliegen einer übergangsweisen stationären Pflege nach einer stationären Behandlung oder im Fall eines häuslichen Krisenfalles.⁴ Letzteres umfasst nach dem Willen des Gesetzgebers vor allem Fälle, bei denen aus in der Person der oder des Pflegebedürftigen liegenden Gründen vorübergehend häusliche Pflege nicht ausreicht.

Kurzzeitpflege stellt auch eine geeignete Gelegenheit dar, nach einer stationären Behandlung zu „sondieren“, inwieweit bei den betroffenen Personen Möglichkeiten zur häuslichen Versorgung (noch) bestehen. Ein solcher Orientierungszeitraum kann aus medizinischer und / oder pflegerischer Sicht wie auch für die pflegebedürftigen Menschen selbst oder die Angehörigen von großem Nutzen sein. Nach Erfahrungen aus der Praxis werden diese in Kurzzeitpflege liegenden Möglichkeiten nicht hinreichend genutzt – mit der Folge von übereilten Entscheidungen für einen dauerhaften Heimaufenthalt oder insuffizienter Rückkehr in den häuslichen Bereich. Gleiches gilt für die durch Kurzzeitpflege erzielbare Reha-Fähigkeit bei Personen mit grundsätzlich vorhandenem Reha-Potential. Insoweit bedarf es auch der Prüfung und Bewertung der praktizierten Überleitungsverfahren und –instrumente und bedarfsweise der Erarbeitung von Alternativen.

- *Einführung der Fallpauschalen⁵*
Die Einführung der DRGs (Diagnosis-related-groups) wird eine Verringerung von Verweildauern im Krankenhaus mit sich bringen. Erfahrungen aus der Einführung von DRGs in anderen Ländern lassen in der Folge davon einen deutlichen Anstieg der Anzahl von Personen erwarten, die nach stationärer Behandlung noch einen – zeitlich begrenzten – stationären Pflegebedarf (ohne entsprechenden Behandlungsbedarf) aufweisen. Zur Versorgung dieser Personen müssen die notwendigen Voraussetzungen geschaffen werden. Dies schließt auch die Frage der leistungsrechtlichen Zuordnung einer Übergangspflege für diese Personen im SGB V bzw. SGB XI mit ein. Personen mit einem vorübergehenden Pflegebedarf, die die leistungsrechtlichen Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI – hier insbesondere des mindestens sechsmonatigen Pflegebedarfs – nicht erfüllen, haben derzeit für die Kosten in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung grundsätzlich selbst aufzukommen. Die Erarbeitung des Rahmenkonzeptes wurde einer Arbeitsgruppe aus Vertretern der Einrichtungsträger und der Kostenträger unter Moderation durch die Geschäftsstelle des Vorbereitenden Ausschusses (MFAS) übertragen.

³ Quelle: Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales: Pflegerahmenplan nach § 3 des Niedersächsischen Pflegegesetzes, Hannover im Mai 2000, S. 202

⁴ Als solche ist die urlaubs- oder krankheitsbedingte Abwesenheit der Pflegeperson nur ausnahmsweise zu werten; hierfür hat der Gesetzgeber den leistungsrechtlichen Tatbestand des § 39 SGB XI – Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson – geschaffen. Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 käme bei diesen Fällen nur in Betracht, wenn eine Ersatzpflege im häuslichen Bereich nicht beschafft werden kann.

Anders sind diejenigen Fälle zu werten, wo häusliche Pflege noch nicht sichergestellt werden kann, weil die dafür erforderlichen Rahmenbedingungen noch nicht geschaffen werden konnten (z.B. Wohnungsanpassung, kurzfristige Abkömmlichkeit einer Pflegeperson; siehe auch Abschnitt 3a).

⁵ Fallpauschalengesetz (FPG) vom 23.04.2002 (BGBl. Teil I Nr. 27, S. 1412)

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe wurden durch die Mitglieder des Vorbereitenden Ausschusses nach vorhergehender Abstimmung mit den durch sie vertretenen Verbänden benannt. Dabei wurden absprachegemäß jeweils zwei Vertreterinnen / Vertreter der im Vorbereitenden Ausschuss vertretenen Gruppierungen mit je einem Tätigkeitsschwerpunkt in übergeordneter Funktion und aus der Praxis der Kurzzeitpflege benannt. In dieser Weise vertreten waren insofern

- die Landesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege,
- die Landesarbeitsgemeinschaft der Verbände der privaten Träger von Pflegeeinrichtungen,
- die Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände Niedersachsens,
- die Landesorganisationen der gesetzlichen Pflege- / Krankenkassen,
- das MFAS in geschäftsführender und moderierender Funktion.

In der Arbeitsgruppe vertreten waren weiterhin die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft (NKG) und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen (MDKN).

Als Aufgabe der Arbeitsgruppe wurde festgelegt:

- die Ermittlung und Bewertung der Situation der Kurzzeitpflegeeinrichtungen,
- die Erarbeitung von Maßnahmen- und Verfahrensvorschlägen zur Sicherstellung der Versorgung im Blick auf den festgestellten Bedarf und dessen Entwicklung sowie
- die Erarbeitung eines realisierbaren Rahmenkonzeptes für Kurzzeitpflege als Übergangspflege zur Sicherung der häuslichen Pflege.

Mit der Bezeichnung „Übergangspflege zur Sicherung der häuslichen Pflege“ soll der auf die (Wieder-) Erlangung der häuslichen Pflegefähigkeit ausgerichtete vordringliche Zweck dieser Pflege verdeutlicht werden.

Zur Ermittlung von Daten zur Situation der Kurzzeitpflege wurde aus dem Vorbereitenden Ausschuss heraus eine Umfrage bei bestehenden Einrichtungen angeregt, soweit

diese nicht ausschließlich eine auf die wegen vorübergehender Abwesenheit der Pflegeperson nicht gesicherte häusliche Pflege ausgerichtete Kurzzeitpflege (sogen. „Urlaubspflege / eingestreute Kurzzeitpflege“) anbieten (s.o.).

Die Umfrage wurde von Ende März bis Mitte Mai 2001 durchgeführt. Von 22 Einrichtungen liegen Antworten vor. Hiervon handelt es sich bei 20 Einrichtungen um solche, die überwiegend Leistungen nach § 42 SGB XI, hier wiederum überwiegend solcher nach § 42 Abs. 1 Nr. 1 im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt erbringen. Zwei weitere Einrichtungen führen das Kurzzeitpflegeangebot im Sinne der vertrags- und förderrechtlichen Bestimmungen (SGB XI / NPflegeG) als ‚eingestreute Kurzzeitpflege‘, halten allerdings separate Räumlichkeiten und (zum Teil) gesondertes Personal vor und bieten, wie die vorgenannten Einrichtungen, alle Leistungen nach § 42 SGB XI an.

2. Stand der Entwicklung und Entwicklungsbedarf

Die Umfrage bei den Kurzzeitpflegeeinrichtungen hat erkennen lassen:

- Die Zahl der Kurzzeitpflegeeinrichtungen in Niedersachsen mit einem Leistungsschwerpunkt, der auf den Erhalt oder die Wiedergewinnung der häuslichen Pflegefähigkeit ausgerichtet ist, ist gemessen an der Zahl der formal zugelassenen Kurzzeitpflegeeinrichtungen (342 nach Stand vom 10.05.2001) sehr gering.⁶
Angesichts der Tatsache, dass es sich bei den Nutzern der Kurzzeitpflegeeinrichtungen weit überwiegend um alte Menschen handelt (95 % 60 Jahre und älter, 65% 80 Jahre und älter) und Personen dieser Altersgruppen zugleich auch zu hohem Anteil die in stationärer Behandlung befindlichen Personen bilden (66,4% 60 Jahre und älter, 40% 80 Jahre und älter⁷) kann mit Blick auf die demographische Entwicklung mit großer Wahrscheinlichkeit ein erheblicher Versorgungsbedarf und die Notwendigkeit des Ausbaues der entsprechenden Versorgungsstruktur angenommen werden.

⁶ Dies gilt auch unter der – nicht näher verifizierbaren – Annahme, dass sich einige der für die Arbeitsgruppe relevanten Einrichtungen nicht an der Befragung beteiligt haben.

⁷ MFAS: Kooperative Regionalisierung der Krankenversorgung in Niedersachsen, Hannover März 2001, S. 69

- Kurzzeitpflegeeinrichtungen, deren Leistung im Schwerpunkt ausgerichtet ist auf die Wiedergewinnung der häuslichen pflegerischen Versorgungsfähigkeit und der Krisenintervention nach stationärer Behandlung oder bei häuslichen Krisensituationen erreichen dieses Ziel in hohem Anteil. Bei den befragten Einrichtungen konnten zwei Drittel der Gäste nach dem Kurzzeitpflegeaufenthalt wieder nach Hause entlassen werden. Auch in den anderen Fällen war der Kurzzeitpflegeaufenthalt für die Klärung des nachfolgenden Versorgungsbedarfs – zumeist das Pflegeheim - hilfreich.
- Die Praxis der Kurzzeitpflegeeinrichtungen verzeichnet aufgrund sich verkürzender stationärer Behandlungsdauern bereits heute eine – steigende – Zahl von Nutzern mit vergleichsweise kurzem vorübergehendem stationären Pflegebedarf und positiver Prognose für eine Rückkehr in die eigene Häuslichkeit mit geringer oder sogar ohne Pflegehilfe. Diese Personen erfüllen insbesondere nicht die leistungsrechtliche Voraussetzung des SGB XI einer mindestens sechsmonatigen Pflegebedürftigkeit.

Mit Einführung der DRGs ist ein weiterer, u.U. sogar sprunghafter Anstieg der Anzahl dieser Personen zu erwarten. Kurzzeitpflegeeinrichtungen, die Leistungen im Sinne des § 42 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI erbringen, können geeignete Einrichtungen auch für diesen Personenkreis sein; das derzeitige Versorgungsangebot ist jedoch für die zukünftigen Anforderungen mutmaßlich erheblich zu gering. Zudem fehlt es für die wirtschaftliche Tragfähigkeit entsprechender neuer Einrichtungen an einer leistungsrechtlichen Absicherung.

Eine vermehrte Übernahme solcher Aufgaben durch Heime der vollstationären Dauerpflege ist nicht anzustreben. Denn die Zielrichtung stationärer Dauerpflege beinhaltet, dass bei aller aktivierenden Pflege die Prozessstrukturen vorrangig auf Aufenthalt und Vermeidung von Zustandsverschlechterung ausgerichtet sind, und nicht schwerpunktmäßig auf die Wiedererreichung vorübergehend verlorener Fähigkeiten möglichst zur Bewältigung einer eigenständigen Lebensführung im häuslichen Umfeld. Somit sind sie auch nicht der richtige Ort. Das gilt in jedem Fall für Personen, die nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind und auch aus anderen Gründen keinen Aufenthaltsbedarf in einem Heim haben.

„Übergangspflege“ zur Sicherung der häuslichen Aufenthalts- / Pflegefähigkeit wird aus vorgenanntem Grund auch zunehmend erforderlich, um den mit Einführung der DRGs erwarteten Einspareffekt nicht durch einen verstärkten „Drehtüreffekt“ (Notwendigkeit einer baldigen erneuten oder wiederholter stationärer Krankenhausbehandlung durch unzeitgemäße Entlassung in die häusliche Versorgung) zu mindern oder sogar zu verhindern, desgleichen um unnötige und kostenträchtige Heimaufenthalte zu vermeiden.

3. Zielgruppen

a) Abgrenzung unter dem Aspekt des Hilfebedarfs

- Kurzzeitpflege als Übergangspflege nach § 42 SGB XI dient der Herstellung oder Wiedergewinnung von häuslicher Pflegefähigkeit. **Zielgruppe** einer solchen Kurzzeitpflege **sind** daher Personen, bei denen nach Maßgabe von § 42 SGB XI die häusliche Pflege zeitweise nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann und auch teilstationäre Pflege nicht ausreicht. Dies kann sowohl für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung gelten (§ 42 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI) als auch in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist (§ 42 Abs. 1 Nr. 2). Unter dem Aspekt des Hilfeansatzes und der zu erbringenden Pflegeleistungen entscheidend ist in beiden Fallkonstellationen: Die vorübergehende stationäre Pflegebedürftigkeit liegt in der Person der / des Pflegebedürftigen begründet.

Personen, bei denen die häusliche Pflege aus ‚objektiven Umständen‘ nicht, noch nicht oder nicht ausreichend erbracht werden kann, zählen insoweit grundsätzlich nicht zur Zielgruppe der Kurzzeitpflege nach diesem Konzept:

Zu den ‚objektiven Umständen‘ zählen z.B. das vorübergehende Fehlen einer häuslichen Pflegeperson oder eine noch unzureichende Ausstattung der Wohnung.

Für diese Personen werden in der Regel Pflegeleistungen erforderlich, die den bei der jeweiligen Person üblichen häuslichen Pflegeleistungen entsprechen und im wesentlichen auf Zustandserhaltung und Vermeidung von Verschlechterungen gerichtet sind. Bei multimorbiden und / oder hochaltrigen Menschen können allerdings auch bei solchen Personen durch den Orts- und Bezugspersonenwechsel verursachte Dekompensationen entstehen, die erhöhten Pflegebedarf in der Kurzzeitpflege

ge zur Folge haben und insofern in Art und Umfang vergleichbare Leistungen wie die eigentliche Zielgruppe der Kurzzeitpflege (s. o.) erfordern.

- In der Praxis zeigen sich Schwerpunkte für gewisse Leitsymptomatiken wie Apoplex, Frakturen oder Herz-Kreislauf-Insuffizienzen als Anlässe für vorübergehenden stationären Pflegebedarf insbesondere nach stationärer Behandlung. Eine Ableitung von Ziel- bzw. Fallgruppen für Übergangs-Kurzzeitpflege im Wege einer differenzierten Beschreibung von Art und Umfang des jeweiligen Hilfebedarfs ist angesichts der Vielgestaltigkeit der Einzelfälle kaum möglich. Zudem können – ein entsprechendes Reha-Potential vorausgesetzt (s. nachf. Abschnitt d)) – dieselben Diagnosen u.U. auch zu – leistungsrechtlich vorrangigen – Reha-Maßnahmen führen und Kurzzeitpflege kann sich dort insoweit erübrigen.

b) leistungrechtliche Abgrenzung

Leistungen nach § 42 SGB XI erhalten nur Personen mit nach §18 i.V.m. § 14 SGB XI festgestellter Pflegebedürftigkeit. Dies gilt insoweit auch für die Übergangs-Kurzzeitpflege.

c) Abgrenzung zur medizinischen / geriatrischen Rehabilitation

Das SGB XI formuliert den Vorrang „Rehabilitation vor Pflege“ (§§ 5, 31,32) einheitlich für alle Leistungen der Pflegeversicherung. Er gilt demgemäß auch für die Kurzzeitpflege. Leistungsberechtigte für eine Kurzzeitpflege als Übergangspflege zur Sicherung der häuslichen Pflege sind daher nur solche Personen, für die im Zeitpunkt der Inanspruchnahme entsprechender Leistungen nach § 42 SGB XI aus in ihrer Person liegenden Umständen eine Leistung der medizinischen / geriatrischen Rehabilitation nicht in Frage kommt. Dies sind Personen ohne ein entsprechendes Reha-Potential oder solche, deren sonstige physische oder psychische Befindlichkeit die Realisierung einer Reha-Maßnahme dauerhaft oder zum gegebenen Zeitpunkt objektiv nicht möglich machen.

4. Leistungen der Kurzzeitpflegeeinrichtungen

Übergangs-Kurzzeitpflege als pflegerische Maßnahme, die auf die Herstellung oder Wiedergewinnung häuslicher Pflegefähigkeit gerichtet ist, ist nach den Ermittlungen der Einrichtungsträger hinsichtlich der Inhalte und des Umfanges der Pflegeleistungen vor allem durch eine erhöhte Leistungsintensität gekennzeichnet gegen-

über der stationären Dauerpflege, aber auch als die Kurzzeitpflege, die aufgrund der Abwesenheit der Pflegeperson bzw. zur zwischenzeitlichen Herstellung eines häuslichen Umfeldes für die Durchführung der Pflege geleistet wird. Dies gilt vor allem für Kurzzeitpflege nach stationärer Behandlung (§ 42 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI) und dort wiederum insbesondere bei erstmaliger Feststellung einer bestehenden Pflegebedürftigkeit. Diese erhöhte Leistungsintensität in der Kurzzeitpflege ist vor allem zu finden bei:

- der Behandlungspflege,
- dem Neuorientierungsbedarf der Patientin / des Patienten im Blick auf die pflegerischen Handlungen ebenso wie bezüglich der künftigen Alltagsvollzüge (allgemeine Motivierung und Aktivierung der betroffenen Personen, Vermeidung von pflegeerschwerenden Dekompensationen durch Situations-/Orts-/Bezugspersonenwechsel),
- dem Klärungs- und Erprobungsbedarf hinsichtlich notwendiger und von der Patientin / dem Patienten aufnehmbarer Pflege und ggf. ergänzender Therapien (Abstimmung mit der entlassenden Einrichtung, Klärungs- und Erprobungsprozess innerhalb der Kurzzeitpflege),
- dem Klärungsbedarf hinsichtlich der Nachfolgeversorgung (ambulante / stationäre Pflege, Beratung von Angehörigen, Einbezug des Hausarztes sowie von anderen Diensten oder Einrichtungen),
- dem Aufwand für Erfassung und Dokumentation (überproportionaler Aufwand durch Verwaltungs- und Dokumentationsvollzüge im Verhältnis zum Aufenthaltszeitraum). Letzteres ist ein Kennzeichen von Kurzzeitpflege generell.

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI erfordert, dass ein entsprechender Hilfebedarf auf Dauer, d.h. voraussichtlich 6 Monate besteht. Grundlage für die Empfehlung für eine Pflegestufe ist bei zugrundeliegender Erkrankung die Prognose zum Hilfebedarf. Bei Personen, die nach Akutereignissen in die Kurzzeitpflegeeinrichtung aufgenommen werden, wird grundsätzlich von einer Verringerung des Hilfebedarfs ausgegangen. Es ist das erklärte Ziel der Übergangs-Kurzzeitpflege, die häusliche Pflegefähigkeit zu erlangen bzw. wiederherzustellen. Auf Grund der häufig unsicheren Prognose wird bei vorliegender Pflegebedürftigkeit überwiegend Pflegestufe I durch den MDK empfohlen. Für den beschriebenen Personenkreis ist die Pflegestufe deshalb insoweit ein ungeeigneter Maßstab für den Hilfebedarf während des Aufenthaltes der Pflegebedürftigen in der Kurzzeitpflegeeinrichtung. Die Pflegestufe spiegelt regelmäßig

weder den Umfang der Hilfen noch die notwendige fachliche Qualifikation der Pflegekräfte wider.

Der Leistungsaufwand bezüglich Pflege, sozialer Betreuung und eventuell auch Leistungen für Unterkunft und Verpflegung verläuft oft degressiv (hoher Anfangsaufwand, im Zuge erfolgreicher Pflege, Betreuung und u.U. begleitender therapeutischer Maßnahmen zurückgehend bis auf das Niveau des dauerhaften Hilfebedarfs). Die Dauer der Phase erhöhten Hilfeaufwandes ist einzelfallabhängig und nicht im Sinne von allgemeinen Erfahrungswerten pauschalierbar.⁸

4.1 Pflege

Pflegerischer Aufwand

Der pflegerische Aufwand in Kurzzeitpflegeeinrichtungen unterscheidet sich von dem in Einrichtungen der stationären Dauerpflege:

- In der direkten Pflege verteilen sich die Anteile in Einrichtungen der stationären Dauerpflege in 75 % Grundpflege, 10 % Behandlungspflege und 15 % psychosoziale Betreuung.⁹ Dem steht in der Kurzzeitpflege gegenüber eine Verteilung von 65 % (- 10 %) Grundpflege, 16% (+ 6 %) Behandlungspflege und 19 % (+ 4 %) psychosoziale Betreuung.¹⁰
- Im Bereich der indirekten Pflegeleistungen und hier insbesondere die Bereiche Anamnese, 1. Pflegeplanung, Anlage von Pflegedokumentation, dementsprechende Dienstplanung, Organisation und Koordination anderer Abteilungen (Hauswirtschaft, Küche, Reinigung, Wäsche) etc. beträgt der Mehraufwand alleine durch die Häufigkeit der Neuaufnahmen das etwa 12,5-fache des Aufwandes gegenüber Einrichtungen der stationären Dauerpflege.

⁸ Die Entwicklung einer Leistungs- und Qualitätsvereinbarung für Einrichtungen der Übergangs-Kurzzeitpflege wäre als ein nächster Konkretisierungsschritt erforderlich. Hierzu wird die Einsetzung einer gesonderten Arbeitsgruppe empfohlen.

⁹ Quelle: „Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen – eine Untersuchung im Auftrag des Landespflegeausschusses Nordrhein-Westfalen; Düsseldorf, März 2002

¹⁰ Quelle: Vergleichende Vollerhebung in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung sowie vergleichende Stichprobenerhebungen in weiteren Einrichtungen ; eigene Ermittlungen der Arbeitsgruppe Kurzzeitpflege

Darüber hinaus sind in der indirekten Pflege auch Leistungen zu erbringen, die in der stationären Dauerpflege nicht anfallen. Wie z.B.

- Organisation der Hilfsmittel und Wohnungsanpassungsberatung,
- Organisation der Nachsorge,
- Beratung bezügl. des häuslichen Umfeldes zur Vorbereitung der Rückkehr in die Häuslichkeit.

Außerdem besteht ein Mehraufwand in der Orientierungsphase mit hohem Beratungs- und Gesprächsbedarf bei Gästen und Angehörigen.

Angesichts des Zustandes der Betroffenen (Dekompensation, Traumata, postoperative Behandlungsnotwendigkeit) und der dargelegten Zielsetzung der Einrichtung in Verbindung mit der kurzen Aufenthaltsdauer gelten besondere Anforderungen an die Fachlichkeit der pflegerischen Versorgung.

Daraus ergibt sich, dass in einer Übergangs-Kurzzeitpflegeeinrichtung besondere Anforderungen an die Qualifikation des Pflegepersonals zu stellen sind. Grundsätzlich sollen auch gerontopsychiatrische Fachkenntnisse des Personals vorhanden sein und weitergebildet werden.

Der behandlungspflegerische Bereich nimmt einen breiten Raum im Aufgabenspektrum der Einrichtung ein (s.o.). Somit ist entsprechend dem Aufgabenanteil krankenpflegerisch ausgebildetes Fachpersonal vorzuhalten.

Durch den kurzen Aufenthalt entsteht ein erhöhter Pflegeplanungsaufwand. Die Pflegeplanung muss kontinuierlich nach Entwicklung und Veränderung der Pflegesituation modifiziert werden. Der Schwerpunkt der Pflegeplanung bezieht sich dabei immer auf die Aspekte, die der Wiederherstellung der Selbständigkeit des/der Betroffenen dienen.

Es entwickelt sich somit kein längerfristig festzulegender Leistungsaufwand, wie er in Einrichtungen der stationären Dauerpflege auf Grund der Aufenthaltsdauer und der Pflegeziele vorzufinden ist.

Behandlungspflege

Der Mehraufwand im Bereich der Behandlungspflege ist auch aus operativen Eingriffen und deren Folgen (Nähte, Drainagen, Katheter, Fixateure etc.) begründet.

In Absprache mit den Hausärzten müssen ggf. mehrmals wöchentlich Visiten mit Anpassung der Medikamente und der Behandlungspflege an die jeweilige Situation erfolgen.

Alle Organisationsaufgaben von der Besorgung der benötigten Medikamente und Verbandsmitteln bis hin zur Beauftragung der Therapeuten, Sanitätshäuser und Pflegepersonen folgen den ärztlichen Visiten.

4.2 Soziale Betreuung

Die Situation der Menschen, die eine Kurzzeitpflegeeinrichtung in Anspruch nehmen, ist häufig dadurch gekennzeichnet, dass sie sich mit der neuen Situation auseinandersetzen müssen, voraussichtlich auf Dauer pflegebedürftig zu sein. Dies führt meist zu depressiven Phasen, Verstimmungen und Mutlosigkeit. Dadurch gibt es gerade in der Anfangsphase der Pflegebedürftigkeit einen sehr hohen Bedarf an psychosozialer Betreuung um Möglichkeiten und Perspektiven in dieser Lebenssituation zu klären.

Die Kurzzeitpflege ist durch die Übergangssituation in weiterführende Pflegeorganisationen gekennzeichnet. Unsicherheit über die weitere Versorgung, das Einstellen auf neue Situationen bedeutet eine Mehrleistungen in der Gesprächsführung und Beratung.

Alle Maßnahmen und Überlegungen für weitere Schritte müssen mit Angehörigen, Ärzten und gesetzlich bestellten Betreuern abgestimmt werden.

4.3 Medizinische Therapie

Um das im Einzelfall vorhandene Entwicklungspotential zu fördern, aber auch um den jeweils erreichten Zustand zu sichern, wird der Einsatz medizinischer Therapien oft erforderlich. Hierbei handelt es sich insbesondere um

- ergotherapeutische Leistungen,
- logopädische Leistungen,
- physiotherapeutische Leistungen.

Die genannten Therapien sind unter Berücksichtigung des Versorgungskonzepts und der im Pflegeprozessplan festgelegten Ziele individuell abzustimmen und erfolgen durch die Verordnung eines zugelassenen Arztes und mit Kostenübernahme durch die GKV.

Die therapeutische Versorgung ist durch Kooperation mit zugelassenen Leistungserbringern sicherzustellen. Um den erforderlichen ganzheitlichen Ansatz in der Pflege, in der Betreuung und der Therapie zu gewährleisten, sind entsprechende Kooperationsverträge zwischen der Einrichtung und den Leistungserbringern anzustreben. Die freie Wahl der Leistungserbringer bleibt davon unberührt.

5. Pflegeüberleitung

5.1 Pflegeüberleitungs-Dokumentation

Die Regelung des Überganges von einer stationären Behandlung in die Pflege oder von der häuslichen in die – vorübergehende – stationäre Pflege zum Aufenthaltsbeginn stellt an die Kurzzeitpflegeeinrichtungen erhebliche Anforderungen. Erreicht werden muss eine gezielte und wirkungsvolle Hilfe für die pflegebedürftigen Personen, die – nicht zuletzt in Anbetracht des kurzen Aufenthaltszeitraumes – möglichst vom ersten Tage an einsetzt. Diese erfordert eine differenzierte Information über die Befindlichkeit und den Hilfebedarf der Personen am Aufnahmetag. Die Sicherung einer entsprechenden Information ist daher von großer Bedeutung für die Effektivität der in der Kurzzeitpflege erbrachten Leistungen und insofern für den Erfolg eines Kurzzeitpflegeaufenthaltes. Beim Übergang von der stationären Behandlung in die Kurzzeitpflege tragen die Krankenhäuser oder die Reha - Einrichtungen diesbezüglich eine zentrale Verantwortung. Der Einsatz formalisierter Verfahren in Form von Pflege-Überleitungsbogen (siehe nachfolgend 5.2 und Anlage 1) ist dazu hilfreich und rationell.

Vergleichbares gilt für den Übergang aus der Kurzzeitpflegeeinrichtung in die nachfolgende Versorgung: Einrichtungen der Übergangs-Kurzzeitpflege nehmen durch ihren Versorgungsauftrag im Übergang von der stationären Behandlung zur häuslichen Behandlung und Pflege oder zur stationären Dauerpflege bzw. als intermittierende stationäre Pflege zum Erhalt einer – bereits bestehenden – häuslichen Pflege eine Schalt- und Weichenfunktion wahr. Sie erfordert im Blick auf das Ziel einer Zustandsverbesserung der Nutzerinnen und Nutzer zur Herstellung oder Wiedergewinnung der häuslichen Pflegefähigkeit ein besonderes Maß an perpetuierter Beobachtung des gesundheitlichen Zustandes der Patientinnen und Patienten in kurzen Zeitabständen, an Pflegeprozessplanung und Erfolgskontrolle. Diesbezüglich umfangreich und genau muss auch die Dokumentation sein – nicht zuletzt, um den nachfolgenden Versorgungsinstanzen die nötigen Hinweise übermitteln zu können.

Dazu gehören zum Beispiel:

- Hinweise für die Pflege zu Hause, im Pflegeheim (in Einzelfällen), bei Angehörigen, in teilstationären Einrichtungen unter Einbeziehung auch psychischer, physischer, sozialer, pflegerischer und finanzieller Gegebenheiten
- Planung und Organisation der Pflegeüberleitung durch Gespräche, Telefonate und Schriftwechsel – jeweils in Abhängigkeit vom Einzelfall – mit Angehörigen, Betreuern, Physiotherapeuten, ambulanten Pflegediensten, mobilen Essendiensten, Hausnotrufeinrichtungen, Sozialarbeitern, Sanitätshäusern, Pflegekassen, Transportorganisationen, Apotheken und Hausärzten.

Die Pflegedokumentation dient als Grundlage für die Pflegeplanung der nachfolgenden Pflegeorganisation. Pflegeüberleitungsbögen sind auch hier geeignet, das Verfahren zu vereinfachen und für die nachfolgenden Versorgungsinstitutionen wie den Hausarzt, den ambulanten Pflegedienst oder, bei Übergang in die stationäre Dauerpflege, das Heim, übersichtlich zu gestalten.

5.2 Pflegeüberleitungsbogen

Zur Dokumentation einer Pflegeüberleitung liegen in Deutschland seit einigen Jahren ausführliche theoretische Untersuchungen und erprobte Instrumente vor¹¹.

Bei dem als Anlage 1 aufgenommenen Muster eines Pflegeüberleitungsbogens handelt es sich um ein in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege in Niedersachsen erfolgreich angewandtes Instrument mit geringfügigen zweckmäßigen Ergänzungen aus anderen Beispielen im Bundesgebiet. Das Instrument erscheint vor diesem Hintergrund für eine breite Anwendung im Land – ggf. unter Anpassung an regionale oder institutionelle Besonderheiten – geeignet. Eine EDV-Version ist verfügbar. Der Bogen eignet sich sowohl als Instrument für den Übergang vom Krankenhaus in die Kurzzeitpflege als auch von dort in die nachfolgende Versorgung (jeweils getrennte Dokumentationsvorgänge), ggf. auch für andere Schnittstellen (z.B. zur stationären Reha).

¹¹ Exemplarisch sei verwiesen auf den "Kieler Pflegeüberleitungsbogen", auf dem Pflegebegleitbogen der GfS (Gesellschaft für Strahlenforschung, Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit, Neuherberg), auf die Bremer Pflegeüberleitungsprojekte (Zentralkrankenhaus St. Jürgen Str.), auf die Überleitung in München-Neuperlach, auf das Projekt der Universität Darmstadt, Frau Prof. Höhmann, im Landkreis Groß-Gerau in den vergangenen Jahren, auch Projekte der Fachhochschule Osnabrück (Tagung 6.9.2002), auf die entsprechenden Untersuchungen und Vorschläge der Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin, auf das diesbezügliche Projekt der Region Braunschweig (Fachtagung Januar 2002).

Der Bogen ist aus sich selbst heraus verständlich; eine Ausfüll-Anleitung¹² wird daher nicht gegeben.

Der Bogen enthält die wesentlichen Eckpunkte einer professionellen und verbindlichen Pflege. Die meisten existierenden deutschen Pflegeüberleitungen enthalten dieselben Sachthemen, lediglich optisch anders angeordnet. Der vorgeschlagene Pflegeüberleitungsbogen hat den Vorteil einer bereits praktisch überprüften Form.

Die "Kapitel" I bis VI als solche sind "Pflichtbereiche". Lediglich innerhalb der "Kapitel" sind je nach lokalen Bedingungen Modifikationen vorstellbar. Einen Schwerpunkt bilden die Kapitel II (pflegerische Aspekte) - es ist an aktuellen pflegewissenschaftlichen und praktischen Voraussetzungen orientiert - und III (Hautstatus). Das hierin enthaltene Körperschema hat sich bundesweit bewährt. Nicht zuletzt im forensischen Sinn erscheint bei III ggf. eine zusätzliche Fotodokumentation sinnvoll.

Der Bereich der ärztlichen Versorgung wird nicht explizit berücksichtigt: Für die ärztliche Befundübermittlung sind weiter gesonderte Kurzbriefe und andere Dokumentationen erforderlich.

Für Klartext-Angaben – z.B. für eine zusammenfassende Dokumentation und Bewertung – kann auch die Rückseite der Bögen benutzt werden.

6. Personalausstattung und Vergütung

Einrichtungen der Kurzzeitpflege werden gegenwärtig in Niedersachsen bei den Pflegesätzen weitestgehend den vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege gleichgestellt. Dies entspricht nicht dem tatsächlichen Leistungsgeschehen und –aufwand (siehe Abschnitt 4.). Zum Abschluss eines Rahmenvertrages nach § 75 SGB XI für die Kurzzeitpflege ist es bislang nicht gekommen. Insofern bestehen z.B. auch keine Vereinbarungen über Personalanhaltzahlen entsprechend § 75 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB XI.

Die Pflegevergütung ist in drei Pflegeklassen eingeteilt; diese richten sich nach dem Versorgungsaufwand der Pflegebedürftigen, dokumentiert durch die Pflegestufen I,II

¹² wie zum Beispiel im Kieler Pflegeüberleitungsbrief, einer sehr ausführlichen Anleitung

und III (§ 84 Abs. 2 SGB XI). Der besondere Leistungscharakter und –aufwand von Übergangs-Kurzzeitpflege findet vor allem bei Pflegestufe I keine hinreichende Berücksichtigung (s. Abschnitt 4.). Auf die Problematik des hohen Anteils der Nutzer mit Pflegestufe I und zugleich überproportionalem Hilfebedarf wurde bereits hingewiesen (s. Abschnitt 2). Dies ist von erheblichem Einfluss auf die Wirtschaftlichkeit bzw. die leistbare Qualität dieser Einrichtungen und insofern von zentraler Bedeutung im Blick auf die Umsetzungsmöglichkeiten des gesetzgeberischen Auftrages des SGB XI.

In Niedersachsen wird in den Einrichtungen der stationären Dauerpflege eine durchschnittliche Personalbemessung von 1 : 2,70 in der Pflege anerkannt.

Der erhobene Mehraufwand im Bereich der auf die Sicherung der häuslichen Pflege ausgerichteten Kurzzeitpflege von 30 % Mehrleistungen hätte zur Folge, dass eine durchschnittliche Personalbemessung von rd. 1 : 1,9 anzulegen wäre.¹³

Da einerseits die Eingruppierungskriterien des SGB XI in die drei Pflegestufen nur bedingt geeignet sind, den tatsächlichen Pflegeaufwand in der Krankenhausnachsorge bzw. Krisenintervention zu erheben und abzubilden und andererseits angesichts der Kurzfristigkeit der Maßnahme vorrangig Pflegestufe I zuerkannt wird, sollten sich der pflegesatzrelevante Personaleinsatz (Personalbemessung) und damit auch die Differenzierung zwischen den Pflegesätzen in einem sehr engen Rahmen bewegen.

Auf Anlage 2 zur Personalausstattung wird hingewiesen.

7. Räumliche Zuordnung und Ausstattung

Einrichtungen der Übergangs-Kurzzeitpflege sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige für einen begrenzten Zeitraum zur (Wieder-)Herstellung von häuslicher Pflegefähigkeit nach Krankenhausaufenthalt oder weil häusliche Pflege vorübergehend nicht möglich ist (§ 42 SGB XI) unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Fachkraft gepflegt und ganztägig untergebracht und

¹³ Quelle: Vergleichende Vollerhebung in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung sowie vergleichende Stichprobenerhebungen in weiteren Einrichtungen; eigene Ermittlungen der Arbeitsgruppe Kurzzeitpflege; siehe auch Anlage 2.

verpflegt werden (§ 71 SGB XI).¹⁴ Sie benötigen insofern einen gesonderten Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI. Die besonderen Leistungen der Übergangs-Kurzzeitpflege gegenüber den Leistungen bei vollstationärer Dauerpflege sind in der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (§ 82a SGB XI) festzulegen.

Kurzzeitpflegeheime sind zugleich Heime im Sinne des Heimgesetzes (§ 1 Abs. 3 und 4 HeimG). Die Vorschriften dieses Gesetzes sowie der dazu ergangenen Verordnungen – einschlägig hier insbesondere der Heimindestbauverordnung – sind demgemäß zu beachten. Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI und Vergütungsvereinbarung nach § 85 SGB XI haben grundsätzlich Anspruch auf Förderung der Investitionsfolgeaufwendungen nach § 11 des Niedersächsischen Pflegegesetzes (NPflegeG.)

Einrichtungen der Übergangs-Kurzzeitpflege sollten entsprechend ihrem vorrangigen Zweck der vollstationären pflegerischen Nachsorge nach stationärer Behandlung (§ 42 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI) in räumlicher Nähe zu Krankenhäusern (alternativ: zu Einrichtungen der stationären Behandlung oder Rehabilitation (§§ 39, 40 Abs.2 SGB V) eingerichtet werden. Vorteilig sind hierbei:

- die Sicherheit eines nahtlosen und qualifizierten Überganges in die Kurzzeitpflegeeinrichtung,
- kurze und dichte formelle und informelle Informations- und Kommunikationswege,
- fachliche und wirtschaftliche Synergieeffekte.

Fachlicherseits wie unter dem Aspekt der Wohnortnähe und der Nutzung von Synergieeffekten ebenfalls geeignet sind solche Kurzzeitpflegeeinrichtungen in räumlicher Nähe zu voll- oder teilstationären Pflegeeinrichtungen. Ein nahtloser und qualifizierter Übergang aus dem Krankenhaus kann durch Einrichtung verlässlicher Kooperationsbeziehungen erreicht werden.

Die vorgenannte Aufgabenstellung der Kurzzeitpflegeeinrichtungen erfordert eine klare räumliche Trennung vom Betrieb der zugeordneten Einrichtung(en). Dies schließt die sinnhafte Mitnutzung von Räumlichkeiten dieser Einrichtung-

¹⁴ Hiervon zu unterscheiden sind Angebote von vorübergehendem Pflegeaufenthalt insbesondere bei vorübergehender Verhinderung der Pflegeperson (§ 39, auch § 42 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI; sogen. „Urlaubs-pflege“) in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege (sogen. „eingestreute Kurzzeitpflege“). Hierbei umfasst der Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI für die vollstationäre (Dauer-)Pflege auch die Leistungen für die zeitlich befristeten Pflegeaufenthalte vorgenannter Art.

gen nicht aus (z.B. Therapiebäder o. ä.). Für an Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege angeschlossene Einrichtungen der Übergangs-Kurzzeitpflege erlangt die räumliche Eigenständigkeit im Blick auf die Akzeptanz als Übergangseinrichtung zusätzlich Bedeutung.

Kurzzeitpflegeeinrichtungen im Sinne dieses Konzepts sollten unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit eine Mindestgröße von 15 Plätzen und nicht mehr als 40 Plätze besitzen. Möglichkeiten zu Aufenthalt im Freien (Garten-/Parkgelände, witterungsgeschützte Terrasse oder Balkon) sollten vorhanden sein. Als Wohnräume für die Kurzzeitpflegegäste sind überwiegend Einzelzimmer vorzusehen. Rollstuhlgerechtigkeit und sonstige Behindertengerechtigkeit in den Wohn- und Aufenthaltsräumen sowie den pflege- oder therapiebezogenen Räumen und den Verkehrsbereichen ist im erforderlichen Ausmaß sicherzustellen. Die Einrichtung muss wohnlich eingerichtet sein; Krankenhauscharakter ist zu vermeiden. Eigenmöblierung durch die Nutzer kommt angesichts der Kurzzeitigkeit ihres Aufenthaltes nicht in Betracht. Der Raumbedarf orientiert sich grundsätzlich an demjenigen von vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege. Die Vorschläge des Niedersächsischen Ministeriums für Frauen, Arbeit und Soziales zur Gestaltung von stationären Pflegeeinrichtungen und die Planungsdaten des Niedersächsischen Sozialministeriums für Altenpflegeheim-Plätze finden sinngemäß Anwendung¹⁵. Ein detailliertes Raumprogramm ist als Anlage 3 beigefügt.

¹⁵ Quelle: Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales: „Pflegerahmenplan nach § 3 des Niedersächsischen Pflegegesetzes (NPflegeG), Hannover, im Mai 2000

Anlage 1

zum Rahmenkonzept zu Leistungen und zur Gestaltung von Einrichtungen der Kurzzeitpflege

Pflegeüberleitungsbogen (Muster)

(Name der Einrichtung)	PFLEGEÜBERLEITUNG	Gültig ab:
(Abteilung/Funktionsbereich)	Befund-/Dokumentnummer: _____	Seite 1 von 3

I. Allgemeine Aspekte

Patientendaten/Etikett		Verlegung/Entlassung _____ am: _____	
		an _____ ☎ ☒	
		Hausarzt _____ ☎ ☒	Facharzt _____ ☎ ☒
		Angehörige/Kontaktperson _____ ☎ ☒ Beziehung _____	
Konfession _____		Schlüssel bei _____	
Keine Auskunft an: _____			
Bisherige Wohnsituation	Bisherige pflegerische Betreuung	Pflegestufe	Gesetzlicher Betreuer
☐ alleinlebend	☐ keine pfleg. Betreuung	☐ keine	☐ nein ☐ ja seit _____
☐ bei Angehörigen	☐ Tagespflege	☐ beantragt am . . .	Name: _____
☐ betreutes Wohnen	☐ Pflege durch Angehörige	von _____	☎ _____
☐ Pflegeheim	☐ Pflegedienst ☐ x/Tag	bewilligte PS (bitte markieren)	Betreuung für: _____
Name des Pflegeheims _____ ☎ ☒	Name des Pflegedienstes _____ ☎ ☒	☐ I ☐ II ☐ III	
		☐ Härtefall	Patientenverfügung: ☐ ja, bei _____
		☒ _____	
Wertsachen: _____			

II. Pflegerische Aspekte

Körperpflege	☐ Badezimmer/Dusche	☐ Waschbecken	☐ Bettkante	☐ Bett	
	selbstständig	Unterstützung	vollständige Übernahme		Kommentar/Wünsche/Gewohnheiten/Ressourcen
Waschen	☐	☐	☐		_____
Duschen/Baden	☐	☐	☐		_____
Mundpflege	☐	☐	☐		_____
Zahnprothesenpflege	☐	☐	☐		_____
Kämmen/Rasieren	☐	☐	☐		_____
An- und Auskleiden	☐	☐	☐		_____
Besonderheiten (bes. _____)	_____				
Pflegeartikel, Zeiten): _____	_____				
Mobilität	☐ Bettruhe wg.: _____	Belastung bei Fraktur ☐ keine ☐ minimale ☐ volle Belastung			
	selbstständig	Unterstützung	vollständige Übernahme	Hilfsmittel	Kommentar/Gewohnheiten
Aufstehen	☐	☐	☐	_____	_____
Transfer Bett/Stuhl	☐	☐	☐	_____	_____
Sitzen im Stuhl	☐	☐	☐	_____	_____
Stehen	☐	☐	☐	_____	_____
Gehen	☐	☐	☐	_____	_____
Gang zur Toilette	☐	☐	☐	_____	_____
Sonstiges (Fixierung, ggf. genehmigt durch; Sturzgefährdung)	_____				
	_____				☐ KG

(Name der Einrichtung)	PFLEGEÜBERLEITUNG	Gültig ab:
(Abteilung/Funktionsbereich)	Befund-/Dokumentnummer: _____	Seite 2 von 3

Ernährung

☐ selbstständige Aufnahme ☐ mundgerechte Zubereitung ☐ Anreichen der Nahrung ☐ Volle Übernahme

Vorlieben _____

Abneigungen/Unverträglichkeiten _____

Kostform ☐ Vollkost/Leichtkost ☐ Diät _____ ☐ passierte Kost ☐ _____

☐ Sondenkost	Präparat	Kcal/Tag	ml/Tag	ml Tee/Tag	Ernährungsschema
	_____	_____	_____	_____	_____ Mahlzeiten

☐ PEG seit _____ oro-nasale Sonde seit: _____ ☐ Bolusgabe

☐ Eingeschränkte Trinkmenge ☐ Mindest-Trinkmenge Bilanzierung wegen ☐ Pumpe ☐ ml/h

☐ Schluckstörung _____ ml/Tag _____ ml/Tag _____ Hilfsmittel

Besonderheiten: _____

Ausscheidung

☐ kontrolliert _____ Letzter Stuhlgang am _____ ☐ Suprapub. Katheter

☐ selbstständig ☐ Harninkontinenz Inkontinenzartikel ☐ Diarrhoetendenz ☐ Transurethr. Katheter

☐ Unterstützung bei ☐ zeitweise tags ☐ Obstipationstendenz Ch. _____

☐ Toilettengängen ☐ immer nachts ☐ Abführmaßnahmen seit _____

☐ Toilettensstuhl ☐ Stuhlinkontinenz _____ Colostoma Größe _____

☐ Urinflasche ☐ zeitweise tags _____ Ileostoma Größe _____

☐ Steckbecken ☐ immer nachts _____ Urostoma Größe _____

Sonstiges (Stuhl-/Urinbeobachtung) _____

Name des/der Stomatherapeuten/-in _____ ☎

Bewusstsein/

☐ wach ☐ somnolent ☐ komatös ☐ Schmerzreaktion _____

Orientierung

zeitlich örtlich situativ zur Person ☐ Weglauftendenz ☐ Suizid tendenz

☐ ja ☐ ja ☐ ja ☐ ja ☐ ja ☐ Ängste:

☐ zeitweise ☐ zeitweise ☐ zeitweise ☐ zeitweise ☐ zeitweise _____

☐ nein ☐ nein ☐ nein ☐ nein ☐ ja _____

Sonstiges: _____

Kommunikation

Sprechen

Bemerkungen: ☐ Keine Einschränkung

_____ ☐ Einschränkung (z.B. Aphasie)

_____ _____

_____ ☐ Zahnprothese

_____ oben ☐

_____ unten ☐

☐ stumm

Hören

☐ Keine Einschränkung

☐ Einschränkung

☐ Hörgerät rechts

☐ Hörgerät links

☐ taub

Sehen

☐ Keine Einschränkung

☐ Brille

☐ Kontaktlinsen

☐ Glasauge re./li.

☐ Einschränkung

☐ blind

Sonstiges (Mimik/ Gestik) _____

Kommunikationshilfen

(z.B. Bildtafel/Sprechkanüle) (Dolmetscher)

Schlaf

☐ ungestört ☐ nächtliche Unruhezustände ☐ Schlafstörungen ☐ Schlafmedikamente

Beobachtung des Schlafs: _____

Besonderheiten _____

(Schlafrituale) _____

Bedarfsmedikation im Krankenhaus/Dosierung/Häufigkeit/Begründung _____

download.nhn

(Name der Einrichtung)	PFLEGEÜBERLEITUNG	Gültig ab:
(Abteilung/Funktionsbereich)	Befund-/Dokumentnummer: _____	Seite 3 von 3

III. Hautstatus bei Entlassung

Nr.	Beschreibung der Hautveränderung	Größe (cm)

Norton-Skala (Punkte):

Fotodokumentation:

IV. Verbände/Einreibungen/Inhal./Sonstiges

V. Prophylaxen

	Maßnahmen	Häufigkeit	Prophylaxen	Maßnahmen/Häufigkeit
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

VI. Medikamente

Medikation	☐ siehe Arztbrief	☐ siehe hausärztliche Anordnung (Tabelle)				
Präparat (Handelsname), Stärke (z.B. mg) Darreichungsform (z.B. Tbl./Trpf./Supp.)	morgens	mittags	abends	zur Nacht		
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
☐ Medikamente zur Wundversorgung/Einreibungen etc. siehe Punkt IV.						

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung: (Unterschrift Pflegeperson)

Station Fachdisziplin: Telefon-Nummer

(Ort), den Mit der Weitergabe der Angaben an die nachfolgend versorgenden Personen bin ich einverstanden (Unterschrift Patient/-in)

Anlage 2

zum Rahmenkonzept zu Leistungen und zur Gestaltung von Einrichtungen der Kurzzeitpflege

Personalausstattung

Die Kurzzeitpflege als Übergangspflege zur Sicherung der häuslichen Pflege erfordert eine besondere personelle Ausstattung in qualitativer und quantitativer Hinsicht; sie unterscheidet sich deutlich von zustandserhaltender Pflege („Urlaubspflege“) in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege (sogen. Eingestreute Kurzzeitpflege) oder einer zustandserhaltenden Kurzzeitpflegeeinrichtung.

Für die Personalausstattung können folgende Richtzahlen angesetzt werden:

- **Pflege und Betreuung**

Pflegestufe I 1 : 2,00 – 2,50

Pflegestufe II 1 : 1,85 – 2,00

Pflegestufe III 1 : 1,65 – 1,85

Zusätzlich ist je Kurzzeitpflegeeinrichtung eine verantwortliche Pflegefachkraft im angemessenen Verhältnis zur Platzkapazität der Einrichtung zu berücksichtigen. Bei mehrgliedrigen Pflegeeinrichtungen ist auch ein einrichtungsübergreifender Einsatz der verantwortlichen Pflegefachkraft möglich.

Die Anforderungen an die Qualifikation der Mitarbeiter werden im Rahmenkonzept (siehe Abschnitt 4.1) weiter ausgeführt.

- **Leitung und Verwaltung**

1 : 20

- **Hauswirtschaft**

1 : 6,3

- **Technischer Dienst**

1 : 72,5

Protokollnotiz laut Besprechung vom 2. Okt. 2002:

Die Beteiligten lassen sich hinsichtlich der Personal - Anhaltszahlen von folgenden Überlegungen und Annahmen leiten:

Pflege und Betreuung

Ziel der Einrichtungen der Übergangs-Kurzzeitpflege ist die Versorgung von Personen im Blick auf die (Wieder-)Gewinnung der häuslichen Pflegefähigkeit. Hierbei handelt es sich entweder um Personen, die der vorübergehenden stationären Pflege nach einer stationären Behandlung bedürfen (§ 42 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI) oder die aus einer häuslichen Pflege heraus einer Krisenintervention in der Kurzzeitpflege bedürfen (§ 42 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2, soweit aus in der Person liegenden Gründen).

Grundsätzlich wird angestrebt, dass die Klientel der Einrichtungen sich zur Gänze aus dem vorgenannten Personenkreis zusammensetzt. Dies rechtfertigt eine Personalausstattung, wie sie für eine entsprechende Kurzzeitpflegeeinrichtung und stichprobenweise für weitere ermittelt wurde:

Pflegestufe 1: 1 : 2,00;

Pflegestufe 2: 1 : 1,85;

Pflegestufe 3: 1 : 1,65.

Der Wert für die Pflegestufe III entspricht zugleich dem für die vorgenannte beispielhaft gewählte Kurzzeitpflegeeinrichtung vereinbarten Wert. Die geringe „Differenzierung“ der Anhaltszahlen zwischen den Pflegestufen, insbesondere zwischen Pflegestufe 1 und Pflegestufe 2, korrespondiert mit den im Vergleich zur vollstationären Dauerpflege geringen Unterschieden im erforderlichen Leistungsvolumen der Kurzzeitpflegeeinrichtungen zwischen den Personen der Pflegestufen I, II und III (s. auch Abschnitte 4 und 6).

Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass auch Personen die Leistungen der Kurzzeitpflegeeinrichtung in Anspruch nehmen z.B. wegen vorübergehender Abwesenheit der Pflegeperson oder wegen Wohnungsanpassungsbedarf zur Sicherung der häuslichen Pflege („objektive Gründe“). Diese Personen benötigen in der Regel eine zustandserhaltende Pflege und gehören insoweit nicht zu dem besonders leistungsaufwendigen erstgenannten Personenkreis. Leistungsart und -umfang entsprechen hier in der Regel demjenigen in der Urlaubspflege bei eingestreuter Kurzzeitpflege. Insoweit sind grundsätzlich die Personalansätze für die vollstationäre Pflege heranzuziehen.

In Anbetracht des unterschiedlichen Leistungsbedarfs der verschiedenen Nutzergruppen sahen die Beteiligten darum die Festlegung eines Korridors für die Personal-Anhaltszahlen für gerechtfertigt an.

Eine Übernahme der Werte des Personal-Korridors gem. Empfehlungen der Pflegesatzkommission für stationäre Einrichtungen für die Gruppe der Kurzzeitpflegegäste mit bestandserhaltender Pflege erscheint den Beteiligten aber aus nachfolgenden Gründen nicht gerechtfertigt: Auch Personen, die aus „objektiven Gründen“ eine Kurzzeitpflege aufsuchen, verursachen häufig durch Dekompensationsreaktionen auf den Umfeld- und Bezugspersonenwechsel einen gesteigerten Leistungsaufwand, der demjenigen der Personengruppe nach Krankenhausaufenthalt unter Umständen entsprechen kann. Dieser Tatsache gilt es in den Personalansätzen für diesen Personenkreis zu entsprechen.

Als angemessene Untergrenze eines Korridors für die Personalbesetzung für Kurzzeitpflegeeinrichtungen im Sinne dieses Konzepts werteten daher die Beteiligten die bei einem Durchschnittsverhältnis von 1 : 2,2 sich entsprechend dem Verhältnis der in den Pflegestufen I, II und III gemessenen Pflegetage für die Pflegeklassen 1, 2 und 3 ergebenden Proportionen 1 : 2,50 / 1 : 2,00 / 1 : 1,85. Die Grundlage hierfür bildet eine Untersuchung im Land Nordrhein-Westfalen über Leistungen in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege.¹⁶ Bei den dort einbezogenen Einrichtungen handelte es sich um solche mit einer qualitativ guten Pflege.

Die Beteiligten kamen dahin überein, dass die für die jeweilige Einrichtung anzunehmenden Personalschlüssel hinsichtlich ihrer Stellung innerhalb des Korridors sich auszurichten haben am Verhältnis der erwarteten vorgenannten Gästegruppen und dem daraus zu erwartenden Leistungsaufwand.

Die Beteiligten kamen weiterhin dahingehend überein, dass sich die o.g. Personalanhaltszahlen verstehen unter der Voraussetzung einer Auslastung von 85 Prozent.

¹⁶ „Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ – eine Untersuchung im Auftrag des Landespflegeausschusses Nordrhein – Westfalen, Düsseldorf, März 2002

Leitung und Verwaltung

Die Beteiligten einigten sich angesichts des in Kurzzeitpflegeeinrichtungen gemessenen über 12-fachen Verwaltungsaufwandes im Vergleich zu Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege auf den vorstehenden Personalschlüssel

Hauswirtschaft / Technischer Dienst

Hier wurden die Aufwände der Kurzzeitpflegeeinrichtungen von den Beteiligten als denjenigen in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege entsprechend gewertet.

Anlage 3

zum Rahmenkonzept zu Leistungen und zur Gestaltung von Einrichtungen der Kurzzeitpflege

Räumliche Zuordnung und Ausstattung

1. Lage zu anderen Einrichtungen

Einrichtungen der Kurzzeitpflege als Übergangspflege zur Sicherung der häuslichen Pflege sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen mit eigenem Versorgungsvertrag. Eine räumliche Nähe zu einem Krankenhaus, einer stationären Reha-Einrichtung oder einem Pflegeheim ist vorteilhaft.

2. Größe und räumliche Ausstattung

Die nachfolgenden Vorgaben sollen grundsätzlich befolgt werden. Die Konkretisierung richtet sich nach den Verhältnissen im Einzelfall.

2.1 Größe

mindestens: 15 Plätze
höchstens: 40 Plätze

2.2 räumliche Zuordnung

Bei Zuordnung zu einem Krankenhaus, einer Reha-Einrichtung oder einer anderen Pflegeeinrichtung:

In eigenem Gebäude in räumlicher Nähe oder in gemeinsamem Gebäude. Eigener Eingang oder zumindest eigener Gebäudeteil mit gesondertem Zugang. Lage im Gebäude: Parterre wegen Nutzung des Freigeländes am Gebäude (z.B. Gehübungen, Rollator-training) vorteilhaft.

2.3 Art der Wohnräume

Krankenhausaufenthalte bedeuten insbesondere für alte Menschen, vor allem im Zusammenhang mit nachfolgender erstmaliger Feststellung einer dauerhaften Pflegebedürftigkeit traumatische Erlebnisse, die in Gemeinschaft mit Gleichbetroffenen unter Umständen besser verarbeitet werden können. Für diese Fälle können Doppelzimmer im Kurzzeitpflegeheim geeignete Wohnräumlichkeiten darstellen.

Die Zahl der Einzelzimmer soll jedoch mehr als die Hälfte der Plätze der Einrichtung betragen.

2.4 Größe und Ausstattung des Wohnbereiches

- Einzelzimmer: ca. 14 – 16 qm NF¹⁾
Doppelzimmer: ca. 20 – 23 qm NF^{1) 2)}
jeweils ggf. zuzüglich Vorraum
- 1) letztgenannte Größen gelten jeweils für Rollstuhlfahrer (Selbstfahrer);
ca. 10 v- H. der Plätze sollten für Rollstuhlfahrer vorgesehen werden.
2) In Doppelzimmern alternative Aufstellung der Betten ermöglichen
- Sanitärbereich: Sanitärräume in Zuordnung zu den Wohnräumen, hiervon jedoch getrennt, mit ebenengleicher Dusche, WC und Waschbecken
- Je Einzelzimmer oder je zwei Einzelzimmer und je Doppelzimmer ein Sanitärraum
ca. 4 qm NF
ca. 5,5 qm NF (für Rollstuhlfahrer)
- Hinweis: Balkone sind bei den Pflegezimmern nicht erforderlich. Dafür sollen die Fenster mit transparenten Flächen im Brüstungsbereich vorgesehen werden.
Es wird empfohlen, an leicht zugänglichen Stellen „Bettenbalkone“ vorzusehen.

2.5 Aufenthalts- und Kommunikationsbereich / Gemeinschaftsbereich

- Wohn-Essraum mit Teeküche ca. 1 je Wohngruppe bis 20 Bewohner.
Der Aufenthaltsraum sollte zentral liegen mit Sichtverbindung zum Flur
- Flurerweiterung als Flächen für die Begegnung der Bewohner (Sitzecken).

Ferner sind in erforderlichem Umfange vorzuhalten:

- Therapie- / Mehrzweckraum:
(nur sofern Mitnutzung in angeschlossener / benachbarter Einrichtung nicht regelmäßig möglich)
- Personalstützpunkt(e)
- sonst. Räume des Funktionsbereiches gem. Heimmindestbauverordnung

2.6 Sonstiges

Kubatur (umbauter Raum – Bodenplatte Unterkante bis Dachfirst Oberkante):
pro Platz angemessen bis 200 cbm.